



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Kopfschmerzen

Der Notfall: Rhinogene Kopfschmerzen

bearbeitet von Dr. F.-C. Loch und Professor Dr. W. Schätzle

Symptomatik:

Anhaltende oder in der Intensität wechselnde Kopfschmerzen verschiedener Lokalisation, seltener diffuse Schmerzen im Oberkiefer und Zahnschmerzen (mit lokellsetorischem Hinweis auf Kieferhöhle, wobei zu beachten ist, daß Schmerzen aufgrund einer Kieferhöhleneffektion, meist mit Siebbeinbeteiligung, häufig im Nasenwurzel-, Stirnhöhlenbodenbereich lokalisiert werden), im Stirn- und Augenbereich (Hinweis auf Stirnhöhle — Siebbein) oder sogar mit Ausstrahlung zum Hinterkopf (Keilbeinhöhle) oder zur Scheitelmittle (Siebbeinlabyrinth). Beginn der Schmerzen am Vormittag (beim Aufwecken meist noch beschwerdefrei, Steigerung gegen Mittag, Nachlassen am Abend bzw. nachts) weist auf Kieferhöhlenerkrankung hin. Besonders ausgeprägte Schmerzen in der Nacht mit Nachlassen der Beschwerden über Tag kenn Hinweis auf eine entzündliche Stirnhöhleneffektion sein. Verstärkung der Schmerzen durch Blutdrucksteigerung (Bücken, Husten, Schneuzen). Seröser oder eitriger Nasenausfluß (nicht obligat), fötide bei Empyemen

Fakultativ behinderte Nasenatmung mit nasalem Beiklang der Sprache, Niesreiz bis zu Niesanfällen, gelegentlich Schweißausbrüche mit Neigung zu Kollaps. Bei ekuten rhinogenen Kopfschmerzen meist Fieber bzw. fieberhafter Erkältungsinfekt der oberen und tieferen Luftwege, bei Virusgrippe Nasenbluten nicht selten, sonst gelegentlich blutige Beimengung zum Nasensekret

Anamnese:

Frühere Nebenhöhlenentzündungen bei entsprechender Disposition, Auftreten im Rahmen eines Schnupfens bzw. eines Infektes, des öfteren bei infektiösen Allgemeinerkrankungen (z. B. Masern usw.). Ausfluß aus der Nase: serös, gelblich-eitrig, blutig, fötide

Verstopfte Nase (enhaltend oder wechselnd). Hinweise auf Allergie (Heuschnupfen oder perenniale allergische Rhinitis) bei Allergenexposition

Sofortdiagnostik:

Inspektion der Nase mit Rhinoskopie (achten auf Sekret, besonders eitriges Sekret im mittleren Nasengang, Schwellungszustände der Nasenschleimhaut, besonders der Nasenmuscheln). Färbung der Nasenmuscheln (hochrot bei ekuten Entzündungen oder mehr livide bei allergischen Entzündungen bzw. Rhinopathie)

Diaphanoskopie der Nase oder besser noch **Röntgenaufnahme** der Nasennebenhöhlen zur Sinusitisdiagnostik. **Inspektion des Gesichtes** zur Erfassung von Weichteilschwellungen bei Komplikationen (Lidödeme, Chemosis, Bulbusmotilität, Exophthalmus, Wangenschwellungen, Weichteilschwellung über der Stirn)

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

Abschwellende Nasentropfen (z. B. *Otriven*, *Vibrocil*, *Tyzine*, *Celtheon*, *Nesivin*, entweder als Tropfen, Spray oder teilweise als Gel) oder möglichst abschwellende orale Rhinologika (z. B. *Rhinopront*, *Rhinomar*, *Rhinoptil*, *Ornatos*, *Rhinotussel* o. ä.), dabei Kontraindikationen wie Bluthochdruck sowie Glaukom bei der Mehrzahl dieser Mittel beachten.

Lokales Abschwellen der Nebenhöhleneusführungsgänge durch hohe Einlegen in den mittleren Nasengang (z. B. mit *Privin*-getränktem Wattelbausch)

Antibiotikagaben bei massiven akuten Sinusitiden (z. B. *Tetracycline*, *Breitbandpenicilline*, *Sulfonemidpräparate* o. ä.), Spülbehandlung der Nebenhöhlen sollte dem HNO-Arzt vorbehalten bleiben. Analgetika

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

Zum HNO-Arzt sollten überwiesen werden: hochakute Nebenhöhlenentzündungen, protrahiert verlaufende Sinusitiden, die eine Spülbehandlung erforderlich machen, chronische Sinusitiden einschließlich der chronisch-ellergischen Sinusitiden, beginnende Nebenhöhlenkomplikationen

In die HNO-Klinik sollten eingewiesen werden: menifeste Komplikationen von Nebenhöhlenentzündungen (Orbitalphlegmone, subperiostaler Abszeß der Orbita, Lidphlegmone, Durchbruch zum Planum frontale, Stirnbeinosteomyelitis, rhinogene Meningitis)

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

Fieberhafte Patienten sollten Bettruhe einhalten. Vermeidung von Anstrengungen (dadurch oft Verstärkung des rhinogenen Kopfschmerzes). Schwitzmaßnahmen bei stabiler Kreislaufsituation, Kamillekopfdampfbäder nach vorheriger Abschwellung

Gegebenenfalls Behandlung des fieberhaften Allgemeininfektes (Antipyretika, Hustenmittel)

Allergenkerenz oder Hyposensibilisierung bei ellergischen Rhinitiden

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

1. Abklärung der Einzelursache des rhinogenen Kopfschmerzes: Erkennung eines Allgemeininfektes mit Rhinosinusitis

Ausschluß eines Osteoms mit Druck auf Nerven. Erfassung eines Unterdruckkopfschmerzes (Vakuum-Kopfschmerzen) meist bei Verschwattung des Stirnhöhleneusführungsganges

Abgrenzung einer Rhinitis mit Nebenhöhlenbeteiligung (Schleimhautschwellung, Verschwattung der Ausführungsgänge) von einer eitrigen Sinusitis. Abklärung der Sinusitisursache: akut oder chronisch, ellergisch

2. Abgrenzung vom nicht rhinogenen Kopfschmerz: Ausschluß einer **dentogenen Sinusitis**

Okuläre Kopfschmerzen: (akutes Glaukom, Fehlsichtigkeit, Schielen)

Internistische Kopfschmerzursachen: Hypertonie, Hypotonie, Phäochromozytom, vasomotorische Kopfschmerzen, Migräne, Arteritis cranialis (A. temporalis), Histaminkopfschmerz (Bing-Horton-Syndrom), Intoxikationen (CO, Schwefelkohlenstoff, Blei, Benzol, Brom, Quecksilber), Blutkrankheiten, Nierenkrankheiten, Diabetes mellitus

Neurologische Kopfschmerzursachen: Meningeale Kopfschmerzen, Hirntumoren, Trigeminusneuralgie bzw. allgemein neuralgiforme Schmerzen, Nasoziliarneuralgie, Intermediusneuralgie, Pterygo-palatine Neuralgie, Glossopharyngeusneuralgie, larvierte Depression

Psychogene Kopfschmerzen: (psychosomatisch, hypochondrisch)

Vertebragene Kopfschmerzen: (Okzipitalneuralgie, zervikale Migräne)



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 1

Ärztliche Selbstverwaltung - bewährter Bestandteil des freiheitlichen Gesundheitswesens

30 Jahre Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Selbstverwaltung in Bayern — Festakt im Cuvilliés-Theater in München

30 Jahre im Fluß der Geschichte mögen nur ein Augenblick sein. Die 30 Jahre, auf die jetzt die kassenärztliche Selbstverwaltung in Bayern zurückblickt, waren dann allerdings ein Augenblick, der sich allen Beteiligten unauslöschlich eingepägt hat. Denn es war eine Zeit des Aufbaus nach einem Zusammenbruch, der in der deutschen Geschichte seinesgleichen sucht.

Der Festakt, mit dem die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns gemeinsam des

Beginnes der Selbstverwaltung im Jahre 1949 gedachte, beschränkte sich freilich nicht auf eine bloße Erinnerung an die Anfänge, wenn auch Professor Dr. Hans Joachim Sewering, der die Jubiläumsveranstaltung am 14. Dezember im Münchener Cuvilliés-Theater eröffnete, zurecht in kurzen Strichen ein Bild jener Jahre des Neubeginns zeichnete:

„Was in dieser Zeit geschah, zeugt von dem ungebrochenen Willen eines Volkes, zu überleben und neue Stufen in die Zukunft zu bauen. Es

zeugt von dem Wollen einer verwundeten Nachkriegsgeneration, sich auf die Schultern der Vorgänger zu stellen und zugleich den Nachkommen ein festes Fundament zu geben. In der Besonderheit dieser 30 Jahre sehen wir also die Rechtfertigung zu einer Versammlung in diesem Rahmen. Dabei handelt es sich nicht um ein rauschendes Fest, sondern um eine Stunde der Besinnung, der Rückschau und des Ausblicks in die Zukunft.“

Der Gegenwart — spricht: Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, Bedarfsplanung, „Bayernvertrag“ — und der Zukunft — spricht: Sicherung des freiheitlichen Systems, Bewahrung des Freiraumes für Selbstverwaltung und partnerschaftliche Zusammenarbeit — wandten sich die meisten Redner des Festaktes zu. Es sprachen neben

Professor Dr. Hans Joachim Sewering, dem Vorsitzenden des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, und

Erich H. Müller, dem Ersten Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns,

Direktor Hans Sitzmann für die RVO-Kassen in Bayern;

Direktor Ludwig Geissinginger für die bayerischen Ersatzkassen;



Die Repräsentanten der veranstaltenden Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (Prof. Dr. Hans Joachim Sewering, links, und Erich H. Müller) mit dem zuständigen Minister, Dr. Fritz Pirkel

Dr. Eckart Fiedler, Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (er sprang kurzfristig für den akut erkrankten KBV-Vorsitzenden Dr. Hans-Wolf Muschallik ein);

Dr. Helmut Zedelmaier, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

Den Festvortrag hielt der Bayerische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Fritz Pirkl, dessen Haus für die Selbstverwaltungen der Kassenärzte und Kassenzahnärzte „zuständig“ ist.

Das Cuvilliés-Theater bot einen Rahmen, der einem Jubiläum wahrhaftig angemessen ist; die Atmosphäre jener vergangenen Jahre, als Cuvilliés sein Theater in der Residenz zu München baute, wurde von den Musikern des Münchner Nonetts mit zeitgenössischen Stücken noch einmal heraufbeschworen.

Aber zurück zu diesem Jahrhundert und unseren Jahrzehnten. Sewering erinnerte daran, daß am Wiederaufbau nach dem Zusammenbruch „Übriggebliebene, Heimgekehrte und Vertriebene“ gemeinsam beteiligt waren und daß der Wiederaufbau der kassenärztlichen Selbstverwaltung nur in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen geleistet werden konnte. Es wirkte schon fast wie eine Verabredung (obwohl das gewiß nicht der Fall war), daß alle Redner dieses Stichwort „Zusammenarbeit“ aufgriffen. Allen voran Hans Sitzmann vom LdO-Bayerns, dessen Worte im Hinblick auf die jüngere Vergangenheit in der Versammlung mit einiger Aufmerksamkeit registriert wurden. Zitieren wir daher Sitzmann wörtlich: „Ordnungselement für das Zusammenwirken als Voraussetzung für das weitere Funktionieren der Krankenversicherung ist die Partnerschaft; sie betont das Gemeinsame im Ziel. Es ist eine Partnerschaft mit gesetzlich eingebautem Konflikt, weil man sich immer wieder auch über Geld einigen muß. Der Konflikt schadet nicht, er gehört nach meinem Verständnis zur Partnerschaft, der wirtschaftliche genauso wie der ideelle. Jede noch so kühle und harte Begegnung der Partner als naturgesetzliches Aufeinanderpral-

len von Gegensätzen fördert den Fortschritt, ist Motor für die Fortentwicklung unseres Systems – noch tragfähigen Kompromiß suchen und finden. Partnerschaft in diesem Sinne hat uns immer geleitet, wir bekennen uns euch zukünftig dazu.“

Professor Sewering pflichtete später in einer Replik Sitzmann ausdrücklich bei, und er fügte hinzu, es zeichne „die Menschen aus, wenn sie in der Lage sind, im Interesse der gemeinsamen Aufgabe Konflikte zu überwinden“.

Partnerschaft beschwor auch Ludwig Geissinger; er erinnerte daran, daß partnerschaftliche Übereinkommen zwischen Ersatzkassen und Ärzten bereits 1908 getroffen wurden. Partnerschaft auch bei Pirkl. Er könne aus 15 Jahren Erfahrung mit Genugtuung feststellen, daß alle Meinungsverschiedenheiten zwischen den Selbstverwaltungen der Ärzte und der Kassen immer beigelegt werden konnten, da beide Partner den festen Willen zum Kompromiß hätten. Das lasse ihn auch hoffen, daß auch künftig schwierige Probleme in Freiheit zu lösen seien, „ohne gleich nach dem Staat zu rufen“.

In seinem Festvortrag kam Pirkl auf die dreißigjährige Geschichte der von ihm so anerkannten Selbstverwaltung ausführlich zu sprechen. Folgen wir darin Pirkl:

Wir schrieben das Jahr 1945. Die nach dem zentralistischen „Führerprinzip“ organisierte kassenärztliche Vereinigung, die kassenzahnärztliche Vereinigung und die kassendentistische Vereinigung Deutschlands hatten längst aufgehört zu existieren. Der Neuaufbau der Selbstverwaltung auf Länderebene, so er gewollt war, konnte beginnen.

Am Anfang standen allerdings staatliche Hoheitsakte, mit denen zunächst einmal Ordnung in das Chaos gebracht werden mußte. So wurde durch die Verordnung Nr. 66 „Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der von der Sozialversicherung betreuten Personen“ vom 6. Juli 1946 die Zulassung zur Kassenpraxis vorläufig geregelt und als zuständige

Stelle das Oberversicherungsamt bestimmt. Diese Verordnung wurde abgelöst durch das Gesetz „über die vorläufige Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen, Ärzten, Zahnärzten und Dentisten“ vom 12. August 1948.

Diesen noch überwiegend staatlich orientierten Aufbauregelungen folgten schließlich die Gesetze vom 14. Juni 1949 „Über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen“ und „Über die Zulassung von Zahnärzten und Dentisten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen“.

Mit diesen Gesetzen wurden die Voraussetzungen für den Neuaufbau der Selbstverwaltung geschaffen.

Es wurden damit schon die Weichen dafür gestellt, daß nicht die öffentliche Hand unmittelbar in allen Einzelheiten die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung sicherstellen muß. Und als schon wenige Monate später, nämlich am 30. September 1949, das Gesetz „Über die Wahl der Mitglieder in den ersten Organen der kassenärztlichen, der kassenzahnärztlichen und der kassendentistischen Vereinigung Bayerns“ beschlossen war, konnten auch die Vorbereitungen für die Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen beginnen. Am 26. November 1949 war es dann soweit: Gut vier Jahre nach Kriegsende fanden dann die Wahlen der Mitglieder in den ersten Organen der kassenärztlichen, kassenzahnärztlichen und der kassendentistischen Vereinigung Bayerns statt.

Und so begann man dann in Bayern, wie Pirkl es ausdrückte, „Ordnung in das Chaos“ zu bringen. Den Kassenärzten, denen der Gesetzgeber den umfassenden Auftrag gegeben hat, die kassenärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß diese Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht, stand eine große Aufgabe bevor. Sie haben sie – das geht im Kern aus allen Reden dieser Veranstaltung hervor – gut, ja sehr gut, bewältigt. Pirkl jedenfalls



Rund 500 Gäste nahmen an dem Festakt im Cuvillies-Theater in München teil

bescheinigte ihnen: „Die kassenärztliche und kassenzahnärztliche Selbstverwaltung hat sich zu einem festen und sehr bewährten Bestandteil unseres freiheitlichen Gesundheitswesens entwickelt. Sie hat das Gesicht unseres Gesundheitssystems entscheidend mitgeprägt und in den dreißig Jahren ihres Bestehens wichtige Beiträge zur Lösung zahlreicher Grundfragen der Gesundheitspolitik geleistet.“

Auf das wohl wichtigste Ziel, dem die Arbeit dieser dreißig Jahre galt, kam Sewering zu sprechen: Die gleichmäßige ärztliche Versorgung in Bayern. Diesem Ziel sei man heute sehr nahe gekommen, es gebe zwar noch einige örtliche Lücken, von einer regionalen Unterversorgung könne man aber keineswegs mehr sprechen. Sewering konnte sich bei dieser Aussage auf den Bedarfsplan für die kassenärztliche Versorgung berufen, der wenige Tage nach dieser Veranstaltung im Cuvillies-Theater der Öffentlichkeit bekanntgegeben wurde (dessen Inhalt aber selbstverständlich schon bei dieser Dreißigjahrfeier in den Umrissen feststand). Dem ist zu entnehmen, daß derzeit in Bayern 11 400 Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Und nach diesem Bedarfsplan

fehlen in ganz Bayern derzeit nur noch 378 Kassenärzte! Sewering: „Wir sind sicher, daß auch diese wenigen Lücken in Bälde geschlossen sind.“

Die Sorge der Verantwortlichen gilt daher heute nicht mehr so sehr einer Unterversorgung, sondern Gefahren, die durch eine Überbesetzung mit Ärzten entstehen können. Denn die Entwicklung der Arztzahlen ist rasant. Im Jahr 1949 betreuten rund 7000 Kassenärzte die Bevölkerung in Bayern. Gegenüber den 11 400 von heute bedeutet das einen Anstieg um fast 70 Prozent, bei einem Bevölkerungszuwachs von nur 18 Prozent. Im Landesdurchschnitt betreut heute schon ein Kassenarzt 972 Einwohner. Auf diese Zahlen machte Pirkl aufmerksam. Die künftige Entwicklung, die sich aus den seit Jahren steigenden Studentenzahlen ergibt, deutete Pirkl freilich nur an (um so deutlicher wies Sewering darauf hin). Immerhin, auch Pirkl verwies auf Prognosen, die schon für Mitte der achtziger Jahre ein Überangebot vorhersagen, das sich noch in den folgenden Jahren vergrößern dürfte.

Doch Konsequenzen für diese Probleme der nächsten Zukunft kamen bei der festlichen Veranstaltung nur

in Andeutungen zur Sprache. Weit aus deutlicher wurden hingegen Entwicklungen im Bereich der Sozialpolitik und deren Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung angesprochen. Die Stichworte: Selbstverwaltung, gegliederte Krankenversicherung, Freiheit des ärztlichen Berufes.

Laut dem von Dr. Fiedler vorgetragenen Grußwort des KBV-Vorsitzenden Dr. Muschallik würden Entscheidungen auf diesem Gebiet die achtziger Jahre bestimmen. Die Frage werde sein, ob die Politik sich in den nächsten Jahren hinwende zu mehr Freiheit und Eigenverantwortung des einzelnen Menschen oder ob das nächste Jahrzehnt die Hinwendung zu einem umfassenden kollektivistischen System bringen werde. Über seinen Standpunkt ließ Muschallik keinen Zweifel aufkommen: „Unser soziales ambulantes Gesundheitssystem beruht auf der Freiheit des ärztlichen Berufs. Freiheit des Arztes, des Patienten und des Systems sind untrennbar miteinander verbunden, und sie müssen nach meiner Überzeugung auch die Grundpfeiler für die achtziger Jahre bleiben. Gewiß, auch die Freiheit fordert ihren Preis. Dennoch, die vergangenen 30 Jahre freiheitlicher kas-



Neun Ärzte und Zahnärzte, die 25 Jahre und länger – nämlich seit Bestehen der Selbstverwaltung 1949 – den Organen der KVB und der KZVB angehören, wurden von Minister Pirkl mit einer Urkunde geehrt. Es sind (von rechts nach links): Drs. Brendler, Rothlauf, Rechl, Prof. Hellbrügge, Drs. Eichner, Geiger sowie (nach Minister Pirkl) Prof. Sewering und die beiden Zahnärzte Alwast und Nissl

senärztlicher Dienst für die Gesundheit unserer Bürger sprechen für sich. Einen eindeutigeren und überzeugenderen Beweis für die Vorzüge unseres auf dem freiberuflich tätigen Kassenarzt aufbauenden Systems mit seiner freien Selbstverwaltung im Rahmen einer gegliederten Krankenversicherung gibt es in meinen Augen nicht."

Ganz konkret wurde Hans Sitzmann, der sich schon mehrfach in der letzten Zeit gegen Bestrebungen zu einer Einheitsversicherung ausgesprochen hat (wofür ihm Professor Sewering in seinem Schlußwort ausdrücklich dankte): „Selbstverwaltung bedeutet Regelung bestimmter Sachverhalte durch den Sachverstand der Betroffenen selbst. Eine Selbstverwaltung, die problem-undbürgernah ist, kann sich mit größeren Erfolgen am unmittelbaren Lebenskreis orientieren. Zentralisation, organisatorisch oder mittels eines bundesweiten Finanzausgleichs, ist Schwächung oder sogar Beseitigung der Selbstverwaltung. Es gibt viele Gründe, aber auch deshalb wenden sich die bayerischen Krankenkassenverbände konsequent gegen jede Art von bundesweitem Finanzausgleich. Die Ärzte und Zahnärzte des Freistaates

Bayern mögen daran erkennen, daß es bei der Selbstverwaltung auf Krankenkassenseite nicht bloß Lippenbekenntnisse sind, wenn sie für die Erhaltung der freiheitlichen Krankenversicherung mit freiheitlichen Gesundheitsversorgungssystemen auf Selbstverwaltungsbasis eintreten und weiteren staatlichen Reglementierungen oder Plänen, die zur Einheitsversicherung führen, eine klare Absage erteilen."

Sitzmann appellierte hingegen an die Verantwortung des Gesetzgebers, seine Grenzen in kluger Selbstbeschränkung zugunsten der Selbstverwaltung zu respektieren. Diese sei nämlich durchaus in der Lage, systemerhaltende Lösungen zu finden, wenn ihr der nötige Entfaltungsspielraum belassen werde. Wie sinnvoll der heute bestehende Freiraum genutzt wurde, zeigt sich nach Sitzmann an der jüngsten Vereinbarung der Kassen mit den Kassenärzten, „die außerhalb unseres Freistaates den guten Namen ‚Bayernvertrag‘ erhalten hat". Sitzmann bot an, mit den Zahnärzten zu prüfen, ob dort nicht ähnliches möglich sei.

Mit jenem „Bayernvertrag“ beschäftigte sich auch Minister Pirkl. Und

zwar sehr ausführlich. Er sprach vom „bayerischen Modell“ und von einem eindrucksvollen Beweis für Leistungsfähigkeit und Einfallsreichtum. Vier Punkte stellte Pirkl vor allem heraus:

1. Der Gestaltungsspielraum, den der Gesetzgeber einer „kreativen Selbstverwaltung“ beläßt, wurde konsequent genutzt.
2. Der Vertrag baut auf die Eigenverantwortung der Beteiligten.
3. Der Vertrag führt „in vertretbarem und notwendigen Umfang“ mehr marktwirtschaftliche Elemente in das Gesundheitswesen ein.
4. Er sichert eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung und eine intensive ambulante Diagnostik und Therapie, hält dabei aber Kostensteigerungen in gesamtwirtschaftlich vertretbaren Grenzen.

Mit Nachdruck wandte sich Pirkl gegen jene falsche Interpretation des Vertrages, die da lautet: der Arzt werde zu Lasten des Patienten mit einem höheren Honorar belohnt, er bekomme gleichsam eine „Prämie“, wenn er zum Beispiel Krankenhausweisungen vermeide. Pirkl unter dem Beifall der Teilnehmer: „Wer in dieser Form versucht, die Initiativkraft und das Verantwortungsbewußtsein der Partner unseres Kassenarztrechts abzuqualifizieren, dem fehlt entweder die erforderliche Fachkenntnis oder aber der gute Wille, die zukunftsweisenden Perspektiven dieses Vertragswerks zu erkennen."

Der Minister stellte demgegenüber klar, daß man dann die ambulante Diagnostik und Therapie ohne Begrenzung finanzieren müsse, wenn sie mit gleichem oder gar besserem medizinischen Erfolg kostspieligere Versorgungsformen entbehrllich machen. Wörtlich: „In diesem Falle sollte der Kassenarzt nicht durch einen ‚Honorardeckel‘ bestraft werden."

Minister Pirkl glaubt, daß sich solche Ansichten inzwischen auch außerhalb Bayerns ausbreiten. Angesichts dessen könne man das Wort von den Uhren, die angeblich in Bayern anders gingen als anderswo, zurecht so auslegen, „daß unsere Uhren kei-

neswegs nachgehen, sondern sehr präzise die geschlagene Stunde anzeigen“.

Sewering dankte in seinem Schlußwort dem Minister gerade auch für sein Bekenntnis zu diesem „Bayernvertrag“. Er nehme das als Ansporn, den eingeschlagenen Weg fortzusetzen.

Schrittmacher war Bayern übrigens schon früher in einer anderen entscheidenden Frage, der Niederlassungsförderung, die unter dem Namen „Bayernprogramm“ bekannt geworden ist. Auch darauf wiesen sowohl Pirkel wie Sewering hin. Den Löwenanteil an Förderungsmitteln hat dabei die Ärzteschaft selbst aufgebracht. Seit 1971 wurden so 520 ärztliche (und rund 130 zahnärztliche) Niederlassungen gefördert mit einem Gesamtvolumen von 165 Millionen DM.

Professor Sewering versicherte, daß die Ärzte sich nicht auf solchen Lorbeeren wie „Bayernprogramm“ und „Bayernvertrag“ ausruhen werden, sondern in Selbstverwaltung und im partnerschaftlichen Zusammenwirken mit den Vertragspartnern ihrer Verantwortung für eine gleichmäßige und medizinisch hochstehende Versorgung nachkommen werden. Dabei werden Leitlinien auch in Zukunft unverändert sein:

1. Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen gleichmäßigen ambulanten ärztlichen Versorgung in allen Landesteilen („soweit dies in unserer Macht liegt“).

2. Ständige Bereitschaft für den hilfesuchenden Patienten auch durch Ausbau eines lückenlosen Notfall-Bereitschaftsdienstes.

3. Diagnostik und Therapie entsprechend den Erkenntnissen der Medizin, verbunden mit menschlicher Aufgeschlossenheit für jeden Mitbürger, der unserer Hilfe bedarf.

4. Selbstverwaltung der Kassenärzte.

5. Gemeinsame Selbstverwaltung mit den Vertragspartnern, dort, wo sie notwendig ist.

6. Vertragsfreiheit bei voller Anerkennung der verbindlichen Schlichtung.



Aufmerksame Zuhörer – ein Blick in die Reihen der Teilnehmer der festlichen Versammlung in der Residenz
Alle Fotos: Fritz Kuhn

7. Konstruktive Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten und Krankenkassen zur Erfüllung der uns gemeinsam übertragenen Aufgabe, zum Wohle der uns anvertrauten Versicherten und Patienten.

Nach Bismarck sind wir nicht auf dieser Welt, um zu genießen, sondern um unsere Pflicht zu erfüllen, war in

Muschalliks Grußwort zu dieser Festveranstaltung zitiert worden. Sewering wandelte dies auf Bayern – das sich ja mit Bismarck mittlerweile versöhnt habe – so ab: „Wir genießen es, unsere Pflicht erfüllen zu dürfen.“ Die Versammlung quittierte diese Auslegung bayerischen Geistes mit lachendem Beifall.

NJ

Was sollte der Arzt von seinem Arzneimittel wissen?

von W. Kreienberg

Die Therapiefreiheit des Kassenarztes ist in zweifacher Hinsicht begrenzt:

1. Durch den gemäß § 368 f Abs. 6 RVO zu vereinbarenden Arzneimittelhöchstbetrag,

2. durch die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 368 p Abs. 1 und 6 RVO beschlossenen Arzneimittelrichtlinien.

Während die Festlegung eines Arzneimittelhöchstbetrages unter Verzicht auf jeden Steuerungsmechanismus von der Verbraucherseite her als unerträgliche, weil immanente Regreßdrohung angesehen werden muß, sollen die Arzneimittelrichtlinien eine rationale und rationelle Therapie der Kassenärzte sicherstellen. Sollte man versuchen, die Überschreitung des Arzneimittelhöchstbetrages in den letzten Quartalen allein den Kassenärzten anzulasten und einen Ausgleich durch Regresse herbeiführen wollen, dann wäre der Übergang zahlreicher Kassenärzte zur Billigmedizin anhand bereits vorliegender Preisvergleichslisten kaum noch aufzuhalten. Wer wäre auch auf die Dauer bereit, vom inzwischen stark gedämpften Kassenhonorar auch noch Regresse für nach bestem Wissen und Gewissen verordnete Arzneimittel zu zahlen? Der Einwand, daß einzelne Regresse immer erst nach Überprüfung der Verordnungsweise durch Prüfungsausschüsse ausgesprochen werden können, übersieht, daß zusätzliche und gezielte Einzelprüfungen in der Verordnungsweise der Kassenärzte nur deshalb durchgeführt werden sollen, um einen Ausgleich der Überschreitung des Arzneimittelhöchstbetrages im Wege des Einzelregresses herbeizuführen. Es geht also um den Ausgleich der Überschreitung des Arzneimittelhöchstbetrages, der unter dem Vorwand der Überprüfung der wirtschaftlichen Verordnungsweise erzielt werden muß.

Bei dieser Sechslage ist die Forderung des Hauptgeschäftsführers der KBV, Dr. Fiedler, beim Deutschen

Ärztetag in Nürnberg nach einer merklichen prozentualen Selbstbeteiligung der Patienten an Arzneimittelkosten verständlich und fand deshalb auch den ungeteilten Beifall der Vertreterversammlung.

Diese Forderung muß schon deshalb immer wieder erhoben werden, weil es bisher weder Kassenvertretern noch Politikern gelungen ist, der Versichertengemeinschaft genügend verständlich zu machen, daß auch im Sachleistungssystem nicht alle Wünsche kostenlos erfüllt werden können, und daß die Ärzte nur Arzneimittel verordnen dürfen, die zur Erzielung des Heilerfolges unbedingt notwendig sind.

Nur der Nachweis einer rationalen und rationellen, also einer vernünftigen bzw. begründeten und preiswerten Therapie kann den Kassenarzt vor Regreß schützen. Dabei sieht sich der deutsche Kassenarzt einem großen, in jeder Hinsicht schwer überschaubaren Arzneimittelmarkt gegenüber. Dieser umfaßt zur Zeit mehr als 22 000 registrierte bzw. zugelassene Fertigarzneimittel. Die Nachfrage von Ärzten und Patienten konzentriert sich auf etwa 2000 Arzneimittel, die 94 Prozent des Apothekenumsatzes ausmachen. Auf die 500 umsatzstärksten Medikamente entfallen 68 Prozent, auf die folgenden 500 15 Prozent und auf die restlichen 1000 nur noch 11 Prozent. Selbst unter Berücksichtigung, daß eine Reihe neuester wertvoller Arzneimittel noch zu wenig, andere Arzneimittel, die für seltene Erkrankungen unentbehrlich sind, nur selten verordnet oder gekauft werden, läßt sich aus der Umsatzbetrachtung schließen, daß der deutsche Arzneimittelmarkt vom Bedarf her auf einen großen Teil seiner Produkte verzichten könnte.

Ein Blick über die Grenzen läßt erkennen, daß unsere europäischen Nachbarn mit erheblich kleineren Arzneimittelmärkten auskommen. Die gesetzliche Regelung des Wirksamkeitsnachweises für alte und neue Arzneimittel sowie überhaupt erschwerte Zulassungs- bzw. Regi-

strierbedingungen haben in anderen Ländern zu einer Marktbegrenzung und Merktbereinigung geführt und die erforderliche Transparenz geschaffen.

In vielen Ländern, wie Australien, Belgien, Frankreich, Israel, Italien, Japan, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Schweiz und Türkei, sind insbesondere für den Sozialversicherungsbereich Positivlisten erstellt worden, die teilweise den Markt doch sehr einengen. In dieser Sicht sind wir in Sorge, ob nicht auch bei uns unter dem Kostendruck durch die Änderung der Reichsversicherungsordnung (RVO) nach dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz Reglementierungen erwogen werden, die einerseits die Therapiefreiheit unerträglich einengen, andererseits die Arzneimittelforschung bedrohen oder als Forschungsbremse dienen.

Wenn es nur darum geht, dem Arzt die Auswahl der therapeutisch wertvollsten und wohl auch preiswertesten Arzneimittel aus einem großen, schwer überschaubaren Angebot zu erleichtern, dann bedarf es so lange sicherlich keiner weiteren Einengung der Therapiefreiheit, wie Kassenärzte durch eine zuverlässige Information alles das erfahren können, was sie von ihrem Arzneimittel wissen sollen. Transparenzlisten können nützlich sein, falls sie nicht, was wir befürchten, irgendwann zu Positiv- oder Negativlisten umfunktionierte werden.

Viel sinnvoller jedoch erscheint es uns,

1. baldmöglichst dafür zu sorgen, daß alle auf dem Markt befindlichen und auf den Markt kommenden Arzneimittel einer Qualitätsnorm, wie sie das Arzneimittelgesetz (§ 1) bezweckt, entsprechen;

2. eine einheitliche, verständliche, ausreichend differenzierte und zuverlässige Arzneimittelinformation durch die Hersteller zu gewährleisten;

3. durch Auffrischung und Erweiterung des pharmakologischen Wissens sowie durch geeignete Orientierungshilfen die Arzneimittelkritik unserer Kollegen laufend zu verbessern.

Mit den gesetzlichen Regelungen habe ich mich in meinem Referat im Rahmen des 81. Deutschen Ärzte-

tages ausführlich auseinandergesetzt und zum Ausdruck gebracht, daß das 2. Arzneimittelgesetz von 1976 ebenso wenig wie das 1. Arzneimittelgesetz von 1961 seinen Zweck erfüllen kann, Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittel auf dem deutschen Markt zu sichern. Kritik aus einer Richtung, Beifall von vielen Seiten habe ich aufmerksam registriert. Man wird nun abwarten und sorgfältig darauf achten müssen, ob die zuständige Bundesbehörde nach § 25 (2) die Zulassung versagen kann, wenn

„4. dem Arzneimittel die vom Antragsteller angegebene therapeutische Wirksamkeit fehlt oder diese nach dem jeweils gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse vom Antragsteller unzureichend begründet ist“,

oder ob durch die Umkehr der Beweislast im Nachsatz — ich zitiere wörtlich: „Die therapeutische Wirksamkeit fehlt, wenn feststeht, daß sich mit dem Arzneimittel keine therapeutischen Ergebnisse erzielen lassen“ — die Zulassung vom Antragsteller stets erzwungen werden kann, weil nach dieser Formulierung auch Placebos zugelassen werden müssen.

Das Aufschieben der Nachzulassung aller auf dem Markt befindlichen Arzneimittel für fünfzehn Jahre nach Artikel 3, § 7 des Arzneimittelgesetzes bedeutet den Verzicht auf die so dringliche Marktberreinigung für lange Zeit. Außerdem kann dadurch die Aufstellung von Transparenzlisten außerordentlich erschwert werden, wenn Hersteller die notwendigen Angaben zu ihren Arzneimitteln bis zu jenem Zeitpunkt versagen, aber auf der Aufnahme ihrer Arzneimittel in Transparenzlisten bestehen. Das geht auch aus dem Schreiben des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie an den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit vom 8. Mai 1979 hervor, in dem u. a. gefordert wird, die Frage zu klären: „Hat die Transparenzkommission das Recht, die Wirksamkeit von Arzneimitteln insgesamt oder im Hinblick auf bestimmte Indikationen zu bezweifeln, wenn diese Arzneimittel vom Bundesgesundheitsamt als der im Arzneimittelgesetz 1976 als allein zuständig ausgewiesenen Bundesbehörde zugelassen sind oder kraft gesetzlicher Übergangs-

regelung als automatisch zugelassen gelten und wenn die Zulassung auch für Indikationsansprüche gilt, auf die sich Zweifel der Transparenzkommission beziehen.“

Die Chance, durch ein zweckmäßiges Arzneimittelgesetz den Arzneimittelmarkt von Wildwuchs zu bereinigen und überschaubar zu machen, wurde demnach zum zweiten Mal vertan. Dies ist um so bedauerlicher, als Qualität, Wirksamkeitsnachweis und Unbedenklichkeit unserer Arzneimittel erste Voraussetzung einer rationalen Arzneimitteltherapie sind, die nach der Änderung der RVO durch das KVKG unbedingt erforderlich ist.

Bei der Größe des deutschen Arzneimittelmarktes und dem Fehlen einer gesetzlich gesicherten Qualitätsnorm seiner Produkte ist eine einheitliche, verständliche, ausreichend differenzierte und zuverlässige Arzneimittelinformation durch die Hersteller für eine rationale und rationelle Therapie der Kassenärzte unentbehrlich. Die Arzneimittelinformation der Ärzte müßte deshalb nach einheitlichen Standards erfolgen. Diese sollten immer wieder gleichlautend Verwendung finden in wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Fortbildungsveranstaltungen, Arzneimittellisten, Prospekten, im Bereich der Pharmareferenten und in der Werbung — auch in der sogenannten Erinnerungswerbung, soweit diese Angaben über Qualität, Wirksamkeit, Unbedenklichkeit oder gar über Heilerfolge enthält. In diesen Standards müssen folgende Angaben enthalten sein:

1. Bezeichnung des Arzneimittels

Hier hat neben dem Generic name sowie neben dem Generic name in Verbindung mit dem Herstellernamen die Spezialitäten-Bezeichnung nach wie vor ihre Berechtigung. Zusammen mit der Wirkstoffangabe dient sie der Differenzierung und wird möglicherweise zum allseits erwünschten Gütezeichen.

2. Wirksame Bestandteile nach Art und Menge in INN

Hier sind die vollen chemischen Bezeichnungen überflüssig, da sie vielen Ärzten unverständlich sind und außerdem für den gleichen Wirkstoff häufig mehrere chemisch übliche Be-

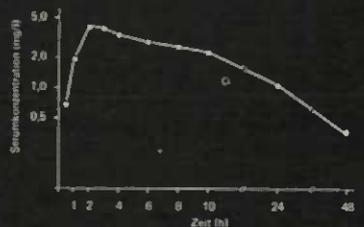
Doxy-Tablinen. Man kann es besser machen! Wir haben es gemacht: Tabletten. Und sehr viel preiswerter!

Doxycyclin 100 mg
Breitbandantibiotikum

Doxy- Tablinen®

⊕ Mit allen Vorteilen der Tablette:

schneller Zerfall
keine Irritation der Speiseröhre
gut teilbar (Akne, Kinder)
sehr gute Bioverfügbarkeit
sehr preiswert.



Bioverfügbarkeit nach Gabe von 2 Tabletten Doxy-Tablinen

8 Tabl.

18.06

16 Tabl.

33.—

Indikationen: Infektionen mit Doxycyclin-empfindlichen Erregern.

Kontraindikationen: Leberfunktionsstörungen, Fotodermatosen, Allergien, Leukozytopenie, negative Stickstoffbilanz, Erhöhung des Rest-N bei Uramikern, Pseudoglukosurie, Vorsicht bei Schwangeren, besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft. Vorsicht bei bestehendem Soot. Während der Knochen- und Zahnentwicklung kritische Abwägung der Einnahme, da Zahnverfärbungen und Knochenaufbauverzögerungen auftreten können.

Mögliche Nebenwirkungen: Gastrointestinale Störungen und allergische Reaktionen sind selten.

Dosierung und Anwendungsweise: Am 1. Tag morgens und abends je 1 Tablette, anschließend ist jeden Tag 1 Tablette mit möglichst viel Flüssigkeit einzunehmen.

SANOPHIA Dr. G. Strohscheer
Berlin 28

zeichnungen verwendet werden können. Viel wichtiger ist es, bei neuen Wirkstoffen den Wirkungsmechanismus aufzuzeigen und dabei auf ähnliche oder vergleichbare Wirkstoffe hinzuweisen, deren Wirkungsmechanismus in der Ärzteschaft bekannt zu sein pfligt.

3. Pharmazeutische Qualität und Schicksal der Arzneimittel im Organismus

Die rasche Wirkstofffreisetzung aus festen Arzneiformen ist der Erfolg guter Galenik und für eine ausreichende Bioverfügbarkeit wichtig. Die Bioverfügbarkeit ist für etwa 110 zur Zeit bekannt schwer löslicher Wirkstoffe ein unentbehrliches Qualitätsmerkmal. Die pharmazeutische Qualität wird außerdem bestimmt durch den Wirkstoffgehalt pro abgeteilte Arzneiform und dessen Schwankungen innerhalb einer Herstellungscharge sowie von Charge zu Charge durch die Identität und Reinheit der Wirkstoffe und schließlich durch die Haltbarkeit, insbesondere von Lösungen (Ampullen). Die Transparenzkommission hat in ihren Listen die pharmazeutische Qualität von Fertigarzneimitteln durch die Vergabe von J für Identität, R für Reinheit, G für Gehalt, F für Freisetzung, H für Haltbarkeit und B für Bioverfügbarkeit gekennzeichnet. Mit dem Schicksal im menschlichen Organismus sollten Resorption, Verteilung, Metabolismus und Ausscheidung aufgezeigt und auf diese Weise erwünschte und unerwünschte Wirkungen leichter verständlich gemacht werden.

