Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung
„Bayerisches Ärzteblatt" — Mai 1980

Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen
Eine Hilfe zur Schnellorientierung — Herausgegeben von Dr. F.-C. Loch

Leitsymptom: Akuter Hoden

Der Notfall: Hodentorsion

bearbeitet von Dr. H. E. Reichert und Dr. B. Kopper

Symptomatik:

Meist akut einsetzender, starker Hodenschmerz, eusstrehlend in Leiste, gelegentlich Unterbauch und Nierengegend. Oft Blässe, Übelkeit, Brechreiz und sogar schockähnlicher Zustend. Temperatur nicht oder nur wenig erhöht

Lokelbefund: Sterk schmerzhafter Konglomerettumor, in dem Hoden, Nebenhoden und disteler Samenstreng oft nur schwer abzugrenzen sind. Schwellung und Rötung der Skrotalheut, oft symptomatische Begleithydrozele

Durch die Verdrehung des Samenstranges kommt es zum Hodenhochstand. Auch ein retinierter Hoden kann torquieren.

Anamnese:

Die Hodentorsion kommt fest nur bei Kindern und Jugendlichen vor, selten während der Geburt. Die anamnestischen Angaben sind meist spärlich. Geringfügige Treumen, alltägliche Bewegungen beim Sport, eber euch im Schlaf, selbst Kremasterkontrektionen können Urseche einer Torsion sein. Oft tritt die Torsion früh morgens euf. Typisch ist das plötzliche Auftreten der Symptome. Manchmel sind schon ähnliche Schmerzettacken voreusgegangen.

Sofortdiagnostik:

Anamnese, Inspektion, Palpation und Allgemeinbefund führen zu der Verdachtsdiagnose Hodentorsion. Endgültige Gewißheit kenn meist nur die operative Freilegung des Hodens bringen. Sichere diagnostische Zeichen, die eine Torsion bei akuter Hodensymptomatik eusschließen, gibt es nicht.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Sofortige Klinikeinweisung. Die kritische Zeitspanne, eb der mit dem Verlust des Hodens zu rechnen ist, beträgt vier Stunden. Die Therapie besteht in der sofortigen Operation mit Detorsion und Fixierung des Hodens. Erholt sich der Hoden nach Beseitigung der Drehung nicht oder besteht bereits eine Nekrose, ist die Ablatio notwendig.

In unserer Klinik gehen zur Zeit etwa 70 Prozent der torquierten Hoden wegen zu später Einweisung verloren.

Nur bei Unmöglichkeit der Operetion sollte men die menuelle Detorsion versuchen.

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

Jeder Verdachtsfall, d. h. jeder Feil mit ekuter Hodensymptomatik, sollte eingewiesen werden, insbesondere Säuglinge und Kleinkinder, eber euch Jugendliche, da in diesem Lebensalter eine Epididymitis eine Rerität darstellt.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Bei der Operation sollte der gesunde Hoden prophylektisch pexiert werden, um die auch hier bestehende Torsionsgefehr zu beseitigen.

Ist der zweite Hoden retiniert, sollte seine Lage operetiv korrigiert werden, da euch hier die Möglichkeit der Stieldrehung besteht.

Differential-diagnostische und andere Erörterungen:

Ähnliche Symptome wie eine Hodentorsion macht die Torsion einer **Morgegni-Hydetide;** sie wird bei der operativen Freilegung unterbunden und ebgetregen.

Größte differentialdiegnostische Bedeutung kommt der ekuten **Epididymitis** zu. Sie beginnt oft ebenso piötzlich wie die Torsion; in der Reget sind jedoch typische Entzündungszeichen wie hohe Temperatur und Leukozytose vorhanden. Allgemeinsymptome wie Übelkeit und Brechreiz tehlen. Im Urin sind meist Bakterien und Leukozyten nachweisbar. Vor dem 20. Lebensjahr ist die Epididymitis extrem selten. Nur bei der selten ganz klar möglichen Abgrenzung zur Torsion darf die Diagnose gestellt werden. **Hodentumoren** manifestieren sich in einigen Fällen erstmals unter dem Bild einer Epididymitis und kommen so ebenfalls ditferentialdiagnostisch in Frage.