4. Spezifizierte Indikationen mit dem Hinweis auf den zu erwartenden Therapieerfolg entsprechend nachgewiesener therapeutischer Wirksamkeit in kontrollierten Versuchen

Hier sollte auf jede Form von „Indikationslyrik“ verzichtet und sachlich festgestellt werden, für welche Erkrankungen oder Symptome die Wirksamkeit in kontrollierten Versuchen nachgewiesen ist. Der Arzt muß wissen, mit welcher therapeutischen Wirksamkeit beim kranken Menschen oder mit welcher präventiven Wirksamkeit beim gesunden Menschen er rechnen kann – das Arzneimittel muß halten, was es verspricht. Denn schließlich ist Pharmakotherapie keine Psychotherapie, und Patienten sind keine Versuchspersonen.

5. Kontraindikationen, Risiken, Warnhinweise

Hier sollte sowohl auf absolute wie auf relative Kontraindikationen hingewiesen und auf die dabei bestehenden Risiken aufmerksam gemacht werden. Warnhinweise zur Weitergabe an die Patienten müssen der Packungsinformation (Packungsbeilage) entsprechen.

6. Unerwünschte Wirkungen nach Art und Häufigkeit sowie Empfehlungen für deren Minderung

Hier benötigt der Arzt sehr präzise Angaben, damit er das Risiko möglicher unerwünschter Wirkungen durch ein Arzneimittel ermitteln und abwägen kann, oder er dessen Anwendung im Hinblick auf den zu erwartenden Heilerfolg vertreten kann. Diese Angaben sind eben die Voraussetzung zur Vornahme der notwendigen Nutzen-Risiko-Analyse. Hinweise, wie unerwünschte Wirkungen verhindert, frühzeitig erkannt und gemindert werden können, würden ihm seine Entscheidung wesentlich erleichtern.

7. Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, anderen therapeutischen Maßnahmen, Nahrungs- und Genußmitteln, Beeinflussung der Laborwerte

Durch die Information über Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln, zwischen Arzneimitteln und Nahrungs- bzw. Genußmitteln sowie zwischen Arzneimitteln und anderen therapeutischen Maßnahmen, z. B. Strahlenbehandlung, werden sich manche therapeutische Mißerfolge verhüten lassen. Außerdem wird dadurch die Notwendigkeit einer sorgfältigen Arzneimittelanamnese verständlicher. Der Hinweis auf die mögliche Beeinflussung der Laborwerte durch bestimmte Arzneimittel kann diagnostische Irrwege ersparen.

8. Dosierungsanweisung für Erwachsene, Kinder und alte Menschen sowie bei gestörter Ausscheidungsfunktion

Hier sollten Angaben auf Wirkungseintritt und Wirkungsdauer der Arzneimittel die richtige Dosierung erleichtern und Korrekturen des üblichen Dosierungsschemas ermöglichen.

9. Darreichungsformen, Packungsgrößen, Preise für Packungen sowie Gewichtseinheiten und mittlere Tagesdosen der Wirkstoffe

Auf diese Weise soll dem Arzt die Auswahl der preiswertesten und der therapeutisch gleichwertigen Arzneimittel erleichtert werden. Englischen Ärzten stehen in den Data Sheets Compendien, amerikanischen Ärzten in den Physicians desk referends solche und noch weitere Daten präzise und zuverlässig von allen auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln zur Verfügung. Das Modell ist also vorhanden. Es müßte nur bei uns nachgeahmt werden, wie es in der Schweiz durch das Arzneimittelkompendium geschehen ist.

Kombinations- und Mehrzweckpräparate

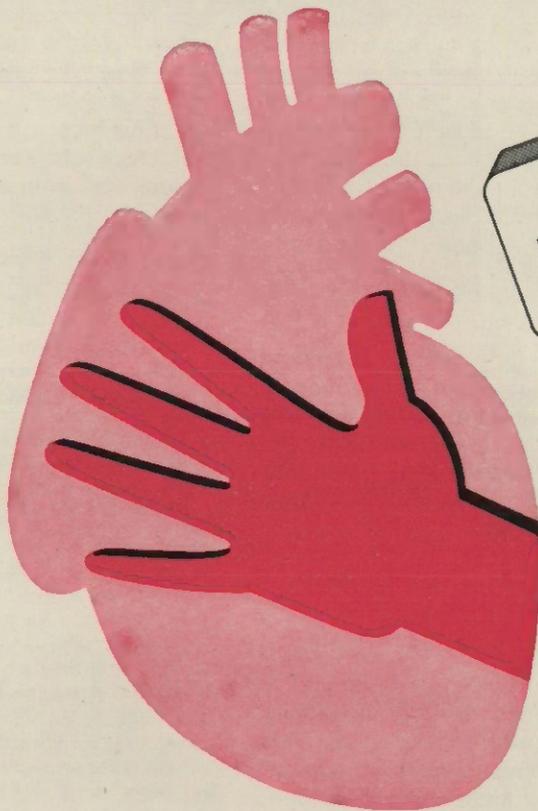
Bei Kombinationspräparaten muß die Information natürlich alle darin enthaltenen Wirkstoffe erfassen. Außerdem müßte angegeben werden, ob alle Bestandteile zur therapeutischen Wirkung notwendig sind und ob das Dosierungsverhältnis für den größten Teil der Patienten optimal ist. Im übrigen sollten Kombinationspräparate nur noch hergestellt werden, wenn

1. die Kombination nachweislich einen additiven oder überadditiven therapeutischen Effekt hat,
2. die einzelnen Komponenten etwa gleiche Wirkungsdauer haben,
3. kleinere Dosen das Risiko dosisabhängiger unerwünschter Wirkungen vermindern,
4. wesentliche und regelmäßige unerwünschte Wirkungen einer Monotherapie vermindert oder verhütet werden können,
5. durch Zugabe weiterer Wirkstoffe die Entwicklung der Resistenz gegenüber einem Wirkstoff verhindert oder verzögert werden kann.

Auf die Herstellung sinnloser Mehrzweckpräparate sollte die pharmazeutische Industrie verzichten, die Ärzte sollten deren Verordnung unterlassen. Natürlich müßten Gesetzgeber und Kostenträger alles vermeiden, was zu deren Förderung oder Propagierung beiträgt. Dazu gehören vor allem die erleichterte Zulassung von Kombinationen längst bekannter Wirkstoffe und die Berechnung der Rezeptgebühr nach

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack Retard



Seda Nitro Mack Retard



Heinrich Mack Nachf., Chem.-pharm. Fabrik, 7918 Jilertissen

Nitro Mack® Retard · Nitro Mack® Retard forte · Seda Nitro Mack® Retard

Zusammensetzung: Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin. Nitro Mack Retard forte: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin. Seda Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. **Anwendungsgebiete:** Dauertherapie und Prophylaxe koronarer Durchblutungsstörungen, Angina pectoris; Rehabilitationsbehandlung nach Herzinfarkt. **Gegenanzeigen:** Schock, hypotone Kollapszustände. Bei Seda Nitro Mack Retard zusätzlich akute hepatische Porphyrien. **Nebenwirkungen:** Die bisweilen nach Nitroglycerin beobachteten Nebenwirkungen (Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Tachykardie, Blutdruckabfall) treten nach Nitro Mack Retard, Nitro Mack Retard forte und Seda Nitro Mack Retard meist vorübergehend und vermindert auf. Bei hohen Dosen sind Diarrhö, Methämoglobinbildung und Verwirrtheit möglich.

Wechselwirkungen: Durch Seda Nitro Mack Retard kann die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka verstärkt werden. Cumarin-Derivate, Griseofulvin und orale Kontrazeptiva erleiden einen beschleunigten Wirkungsverlust. Während einer Antikoagulantien-Therapie erfordern Barbituratgaben daher eine genaue Kontrolle der Blutgerinnungswerte. **Dosierung:** Im allgemeinen 2-3 Kapseln täglich. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Nitro Mack Retard: O.P. mit 60 Kapseln DM 20,10; A.P. mit 5 x 60 Kapseln. Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 25,80; O.P. mit 100 Kapseln DM 41,15; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Seda Nitro Mack Retard: O.P. mit 60 Kapseln DM 20,95; A.P. mit 5 x 60 Kapseln.

(Stand Juli 1979)

der Zahl der Verordnungen sowie die Verwendung der Zahl der verordneten Arzneimittel pro Behandlungsfall als Kriterium wirtschaftlicher Verordnungsweise.

Demgegenüber sollte alles getan werden, damit Arzneimittel, die von der Forschung neuentwickelte Wirkstoffe enthalten, bevorzugt und baldigst auf den Markt kommen. Das gilt insbesondere für Arzneistoffe, die uns als spezifisch – oder zumindest zuverlässig-wirksam gegen viele Krenkheiten, wie Atherosklerose, zerebrale und periphere Durchblutungsstörungen, Altersabbau, Autoaggressionskrankheiten, MS, Virusinfektionen, bösartige Geschwülste – noch fehlen. Hier mangelt es uns nicht nur an Können, sondern auch noch an Wissen, zu dem uns die naturwissenschaftliche Forschung wahrscheinlich verhelfen kann und muß. Deshalb sollte alles getan werden, was sie fördert, und darf nichts geschehen, was sie behindert.

Nutzen – Risiko – Abschätzung

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ist seit Jahren unentwegt bemüht,

1. durch das Taschenbuch „Arzneiverordnungen“ (14. Auflage 1978),
2. durch die Informationsschrift „Arzneiverordnungen in der Praxis“, die achtmal jährlich erscheint,
3. durch schriftliche und telefonische Auskünfte auf Anfragen der Ärzte,
4. durch Fortbildung in rationaler Pharmakotherapie,
5. durch Hinweise und Empfehlungen zu aktuellen Arzneimittelfragen im „Deutschen Ärzteblatt“,
6. durch Erfassung und Dokumentation unerwünschter Arzneimittelwirkungen und Bewertung von Arzneimittelrisiken,

den Ärzten das notwendige Rüstzeug zu vermitteln, damit sie die oben aufgezeigten Informationen der Hersteller für die Auswahl der therapeutisch wertvollsten Arzneimittel auch nutzen können. Diese Auswahl stützt sich auf eine Nutzen-Risiko-Analyse, in der zu prüfen ist, bei welchem Arzneimittel das Verhältnis des zu erwartenden therapeutischen Nutzens zum Risiko möglicher unerwünschter Wirkungen am günstigsten ist. Natürlich spielen dabei auch der Anwendungsbereich, die Schwere der Erkrankung und die Nutzen-Risiko-Analyse sonstiger Therapieformen eine Rolle, so daß bei der Nutzen-Risiko-Abschätzung auch Schwere und Verlauf der Erkrankung und die Ersetzbarkeit des Arzneimittels berücksichtigt werden müssen. Im übrigen bedeutet die Nutzen-Risiko-Analyse zugleich die Beurteilung der Unbedenklichkeit, die ohne Kenntnis der Wirksamkeit – und das sei besonders betont – nicht möglich ist.

Arzneimittel, für die eine therapeutische Wirksamkeit nicht nachzuweisen ist, haben keinen therapeutischen Nutzen und hätten auch ohne Risiko keinen therapeutischen Wert. Sie haben jedoch unter Umständen ein untragbares Risiko aus folgenden Gründen:

1. Gefährden sie den Patienten, da sie den Einsatz wirksamer Arzneimittel verzögern oder verhindern können.
2. Nehmen sie dem Arzt die Möglichkeit, in schwierigen Fällen die Therapie in seine differentialdiagnostischen Erwägungen einzubeziehen.

Nur dem informierten Arzt steht gelegentlich eine gezielte Placebotherapie zu. Ansonsten kann die Verordnung unwirksamer Arzneimittel für den Patienten Veranlassung zur Klage wegen falscher Behandlung, für den Kostenträger Veranlassung

zum Regreß wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise sein. Unkenntnis schützt auch hier nicht vor Strafe.

Deshalb möchten wir – solange unsere Wünsche nicht erfüllt sind – unseren Kollegen empfehlen, ihre Verordnung vor allem auf solche Arzneimittel zu stützen, die den Nachweis der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit erbracht haben und über die ausreichende und zuverlässige Informationen vorliegen.

Für einen solchen individuell gestalteten Arzneimittelschatz läßt sich sicherlich eine Nutzen-Risiko-Analyse zur Feststellung des therapeutischen Wertes und wahrscheinlich auch eine Wert- und Kosten-Analyse zur Feststellung des Preis-Wertes der einzelnen Arzneimittel durchführen. Das wäre sozusagen Therapiefreiheit mit einer individuellen Positivliste.

Literatur:

1. ASCHENBRENNER, R.: Der Kessenerzt 17, 13 (1977)
2. FOLLGRAF, G.: Bundesgesundheitsbl. 21, 12 (1978)
3. GROSS, F.: Vom Nutzen und Schaden der Arzneimittel. Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien (1977)
4. GROSS, F.: Homo pharmaceuticus. Springer-Verlag, 1977, Sitzungsberichte der Heidelberger Akademie der Wissenschaften.
5. GROSS, R. und SPECHTMEYER, H.: Nutzen und Schaden durch Arzneimittel. Sandoz (1977)
6. HERKEN, H.: Klin. Wschr. 48, 955 (1970)
7. HERKEN, H. und KEWITZ, H.: DÄ 37, 2235 (1977)
8. KIMBEL, K. H.: Therapiewoche 23, 3836 (1973)
9. KIMBEL, K. H.: Abt. Rhid.-Pf. 6 (1977)
10. KLAUS, W.: Pharmed. Zeitung (1978)
11. KREIENBERG, W.: DÄ 25, 1739 (1972)
12. KREIENBERG, W.: DÄ 44, 3070 (1973)
13. KREIENBERG, W.: DÄ 23, 1369 (1978)

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. W. Kreienberg, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Deutschhausplatz 3, 6500 Mainz



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. ää 6,7 g, Apium grav. Auricul. ää 7,3 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,14

Recorsan-Gesellschaften Gräfelting und Lüneburg

Die medikamentöse Behandlung der koronaren Herzkrankheit*

von B. E. Strauer

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

Einleitung und Definition

Die koronare Herzkrankheit repräsentiert ein klinisches Syndrom aus Schmerz (= Angina pectoris) und Myokardinfarkt (Tab. 1). Zu den we-

Erscheinungsformen der koronaren Herzkrankheit

Angine pectoris
Myokardinfarkt
Wandkontraktionsstörungen
Herzinsuffizienz
Herzrhythmusstörungen
Papillarmuskeldysfunktion
Plötzlicher Herztod

Tabelle 1

sentlichen Folgeerkrankungen bzw. Komplikationen zählen u. a. Wandkontraktionsstörungen des linken Ventrikels (Hypokinesie, Akinesie, Dyskinesie), Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Papillarmuskeldysfunktion, plötzlicher Herztod. Mehr als 80 Prozent aller plötzlichen Herztodesfälle treten auf dem Boden einer koronaren Herzkrankheit auf. Die koronare Herzkrankheit ist eine der häufigsten Erkrankungen überhaupt. 1972 gab es in der Bundesrepublik Deutschland ca. 480000 koronarkranke Patienten, d. h. auf 140 Einwohner kommt ein Patient mit koronarer Herzkrankheit. Die Häufigkeit dieser Erkrankung hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen, der Mortalitätszuwachs pro Dezennium (1960/1970) betrug ca. 100 Prozent, die Gesamtmortalität der koronaren Herzkrankheit ist somit fast so hoch wie die Summa aller malignen Geschwulstformen.

Die der Angina pectoris, dem klinischen Leitsymptom der korona-

* Vortag anlässlich der 17. Bayerischen Internistenagung in München

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

ren Herzkrankheit, zugrunde liegende pathophysiologische Basis ist die Koronarinsuffizienz (Tab. 2). Sie entsteht als Mißverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und Sauerstoffbedarf im Myokard. Ihre Entstehung ist vom Ausmaß der koronaren Blut- bzw. Sauerstoffzufuhr wie auch vom myokardialen Energiebedarf abhängig, d. h. von einem metabolischen Ungleichgewicht, das als Folge eines zu niedrigen Sauerstoffangebotes bzw. zu hohen Sauerstoffbedarfes eine regionale oder allgemeine, relative Ischämie des Herzens auslöst. Bevorzugt betroffen ist der linke Ventrikel, in dem vor allem die im terminalen Versorgungsgebiet der Koronararterien lokalisierten Innenschichten ischämieanfällig sind. Die Koronarinsuffizienz manifestiert sich klinisch durch ihr hervorstechendes Symptom, die Angina pectoris, und läßt sich durch kardiale Funktionsparameter objektivieren, u. a. horizontal oder des-

Klinische Erscheinungsformen der Koronarinsuffizienz

Angina pectoris (Belastungsangina, Ruheangina)
— mit typischer Schmerzlokalisierung (Präkordium, linke Schulter, linker Arm)
— mit atypischer Schmerzlokalisierung (Unterkiefer, Nacken, Brust, Abdomen u. a.)
— mit und ohne Nitroglycerin-Ansprechbarkeit
— mit Variationen ("early morning"-Angina), ("walk through"-Angina), ("second wind"-Angina)
— Präinfarkt-Angina (crescendo-Angina)
— Prinzmetal-Angina
Belastungsdyspnoe
Herzrhythmusstörungen (intermittierendes Vorhofflimmern u. e.)
Galopprrhythmus
"Midsystolic click"
Papillarmuskeldysfunktion

Tabelle 2

zendierend gesenkte ST-Strecken im Elektrokardiogramm, Laktatüberschuß im koronarvenösen Blut, gesteigerter myokardialer Kaliumverlust, Abnahme der Sauerstoffsättigung im koronarvenösen Blut, veränderte Ventrikeldynamik (gestörter Ablauf von Kontraktion und Relaxation, Erhöhung des enddiastolischen Druckes im linken Ventrikel), Änderung der regionalen Myokarddurchblutung, Einschränkung der Koronarreserve. Bei der experimentellen Koronarinsuffizienz kommt es zu einem Abfall energiereicher Phosphatverbindungen (Adenosin-triphosphat, Kreatinphosphat) und des myokardialen Glykosid-Gehaltes. Morphologisch sind Mitochondrienläsionen (u. a. Schwellungen, Homogenisierung, Lysis) und Veränderungen im Myokard (Verfettung, Vakuolisierung, Nekrosen) faßbar.

Die Diagnose der Angina pectoris selbst stützt sich auf die typischen Angaben des Patienten bezüglich Schmerzlagerung (typisch, atypisch), Nitroglycerin-Ansprechbarkeit, Dyspnoe und Herzrhythmusstörungen (s. Tab. 2) sowie auf nicht-invasive (Elektrokardiogramm in Ruhe und unter körperlicher Belastung, Dipyridamol-Test, Röntgenuntersuchungen der Thoraxorgane u. a.) und invasive Untersuchungsmethoden (Koronarangiographie, Ventrikulographie, Koronardurchblutungsmessungen u. a.).

Pathophysiologische Vorbemerkungen

Die pathophysiologische Basis des Angina pectoris-Anfalles besteht in einer lokalisierten oder allgemeinen Einschränkung der Koronarreserve des linken Ventrikels. Die häufigste Ursache einer Einschränkung der Koronarreserve (= definiert als das Verhältnis des Koronarwiderstandes unter Kontrollbedingungen zum Koronarwiderstand unter maximaler Koronardilatation) ist eine Erhöhung der vasalen Komponente des Koronarwiderstandes infolge organischer Koronararterienstenosierungen. Ein Angina pectoris-Anfall wird jedoch erst dann ausgelöst, wenn bei bestehender Einschränkung der Koronarreserve ein akutes Mißverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und Sauerstoffbedarf einsetzt. Dieses Mißverhältnis kann durch eine Zunahme des Sauerstoffbedarfes zustande kommen, wie z. B. durch

einen kurzfristigen Frequenz- oder Blutdruckanstieg (körperliche Belastung, Aufregung, Nikotin- und Alkoholabusus u. e.) oder durch eine Abnahme des Sauerstoffangebotes, wie z. B. durch Abnahme des arteriellen Sauerstoffgehaltes, oder durch einen Abfall des koronaren Perfusionsdruckes. Aus der unzureichenden myokardialen Sauerstoffversorgung resultiert ein insuffizienter Kontraktionsablauf. Dadurch kommt es zusätzlich zu der bereits erhöhten vasalen Komponente des Koronarwiderstandes zu einer Erhöhung der myokardialen Komponente. Es entsteht ein circulus vitiosus, der über ein initiales Mißverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und Sauerstoffbedarf, einen insuffizienten Kontraktionsablauf, eine Erhöhung der myokardialen Komponente des Koronarwiderstandes und ein konsekutiv vermindertes Sauerstoffangebot an das Herz, das Mißverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und Sauerstoffbedarf auslöst bzw. aufrecht erhält und verstärkt. Neben der koronaren Herzkrankheit im engeren Sinne mit Erhöhung des Koronarwiderstandes kann sich eine Koronarinsuffizienz als Folgesymptomatik bei extrakoronaren Erkrankungen manifestieren (Tab. 3). Diesen Auslösungsbedingungen ist ebenfalls gemeinsam, daß ein Mißverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und Sauerstoffbedarf entsteht, das bei intaktem Koronargefäßsystem eine Myokardischämie auslösen kann. So beträgt die Angina pectoris-Häufigkeit bei Patienten mit ausgeprägter

Angine pectoris bei normalem Koronarangiogramm

<p>A. Vermindertes O₂-Angebot an das Herz Anämie Hypoxie CO-Vergiftung Hb-O₂-Dissoziationsstörungen Viskositäts-erhöhung des Blutes</p> <p>B. Erhöhter O₂-Bedarf des Herzens Abnorme Druckbelastung Abnorme Volumenbelastung Extreme Frequenzänderungen Stoffwechselsteigerung, (Hyperthyreose, Phäochromozytom, Fieber)</p> <p>C. Koronere Mikrozirkulationsstörungen ("Small vessel disease"-Kardomyopathien)</p>
--

Tabelle 3

Druckbelastung des linken Ventrikels, z. B. bei Aortenklappen, 33 Prozent, aber nur bei zwei bis vier Prozent der Fälle sind Koronarstenosen nachweisbar. Die obligate Behandlung ist die Beseitigung der extrakoronaren Grunderkrankungen, wie z. B. Anämiebehandlung, Sauerstoffzufuhr, Stabilisierung des Blutdruckes, Regulierung der Herzfrequenz, Wiederherstellung normaler Druck- und Volumenverhältnisse bei Herzklappen, insbesondere bei Aortenklappen. Bezüglich der Behandlung koronarer Mikroangiopathien bieten speziell Gefäßprozesse im Rahmen von Kollagenosen und systemischen Vaskulitiden einen therapeutisch eindrucksvoll angehbaren Komplex von kardialen Mikroangiopathien mit Angina pectoris-Symptomatik.

Koronarinsuffizienz bei normalem Koronarangiogramm

In 30 Prozent aller Patienten mit typischer oder atypischer Angina pectoris findet sich nach Ausschluß extrakardialer Ursachen von Präkordialschmerz ein normales Koronarangiogramm. Der Prozentsatz verringert sich auf zehn Prozent, wenn lediglich Fälle mit typischer Belastungs-Angine berücksichtigt werden. Die Nitroglycerin-Ansprechbarkeit der Beschwerden ist meist vorhanden, spezifische Risikofaktoren existieren nicht. Bei 50 Prozent dieser Patienten sind elektrokardiographisch Kammerendteilveränderungen (ST-Streckensenkung, T-Abflachungen, T-Negativierungen) nachweisbar, das Belastungselektrokardiogramm ist in ca. 20 Prozent positiv. Bei weiteren 20 Prozent der Fälle tritt unter körperlicher Belastung eine arterio-koronärvenöse Lektatumkehr mit myokardialer Laktatproduktion auf. Ursächlich müssen neben einer Fehlinterpretation des Koronarangiogrammes diejenigen Faktoren berücksichtigt werden, die zu einem verminderten Sauerstoffangebot an das Herz und einem erhöhten Sauerstoffbedarf führen. Gelegentlich können Koronarspasmen zur Koronarinsuffizienz führen; allerdings ist zu berücksichtigen, daß sich Spasmen aufgrund der resultierenden erheblichen Myokardhypoxie oft von selbst lösen. Weit häufiger, als allgemein angenommen, kann eine Erkrankung der kleinen, im Koronarangiogramm nicht beurteilbaren Koronararterien

Koronere Mikrozirkulationsstörungen ("small vessel disease")

<p>I. Systemische Kollagenosen Lupus erythematosus Sklerodermie Perlerteriitis nodosa Dermatomyositis Rheumatoide Arthritis</p> <p>II. Neuromuskuläre Erkrankungen</p> <p>III. Amyloidose</p> <p>IV. Bakterielle Endocarditis</p> <p>V. Colitis ulcerosa</p> <p>VI. Endomyokardfibrose</p> <p>VII. Diabetische Mikroangiopathie</p>
--

Tabelle 4

Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit

<p>Hochdruck Zigarettenrauchen Hyperlipoproteinämien Übergewicht Diabetes mellitus Physische Inaktivität Psychosozialer Stress Hyperurikämie Thromboseneigung Hypothyreose Hormonelle Einflüsse Erniedrigte Vitalkapazität Blutgruppe A₁ B J k^a</p>

Tabelle 5

Therapie des akuten Angine pectoris-Anfalls

<p>Sofortige Ruhigstellung</p> <p>Nitroglycerin (z. B. 1 bis 2 Kapseln Nitrolinguel®) (z. B. 1 bis 2 Spreys)</p> <p>Isosorbiddinitrat (z. B. 1 bis 2 Tabletten Coroviss replid®) (z. B. 1 bis 2 Spreys)</p> <p>Sedative bzw. Tranquillizer (z. B. 5 bis 10 mg Valium® per os bzw. per Injectionem)</p> <p>Physikalische Maßnahmen (z. B. kalte Kompressen, heiße oder kalte Armbäder)</p>

Tabelle 6

Noch mehr Sicherheit für den Herzpatienten



Das umfassende Herzmittel-Programm von Boehringer Mannheim

Unser umfassendes Herzmittel-Programm – das Ergebnis jahrelanger intensiver Forschungsarbeit. Ein Programm, das uns als eines der führenden Unternehmen auf dem Herzmittelsektor ausweist.

- 1. Hervorragende Therapeutica**
zur Differentialtherapie von Herzerkrankungen – selbstverständliche Basis.
- 2. Praxisgerechte Diagnostica**
zur Differentialdiagnose und zur Verlaufskontrolle der Therapie – konsequenter Ausbau.
- 3. Patientengerechte Praxishilfen**
für die Unterstützung der „Arzt-Patienten-Beziehung“ – notwendige Ergänzung.
- 4. Aktueller Literatur-Service**
für Ihre wissenschaftliche Information – sinnvolle Abrundung.

Übersicht über die koronaren, ekstrakoronaren und myokardialen Wirkungen von Nitroglycerin

A. Extrekoronares Gefäßsystem	
—	Vesikuläre Kapazitätzunahme (pooling) — Pulmonalarteriendrucksenkung
—	Abnahme von enddiastolischem Druck und Volumen (preload)
—	Abnahme der systolischen Wandspannung (afterload)
B. Koronargefäßsystem	
—	Abnahme der Koronerdurchblutung
—	Konstanz oder Abnahme der koronaren Sauerstoffdifferenz
—	Abnahme des myokardialen Sauerstoffverbrauches
C. Ventrikel	
—	Zunahme der Kontraktilität
—	Verbesserung des Ablaufes von Kontraktion und Relaxation
—	Abnahme einer erhöhten myokardialen Komponente des Koronarwiderstandes

Tabelle 7

(Durchmesser < 200µ) eine Koronarinsuffizienz mit schwerer Angina pectoris auslösen („small vessel disease“) (Tab. 4). Darüber hinaus sind bei einer Vielzahl sekundärer Kardiomyopathien die kleinen Koronargefäße als Folge einer Gefäß- und/oder Myokardläsion involviert, so daß die Koronarreserve des linken Ventrikels eingeschränkt sein kann.

Therapie des akuten Angina pectoris-Anfalles

Die Behandlung einer Angina pectoris auf dem Boden einer koronaren Herzkrankheit hat prinzipiell

das Ziel, die Risikofaktoren (Tab. 5 und 6) auszuschalten, die Auslösbefingungen für die Angina pectoris-Symptomatik zu beseitigen bzw. zu verhindern und gegebenenfalls durch operative Maßnahmen die pathologisch veränderte vasale Komponente des Koronarwiderstandes zu normalisieren. Die Therapie gliedert sich nach praktisch-klinischen Gesichtspunkten in die Therapie des Anfalles und die Prophylaxe bzw. die Intervallbehandlung.

Für die Therapie des Angina pectoris-Anfalles (s. Tab. 6) kommen Mechanismen in Betracht, mit denen es

gelingt, sowohl den Sauerstoffverbrauch des Herzmuskels zu senken, als auch das Sauerstoffangebot zu erhöhen. Das Mittel der Wahl ist Nitroglycerin. Es gibt bislang kein anderes Medikament, das die Schmerzsymptomatik entsprechend rasch und zuverlässig beseitigt. Der Wirkungseintritt erfolgt meist innerhalb der ersten ein bis zwei Minuten nach sublingualer Applikation, gleichermaßen rasch wirken Dosier-Aerosole mit Nitroglycerin. Die Wirkung des Nitroglycerins basiert auf koronaren, myokardialen und ekstrakoronaren Angriffspunkten (Tab. 7), von denen in der Bilanz die venöse Kapazitätzunahme entsprechend einem inneren, d. h. unblutigen Aderlaß mit Abnahme des enddiastolischen Füllungsdruckes des Herzens, Abnahme des preload, Abnahme der enddiastolischen Wandspannung

Hämodynamische Komplikationen der Nitroglycerin-Therapie

Kritische Senkung des enddiastolischen Druckes → Abnahme des Herzminutenvolumens mit Organminderperfusion
Kritische Senkung des arteriellen Druckes → Abnahme des koronaren Perfusionsdruckes mit myokardialer Minderperfusion

Tabelle 8

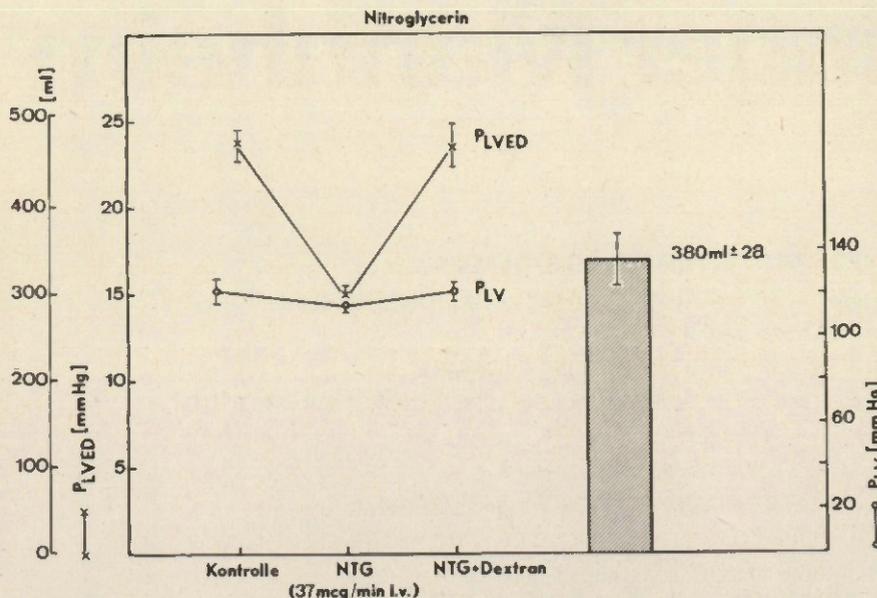


Abbildung 1
Wirkung von Nitroglycerin Intravenös (37 mcg/min) auf den systolischen und enddiastolischen Druck im linken Ventrikel (PLV: systolischer Druck, PVLED: enddiastolischer Druck). Untersucht wurden Patienten mit koronar-angiographisch gesicherter koronarer Herzkrankheit. Beachte die deutliche Abnahme des enddiastolischen Druckes bei nur geringfügiger Änderung des systolischen Druckes. Beachte ferner, daß zur Normalisierung der Nitroglycerin-Induzierten Drucksenkung eine Volumenmenge (Dextran-Infusion) von im Mittel 380 ml erforderlich war, die quantitativ dem Nitroglycerin-induzierten, unblutigen Aderlaß entspricht

u. a. die vorrangige hämodynamisch wirksame Komponente im Spektrum der Nitroglycerin-Wirkungen darstellt. Kürzlich in unserem Arbeitskreis durchgeführte Messungen haben gezeigt, daß die venöse Kapazitätzunahme unter therapeutischen Dosen von intravenös appliziertem Nitroglycerin bei 300 bis 400 ml liegt (Abb. 1). Dies zeigt, daß die Potenz des Nitroglycerins zur vaskulären Kapazitätzunahme erheblich ist, und daß bei hämodynamischer Prädisposition (niedriger Venen- und Füllungsdruck des Herzens, niedriger arterieller Druck) Komplikationen mit systemischer und Organminderperfusion auftreten können (Tab. 8). Die Koronardurchblutung des linken Ventrikels nimmt unter Nitroglycerin dosisabhängig ab, ebenso wird der myokardiale Sauerstoffverbrauch wirksam gesenkt (Abb. 2 und 3). Die erweiterten Indikationen für Nitroglycerin sind außer der koronaren Herzkrankheit mit Angina pectoris, dem akuten normotonen und hypertonen Myokardinfarkt mit therapierefraktärem

NITROGLYCERIN

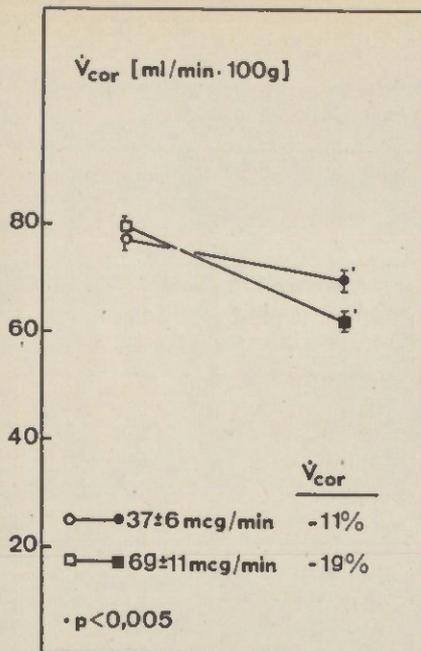


Abbildung 2
Wirkung von Nitroglycerin auf die Koronardurchblutung (V_{cor}) des linken Ventrikels. Beachte die dosisabhängige Abnahme der Koronardurchblutung

Präkordialschmerz die akute und akut-rezidivierende Linksherzinsuffizienz mit und ohne Myokardinfarkt, wenn unter konservativer Therapie eine Rekompensierung nicht möglich ist (Teb. 9). Bei der dekompensierten arteriellen Hypertonie können in Einzelfällen mit Lungenstauung und Dyspnoe Symptomverbesserungen erreicht werden. Als zusätzliches Anwendungsgebiet für Nitroglycerin ergibt sich somit — unter Berücksichtigung der hämodynamischen Komplikationsmöglichkeiten — die symptomatische Behandlung der Dyspnoe bei akuter Linksherzinsuffizienz, die aufgrund der vaskulären Kapazitätzunahme einem inneren, d. h. unblutigen Aderlaß gleichkommt.

Die Nebenwirkungen des Nitroglycerins betreffen einen kurzfristigen Frequenzanstieg, Hitzegefühl, Kopfschmerz, gelegentlich Schwindel. Eine Behandlung der Nebenwirkungen ist im allgemeinen nicht erforderlich. Kontraindikationen für Nitroglycerin sind Präkordialschmerz bzw. Angina pectoris bei hypertro-

NITROGLYCERIN

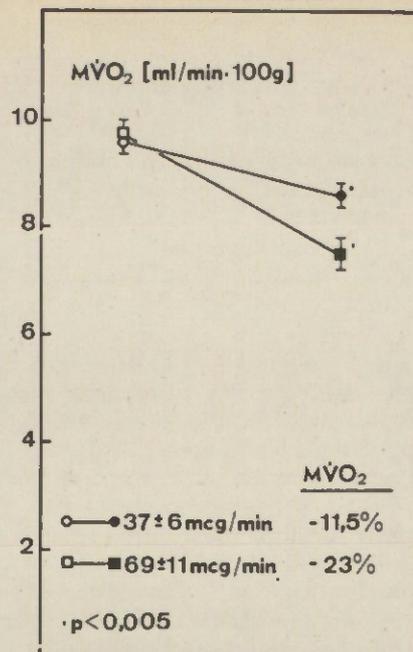
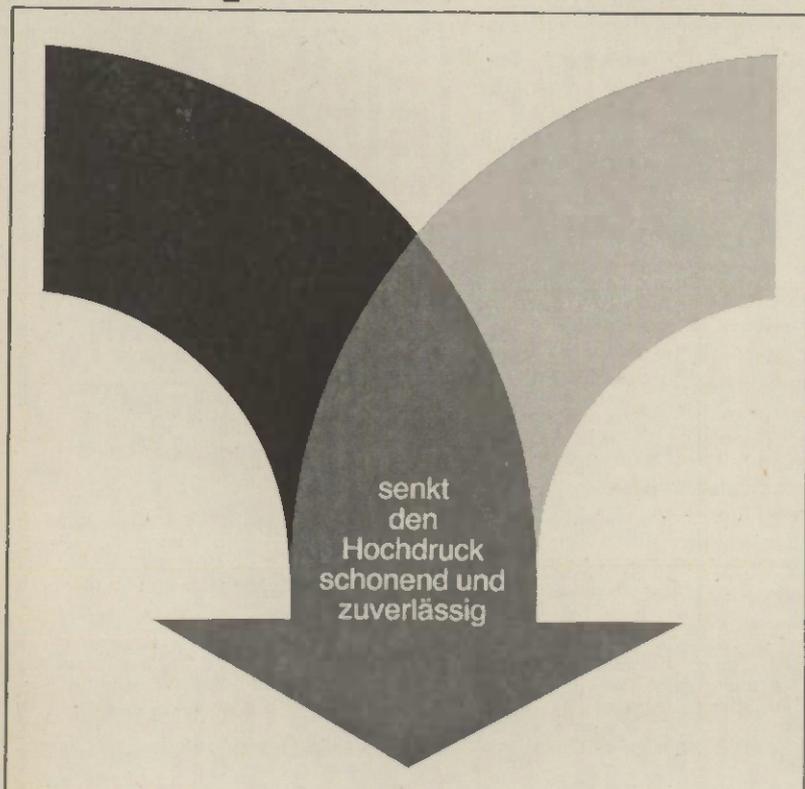


Abbildung 3
Wirkung von Nitroglycerin auf den myokardialen Sauerstoffverbrauch des linken Ventrikels (MVO_2). Beachte die dosisabhängige Abnahme des myokardialen Sauerstoffverbrauches

Adelphan-Esidrix

Die klassische Hochdrucktherapie



verhindert die Spätfolgen des Hochdrucks

Zusammensetzung: Eine Tablette enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin-sulfat + 10 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Arterielle Hypertonie. **Kontraindikationen:** Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz schwereren Grades; hochgradige Koronarsklerose; Depressionen, Magen-Darm-Ulzera, Kolitis und Gastroenteritis — auch in der Anamnese —. **Nebenwirkungen:** Zu Behandlungsbeginn gelegentlich Nausea und Tachykardie. In seltenen Fällen Hypokaliämie, Hyperglykämie, Hyperurikämie, orthostatische Regulationsstörungen, Verstopfung der Nase, migräneartige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Lymphdrüenschwellungen, Störungen des leukopoetischen Systems, Magen-Darm-Ulzera, gesteigerte Magen-Darm-Motilität, Potenzstörungen oder depressive Verstimmungen. **Wechselwirkungen:** Der Reserpin-Anteil kann die bradykarde Wirkung der Digitalisglykoside sowie die Wirkung zentral dämpfender Pharmaka und den blutdrucksenkenden Effekt antihypertensiver Pharmaka verstärken. — Der Hydrochlorothiazid-Anteil kann die Wirkung von Antidiabetika verringern, die kardo- und neurotoxische Wirkung von Lithiumsalzen sowie den kaliumausschwemmenden Effekt von Glukokortikoiden erhöhen und die Wirkung von Herzglykosiden bei bestehendem Kaliummangel verstärken. **Dosierung:** Behandlungsbeginn im allgemeinen 1–2mal 1 Tablette pro Tag, evtl. vorübergehende Dosissteigerung. Zur Dauerbehandlung genügt vielfach 1 Tablette täglich. **Besondere Hinweise:** Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. — Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatwechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. — Bei höherer Dosierung und eingeschränkter Nierenfunktion sind die Plasma-Kreatininwerte sowie der Elektrolythaushalt zu kontrollieren. **Handelsformen und Preise:** 20 Tabletten DM 8,—, 50 Tabletten DM 17,55, 100 Tabletten DM 29,05; Anstaltspackung.