Durch Übergreifen einer entzündlichen Nebenhodenerkrenkung, aber auch im Rahmen einer **Intektionskrenkheit** wie Masern, Scharlach, Verizellen, Mumps, Fleckfieber kenn eine Orchitis entstehen und zu differentialdiegnostischen Schwierigkeiten führen.

Ähnliche Bilder können weiterhin durch ein **Treume,** eine **ekute Hydrozeie,** eine **Hämatozeie** oder einen **prävesikeien Harnteiterstein** verursecht werden.

tnsbesondere gegenüber der Torsion eines Leistenhodens sind eine **Inkarzerierte Hernie, Nierenkoliken,** die **ekut euftretende Appendiztis** und des **ekut euftretende Abdomen** abzugrenzen. Überhaupt verlangen sämtliche Unterbauchsymptome eine sorgfältige Inspektion von Hoden und Nebenhoden.

Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Mai 1980

Zur Kenntnis genommen:

Landtag, Senat und Staatsregierung unseres Freistaates bemühen sich seit längerem, ein neues Gesetz zur zwangsweisen Verwahrung psychisch Kranker, welche die öffentliche Sicherheit gefährden, zu erarbeiten. Dem Landtag liegen derzeit zwei Gesetzentwürfe vor. Der eine kommt vom Senat, der andere von der Staatsregierung. Der Gesetzentwurf des Senats ist das Ergebnis monatelanger Beratungen eines Untersuchungsausschusses. Er bringt eine Reihe von Verbesserungen für das Verfahren bei zwangsweiser Verwahrung, vor allem eine sehr eingehende Sicherung der Rechtsposition des psychisch Kranken. Es war das Anliegen des Senats, das Gesetz insgesamt unter den Leitgedanken der Hilfe zu stellen. Allerdings mußte man letztlich anerkennen, daß die gesetzliche Regelung der Hilfen nicht Sache dieses Landesgesetzes sein kann. Sie sind nun einmal in Bundesgesetzen (BSHG, RVO usw.) geregelt. Die Hinweise auf diese Gesetze im Landesgesetz können bestenfalls Impulse sein, sie früher und stärker zu nutzen. Die Staatsregierung will nur das gesetzlich geregelt wissen, was einer solchen Regelung bedarf, also das Verfahren der zwangsweisen Unterbringung. Eine verstärkte Hilfe für psychisch Kranke soll unabhängig vom Unterbringungsverfahren nach den Richtlinien eines Landesplanes erfolgen, dessen erste Fassung – erarbeitet im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung – gerade erschienen ist. Natürlich gibt es sowohl innerhalb des Senats als auch bei den Gesprächen zwischen Senat und Staatsregierung Auffassungsunterschiede. Das hohe Niveau der Beratungen und ihre Sachlichkeit verdienen deshalb eine besondere Würdigung, weil es sich je um ein Gebiet handelt, das leider in schlimmster Weise, wie kaum ein anderes, politisiert und mit Emotionen beladen wurde.

Freilich, die Psychiatrie war früher einmal eine reine Verwahrungsmedizin, und die Anstalten, in denen psychisch Kranke und geistig Behinderte untergebracht waren, boten wenig Erfreuliches. Eindrucksvolle wissenschaftliche Fortschritte der letzten Jahrzehnte haben die Psychiatrie, wie kaum ein anderes Fach, in Bewegung gebracht und zu einem Therapietag mit erfreulichen Ergebnissen gemacht. Die Nervenkrankenhäuser der bayerischen Bezirke z. B. haben sich längst zu modernen und humanen Behandlungsstätten gewandelt. Natürlich ruht niemand auf Lorbeeren aus. Es gibt noch vieles, was man immer noch besser machen kann.