Indikationen für Nitroglycerin

Angine pectoris
 Herzinsuffizienz mit und ohne
 Myokardinfarkt
 — akut
 — akut-rezidivierend
 (Dekompensierte arterielle
 Hypertonie)
 (Pulmonale Hypertonie)

Tabelle 9

phischer obstruktiver Kardiomyopathie, bei schwerer Aortenstenose, bei tachykarden und bradykarden Herzrhythmusstörungen. Bei der Aorteninsuffizienz sollte Nitroglycerin wegen der Senkung des diastolischen Aortendruckes und damit des effektiv wirksamen koronaren Perfusionsdruckes ausschließlich unter dem Gesichtspunkt einer preload-Entlastung bei beginnender Dekompensation verabfolgt werden. Beim Glaukom ist Nitroglycerin nicht kontraindiziert.

Neben der obligaten Nitroglycerin-Applikation beim akuten Angina pectoris-Anfall ist eine sofortige körperliche Ruhestellung des Patienten erforderlich. Hierzu sind häufig Sedativa notwendig, die allerdings für den akuten Anfall meist zu spät kommen. Es empfiehlt sich daher bei häufiger Angina pectoris-Symptomatik eine sedierende Prophylaxe. Bei leichteren Angina pectoris-Anfällen können zusätzlich zu Ruhigstellung, Sedativa, Nitroglycerin, auch Analgetika (z. B. Lonarid, Dolviran) versucht werden. In schweren Fällen empfiehlt sich Fentanyl bzw. Thalamonal. Die Anwendung von Pethidin, d. h. Dolantin, sollte bei koronar vorgeschädigten Patienten infolge erheblich negativ inotroper Eigenwirkung zurückhaltend erfolgen. Eine generelle Anwendung von stark wirkenden bzw. Morphinderivaten ist aus Gründen der Suchtgefahr bei der Angina pectoris kontraindiziert.

Prophylaxe der Angine pectoris (Intervallbehandlung)

Die Prophylaxe des Angina pectoris-Anfalles bzw. die Intervallbehandlung ist gleichbedeutend mit der Vermeidung aller Situationen, die einen Angina pectoris-Anfall erfahrungsgemäß auszulösen vermögen: körperliche Anstrengungen, forciertes Autofahren, Nikotin- und

Kaffee-Abusus, seelische Belastungen, Kälteeinflüsse u. a. Prophylaktische Gaben von Sedativa bzw. Tranquillizern sind angezeigt, wenn psychische Aufregungen zu erwarten sind. Vor unvermeidbaren körperlichen Belastungen hat sich gelegentlich die prophylaktische Nitroglycerin-Applikation bewährt. Während des Angina pectoris-Anfalles ist der arterielle Blutdruck in der Regel erhöht. Es ist sogar anzunehmen, daß eine Blutdrucksteigerung dem Anfall oftmals vorausgeht und diesen erst auslöst, da eine vermehrte Druckbelastung des Herzens mit einer Steigerung des myokardialen Sauerstoffverbrauches einhergeht. Zur Prophylaxe des Angina pectoris-Anfalles gehört deshalb eine dosierte Blutdrucksenkung, die bei hypertonen Koronar-Kranken obligat ist.

Die derzeit wirksamste medikamentöse Therapie zur Vorbeugung von Angina pectoris-Anfällen stellt die Behandlung mit Beta-Rezeptorenblockern dar (Tab. 10). Der Wirkungsmechanismus beruht auf der Abnahme des myokardialen Sauerstoffverbrauches infolge Abnahme von Herzfrequenz, Inotropie und arteriellem Druck (Tab. 11). Therapeutisch sollte die geringste, noch wirksame Dosis ausgetestet werden. Unter den zahlreichen, im Handel befindlichen Beta-Rezeptorenblockern haben sich u. a. Propranolol, Oxprenolol und Atenolol bewährt. Bei kardial voll kompensierten Koronar-Kranken werden vornehmlich Präparate mit deutlich negativ inotroper Eigenwirkung Anwendung finden.

Prophylaxe des Angina pectoris-Anfalles

Vermeidung der Auslösungsbedingungen — (physische und psychische Belastungen u. a.)
 Ausschaltung der Risikofaktoren
 Beta-Rezeptoren-Blocker
 (z. B. 3 x 40 bis 3 x 80 mg
 Dociton®
 z. B. 3 x 20 bis 3 x 80 mg
 Tresicor®)
 Organische Nitratre
 (z. B. Corovliss® 3 x 20 mg
 z. B. Isoket retard® 3 x 20 mg)
 Sedative bzw. Tranquillizer
 (z. B. Valium® 3 x 5 mg)
 Calcium-Antagonisten
 (z. B. Adalat® 3 x 10 bis 3 x 20 mg)
 (Digitalsglykoside, z. B. Lanicor®,
 Lanitop®)

Tabelle 10

Ziele der Beta-Rezeptorenblockade

Herzfrequenz ↓
 Inotropie ↓
 Arterieller Druck ↓
 — O₂-Verbrauch ↓

Tabelle 11

Nebenwirkungen von Beta-Rezeptorenblockern

— Verdauungstrakt und Stoffwechsel —

Übelkeit
 Brechreiz
 Erbrechen
 Diarrhoe
 Oberbauchschmerzen
 („Magenkrämpfe“)
 Hypoglykämie (bei oral oder
 parenteral behan-
 delten Diabetikern)
 Hypertriglyzeridämie

Tabelle 12

Nebenwirkungen von Beta-Rezeptorenblockern

— Herz, Lungen und Kreislauf —

Bradykardie
 AV-Blockierungen
 Asystolie
 Herzinsuffizienz
 Asthma cardiale, Lungenödem
 Erhöhung des Koronarwiderstandes
 Abnahme der Koronardurchblutung
 Zunahme der Koronarreserve
 Erhöhung des Atemwegwiderstandes
 Erhöhung des Lungengefäßwiderstandes
 Bronchokonstriktion (Lungenemphysem, asthmoide Bronchitis)
 Zunahme des peripheren Widerstandes
 Periphere Durchblutungsstörungen (kalte Füße)
 Abnahme von Herzminutenvolumen und Herzarbeit
 Blutdrucksenkung
 — Potenzierung durch Narkotika,
 Alkohol, Phenothiazine u. a.
 Orthostatische Hypotonie

Tabelle 13

Nebenwirkungen von Beta-Rezeptorenblockern

— Allgemeine Reaktionen —

Müdigkeit
Schwindelgefühl
Mundtrockenheit
Verminderter Tränenfluß
Sehstörungen
Parästhesien
Arzneimittlexenthem
Einschleifstörungen
Antipsychotische Wirkung (bei manitormen Erkrankungen)
Depressive Verstimmung (nach abruptem Absetzen)

Tabelle 14

Weitere Nebenwirkungen von Beta-Rezeptorenblockern

Thrombozytopenische Purpura (Proprenolol)
Exazerbation einer Psoriasis vulgaris (Propranolol)
Okulokutane Reaktionen, Peritonitis fibrosa, Lupus erythematodes cutaneus (Prectolol)
Natriumretention (Ödem)
Einschränkung der Nierentfunktion (Rest-N-Erhöhung)
Einschränkung der Kreatinin-Clearance)

Tabelle 15

Kontraindikationen für Beta-Rezeptorenblocker

Herzinsuffizienz (Ruheinsuffizienz, Belastungsinsuffizienz)
Bredykarde Herzrhythmusstörungen (Sinusbredykardie u. e.)
Lungenemphysem, asthmoide Emphysebronchitis, Asthma bronchiale
Cor pulmonale
Pulmonale Hypertonie
Hypotonie, orthostatische Hypotonie
Narkosen
Gravidität

Tabelle 16

Beta-Rezeptorenblocker	Arzneimittel/Interaktionen
Alkohol	Blutdruckebfell
Nerkotike (Helothene, Fluothene, u. e.)	Blutdruckebfell
MAO-Hemmer	Bradykardie
Reserpin	Blutdruckspitzen
Guenethidin	Verstärkung der anti-hypertensiven Wirkung
Methylxenthine	Bronchospesmolysie
Insulin	Hypoglykämie
Orale Antidiabetika	

Tabelle 17

da eine Inotropieabnahme mit einer effektiven Senkung des myokardialen Energiebedarfes einhergeht. Dafür kommt z. B. Propranolol in Betracht. Bei latent oder manifest herzinsuffizienten Patienten hingegen ist der Einsatz von Beta-Rezeptorenblockern erforderlich, die eine meßbare Inotropieabnahme nicht aufweisen. Dazu gehören u. a. Oxprenolol und Atenolol. Bezüglich der Nebenwirkungen, Kontraindikationen, Arzneimittelinteraktionen und Behandlung der Nebenwirkungen siehe Tabellen 12 mit 18.

Neben der Vermeidung von Auslösungsbedingungen, der Ausschaltung von Risikofaktoren, der chronischen Applikation von Sedativa bzw. Tranquilizern und Behandlung mit Beta-Rezeptorenblockern kann die Anfallshäufigkeit, die Dauer und Intensität der Angina pectoris-Anfälle durch die Applikation von Isosorbiddinitrat-Präparaten verbessert werden. Zusätzlich resultiert eine Zunahme der körperlichen Belastungstoleranz der Patienten. Gelegentlich kommt es unter Retardpräparaten (z. B. Corovliss, Isoket ret. u. a.) zu heftigen Kopfschmerzen, die zu einem Präparatwechsel bzw. Absetzen der Medikation führen. Bei schweren Beschwerden können kleine Mengen von Isosorbiddinitret-Tabletten zerkaut oder entsprechende Spreys appliziert werden. Der Wirkungseintritt von

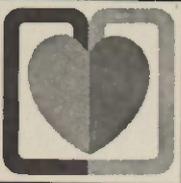
oral gekautem oder zerstäubtem Isosorbiddinitrat erfolgt ebenfalls rasch, meist innerhalb von drei bis fünf Minuten nach der Applikation. In Einzelfällen kann die Nitroglycerin-Ansprechbarkeit bei mit Isosorbiddinitrat chronisch vorbehandelten koronarerkrankten Patienten abnehmen; allerdings ist dieser gelegentlich zu beobachtende Effekt nicht ausreichend, um die Indikation zur Langzeitbehandlung der koronaren Herzkrankheit mit Isosorbiddinitrat einzuschränken.

Beta-Rezeptorenblocker

— Therapie der Nebenwirkungen —

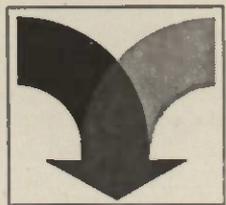
Absetzen der Beta-Rezeptorenblocker
1. Bradykardie: Atropin (0,5 bis 2 mg i. v.) Glucagon (1 bis 5 x 1 mg i. v.) gegebenenfalls Schrittmacherstimulation
2. Bronchospastik: Theophyllin (0,24 g langsam i. v.)
3. Hypoglykämie: Glucagon (1 bis 5 x 1 mg i. v.) Glukose-Infusion
4. Hypotonie: Volumenzufuhr, bei gleichzeitiger Bradykardie: Atropin, Glucegon
5. Herzinsuffizienz: Übliche Herzinsuffizienz- und Lungenödembehandlung, edditiv Glucagon (Injektion oder Infusion)

Tabelle 18



AUS DER
HERZ-
KREISLAUF-
FORSCHUNG
C I B A

Adelphan-Esidrix



Nicht eindeutig gesichert ist der Vorteil einer Behandlung der Angina pectoris mit Calcium-Antagonisten. Ihr Wirkungsmechanismus beruht auf einer elektromechanischen Entkopplung, wobei im therapeutischen Bereich eine Abnahme der Myokardkontraktilität infolge sympathischer Gegenregulation im Organismus meist nicht nachweisbar ist. Demzufolge resultiert in der Bilanz keine Abnahme des myokardialen Sauerstoffverbrauches, oft setzt eine leichte Zunahme des O₂-Verbrauches ein. Calcium-Antagonisten (z. B. Nifedipine) können dann Anwendung finden, wenn eine Angina pectoris mittels konservativer Therapie (u. a. Beta-Rezeptorenblocker, Sedativa, Isosorbiddinitrat) nicht ausreichend beherrscht werden kann.

Während des Angina pectoris-Anfalles liegt eine regionale oder allgemeine Myokardinsuffizienz vor. Durch positiv inotrop wirksame Maßnahmen, speziell durch Digitalis-Glykoside, kann ein regelrechter Ablauf von Myokardkontraktion und -relaxation wieder hergestellt werden. Die Normalisierung des Kontraktionsablaufes sowie die Verbesserung der Pumpfunktion stellen somit eine Indikation für die Digitalis-Glykoside bei der koronaren Herzkrankheit dar. Dies bedeutet, daß Digitalis-Glykoside bei Herzwandaneurysma und ausgedehnten Dyskinesien einerseits sowie bei der Ruhe- bzw. Belastungsinsuffizienz des Herzens andererseits eingesetzt werden sollten. Eine generelle Digitalisierung der Patienten mit koronarer Herzkrankheit ist — insbesondere in Anbetracht der kardialen Glykosid-Nebenwirkungen (Tab. 19) — nicht gerechtfertigt. Es ist zu betonen, daß in Einzelfällen bei Angina pectoris mit normal großem Herzen und ohne Zeichen von Herzinsuffizienz die Beschwerden durch eine Digitalismedikation verschlimmert werden können.

Therapie der Präinfarkt-Angina

Ein besonderes therapeutisches Problem repräsentiert die Präinfarkt-Angina, die sich innerhalb weniger Tage oder Wochen entsprechend einer Angina pectoris vom Crescendo-Typ entwickelt und einen oftmals bedrohlichen Myokardinfarkt zur Folge hat. Auch hierbei steht die Normalisierung des Verhältnisses zwischen Sauerstoffangebot und

Kardiale Glykosid-Nebenwirkungen bei koronarer Herzkrankheit

Herzrhythmusstörungen
Angina pectoris
Kammerendteilveränderungen (EKG)
Erhöhung des peripheren und koronaren Gefäßwiderstandes
Akuter Myokardinfarkt:
— Vergrößerung des Infarktareals (Σ ST-Elevation)
— Subendokardiale Nekrosen (Maroko et al., 1971)
— Koronare Vasokonstriktion (Gracey et al., 1963)
— Aneurysmbildung (Ross et al., 1976)
(Bulkley et al., 1976)

Tabelle 19

Therapie der Präinfarkt-Angina

Strikte Bettruhe, Sedativa, Analgetika, Sauerstoffzufuhr
Verbesserung der myokardialen Sauerstoffbilanz
— Beta-Rezeptorenblocker (z. B. Docton® 200 bis 600 mg)
— Nitroglycerin (40 bis 120 mcg/min i. v.)
Invasive Maßnahmen (bei Therapieresistenz):
— aorto-koronarer Bypass nach vorheriger Koronarangiographie, gegebenenfalls aortale Gegenpulsation

Tabelle 20

Angina pectoris bei normalem Koronarangiogramm

— Therapie —

- | |
|---|
| 1. Behandlung extrakardialer Ursachen |
| 2. Behandlung myokardialer Ursachen |
| 3. Behandlung der koronaren Mikroangiopathie |
| a) Anfallsbehandlung: Nitroglycerin (Nitrolingual, 1 bis 3 Kapseln) |
| b) Intervallbehandlung: Ausschaltung der Risikofaktoren Beta-Rezeptorenblocker (z. B. Oxprenolol 3 x 20 bis 3 x 80 mg) Isosorbiddinitrat (3 bis 6 x 5 mg) |
| c) Bei rheumatischer Aktivität: Corticosteroide, gegebenenfalls Azathioprin |

Tabelle 21

Sauerstoffbedarf im Vordergrund. Prinzipiell sollte zunächst eine medikamentöse Therapie neben Allgemeinmaßnahmen (Bettruhe, Sedativa, Analgetika) erfolgen (Tab. 20). Beta-Rezeptorenblocker (z. B. Docton) sind unter Beachtung von arteriellem Blutdruck und Herzfrequenz hochdosiert zu applizieren, gleichzeitig kann Nitroglycerin sublingual bzw. als Dauerinfusion zur kardialen Entlastung infundiert werden. In Einzelfällen sind Alpha-Rezeptorenblocker, z. B. Phentolamin, als intravenöse Dauerinfusion zur afterload-Reduktion versucht worden. Bei Therapieresistenz, d. h. bei weiterhin persistierenden Angina pectoris-Schmerzen mit und ohne Crescendo-Charakter, ist die chirurgische Bypass-Implantation nach vorheriger Koronarangiographie (gegebenenfalls unter aortaler Gegenpulsation) zu erwägen, eine Maßnahme, über die in letzter Zeit wiederholt positive Resultate bei der medikamentös therapierefraktären Präinfarkt-Angina mitgeteilt wurden.

Koronare Mikroangiopathien ("small vessel disease")

In der Mehrzahl der Fälle von Angina pectoris bei normalem Koronarangiogramm steht — wie bei der Angina pectoris mit objektivierter koronarer Herzkrankheit — die symptomatische Therapie mit Nitraten, Beta-Rezeptorenblockern u. a. im Vordergrund, da eine kausale Therapie, auch nach Ausschaltung myokardialer und extrakardialer Faktoren, oft nicht möglich ist (Tab. 21). Bei der im Rahmen einer essentiellen Hypertonie auftretenden Angina pectoris, der wohl häufigsten Form einer koronaren Mikroangiopathie, ist die arterielle Drucksenkung in der Behandlung der Angina pectoris vorrangig. Durch Beta-Rezeptorenblocker können in diesen Fällen oft befriedigende arterielle Drucksenkungen und kardiale Symptomverbesserungen erreicht werden. Zigarettenrauchen ist auf jeden Fall zu vermeiden. Auf die Regulierung abnorm erhöhter Serumlipide und Einstellung eines Diabetes mellitus ist zu achten.

Im Unterschied zu dieser meist auf arteriosklerotischer Basis entstehenden und lediglich symptomatisch behandelbaren Form der Angina pectoris bei normalem Koronarangiogramm bieten die Fälle mit

Angina pectoris als Folge eines small vessel disease bei Immunvaskulitiden, Lupus erythematodes, Sklerodermie und anderen systemischen Kollagenosen nach unseren bisherigen Erfahrungen vielversprechende therapeutische Möglichkeiten.

Die Kasuistik eines 35jährigen Patienten soll dies verdeutlichen:

Patient U. G.: Seit zwei Jahren vor der stationären Aufnahme an Intensität zunehmende Angina pectoris. Anfangs gute Nitroglycerin-Ansprechbarkeit, zum Zeitpunkt der stationären Untersuchung nahezu völlige Nitroglycerin-Refraktärität. Dabei sechs bis zehn Schmerzfälle pro Tag. Praktisch völlige Immobilisierung. Blutdruck 100 bis 120/70 bis 80 mm Hg. Frequenz (in Ruhe) 70 bis 80/min. Elektrokardiographisch keine Auffälligkeiten: regelmäßiger Sinusrhythmus, Linkstyp, keine Erregungsrückbildungsstörungen, keine Herzrhythmusstörungen. Bereits unter leichter körperlicher Belastung (25 Watt) schwere Angina pectoris, ST-Streckensenkungen (V_3 bis V_6). Thorax: Herz geringgradig linksbetont, ansonsten keine Auffälligkeiten. Leborchemisch: Thrombozytopenie ($108\ 000/\text{mm}^3$), Hypertriglyceridämie ($350\ \text{mg}^{\circ}/\text{o}$), Erhöhungen der GPT ($43\ \text{mU/ml}$) und des ASL ($400\ \text{A.S.E.}$), C_3 erniedrigt ($70\ \text{mg}^{\circ}/\text{o}$), C-reaktives Protein deutlich positiv. Antinukleäre Antikörper positiv (1:30). Rechtsherzkatheterisierung und Koronarangiogramm normal. Kein Anhalt für lokalisierte Koronarstenosen, keine Wendunregelmäßigkeiten. Regelrechter Versorgungstyp. Bei der linksventrikulären Druckmessung deutliche Kontraktilitätsminderung des linken Ventrikels, Pumpfunktion herabgesetzt. Nur mäßiggradig erhöhter enddiastolischer Druck im linken Ventrikel. Bei der Ventrikulographie deutliche Einschränkung der auxotonen Geschwindigkeitsgrößen (V_{CF} , MNSER). Wanddicke, Wandspannung, ventrikuläre Dimensionen (systolisch, diastolisch) regelrecht.

Koronare Funktionsdiagnostik: Ruhe-Koronardurchblutung auf $52\ \text{ml/min} \times 100\ \text{g}$ erniedrigt (normal: $78\ \text{ml/min} \times 100\ \text{g}$). Sauerstoffverbrauch des linken

Ventrikels erniedrigt: $6,2\ \text{ml/min} \times 100\ \text{g}$ (normal: $9,4\ \text{ml/min} \times 100\ \text{g}$). Arterio-koronarvenöse Sauerstoffdifferenz: normal ($12,1\ \text{vol}^{\circ}/\text{o}$). Koronarreserve des linken Ventrikels nahezu aufgehoben: 1,3 (normal: 4,8 bis 5,1). Bei normalem Koronarangiogramm und normalen Ventrikeldimensionen somit dringender Verdacht auf „small vessel disease“.

Zur weiteren diagnostischen Abklärung, speziell zum Nachweis bzw. Ausschluß einer Immunvaskulitis (s. Leborbefunde) histologische Untersuchungen der Rektumbiopsie, Leberbiopsie, Knochenmarkbiopsie, Beckenkammbiopsie (Professor Burkhardt, München) und peripheren Gefäßbiopsie (Arteria radialis). Bei Nachweis erheblicher Rundzeif-infiltrate sowie von Intima- und Medieverdickungen in nahezu allen betroffenen Beckenkammarterien. Histologische Untersuchung der Arteria radialis-Biopsie unauffällig, immunhistologische Untersuchung (Privatdozent Dr. Thoenes, München): erhebliche IgM- C_3 -Komplexe in den Media- und Adventitia-nahen-Schichten.

Aufgrund der Konstellation aus therapierefraktärer Angina pectoris und hochgradig eingeschränkter Koronarreserve einerseits sowie dem Nachweis von antinukleären Antikörpern, pathologischen Beckenkammarterien und arterienwandständigen IgM- C_3 -Komplexen andererseits war der Verdacht auf das Vorliegen einer systemischen Vaskulitis mit koronarer Beteiligung, und zwar auf dem Boden einer Autoimmunerkrankung, gegeben. Entsprechend diesem Konzept wurde eine langfristige, ambulante Behandlung mit Steroiden und Azathioprin über vier Monate durchgeführt. Die Erhaltungsdosis betrug $16\ \text{mg}$ Prednisolon und $150\ \text{mg}$ Azathioprin. Unter dieser Behandlung kam es klinisch zur völligen Beschwerdefreiheit von seiten der Angina pectoris und weitgehend normaler körperlicher Belastbarkeit. Die nach ambulanter Therapie erneut durchgeführten Untersuchungen ergaben einen doppelt so hohen Koronardurchblutungsanstieg unter Dipyridamol, die unter Einbeziehung des koronaren Perfusionsdruckes ermittelte Koronarreserve des linken Ventrikels war dementsprechend gebes-

sert. Auswurfraction, auxotone Geschwindigkeitsindizes und maximale Druckenstiegs-geschwindigkeit im linken Ventrikel waren annähernd normalisiert. Der dargestellte Patient ist derzeit — wie vier andere bei uns entsprechend diagnostizierte und behandelte Fälle — beschwerdefrei und voll belastungsfähig.

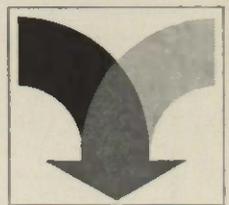
Das Beispiel zeigt, daß Steroide bzw. Immunsuppressiva bei gegebener Indikation zur Behandlung einer therapierefraktären Angina pectoris nützlich sein können und für diese Fälle mit koronarer Immunvaskulitis die Therapie der Wahl repräsentieren. Das Beispiel zeigt ferner, daß die Bestimmung der Koronarreserve wesentlich zur Verdachtserhärtung einer koronaren Mikrozirkulationsstörung beitragen kann. Es ist zu erwähnen, daß die Diagnose funktionell, d. h. durch die Bestimmung der Koronarreserve, bzw. als Analogieschluß, d. h. durch Immunserologie und periphere Immunhistologie, gestellt wurde. Das diagnostische Vorgehen aus Bestimmung der koronaren Hämodynamik einerseits und der Immunserologie bzw. Immunhistologie andererseits ist nach unseren bisherigen Erfahrungen zur funktionellen Erkennung einer koronaren Mikrozirkulationsstörung, speziell auf dem Boden einer Immunvaskulitis, in hohem Maße geeignet. Entsprechende diagnostische Maßnahmen und therapeutische Konsequenzen ergeben sich für die kardiale Beteiligung beim Lupus erythematodes, bei der Sklerodermie, der rheumatischen Arthritis, dem Morbus Bechterew und der Periarteriitis nodosa.

Chirurgische Therapie der koronaren Herzkrankheit

Nach Ausschöpfung der medikamentösen Therapiemaßnahmen zur Behandlung der Angina pectoris ist zu erwägen, ob durch chirurgische Interventionen (aorto-koronarer Bypass) eine additive Therapiemöglichkeit zum medikamentösen Be-



Adelphan-Esidrix



Indikationen zur Koronarangiographie

Angina pectoris
 Abgelaufener Myokardinfarkt
 (älter als drei Monate)
 Herzvitien mit Präkordialschmerz
 Ungeklärte Kardiomegalie
 Therapieresistente Präinfarkt-
 Angina (gegebenenfalls Intraortale
 Gegenpulsetlon)
 Postoperative Kontrolle von
 Bypass-Implantaten
 Ungeklärte Herzrhythmusstörungen
 und EKG-Veränderungen

Tabelle 22

handlungsplan gegeben ist. Vor den koronarchirurgischen Maßnahmen muß zur Diagnosesicherung und Schwerebeurteilung eine Koronarangiographie durchgeführt werden, die speziell bei schwerer Angina pectoris mit Krankheitswert (Tab. 22), bei abgelaufenem Myokardinfarkt mit persistierender Angina pectoris, ungeklärter Kardiomegalie u. a. indiziert ist. Ergeben sich operationswürdige Stenosen (z. B. Hauptstammstenosen, circumscribte Mehrgefäßstenosen), dann ist unter Berücksichtigung des klinischen Beschwerdebildes eine koronarchirurgische Operation und eine entsprechende präoperative Diagnostik in den meisten Fällen angezeigt (Tab. 23). Besteht gleichzeitig ein Ven-

Indikationen zur Koronarchirurgie

1. Intraaktuelle Angina pectoris
2. Angina pectoris bei linkskoronarer Hauptstammstenose
3. Angina pectoris bei hauptstammäquivalenten Stenosen

Tabelle 23

trikelaneurysma mit Herzinsuffizienz oder inaktiven Herzrhythmusstörungen, so repräsentiert die Ventrikelchirurgie in Verbindung mit koronarchirurgischen Maßnahmen eine wesentliche therapeutische Behandlungsmöglichkeit. Es ist allerdings zu betonen, daß bei diffusen Koronarstenosierungen, bei allgemeiner Hypokinesie bzw. Akinesie des linken Ventrikels bei älteren Patienten (> 65 Jahre) bei existenten Zweiterkrankungen (schwere Bronchitis, generalisiertes arteriosklerotisches

Gefäßleiden, Lungenemphysem, nicht behandelbarer Nikotinabusus, Adipositas) die Indikation zur Koronarangiographie und Koronarchirurgie zurückhaltend gestellt werden sollte. Es ist ferner zu berücksichtigen, daß die Spontanprognose bei Eingefäßerkkrankungen annähernd gleich günstig der Prognose bei operierten Eingefäßerkkrankungen ist, während bei Mehrgefäßerkkrankungen die Überlebenskurve nach arto-koronarem Bypass günstiger zu sein scheint, als nach dem Spontanverlauf zu erwarten ist. Demzufolge sollten vornehmlich Patienten mit Mehrgefäßerkkrankungen, speziell mit Erkrankungen der ostiennahen koronaren Hauptäste, zur Koronaroperation ausgewählt werden. Es ist schließlich zu berücksichtigen, daß durch die Koronarchirurgie eine Änderung der Re-Infarkthäufigkeit nicht nachgewiesen worden ist, während die Beschwerdesymptomatik postoperativ eindeutig gebessert ist und eine Verbesserung der Überlebensquote zu bestehen scheint.

Zusammenfassung

Vorrangig in der Behandlung der koronaren Herzkrankheit ist die Ausschaltung der medikamentös, diätetisch oder allgemein behandelbaren Risikofaktoren (u. a. Hochdruck, Diabetes mellitus, Hyperlipoproteinämie, Adipositas, Zigarettenrauchen u. a.). Die medikamentöse Therapie gliedert sich in die Behandlung des Angina pectoris-Anfalls und in die Intervallbehandlung; die Anfallsbehandlung basiert auf strikter Ruhigstellung, Nitroglycerin-Applikation und Sedierung. Für die Intervallbehandlung bzw. Anfallstherapie kommen Beta-Rezeptorenblocker, Isosorbiddinitrat und sedierende Maßnahmen in Betracht. Die Behandlung der Präinfarkt-Angina erfolgt zunächst stets medikamentös; erst bei Therapieresistenz sind operative Maßnahmen angezeigt. Bei therapierefraktärer Angina pectoris mit Krankheitswert sind koronarchirurgische Maßnahmen angezeigt, durch die eine Beschwerdefreiheit postoperativ in hohem Maße erreicht werden kann. Die Re-Infarkthäufigkeit wird durch die Koronarchirurgie nicht vermindert, dagegen resultieren bei kritischen Mehrgefäßstenosen in der Mehrzahl Verlängerungen der Überlebensrate.

Literaturverzeichnis

- BJÖRCK, O.: Epidemiologie und Soziologie der koronaren Verschlusskrankheit. *Verh. dtsh. Ges. inn. Med.* 69, 573 (1963)
- ERETSCHNEIDER, H. J.: Aktuelle Probleme der Koronardurchblutung und des Myokardstoffwechsels. *Regensburg. ärztl. Fortbild.* 1, 11 (1967)
- BDCHNER, F.: Die Koronarinsuffizienz. Dresden und Leipzig, Kreislaufbücherei 3, 1939.
- BUCHBORN et al.: Therapie innerer Krankheiten. Springer (1977)
- DIETRICH, H. und SCHWIEGK, H.: Angina pectoris und Anoxie des Herzmuskels. *Z. klin. Med.* 125, 195 (1928)
- DUBOIS, E. L. (editor): Lupus erythematosus. A review of the current status of discoid and systemic lupus erythematosus and their variants. New York, 1968, McGraw-Hill Book Comp., Inc.
- EPSTEIN, S. E.: Hypotension, nitroglycerin, and acute myocardial infarction. *Circulation* 47, 217 (1973)
- HANSTEN, Ph. D.: Arzneimittelinteraktionen. Hippokrates, Stuttgart (1974)
- JAMES, Th N.: Pathology of small coronary arteries. *Am. J. Cardiol.* 20, 679 (1967)
- KUEMMERLE, H. P. (Hrsg.): Klinische Pharmakologie und Pharmakotherapie. Urban & Schwarzenberg (1976)
- LOCHNER, W.: Herz. In: Physiologie des Kreislautes (E. SCHÖTZ, Hrsg.) Bd. I. Berlin-Heidelberg-New York, Springer (1971)
- LYDTIN, H. und MEESMANN, W.: Kardiale Sympathikolyse als therapeutisches Prinzip. Thieme, Stuttgart (1975)
- RIECKER, G.: Klinische Kardiologie. Springer (1975)
- STRAUER, E. E., BÖLL, U., HÖFLING, B., KOCZOREK, Kh. R., RINDFLEISCH, G. und SCHERPE, A.: Ventrikelfunktion und koronare Hämodynamik bei progressiver Sklerodermie. *Z. Kardiol. Suppl.* 3, 83 (1976)
- STRAUER, B. E., BRUNE, J., SCHENK, H., KNOLL, D. und PERINGS, E.: Lupus cardiomyopathy: cardiac mechanics, hemodynamics and coronary blood flow in uncomplicated systemic lupus erythematosus. *Am. Heart J.* 92, 715 (1976)
- STRAUER, B. E.: Alternativen zur Digitalistherapie - Organische Nitrate und Vasodilatatortherapie der Herzinsuffizienz. *Verh. dtsh. Ges. inn. Med.* 83, 154 (1977)
- STRAUER, E. E.: Einführung zum Thema. In: „Alternativen zur Digitalistherapie“, Symposium A, 83, Tagg. Dtsch. Ges. inn. Med. Verh. dtsh. Ges. inn. Med. 83, 116 (1977)
- STRAUER, E. E.: Neue Ergebnisse zur Pathophysiologie der Koronarinsuffizienz. *Internist* 18, 294 (1977)
- STRAUER, E. E.: Ventrikelfunktion und koronare Hämodynamik beim essentiellen Hochdruck. Referat 43. Tagg. Dtsch. Ges. Kreislau fforsch. Verh. dtsh. Ges. Kreislau fforsch. 43, 41 (1977)
- STRAUER, B. E.: Die quantitative Bestimmung der Koronarreserve zur Diagnostik koronarer Durchblutungsstörungen. *Internist* 18, 579 (1977)
- STRAUER, E. E.: Koronare Herzkrankheit - chirurgische oder konservative Therapie. *Internist* 20, 120 (1979)
- WILLIAMS, D. O., Amsterdam, E. A. and MASON, D. T.: Hemodynamic effects of nitroglycerin in acute myocardial infarction: Decrease in ventricular preload at the expense of cardiac output. *Circulation* 51, 421 (1975)

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. B. E. Strauer, Oberarzt, Merckionienstraße 15, 8000 München 70

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

Der Arzt im Notfalleinsatz *

von W. Weibauer

(Schluß)

4. Die Haftung im Notfalleinsatz

Die rechtliche Ausgangssituation, die Pflichten und die Haftung des Arztes sind verschieden, je nachdem, ob er im Rahmen der allgemeinen Hilfeleistungspflicht zur Versorgung des Notfallpatienten gerufen wird oder im Rahmen eines organisierten Notfalldienstes. Wie bereits bei den einzelnen Modellen angemerkt, gibt es auch hier wieder Unterschiede bei der zivilrechtlichen Vertragshaftung.

4.1 Die ärztliche Hilfeleistungspflicht

Wie eingangs dargestellt, ist nach § 330 c StGB bei Unfällen grundsätzlich jeder zur Hilfeleistung verpflichtet; er muß im Rahmen des Zumutbaren die nach seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten beste und wirksamste Hilfe leisten und er muß sie sofort leisten (BGHSt 14, 213).

Wird qualifizierte Hilfe benötigt, so engt sich der Kreis der Verpflichteten jedoch ein. Strafbar nach § 330 c StGB macht sich nur derjenige, der eine Hilfeleistung unterläßt, die nach der Beurteilung eines verständigen Beobachters ex ante (d. h. im Zeitpunkt des Geschehens) eine Chance hatte, den drohenden Schaden abzuwenden (BGHSt 17, 166). Wenn es um medizinische Hilfe bei Erkrankungen und Verletzungen geht, ist der Laie regelmäßig überfordert. Er wird sich, soweit er nicht eine Ausbildung in Erster Hilfe besitzt, darauf beschränken müssen, qualifizierte Hilfe herbeizuholen. Er wird versuchen, den nächsten Arzt, eine Rettungsleitstelle oder ein Krankenhaus zu verständigen oder er wird den transportfähigen Patienten dort hinbringen, wo er potente Hilfe erwarten kann.

Wird der Arzt zu einem Notfall gerufen, so muß er diesem Ruf folgen, wenn er wirksamer und schneller

helfen kann als die am Unglücksort Anwesenden (vgl. BGHSt 2, 69 und 21, 50). Dabei kommt es darauf an, wie sich ihm die Situation im Zeitpunkt des an ihn ergehenden Notrufs darstellt. Auch wenn sich nachträglich herausstellt, daß er den Tod letztlich nicht hätte abwenden können, macht er sich nach § 330 c StGB strafbar, wenn er sich vorsätzlich einer Hilfeleistung entzieht, die nicht von vorneherein als völlig aussichtslos erscheint. Die Hilfeleistungspflicht besteht auch dann, wenn feststeht, daß der Arzt den Tod des Notfallpatienten nicht mehr abwenden, aber seine Schmerzen lindern kann (BGHSt 14, 213).

Was von dem Arzt, der zufällig an den Unfallort kommt oder als nächst-erreichbarer Arzt zum Unfallort gerufen wird, im Rahmen der Hilfeleistungspflicht gefordert wird, bestimmt sich zum einen nach der objektiven medizinischen Notfallindikation zum anderen aber ganz entscheidend auch nach seinen subjektiven Fähigkeiten und den ihm in dieser Situation zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln. Nicht jeder Arzt kann intubieren und bei einem zufälligen Einsatz wird auch der Arzt, der die Intubationstechnik beherrscht, nicht immer über ein Intubationsbesteck verfügen. Eine Bestrafung wegen unterlassener Hilfeleistung scheidet aus, wenn der Arzt das Beste getan hat, was in seinen Kräften stand.

Sollte der Arzt versäumt haben, sich fortzubilden und ist er deshalb außerstande, potente Hilfe zu leisten, so kenn ihn der Vorwurf einer Verletzung seiner Berufspflichten treffen; der Inhalt der Fortbildungspflicht ist dabei freilich von Fachgebiet zu Fachgebiet verschieden. Frei von der Hilfeleistungspflicht wird der Arzt, wenn ein anderer schnellere oder wirksamere Hilfe leisten kann, insbesondere also, wenn eine Hilfsorganisation und ein Notarzt erreichbar sind, die dank ihrer Hilfsmittel eine umfassendere Notfallversorgung gewährleisten.

Eine zivilrechtliche Haftung (Schadensersatzpflicht) wird durch eine Verletzung der in § 330 c StGB normierten Hilfeleistungspflicht nicht begründet (§ 330 c StGB ist kein Schutzgesetz im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB).

4.2 Die Haftung des Arztes im organisierten Notfalldienst

In der Beurteilung der haftungsrechtlichen Situation ist beim Notfallarzt und beim Notarzt der Ausgangspunkt der gleiche:

Anders als der Arzt, der zufällig an den Unfallort kommt oder als nächst-erreichbarer gerufen wird, übernehmen sie mit ihrer Eingliederung in einen planmäßigen Dienst die Verpflichtung, in Notfällen Hilfe zu leisten. Sie haben damit gegenüber dem Notfallpatienten, ähnlich wie der Arzt, der eine Behandlung übernommen hat, eine Garantenstellung. Unterlassen sie es schuldhaft, die erforderliche Hilfe zu leisten, so müssen sie – je nach Schuldform und Folgen ihrer Unterlassung – mit einer Strafverfolgung wegen fahrlässiger oder vorsätzlicher Körperverletzung oder Tötung rechnen, also nicht nur mit einem Strafverfahren wegen unterlassener Hilfeleistung.

Diese rechtliche Unterscheidung hat nur eine geringe unmittelbare Bedeutung, weil der Arzt schon aus seiner berufsethischen Verpflichtung kaum jemals seine Hilfe verweigern wird; sie hat aber wesentliche Konsequenzen für die Qualifikation des Notarztes, auf die später noch einzugehen sein wird.

4.3 Behandlungsfehler und ärztliche Aufklärung

Unabhängig von der Frage, ob sich der Arzt wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar macht, also sozusagen wenn er „nichts“ tut, ist zu prüfen, ob er für Behandlungsfehler bei der Notfallversorgung straf- und zivilrechtlich haftet, also für Fehlleistungen einzustehen hat, wenn er nicht das fachlich Richtige tut.

Die Rechtsprechung geht davon aus, daß jeder Eingriff in die Körperintegrität, auch der lege artis indizierte und ausgeführte Heileingriff, den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt. Der Heileingriff ist aber rechtmäßig, wenn der Patient in Kenntnis der für seine Entscheidung wesentlichen Umstände einwilligt. Dazu be-

* Nach einem Referat vor Rot-Kreuz-Ärzten in Endorf – Leitung: Chefarzt Dr. Zistl

darf es unter normalen Verhältnissen einer oft recht diffizilen Aufklärung. In Notsituationen, in denen nur ein sofortiges Eingreifen den Patienten retten oder vor schweren Schäden bewahren kann, braucht der Arzt jedoch mit der Aufklärung nicht viel Umstände zu machen; denn dem Patienten, der gerettet werden will, bleibt hier keine echte Wahl und ihm die Wahlmöglichkeiten aufzuzeigen, ist der eigentliche Sinn der Aufklärung.

Ist der Patient bewußtlos oder nicht entscheidungsfähig, so genügt bei eiligen Maßnahmen seine mutmaßliche Einwilligung, soweit nicht die Entscheidung Personensorgeberechtigter, wie etwa die der Eltern für noch nicht einwilligungsfähige Kinder, herbeigeführt werden kann.

Der Arzt darf, soweit ihm nichts Gegenteiliges bekannt wird, davon ausgehen, daß der bewußtlose Notfallpatient gerettet werden will. Bei Notfallpatienten nach Selbstmordversuch mag dies zweifelhaft sein; die Rechtsprechung geht aber davon aus, daß der einem Rettungsversuch entgegenstehende Wille des Selbstmörders grundsätzlich unbeachtlich ist.