Was aber wird systematisch in die Öffentlichkeit lanciert? Die Therapie mit Psychopharmaka – einer der konstruktivsten Fortschritte – wird als medizinische Tyrannei dargestellt. Den Nervenkrankenhäusern versucht man immer wieder das Odium der „Schlangengrube" anzuhängen und fordert ihre Auflösung. Niemand wird dagegen sein können, daß an einem geeigneten Krankenhaus auch eine Abteilung für Psychiatrie errichtet wird. Für einigermaßen Informierte ist aber klar, daß der Kreis der dort betreuberen Patienten begrenzt ist und die Sicherheit für die Patienten andere Vorkehrungen erfordert als in anderen Abteilungen. Es trifft auch nicht zu, daß psychisch Kranke und geistig Behinderte sich „isoliert" fühlen, wenn sie in eigenen Anstalten untergebracht sind. Ihr eigenes Milieu ist oftmals viel sinnvoller.

Die Besonderheit psychischer Krankheiten bringt es je mit sich, daß in diesen Spezialkrankenhäusern ein hoher Anteil von Kranken betreut wird, deren Aufenthalt sich über Jahre hinzieht. Es wäre schlechthin undenkbar, solche Kranke „gemeindenah" unterzubringen. Die bayerischen gesetzlichen Krankenkassen haben sich gerade bereit erklärt, die Unterbringungskosten für zwei Jahre voll zu übernehmen, bei weiterbestehender Behandlungsbedürftigkeit bis zur Dauer von maximal fünf Jahren.

Sorgen macht uns der ambulante Bereich. Viele psychisch Gestörte oder Kranke, deren Zustand den Verbleib in der Familie gestattet, oder die gebessert aus dem Krankenhaus entlassen wurden, vielleicht nur vorübergehend, bedürfen der laufenden Betreuung, und was sie dabei brauchen, ist an erster Stelle ihr niedergelassener Nervenarzt. Die Zahl der Nervenärzte in freier Praxis hat erfreulich zugenommen, ist aber noch nicht ausreichend. Weitere Niederlassungen sollten gefördert werden. Natürlich braucht ein Teil dieser Kranken auch soziale Hilfe oder besondere Rehabilitationsmaßnahmen. Bundessozialhilfegesetz, RVO, Reha-Gesetz bieten hier eine breite Palette. Sie zu vermitteln, haben sich caritative Verbände zur Aufgabe gemacht, die Gesundheitsämter bieten mit ihren Sozialarbeiterinnen wertvolle Hilfe. Nun beginnt es aber bereits wieder gefährlich zu werden. Allzuviele schwärmen von der „Sozialpsychiatrie". Das klingt gut und ausgesprochen humanitär. Was aber zeichnet sich dahinter immer deutlicher ab? Das mit Millionenbeträgen großzügig ausgestattete Modellvorhaben der Bundesregierung sollte es eigentlich allen deutlich machen. Das Konzept für ihr Modell der ambulanten psychiatrischen Versorgung ist nichts anderes als das perfekte Ambulatoriumsmodell mit Stäben angestellter Psychiater, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter usw. zur totalen Verplanung der auf diese Weise „umsorgten" psychisch Kranken und Behinderten. Man muß einige Kernsätze wörtlich zitieren:

„Nach den Orientierungszahlen der Sachverständigen-Kommission soll auf höchstens 50 000 Einwohner ein niedergelassener Nervenarzt zur Verfügung stehen.

Mit Erreichung dieser Arztausstattung ist jedoch der Bedarf an ambulanten Diensten nicht als gedeckt zu betrachten, w e i l

- ein großer Teil krankenhausentlassener und nachsorgebedürftiger Patienten von niedergelassenen Praxen nicht erreicht wird,
- die fachärztlichen Praxen z. B. Hausbesuche, sowie Nacht- und Feiertagsdienste in erforderlicher Intensität nicht leisten können."