Die Probleme liegen bei der Behandlung des Notfallpatienten also weniger bei der Einwilligung und Aufklärung als beim Behandlungsfehler, der den Zustand des Notfallpatienten noch verschlechtert und den Tod oder einen Körperschaden verursacht. Daß Diagnosen und Behandlungsmethoden sich nachträglich als falsch erweisen können, ist selbst bei Ausschöpfung aller Möglichkeiten der modernen Medizin unvermeidlich. Straf- und zivilrechtlich haftet der Arzt für einen Behandlungsmißerfolg nur dann, wenn ihn ein Verschulden trifft. Ärztliches Verschulden (in der Form der Fahrlässigkeit) setzt zunächst stets eine Verletzung der in der konkreten Situation gegebenen Sorgfaltspflichten voraus, die sich nach objektiven Maß-

Das Bayerische Rote Kreuz gibt sich die Ehre, Sie zum

Margueriten-Ball

am Donnerstag, 14. Februar 1980, 20 Uhr, im Hotel „Bayerischer Hof“, einzuladen.

Die International! bekannten Orchester Ambros Seelos Show-Band und Ronny Peller Sextett, sowie ein attraktives Programm und das Faschingsprinzenpaar mit seinem Hofstaat versprechen gute Laune und einen beschwingten Abend mit Faschingshochstimmung.

Die große Tombola hält eine Palette schöner Gewinne bereit.

Abendanzug – Abendkleid

Eintrittspreise für nummerierte Plätze: DM 85,—, 75,—, 70,—, 65,—, 50,—, 45,—, 40,—, 35,—, 20,—

Kategoriekarten für Studierende: DM 10,—

Vorbestellung und Kartenverkauf: Bayerisches Rotes Kreuz, Seitzstraße 8, München 22, Telefon (0 89) 23 72 -270, oder Hotel „Bayerischer Hof“, Promenadeplatz 2-6, München 2, Telefon (0 89) 22 88 71

Der Reinerlös des Balles wird für das im Bau befindliche soziale Dienstleistungszentrum des Kreisverbandes München verwendet.

Ehrenprotektorat: Frau Gertrud Goppel

stäben bestimmen, also danach, wie sich ein gewissenhafter Arzt oder ein Spezialist der gleichen Fachrichtung in dieser Situation verhalten hätte. Daß an die Diagnose und Therapie in Notfällen nicht die gleichen Maßstäbe angelegt werden können wie an eine normale Behandlung, ist selbstverständlich.

Im Strafrecht kommt eine subjektive Komponente dazu. Bei der Prüfung des Verschuldens ist auf das individuelle Leistungsvermögen abzustellen. Den Arzt trifft ein strafrechtlicher Schuldvorwurf nur, wenn er die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umständen des konkreten Falles und nach seinen persönlichen Fähigkeiten und Kenntnissen verpflichtet und imstande ist. Der Arzt, der sich bemüht, in einer Not-

fallsituation sein Bestes zu tun, wird sich also kaum jemals Sorgen wegen strafrechtlicher Konsequenzen machen müssen, auch wenn der Rettungsversuch mißlingt und der Notfallpatient dadurch Schaden nimmt.

Die zivilrechtliche Haftung auf Schadensersatz reduziert sich für die Fälle der Geschäftsführung ohne Auftrag, also etwa bei der Versorgung eines Bewußtlosen oder nicht willensfähigen Unfallopfers, auf grobe Fahrlässigkeit (§ 680 BGB). Ist der Notfallpatient bei Bewußtsein, so wird allerdings in der Regel ein Behandlungsvertrag zustande kommen. Dafür genügt ein konkludentes Handeln, nämlich der Behandlungsbeginn durch den Arzt und die Mitwirkung des Patienten, etwa durch Erteilung von Auskünften.



Adelphan-Esidrix



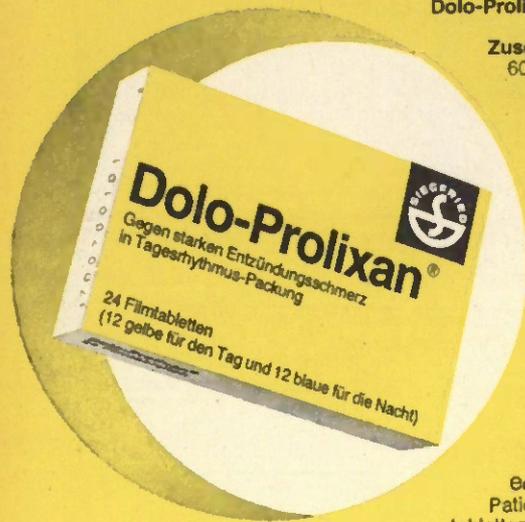
Volltreffer gegen Entzündungs

Dolo-Prolixan®, Siegfried GmbH, Fabrik für chemisch-pharmazeutische Produkte, 7880 Bad Säckingen

Zusammensetzung: 1 gelbe Filmtablette (für den Tag) enthält 300 mg Azapropazon-Dihydrat (Prolixan® 300) und 60 mg Oextropoxyphen. 1 blaue Filmtablette (für die Nacht) enthält 200 mg Azapropazon-Dihydrat und 200 mg Phenprobamat (Gamaquil®). **Indikationen:** Zur symptomatischen Behandlung bei entzündlichen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, besonders in extraartikulären Bereichen mit Muskelverspannungen, z. B. HWS-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Periarthritis humeroscapularis, Lumbalgie und Ischialgie sowie bei Gonarthrosen, Coxarthrosen, Spondylosen und Spondylarthrosen; entzündlich Schwellungen nach chirurgischen Eingriffen in folgenden Bereichen: Kieler, HNO, Orthopädie und Gynäkologie. **Kontraindikationen:** Akute Ulcera ventriculi et duodeni, Myasthenie. Während der Schwangerschaft sollte OOLO-PROLIXAN® nur unter strenger Indikationsstellung verabreicht werden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich können in geringem Maße Nausea, leichte Magenschmerzen, Magendruck zur Beobachtung kommen. Ein Absetzen des Präparats ist aber in den meisten Fällen nicht erforderlich.

Dosierung: Morgens und mittags je eine gelbe, abends zwei blaue Filmtabletten **nach dem Essen** einnehmen. OOLO-PROLIXAN® ist zur Behandlung von akuten Schmerzzuständen auf den genannten Indikationsgebieten bestimmt. Für die Dauertherapie wird empfohlen, auf PROLIXAN® 300 überzugehen.

Besondere Hinweise: OOLO-PROLIXAN® kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen, beeinträchtigen. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol, barbiturathaltigen Präparaten sowie Psychopharmaka (z. B. Phenothiazine, MAO-Hemmer). Bei Patienten unter Antikoagulantien-Therapie ist eine häufigere Bestimmung des Quickwertes bei Anbehandlung mit OOLO-PROLIXAN® zu empfehlen. Bei Leukopenie sowie renalen und hepatischen (auch kardial bedingten) Insuffizienzerscheinungen sollte der Patient sorgfältig beobachtet werden. **Packungen und Preise:** 24 Filmtabletten DM 13,90 m. MwSt., 48 Filmtabletten DM 26,10 m. MwSt., 120 Filmtabletten DM 56,55 m. MwSt., Anstattspackungen. Verschreibungspflichtig.



Steht dem Arzt das Liquidationsrecht für die ärztlichen Leistungen zu, so wird er – wie bereits näher ausgeführt – Vertragspartner des Patienten für die notfallärztlichen Leistungen am Unfallort und während des Transportes. Das gleiche gilt für die ärztlichen Leistungen im Rahmen eines von der Kassenärztlichen Vereinigung oder von einem „freien“ Notarztteam organisierten Dienstes. Soweit Rettungssanitäter oder andere Mitarbeiter der Hilfsorganisationen den Arzt bei seinen Leistungen unterstützen, werden sie bei dieser Ausgangssituation als seine Erfüllungs- und Verrichtungsgehilfen tätig. Die Haftpflichtversicherung des Notarztes sollte sich deshalb auch auf Schadensersatzansprüche erstrecken, die aus seiner Haftung für Fehler Dritter beruhen.

Steht dem Notarzt kein Liquidationsrecht zu, erbringt er aufgrund der internen Vereinbarungen seine Leistungen also für einen Dritten (z. B. für seinen Krankenträger oder

für die Hilfsorganisation), so wird dieser Vertragspartner des Notfallpatienten. Er haftet dann zivilrechtlich für Behandlungsfehler des Arztes (seines Erfüllungsgehilfen) ohne Entlastungsmöglichkeit (§§ 276, 278 BGB), soweit der Notfallpatient sich auf eine Verletzung vertraglicher Pflichten beruft; weiter haftet er unter dem Gesichtspunkt der unerlaubten Handlung mit der Möglichkeit, sich durch den Nachweis sorgfältiger Auswahl des Notarztes zu entlasten (§§ 823, 831 BGB). Soweit die Schadensersatzansprüche auf unerlaubte Handlung gestützt werden, haftet zwar auch der Notarzt persönlich; es werden ihm insoweit aber weitgehende Freistellungsansprüche gegenüber dem Krankenträger unter dem Gesichtspunkt der gefährdeten Tätigkeit zustehen.

Die Frage, wer auf Schadensersatz haftet, darf in ihrer praktischen Bedeutung aber nicht überbewertet werden. Das finanzielle Risiko läßt sich durch eine entsprechende Ge-

staltung der Versicherungsverträge ausschalten. Dem Arzt ist jedoch dringend zu raten, vor Aufnahme seiner Tätigkeit eine eindeutige Klärung der haftpflichtrechtlichen Situation herbeizuführen.

4.4 Das Problem des Übernahmeverschuldens

Sehr viel bedeutsamer ist die Frage, wofür gehaftet wird. Damit will ich den Leistungsstandard ansprechen, der aus rechtlicher Sicht für den planmäßigen und organisierten Notarzteeinsatz gefordert werden muß, also eine Frage, die für die Qualität der notärztlichen Versorgung von entscheidender Bedeutung ist. Den Arzt, der zufällig am Ort des Geschehens ist oder als Nächster erreichbar gerufen wird und seine Hilfeleistungspflicht erfüllt, trifft bei Behandlungsfehlern – wie wir gesehen haben – kein strafrechtlicher Vorwurf, wenn seine persönlichen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht ausreichen, um den Fehler zu vermeiden.

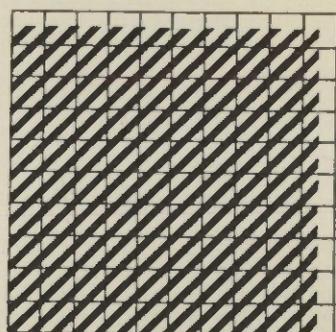
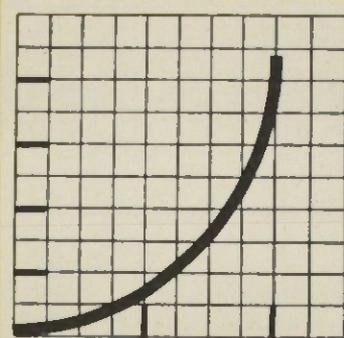
gegen Schmerz

Dolo-Prolixan® rasche, nachhaltige
Hilfe für Ihren Rheumapatienten.

Prompte Wirkung:

44% Besserung
bereits 2 Std.
nach der 1. Gabe.

44%



Ausgeprägte Wirkung:

96% Besserung
bei Patienten mit
starken Schmerzen.

96%

Dolo-Prolixan®

Weil der Rheumatiker prompte Hilfe braucht.

Der Vorwurf des Übernahmeverschuldens, der sonst erhoben wird, wenn der Arzt eine Behandlung durchführt, die er nicht voll beherrscht, muß ausscheiden, wenn er im Notfall in Erfüllung der allgemeinen Hilfeleistungspflicht sein Bestes tut, weil eine andere, qualifizierte Hilfe nicht rechtzeitig erreichbar ist.

Beim Notarzt, der an einem planmäßigen und organisierten Dienst teilnimmt, ohne die dafür erforderliche Ausbildung zu besitzen, wird dagegen ein Übernahmeverschulden schon darin liegen können, daß er sich dafür zur Verfügung stellt, obwohl er der Aufgabe nicht gewachsen ist. Der gleiche strafrechtliche Vorwurf wird die für die Organisation des Notarztdienstes Verantwortlichen treffen. Sowohl der Notarzt als die für die Organisation des Notarztdienstes Verantwortlichen können sich aber darauf berufen, daß die zumutbaren Möglichkeiten der Aus-, Weiter- und Fortbildung ausgeschöpft wurden und besser qualifizierte Ärzte

für den Notarztdienst im gegebenen Zeitpunkt nicht zur Verfügung standen.

Einem neuen Fachgebiet „Notfallmedizin“ wird man nicht das Wort reden können. Es wird vielmehr darum gehen, einen bestimmten Leistungsstandard für diejenigen festzuschreiben, die am Notarztdienst teilnehmen sollen, und danach auf möglichst breiter Basis die Aus-, Weiter- und Fortbildungsprogramme zu gestalten, die vor der Diensterteilung absolviert werden müssen.

Das Bayerische Rettungsdienstgesetz sieht in der Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes eine öffentliche Aufgabe von großer gesundheitspolitischer Bedeutung.

Rettungszweckverbände und Hilfsorganisationen sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Schaffung eines flächendeckenden Notarztdienstes unterstützen, an dem nur Ärzte teilnehmen, deren notfall-

medizinischer Leistungsstandard eine optimale Diagnostik und Therapie am Notfallort ermöglicht. Klare Vorstellungen und Richtlinien über den Leistungsstandard liegen auch im Interesse des Notarztes selbst, der sich nicht im Einsatz vor Aufgaben gestellt sehen sollte, denen er bei kritischer Beurteilung nicht gewachsen ist.

Dies soll mit keinem Wort Kritik an dem sein, was mit so viel persönlichen Opfern und Idealismus bereits aufgebaut wurde. Es wäre aber auch falsch, wenn wir bei einem erreichten Standard stehen bleiben wollten. Die Medizin ist unablässig in Bewegung. Es ist unsere Sache, den Hilfsmöglichkeiten, die sie eröffnet, durch eine optimale Organisation der medizinischen Versorgung jeden Tag erneut Rechnung zu tragen.

Anschrift des Verfassers:

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

4. Oberstauferer Symposion für praktische Onkologie 1979

Nachsorge onkologischer Patienten in Klinik und Praxis

von H. Ehrhart

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

Neben der Krebsverhütung, der Krebsfrüherkennung im präventivmedizinischen Sinne und einer Krebstherapie, die optimale Heilungschancen garantiert, gehört die onkologische Nachsorge unter Einschluß der medizinischen und sozialen Rehabilitation des Krebsgeheilten und palliativ behandelten Krebskranken zu den uns zur Zeit gebotenen Möglichkeiten, die Behandlung maligner Tumoren zu verbessern und Heilchancen zu erhöhen.

Vorstellungen über eine effektive Krebsnachsorge in der praktischen Durchführung sind noch sehr unterschiedlich. Im wesentlichen stehen sich zwei Auffassungen gegenüber: Eine weitgehende Umschreibung, die alle unter den Begriff der Nachsorge fallenden ärztlichen Leistungen in der interdisziplinären Betreuung des Krebspatienten aufgegangen sieht, unmittelbar nach Diagnosestellung beginnt und mit der gesicherten Heilung oder mit dem Tode des Patienten endet.

Eine engere und konkretere Umschreibung wählen diejenigen, die unter Krebsnachsorge eine *kontinuierliche Betreuung des Krebspatienten nach Abschluß der Primärtherapie meinen*: Mit dem zeitlichen Abschluß der Primärtherapie, Entlassung aus der Klinik nach Operation, nach Radiotherapie, nach Absetzen der initialen Chemotherapie bei anhaltender Voll- oder Teilremission, bei Krankheitsstillstand setzt die *onkologische Nachsorge* ein, welche den niedergelassenen Kollegen, dem praktischen Arzt wie dem fachärztlichen Kollegen, in Fragen der *Kontrolle* der Patienten und in der *Behandlung* eine Reihe wichtiger Aufgaben zukommen läßt.

I. Onkologische Kontrolle in der Nachsorge

Nach Abschluß der Primärtherapie führt der weiterbehandelnde Arzt im Rahmen der Nachsorgeplanung der erstbehandelnden Klinik bzw. einer Nachsorgeklinik zeitlich und qualitativ gestaffelte *Kontrolluntersuchungen* durch. Soweit er sie aus technischen Gegebenheiten nicht selbst ausführen kann, wird er die Durchführung bei entsprechend eingerichteten Kollegen veranlassen, z. B. szintigraphische Untersuchungen zur Beurteilung des Skeletts und der Leber. Alle diagnostischen Resultate werden durch den verantwortlichen nachsorgenden Arzt mit dem diagnostischen Ziel registriert, erneute Tumoraktivität auszuschließen bzw. eine frühzeitige Rezidiv-erkennung zu ermöglichen:

Der Krebspatient bleibt, gleich wie die Primärbehandlung aussah, auch wenn er nachbestreht oder chemotherapeutisch nachbehandelt wurde, ein dauernder Risikopatient. Er bedarf also der fortlaufenden Überwachung. Die Tumorerkrankung kann jederzeit in das disseminierte Stadium übergehen und bietet bei frühzeitiger Rezidiv-erkennung günstigere Aussichten auf erfolgreiche systematische Therapie.

Das Beispiel des Mamma-Ca lehrt, daß trotz verbesserter Frühdiagnostik und frühzeitiger Operation bei langfristiger Beobachtung immer noch etwa 75 Prozent aller diagnostizierten Patientinnen mit Mamma-Ca an Rezidiv und Metastasen sterben. Ein Drittel der Patientinnen kann schon bei der Diagnosestellung nicht mehr radikal operiert werden, bei den übrigen zwei Drittel tritt die

Metastasierung in über 50 Prozent in den ersten beiden Jahren nach der Operation auf. Erfolgreiche onkologische Nachsorge baut auf diesen Erkenntnissen auf, d. h., Häufigkeit sowie Qualität der nachsorgenden Kontrolle (am Beispiel des Mammakarzinoms) muß auch ohne verordnete Organisationsform durch bestimmte zeitliche Abstände sowie der Qualität der Untersuchungen eine gewisse schematische Festlegung erfahren (Tab. 1 und 2).

II. Therapie in der onkologischen Nachsorge

Von den drei Hauptmethoden der Tumorbehandlung – der *Chirurgie*, der *Bestrahlung* und der *medikamentösen Therapie* – sind die beiden erstgenannten Methoden lokale Therapieverfahren. Wir wissen um die Chance, die Heilung des Patienten von seinem Tumorleiden dann herbeizuführen, wenn es gelingt, noch vor der Ausbreitung des Tumors im Gesunden zu operieren oder den Tumor durch eine lokale hochdosierte Strahlentherapie zu eliminieren.

Andererseits fordert die grundsätzliche Chronizität des onkologischen Leidens mit der Tendenz lokaler Invasion und Neigung zu lokoregionärer und Fernmetastasierung zu zusätzlichen therapeutischen Überlegungen heraus. Dazu gehört die Kombination der verschiedenen lokalen therapeutischen Maßnahmen mit einer prophylaktischen Systemtherapie. Diese medikamentöse Systemtherapie als Ergänzung der lokalen Therapieverfahren wird im Anschluß an operative als auch an strahlentherapeutische Verfahren dann eingesetzt, wenn eine Mikrometastasierung schon im frühen Stadium zu befürchten, aber nicht nachweisbar ist. Wir nennen diese Form der Behandlung die *adjuvante Chemotherapie*.

Bei nachgewiesener Dissemination kann eine Operation und eine Bestrahlung nur noch palliativen Charakter tragen. Die systemische *Langzeittherapie* mit Zytostatika tritt in den Vordergrund der Behandlungsmöglichkeiten. Sie bildet als initiale Therapie, d. h. einer unter stationären Bedingungen durchgeführten Erstbehandlung mit der nachfolgenden ambulanten, durch den niedergelassenen Arzt kontrollierten Dauertherapie, eine Einheit. Auch eine

Häufigkeit der nachsorgenden Kontrolle beim Memme-Ce

Onkologische Nachsorge
Kontrollen in den ersten zwei Jahren nach Operation
Alle drei Monate

Tabelle 1

Qualität der nachsorgenden Kontrolle beim Mamma-Ce

Kontrollen alle drei Monate
Untersuchungsprogramm:
1. Anamnese + klinischer Befund
2. Laboruntersuchungen
3. Lebersono-/Leberszintigraphie nur bei pathologischen Leber- werten
4. Röntgenthorax
5. Skelettszintigraphie mindestens 2 x/Jehr
6. Mammographie 1 x/Jehr

Tabelle 2

Chemotherapie mit palliativer Zielsetzung ist aktive Krebstherapie, in dieser Form aber nur vertretbar, wenn sie über einen vertretbaren Zeitraum ambulant durchgeführt werden kann.

Damit fällt dem niedergelassenen Arzt nicht nur in der nachsorgenden Kontrolle, sondern auch bei der Betreuung der Patienten, die einer dauernden chemotherapeutischen Behandlung bedürfen, eine weitere wichtige Aufgabe zu.

Weiterführende ambulante Chemotherapie, z. B. beim Mamma-Ca,

Dauertherapie mit Ixoten-Methotrexat nach initialer Therapie beim Memme-Ca

Dauertherapie im Anschluß an Initialbehandlung
Therapieprogramm (Münchener Schema)
Ixoten 150 mg/die p. o.
Methotrexat 25 mg/1 x/Woche p. o.
Dosisreduktion der Zytostatika bei Toxizität (s. Tab. 5 und 6)

Tabelle 3

wird in der Regel mit einer onkologischen Ambulanz oder Abteilung eines Krankenhauses abgestimmt. Eine Therapie mit Zytostatika kann ohne detaillierten Therapieplan der erstbehandelnden Klinik vom Hausarzt nicht durchgeführt werden (Tab. 3).

Der Therapieplan darf sich nicht nur auf die Art der durchzuführenden Chemotherapie beschränken, er enthält auch Angaben über zu erwartende Nebenwirkungen und dessen Behandlung, über die Frequenz von Blutbildkontrollen und über das Verhalten bei möglichen Komplikationen (Tab. 4, 5 und 6).

Wenn dem Begriff der onkologischen Nachsorge auch die nachklinische therapeutische Betreuung als weitere Aufgabe des praktischen Arztes zugeordnet wird, ist es abschließend notwendig, einige Basisprinzipien der zytostatischen Therapie vorzustellen. Sie können die ärztliche Entscheidung einer Behandlung schwerer beeinflussbarer Tumoren maßgeblich beeinflussen: den Patienten in seinem häuslichen Milieu unter symptomatischer Therapie zu belassen oder einen Behandlungsversuch in einer Klinik zu unterstützen.

Alle in der Therapie maligner Tumoren gebräuchlichen Zytostatika sind nur partiell spezifisch wirkende Proliferationsgifte, die im besonderen Ausmaß auch das Wachstum von schnellproliferierenden Normalgeweben ungünstig beeinflussen können. Dem damit verbundenen therapeutischen Risiko sieht sich die erstbehandelnde Klinik genauso gegenüber wie der weitertherapierende praktische Kollege. Sie betrifft in erster Linie die durch Zytostatika induzierte Suppression normaler hämopoetischer Systeme des Knochenmarks, die sowohl eine wirksame medikamentöse Tumorbehandlung von Beginn der Therapie an als auch die weiterführende Therapie in Frage stellen kann. Aber nicht nur die Suppression normaler Knochenmarkfunktion, auch die oft benannte Immunsuppression mit allen Folgen, ist bei der Anwendung der Zytostatika bei soliden Tumoren wie bei Systemerkrankungen unerwünscht, allerdings in ihrem Ausmaß und den daraus sich ergebenden Folgerungen übertrieben worden. Umgekehrt bleibt die Immunstimulation von Tumorkranken das erklärte Ziel aller Onkologen, die bei begrenzten medikamentösen Möglichkeiten die kör-

pereigene Abwehr als entscheidenden Faktor für die Überwindung der Tumorkrankheit in den Vordergrund ihrer Überlegungen rücken. Allerdings muß man sich vor Augen halten, daß nicht nur Zytostatika – und damit wird das Problem vielschichtiger –, sondern auch maligne Tumoren selbst zum Teil in Abhängigkeit vom Ausdehnungs- und Metastasierungsgrad durch Antigenantikörperkomplexe die gegen Tumorzellen gerichtete Lymphozytotoxizität aufheben, also selbst immunsuppressiv wirken. Diese Befunde weisen auf die Möglichkeit hin, daß zelluläre Immunabwehrvorgänge in der späteren Entwicklungsphase bösartiger Tumo-

Richtlinien für die Blutbildkontrollen

Orale zytostatische Therapie mit Ixoten-Methotrexat

Kontrollen:
Normalerweise Leukozyten, Thrombozyten 1 x/Woche
Bei abfallenden bzw. niedrigen Werten 4 x/Woche bis zum sicheren Anstieg

Tabelle 4

Richtlinien für die Dosierung

Orale zytostatische Therapie mit Ixoten-Methotrexat

Dosierungen:	
Volle Dosis	Leuko-Thrombo normal
Halbe Dosis	Leuko 2000 bis 3000 Thrombo 100 000 bis 150 000
Absetzen	Leuko unter 2000 Thrombo unter 100 000
Pause bis	Leuko über 3000 Thrombo über 100 000
Klinik- einweisung:	Bei niedrigeren Werten

Tabelle 5

Richtlinien für das Verhalten bei Komplikationen durch Therapie

Orale zytostatische Therapie mit Ixoten-Methotrexat

Unterbrechung der Therapie bei
Floriden Infekten
Stomatitis
Zystitis
Diarrhoe
Panzytopenie

Tabelle 6

ren gehemmt werden, Tumoren selbst eine Immunsuppression ausüben, wobei offen bleiben muß, welcher Faktor Ursache, welcher Folge ist und welche günstige Wirkung von Zytostatika in derartigen Zusammenhängen denkbar wäre. Es besteht kein Zweifel, daß die Therapie mit Zytostatika eine progressive Immunsuppression hervorrufen kann. Wir wissen aber, daß sich die zelluläre für die Tumorabwehr des Organismus wichtige Immunreaktion nach zytostatischer Therapie relativ schnell normalisiert.

Zytostatische Therapie führt nur bei einigen Tumoren zu Heilungen, in vielen Fällen zu einer zeitlich begrenzten Palliation, wes langjährige Remissionen bedeuten kann mit Verlängerung eines lebenswerten Lebens. Die Klinik errechnet die Effektivität der zytostatischen Therapie durch Festlegung der Remissionsquoten, die über die Wirksamkeit einer Behandlung im Vergleich zu anderen Therapievarianten Auskunft geben. Der klinische Wert dieser statistischen Daten als notwendige Grundlage für die Konzeption von Therapieprogrammen ist unbestritten. Ansteigende Remissionsquoten oder Verlängerungen von Remissionszeiten nach einer zytostatischen Behandlung dürfen aber nicht zum alleinigen, dem unbedingten Maß unserer therapeutischen Bemühungen werden. Hier sind die medizinischen Maßstäbe anzulegen, die über die vielfältigen Probleme der Qualität des Weiterlebens der Patienten nach Abschluß der Primärtherapie unter nun folgender Dauertherapie Auskunft geben.

Die kontrollierte Nachsorge und Therapie muß in sehr viel höherem Maß als bisher in die medizinischen Aufgaben der Arztpraxis integriert werden. Grundlage einer für alle beteiligten Ärzte verbindlichen Nachsorgekonzeption sind sowohl ökonomische diagnostische als auch therapeutische Programme in verständlicher und standardisierter Form. Aufgabe der Tumorzentren – in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Vereinigungen – wird es sein, solche Nachsorgekonzepte vorzulegen.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. H. Ehrhart, Marchioninstraße 15, 8000 München 70

Zur Immuntherapie bösartiger Geschwülste

von D. Gericke

Die Immuntherapie maligner Tumoren ist außerordentlich schwierig, denn die Antigene (= Ag) sind kompliziert oder noch gar nicht aufgeklärt. Tumor-associated- (= TAA) bzw. Tumor-associated-surface-antigens (= TASA) brauchen aber keinen Schutz gegen eine nachfolgende Transplantation zu verleihen. Erst wenn sie das tun, bezeichnet man sie als Tumor-associated-transplantation-antigen (= TATA). Keineswegs jedes TASA ist auch ein TATA (Herbermann, 1977).

Man muß auf jeden Fall zwischen zellulären Bestandteilen als Ag und Virus-Ag differenzieren. Die erstgenannten sind ausgesprochen individuell determiniert, die letztgenannten Virusart-bezogen.

Jede Geschwulst führt zu einer Herabsetzung der immunologischen Reaktivität. Das Ausmaß ist sehr unterschiedlich. Ceglowski und Friedmann (1968) haben für die Onkorna-Viren in Gestalt des Friend-Virus gezeigt, daß sehr früh nach der Infektion eine praktisch komplette Suppression eintritt, die auch durch eine Reihe von Behandlungsversuchen (Gericke und Chandra, 1973) nicht aufgehoben werden kann.

Welche Möglichkeiten einer Tumorimmuntherapie gibt es denn nun überhaupt?

Sie lassen sich in vier Punkte gliedern:

1. Gibt es Ansätze zu einer spezifischen, aktiven oder
2. zu einer spezifischen, passiven Immuntherapie?
3. Was hat es mit der so sehr propagierten unspezifischen Immunstimulation auf sich? und schließlich
4. gibt es unspezifische, zellulär vermittelte Immunmechanismen?

Zu 1.:

Wenn überhaupt, dann muß man die Modulation autologer Tumorzellen durch Behandlung mit dem aus *Vibrio cholerae* stammenden Enzym Neuroaminidase nennen (Sanford, 1976; Sedlacek, 1974, 1975).

Vor zwei Jahren berichteten Bekesi und Holland (1971, 1976, 1977) über

recht vielversprechende Versuche an Patienten mit akuter, myeloischer Leukämie (= AML). Das Verfahren muß aber noch sehr sorgfältig ausgebaut werden, denn

1. ist die Dosisabhängigkeit ausschlaggebend. Zu wenig ist wirkungslos, zu viel verursacht ein Enhancement und
2. sollte man natürlich während dieser Therapie alle immunsuppressiven Eingriffe unterlassen, wie sie jede Zytostatika- oder Strahlentherapie darstellt.

Dieses spezifische Verfahren braucht bis zur Praxisreife noch sehr viel Arbeit (Übers. Sedlacek et al., 1977). Etwas nachdenklich stimmte die Beobachtung, daß das Thema auf dem diesjährigen Kongreß der American Cancer Society (1979) fast unbeachtet blieb.

Zu 2.:

Eine passive spezifische Immuntherapie würde ihren Ausdruck finden in der Anwendung von Antitumorsera. Bisher gibt es klinisch dafür keinen Anhalt.

Zu 3.:

Was versteht man eigentlich unter unspezifischer aktiver Immuntherapie? Bereits 1866 berichtete Busch in Berlin über die Heilung eines Sarkompatienten, nachdem er ein interkurrent auftretendes Erysipel überstanden hatte.

Coley hat bakterielle Vakzine verschiedenster Zusammensetzung benutzt und damit Tumorpatienten behandelt.

Beachtenswerte Ansätze zeigten japanische Arbeiten mit einer Präparation aus nicht hämolysierenden Streptokokken (OK-432, Chugai). Experimentell und klinisch erscheinen die bisherigen Ergebnisse recht vielversprechend (Kurokawa et al., 1972; Sakurai et al., 1972; Huth, 1977).

Von L. Old (1979), D. Weiß (1961) und vor allem G. Mathe (Übers. 1976) wurden Behandlungsversuche mit Mykobakterien bzw. Präparationen daraus inauguriert. Interessante Ergebnisse brachten auch Vakzine aus

Corynebakterium parvum (Halpern, 1975). Sie scheinen konstanter zu sein. Außerdem stimulieren sie auch nach zweiter Applikation die Knochenmarks-Lymphknoten-zellen zu erhöhter Zytotoxizität. Beim Menschen wird offensichtlich die Verträglichkeit der Chemotherapie verbessert.

Eine synthetische Substanz, ein Anthelmintikum, ist das Levamisol®. Es soll die Reifung der T-Lymphozyten fördern und deren Defekte ausgleichen. Ob es wirklich ein Immunstimulans ist, wird heute noch diskutiert. Die klinischen Erfahrungen lassen noch keine abschließende Beurteilung zu, ein günstiger Einfluß auf die Dauer der Erscheinungsfreiheit scheint aber gegeben zu sein.

Interferone (Lindemann und Klein, 1967) bzw. Interferoninduktoren waren eine Zeit lang stark im Kommen. Kürzlich erschien eine umfassende Bestandsaufnahme von Baron und Dianzani (1977). Danach sind Versuche mit Interferon bei Tumorpatienten sehr begrenzt. Trotzdem ermutigen die Berichte zu weiteren

klinischen Arbeiten. Dank einer zwei Millionen Dollar-Spende der American Cancer Soc. ist jetzt eine Studie über Osteosarkome, Lymphome und Melanomsarkome an 150 Patienten in den USA angelaufen.

Zu 4.:

Zu den zellulär vermittelten Mechanismen gehört die Beeinflussung der T-Lymphozyten durch Thymosin, ein Protein aus Kalbsthymus mit ca. 25 Peptidkomponenten (Trainin, 1974). Es soll eine Reifung und Verstärkung bestimmter biologischer Aktivitäten der T-Lymphozyten bewirken. Bei Patienten wird die absolute Zahl zirkulierender Lymphozyten erhöht. Bisher wurde Thymosin aber noch nicht im wesentlichen Umfang zur Tumorthherapie eingesetzt (Riethmüller, 1978).

Mit welcher Methode man auch immer behandeln will, die Auswahl der Patienten für solche Versuche ist Voraussetzung für den Effekt. Rapp (1977) hat mit Recht darauf hingewiesen, daß man eigentlich nur Patienten mit sehr geringer Tumormasse behandeln dürfe, und er

befindet sich damit in Übereinstimmung mit vielen anderen (Übers. Mathe, 1977). Ursache für viele Versager sind sicher nicht nur unvollständige Kenntnisse über den Immunstatus eines Patienten (Schütt und Friemel, 1978), sondern auch der Mangel an Methoden, den aktuellen Immun- und damit Reaktionsstatus eines Tumorträgers zu ermitteln.

Man kann den jetzigen Stand meines Erachtens nicht besser andeuten als durch ein Zitat von J. U. Guttermann (1978): „Immuntherapie ist eine sehr junge Wissenschaft und ihre klinische Anwendung ausgesprochen empirisch. Bevor eine optimale Immuno- und Chemoimmuntherapie entwickelt werden kann, muß unser Wissen um die menschliche Immunantwort und ihre Beziehungen zum Tumorwachstum wesentlich vertieft werden.“

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. D. Gericke, Hoechst AG, Postfach 80 03 20, 6230 Frankfurt 80

(Schluß folgt)

TIEFENWIRKUNG

hyperämisierendes Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-Therapie

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

**Marament®
Balsam N**



mit dem
Vorzug der
besonderen
Wirtschaftlichkeit
100ml
DM 7,82

Indikationen:

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

Gegenanzeigen:

Bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern Langzeit-

behandlung auf großen Flächen vermeiden; ebenso bei vorgeschädigter Niere.

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 7,82
O.P. Flasche mit 250 ml DM 16,96

WIDER



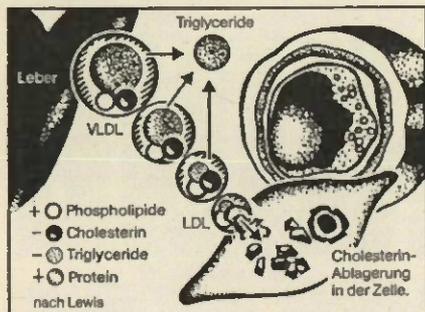
Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

Auch die neuesten Forschungsergebnisse über Plasma-Lipoproteine bestätigen die grundlegenden Zusammenhänge zwischen Nahrungsfett und Cholesterinspiegel.

Reduzierung der cholesterin Was kann eine fettmodifizier

Die neuen Akzente in der Fettdiskussion.

Über Fettstoffwechselstörungen als Risikofaktor bei der koronaren Herzkrankung gibt es heute neue Gesichtspunkte.



Transport der Lipide zu den Zellen

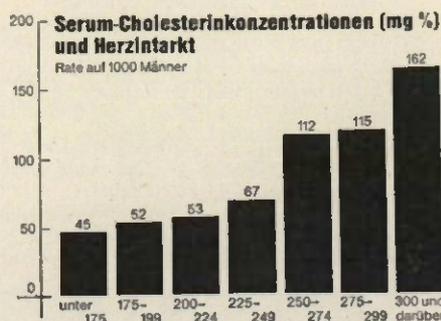
Das Interesse hat sich verstärkt den Transportmechanismen der Serumlipide zugewandt. Der Serumcholesterinspiegel als Risiko-Indikator muß jetzt – hinsichtlich seiner Fraktionen – differenzierter gesehen werden.

Die mehr ins Blickfeld gerückten Lipoproteine mit hoher Dichte (High Density Lipoproteins, HDL) sind eine Art Gegenspieler der Lipopro-

teine niedriger Dichte (Low Density Lipoproteins, LDL). Die HDL können Cholesterin aus den Zellen wieder herausschleusen. Im Gegensatz zu den LDL haben die HDL vermutlich positive Eigenschaften.

Was sind die Fakten?

- Die Arteriosklerose mit ihren Folgekrankheiten ist unverändert die häufigste Todesursache in Deutschland.
- Ein zu hoher Cholesterinspiegel – insbesondere in Verbindung mit zu hohen LDL-Werten – ist nach wie vor ein Risikofaktor.



- Als Ursachen eines überhöhten Cholesterinspiegels sind erkannt:

zu viele Kalorien, zu viel Fett, zu viel gesättigte Fettsäuren, zu viel Nahrungscholesterin.

Fettverbrauch 1978 ca. 140g pro Kopf pro Tag	
gesättigte Fettsäuren	50%
einfach ungesättigte Fettsäuren	38%
mehrfach ungesättigte Fettsäuren	12%

- Die Wahl der Nahrungsfette kann dazu beitragen, den Cholesterinspiegel zu senken und damit auch das atherogener wirkende LDL-Cholesterin.

	Fettsäuren in %		
	ge-sättigte	einfach ungesättigte	mehrfach ungesättigte
Saffloröl	10	15	75
Sonnenblumenöl	8	27	65
Sojaöl	14	24	62
Maiskeimöl	14	29	57
Baumwollsaatöl	25	25	50
Erdnußöl	19	50	31
Olivenöl	19	73	8
Kokosfett	92	6	2
Schweineschmalz	43	49	8
Rindertalg	54	43	3
Milchfett	60	37	3

- Neu in der Diskussion ist, da eine höhere HDL-Konzentration

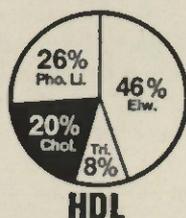
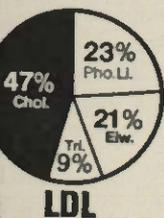
erhöhen LDL. Ernährung dazu beitragen?

eine protektive Wirkung ausüben kann. Danach sind Patienten mit hoher HDL-Fraktion trotz erhöhten Cholesterinspiegels weniger gefährdet. Allerdings zeigen Untersuchungen, daß unter den Patienten mit hohen Cholesterin-Werten nur wenige sind, die auch hohe HDL-Werte aufweisen.

Eine fettmodifizierte Kost (wie unter „Was ist zu tun“ beschrieben) ist nach wie vor die entscheidende diätetische Maßnahme, um einen erhöhten Blutfettspiegel zu senken.

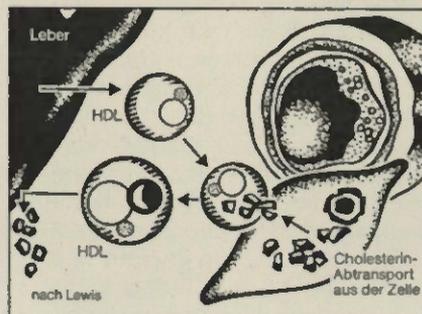
Gibt es stichhaltige Einwände?

Senkt eine Kost, die besonders reich an mehrfach ungesättigten Fettsäuren ist, neben LDL auch den Schutzfaktor HDL?



● Neue, umfangreiche Langzeituntersuchungen zeigen, daß die HDL-Werte konstant bleiben oder sogar leicht steigen.

○ Ist das Thema „HDL/LDL“ nicht viel zu neu, um hier schon Entscheidendes sagen zu können? In manchen Veröffentlichungen steht doch auch Widersprüchliches.



Abtransport des Cholesterins aus den Zellen

● Auch ohne über die Rolle des Schutzfaktors HDL schon letzte Sicherheit zu haben – unbestritten ist, daß eine hohe LDL-Konzentration mit einem erhöhten Arteriosklerose-Risiko verbunden ist. Hier gilt es, mit einer fettmodifizierten Kost anzusetzen.

Was ist zu tun?

Folgende Empfehlungen sind nach wie vor gültig:

Das tägliche Nahrungsfett sollte zu je einem Drittel aus gesättigten, einfach ungesättigten und mehrfach ungesättigten Fettsäuren bestehen – wobei die Gesamtfettmenge ca. 35% der Energiezufuhr ausmachen kann. Das sind etwa 95 g sichtbares und unsichtbares Fett. Besonders hohe Werte an mehrfach ungesättigten Fettsäuren haben Pflanzenöle wie z. B. Sonnenblumen- und Sojaöl und Diätmargarine.

Wenn Sie sich näher informieren wollen:

Fordern Sie bitte ein Literaturverzeichnis der neueren Veröffentlichungen zu diesem Thema an.



Eine Veröffentlichung des
Margarine-Instituts für gesunde Ernährung.

Ballindamm 37
2000 Hamburg 1

Hormonstörung der Frau — Fortschritte in Beurteilung und Behandlung

62. Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. R. Keiser, Köln:

Hormonstörungen als Ursache späterer gynäkologischer Erkrankungen

Die gynäkologische Morbidität bei Hormonstörungen ist im wesentlichen charakterisiert durch Einschränkungen der Fertilität, durch ovarielle Ausfallserscheinungen, durch Beeinflussung von Tumorentwicklungen an Genitale und Mamma und schließlich durch eine relative überhöhte Zahl operativer Eingriffe.

Eine ovarielle Dysfunktion bringt zwangsläufig *Fertilitätsstörungen* mit sich. Man unterscheidet heute zwischen dysfunktionellen, sogenannten juvenilen Blutungen durch eine anovulatorische Ovarialfunktion und seltenen Periodenblutungen bis zu einjährigem Abstand. Bei ersteren tritt in der Hälfte der Fälle eine Spontanregulierung nach vier Jahren und bei Oligoamenorrhöen nach zwei Jahren auf. Ist die Normalisierung des zyklischen Geschehens bis zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgt, so muß überwiegend mit einer persistierenden Abnormalität gerechnet werden. Die günstigere Prognose haben Mädchen, bei denen zunächst eine normale Regelblutung aufgetreten ist und die dann Sekundärstörungen aufweisen. Eine schlechtere Prognose haben Adolescentinnen, deren Anamnese mit dysfunktionellen Blutungen oder Oligoamenorrhöen beginnen. Besonders nach dysfunktionellen Blutungen sind im Falle einer Konzeption 30 bis 50 Prozentstörungen im Schwangerschafts- und Geburtverlauf, vor allem in Form von vermehrten Fehl- und Frühgeburten zu beobachten. Durch die Fortschritte auf dem Gebiet der differenzierten Ovulationseulösung wird man die Schwangerschaftsquote bei länger dauernden Zyklusstörungen auf etwa zwei Drittel schätzen können. Diese nicht ungünstige Prognose ist um so wichtiger, als des Selbstwertgefühl der jungen Frauen erheblich unter den Periodenstörungen leidet, so daß gehäuft Partner-

beziehung und Heiratsabsichten zurückgestellt werden. Die Ursache von Postmenarchestörungen der Ovarialfunktion mit Fertilitätseinschränkung liegt in 75 Prozent in einer zentralen Fehlregulation und nicht in einer eigentlichen Endokrinopathie. Zu den selteneren Ursachen gehört das sogenannte Stein-Leventhal-Syndrom, bei dem vergrößerte, testesähnlich aussehende polyzystische Ovarien, anovulatorische Zyklusstörungen mit Sterilität, sowie fekulativ ein Hirsutismus und eine Adipositas vorliegen. Für die Diagnostik wichtig ist einmal der Nachweis der polyzystischen Ovarien, am besten durch Laparoskopie mit Ovarbiopsie. Außerdem spricht eine konstante erhöhte LH- und Androgenkonzentration für dieses Krankheitsbild. Bei Kinderwunsch können orale Ovulationsauslöser oder die Resektion vergrößerter Ovarien therapeutisch versucht werden. Dadurch tritt in einem hohen Prozentsatz eine Normalisierung des zyklischen Geschehens zumindest temporär ein. Bei fehlendem Kinderwunsch empfiehlt sich eine zyklusgerechte Anwendung von oralen Gestagenen oder von antiandrogen-wirksamen Ovulationshemmern wie Diane. In etwa zehn Prozent sind Zyklusstörungen und Empfängnis-schwierigkeiten durch eine Hyperprolaktinämie bedingt. Die Störung kann funktionell sein, aber auch durch Hypophysenadenome ausgelöst werden. Für die Diagnostik entscheidend ist die Prolaktinbestimmung, die heute am Anfang der Untersuchung steht, insbesondere wenn gleichzeitig eine Galaktorrhoe vorliegt. Erhebliche Auswirkungen auf den Funktionskreis der Ovarien hat auch der adrenale Hyperandrogenismus, dem überwiegend ein 21-Hydroxylasemangel zugrunde liegt. Ein gewisser Teil von Hormonstörung im Bereich des Funktionskreises der Ovarien kann primär von einer Endokrinopathie im Bereich einer anderen endogenen Drüse ausgehen, so z. B. durch Über- und Unterfunktion der Schilddrüse.

Bei ovariellen Ausfallserscheinungen mit starkem Östrogenmangel kommt es vor allem bei hypergonadotropen Formen zu psychovegetativen und somatischen ovariellen Ausfallserscheinungen. Das Kastrationssyndrom entspricht einem rasch ablaufenden klimakterischen Syndrom, dessen Symptome hinreichend bekannt sind. Etwas milder läuft die Symptomatik bei der ovariellen Hypoplasie ab. Die Frauen erleben gewöhnlich im vierten Dezennium ein Klimakterium praecox mit typischen klimakterischen Syndromen. Auch hier wird man eine Substitution mit 2-Phasenpräparaten, die genuine Östrogene enthalten, bei Beginn der Symptomatik einleiten.

Hormonale Funktionsstörungen können zu *Hyperplasien* an den Erfolgsorganen führen und auch in die Entwicklung von *Tumoren* an Genitale und Memma eingreifen. Unter den Hyperplasien im Genitalbereich ist die glandulär-zystische Hyperplasie am Endometrium als Folge einer wochenlangen Dauereinwirkung von Östrogenen zu werten. Dabei liegt die Östrogenkonzentration im Organismus gewöhnlich nicht eindeutig über der Norm. Die eigentliche Ursache ist das Fehlen von Ovulation und Gelbkörperbildung, also die anovulatorische Ovarialfunktion. Diese Funktionsstörungen zeigen sich oft in Form von juvenilen oder klimakterischen Blutungen. Es handelt sich um keine Präkanzerose. Die Frequenz von adenomatösen Hyperplasien liegt, gemessen an der glandulär-zystischen Hyperplasie, unter zehn Prozent. Diese atypische Hyperplasie weist Strukturen auf, die nicht mehr ausschließlich als Ausdruck einer Östrogenwirkung gedeutet werden können. Trotzdem ist eine Rückbildung mit ausreichend dosierten Gestagenen überwiegend noch möglich; unbehandelt besteht ein hohes Entartungsrisiko in Richtung Endometriumkarzinom. Im Tierversuch können mit Östrogenen — je nach Dauer der Einwirkung — alle Übergänge von der beginnenden Proliferation bis zur zystischen Fibrose als Endstadium erzeugt werden. Auf dem Boden eiweißreicher Ödembildung im Stroma bildet sich eine Fibrose und eine zystische Veränderung des Drüsenparenchyms aus. Ein gewisser Schutzmechanismus geht auch hier wieder von Gestagenen oder gestagenbetonten Ovulationshemmern aus.

Professor Dr. J. Hammerstein, Berlin:

Akne, Seborrhoe, Alopezie, Hirsutismus und Virilismus in der Gynäkologie

Angesichts der zweigeschlechtlichen menschlichen Keimanlage und den daraus resultierenden mannigfaltigen intersexuellen Mißtönungsmöglichkeiten nimmt es nicht Wunder, daß gewisse heterosexuelle Entwicklungspotenzen auch noch in die postnatale Lebensphase reichen und davon ist speziell die Haut betroffen. Etwas überspitzt läßt sich formulieren, daß jede letztlich noch so zarte weibliche Haut durch eine entsprechende Androgentherapie, wenn sie nur hoch genug dosiert ist, virilisiert werden kann.

Am Anfang der Pathogenese einer Akne stehen zweifelsohne die Androgene. Ohne Androgene gibt es keine Akne, das weiß man von Kastraten und Kindern. Durch die Androgene wird in den Talgdrüsen die Produktion stimuliert. Unter Hinzu-

treten von Zelldetritus und *Corynebacterium acnes* kommt es dann zur Ausbildung von Komedonen und tritt dann eine Entzündung dazu, dann haben wir das Vollbild der Akne. Meist tritt die Akne in der Pubertät auf und dauert 10 bis 15 Jahre, aber es gibt auch einige Fälle, bei denen die Patienten auch jenseits des 30. Lebensjahres erheblich von Akne geplagt werden.

Unter Alopezie versteht man Haar-mangelzustände, die bei Vorliegen genetischer Disposition unter dem Einfluß von Androgenen entstehen. Sie sind mit einem beschleunigten Haarzyklus verbunden. Die Lokalisation der androgenetischen Alopezie sind die Recessus terminalis (Geheimratsecken) und die zentroparietales Areale des Schädels. In 70 Prozent der Fälle findet man auch andere Androgenisierungserscheinungen wie Akne, Hirsutismus usw. Außerdem tritt die androgenetische Alopezie in Schüben auf. Faßt man die Definition der androgenetischen Alopezie sehr weit, so soll ein Drit-

tel aller Frauen davon betroffen sein.

Unter *Hypertrichosis* verstehen wir eine generelle oder nur auf einige Körperpartien beschränkte Vermehrung der Terminalbehaarung. Sie ist nicht androgenetisch, sondern ras-sisch oder genetisch bedingt und spricht infolgedessen auch nicht auf Antiandrogene an.

Unter *Hirsutismus* verstehen wir eine vermehrte Terminalbehaarung mit männlichem Verteilungsmuster.

Der *Virilismus* setzt sich aus zwei Hauptgesichtspunkten zusammen, nämlich der Defeminisierung (Mammaatrophie, Rückgang der weiblichen Fettverteilung, Amenorrhoe) und der Maskulinisierung (Seborrhoe, Akne, Hirsutismus, Alopezie, vergrößerte Klitoris, tiefere Stimme und männliche Muskulatur).

Einige Ursachen für den Hirsutismus sind androgenproduzierende Tumoren, z. B. das kongenitale AGS, androgenproduzierende Ovarium-

Korrigiert die Herzmetabolik

Strodival® perlingual

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

Strodival® mr magensaftresistent

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

Zusammensetzung: Eine Zerbiß-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in ototoxischer Phase.
Indikationen: Bei allen Formen von Linksmycardschäden. **Kontraindikationen:** Hyperkätämie, Kaliummangelzustände, Atrio-ventriculäre Reizleitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger Ly. Kalziumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechtschleimsuffizienzen (bei vorliegenden Ödemern, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gepesselte 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 6,20 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 16,40 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 57,98 inkl. MwSt. Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 6,70 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 17,55 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 61,67 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG
Wiesbaden

ren, hypophysäre Formen, Cushing Syndrom, Akromegalie und auch bei hyperprolaktinämischen Zuständen und darüber hinaus viele seltene Formen. Zum iatrogenen Hirsutismus führen neben androgenen Anabolika einige Gestagene, ACTH, Corticosteroide, aber auch das Penicillinamin und Spironolactone.

Bei allen Patientinnen, die starke Virilisierungserscheinungen aufweisen, müssen heute Hormonanalysen durchgeführt werden, die man vernünftigerweise den Kliniken überläßt, die sich speziell damit beschäftigen. Auch die eventuell nötige Tumorsuche, häufig im Bereich der Ovarien oder der Nebennieren, muß mit zum Teil aufwendigen und nicht ganz einfachen Verfahren in entsprechenden Zentren durchgeführt werden. Bei der Aufdeckung von Nebennierentumoren ist die bereits sehr alte Bestimmung von 17-Keto-Steroiden durchaus weiter aussagekräftig; sie ist aber weitgehend abgelöst worden durch die Testosteronbestimmung im Blut. Diese beiden Hormonbestimmungen reichen in der Regel als Screening aus, und man erfaßt damit praktisch alle virilisierenden Tumoren.

Wann soll man derartige Untersuchungen veranlassen? Bei einem leichten Hirsutismus ist eine Hormonanalyse nicht unbedingt nötig, wenn er nicht progredient ist. Wichtig sind diese Untersuchungen bei progredientem Hirsutismus vor allem dann, wenn dieser außerhalb der Pubertät beginnt und nicht iatrogen bedingt ist. Bei dem Gros der Patienten beträgt die Androgenüberproduktion nicht mehr als das Doppelte und in diesen Fällen ist eine Therapie mit Antiandrogenen möglich, ein Verfahren, das sich in den letzten zehn Jahren als die wirksamste Methode herausgestellt hat. Das Cyproteron-Acetat ist eine Substanz, die mit dem Testosteron um die endoplasmatischen Rezeptoren konkurriert. Da es eine lange Halbwertszeit hat, kann es nur in Form einer umgekehrten Sequenztherapie gegeben werden, nämlich vom 5. bis 14. Tag des Menstruationszyklus, die Östrogene, die man dabei immer dazugeben muß, wie üblich vom 5. bis 24. Tag. Sehr schnell merkt man die Wirkung an der Haarschaftdicke und nach einigen Monaten auch subjektiv an der Veränderung der Behaarung und der Brustentwicklung.

Dr. A. S. Wolf, Ulm:

Orale Kontrazeption bei Risikopatientinnen

Derzeit nehmen etwa 55 Millionen Frauen auf der gesamten Welt orale Kontrazeptiva ein. In den letzten Jahren hat sich der Verdacht bestätigt, daß diese Mittel nicht allein empfängnisregulierend wirken, sondern durch gefäßspezifische und hämostaseologische Effekte zum Teil tobringende Nebenwirkungen entfalten. Deshalb sind wir gezwungen, nicht nur die Kontraindikation, sondern auch sogenannte Risikofaktoren bei der Verordnung von Kontrazeptiva mehr denn je zu berücksichtigen. Durch zwei prospektive Studien wurde bestätigt, daß folgende Erkrankungen durch orale Kontrazeptiva zum Teil mit verursacht werden: kardiovaskuläre Erkrankungen, Venenthrombosen und Embolie der Arteria pulmonalis, akuter Herzinfarkt, Hypertonie, Gallenblasenerkrankungen und benigne Zervixveränderungen.

Kardiovaskuläre Erkrankungen, Thromboembolien und Myokardinfarkt können aus pathogenetischen Gründen zusammengefaßt werden, da es sich bei allen dreien einmal um den Einfluß von Östrogenen auf die Vitamin K-abhängigen Gerinnungsfaktoren im Sinne einer Hyperkoagulabilität handelt und gleicher Bedeutung gefäßspezifischer Veränderungen sind. Aufgrund der prospektiven Studien erkrankten Frauen mit oraler Antikonzeption drei- bis viermal häufiger an diesen Erkrankungen. Kontraindikationen (vor der Erstverordnung) zur Verordnung von Ovulationshemmern stellen die Thrombosen der tiefen Beinvenen oder embolische Vorgänge dar, wie bei Mitralstenose oder seltenen thrombosierenden Angiopathien. Als Risikofaktoren zählen Rauchgewohnheiten, denn mit dem Verbrauch von mehr als 15 Zigaretten pro die erhöht sich das Risiko eines Schlaganfalls von 1,2 auf 7,2 pro 1000 Frauenjahre. Aber auch bei migräneartigen Kopfschmerzen erhöht sich statistisch

der thrombotische Insult von 2,0 auf 5,9 und letztlich spielt das Alter eine Rolle, weil Frauen jenseits des 35. Lebensjahres in erhöhtem Maße zu gefäßspezifischen Erkrankungen neigen.

Da eine tägliche Dosis von mehr als 50 mg Äthinyl-Östradiol signifikant zu häufigerem Auftreten oberflächlicher und tiefer Beinvenenthrombose führt, enthalten die heute gebräuchlichen oralen Kontrazeptiva durchweg Östrogen-Tegesmengen von 35 bis 50 mg Äthinyl-Östradiol.

Von erheblicher Bedeutung für die Verlaufskontrollen sind Risikofaktoren, die erst unter Pilleneinnahme neu entstehen, wie Mißempfindungen im Bereich der unteren Extremitäten als Zeichen der venösen Hyperämie, Venenschmerzen, gehäuftes Auftreten von sogenannten blauen Flecken, erhöhte Blutfülle von Beckenvenen mit Bildung von Varizen und Hämorrhoiden, Zeichen der schweren Beine, Blutdruckanstieg, Migräneanfälle, Sehstörungen und Veränderungen der klinisch-chemischen Parameter.

Jede Art von Hypertonie, aber auch Augenhintergrundveränderungen und Nierenerkrankungen gelten als Kontraindikation, wobei hier als Risikofaktoren familiäres Auftreten von Hypertonie, Adipositas, Hyperlipidämie, Diabetes und Schwangerschaftsgestosen gelten.

Gallenblasenerkrankung: Orale Kontrazeptiva wirken sich auf die Zusammensetzung der Blasen-Galle durch Anstieg der Cholesterinkonzentration aus. Folglich ist unter Einnahme der Pille die Bildung von Gallensteinen, Cholezystitis und Cholangitis etwa auf das Doppelte erhöht. Daraus lassen sich allenfalls relative Kontraindikationen aufstellen.

Die Inzidenzrate für das Auftreten einer post-pill-Amenorrhoe beträgt 0,8 bis 1 Prozent, wobei die Länge der Pilleneinnahme ohne Bedeutung ist. Die post-pill-Amenorrhoe hat nur im Hinblick auf die Wiederherstel-

Klinische Fortbildung in Bayern

— Programm Seite 72 —

lung der Fertilität echten Krankheitswert. Risikofaktoren dafür sind Spätmenarche, Zyklus anomalies und chronische Anovulation in der Anamnese, Über- und Untergewicht, Episoden von starker Gewichtsabnahme oder Zunahmen, Einnahme von Psychopharmaka und auffällige psychische Vorgeschichte.

Über die bereits genannten sind folgende medizinische Kontraindikationen für die Einnahme der Pille von Bedeutung: Sichelzellanämie, hormonabhängige Tumoren, Gravidität, bestehender Leberschaden, akuter Leberinfekt, Schwangerschaftsiktikus in der Anamnese und familiäre angeborene oder erworbene Störungen der Gallensekretion.

Gründe, die während der Anwendung zum sofortigen Absetzen der Pille zwingen, sind Auftreten von Kopfschmerzen oder Migräne, Sehstörungen, epileptische Reaktion, akute, thromboembolische Symptome, Auftreten eines Ikterus, Blutdruckanstieg, erkennbares Wachstum von Myomen, längere Immobilisierung sowie vor und nach jeder Operation.

Zwingen diese Symptome zum Absetzen der Pille, müssen alternative Methoden im Gespräch mit der Patientin zur Wahl gestellt werden. Bei bestehenden Risikofaktoren muß ein Überwachungsfahrplan aufgestellt werden, um mögliche Befundverschlechterungen rechtzeitig zu erkennen.

Professor Dr. Ch. Lauritzen, Ulm:

Prophylaxe und Therapie nichtgynäkologischer Erkrankungen mit Östrogenen

Die Nebenwirkungen der Östrogenbehandlung sind dosisabhängig, so daß konsequenterweise nicht mehr als die minimal erforderliche Menge gegeben werden soll. Immer soll zyklisch behandelt werden, damit es nicht zu einer Kumulation und damit zu einer Überstimulierung der Zielorgane oder Stoffwechselreaktionen kommt.

Eisenmangelanämien, die durch Hypermenorrhoe oder andere Zyklusstörungen bedingt sind, können durch die zyklusregulierende und

blutungsschwächende Wirkung von Östrogen-Gestagen-Präparaten oft rasch und günstig beeinflusst werden. Obwohl keine beweisenden Studien vorliegen, muß man annehmen, daß ganz überwiegend die Gestagenkomponente die Hypermenorrhoe oder Menorrhagie beseitigt. Diese Tatsache hat sich in der Empfehlung niedergeschlagen, bei Hypermenorrhoe gestagenbetonte orale Kontrazeptiva zu verordnen. Die Behandlung mit Östrogen-Gestagen-Kombination hat auch bei den Blutungsstörungen in der Postmenopause ihren festen Platz.

Das Symptom der *menstruationsgebundenen Migräne* findet man bei etwa 15 Prozent aller gynäkologischen Patientinnen im geschlechtsreifen Alter. In experimentellen Studien wurde nachgewiesen, daß einer der auslösenden Faktoren für das Auftreten von menstruationsgebundener Migräne der rasche Abfall der Östrogene ist. Daher wird die Substitution mit Östrogenen im Intervall empfohlen. Bei Patientinnen, die die Pille einnehmen, gibt man z. B. 0,02 bis 0,04 mg Äthinylöstradiol (1 bis 2 Tabletten Progynon C) im sonst tablettenfreien Intervall. Damit sind 30 bis 40 Prozent der Fälle zu bessern. Auch Testosteron im Intervall (1 bis 2 Tabletten Primodian pro Tag) ist möglich.

Bei der *rheumatoiden Arthritis* sind Störungen des Östrogenstoffwechsels bereits seit längerem bekannt. In einer prospektiven Studie konnte 1974 gezeigt werden, daß in der Tat durch die Pille häufig eine Besserung rheumatoider Beschwerden herbeigeführt wird.

Die *Postmenopausenosteoporose*, eine Folge des Östrogenmangels in der Postmenopause, kann durch Östrogene positiv beeinflusst werden. Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, daß Östrogene im Dosisbereich um 20 g Äthinylöstradiol oder von 0,6 bis 2,5 mg konjugierter Östrogene eine positive Wirkung auf das Kalziumgleichgewicht haben. Es konnte gezeigt werden, daß die Wirkung über eine Hemmung der Osteoklasten verläuft, die für den Knochenabbau verantwortlich sind, während die Osteoblasten praktisch nicht beeinflusst werden. Der Wirkungsablauf geht über eine Hemmung der Parathormonwirkung und eine Stimulierung des zyklischen Adenosinmonophosphats.

In einer größeren Anzahl retrospektiver Studien wurde die günstige Wirkung von Östrogenen besonders für die Postmenopauseosteoporose nachgewiesen. Es handelt sich also hauptsächlich um einen prophylaktischen Effekt, doch auch bei bestehender Erkrankung können die subjektiven Beschwerden durch Östrogengaben häufig vermindert werden.

Östrogene haben auch psychotrope und antidepressive Wirkungen. Die positiven Wirkungen der Östrogene in diesem Bereich sind bei Östrogenmangelzuständen, etwa in der Postmenopause, seit langem bekannt. Sie wurden aber erst vor einiger Zeit durch Doppelblindstudien einwandfrei experimentell auch beim Menschen nachgewiesen. Östrogene führen demnach zu einem besonderen Gefühl des Wohlbefindens. Sie beeinflussen auch wichtige Teilfunktionen im psychischen Bereich, wie Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Merkfähigkeit positiv. Diese Östrogenwirkungen konnten kürzlich auch biochemisch objektiviert werden. Bei Depressionen findet man erhöhte Monooxydasewerte im Plasma. Es konnte nachgewiesen werden, daß Östrogene ebenso wie Androgene und wie echte Antidepressiva den erhöhten Monoaminoxidasespiegel im Plasma senken und dadurch eine antidepressive Wirkung ausüben.

Referent:

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

Gesundheits-Sozial-Berufspolitik

Wahl im Landesverband des NAV

Anläßlich der Landesversammlung des Verbandes der niedergelassenen Ärzte (NAV) in Würzburg wurden einstimmig gewählt:

Dr. Erwin Hirschmann, Kinderarzt, Hansastraße 134, 8000 München 70, zum 1. Landesvorsitzenden

und

Dr. Hans-Joachim Trautner, Allgemeinarzt, Bahnhofstraße 18^{1/3}, 8900 Augsburg, zum 2. Landesvorsitzenden.

Dr. Sluka im Ruhestand – Nachfolger Dr. Frenzel

Dr. med. Lothar Sluka, Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landesärztekammer, schied nach 33jähriger Tätigkeit zum 31. Dezember 1979 aus dem aktiven Dienst der Kammer aus, um seinen wohlverdienten Ruhestand anzutreten.

Dr. Sluka wurde am 25. Oktober 1915 in Leitmeritz/Böhmen geboren. Nach Abschluß des Medizinstudiums an der Deutschen Karls-Universität in Prag und Promotion zum Dr. med. im Jahre 1939 begann Dr. Sluka seine Weiterbildung zum Augenarzt, die durch seine Einberufung zum Wehrdienst 1940 unterbrochen wurde. Trotz einer Verwundung konnte er seine Weiterbildung bis zum Kriegsende fortsetzen.

Nach der Ausweisung aus seiner Heimatstadt Karlsbad im Mai 1945 und kurzfristiger Beschäftigung in einem Münchener Krankenhaus wurde er im August 1946 als Geschäftsführer der soeben wieder gegründeten Bayerischen Landesärztekammer tätig.

Es waren die ersten, besonders schwierigen Jahre des Aufbaus der Berufsvertretung, die Dr. Sluka zu dem mit größtem Wissen, Einfühlungsvermögen und Sachverstand ausgestatteten Mitarbeiter, man darf ohne Übertreibung sagen, zu einer der „tragenden Säulen“ der Ärztekammer machten. Unter drei Kammerpräsidenten gelang es ihm – bis 1948 allein –, mit großem Fleiß, enormer Schaffenskraft und viel Geschick in seiner ruhigen und freundlichen Art die Geschäfte der Kammer

zur größten Zufriedenheit aller Beteiligten zu führen.

Besondere Verdienste hat sich Dr. Sluka um die Ausbildung der medizinischen Assistenzberufe, insbesondere der Arzthelferinnen, erworben. Dieser Bereich wurde durch seine in diesem Ressort über 20 Jahre dauernde Tätigkeit zu einem Aufgabenfeld der Kammer, das bleibend von seinem persönlichen Engagement geprägt ist. Hervorzuheben ist ferner sein Einsatz bei der Fortbildung der Arzthelferinnen, der Labor- und Röntgenhelferinnen sowie für die Privaten Fachschulen für Arzthelferinnen an den Walner-Schulen und die Private Fachschule für Orthoptistinnen sowie die Schule für Zytologie-Assistentinnen in seiner Eigenschaft als 2. Vorsitzender des Vereins zur Förderung der Aus- und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen, dem Träger dieser Schulen.

Für die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., deren Federführung bei der Bayerischen Landesärztekammer liegt, war Dr. Sluka als deren langjähriger Geschäftsführer nicht nur für die Einweisung und Mitbetreuung zahlreicher Patienten in den beiden Nachsorgekliniken in Bad Trissl und Oberstaufen, sondern auch für alle Kollegen und Kranken, die sich mit vielen Fragen zur Krebsnachsorge an ihn wandten, mit Hingabe tätig.

In einer Reihe weiterer Gremien und Ausschüsse in Bayern und in der Bundesärztekammer ist Dr. Sluka

mit Erfolg für die Balange der bayerischen Ärzte eingetreten. Für seinen nimmermüden Einsatz ist er mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette, dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, mit der Verdienstmedaille der Stadt München, mit der Ehrennadel der Zahnärzte und mit dem Ehrenzeichen am Bande des Deutschen Roten Kreuzes ausgezeichnet worden.

Die Bayerische Landesärztekammer dankt Dr. Sluka für seine über 33jährige erfolgreiche Tätigkeit; dieser Dank wäre ohne den gebührenden Anteil für die Unterstützung seiner Arbeit durch seine verehrte Frau Gemahlin unvollständig.

Die Ärzte Bayerns wünschen ihrem Kollegen Dr. Sluka im Kreise seiner Familie, insbesondere auch mit den drei Enkeln, Gesundheit und noch viele erfüllte Jahre.

„ad multos annos“

Am 1. Oktober 1979 trat Dr. med. Horst Frenzel als Geschäftsführender Arzt in den Dienst der Landesärztekammer. Er ist Nachfolger des zum 31. Dezember 1979 in den Ruhestand getretenen Dr. Sluka.

Dr. Frenzel ist am 20. April 1941 in Breslau geboren; er ist verheiratet und hat drei Kinder. Nach siebenjährigem Aufenthalt in Dresden siedelte er 1953 nach München über, wo er 1969 sein medizinisches Staatsexamen ablegte.

Nach seiner Approbation war er an einem Forschungsauftrag und an mehreren Münchener Krankenhäusern tätig, bis er Mitte 1973 in den Dienst des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung trat, wo er bis zu seinem Überwechseln zur Bayerischen Landesärztekammer mit ärztlichen Fragen der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung beschäftigt war.

BAD

FÜSSING

Ihr Kur- und Erholungsort im sonnigen Südbayern

Schwefelhaltige Thermalquellen (56° C), Kurmittelhäuser, Thermalhallen- u. -freibäder (30-37°). Außergewöhnliche Heilerfolge b. Rheuma, Wirbelsäulenleiden, Unfallfolgen, Lähmungen, Arthrosen, Kreislauf-Durchblutungsstörungen, Altersbeschwerden. Umfangreiches Kultur-, Sport- und Freizeitangebot, gepflegte Gastlichkeit.
Prospekte: Kurverwaltung 8397 Bad Füssing, Tel. (0 85 31) 2 13 07



derbayern; seit 1974 ist er Vorsitzender dieser Bezirksstelle sowie Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ferner gehört er dem Landesausschuß der Bayerischen Ärzterversorgung seit Januar 1970 als Mitglied an.

Mit unermüdlichem Einsatz stellte Dr. Rixner mit besonderem Engagement und mit Tatkraft seine Mitarbeit in einer Reihe von Ausschüssen und Kommissionen sowohl der Bayerischen Landesärztekammer als auch der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Bezirksstelle Niederbayern zur Verfügung und wer

daneben auch noch vier Jahre lang als Stadtrat in Plattling kommunalpolitisch tätig.

Wir wünschen Adolf Rixner noch viele gesunde und erfolgreiche Jahre.

Professor Dr. Sewering

in memoriam

Dr. Heinrich Claus †

Wenige Tage vor seinem 102. Geburtstag verstarb Dr. med. Heinrich Claus, Ansbach, dem wir noch im Dezember-Heft eine kleine Laudatio gewidmet hatten.

Dr. Adolf Rixner 65 Jahre

Dr. med. Adolf Rixner, Preysingstraße 28, 8350 Plattling, konnte am 27. Dezember 1979 seinen 65. Geburtstag feiern.

Dr. Rixner wurde am 27. Dezember 1914 in Kaltenbrunn (Oberbayern) geboren. Sein Medizinstudium erfolgte in Würzburg und Wien, Approbation 1941 in Berlin, Promotion 1942 in Wien.

Von 1943 bis Kriegsende war Dr. Rixner als Truppenarzt an der Ostfront eingesetzt; er wurde mit dem EK I ausgezeichnet.

Im Dezember 1946 ließ sich Dr. Rixner in Plattling als Allgemeinarzt nieder.

In der ärztlichen Berufspolitik wirkt Dr. Rixner seit zwei Jahrzehnten. Zunächst als Beisitzer im Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes Deggendorf, ist er seit dem Jahre 1963 als Vorsitzender des ÄKV Deggendorf und seit April 1967 auch als Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern tätig.

Im Jahre 1960 wurde Dr. Rixner in die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und damit zum Vertrauensmann der KVB-Bezirksstelle Niederbayern gewählt. Im April 1967 erfolgte seine Wahl zum stellvertretenden Vorsitzenden der KVB-Bezirksstelle Nie-

Negativliste gilt noch nicht

*Eine medizinische Zeitschrift hat am 20. November 1979 die vom Bundesausschuß Ärzte-Krankenkassen am 31. Oktober 1979 mit Stimmenmehrheit der Krankenkassen und gegen das Votum der Ärzte beschlossenen Arzneimittelrichtlinien gemäß § 368 p Abs. B RVO, die sogenannte **Negativliste**, veröffentlicht.*

*Um einer möglichen Verunsicherung der Kassenärzte vorzubeugen, weisen wir darauf hin, daß diese Richtlinien einschließlich der Präparatliste (beginnend mit „Actovegin forte“ und endend mit „Zwiebel-Kurkapseln“) erst dann gegenüber den **Kassenärzten** und **Versicherten** verbindlich werden, wenn der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ihnen zugestimmt hat, sie im Bundesanzeiger veröffentlicht sind und die Krankenkassen sie in ihren Satzungen verankert haben. Diese Voraussetzungen sind bisher nicht erfüllt.*

Gültigkeit haben nach wie vor die Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses Ärzte-Krankenkassen in der geänderten Fassung vom 19. Juni 1978.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

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.

Oberfranken

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bayreuth:

1 Augenarzt

Naila, Lkr. Hof:

1 Augenarzt

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

Mittelfranken

Vorra, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des Einzelarztsitzes Vorra, einer Landgemeinde im oberen Pegnitztal, für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Ehingen, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Unterfranken

Mömbis, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Knetzgau, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Großlanghelm, Lkr. Kitzingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Zellingen, Lkr. Main-Spessart:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kleinheubach, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schweinfurt,

Stadtteile Deutschhof/Hochfeld-Steinberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadtteil Oberndorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kist, Lkr. Würzburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

Gemünden, Lkr. Mein-Spessart:

1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg: 1 Augenarzt	Oberpfalz	Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf: 1 Hautarzt
Stadt Schweinfurt: 2 Augenärzte	Waldthurn, Lkr. Neustadt/WN: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt Nachfolgebesetzung für ein Einzugsgebiet von ca. 2500 Einwohnern.	Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71.
Karlstadt, Lkr. Main-Spessart: 1 Frauenarzt	Bodenwöhr, Lkr. Schwandorf: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt	Niederbayern
Bad Brückenau oder Hammelburg, Lkr. Bad Kissingen: 1 HNO-Arzt	Deining, Lkr. Neumarkt: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt	Ohu, Lkr. Landshut: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt
Haßfurt/oder Ebern, Lkr. Haßberge: 1 HNO-Arzt	Leonberg, Lkr. Schwandorf: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt	Rohr, Lkr. Kelheim: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt
Marktheldenfeld, Lkr. Main-Spessart: 1 HNO-Arzt	Neukirchen-Balbini, Lkr. Schwandorf: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt	Roßbach, Lkr. Rottal-Inn: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt
Obernburg, Lkr. Miltenberg: 1 HNO-Arzt	Pechbrunn, Lkr. Tirschenreuth: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt	Viechtach, Lkr. Regen: 1 Augenarzt
Stadt Aschaffenburg: 2 Hautärzte	Stadt Schwandorf, Ortsteil Klardorf, Lkr. Schwandorf: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt	Grafenau, Lkr. Freyung-Grafenau: 1 Frauenarzt
Haßfurt, Lkr. Haßberge: 1 Hautarzt	Stamsried, Lkr. Cham: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt	Deggendorf-Stadt: 1 Hautarzt
Stadt Schweinfurt: 1 Hautarzt	Ursensollen, Lkr. Amberg-Sulzbach: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt	Dingolfing-Stadt: 1 Hautarzt
Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen: 1 Kinderarzt	Vilseck, Lkr. Amberg-Sulzbach: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt	Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lillienstraße 5-7, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 70 53.
Kitzingen/oder Volkach, Lkr. Kitzingen: 1 Kinderarzt	Wackersdorf, Lkr. Schwandorf: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt	Schwaben
Erlenbach, Lkr. Miltenberg: 1 Kinderarzt	Windischeschenbach, Lkr. Neustadt/WN: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt	Höchstädt/Donau, Lkr. Dillingen: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt
Miltenberg, Lkr. Miltenberg: 1 Kinderarzt	Amberg: 1 Hautarzt	Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 31 30 31.
Miltenberg, Lkr. Miltenberg: 1 Nervenarzt		
Obernburg, Lkr. Miltenberg: 1 Orthopäde		
Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307 - 1.		

Äskulap und Pegasus

Zum zweiten Male seit Aufnahme unseres BDSÄ in die Union mondiale des écrivains Médecins (UMEM) im Jahre 1969 hielt diese ihren Kongreß in Deutschland ab. Schon kurz nach unserem Eintritt wurde der erste Kongreß auf deutschem Boden 1972 in Regensburg zu Ehren unseres unvergeßlichen Präsidenten Heinz Schauwecker abgehalten, der auch der erste deutsche Vizepräsident der UMEM war. Seit diesem gelungenen Kongreß festigte sich der Einfluß der deutschen Gruppe immer mehr, die auch bald zahlenmäßig mit vorne lag. Heinz Schauwecker wurde Ehrenmitglied der UMEM; Alfred Rottler, Nürnberg, wurde Secrétaire générale in Nachfolge des um die Integrierung der deutschen Gruppe hochverdienten französischen Confrères Paul Noël und Gerhard Vescovi, Böblingen, übernahm nach Schauweckers Rücktritt dessen Vizepräsidentschaft in der

UMEM. Soweit kurz die geschichtliche Entwicklung des BDSÄ in der UMEM.

Vom diesjährigen Kongreß noch folgende Beschlüsse: Der langjährige und rührige Präsident der UMEM René Kaech, Basel, verzichtete aus persönlichen Gründen auf seine Wiederwahl. Seine Nachfolgerin wurde die bisherige Secrétaire littéraire Marguerite De Miomandre, Brüssel. In ihrem Amte bestätigt wurden Vizepräsident Gerhard Vescovi, Böblingen, und Secrétaire générale Alfred Rottler, Nürnberg.

Der im Anschluß folgende Bericht Confrères Schmid wurde bewußt etwas freier als die üblichen Kongreßberichte gestaltet, damit nicht nur Fakten, sondern auch das Atmosphärische zum Ausdruck kommt.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Kongreß des Weltbundes der Schriftstellerärzte (UMEM)

in Bad Mergentheim vom 17. bis 21. Oktober 1979

Die 14 Flaggen vor dem umgebauten Kursaal in Bad Mergentheim verrieten den Ankommenden, daß diesmal Ärzteschriftsteller aus 14 Nationen dem Kongreß das Gepräge geben. Es war denn auch ein buntes Sprachgewirr aus französisch, englisch, spanisch, portugiesisch, polnisch, ungarisch, deutsch und schwäbisch, das den Veranstaltungen und Busfahrten etwas Babylonisches verlieh. In den Festreden hörte man – wie üblich – viel von Völkerverständigung und gegenseitigem Kennenlernen, in der Realität fällt es offenbar gerade den Wortkünstlern schwer, eine andere als ihre Muttersprache zu sprechen – oder gar nur dem Vortrag in einer fremden Sprache zuzuhören.

Die Organisatoren – Confrère Dr. Vescovi und die Stadt Mergentheim unter Leitung ihres aufgeschlossenen Oberbürgermeisters Dr. Mauch – hatten ein vielseitiges und gut durch-

dachtes Programm erarbeitet, das auch reibungslos ablief.

Der Start der zahlreichen öffentlichen Veranstaltungen erfolgte am Vormittag des 17. Oktober 1979 mit einer *Lesung im Deutsch-Ordens-Gymnasium*. Etwa 160 16- bis 18jährige bildeten ein ebenso kritisch fragendes wie dankbares Auditorium. Die Schülerinnen und Schüler hatten aus dem Buch „Liebe Last“ (Hansisches Verlagskontor, Lübeck) jene Gedichte und Kurzgeschichten von Maria Bednara, Anneliese Leugermann, Michael Soeder und Franz Schmid ausgesucht, über die sie mit den Autoren diskutieren wollten. Viel zu schnell vergingen die beiden „Deutschstunden vor Ort“.

Zu einem würdigen *Empfang im Deutsch-Ordens-Schloß* hatte die Stadt Mergentheim die offiziellen Vertreter der verschiedenen Natio-

nen am Abend des gleichen Tages eingeladen. Dort, wo einst Wellensteins Sturz vorprogrammiert wurde, fand der erste Kontakt der Teilnehmer ein vielsprechendes Echo.

Eine zweite Gruppe der deutschen Schriftstellerärzte mit Helmut Jebens, Alfred Rottler, Geue u. a. lasen nachmittags in einer mustergültigen Einrichtung für *Querschnittsgelähmte*.

Der Vormittag des 18. Oktober 1979 war den offiziellen Sitzungen, der *Verbandsarbeit* vorbehalten. Der BDSÄ erörterte unter Vorsitz von Michael Soeder aktuelle Fragen der deutschen Schriftstellerärzte, die UMEM wählte nach dem Rücktritt von René Kaech, dem jahrelangen und um die internationale Zusammenarbeit verdienten Präsidenten der Weltorganisation, einen neuen Vorstand.