Die Kaltblütigkeit, mit der hier Irreführung praktiziert wird, ist beklemmend. Wieso soll ein großer Teil dieser Patienten die „niedergelassene Praxis" nicht erreichen? Andere Patienten erreichen sie merkwürdigerweise ohne Mühe. Es läge wohl an den Kollegen im Krankenhaus, unter Einschaltung der Angehörigen die Weiterleitung an den niedergelassenen Nervenarzt sicherzustellen. Welches Ambulatorium stellt Hausbesuche, Nacht- und Feiertagsdienste besser sicher als der niedergelassene Arzt? Hat man einmal errechnet, wieviel Ärzte bei der obligaten Vierzigstundenwoche erforderlich sind, wollte man ein solches Großambulatorium das ganze Jahr rund um die Uhr besetzen, von Urlaubszeiten gar nicht zu reden? Was hier praktiziert werden soll, ist nichts anderes wie der Einstieg in die Systemveränderung über die Psychiatrie, wo je nicht wenige glauben, daß es am ehesten möglich sein würde. Die großzügigen finanziellen Angebote der Bundesregierung haben auch Leute ins Rotieren gebracht, die ansonsten gefeit sind gegen Systemveränderer. Es muß einmal ganz klar gesagt werden: unser System der ambulanten ärztlichen Versorgung ist aufgebaut auf freier Arztwahl, auf niedergelassene freipraktizierende Ärzte. Es ist nicht einzusehen, warum die Psychiatrie hier eine Ausnahme machen soll. Nervenärzte, welche für die stationäre Versorgung nicht benötigt werden, sollten sich grundsätzlich der freien Praxis zuwenden, denn das ist die optimale Form für ihr Tätigwerden.

Man sollte die gesundheitspolitische Entwicklung Bayerns recht bald darauf untersuchen, ob gegen diese Grundsätze nicht bereits verstoßen wurde. Daß das finanzkräftige Modell der Bundesregierung von der Bayerischen Staatsregierung nicht übernommen wurde, wäre dafür ein guter Anstoß.

Sewering

Professor Dr. Sewering

Schmerzsyndrome — Fortschritte in Bewertung und Behandlung

63. Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. H. H. Wieck †, Erlangen:

Einführung: Situationen in der Praxis

In der psychologischen Klassifikation zählt der Schmerz zu den Empfindungen, die von den Gefühlen abzugrenzen sind. Nozizeptive Afferenzen und verwandte zentral bedingte Aktivitäten führen zunächst zu Unbehagen, dann zu Mißempfindungen und schließlich zu Schmerzen. In der täglichen Sprechstunde läßt sich auch unter erheblichem Zeitdruck eine Schmerzanalyse durchführen. Wichtige diagnostische Hinweise ergeben sich aus Schmerzlokalisation, -qualitäten, -stärke, -auslösung und Schmerzverstärkung. Die Skala des Schmerzablaufes reicht von kurz dauernden Attacken, wie bei der Trigeminusneuralgie, über stundenlange Schmerzzustände, wie bei der Migräne, bis zu anhaltenden Schmerzen, wie wir sie häufig bei Rezeptorenschmerzen beobachten können. Qualität und Stärke der Schmerzen werden von den Kranken meist sehr genau geschildert. Wichtige Hinweise vermitteln zudem die Berichte über die Schmerzauslösung, wie z. B. die Triggerzonen bei der Trigeminusneuralgie.

Zu Ergänzung der einfachen Schmerzanalyse dienen quantifizierende Verfahren der Schmerzbewertung. Die exakte innere Erfassung der Schmerzintensität hat seit jeher unter den Sinnesmodalitäten große Schwierigkeiten bereitet. Für die Anwendung in der täglichen Sprechstunde wurde in Erlangen eine Skala entwickelt, die aus einer repräsentativen Auswahl von Schmerzadjektiven aufgebaut ist. Für diese mehrdimensionale Schmerzskala blieben nach mehreren Voranalysen 25 Adjektive übrig, die für die praktische Beurteilung brauchbar sind. Mit Hilfe dieser Schmerzskalen gelingt es, eine Effizienzkontrolle therapeutischer Maßnahmen vorzunehmen.

Die ganzheitliche Betrachtungsweise des schmerzkranken Menschen erfordert einen umfassenden Behandlungsplan. Selbstverständlich muß es das Ziel sein, die Grundkrankheit aufzudecken und diese so wirksam wie nur möglich zu behandeln. Nur dann, wenn eine ätiologische oder formalpathogenetische Therapie nicht möglich ist oder diese längere Zeit in Anspruch nimmt, ist eine syndromgerichtete Behandlung gegen den Schmerzzustand angezeigt. Jede Behandlung von Schmerzzuständen erfordert eine sichere ärztliche und psychische Führung; häufig auch psychotherapeutische Maßnahmen.

Der unter Schmerzen leidende Patient ist immer — und in besonders hohem Maße dann, wenn er an einer unheilbaren Krankheit leidet — der warmherzigen Zuwendung bedürftig, wie er einer klaren und zielstrebigen ärztlichen Führung aufgeschlossen ist.

Professor Dr. R. Frey, Mainz:

Schmerztherapie aus der Sicht des Anästhesisten

Es wurde als Modellfall über die Mainzer Schmerzklinik berichtet, die der Anästhesie angegliedert und mit einem Oberarzt und zwei Assistenzärzten besetzt ist. Es werden nur ambulante Behandlungen durchgeführt. Jeder neue Patient muß einen Fragebogen mit etwa 400 Fragen ausfüllen, die Auskunft geben über erstes Auftreten, Entwicklung, Lokalisation, Dauer des Schmerzes sowie über Vorbehandlung und Medikamenteneinnahmen. Nicht selten findet man einen Medikamentenabusus und bereits durch Abstellen dieses Mißbrauches bessert sich die Situation. Vor der Schmerztherapie steht eine sehr ausführliche Diagnostik, die nur dann möglich ist, wenn alle anderen Fachdisziplinen zur Mitarbeit bereit sind. In diesem interdisziplinären Team sollte möglichst aus jeder Fachrichtung ein Kollege vertreten sein. Dabei wird sowohl mit Kollegen der Klinik als auch mit niedergelassenen Kollegen zusammengearbeitet. Als Beispiel soll die Untersuchung eines Kopfschmerz-Patienten dienen. Standarduntersuchungen werden anhand eines Laufzettels in folgenden Kliniken durchgeführt: HNO, Augen, Neurologie, Psychiatrie, Nuklearmedizin und Radiologie. Je nach den erhobenen Befunden ergeben sich folgende gelegentliche Zusatzuntersuchungen: Neurochirurgisches Konsil, Hochdruckambulanz, Endokrinologie, Angiographie, Computertomographie, Knochenszintigraphie und Klinik für Psychosomatik.

Nach Abschluß der Diagnostik ergeben sich folgende Therapieverfahren:

1. Operative oder konservative Behandlung des Grundleidens durch die entsprechende Fachabteilung
2. Unterschiedliche Lokalanästhesien
3. Neurolysen mit z. B. Alkohol oder Phenol
4. Operative Ausschaltung von Nerven
5. Medikamentöse Behandlung mit Analgetika — in der Regel mit Monosubstanzen — und Neuroleptika zur Senkung des Analgetikabedarfes
6. Bestrahlungen
7. Psychotherapie
8. Physiotherapie
9. Chiropraktische Behandlung und schließlich
10. die Akupunktur, die jedoch längst nicht so häufig verwendbar ist, wie manche Monomane meinen.

Häufig stellt die Kombination der verschiedenen Methoden die optimale Therapie dar.

Wir unterscheiden drei Indikationsgebiete für die Schmerztherapie:

— Die perioperative Schmerztherapie gehört zu den eigentlichen Aufgaben des Anästhesisten, ein Problem, das weitgehend pharmakologisch gelöst ist, da es sich vor allem auch um eine vorübergehende Behandlung handelt.

— Therapie von akuten Schmerzzuständen, die auch relativ einfach zu behandeln sind.