Über die Zuhörer der *Eröffnungsfeier* am Nachmittag des 18. Oktober 1979 ergoß sich ein Füllhorn guter bis exzellenter, insgesamt aber zu langer Reden. Es war für Confrère Schmitt aus Reims nicht leicht, die unterschiedlich temperierten Reden ins Französische zu übersetzen, aber selbst in seinen verkürzten Wiedergaben kamen Pointen und Hintersinn plastisch zum Ausdruck. Zu erwähnen: Die gediegene, auf Personenkreis und Zeitproblematik abgestimmte Rede von Frau Minister Griesinger, Baden-Württemberg; ein Feuerwerk an Ideen, trefflichen Formulierungen und seelenentsprungene Humor war die Begrüßungssprache von Oberbürgermeister Dr. E. Mauch. Man wurde des Staunens nicht müde, wieviel Geist hinter einer metallenen Bürgermeisterkette verborgen sein kann und vor einem internationalen Publikum salvenartig entladen wurde. Die Kapazität der Zuschauer war eigentlich schon erschöpft, als der Festvortrag von Professor Dr. Blasius, Gießen, über „Kinder und Familie im Märchen“ begann. Die Zuschauer bröckelten auch langsam aber stetig aus dem Saal, denn man mußte sich beeilen, rechtzeitig Kleid und Anzug von gediegener Festlichkeit auf solide Rustikalität zu wechseln. Dies war schade, denn Professor Blasius verstand es, in gewohnt tiefschürfender Form eine ungewohnte Problematik mit sprachlicher Brillanz auszuloten. Der heimliche Höhepunkt der Mergentheimer Schriftstellerärztekong-

Die doppelte Kraft:

Oxytetracyclin +
Gelomyrtol[®] forte

Tetra-Gelomyrtol[®]



*Initialtherapie bei
akut-entzündlichen
und chronisch rezidivierenden
Sinusitiden und Bronchitiden*

7178

ZUSAMMENSETZUNG: Eine Kapsel enthält 300 mg Myrtol und 250 mg Oxytetracyclin HCl. **INDIKATIONEN:** Akute Bronchitis und Sinusitis. **ANWENDUNG und DOSIERUNG:** Erwachsene nehmen 4 x täglich eine Kapsel eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten mit einem kalten Getränk ein. Nach Abklingen der akutenentzündlichen Phase empfiehlt sich ein Übergehen auf GÉLOMYRTOL[®] FORTE. **HINWEIS:** Der Genuß von Milchprodukten sollte während der Therapie mit Tetra-Gelomyrtol, wie auch bei allen anderen Tetracyclin-Präparaten, vermieden werden. **KONTRAINDIKATIONEN:** Tetra-Gelomyrtol darf bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen nicht eingenommen werden, in der Schwangerschaft und bei Kindern unter 8 Jahren nur bei vitaler Indikation. **NEBENWIRKUNGEN:** Durch Myrtol können vorhandene Nieren- und Gallensteine in Bewegung gesetzt werden. **HANDELSFORMEN und PREISE:** OP 20 Kapseln DM 14,60; neu OP 40 Kapseln DM 25,00.

G. Pohl-Boskamp 2214 Hohenlockstedt



grosse schloß sich unmittelbar an: Die *Weinprobe in Markelsheim*, jenem idyllischen Weindorf, das sich Mergentheim bei der Gemeindeform unter den Nagel gerissen hat. Wie bei früheren Anlässen, stieg die Stimmung der rund hundert Teilnehmer sehr rasch über die akustische Promille-Grenze, so daß der hochakademische Wein-Interpret des Abends sich nur mit Satzketten über die französischen, schweizerischen, polnischen und schwäbischen Interessengruppen der Weinseligkeit durchsetzen konnte. Dem Chronisten gelang es, alle Würdenträger in den Autobus zu bringen, nicht jedoch die kommunale Nachhut. Augen- und Ohrenzeugen berichten, daß der eingeleitete Gedankenaustausch zwischen Kursaal, einem Campingwagen vor dem Kurpark und dem Kurhotel bewegt und überzeugt fortgeführt wurde und in der fränkischen Weinstube gegen vier Uhr morgens abgebrochen werden mußte, weil das Programm des nächsten Tages noch einiges bereit hielt.

Die internen Lesungen oder hochtrabend auch „table rondes de poésie“ haben es schließlich in sich. Man will ja das Beste der Jahresproduktion bringen und liest moderne Lyrik vor Verfechter des Reimes und der Metrik, Aphorismen im Kreise von Erzählern, serviert französische Sprachmelodie vor dafür ungeeignete Ohren, will mehr gehört werden als selbst hören. Letzten Endes zeigt das Janus-Gesicht dieser Veranstaltungen am Ende doch die lächelnde Seite: Man geht bereichert, mit neuen Anregungen nach Hause – und ist erstaunt, wieviel gute Ideen die „anderen“ haben.

Die jahrelang gepflegte geistige Inzucht der Tagungen der Schriftstellerärzte ist lange vorbei. Man geht in die Schulen, in Behindertenheime, liest in Kuranlagen, stellt Bilder für das Publikum aus, findet die Bücher der Ärzte in den Schaufenstern der Buchhandlungen. Bad Mergentheim 1979 war ein weiterer Schritt in die Öffentlichkeit.

„Warum schreiben Ärzte?“, fragte eine Gymnasiastin – eine Frage, die einfacher zu stellen, als zu beantworten ist. Der eine mag dies tun, um ein ästhetisches Gegengewicht zum beruflichen Alltag zu suchen, die meisten anderen, weil sie, wie in keinem anderen Beruf, mit den Grenzen des Lebens, mit Liebe und

Leid, Werden und Vergehen, Hoffnung und Enttäuschung konfrontiert werden. Zwischen Wissen und Helfen suchen sie die heilende Kraft des Wortes.

Professor Dr. F. Schmid, Aschaffenburg

In memoriam Dr. med. Paul Noël (Frankreich)

Am 25. Juli 1979 starb in Chaville (Hts-de-Seine) der langjährige Generalsekretär der UMEM Dr. med. Paul Noël. Er wurde am 19. März 1904 in Thionville (Moselle) geboren, erwarb 1922 das philosophische Baccalaureat, studierte anschließend Medizin in Straßburg und übte seit 1933 seine ärztliche Praxis bis zu seinem Tode in Chaville aus. Er war auf allen Gebieten sehr aktiv, in seinem Berufe, er war Bahn-, Post- und Sportarzt sowie als Präsident verschiedener Gesellschaften auch standesärztlich tätig. Sein Interesse galt besonders der Archäologie und der Musik (Cello, Gitarre, Klavier). Als Sportler war er früher sehr geschätzt in seiner lothringischen Fußballmannschaft. Er war auch Generalsekretär der französischen Schriftstellerärzte, hat als Schriftsteller zahlreiche Werke veröffentlicht und viele Ehrungen erfahren, wie die „Médaille Robert Schumann du Conseil de l'Europe“ und die „Médaille de P.E.N.“. Noël war „Lauréat de l'Académie nationale de Médecine, de l'Académie Française“ (dreimal) und der „l'Académie des Inscriptions et Belles Lettres“. Der Verstorbene war zusammen mit seiner verehrten Frau Gemahlin uns deutschen Schriftstellerärzten immer ein treuer Mentor. Ihm verdanken wir wesentlich unsere schnelle Aufnahme in die UMEM. Auf der Mitgliederversammlung des BDSÄ 1975 wurde ihm daher einstimmig auf Antrag Schauweckers die „Schauwecker-Medaille“ verliehen. Wir haben in Confrère Paul Noël einen guten Freund verloren, dessen Andenken wir immer bewahren werden.

In der ersten Nummer der von unserem Generalsekretär Alfred Rottler herausgegebenen UMEM-Zeitschrift „Musa Medica“ (Oktober, 1979) steht eine reizende Geschichte Noëls „Une visite à domicile ...“, die Confrère Rottler treffend übersetzt hat.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Ein Hauserztbesuch

von Paul Noël † (Cheville/Frankreich)

Drei ellerliebste Gören, fünf-, sieben-, achtjährig, lechten schon durchs Fenster dem Doktor freudig entgegen.

Sowie es klingelt, wird die Tür bereits geöffnet und die Töchterlein zerrn ihn bis zur Wiege des Stammhalters, der geimpft werden soll.

Die Vorbereitungen nähren die kindliche Neugier und Ungeduld.

„Wissen Sie, Herr Doktor“, sagt die Mutter, „was mir am Morgen Francine, die älteste, erklärt hat?“

„Nein.“

„Gottseidank, het meine Lehrerin heute Professorenkonferenz. Wenn der Doktor an einem anderen Tag gekommen wäre, hätte ich die Schule geschwänzt.“

„Du bist eber nicht krank, Francine?“

„Aber ich habe den Doktor so lieb.“

„Ja, das ist wahr“, gab die Mutter zu und schaute das Mädchen voll an.

„Wirklich“, entgegnete dieses, indem es heftig die linke Hand des Arztes an sich riß, der beschäftigt war, die Instrumente herzurichten. Dabei drückte es ihn ganz fest, um ihre Zuneigung vor den anderen deutlich zu bekunden.

„Ich möchte gerne, daß du mein Papa wärst.“

„Nun, du machst mich eitel und machst mich geradezu wieder jung.“

„Aber du bist doch gar nicht alt.“

„Gnädige Frau, ich stelle mich als Ihr zukünftiger Schwiegersohn vor.“

Siebenundzwanzig war die Mutter und wußte nicht recht, wie sie sich der Liebenswürdigkeiten erwehren solle und es war ihr sichtlich peinlich, als sich das Kind noch steigerte:

„Du könntest auch mein Pepa sein und seinen Platz dort im Bett neben Mama einnehmen.“

Die Schwestern bogen sich vor Lachen. Das Geschwätz genierte die Mutter, welche drohte:

„Ich sperre euch eile in den Keller.“

Dr. Hallier wischte einen Gedanken aus seinem Herzen, befreite sich aus der Umarmung Francines und sagte zu ihr:

„Du bist gut, Mignonne, aber was du segst, sind kleine Dummheiten.“

Diese wurde rot, lächelte und der Hausarzt erlachte dabei, wie er stolz war, einmal wenigstens im Leben für einen liebenswerten Wunschprinzen gehalten worden zu sein.

(übersetzt von Alfred Rottler)

Wichtige Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Der Bedarfsplan für die kassenärztliche Versorgung im Freistaat Bayern ist nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krenkenkassen (Bederfspienuungsrichtlinien-Ärzte) mit Stand zum 31. Dezember 1978 erstellt und veröffentlicht.
Zur Erstinformation und zur Veröffentlichung nach § 368 (4) RVO und nach den Bederfspienuungsrichtlinien-Ärzte, Abschnitt D, Abs. 6 vom 5. 10. 1977 werden nachstehend die fehlenden Kassenärzte nach dem Stende vom 10. 10. 1979 eusgewiesen:

Fechärztliche Planungsbereiche (Kreisebene)	K	I	F	O	C	N	AU	HN	D	R	U	A/Pr.
1	2	3	4	5	8	7	8	9	10	11	12	16
München							2					4
Ingolstedt												3
Altötting	1		1	1			1	1	1			1
Berchtesgedener Land												
Bad Tölz-Wolfratsheusen												
Dacheu												
Ebersberg								1	2			1
Eichstätt	1					1			1	1		2
Erding												
Freising												
Fürstenfeldbruck							1					1
Germisch-Partenkirchen												2
Landsberg								1	1			1
Miesbach												
Mühldorf								1	1			
Neuburg-Schrobenhausen						1		1				3
Pfaffenhofen							1		1			1
Rosenheim												
Sternberg						1						2
Treunstein												
Weilheim-Schongeu									1			1
Bamberg												
Beyreuth			1					1	1			3
Coburg	2											1
Forchheim									1			4
Hof	1		1	1		1	1	1	1			1
Kronech	1						1	1	1			8
Kulmbach							1				1	1
Lichtenfels							1		1			1
Wunsiedel		1										
Ansbech			1				3	1				5
Erlangen-Höchstedt/Aisch							1					7
Fürth	1	1						1				2
Nürnberg												
Neustadt/A.-B. Windsheim	1		1	1						1		15
Roth							1	1	1	1		1
Weißenburg-Gunzenhausen												2
Aschaffenburg							2		1	1		4
Bad Kissingen	1						1		1			4
Rhön-Grabfeld						1		1				
Haßberge		1				1	1	1	1	1	1	2
Kitzingen				1								1
Miltenberg	2	1				1	1	1		1		2
Main-Spessert		1	1				1	1		1		
Schweinfurt	1		1				1	1		1		
Würzburg							2	1				3
Amberg-Sulzbach	1					1	2	1				4
Chem	3	3	2	2		1	2	3	2	1	1	3
Neumerkt i. d. Opf.		2						1	1			3
Neustadt e. d. Waldneeb	3	2	1				2	2	1			4
Regensburg								2				7
Schwendorf	2	3	3	2		3	2	2	3	2	1	4
Tirschenreuth	1					1	1	1	1	1	1	3
Deggendorf	1		1						1			8
Freyung-Greifeneu	1		1			1			1	1		2
Kelheim	1		1			1	1					
Landshut	1		1				2	1	1			4
Pesseu	3	1	2				1	1	1			1
Regen		1				1	1			1	1	
Rottel-Inn	1		1			1			1	1		2
Staubing-Bogen	1						1		1			8
Dingolfing-Landeu	1	1	1			1	1	1	1	1		1
Augsburg	1						1					8
Dillingen						1						
Günzburg							1		1			2
Neu-Ulm												1
Lindeu												
Ostallgäu								1	1			
Untereallgäu									1			
Donau-Ries												
Oberallgäu									1			2

*) Hier hendelt es sich um die Addition der Planungsbereiche unter Berücksichtigung der bis zum 10. 10. 1979 besetzten Kassenarztsitze.

K = Kinderärzte, I = Internisten, F = Frauenärzte, O = Orthopäden, C = Chirurgen, N = Neurologen, AU = Augenärzte, HN = HNO-Ärzte, D = Heutärzte, R = Radiologen, U = Urologen, A/Pr = Allg./Prektiker

Weitere Detailangaben und Auskünfte erteilen die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Dort liegen Bedarfspläne zur Einsichnahme euf. Die Fortschreibung des Bederfspienuungs zum 31. Dezember 1979 wird bis zum 30. Juni 1980 veröffentlicht.

Bayerns Blick auf Energien

Erklärtes Ziel bayerischer Landespolitik ist es nach den Worten von Wirtschaftsminister Anton Jaumann, „den Anteil des Öls an der Deckung unseres Energiebedarfs zu reduzieren und die Versorgungssicherheit zu erhöhen“. Bayern freilich hat wenig Möglichkeiten, den Anteil des Öls an der Deckung des Energiebedarfs zu senken. „Die Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten hierfür liegen zum großen Teil auf Bundesebene oder sogar im internationalen Bereich.“

Vor dem Hintergrund der überdurchschnittlichen Abhängigkeit Bayerns vom Erdöl erstattete der Wirtschaftsminister im Landtag dem Ausschuß für Bundesangelegenheiten und Europafragen einen Bericht über die Energiepolitik in Europa. Für die Parlamentarier stellt sich die Situation heute so dar: Zu 65,5 Prozent hat Bayern im Vorjahr seinen Energiebedarf durch Mineralöl gedeckt. Demgegenüber betrug der Anteil der Gesamtbilanz der Bundesrepublik nur 52,5 Prozent. Der Anteil der übrigen Energieträger verteilt sich wie folgt: Stein- und Braunkohle zusammen decken nur 10,4 Prozent des bayerischen Bedarfs, hingegen 26,8 Prozent des Energieverbrauchs in der Bundesrepublik. Das Erdgas macht 12,1 (Bundesgebiet 15,4 Prozent), die Atomenergie 1,5 (3) Prozent aus. Zehn (1,7) Prozent des Stroms werden in Bayern durch Wasserkraft gewonnen. Auf sonstige Energieträger entfallen 0,5 Prozent. Insgesamt ist Bayern zu rund 88 Prozent von Importen abhängig, um sich mit Energie zu versorgen. Von diesen 88 Prozent kommen rund 90 Prozent aus dem Ausland. Die Bundesrepublik ist dagegen nur von Energieimporten zu rund 59 Prozent abhängig.

In seiner Übersicht über die Energiepolitik in Europa vor dem Landtagsausschuß stellte der Minister einleitend fest: „Der Lebensstandard der 250 Millionen Bürger der EG zählt zu den höchsten der Welt. Die Erhaltung

dieses Zustands sowie die weitere Verbesserung des Lebensstandards und der Arbeitsbedingungen erfordern eine ausreichende und sichere Energieversorgung; dazu gehört auch, daß die notwendige Quantität und Qualität zu vertretbaren Preisen geliefert wird.“ Die EG, deren Mitgliedsstaaten insgesamt früher in ihrer Energieversorgung großenteils relativ unabhängig waren, seien seit etwa 20 Jahren zu fast 60 Prozent ihres Energieverbrauchs von Importen – hauptsächlich Erdöl – abhängig. Diese Abhängigkeit habe zunächst die wirtschaftliche Entwicklung und den sozialen Fortschritt in den Gemeinschaftsländern begünstigt, da die Energiepreise – vor allem die Erdölpreise – niedrig waren und die Lieferungen unproblematisch erfolgten. „Ende 1973 sind mit der ersten Ölkrise jedoch einschneidende Störungen aufgetreten, deren Auswirkungen direkt oder indirekt bis heute spürbar sind.“

Die Anfänge der europäischen Energiepolitik datierte der Minister auf das Jahr 1962, als die europäischen Institutionen die Notwendigkeit einer besseren Überwachung der Entwicklung auf den Energiemärkten erkannten. Trotz des Schweigens der europäischen Verträge zu diesem Punkt habe eine „Arbeitsgruppe Energie“ ein „Memorandum zur Energiepolitik“ vorgelegt: Es zielte auf die Einführung des freien Verkehrs der Energieerzeugnisse im Gemeinsamen Markt und enthielt eingehende Vorschläge über die Diversifizierung der Versorgung von außen, die Stützung der Inlandsproduktion, hauptsächlich der Kohleerzeugung, den raschen Ausbau der Kernenergie sowie die Lagerung, Besteuerung und die Einfuhrregelung von Primärenergieträgern. Auf dieses Memorandum folgten weitere vier, in denen die Europäische Kommission nachdrücklich diese Ziele unterstrich.

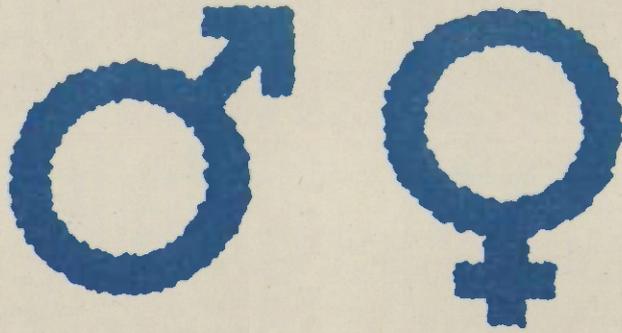
Mit der Verknappung und der Verteuerung des Öls und der dramati-

schen Veränderung der Lage auf den Weltenergiemärkten sei der Europäische Rat im März dieses Jahres übereingekommen, den Ölverbrauch auf 500 Millionen Tonnen pro Jahr zu beschränken. Das bedeute eine Verringerung des Verbrauchs gegenüber den Vorausschätzungen um etwa fünf Prozent. Außerdem wurde beschlossen, die Ölimporte in der Gemeinschaft bis 1985 auf den Stand von 1978 einzufrieren. Der Minister äußerte sich allerdings über die Verwirklichung dieser Sparbeschlüsse skeptisch. Voraussetzung hierfür sei eine intensivere Energieeinsparung und eine stärkere Verwendung von Kohle und Kernkraft, damit die Stromerzeugung zumindest zu 70 Prozent aus diesen Primärenergien gedeckt werden kann.

In seinem Bericht betonte der Minister wiederholt die Notwendigkeit des Ausbaus der Kernenergieversorgung, insbesondere aber eine „aktive Kohlepolitik“ der Gemeinschaft, ohne die eine Begrenzung der Ölimporte nicht möglich sei. In diesem Zusammenhang übte er Kritik an der Benachteiligung der revierfernen Gebiete durch Bonn. Unter anderem sollte geprüft werden, wie Disparitäten, die durch unterschiedliche Frachtkosten bedingt sind, ausgeglichen werden können.

In einem vorangegangenen Energiebericht hatte Jaumann bereits die Möglichkeiten für eine Versorgungssicherung aufgezeigt: Für ihn ist dringend notwendig, daß noch größere Mineralölvorräte angelegt und die Rohöl-Pipeline-Systeme im Norden und Süden der Bundesrepublik verbunden werden. Die Versorgungssicherheit Bayerns sei nämlich dadurch beeinträchtigt, daß sich Tanklager und Reserven in Norddeutschland konzentrieren, ohne daß eine Verbindung nach Süddeutschland besteht. Zudem sei der Ausbau der Erdgasversorgung vor allem in den strukturschwachen Gebieten nötig. Insgesamt erwartet sich der Wirtschaftsminister von einer aktiven EG-Energiepolitik eine Verringerung des Verhältnisses zwischen Energieverbrauchsanstieg und Wirtschaftswachstum, vor allem durch verbindliche Regelungen für eine rationellere Energienutzung in allen Ländern der Gemeinschaft. Außerdem müßten die Abhängigkeit von Energieimporten verringert und feste Brennstoffe sowie Kernkraft stärker genutzt werden.

Michael Gscheidle



Prostatitisches Syndrom Reizblase

Nommon[®]

beherrscht die vegetativ und
organisch bedingten Beschwerden:

die Dysurie
den Miktionszwang
den Schmerz
die gestörte Sexualfunktion

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Extr. Bulbus Allii cepae spir. 23,015 mg, Extr. Rad. Echinaceae purpur. spir. 24,659 mg, Extr. Sem. Cucurbitae spir. 4,931 mg, Extr. Gemmae Populi spir. 3,451 mg, Extr. Fol. Damianae spir. 2,301 mg, Extr. Rad. Pareirae braevae spir. 1,643 mg
100 ml enthalten: Tinct. Cepae 40 ml, Tinct. Echinaceae purpur. 20 ml, Tinct. Cucurbitae 10 ml, Tinct. Populi 6 ml, Tinct. Damianae 2 ml, Tinct. Pareirae braevae 2 ml

Anwendungsgebiete: Prostatitisches Syndrom, funktionelle und neuro-hormonale Reizblase.

Gegenanzeigen: Schwere Pankreatitis.

Nebenwirkungen: Bei Dauermedikation in seltenen Fällen Magenunverträglichkeitserscheinungen.

Dosierung und Anwendungsweise: Im allgemeinen 3mal täglich 1-2 Kapseln bzw. 30 Tropfen mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten einnehmen über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen.
Bei prostatitischem Syndrom empfiehlt sich eine konsequente Medikation über 3 Monate, auch nach Besserung der subjektiven Beschwerden.

Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise: OP mit 90 Kapseln DM 15,44;
OP mit 100 ml Liquidum DM 15,44.
Stand: Jan. 1980



HOYER GmbH & Co.
Pharmazeutische Präparate
4040 Neuss 21

Konzertierte Aktion

Die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ hat ihre Tagesordnung programmgemäß abgewickelt. Es wurde beschlossen, was in den vorbereitenden Gesprächen vereinbart worden war. Nur die Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel hat die „Konzertierte Runde“ nicht empfohlen. Bundeserwerbsminister Ehrenberg sieht darin prinzipiell keinen Beitrag zur Kostendämpfung. Der tatsächlichen Lage hätte der Minister wohl eher entsprochen, wenn er darauf verwiesen hätte, daß sein Finanzminister nichts davon wissen will. Immerhin geht es um rund 800 Millionen DM im Jahr. Und niemand kann zuverlässig sagen, daß dadurch wirklich ein Preisdruck entsteht. Bei diesem Punkt legte der Minister Einspruch ein, sonst nahm alles seinen vorbereiteten Verlauf. Konzertierte wurde kräftig, von Aktion war weniger zu bemerken.

Tatsächlich ist die Konzertierte Aktion in der Gefahr zu erstarren. Das mag durchaus in der Absicht einiger Beteiligten liegen, denn wenn alles in geordneten Bahnen verläuft, so kann nichts schief gehen. Die Akteure haben nur noch die Aufgabe, die vorbereiteten Beschlüsse zu erläutern, diese mehr oder weniger emphatisch zu begrüßen und das Lob der Selbstverwaltung zu singen. Und wenn dann alles harmonisch verlaufen ist, bestätigen sich alle dankbar, wie sinnvoll und nützlich die Verensstafung gewesen sei. Selbst Ehrenberg klopfte sich und anderen selbstzufrieden auf die Schulter. Wie tüchtig wieder alle gewesen sind ...

Doch Ironie beiseite, sie zieht sich nicht für den Chronisten. Doch fällt es schwer, Punkte zu nennen, bei denen wirklich etwas bewegt worden ist. Man mag es für einen Fortschritt halten, daß sich die konzertierte Runde dazu bekennt, „daß eine ausreichende praktische Erfahrung im Rahmen der ärztlichen Ausbildung vermittelt wird.“ Zugleich wird aber festgestellt, daß sich dies nicht kurzfristig erreichen lasse. Also soll zunächst alles beim Alten bleiben? Nein, so ist es nun auch wieder nicht, der Bundeserwerbsminister weiß Rat: Die Bundesregierung wird darauf hinwirken, daß als Zwischenlösung im Rahmen der Richtlinien der Europäischen Gemeinschaften eine engemesse- ne Vorbereitungszeit auf die kessen-

ärztliche/kessenzahnärztliche Tätigkeit eingeführt werden kann, so heißt es wörtlich im Kommuniqué über die Sitzung. Aber kann man denn wirklich daran glauben, daß es einfacher und schneller gehen soll, eine Richtlinie der EG zu ändern als ein deutsches Gesetz? Die Erfahrungen stimmen nicht zuversichtlich.

Die der konzertierte Aktion vorgesetzte Formel räumt zumindest den Verdacht nicht aus, daß Ehrenberg ein unbequemes Problem zunächst einmal von Bonn nach Brüssel verlagern will. Im Frühjahr wird Ehrenberg dann über den „Fortgang“, nicht über das Ergebnis seiner Bemühungen berichten. Und vom 1. Juni 1980 an können sich Ärzte sofort nach der Approbation ohne ausreichende praktische Erfahrung in eigener Praxis niederlassen. Wohl zurecht bedauern die unionsgeführten Länder, „daß die Bundesregierung trotz der von allen erkannten Dringlichkeit außer der Klärung rechtlicher Vorfragen nichts getan, sondern Monate durch einen fruchtlosen Streit zwischen dem Gesundheitsminister und dem Arbeitsminister verloren hat.“ Von einem Übermaß an Aktion ist bei diesem Tagesordnungspunkt jedenfalls nichts zu merken. Vor Journalisten konnte der Minister nicht einmal sagen, wie lang denn die Vorbereitungszeit sein solle. Er meinte nur: zwischen sechs Monaten und zwei Jahren.

Am längsten wurde über den Arzneimittelmarkt gesprochen. Ehrenberg beklagte die hohen Preise und befürwortete Wettbewerb. Max P. Tiefenbecher, Vorsitzender des Pharma-Verbandes, stellte den Stellenwert des Medikaments im System der Gesundheitssicherung heraus. „Die medikamentöse Therapie ist heute in vielen Fällen die wirtschaftlichste Therapieform.“ Der Vertreter der Ortskassen hob hervor, daß die gesetzlichen Kassen nur solche Leistungen gewähren dürften, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich seien. Er zog den therapeutischen Nutzen vieler Kombinationspräparate in Zweifel.

So vorbereitet fiel es der konzertierte Aktion nicht schwer, zwei wichtige Erkenntnisse zu verbreiten:

1. Die Verfügbarkeit wirksamer Arzneimittel leiste einen wesentlichen Beitrag zu der modernen und leistungsfähigen

Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik.

2. Arzneimittel werden zunehmend als Problemfelder für schlechthin alle Störungen des Wohlbefindens betrachtet und eingesetzt.

Aus der zweiten Feststellung wird dann der Schluß gezogen, daß verstärkt auf einen überlegten und gesundheitsbewußten Umgang mit Arzneimitteln hingewirkt werden sollte, was wohl in erster Linie an die Adresse der Ärzte gerichtet ist.

Es ist natürlich nicht bei solchen Allgemeinplätzen geblieben. So heißt es in der Empfehlung der konzertierte Aktion, daß die Krankenkassen nur mit solchen Kosten belastet werden dürfen, die aus der Verordnung von Arzneimitteln entstehen, deren therapeutische Wirksamkeit gesichert sei. Die Kernfrage, wer denn dazu berechtigt sein sollte, die therapeutische Wirksamkeit festzustellen und zu deklarieren, eine Frage, die zwischen Kassen und Ärzten auf der einen Seite und der Pharma-industrie auf der anderen Seite umstritten ist, blieb unbeantwortet. Die Kompromißformel im Kommuniqué überdeckt also den Konflikt.

Die konzertierte Aktion wünscht therapiegerechte Packungsgrößen für die einzelnen medizinischen Indikationsgebiete. Davon verspricht man sich eine sachgemäße Anwendung von Medikamenten, mehr Markttransparenz und Kosteneinsparungen. Die Aktion hat bei diesem Punkt freilich nur beschlossen, was von Ärzten, Kassen und Pharma-industrie bereits abgesprachen war. Der Aktion blieb also wiederum nur die konstatierende Feststellung.

Auch soll die Eigenbeteiligung der Versicherten an den Ausgaben für Arzneimittel überprüft werden. Das könnte für die Befürworter der Selbstbeteiligung verheißungsvoll klingen. Gründliches Nachlesen der Empfehlung trägt jedoch zur Ernüchterung bei. Geprüft werden soll nämlich nur, ob die Eigenbeteiligung Auswirkungen auf die Verordnungswünsche der Versicherten und die Verschreibungspraxis der Ärzte „im Hinblick auf Packungsgrößen“ hat. Mitnichten geht es darum, die Eigenbeteiligung wirksamer zu gestalten. Wichtiger scheint die Zusage zu sein, daß die Produktwerbung der Pharma-industrie „auf eine systematisch aufgebaute und objektive Information des Arztes über die therapeutischen Eigenschaften und unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln ausgerichtet wird“.

Man wird sehen, ob das Konzert Folgen hat. bonn-mot

Jubiläumskongreß in Badgastein 1980

Die von der Bundesärztekammer zusammen mit der Österreichischen Ärztekammer veranstalteten Internationalen Fortbildungskongresse werden jährlich von vielen Tausenden von Ärzten aus beiden Ländern besucht. Dabei erfreut sich Badgastein zunehmender Beliebtheit. Über 32 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Bundesrepublik und Österreich, aber auch aus anderen europäischen Ländern, haben bisher den Fortbildungskongreß in dem weltbekannten Kurort Badgastein besucht.

Neben den breitgeächerten Fortbildungsprogrammen, welche alla Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer kennzeichnen, bietet Badgastein noch die Möglichkeit, wirksame therapeutische Methoden der Behandlung rheumatischer Erkrankungen kennenzulernen und zu erproben.

Das Programm des Jubiläumskongresses soll in besonderem Maße einen Überblick über den wissenschaftlichen Fortschritt der letzten 25 Jahre in der angewandten Medizin geben. Eine Fülle von Seminaren bietet Ärzten aus den verschiedensten Gebieten der Medizin reichhaltige Möglichkeiten der ärztlichen Fortbildung.

Für Kolleginnen und Kollegen, welche Ihre Fortbildung für das Jahr 1980 planen wollen, geben wir nachstehend das Kurzprogramm für diesen vom 9. bis 22. März 1980 stattfindenden Kongreß bekannt.

Gesamthema: 25 Jahre wissenschaftlicher Fortschritt in der angewandten Medizin — Bewährtes und Neues

I. Kongreßeröffnung und Festvortrag

II. Hauptreferate und Podiumsgespräche oder Kolloquien

1. Humangenetik
2. Immunologie
3. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
4. Dermatologie und Venerologia
5. Gastroenterologie
6. Gynäkologie und Geburtshilfe
7. Pädiatrie
8. Allergologie
9. Kardiologie
10. Psychiatrie
11. Psychotherapie
12. Neurologie
13. Neurochirurgie
14. Ophthalmologie
15. Oto-, Rhino-, Laryngologie
16. Nephrologie
17. Urologie
18. Orthopädie
19. Plastische Chirurgie

III. Seminare der ersten Woche

1. Rheumatologisches Seminar
2. Hämatologisches Seminar
3. Psychiatrisches Seminar
4. Sportmedizinisches Seminar
5. Urologisches Seminar
6. Seminar über Alkoholismus und Drogenabhängigkeit
7. Dermatologischer Operationskurs
8. Pädiatrisches Seminar
9. Hepatologisches Seminar

10. Orthopädisches Seminar

11. Seminar über Funktionsstörungen der Schilddrüse

IV. Seminare der zweiten Woche

1. Sportmedizinisches Seminar
2. Kardiologisches Seminar
3. Seminar für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
4. Seminar über Kinder- und Jugendpsychiatrie
5. Pneumologisches Seminar
6. Seminar für Ernährung und Diätetik
7. Seminar Autogenes Training
8. Geriatrisches Seminar
9. Seminar für Labordiagnostik und -technik
10. Seminar für Psychotherapie und Psychosomatik
11. Seminar für Arzneimitteltherapie

V. Veranstaltungen verschiedener Thematik

1. Balneologie
2. Der Problampatient
3. Berufspolitik in Österreich
4. Theologie — Psychologia — Medizin
5. Vorführung wissenschaftlicher Filme gemäß Sonderprogramm
6. Quellenführungen
7. Einjahrtan in den Thermalstollen Badgastein-Böckstein

Auskunft und Anmeldung:

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

Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RÖV) vom 1. März 1973

Grundkurs in zwei Teilen (3.1.1 der Richtlinien)

am 18./19. und 25./26. Januar 1980

Veranstalter: Radiologisches Zentrum Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. Zaitler)

Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17

Teilnahmegebühr: pro Kurs DM 100,—

— Im Oktober 1980 (genauer Termin wird noch bekanntgegeben) findet der „Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen“ in zwei Teilen (3.1.2 der Richtlinien) statt. —

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Radiologisches Zentrum, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98-26 69 oder 3 98-25 40

Fortbildungskurs für Röntgenhelfer (-Innen)

vom 14. bis 25. April 1980 in Erlangen

Leitung: Dr. W. 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 - 747

Fortbildungslehrgänge des Bayerischen Sportärzteverbandes

vom 26. Januar bis 9. Februar 1980 in Sulden

Thema: Sportrisiko und Therapie: Wintersport in Theorie und Praxis aus ärztlicher Sicht

Leitung: Dr. B. Grünwald, Bad Pyrmont

vom 27. Januar bis 2. Februar 1980 in Oberstdorf

Thema: Skilanglauf und Eislauf in Theorie und Praxis aus internistischer und traumatologisch-orthopädischer Sicht

Leitung: Dr. P. Konopka, Augsburg

vom 9. bis 22. März 1980 in Pontresina

Thema: Sicherheit beim Skilauf — Jugend- und Seniorensport aus internistischer und orthopädisch-traumatologischer Sicht

Leitung: Professor Dr. P. Bernett, München

Anmeldung:

Deutsches Reisebüro GmbH, Direktion, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1, Telefon (06 11) 15 68-1

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

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

Ernährungsmedizin

Kurparkklinik Bad Neustadt/Saale
Kursleitung: Chefarzt Privatdozent Dr. F. Matzkies

Ernährungsmedizinisches Seminar vom 25. bis 27. Januar 1980

Zeit: 25. Januar: 18.00 – 20.00 Uhr
26. Januar: 9.00 – 17.00 Uhr
27. Januar: 9.00 – 12.00 Uhr

Thema: Derzeitiger Stand der Ernährungslehre

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldeschluß: 10. Januar 1980

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. F. Matzkies, Kurheustraße 31, 8740 Bad Neustadt, Telefon (0 97 71) 50 48

Ergometrie

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern

Chefarzt: Dr. H. Hofmann

Ergometrie-Workshop am 14./15. Juni und am 25./26. Oktober 1980

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

Teilnehmergebühr: DM 60,—

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24-369 bzw. 370

Januar bis Oktober 1980

19. Januar
Pädiatrie, Würzburg
25. – 27. Januar
Ernährungsmedizin, Bad Neustadt/Seele
21./22. März
Gynäkologie, München
14./15. Juni
Ergometrie, Höhenried
25./26. Oktober
Ergometrie, Höhenried

Gynäkologie

i. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München

Direktor: Professor Dr. J. Zender, Mairstraße 11, 8000 München 2

in Verbindung mit dem Tumorzentrum München

Fortbildungsveranstaltung für Gynäkologie am 21./22. März 1980

Thema: Des Ovarialkarzinom (Diagnostik, Therapie und Nachsorge)

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. K. J. Lohe, i. Frauenklinik der Universität München, Meierstraße 11, 8000 München 2, Telefon (0 89) 5 39 71

Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

9. bis 22. März 1980 in Badgastein:

Thema: 25 Jahre wissenschaftlicher Fortschritt in der angewandten Medizin – Bewährtes und Neues

10. bis 22. März 1980 in Devos:

Thema: Die ärztliche Diagnose – Wege zur gezielten, zeitsparenden und kostendämpfenden Praxisdiagnostik

31. März bis 12. April 1980 in Meran:

Thema: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin

1. bis 14. Juni 1980 in Grado:

Thema: Der Notfall – Akutdiagnostik und Akuttherapie

21. Juli bis 2. August 1980 in Davos:

Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

24. August bis 8. September 1980 in Gredos:

Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

25. August bis 6. September 1980 in Meran:

Thema: Wird noch bekanntgegeben werden

26. bis 28. September 1980 in Augsburg:

IX. Zentralkongress für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 66. Augsburger Fortbildungskongress für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

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

Pädiatrie

Universitäts-Kinderklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. med. J. Ströder, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg

Fortbildungsveranstaltung für Kinder- und Allgemeinärzte am 19. Januar 1980

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: ca. 12.30 Uhr

Themen: Synopsis derzeitiger Streptokokkeninfektionen und ihre Folgen beim Kinde – Juvenile rheumatoide Arthritis (Differentialdiagnose, Therapie, psychische Führung der Patienten) – Klinik und Therapie des rheumatischen Streptokokkenfiebers

Anmeldung nicht erforderlich

Seminar an speziell rheumatologischer Weiterbildung interessierte Krankenschwestern und -pfleger

vom 21. bis 26. März 1980 in Bad Abbach

Veranstalter: Fortbildungsekademie der Deutschen Rheuma-Liga

Leitung: Professor Dr. H. Mathies, Bad Abbach

Ort: Rheuma-Zentrum Bad Abbach

Auskunft:

Fortbildungsekademie der Deutschen Rheuma-Liga, Rheuma-Zentrum der i. Medizinischen Klinik, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 1 82 68

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

vom 23. bis 26. Januar 1980 in Köln

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. P. Wolff, Professor Dr. O. Lippross, Geheimrat Professor Dr. Dr. h. c. C. E. Alken, Dr. P. E. Odenbach

Veranstalter: Bundesärztekammer
(Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern)

Mittwoch, 23. Januar 1980

Eröffnung des IV. interdisziplinären Forums und Verleihung des Fortbildungsfilmpreises 1979 der Bundesärztekammer
Thema I: Entzündliche und stoffwechselbedingte rheumatische Erkrankungen

Donnerstag, 24. Januar 1980

Thema II: Katastrophenmedizin und medizinische Versorgung im Zivilschutz (einschließlich Kernkraftkatastrophen)
Thema III: Indikationen, Kontraindikationen und Durchführung der Langzeittherapie mit Antikoagulantien
Thema IV: Aussagewert und Grenzen neuerer Diagnostikverfahren (Ganzkörper-Computertomographie — Sonographie)

Freitag, 25. Januar 1980

Thema V: Präkanzerosen
Thema VI: Mammekarzinome, Kerzinoome der Frau im Becken (Therapie und Nachsorge)
Thema VII: Fortschritte in der Chirurgie endokriner Organe
Thema VIII: Schocklunge

Samstag, 26. Januar 1980

Thema IX: Neue Erkenntnisse zu den wichtigsten, durch Arbeits- und Umwelt verursachten Erkrankungen

Das Interdisziplinäre Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ hat die Aufgabe, allen in der ärztlichen Fortbildung verantwortlich tätigen — oder an ihr Interessierten — Kolleginnen und

Kollegen diejenigen neuen Erkenntnisse medizinischer Forschung zu vermitteln, die soweit es gesichert gelten, daß sie im Krankenhaus und Praxis angewandt werden könnten und sollten.

Ziel des Forums ist, Weg und Zeit zwischen der Entdeckung gesicherter neuer Erkenntnisse und Methoden und deren Anwendung durch den Arzt abzukürzen. Dazu gehört auch die Diskussion darüber, welche Methoden eins veraltet aufgegeben werden müssen.