— Die eigentliche Problematik, nämlich die Therapie von chronischen und chronisch rezidivierenden Schmerzzuständen

Bei der perioperativen Therapie sei daran erinnert, daß zunehmend mehr Operationen in Lokal- oder Leitungsanästhesie durchgeführt werden mit

dem Vorteil einer länger andauernden Analgesie postoperativ. Langanhaltende Analgetika und unter Umständen peridurale Verweilkatheter können zu einer langen Analgesie ohne Beeinträchtigung des zentralen Nervensystems ausgenutzt werden. Aber auch Serien von postoperativen gezielten Lokalanästhesien haben einen ähnlichen Effekt, so die Interkostalblockade bei Thorex- oder Oberbauchoperationen.

Zu den ekuten Schmerzzuständen zählen alle akuten Erkrankungen des muskuloskelettalen Bandapparates, Ischialgien, Zephalgien. Eine absolute Indiketion zur Schmerzblockade besteht beim akuten Herpes zoster.

Einen großen Anteil des Patientengutes stellen die chronischen Schmerzsyndrome dar, die seit Jahren und Jehrzehnten von einer Klinik zur anderen wandern und nie vollständig geheilt werden konnten. Die häufigsten Krankheitsbilder dieser chronischen Schmerzkrankheit sind:

— Operierte, bestrahlte, inoperable und metestasierende Karzinome mit den unterschiedlichsten Lokalisationen

— Kopf- und Gesichtsschmerzen unterschiedlichster Genese

— Degenerative Gelenkveränderungen

— Reflexdystrophien mit Durchblutungsstörungen

— Der sehr häufige Herpes zoster

— Phantomnarben und Neuromschmerzen

— Treumatische oder ietrogene Nervenschädigungen

— Zustand nech Bandscheibenoperetion und schließlich die chronische Penkreatitis, deren Schmerzen äußerst unangenehm sein können.

Die Prognose der Schmerztherapie ist um so günstiger, je früher eine ätiologische Behandlung eingeleitet wird.

Eine Spezialmethode der Anästhesisten ist die zunehmend häufiger angewandte Lokalanästhesie, die eigentlich in allen Körperregionen gezielt angewandt werden kann. Neurolytika, wie Alkohol oder Phenol, werden selbstverständlich erst dann angewendet, wenn man vorher mit Anästhetike überprüft hat, ob die Blockade erfolgreich ist. Bei dem sehr quälenden, oft Monate und Jahre andauernden Herpes zoster-Schmerz ist die gezielte Lokalanästhesie die Methode der Wahl, dabei wird eine Behandlungsserie von sechs bis zwölf Sitzungen — zu Anfang täglich — durchgeführt. Bei Petienten mit jahrelangen Schmerzen ist der Erfolg mit Lokalanästhetika jedoch gering. Diese Patienten werden dann mit einem Neuroleptikum eingestellt, wodurch zwar keine Heilung, aber eine deutliche Schmerzreduktion möglich ist.

Wie bereits in vielen anderen Ländern, sollte auch in der Bundesrepublik Deutschland an ellen Universitätskliniken eine Schmerzklinik vorhanden sein, um die stationären oder ambulanten Problemfälle behandeln zu können, wodurch den ca. 100 000 Schmerzkranken in der Bundesrepublik Deutschland erheblich besser geholfen werden könnte.

Professor Dr. H. G. Faßbender, Mainz:

Der rheumatische Schmerz

Die Vielzahl der rheumatischen Erkrankungen unterscheidet sich durch ihre völlig verschiedenartige Ätiologie, Morphologie, Serologie und klinische Phänomenologie. Eines aber haben sie gemeinsam: den Schmerz.

Der rheumatische Schmerz kann ganz allgemein als chronischer Schmerz im Bereich des Bewegungsapparates mit ziehendem Charakter bezeichnet werden. Dennoch sind die Schmerzzustände bei den einzelnen Erkrankungen qualitativ und quantitativ unterschiedlich.

Im folgenden sollen die Schmerzursachen bei den wichtigsten rheumatischen Erkrenkungen erörtert werden:

1. Der Weichteilrheumatismus ist im wesentlichen geprägt durch die Schmerzphänomene, die in Muskulatur und Sehne lokalisiert sind. Entgegen früherer Meinung handelt es sich nicht um entzündliche Veränderungen, sondern — wie elektronenoptische Untersuchungen gezeigt haben — um Veränderungen der kontraktilen Substanzen der Muskelfasern, die mit Befunden übereinstimmen, wie man sie nach experimentellem Sauerstoffmangel beobachtet hat. Diese Veränderungen können folgendermaßen gedeutet werden:

Rheuma –
Jetzt auch preiswert behandeln!

Indometacin 50 mg

neu von Sanorania

Indo-Tablinen®

Antirheumatikum, Antiphlogistikum

20 Tabl.	50 Tabl.
8.–	17.15

Tablinen®
Abkehr von Billig- und Luxustherapie

Indikationen: Entzündliche und degenerative (rheumatische) Erkrankungen des Bewegungsapparates, wie primär chronische Polyarthritis, Arthrosis deformans, Spondylarthrose, Koxarthrose, Spondylitis ankylopoetica (M. Bechterew), Weichteilaffektionen wie Bursitis, Synovitis, Tendinitis, Tendovaginitis, Lumbalgie. Entzündungshemmung und Schleimhautabschwellung nach zahnärztlichen Eingriffen.

Kontraindikationen: Ulcus ventriculi et duodeni, auch in der Anamnese, Allergie gegen Acetylsalicylsäure oder Indometacin, Anwendung bei Kindern unter 14 Jahren.

Mögliche Nebenwirkungen: Gastrointestinale Störungen und Blutungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Somnolenz, psychische Störungen, allergische Hauterscheinungen, Störungen der Hämatopoese; Sehstörung: Retina- und Makulaveränderungen.

Dosierung und Anwendungsweise: Die Dosierung wird individuell vom Arzt bestimmt. Als Richtlinie kann gelten: Zur Einleitung der Therapie 2–3 × ½–1 Tablette täglich zu den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Die empfohlene Maximaldosis beträgt 4 Tabletten täglich.

S SANORANIA Dr.G.Strohscheer
1 Berlin 28

Unterschiedliche Ursachen können zu einer herdförmigen Fehlinnervation bestimmter Abschnitte in der Muskuletur führen. Es kommt hierbei zu einem unphysiologischen Dauertonus herdförmiger Skelettmuskelabschnitte, die auch seit langem als Muskelhärten und Verspennungen bekannt sind. Da diese im Dauertonus befindlichen Partien im Verhältnis zur umgebenden Muskulatur einen erhöhten Sauerstoffbedarf haben, geraten diese Muskelfasern in eine relative Hypoxie, die sich wiederum in der eben beschriebenen hypoxischen Faserschädigung ausdrückt. Therapeutische Konsequenzen:

Der rheumatische Schmerz in der Skelettmuskulatur kann nicht mit antiphlogistischen Substanzen bekämpft werden. Vielmehr muß eine Behandlung bei den Ursachen ansetzen, unter Umständen in Form einer Psychotherapie. Die Muskelveränderungen selbst sind einer physikalischen Therapie zugänglich. In den Sehnenansätzen finden sich – im Gegensatz zu den regressiven Veränderungen der Skelettmuskulatur – Wucherungen der Bindegewebszellen, was verständlich ist, wenn man bedenkt, daß es sich bei der Skelettmuskulatur um Parenchym handelt, das bei Sauerstoffmangel stirbt, während Sehnen mesenchymalen Charakter haben, bei dem Sauerstoffmengel zu einer Zellproliferation führt. Dies erklärt, daß bei dem Weichteilrheumatismus der Sehnen antiphlogistische Substanzen wirksam sein können, obwohl hier keinerlei Entzündung vorliegt, einfach deshalb, weil antiphlogistische Substanzen zum Teil antiproliferativ wirken.