Auskunft:

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

Fortbildungsprogramm 1980 des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth

16. Januar 1980

Einfache Diagnostik von Gefäßleiden in der Praxis
Privatdozent Dr. R. Böttcher, Fürth

20. Februar 1980

Erstversorgung am Unfallort
Chefarzt Dr. L. Reitmann, Fürth

19. März 1980

Dermetosen
Professor Dr. D. Bandmann, München

18. April 1980

Rehabilitation in der Geriatrie
Privatdozent Dr. E. Volles, Seesen

28. Mai 1980

Sinn und Unsinn in der Diätetik
Professor Dr. Holtmeier, Hohenheim, Stuttgart

18. Juni 1980

Diagnose und Therapie degenerativer Gelenkerkrankungen
Professor Dr. Puhl, Heidelberg

16. Juli 1980

Oberbauchbeschwerden — Diagnostik und Therapie
Privatdozent Dr. W. Rösch, Erlangen

17. September 1980

Die Bedeutung der Arzneimittel
Professor Dr. H. Grobecker, Regensburg

15. Oktober 1980

Die Pathologie im Wandel der Zeiten
Professor Dr. H. Kühn, Fürth

12. November 1980

Diagnostik des Bronchialkarzinoms
Professor Dr. R. Zeilhofer, Fürth

10. Dezember 1980

Neues in der Abdominal- und Thoraxchirurgie
Professor Dr. R. Böttcher, Fürth

Auskunft:

Dr. J. Mertens, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth, Telefon (09 11) 77 19 80

Internationaler Kongreß für Skitratomologie und Wintersportmedizin

vom 17. bis 20. April 1980 in Garmisch-Partenkirchen

Auskunft:

Dr. Lang, Kreiskrankenhaus Garmisch-Partenkirchen, Auenstraße 6, 8100 Garmisch-Partenkirchen, Telefon (0 88 21) 75 42 20

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210mg; Conium D3, Ambra D6, Petroleum D6 ana 30mg. Tropfen: 100ml enthalten: Cocculus D4 70mg; Conium D3, Ambra D6, Petroleum D6 ana 10ml.
Injektionslösung: 100ml enthalten: Cocculus D3 0,7 mg; Conium D2, Ambra D6, Petroleum D7 ana 0,1mg; Meerwasser 32g. Aque pro inject. ad 100ml.
DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen: 3-4 mal täglich 1 Tablette bzw. 8-10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und bei Unfallschlag sofort 1 Tablette bzw. 6-10 Tropfen.
Injektionslösung: Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3-4 mal wöchentlich 1 Ampulle I.v., I.m., s.c., I.s.
GABEFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN (incl. MwSt.)
Packungen mit 30 Tabletten D4 4,42, mit 30 Tabletten D4 14,48, Tropfflaschen mit 30 ml D4 5,96, mit 100 ml D4 16,41
Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml D4 8,16, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml D4 13,88

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

Vertigoheel®

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

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

-Heel

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

16. Februar 1980

26. April 1980

21. Juni 1980

20. September 1980

22. November 1980

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 8. Februar, 18. April, 13. Juni, 12. September und 14. November 1980.

Die Teilnahmegebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jeweils die freien Kassenarztsitze (in diesem Heft Seite 56 f.).

Kolloquium der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Universität Würzburg

am 26. Januar 1980 in Würzburg

Programm:

Falldemonstrationen — Diskussion der Fälle — Zur Differentialdiagnose maligner Hauttumoren (Professor Dr. H.-J. Bandmann, München)

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. H. Röckl, Universitätsklinik und Poliklinik für Hautkrankheiten, Josal-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01-1

2. Jahrestagung des Arbeitskreises „Oraipathologie DGZMK“ am 14./15. Mai 1980 in München

Themen: Odontogene Zysten — Oraipathologie und Praxis: Symptom Mundschleimhautblutungen — Chronische Mundtrockenheit

Ort: Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München, Goethestraße 70

Anmeldungen:

Sekretariat Professor Dr. Dr. D. Schlegel, Goethestraße 70, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 32 40 / 41

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

1. Arbeitsmedizinische 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

A-Kurs für Arbeitsmedizin: 2. Februar bis 27. Februar 1981

B-Kurs für Arbeitsmedizin: 22. Juni bis 17. Juli 1981

C-Kurs für Arbeitsmedizin: 28. September bis 23. Oktober 1981

Wegen der derzeit großen Nachfrage ist eine *beidige schriftliche Anmeldung* erforderlich. Eine Teilnahme ist nur nach erfolgter Bestätigung durch die Akademie möglich. Diese Weiterbildungslehrgänge sind vorerst noch gebührenfrei.

2. **Epidemiologie und epidemiologische Methodik** vom 3. bis 14. März 1980

Tagungsort:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22

Auskunft und Programmversand:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Telefon (0 89) 21 84-259 und 21 84-260

2. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung

vom 8. bis 15. März 1980 in Bad Kleinkirchheim

Veranstalter: Berufsverband Deutscher Internisten e. V. in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für Kärnten

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. J. Stockhausen, Köln

Themen (Durchführung in Seminar-Form): Kardiologie — Gastroenterologie — Hämatologie — Hepatologie — Psychiatrie — Psychopharmaka — Sexualmedizin-Andrologie — Röntgenologie — Antibiotika — Stoffwechselstörungen — Autogenes Training — Gesellschafts-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik — Phantom-Kurs „Gastroskopie“ — Kurs „Sonographie“

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro des Berufsverbandes Deutscher Internisten, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden, Telefon (0 61 21) 30 60 28

Seminare am Deutschen Krankenhausinstitut

1. Organisationsmethodenseminar „Arbeitsteilung und Aufgabengliederung“ vom 21. bis 23. April 1980

2. Organisationsmethodenseminar „Rationalisierung und Qualitätssicherung in der Beschaffung“ vom 23. bis 25. April 1980

3. Managementseminar „Mitarbeiterführung im Krankenhaus“ vom 6. bis 15. Oktober 1980

Auskunft und Anmeldung:

Deutsches Krankenhausinstitut, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf 30, Telefon

7. Internationales Kissinger Kolloquium

am 25./26. April 1980 in Bad Kissingen

Themen: Ikterus-Cholestase — Dünn- und Dickdarmkrankungen

Auskunft:

Hainz Kalk-Klinik für Innere Medizin, Postfach 21 80, 8730 Bad Kissingen, Telefon (09 71) 40 41

3. Wehrmedizinisches Symposium „Hyperbare Medizin“

vom 1. bis 3. Mai 1980 in Füssen

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e. V. Thema: Hyperbare Medizin — Grundlagen und Indikationen

vom 4. bis 7. Mai 1980

Medizinhistorische Exkursion nach Wien Führung: Professor Dr. H. Schädewaldt, Düsseldorf

Auskunft:

Dr. A. Wandal, Marianstraße 2, 8959 Schwangau-Waltenhofen

Schnell informiert

Zehn Jahre Kinderklinik und -Poliklinik der TU München

Vor zehn Jahren wurde der Lehrstuhl für Kinderheilkunde an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München eingerichtet. Da im Stammgelände rechts der Isar keine geeigneten Räume zur Verfügung standen, wurde 1969 die 1. Kinderabteilung des Schwabinger Krankenhauses der neuen Fakultät für Forschung und Lehre zur Verfügung gestellt. Erster Lehrstuhlinhaber war bis zu seiner Emeritierung 1978 Professor Dr. Hermann Hilber. Die neue Aufgabenstellung erforderte erhebliche strukturelle und personelle Veränderungen. Im März 1970 konnte der poliklinische Betrieb aufgenommen werden, der sich im Lauf der Jahre zu einer sehr leistungsfähigen Institution mit zahlreichen Spezialsprechstunden entwickelte. Unter der tatkräftigen Mithilfe von Professor Stehr wurde ein Kinder-Dialyse-Zentrum aufgebaut, das Pionierarbeit auf diesem neuen Gebiet leistete; gleichzeitig entstand eine äußerst effektive Intensiv-Station. Daneben wurde eine Reihe von Forschungsprojekten in Angriff genommen, etwa auf klinisch-chemischem Gebiet mit der Bestimmung von Blutspiegeln bestimmter Medikamente, im Bereich der Allergologie, der Onkologie, der Kardiologie, der Neonatologie und der Neuropädiatrie. Ausdruck der wissenschaftlichen Effizienz war eine Fülle von Veröffentlichungen sowie die Tatsache, daß sich in den vergangenen zehn Jahren vier Mitarbeiter für das Fachgebiet Kinderheilkunde habilitierten.

Krebsentstehung durch Viren?

Erforschung der molekularen Grundlagen

Für die Erforschung der Rolle bestimmter Viren bei der Umwandlung von normalen Zellen in Tumorzellen bewilligte die Stiftung Volkswagenwerk dem Institut für Klinische Virologie der Universität Erlangen-Nürnberg rund 452 000 DM. Die Wissenschaftler unter Leitung von Professor Bernhard Fleckenstein gehen in den nächsten Jahren vor allem der Frage nach, ob Herpesviren und Hepatitis-B-Viren Krebs-erkrankungen beim Menschen hervorrufen können. Mit Mitteln der Stiftung konnte ein Elektronenmikroskop, mit dem strukturelle Veränderungen in der Zelle sichtbar gemacht werden können, erworben werden.

Bayerische Ärzteversorgung

Der Bericht der Bayerischen Ärzteversorgung über das Geschäftsjahr 1978 sowie der Rechnungsabschluß 1978 wurde vom Landesausschuß des Versorgungswerkes in seiner Sitzung am 1. Dezember 1979 ausführlich diskutiert und entgegengenommen.

Ein Exemplar des Geschäftsberichtes wird auf Wunsch jedem Mitglied gerne übersandt.

Dieter-Schleg-Stiftung vergab erste Forschungsmittel

Der Vorstand der Dieter-Schlag-Stiftung, eine gemeinnützige Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Erforschung von Blutkrankheiten mit dem Sitz in Hannover, vergab Forschungsmittel für den Bereich „Knochenmarkstransplantation“, und zwar an: Dr. H. Bodenstein, Abteilung Hämatologie im Department Innere Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover, und Dr. H. Rodt, Abteilung Immunologie im Institut für Hämatologie der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, München.

Hertie-Stiftung bietet China Förderung der MS-Forschung an

Die Hertie-Stiftung, die zur Zeit schwerpunktmäßig die medizinische Forschung und die weltweite wissenschaftliche Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Multiplen Sklerose und anderer chronischer Erkrankungen des Zentrinnervensystems fördert und dafür in den letzten beiden Jahren fast 4 Mio DM zur Verfügung gestellt hat, bot Hue Guofeng anlässlich seines Staatsbesuches in München eine Zusammenarbeit mit chinesischen Wissenschaftlern in der MS-Forschung an.

9. Informationsbericht des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose

Dieser Informationsbericht ist vor kurzem erschienen. Er enthält u. e. Empfehlungen über die stationäre Unterbringung und Behandlung von Tuberkulose-Kranken in allgemeinen Krankenhäusern, über Schutz- und Überwachungsmaßnahmen bei beruflicher Tuberkulose-Exposition und über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung bei Tuberkulose-Kranken. — Der Informationsbericht ist zum Selbstkostenpreis von DM 26,50 in der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Poppenhusenstraße 14 c, 2000 Hamburg 60, erhältlich.

(Fortsetzung Seite 79)

**Frequente
Herzrhythmus-
störungen,
Tachykardien,
orthostatische
Hypotonie.**

SPARTIOL®

verlangsamt die zu frequente Schlegfolge, reguliert
Rhythmusstörungen, tonisiert die venöse Strombahn.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. fl. Sarothamnus scoparius, stand. auf 1 mg Spartein pro ml.

Dosierung: 3mal täglich 20–30 Tropfen nach dem Essen in etwas Flüssigkeit.

Handelsformen und Preise incl. MwSt.:

20 ml 6,19 DM, 50 ml 12,50 DM, 100 ml 20,98 DM



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

Zahn-Krankenversicherung — ein Wegweiser durch die Bedingungen

Es gibt Zahnärzte wie Versicherungs-
experten, die die Zähne für ein nicht ver-
sicherbares Risiko halten. Der Zustand
der Kauwerkzeuge hängt in aller Regel
vom einzelnen ab. Wer sie gut pflegt und
alle heißen Jahre seinen Zahnarzt einen
Blick in seinen Rechen werfen läßt, er-
hält seine Zähne gesund ohne großen
Aufwand. Er läßt sich leicht mit dem Geld
finanzieren, das für eine Zahn-Kranken-
versicherung nicht ausgegeben wurde.
Schließlich, so wird diese Einstellung be-
gründet, gäbe es auch keine Versiche-
rung für die Abnutzung eines Autos.

So bieten vier der 31 deutschen Kran-
kenversicherungen einen Versicherungs-
schutz für Zähne überhaupt nicht an. Die
anderen haben die unterschiedlichsten
Systeme entwickelt. Hier und da enthält
der Tarif für ambulante ärztliche Lei-
stungen auch die Kostenübernahme für
Zahnbehandlungen. Wenn, wie in den
meisten Fällen, eigene Tarife für Zahn-
behandlungs- und Ersatzkosten mit und
ohne kieferorthopädische Behandlung
bestehen, dann werden sie häufig nur
mit Versicherungsnehmern abgeschlossen,
die gleichzeitig eine Krankheits-
kostenversicherung bei der entsprechen-
den Gesellschaft laufen haben oder zu-
gleich vereinbaren.

Die meisten Gesellschaften haben Lei-
stungsstufen zwischen 15 und 80 Pro-
zent der Zahnarztkosten eingeführt.
Einige erstatten nur noch die Hälfte da-
von, wenn der Aufwand im Jahr mehr als
einen bestimmten Betrag ausmacht. Viel-
fach liegt diese Grenze bereits bei
DM 1000. Nicht selten wird auch so ge-
steffelt: Kostenerstattung für konservie-
rende und chirurgische Zahnbehand-
lung zu 100 Prozent, für Zahn- und Kiefer-
regulierung zu 90 und Zahnersatz zu
80 Prozent. Zum Teil gelten außerdem
noch Jahreshöchstsätze.

Es ist ebensogut möglich, einen be-
stimmten Prozentsatz der Forderungen
des Zahnarztes nach seiner Gebühren-
ordnung (GOZ) zu versichern, aufgebaut
von 0,25 Prozent bis zum Sechsfachen
der GOZ. Andere Krankenversicherungs-
gesellschaften führen eine bis in die ein-
zelne zahnärztliche Leistung reichende

Preisliste auf. Bis zu diesen Sätzen sind
sie voll oder zu einem bestimmten Pro-
zentsatz zu leisten bereit. Darüber hin-
aus hat der Versicherte in die eigene
Tasche zu greifen. Es gibt auch die Re-
gelung bestimmter Höchstsätze pro Jahr,
bis zu denen die zahnärztlichen Rech-
nungen zu einem bestimmten Prozent-
satz übernommen werden.

Eine Gesellschaft erstattet 50 Prozent
der Liquidation im ersten Jahr bis zu
höchstens DM 50, im zweiten bis zu
DM 100 usw. bis zu DM 500 im zehnten.
Dann endet die Höchstbegrenzung. Ver-
mutlich wäre es umgekehrt sinnvoller,
nämlich im ersten Jahr höher zu erstat-
ten, um den Patienten zu einer Grund-
behandlung anzuregen und anschlie-
ßend immer weniger. Damit wäre sicher-
lich ein Ansporn zu künftiger Vorbeu-
gung gegen Zahnschäden und regel-
mäßiger Überwachungskonsultation des
Zahnarztes gegeben.

Im übrigen stellt sich zunehmend ein
Tendenz der Veränderungen von Zahn-
tarifen eine Anpassung an die Leistungsart
der gesetzlichen Krankenversicherung
heraus, indes mit zwei Bremsen. Die
erste liegt in der prozentualen Übernah-
me der Kosten. Hier und da werden je-
doch sogar 100 Prozent vergütet. Die
zweite liegt in Höchstsummen, die pro
Jahr nur gezahlt werden. Sie können bis
zu DM 10 000 reichen.

Vor Enttäuschungen bewahren sich pri-
vet krankenversicherte Zahnarzt-Patien-
ten durch ein offenes Gespräch über die
Preisvorstellungen des Zahnarztes nach
seiner Diagnose. Der Umfang wie die
Dauer und der Erfolg der Behandlung,
auch der Einsatz von Mitteln für Füllun-
gen, Überblendungen, Überkronungen
und andere sind durch den Zahnarzt viel
exakter vorausseh- und daher auch kai-
kulierbarer als für den Arzt, der eine
organische Erkrankung zu behandeln
hat. Außerdem hat der Zahnarzt für Be-
handlungsmethoden wie Materialwahl
vielfach mehrere Alternativen zur Ver-
fügung, die rein zahngesundheitlich ger-
ne unterschiedlich sein müssen, viel-
mehr kosmetisch andersartig wirken.

Horst Beloch

Endspurt '80

Im Oktober oder November wird ein
neuer Bundestag gewählt — wobei im
wesentlichen auch der alte herauskom-
men kann. Anschließend wird eine neue
Regierung gebildet — wobei im wesent-
lichen auch wieder der alte herauskom-
men könnte.

Die nächste Bundesregierung, wie auch
immer sie zusammengesetzt sein mag,
hat ihr Programm für die nächsten vier
Jahre zu entwerfen. Dabei muß sie sich
natürlich von der Entwicklung bis dahin
beeinflussen lassen. Das gilt selbstver-
ständlich auch für die Sozialpolitik.

Bayerns Ärzte wie Krankenkassen ha-
ben es wie keine dieser Gruppen in
anderen Bundesländern in der Hand, die
Mitwirkung der Selbstverwaltung in der
Sozialpolitik endlich wieder aufzuwerten
und die Politiker hinter die Grenzen zu
verweisen, die ihrer Funktion gezogen
sind.

Wenn der Bayern-Vertretung erfolgreich
verläuft, wird dadurch zugleich bewie-
sen, daß die Praktiker der Selbstverwal-
tungen aus ihrer intimen Kenntnis ihrer
Arbeitsbereiche und deren Teilnehmer
wie Ärzte hier, Kassenmitarbeiter da und
Patienten dort praktikable Regelungen
zur Steuerung unerwünschter Entwick-
lungen zu vereinbaren vermögen — im
Gegensatz zum Gesetzgeber.

Ein kluger Gesetzgeber dürfte derau-
ßerhalb der Selbstverwaltung zurückgeben,
was ihm ohnehin zusteht, nämlich alle Maß-
nahmen in eigener Verantwortung aus
eigenem Sechverständnis zu treffen, die
notwendig und geeignet sind, sich zum
Wohle aller Beteiligten selbst zu ver-
walten.

So gesehen, haben Bayerns Kassen-
ärzte und Krankenkassen einen End-
spurt bis zum neuen Regierungspro-
gramm vor sich, durch den nicht nur sie
viel gewinnen können, wenn ihnen die
entsprechenden Vorgaben gelingen.

Prosper

Kurz über Geld

HAFTUNG FÜR ANLAGE-AUSKUNFTE
kann nach neuestem BGH-Urteil die
Bank übernehmen müssen. Schriftwech-
sel über Anlageprojekte daher lange
aufbewahren. Beweismittel.

KOSTENVORANSCHLÄGE KOSTEN-
LOS, sofern nichts anders vereinbart,
auch wenn kein Auftrag folgt.

ANLAGE-OASEN sind Kleines Waisertal
und Jungholz, beide im Geltungsbereich
des schärfsten Bankgeheimnisses der
Welt, also in Österreich, dennoch Füh-
rung der Konten in DM.

Broschüre: Die unspezifischen Infekte der unteren Atemwege

fn der Reihe „Antibiotika-Information Sandoz“ ist vor kurzem diese Broschüre von Professor Dr. O. Wieser, Vorstand der Lungeneinheit am Landeskrankenhaus Klagenfurt, erschienen. Sie wird kostenlos an niedergelassene Ärzte abgegeben.

Gruppenvertrag mit der „Vereinigten“: Versicherungsbedingungen verbessert

Bekanntlich hat unser Vertragspartner, die „Vereinigte“, die Versicherungsbedingungen in der Krankheitskostenversicherung verbessert. Die versicherten Ärzte erhielten hierüber ein Anschreiben, in dem die Einzelheiten erläutert wurden.

Die Bedingungen für den Krankenhaustagegeldtarif 922 wurden jetzt ebenfalls erweitert. Dabei ergibt sich – neben einer Reihe redaktioneller Klarstellungen – folgende wesentliche Verbesserung:

– Wenn Sie länger als acht Wochen ins außereuropäische Ausland reisen, genügt in der Krankenhaustagegeldversicherung zur Ausdehnung der Versicherung eine Unterrichtung der „Vereinigten“ vor Antritt der Reise (der Versicherungsschutz gilt dann unverändert weiter).

Noch weitergehende Verbesserungen werden bei der Krankentagegeldversicherung für Ärzte (Tarife 60) eingeführt. Zu nennen sind:

– Der Höchstversicherbare Tagessatz wurde auf DM 600,– angehoben.

– Verbesserte Leistungen bei Schwangerschaft.

– Tritt Berufsunfähigkeit ein, wird bei endauernder Arbeitsunfähigkeit des Krankentagegeld jetzt bis zu sechs Monaten (bisher drei Monate) weitergezahlt. Besonders für niedergelassene Ärzte kann diese Verbesserung dazu beitragen, die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit auftretenden Probleme leichter zu überwinden.

– Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit (z. B. wegen Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit) erfolgt – wenn die Arbeitsunfähigkeit weiter besteht – die Krankentagegeldzahlung bis zu drei Monaten (bisher keine entsprechende Leistung).

– Wird der versicherte Arzt während einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, besteht Anspruch auf Krankentagegeldleistung bis zu neun Monaten.

– Bei einer vorübergehenden Unterbrechung eines festen Arbeitsverhältnisses (etwa wegen Stellenwechsels) bis zu drei Monaten erlischt die Versicherungsfähigkeit nach den Tarifen 60 nicht. Auch diese Regelung ist völlig neu.

Alle Verbesserungen, die einen Beitrag der Vereinigten zu einer zeitgemäßen sozialen Absicherung der Ärzteschaft darstellen sollen, gelten bei unveränderten Beiträgen. Rechtsgrundlage der durchgeführten Neuerungen ist Teil I § 14 Abs. 1 der AVB der Tarife 922 und 60.

Die vollständigen Versicherungsbedingungen der geänderten Tarife der „Vereinigten“ werden auf Wunsch von der zuständigen Bezirksdirektion gerne übersandt.

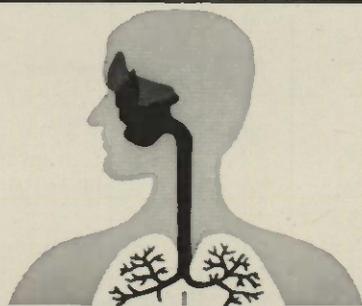
Berner: Stabiler Beitragssatz

Mit einem stabilen Beitragssatz geht die größte deutsche Krankenkasse, die Berner Ersatzkasse, in das Jahr 1980; angesichts steigender Beitragssätze oder engekündigter Beitragssatzsteigerungen bei anderen Kassen und Kassenarten eine erfreuliche Entwicklung für die mehr als sechs Millionen Versicherten der Berner. Wesentlichen Anteil daran habe, so führte der Vorsitzende der Geschäftsführung der BEK Heinz Reistenbach bei der Vertreterversammlung in München aus, die erreichte Kostendämpfung. Abgesehen von der besorgniserregenden Entwicklung bei der Krankenversicherung der Rentner, hielten sich die Steigerungssätze bei den Leistungsausgaben 1979 im Rahmen. Insgesamt verzeichnete die Berner 1979 eine Leistungssteigerung je Mitglied um 8,6 Prozent, für 1980 ist eine Steigerung von 7,8 Prozent veranschlagt. Ohne die in diesem Jahr eingeführte neue Leistung „Mutterschaftsurlaub“ wäre die Kostensteigerung geringer. Auch die Anhebung der Mehrwertsteuer schlägt mit ein bis zwei Zehntelprozent auf die Leistungsausgaben pro Mitglied durch.

Scharfe Kritik gab es bei der Delegiertenversammlung in München an der Kostenverlagerung im sogenannten Kostendämpfungsgesetz zugunsten der Rentenversicherung. Das Defizit in der Krankenversicherung der Rentner wird bis Ende 1979 ein Volumen von 1,7 Milliarden Mark erreicht haben; und es hat weiter zunehmende Tendenz. Seit Inkrafttreten des Kostendämpfungsgesetzes hat die Berner allein in der Krankenversicherung der Rentner ein zusätzliches Defizit von zwei Milliarden Mark abdecken müssen. Ein Beweis dafür, wie sehr die Entlastung der Rentenversicherung auf dem Rücken der Krankenversicherten vollzogen wird.

11. Weltkongress für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin

Anlässlich der Generalversammlung des 9. Kongresses des Internationalen Verbandes für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde beschlossen, den 11. Weltkongress im Oktober 1985 in Berlin abzuhalten. Der Kongress, der alle drei Jahre veranstaltet wird, kommt zum ersten Mal in die Bundesrepublik Deutschland.



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

0,006 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,018 g,
0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • Dosierung:
Sinupret OP mit 100 ml OM 8,95, OP mit
500 ml, 1000 ml und 1000 Oragées.

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom; sinogener Kopfschmerz. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Red. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,6 g, Herb. Rumic. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Varben. 0,6 g - 1 Oragées enthält: Red. Gentian. 0,018 g, Herb. Rumic. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,016 g, Herb. Varben. • **Handelsformen:** Sinupret OP mit 100 ml OM 8,95, OP mit 240 Oragées OM 26,80; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Oragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Oktober 1979*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Meldeziffer von Salmonellose-Erkrankungen war im Oktober immer noch ziemlich hoch, im Vergleich zum Vormonat ging sie nur von 129 auf 114 je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr, zurück. Wie auch in früheren Jahren um diese Jahreszeit stieg die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa

(übertragbare Leberentzündung) an, und zwar von 20 im September auf 35 im Oktober, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung.

Scharlacherkrankungen wurden im Oktober wieder häufiger gemeldet. Die Erkrankungsziffer nahm von 18 im September

auf 44 im Berichtsmonat zu. Etwa ebenso häufig wie im Vormonat traten Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung auf.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. Oktober bis 4. November 1979 (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					
	E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	217	—	—	—	5	1	33	2	—	—	6	—	1	—	43	—	477	—	3	—	—	—
Niederbayern	—	—	15	—	—	—	10	—	10	1	—	—	—	—	—	—	4	—	71	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	22	—	—	—	3	1	9	—	—	—	—	—	—	—	3	—	91	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	37	—	—	—	1	1	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46	—	12	—	—	—
Mittelfranken	—	—	90	—	—	—	3	—	11	1	1	1	2	—	1	—	2	—	140	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	44	—	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	2	—	2	—	246	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	33	—	—	—	2	—	8	1	—	—	2	—	4	—	15	—	114	—	22	—	—	—
Bayern	—	—	458	—	—	—	26	3	90	5	1	1	10	—	8	—	69	—	1185	—	46	—	—	—
München	—	—	85	—	—	—	1	—	10	—	—	—	4	—	—	—	22	—	187	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	27	—	—	—	1	—	5	1	1	1	1	—	1	—	—	—	16	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	8	—	15	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	12	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	33	—	3	—	—	—
Fürth	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	11	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidien		Amöbenruhr		Brucellose (übrige Formen)		Leptospirose (übrige Formen)		Malaria				Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		
			Palta-cose		übrige Formen										Erst-erkrankung		Rück-fall						
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST				
Oberbayern	107	—	—	—	—	—	3	—	1	—	1	—	1	—	2	—	—	—	2	—	—	—	2
Niederbayern	24	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Oberpfalz	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	28
Oberfranken	33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	5
Mittelfranken	85	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	3	—	—	—	9
Unterfranken	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Schwaben	69	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	8
Bayern	361	2	—	—	—	—	6	—	2	1	1	—	1	—	6	—	2	—	5	—	3	1	53
München	46	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	35	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Augsburg	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Regensburg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

Preise

Verleihungen

Wolt-Boas-Preis 1979 – Die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen verlieh diesen von den Nordmark-Werken gestifteten Förderpreis an Dr. R.-D. Hanrath und Dr. H. Klein für ihre gemeinsame Arbeit „Stuhlgewicht, Stuhlfett und der ^{14}C -Exhalationstest in der Diagnostik des Malassimilationssyndroms“.

GEMOI-Ehrenmedaille und -Förderpreis – Die Deutsche Gesellschaft zur Erforschung der makromolekularen Organo- und Immuntherapie verlieh folgende Auszeichnungen: Professor Dr. J. Fuchs, Stuttgart, die Ehrenmedaille in Gold für seine entscheidenden Arbeiten über den klinischen Wirkungsnachweis zytoplasmatischer Organlysate in der Augenhalkunde, insbesondere bei der Behandlung des Grauen Stars; Professor Dr. E. Hiller, München, die Ehrenmedaille in Silber für seine klinischen Arbeiten mit der zytoplasmatischen Therapie, insbesondere auf dem Gebiet der Geriatrie; Privatdozent Dr. J. Saitert, München, erhielt den mit DM 5000 dotierten Förderpreis für seine experimentellen Arbeiten „Verlängerung der Transplantat-Überlebenszeit durch Modifikation der Eigenblutbehandlung“ und „Die Penetration zytoplasmatischer Organlysate durch die Augenbindehaut“.

Max-Rubner-Preis – Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung verlieh diesen von der Firma E. Merck gestifteten und mit DM 10 000 dotierten Preis Dr. P. Oster, Heidelberg, für seine Arbeit „Linosäure in der Diätbehandlung der Hypertonie“.

Franz Anton Mai-Preis – Anlässlich der Jahrestagung der Gesellschaft und des Instituts für Gesundheitsbildung stiftete die Firma Boehringer Mannheim eine in Silber getriebene Plakette und einen Geldbetrag in Höhe von DM 3000. Einzelpreisträger ist J. Dörner, Ulm, der diese Auszeichnung für gesundheitsbildende Aufklärung in der Öffentlichkeit durch besonders wirksame Publikationen oder Aktionen in Presse, Funk und Fernsehen erhielt. – Einen Preis bekam ferner das Gesundheitsmagazin „Zeit für Dich“.

Robert-Koch-Preis – Die Robert-Koch-Stiftung verlieh diesen mit DM 80 000 dotierten Preis an Frau Professor R. Aron, Rahovot/Israel, und Professor Dr. P. Starlinger, Köln. Mit der Medaille in Gold wurde Professor Sir Chr. Andrewartha, Salisbury/Großbritannien, ausgezeichnet.

Arthur-Pappenheim-Preis 1979 – Anlässlich des internationalen Hämatologen-Kongresses wurde der von den Nordmark-Werken jährlich unterstützte Preis zwei Arbeitsgruppen verliehen, und zwar: Privatdozent Dr. P. Hanfland, Bonn; Privatdozent Dr. P. Lohmann und Privatdozent Dr. W. Schreml, Ulm.

Herbert Schober-Preis 1979 – Die Sektion Medizin der Deutschen Gesellschaft für Photographie verlieh diesen mit DM 2000 dotierten Preis Dr. R. Jonas, München, für sechs Farbaufnahmen, die einen menschlichen Embryo in den verschiedenen Reifungsstadien von der fünften bis zur zwölften Woche zeigen.

Johann-Georg-Zimmermann-Preise für die Krebsforschung 1979 – Den mit jeweils DM 10 000 dotierten Johann-Georg-Zimmermann-Wissenschaftspreis erhielten Professor Dr. D. Pinkel, Duarte/Kalifornien, für seine großen, international beachteten Verdienste bei der grundlegenden Ausarbeitung neuer Therapieverfahren zur Behandlung der kindlichen akuten Leukämie, und Professor Dr. H. Riehm, Berlin, für die Entwicklung eines Behandlungsplanes für die akute lymphatische Leukämie im Kindesalter. – Mit dem Johann-Georg-Zimmermann-Förderpreis in Höhe von je DM 6000 wurden ausgezeichnet: Privatdozent Dr. F. Cavalli, Bellinzona/Schweiz, für seine Arbeit „Prognostische Faktoren und Therapie der akuten Leukämien beim Erwachsenen“, und Dr. H. Rodt, München, für seine Arbeit „Herstellung und Spezifität heterologer Anti-T-Lymphozyten-Seren und ihre Anwendung im Rahmen der Knochenmarktransplantation und der Leukämiediagnostik“.

Ausschreibung

E. W. Baader-Preis 1980 – Die E. W. Baader-Stiftung schreibt alle zwei Jahre für eine bedeutende wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin den mit DM 10 000 dotierten E. W. Baader-Preis aus. – Einsendeschluß: 15. März 1980. Weitere Auskünfte erteilt die Geschäftsstelle der E. W. Baader-Stiftung, Krauss-Maffai-Straße 2, 8000 München 50, Telefon (0 89) 88 99-750.

Preis der Deutschen Therapiewoche 1980 – Das Kuratorium der Deutschen Therapiewoche, die Stadt Karlsruhe und die Firmen Dr. W. Schwaba und Pfizer GmbH schreiben hiermit diesen mit DM 15 000 dotierten Preis aus. Ziel des Preises ist die Förderung therapiebezogener wissenschaftlicher Arbeiten. – Einsendeschluß: 1. Mai 1980. Weitere Auskünfte erteilt der Ärztliche Geschäftsführer der Deutschen Therapiewoche, Dr. P. Hofmann, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 1, Telefon (07 21) 84 30 21.

Hans Liniger-Preis 1980 – Die Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde schreibt hiermit diesen Preis aus. – Einsendeschluß: 31. März 1980. Die Bestimmungen für die Verleihung können beim Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Professor Dr. J. Probst, BG-Unfallklinik Murnau, Postfach 13 80, 8110 Murnau, angefordert werden.

Max-Rubner-Preis 1980 – Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung schreibt für eine wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet „Diät als Instrument der Therapie des niedergelassenen Arztes“ diesen mit DM 10 000 dotierten und von der E. Merck gestifteten Preis aus. – Einsendeschluß: 31. März 1980. Weitere Auskünfte erteilt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Feldbargstraße 28, 6000 Frankfurt 1, Telefon (06 11) 72 01 46.

Dieter-Schlag-Preis 1980 – Die Dieter-Schlag-Stiftung schreibt hiermit für eine wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Knochenmarktransplantation diesen mit DM 5000 dotierten Preis aus. – Einsendeschluß: 1. April 1980. Weitere Auskünfte erteilt die Dieter-Schlag-Stiftung, Postfach 54 62, 3000 Hannover.

Buchbesprechungen

Neuropsychologie und Hemisphärendominanz

Verf.: Dipl.-Psych. Dr. phil. G. Deegener, 164 S., 2 Abb., kart., DM 39,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Gute Übersicht über die derzeitigen Forschungsrichtungen auf dem Gebiet der klinisch orientierten Neurophysiologie mit Schwerpunkt der Darstellung der Erforschung funktionaler Hemisphärensymmetrien. Im einzelnen u. a.: Sprachstörungen, Händigkeit, Lese-Rechtschreibschwäche, Probleme der intra- und interhemisphärischen Lokalisation spezifischer Funktionen, Erforschung von Aphasien und vieles mehr.

Ein Literaturverzeichnis von über 30 Seiten erhöht den Wert der gründlichen, hier nicht detailliert wiederzugebenden Abhandlung.

Professor Dr. med., Ing. grad. G. P. Liebel, Würzburg

Fortschritte der Gastroenterologischen Endoskopie

Verf.: H. Henning, 212 S., 120 Abb., davon 29 mehrfarb., brosch., DM 59,-. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Die Monographie beinhaltet eine Zusammenschau der Vorträge, die 1978 anlässlich des 10. Kongresses für gastroenterologische Endoskopie gehalten wurden. Ein Schwerpunkt der Referate liegt auf den juristischen Problemen, Risiken und Komplikationen der Endoskopie. Diese Beiträge dürften besonders für den aktiv tätigen Endoskopiker von großem praktischen Nutzen sein. Im zweiten Hauptteil kommen therapeutische Probleme (Laserkoagulation, Sklerosierungstherapie) zur Sprache, ferner werden Fragen der Desinfektion von Endoskopen ausführlich erörtert.

Den Rahmen der Vorträge beschließt ein großer Abschnitt mit interessanten gastroenterologischen Fällen. Vom Verlag wurde das Buch in vorzüglicher Weise ausgestattet.

Dr. med. L. Mayer, München

Die normale Lunge

Grundlage für Diagnose und Therapie von Lungenkrankheiten

Verf.: Prof. Dr. J. F. Murray, übersetzt von Dr. med. H. A. Gerlach, 329 S., kart., DM 69,-. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

In lebendigem Stil und didaktisch gekonnt bringt der Autor den aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse der Lungenphysiologie, die nicht einfach nur beschrieben werden, sondern teleologisch interpretiert und deren Wertigkeit dargestellt wird, besonders in bezug auf die Klinik. Die klare Beschreibung wissenschaftlicher wie klinischer Untersuchungsmethoden trägt zum Verständnis der so gewonnenen Ergebnisse wesentlich bei. Murray schreibt nicht nur für den Lungenphysiologen, sondern auch für den pulmologisch interessierten Arzt. Die Stärke dieses Buches ist die verständliche Darstellung gesicherter Erkenntnisse, ohne wesentliche Lücken zu verschweigen oder durch viele Hypothesen zu verwirren.

Dr. med. v. Bültzingslöwen, Dornstetten

Die Parkinson'sche Krankheit

Verf.: Prof. Dr. B. Neundörfer, 70 S., 43 Abb., 2 Tab., kart., DM 8,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Als weiterer Band aus der Reihe „Ärztliche Ratschläge“ präsentiert sich hier ein Büchlein über ein häufiges neurologisches Krankheitsbild, welches sich in allgemein verständlicher Form wieder an den Patienten selbst und seine Angehörigen wendet. Auf medizinische Fachausdrücke wurde weitgehend verzichtet bzw. diese in die Laiensprache übersetzt. Den Hauptteil bilden einerseits eine ausführliche Beschreibung des Krankheitsbildes, andererseits die therapeutischen Maßnahmen sowohl in medikamentöser Hinsicht als auch mit anschaulichen krankengymnastischen Übungsbeispielen. Nicht zuletzt werden noch praktische Ratschläge für den Alltag gegeben, die von der richtigen Ernährung bis zur Frage der staatlichen Unterstützung reichen.

Dr. med. R. Zenglein, Bayreuth

Wege zum Arzt

Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung

Herausgeber: Prof. Dr. phil. J. Siegrist / A. Hendel-Kramer, 178 S., kart., DM 28,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Sieben Autoren, Mediziner und/oder Soziologen, versuchen aufgrund theoretischer Beiträge (Probleme bei der Begriffsbildung und Definition Gesundheitsverhalten) und empirischer Untersuchungsergebnisse die Beziehungen zwischen Arzt und Patient zu beschreiben. Jeder Beitrag der einzelnen Autoren oder Autorenpaare ist in sich geschlossen. Die Autoren begnügen sich jedoch nicht nur damit, Erklärungsansätze zum Krankheitsverhalten zu machen und auf die Ursachen, die zur Nichtbefolgung ärztlicher Verordnungen führen, hinzuweisen, sondern geben auch Lösungsvorschläge für die Praxis, zur Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung im stationären Bereich. (s. a. J. Siegrist, Arbeit und Interaktion im Krankenhaus).

Dr. med. H. Weber, Prien

Handkommentar BMÄ und E-GO

Loseblattsammlung (Stand: 1. Oktober 1979)

Herausgeber: Dr. H. Wezel / Dipl.-Betriebsw. R. Liebold, 29. bis 33. Ergänzungslieferung, 4. Aufl., 710 S., DIN A 5 in Ordner, DM 67,50 zuzüglich Versandkosten, einschl. MWSt. Asgard-Verlag, St. Augustin.

Kontinuierlich sind zu diesem Kommentar weitere Lieferungen erschienen, die das Werk jeweils auf dem neuesten Stand des Gebührenordnungsrechts halten.

So bringt diese Ergänzungslieferung eine Anzahl von Hinweisen auf die Abrechnungsmöglichkeit von Leistungen, die nicht expressis verbis im Gebührenverzeichnis des BMÄ '78 bzw. der E-GO genannt sind, die jedoch aufgrund der Leistungslegenden unter bestehenden Positionen subsumiert werden können. Andere zusätzliche Kommentierungen befassen sich mit Zweifelsfragen der Abrechnung. Das Inhaltsverzeichnis wurde – wie bei jeder Ergänzungslieferung – entsprechend ergänzt, wobei die Autoren Wert darauf legen, daß eine bestimmte ärztliche Leistung unter verschiedenen ähnlichen wie auch deutschen bzw. lateinischen Ausdrücken zu finden ist, damit sowohl der Arzt als auch der mit der Abrechnung befaßte Verwaltungsangestellte leicht die gewünschte Stelle im Handkommentar findet.

Dr. med. Friedrich Kolb, Nürnberg

Die Fehwörter der Anatomie, Histologie und Embryologie

Bearb. v. A. Faller, begr. v. H. Triepel / H. Stieve / R. Herrlinger, 29. Aufl., 232 S., geh., DM 38,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Erstmalig erschien 1905 die vorliegende Monographie. In der 29. Auflage wurde das Bewährte beibehalten und den jetzigen Erkenntnissen angepaßt. Eine vereinfachte Formenlehre der lateinischen und griechischen Sprache vermittelt Informationen zum besseren Verständnis des nachfolgenden Hauptkapitels. Dieses alphabetische Verzeichnis der Fachwörter nimmt den größten Teil der handlichen Monographie ein und vermittelt klare Hinweise zur Ableitung und Aussprache anatomischer, histologischer und embryologischer Fachwörter.

Das Büchlein kann allen Interessierten empfohlen werden, da es u. a. nach den Absprachen des X. Internationalen Anatomienkongresses (1975) die allgemein anerkannte Nomenklatur der Anatomie, Histologie und Embryologie interpretiert.

Privatdozent Dr. med. G. Böhme, München

Krankengymnastische Übungen für Arthrose-Patienten

Herausgeber: Dr. med. H. J. Albrecht, Kasette und Informationsbroschüre, DM 9,80. Verlag für Medizin Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.

Die Krankengymnastik ist unterteilt in Übungen für Patienten mit Arthrose der Knie- und Hüftgelenke sowie Polyarthrose der Fingergelenke. Broschüre und Kasette bilden eine Einheit. Die auf der Kasette vorgeschprochenen krankengymnastischen Übungen sind in dieser Broschüre grafisch dargestellt und textlich erklärt.

Sprechstunde: Diabetes

Verf.: Dr. med. R. Petzold / Prof. Dr. med. K. Schöffing, 160 S. mit Zeichn., Paperback, DM 19,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Zwei Diabetologen beschreiben, für den Laien verständlich und wissenschaftlich exakt, wodurch es zur Störung des Stoffwechsels kommt und wie eine erfolgreiche Diabetesbehandlung durchgeführt werden muß. Neu in diesem Ratgeber sind die „Diabetiker-Steckbriefe“, mit deren Hilfe der Patient sich selbst seiner Diabetikergruppe zuordnen kann. Behandlungswegweiser führen ihn zu den auf ihn abgestimmten Behandlungsmaßnahmen.

Sprechstunde: Venenerkrankungen

Verf.: Dr. med. H. Haid, 144 S. mit Zeichn., Paperback, DM 19,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Der Autor sagt dem Kranken, was er über die Entstehungsursachen von Venenerkrankungen und über ihre Behandlung durch den Arzt wissen muß. Außerdem wird der Patient darüber informiert, wie er sich selber helfen kann: er lernt, anhand von Schritt-für-Schritt-Zeichnungen, seine Beine selber zu wickeln und ertährt, wie er nach längerer Bettruhe oder nach langem Sitzen seine Beinmuskulatur mit gymnastischen Übungen wieder mobilisieren kann.

Helfer für den Kraftfahrer in Rechtssechen

Herausgeber: Dr. R. Becker, 34. Aufl., 96 S., DIN A 4, DM 13,80. Feuser Verlag, Reutlingen.

Viele Kraftfahrer kennen sich in technischen Dingen und Verkehrsfregen aus. Geht es aber um zivil-, versicherungs- und strafrechtliche Fragen, sind viele Kraftfahrer ratlos. — Ausführliche Antwort auf alle Rechtsfragen erhält jeder Kraftfahrer in leicht verständlicher und übersichtlicher Weise durch diese Broschüre.

Rechtskunde für des Krankenpflegepersonal und andere Berufe im Gesundheitswesen

Verf.: Dr. jur. G. Brenner unter Mitarb. von Oberin M. Adelhart, 310 S., 2 Tab., Tb, DM 19,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Diese Rechtskunde entstand aus der Praxis und ist für die Praxis, sie basiert auf langjährigen Unterrichtserfahrungen des Autors. Das Buch wendet sich nicht nur an das Krankenpflegepersonal und die anderen nichtärztlichen Mitarbeiter im Gesundheitswesen (einschließlich Auszubildende), sondern auch an die Ärzte sowie die Arbeitgeber, weil die Rechtsbeziehungen dieser Gruppen untereinander nicht getrennt betrachtet werden können.

Aktuelles Grundwissen der Datenverarbeitung in 400 Stichworten

Verf.: P. Rassbichler, 222 S., DM 39,—. WEKA-Verlag, Kissing.

Das vorliegende Buch wurde für den Personenkreis geschrieben, der sich nur indirekt mit der kompletten Materie Datenverarbeitung auseinandersetzen hat. Es verschafft die notwendigen Kenntnisse über die inneren Zusammenhänge der Datenverarbeitung. Das Buch gliedert sich in drei didaktisch aufeinander abgestimmte Abschnitte: Einführung und Erläuterung der Kernprobleme in der Datenverarbeitung — Praktische Arbeitshilfen-Checklisten, Arbeitsblätter usw. — 400 wichtige Fachausdrücke aus der Datenverarbeitung in alphabetischer Reihenfolge.

Neue staatliche Finanzierungshilfen für Unternehmen

Verf.: Dipl.-Kaufm. Dr. W. Häussler, ca. 600 S. (einschl. i. Ergänzungs-lief.), DM 69,—. WEKA-Verlag, Kissing.

Das Loseblattwerk bringt eine Förderliste (mit etwa 250 förderungswürdigen Vorhaben), aus der der Benutzer sein Programm herausfinden kann. Die weiteren inhaltsmäßigen Schwerpunkte sind: Die Regionalförderung des Bundes und der Länder, die regional unabhängigen Finanzierungshilfen des Bundes und der Länder und praktische Hinweise zur Antragstellung. Neben den gesetzlichen Grundlagen bietet dieses Werk auch eine Zusammenstellung der Fördergebiete und Schwerpunkte der „Gemeinschaftsaufgabe“ mit Karten.

BLV-Naturführer: Giftpflanzen — Gifttiere

Herausgeber: H. Altmann, 143 S., 116 Farb., 2 Zeichn., kart., DM 9,80. BLV Verlagsgesellschaft mbH, München-Bern-Wien.

In diesem BLV-Naturführer werden über 100 Pilz- und andere Pflanzen- sowie Tierarten in Wort und Bild vorgestellt. Die Texte nennen Merkmale, Vorkommen, Gift, Vergiftungserscheinungen, Erste Hilfe und Therapie. Anschriften der Kliniken mit entsprechendem Notdienst in der Bundesrepublik Deutschland und im europäischen Ausland runden diesen Ratgeber ab.

Ferienland Südtirol

Herausgeber: S. Wenter, 50 Texts., 71 z. T. doppels. Farbs. mit ergänzenden Angaben am Ende des Buches, geb., DM 58,—. Umschau Verlag, Frankfurt.

Südtirol ist eine der kostbarsten europäischen Ferien- und Erholungslandschaften. Der Besucher dieser Region wird durch die herrliche Bergwelt, das milde gesunde Klima, durch Obst, Wein und vieles mehr angezogen.

Das Buch zeigt neben den vielen Ferieabbildungen der Landschaft auch ein Bild von der Geschichte und Kultur sowie ein Bild der Bewohner Südtirols.

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 Auskunftsetelle in Verbindung zu setzen.

Februar 1980

2. **Wiesbaden:** 41. DKD-Fortbildungstagung. — Auskunft: Deutsche Klinik für Diagnostik, Kongresssekretariat, Frau H. Huppers, Aukemmelallee 33, 6200 Wiesbaden.
- 2.–3. **Erlangen:** 12. HNO-Fortbildungsseminar mit praktischen Kursen. — Auskunft: Professor Dr. M. E. Wigand, Waldstraße 1, 8520 Erlangen.
- 3.–10. **Madonna di Campiglio:** XX. Alpenländische EEG-Konferenz. — Auskunft: Professor R. Zeppli, Clinica Neurologica, I-50 100 Firenze.
- 4.–5. **Berlin:** 4. Symposium über Sozialmedizin für Juristen und Ärzte. — Auskunft: Geschäftsstelle der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.
- 4.–17. **Isny-Neutrauburg:** III. Kurs der Deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für manuelle Medizin, Dr. Karl-Sell-Ärztseminar, Argentalklinik, 7972 Isny-Neutrauburg.
- 6.–15. **Neuherberg:** Spezialkurs für zu ermächtigende Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 8.–10. **Hennover:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen im medizinischen Bereich. — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hennover 1.
- 10.–16. **Melbourne:** 6. Internationaler Kongreß für Endokrinologie. — Auskunft: Sixth International Congress of Endocrinology, GPO Box 661E, Melbourne VIC 3001, Australien.
11. 2.–7. 3. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
16. **Erlangen:** Onkologische Fortbildungsveranstaltung „Aktuelle Therapie maligner Tumoren“. — Auskunft: Privatdozent Dr. G. Hartwich, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 21.–25. **Bombay:** Weltkongreß für Kinderchirurgie. — Auskunft: Dr. R. K. Gandhi, Office of the World Congress of Pediatric Surgery, K. E. M. Hospital, Parel, Bombay 400 012, Indien.
- 22.–24. **Hannover:** Spezialkurs zum Erwerb der Fechkunde im Strahlenschutz als ermächtigter Arzt (Teil 1). — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
- 22.–24. **Rinteln/Weeer:** 23. Ärzteseminar „Autogenes Training“. — Auskunft: Kneipp-Bund e.V., Jeudesring 16, 8939 Bad Wörisholen.
23. **Erlangen:** Internationales Symposium „Des maligne Melanom der Haut — Wandlung in Diagnose, Therapie und Prognose“. — Auskunft: Privatdozent Dr. F. Weldner, Hertmannstraße 14, 8520 Erlangen.
23. 2.–8. 3. **Badgestein:** 20. Wintersportlehrgang des Sportärzterverbundes Hessen e. V. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 24.–28. **Tel Aviv:** Internationales Symposium über Säuglingsernährung. — Auskunft: Internationales Symposium on Breast Feeding, P. O. Box 29 313, Tel Aviv, Isreal.
25. 2.–21. 3. **München:** A-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
27. 2.–2. 3. **Goslar:** 6. Studententagung der Deutschen Balint-Gesellschaft. — Auskunft: Frau Dr. Stubbe, Bohlweg 23, 3320 Salzgitter-Bad.
28. **Bad Reichenhall:** Moderne Aspekte des Diabetes mellitus. — Auskunft: Dr. H. Illig, Postfach 440, 8230 Bad Reichenhall.
28. 2.–1. 3. **Aachen:** Internationales Symposium über Notfallmedizin. — Auskunft: Professor Dr. G. Kellf oder Dr. A. Vollmar, Goethestraße 27–29, 5100 Aachen.
29. 2.–1. 3. **Erlangen:** 13. Erlanger Fortbildungstage in Praktischer Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.

März 1980

- 3.–8. **Innsbruck:** Chirurgische Fortbildungstage. — Auskunft: Professor Dr. H. Reissigl, Chirurgische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
- 3.–14. **München:** Epidemiologie und epidemiologische Methodik. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 7.–9. **Hennover:** Spezialkurs zum Erwerb der Fechkunde im Strahlenschutz als ermächtigter Arzt (Teil 2). — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
- 8.–15. **Bad Kleinkirchheim:** Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Kongreßbüro des Berufsverbandes Deutscher Internisten, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.
- 8.–16. **London:** Internationales Symposium für Innere Medizin. — Auskunft: Dr. E. Witkin, Society for Continuing Medical Education, Inc., 6609 Reisterstown Road, Suite 208, Baltimore, Maryland 21 215, USA.
- 9.–14. **Jerusalem:** 5. Internationaler Kongreß der Internationalen Strahlenschutzvereinigung — IRPA. — Auskunft: Kenes, Organizers of Congresses and Special Events, Ltd., P. O. Box 16 271, Tel Aviv, Israel.

- 9.-22. **Badgastein:** XXV. Internationaler Fortbildungskongreß der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 9.-22. **Pontresina:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzteverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 10.-22. **Devos:** XXVIII. Internationaler Fortbildungskongreß der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 11.-14. **Berlin:** Arbeitsmedizinisches Fortbildungsseminar für Führungskräfte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 12.-14. **München:** 15. Deutscher Krebskongreß. — Auskunft: Dr. H. Schmellenkamp, Im Neuenheimer Feld 110, 6900 Heidelberg 1.
- 13.-16. **Bad Wiessee:** Arbeitstagung und Ärztekongreß „Naturheilverfahren in der modernen Medizin“. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.
- 15.-20. **Zürich:** Internationaler Kongreß für Neurogenetik und Neuroophthalmologie. — Auskunft: Professor Dr. A. Hubert, Stadelhofferstraße 42, CH-8001 Zürich.
- 15.-21. **Tel Aviv:** Internationales Symposium für ambulante Kinderheilbehandlung. — Auskunft: Kenes-Tours, 7 Leteris St., P. O. Box 16 271, Tel Aviv, Israel.
- 15.-23. **Freudenstadt:** Kurse für Neuraltherapie nach Huneke. — Auskunft: Dr. J. Huneke, Am Müllerberg 24, 4934 Horn-Bad Meinberg 2.
- 15.-23. **Freudenstadt:** 58. Ärztlicher Fortbildungskongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. — Auskunft: Geschäftsstelle des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Alter Weg 29, 7290 Freudenstadt 1.
- 17.-20. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 17.-20. **Erlangen:** 23. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschalldiagnostik. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 17.-20. **München:** Interregionales Biometrisches Kolloquium 1980. — Auskunft: Dr. W. Koepcke, Marchioninstraße 15, 8000 München 70.
19. **Fürth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth. — Auskunft: Dr. J. Mertens, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth.
- 21.-22. **München:** Fortbildungsveranstaltung für Gynäkologie. — Auskunft: Privatdozent Dr. K. J. Lohe, Malstraße 11, 8000 München 2.
- 21.-23. **Augsburg:** 65. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 21.-26. **Bad Abbach:** Seminare in speziell rheumatologischer Weiterbildung interessierte Krankenschwestern und Krankenpfleger. — Auskunft: Fortbildungsakademie der Deutschen Rheuma-Liga, Rheuma-Zentrum der I. Medizinischen Klinik, 8403 Bad Abbach.
- 22.-29. **Bad Hofgastein:** I. Österreichischer Geriatriekongreß. Auskunft: Professor Dr. A. Neumayr, Juchgasse 25, A-1030 Wien.
- 23.-29. **Davos:** 12. Internationaler Diagnostik-Kurs. — Auskunft: IDKD 12, Postfach 21 32, CH-8028 Zürich.
- 26.-27. **Bonn:** XVII. Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. — Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Feldbergstraße 28, 6000 Frankfurt 1.
- 26.-28. **Berlin:** Spezial-Strahlenschutzkurs. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
29. 3.-13. 4. **Kyrenia:** II. Zyprisch-Deutscher Seminar-Kongreß für Sportmedizin. — Auskunft: Deutscher Sportärztebund, Dr. W. Hort, Kaiserstraße 7, 6600 Seerbrücken.
31. 3.-12. 4. **Meran:** XII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Inhaber, Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1.

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 monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und 6 1/2 % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag anhalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzka. Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., Augsburger Straße 9, 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

Am

Kreiskrankenhaus Cham/Oberpfalz

Ist ab 1. 4. 1980 oder früher auf der Chirurgischen Abteilung die Stelle eines

Oberarztes

mit einem deutschen Arzt für Chirurgie neu zu besetzen.

Die Abteilung verfügt über 70 Betten und ist zur Weiterbildung auf dem Gebiet der Chirurgie für 4 Jahre ermächtigt. Der Operationstrakt mit 4 OP-Räumen und Endoskopie wurde völlig neu umgebaut und entspricht den derzeit modernsten Gesichtspunkten. Die Abteilung ist zum Verletzungsartenverfahren zugelassen. Vielseitiges Operationsgut auf dem Gebiet der Allgemeinchirurgie, moderner Traumatologie einschließlich Gelenkendoprothetik, Kinderchirurgie.

Das Krankenhaus verfügt über 2 weitere Hauptfachabteilungen (Innere und Anästhesie), sowie 5 Belegabteilungen (Gynäkologie und Geburtshilfe, Augen, Urologie, Orthopädie, Kinder).

Die Vergütung erfolgt nach BAT nach den Richtlinien des öffentlichen Dienstes, zuzüglich Rufbereitschaft, Erstattung von Gutachten und Nebeneinnahmen durch den Chefarzt. Erwünscht ist ein zuverlässiger deutscher Arzt für Chirurgie, der die Allgemein- und Unfallchirurgie beherrscht und den Chefarzt selbständig vertreten kann.

Cham ist mit ca. 15 000 Einwohnern zentrale Kreisstadt mit sämtlichen Schulen am Ort und hohem Freizeitwert (Tor zum Bayer. Wald), Universitätsstadt Regensburg ca. 55 km entfernt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an:

Chefarzt Dr. med. M. Michel, Kreiskrankenhaus,
August-Holz-Straße 1, 8490 Cham, Telefon (0 99 71) 12 01 - 4.



Der Landkreis Bamberg sucht für die Innere Abteilung des Kreiskrankenhauses Scheßlitz zum nächstmöglichen Termin einen

Oberarzt

Die Innere Abteilung des Grundversorgungskrankenhauses (175 Betten) umfaßt 70 Betten und eine neuzeitliche Intensivstation.

Moderne diagnostische Einrichtungen und Methoden: Gastroskopie, Coloskopie, operative Laparoskopie, Sonografie (Vidison). Breite kardiopulmonale Funktionsdiagnostik mit Schwerpunkt Angiologie. Temporäre Schrittmachertherapie. Umfassende Röntgendiagnostik einschließlich Serienangiografie. Großes Labor. Ambulanz. Schwesternschule.

Der Bewerber sollte Internist sein oder im letzten Weiterbildungsabschnitt stehen; er muß in der Lage sein, den Chefarzt zu vertreten.

Vergütung nach BAT Ia, großzügige Pauschalvergütung des Rufbereitschaftsdienstes und zusätzliche Leistungen des Chefarztes.

Scheßlitz liegt 15 km östlich von Bamberg an der Bundesstraße nach Bayreuth in landschaftlich schöner Lage mit günstiger Verbindung zum Fernstraßennetz. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis behilflich.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisausschnitten, lückenlosem Tätigkeitsnachweis und Angaben von Referenzen werden erbeten an Chefarzt Dr. med. Stumpf, Kreiskrankenhaus, 8604 Scheßlitz, Telefon (0 95 42) 2 55 oder Personalstelle des Landratsamtes Bamberg, Promenadestraße 2 a, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 8 53 24.

LANDKREIS ALTÖTTING



Kreiskrankenhaus, 8262 Altötting/Obb.

Abteilung für Innere Medizin — Chefarzt Dr. R. Reimann — sucht einen qualifizierten Arzt für Innere Medizin als

Oberarzt

Die Abteilung bietet 114 Betten, 12 Planstellen, Intensivpflegeeinheit, Hämodialyseeinheit, leistungsfähiges Labor, Röntgen, umfassende Endoskopie, regelmäßige Fortbildung. Der leitende Arzt ist zur vollen Weiterbildung in der Inneren Medizin einschließlich fachgebundene Röntgendiagnostik ermächtigt.

Geboten werden: Vergütung nach Vergütungsgruppe I BAT, eine angemessene Pauschale für die Wahrnehmung der Rufbereitschaft, Nebeneinnahmen und alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes.

Altötting ist eine Kreisstadt am Rande des Voralpengebietes. Sämtliche weiterführende Schulen befinden sich am Ort.

Bewerbungen erbeten an die

Verwaltung des Hauses,
Mühldorfer Straße 16 a, 8262 Altötting



LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OBERFRANKEN UND MITTELFRANKEN

Wir suchen für unsere Klinik Frankenwarte in Bad Steben/Frankenwald einen Facharzt für Innere Krankheiten als

klinischen Oberarzt

Gute Kenntnisse in der internistischen Diagnostik einschließlich Röntgen, EKG und speziellen Kreislauf- und Gefäßdiagnostik und Einsatzfreudigkeit sind Voraussetzungen hierfür.

Ferner sind spezielle Kenntnisse und Interesse in der Cardiology, Angiologie und Rheumatologie sowie an der gesamten physikalischen Therapie einschließlich Balneologie und Hydrotherapie erwünscht.

Die Vergütung erfolgt nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT. Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist Übernahme in das Beamtenverhältnis (Laufbahn des höheren Dienstes) möglich.

Die Klinik Frankenwarte ist eine neuzeitliche Rehabilitationsklinik für innere Krankheiten mit Bevorzugung der arteriellen Verschlusskrankheiten, der Nachbehandlung von Infarkt-Kranken sowie aller Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises und aller Stoffwechsellkrankheiten.

Das Haus ist diagnostisch und therapeutisch modern ausgestattet mit großer Röntgenabteilung einschließlich Fernsehkette und Angiographie, großes klinisch-chemisches Labor, Herz-Kreislaufabteilung mit speziellen Untersuchungsmethoden und Lungenfunktionsdiagnostik, Ozzillographie, Phonokardiographie sowie großer physikalisch-therapeutischer Abteilung einschließlich Balneologie, Hydrologie und Kneippabteilung.

Wir bieten:

- Vertretung des Chefarztes
- Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der Richtlinien
- alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes
- Umzugskosten, Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung
- angenehme Appartements oder Familienwohnungen, Schwimmbad und Sauna im Haus
- preiswerte Voll- oder Teilverpflegung
- Bereitschaftsdienstvergütung nach SR 2 c BAT
- Fortbildungsmöglichkeiten, Kongreßbesuche
- der Chefarzt ist zur Weiterbildung in Innerer Medizin für zwei Jahre ermächtigt.

Bad Steben ist ein modernes bayerisches Staatsbad, landschaftlich schön zwischen Hof und Kronach im Frankenwald gelegen und bietet einen hohen Freizeitwert. Höhere Schulen in der nahegelegenen Stadt Naila und in Hof.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse usw.) richten Sie bitte an die Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Personalreferat, Wittelsbacherling 11, 8580 Bayreuth, Telefon (0921) 607226 oder direkt an den

Chefarzt Leitenden Medizinaldirektor Dr. Presch, Klinik Frankenwarte, 8675 Bad Steben, Telefon (0 92 88) 10 57.

Für unsere chirurgische Privatklinik mit 92 Planbetten, eigener Intensivabteilung, Röntgenabteilung und modernst ausgestatteten OP's (1979 erstellt) suchen wir zum beidmöglichen Zeitpunkt

1 Oberarzt

In der Fachrichtung Chirurgie

und

Assistenzärzte

zur Weiterbildung in der Fachrichtung Chirurgie

Vergütung analog BAT mit Stellenzulage und Pool-Beteiligung.

Unsere Klinik ist staatlich gefördert (im Krankenhausbedarfsplan des Landes Bayern).

Bewerbungen erbeten an den Krankenhaus-Träger **Dozent Dr. med. habil. H. Koschitz-Kosic, Sellersgründchen 8, 8632 Neustadt bei Coburg, Telefon (095 68) 21 71.**

Neustadt bei Coburg (ca. 20.000 Einwohner, mit allen Schulen am Ort) liegt in landschaftlich reizvoller Lage nahe der alten Residenzstadt Coburg.

Kreis Krankenhaus Donauwörth

Für die **Chirurgische Abteilung** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Oberarzt

Das Kreis Krankenhaus mit 200 Betten ist in allen seinen Abteilungen (Chirurgie, Innere, GG, Anästhesie, HNO) operativ und instrumentell zeitgemäß und den neuesten Anforderungen entsprechend ausgestattet.

Die Chirurgische Abteilung unter der Leitung von Chefarzt Dr. med. H. Pommer verfügt über 70 Betten, eine umfangreiche chirurgische Sprechstunde und Unfallambulanz, DA-Verfahren, Weiterbildung für drei Jahre, staatlich anerkannte Schwesternschule. Der Bewerber soll in der Lage sein, den Chefarzt selbstständig zu vertreten.

Die Vergütung erfolgt nach BAT, zuzüglich der üblichen Leistungen des öffentlichen Dienstes mit geregelter Zulage des Chefarztes.

Die Kreisstadt Donauwörth bietet in reizvoller Lage alle weiterführenden Schulen sowie bestmögliche Freizeitgestaltung.

Auskünfte zur Bewerbung erteilt: **Chefarzt Dr. med. H. Pommer, Telefon (09 06) 40 16.**

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an das **Kreis Krankenhaus Donauwörth, Jennisgasse 7, 8850 Donauwörth.**

In der Krankenanstalt Rotes Kreuz in München

ist wegen Ruhestandsversetzung des bisherigen Stelleninhabers infolge Altersgrenze die Stelle des

Chefarztes der Röntgen-Abteilung

ab 1. 1. 1981 zu besetzen.

Das Krankenhaus hat 450 Planbetten mit folgenden Hauptfachabteilungen:

Innere Abteilung	110 Betten
Chirurgische und kinderchirurgische Abteilung	126 Betten
Gynäkologische und geburtshilfliche Abteilung	113 Betten

Als Beleg-Abteilungen werden außerdem die Fachrichtungen Orthopädie, Urologie, Hals-Nasen-Ohren und Augen geführt.

Als Bewerber für diese Stelle kommt ein Arzt für Radiologie in Frage, der über eine langjährige Berufserfahrung verfügt und auch auf dem Gebiet der Isotopdiagnostik und Sonographie praktische Erfahrung besitzt.

Das Dienstverhältnis wird in einem besonderen Chefarztvertrag, in dem auch das Liquidationsrecht bei Wehleistungspatienten beinhaltet ist, geregelt.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf, Ausbildungs- und Befähigungsnachweisen, Zeugnisabschriften, Abschriften der Approbations- und Promotionsurkunde sowie der Anerkennung als Radiologe sind bis spätestens 30. 4. 1980 zu richten an:

Krankenstellen der Schwesternschaft München vom Bayer. Roten Kreuz, Gemeinnützige Betriebs-GmbH, Rotkreuzplatz 8, 8000 München 19.

Für unsere **Blutbank und Plasmaphereseseabteilung** suchen wir beidmöglichst

Ärztin oder Arzt

zur ganztägigen Mitarbeit.
Kein Wochenend- und Nachtdienst.

**Medizinisch hämatologisches Laboratorium GmbH
Lessingstraße 6, 8000 München 2, Telefon (0 89) 53 95 57**

LANDKREIS ALTÖTTING

Das **Kreis Krankenhaus Altötting in Oberbayern** (327 Betten) sucht für Frühjahr 1980 für die

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung

(65 Betten, 1 Oberarztstelle, 4 Assistenzarztstellen, ca. 600 bis 700 Geburten jährlich, abdominale und vaginale Operationstechnik, Amnioskopie, CTG, Vidoson, reichlich Operationsmöglichkeiten) einen

Assistenzarzt

Der leitende Arzt ist zur Weiterbildung für 4 Jahre ermächtigt. Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach dem Bundes-Angestelltenvertrag (BAT) vom 23. 2. 1961 in der derzeit geltenden Fassung. Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/1 b der Anlage 1 e zum BAT. Der Bereitschaftsdienst wird gesondert vergütet.

Bewerber mit ein- oder zweijähriger gynäkologischer Vorbildung werden bevorzugt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die Verwaltung des

**Kreis Krankenhauses Altötting,
Mühldorfer Straße 16 a, 8262 Altötting**

Der Hartmannbund sucht laufend für junge Kollegen

Praxisübernahmemöglichkeiten

Erfahrene Wirtschaftsberater und der Verbandsjurist stehen für die Übernahme kostenlos zur Verfügung.

Angebote an **Hartmannbund Praxisbörse, Mühlebaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 47 69 10.**

B E F E L K A[®] - A S T H M A - T A B L E T T E N

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. 4,87 DM, 50 Tabl. 10,95 DM.

Arztmuster durch:

B E F E L K A - A R Z N E I M I T T E L, Postfach 13 51, 4500 Osnabrück



Auf der Urologischen Abteilung (65 Betten) des **Kreiskrankenhauses Neuötting/Obb.** ist ab sofort oder später die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach den Bestimmungen des BAT. Alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes werden selbstverständlich geboten.

Der Chefarzt der Abteilung ist zur Weiterbildung (Urologie) für 3 Jahre ermächtigt.

Voraussetzung für die Einstellung ist der Nachweis einer mindestens einjährigen chirurgischen Assistentenzeit.

Bewerbungen erbeten an die Verwaltung des **Kreiskrankenhauses Neuötting, Altöttinger Straße 16, 8262 Neuötting**

Am **Kraiskrankenhau 8483 Vohenstrauß/Opl., Landkreis Neustadt a. d. Waldnaab,**

ist auf der **Chirurgischen Abteilung** ab sofort eine weitere Stelle eines(r)

Assistenzarztes (-ärztin)

zu besetzen, da sich der bisherige Stelleninhaber niedergelesen hat.

Die Bezahlung erfolgt nach Verg.-Gruppe II BAT, hinzu kommt die Vergütung des Bereitschaftsdienstes.

Zwei Jahre werden für die Weiterbildung in Chirurgie angerechnet.

Vohenstrauß liegt in reizvoller Lage im Oberpfälzer Wald. Hellenbad am Ort, beste Skimöglichkeiten in eienächster Umgebung. Hoher Freizeitwert der Umgebung im Sommer und Winter. Moderne Wohnung vorhanden.

Bewerbungen bitte an den **Chefarzt des Kreiskrankenhauses 8483 Vohenstrauß/Opl., Telefon (0 98 51) 14 51**



LANDESHAUPTSTADT HANNOVER

In der Abteilung **Tbc-Fürsorge des Gesundheitsamtes** ist zum 1. 4. 1980 die Stelle eines/r

Arztes bzw. Ärztin

nach Vergütungsgruppe BAT II/b zu besetzen.

Bevorzugt werden Lungenärzte, jedoch auch Internisten oder Röntgenologen. Für die internistische Ausbildung kann bis zu einem Jahr anerkannt werden.

Neben der Vergütung werden eine geregelte Arbeitszeit sowie alle für den öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen geboten. Nebentätigkeiten im Rahmen der Möglichkeiten sind erwünscht und werden genehmigt. Wissenschaftliches Arbeiten ist möglich.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen bzw. Anträgen sind zu richten an den **Leiter des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Hannover, Prof. Dr. Klevis, Weinstraße 2/3, 3000 Hannover 1, Telefon (05 11) 168-28 64.**

Suche Arzt

mit guten physikalischen Kenntnissen als Leiter einer Massage-schule.

Bewerbung an: **Walter Fells, Rehusplatz 14, 8308 Schierling.**

Weiterbildungsassistent

für März 1980 in große Allgemeinpraxis nach Augsburg gesucht.

Telefonische Bewerbungen unter **(08 21) 3 61 31** erbeten.

Wir suchen:

Assistent(in)

für orthopädisches Beieigkrankehaus (48 Betten), nur operative Tätigkeit, dringend gesucht.

Telefon **(080 31) 150 51** Dr. Eckherdt, Dr. Kreuse, Rosenheim.

Suche

Praxisvertretung

für Allgemein- (Land-) Praxis für Januar 1980.

Telefon **(0 91 31) 2 49 54** ab 18 Uhr

Wir können Ihnen heute noch einige ausgezeichnete

Praxisräume

in der schönen **Vestestedt Coburg** zu Miete anbieten:

1. Geräumige Praxisräume in guter Lage mit ca. 120 qm Fläche — auf Wunsch zuzüglich 120 qm Wohnräume im gleichen Haus für nur DM 1700,— monatlich plus Nebenkosten (vormals als Klinik genutzt). Ab sofort anmietbar.

2. In Bahnhofsnahe ca. 100 qm Praxisräume mit vier Zimmern und einer Dunkelkammer für nur DM 550,— plus Nebenkosten. Pkw-Abstellplatz vorhanden. Ab sofort anmietbar, bestens für Augen- oder Zahnarzt geeignet.

3. Je eine komplette Etage mit ca. 108 qm im I. und II. Stock. Aufzug vorhanden, Apotheke im Hause, Etagenheizung, ab sofort anmietbar, Miete Verhandlungsbasis, informieren Sie sich

K. H. Lange, Immobilien, Kirchgasse 2, 8630 Coburg, Telefon (0 95 81) 7 58 17

Wir bauen in bevorzugter Lage von

Bayreuth

nach Ihren Wünschen, entsprechend dem Babauungsplan

Praxisräume

mit 70 bis 140 m² Nutzfläche. Erdgeschoß, voll unterkallert. Stellplätze vorhanden.

Fordern Sie bitte ausführliche Information über das genannte Kaufobjekt an.

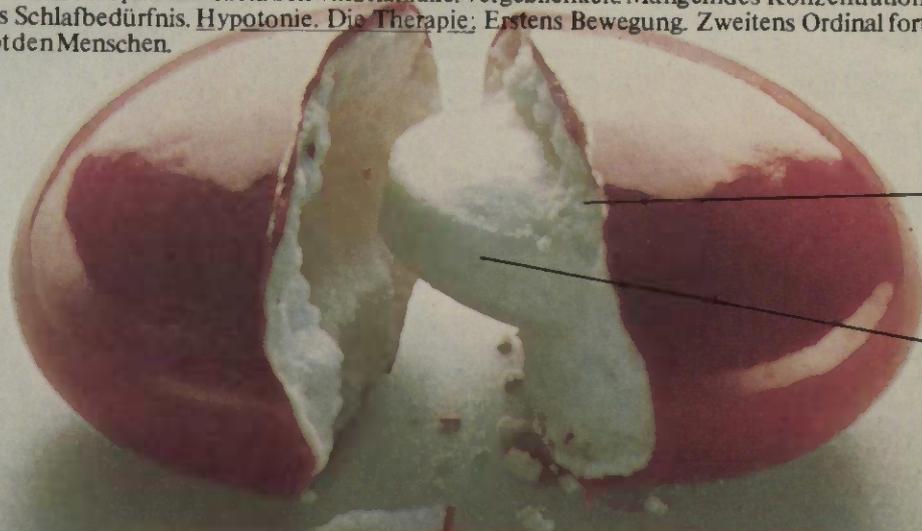
Zapf-Bau - Nürnberger Straße 38, 8580 Bayreuth - Telefon (09 21) 60 12 04



Zeichnung: Kurt Halbritter (Mit freundlicher Genehmigung des Wilhelm-Busch-Museums, Hannover)

DIE DEUTSCHE KRANKHEIT.

HYPOTONIE Das Zustandsbild: Hautblässe. Schlechte Körperhaltung. Kalte Hände. Kalte Füße. Wetterföhligkeit. Kopfschmerzen. Schwindelanfälle. Vergeßlichkeit. Mangelndes Konzentrationsvermögen. Rasche Ermüdbarkeit. Großes Schlafbedürfnis. Hypotonie. Die Therapie: Erstens Bewegung. Zweitens Ordinal forte - belebt den Kreislauf, belebt das Herz, belebt den Menschen.



Initialdosis:
Wirkstoffe im Dragéemantel
sofort verfügbar

Langzeitdosis:
Verzögerte Wirkstofffreigabe
aus dem Dragéekern

WIRKORTEFFEKT

LANGZEITWIRKUNG

ORDINAL forte aktiviert den Kreislauf und führt zu einem raschen Wirkungseintritt und einer Stabilisierung des Blutdrucks über den ganzen Tag. Die orthostatische Dysregulation wird behoben.

PELTES WIRKPRINZIP

ORDINAL forte aktiviert den Kreislauf durch Wirkstoffe und zwei Angriffspunkte: Die äußeren Gefäße werden tonisiert, der venöse Blutdruck nimmt zu. Die Herzleistung wird erhöht.

ASSENDER KLINISCHER WIRKUNGSNACHWEIS

Ergebnisse der Doppelblindstudien an über 1000 Patienten sind überzeugende Beweise für die Wirksamkeit und Verträglichkeit von ORDINAL forte.

1x TÄGLICH

ORDINAL®
FORTE
BELEBT

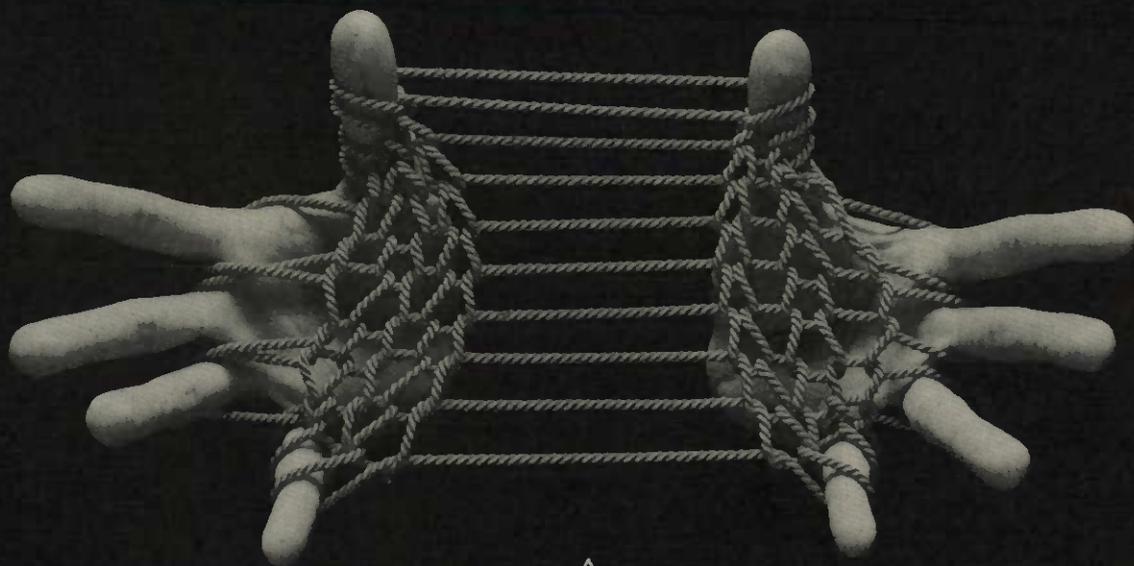
Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: Octodrin-(+) 100 mg, Norfenefrinhydrochlorid 20 mg. **Indikationen:** Hypotonie; vegetativ bedingte Kreislaufabläßigkeit; orthostatische Kreislaufregulationsstörungen; Kreislaufschwäche als Folge von Infektionen, Operationen und Geburten; morgendliche Leistungsschwäche, Konzentrationsmangel (Spätarter); Wetterföhligkeit bei Hypotonie. **Dosierung und Anwendungsweise:** Erwachsene täglich 1 Dragée morgens früh, in schweren Fällen nachmittags ein zweites Dragée. **Kontraindikationen:** Thyreotoxikose, Phäochromocytom, Engwinklglaukom, Prostataadenom mit Restharthildung. **Besondere Hinweise:** Bei schweren organischen Herz- und Gefäßkrankheiten sowie bei Herzrhythmusstörungen vorsichtig dosieren. **Packungsgrößen und Preise:** 20 Dragées DM 11,88 lt. A.T., 50 Dragées DM 26,69 lt. A.T., 100 Dragées DM 46,31 lt. A.T. Weitere Informationen im wissenschaftlichen Prospekt!

ASCHE
ASCHE AG · POSTFACH 50 01 32
2000 HAMBURG 50

Neue
Monosubstanz

Biarison®

optimiert
die
Rheumatherapie



Sandoz AG 8500 Nürnberg

Biarison®

O Zusammensetzung

1 Kapsel enthält 300 mg Proquazon
1 Zäpfchen enthält 300 mg Proquazon

A Anwendungsgebiete

Degenerative rheumatische Erkrankungen

- Osteoarthritis der Hüfte, des Knies
oder anderer Gelenke

Chronisch-entzündliche Erkrankungen

- chronische Arthritis

- Spondylarthritis ankylopoetica

Akute entzündliche Erkrankungen

- akute Gicht

- akute rheumatische Schmerzzustände (Icthias,

Zervikalsyndrom, Hexenschuß, Torticollis etc.)

- extraartikuläre rheumatische Erkrankungen

(Tendinitis, Bursitis, Synovitis und Tendosynovitis)

- schmerzhaft-entzündliche Krisen im Verlauf

degenerativer Gelenkerkrankungen

- Verrenkungen und Verstauchungen

II Gegenanzeigen

Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, bekannte

Überempfindlichkeit gegen Salicylate.

Vorsicht ist geboten bei Neigung zu Verdauungsstörungen
oder bei Leber- und Nierenfunktionsstörungen.

Da über die Wirkung von Biarison auf das ungeborene Kind
und den Säugling bisher keine Erfahrungen vorliegen,
sollte Biarison während der Schwangerschaft und Stillzeit
nicht angewandt werden.

Desgleichen können über die Behandlung von Kindern
vorläufig noch keine Angaben gemacht werden

III Nebenwirkungen

Gelegentlich können während der Biarison-Behandlung
Magen- und Darmbeschwerden (Magen- und Unter-
leibschmerzen, Übelkeit, Durchfall) auftreten, die bei
Reduzierung der Dosis, Einnahme der Kapseln zu einer
Mahlzeit, Verabreichung von Zäpfchen statt Kapseln oder
ggf. durch kurze Unterbrechung der Behandlung von selbst
abklingen. Sehr selten werden Blutdruckabfall, Herzjagen,
Kopfschmerzen oder Hautreaktionen beobachtet.
Besonderer Hinweis: Wie bei anderen entzündungs-
hemmenden Arzneimitteln sollten auch während einer
längeren Behandlung mit Biarison regelmäßige Blutbild-
kontrollen durchgeführt werden.

IV Dosierung

Die Dosierung richtet sich nach dem Krankheitsbild und der
individuellen Reaktion des Patienten. Die Normaldosis
ist 2mal 1 Kapsel bzw. 2mal 1 Zäpfchen pro Tag. In schwereren
Fällen kann ohne weiteres auf 3mal, kurzfristig auch auf
4mal täglich 1 Kapsel oder 1 Zäpfchen erhöht werden.
Die Gabe von Zäpfchen empfiehlt sich auch als
abendliche Dosis, vor allem bei empfindlichen Patienten.
Die Kapseln werden zu oder nach den Mahlzeiten unzerkaut
mit etwas Flüssigkeit geschluckt.

Wchselwirkungen mit anderen Mitteln
sind nicht bekannt. Biarison kann mit anderen
Antirheumatika wie Kortikosteroiden oder Acetylsalicylsäure
kombiniert werden. Eine Wechselwirkung mit oralen
Antikoagulantien wurde nicht festgestellt.

V Handelsformen

Kapseln: Originalpackungen zu 20/50/100 Stück
DM 17,96/37,45/65,95 sowie Anstaltspackung
Zäpfchen: Originalpackung zu 10 Zäpfchen DM 10,95
sowie Anstaltspackung

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung,
November 1979.