2. Die Polymyalgia rheumatica ist seltener, aber gefährlicher und zeigt eine wesentlich schärfer definierte Symptomatik. Es erkranken vorwiegend ältere Menschen, Frauen doppelt so häufig als Männer. Befallen sind die Muskeln des Schulter- und Beckengürtels. Die Krankheit ist durch einen Spontanschmerz in diesem Bereich charakterisiert und führt zu Bewegungseinschränkungen. In 20 Prozent der Fälle ist die Symptomatik mit dem Auftreten einer Arteriitis temporalis vergesellschaftet. Die im allgemeinen stark erhöhte Blutsenkung und die gute Ansprechbarkeit auf eine Cortisontherapie legen den Gedanken nahe, daß hier eine entzündliche Muskelerkrankung vorliegt. Aber auch hier haben sich keine entzündlichen Veränderungen nachweisen lassen. Die ultrastrukturellen Veränderungen legen em ehesten eine übergeordnete nervale oder humorele Ursache des Leidens nahe.

3. Das rheumatische Fieber ist in Mitteleuropa glücklicherweise seltener geworden. An seine Stelle treten der Häufigkeit nach akute Arthritiden als Begleit- und Folgekrankheiten von Infekten, vor allem des Intestinal- und Urogenitaltraktes. Diese akuten Arthritiden sind äußerst schmerzhaft. Ihre morphologische Charakteristik ist eine akute bis subekute Synovitis mit Fibrinexsudaten und einer Zelliinfiltretion, die nur im Frühstadium durch Granulozyten, später durch Lymphozyten und Plasmazellen geprägt ist.

4. Die chronische Polyarthritis (= CP) ist demgegenüber eine Systemerkrankung, der wahrscheinlich immunologische Mechanismen zugrunde liegen und die sich vorwiegend an den Gelenken manifestiert. Im Gegensatz zur akuten postinfektiösen Arthritis verläuft der Prozeß bei der CP an Gelenken und Sehnenscheiden schleichend und schubweise. Der rheumatische Schmerz wird im wesentlichen durch Druck und Bewegung ausgelöst, er ist also ein passiver Schmerz. Man nimmt an, daß von Zeit zu Zeit immunologisch bedingte Kapillarschäden im Synovialgewebe Plasmaaustritte mit nachfolgender Fibrinpolymerisation auslösen, die ihrerseits zu einer hochgradigen Proliferation des Synovialgewebes führen. Diese Proliferationen haben eine morphologische Ähnlichkeit mit Tumorzellverbänden. Sie greifen vom Rande her den Gelenkknorpel an, bauen ihn enzymatisch ab, verblühen jedoch bald wieder. Schrittweise Zerstörung und Untergang des Knorpels sind das Werk vieler solcher Schübe. Die derzeitige konservative Therapie muß sich im wesentlichen auf antiphlogistische Maßnahmen und Schmerzbekämpfung beschränken.

5. Die Spondylitis ankylosans, der Morbus Bechterew, ist eine Erkrenkung, die überwiegend Männer befällt und bereits im Jugendalter schleichend beginnen kann. Die charakteristische Lokalisation ist das Stammskelett. Erstes Symptom kann aber eine Arthritis des Knie-, Hüft- oder Fußgelenkes sein. Auch hier hat sich die Meinung verfestigt, daß der Umbauprozeß an der Wirbelsäule keinen entzündlichen Charakter hat. Aber parallel und möglicherweise unabhängig von den metaplastischen Vorgängen kenn man entzündliche osteolysierende Prozesse an der Wirbelkörpervorderkante und auch mit gelegentlichem Übergreifen auf Zwischenwirbelscheiben nachweisen. Diese Veränderungen sind wahrscheinlich für die systemischen Entzündungszeichen und die nächtlichen Rückenschmerzen verantwortlich.

6. Die Arthrose ist – im Gegensatz zur CP – eine reine Gelenkerkrankung. Der Mechanismus ist ein Verschleiß des Gelenkknorpels, begünstigt durch genetische und mechanische Faktoren. Die primären Knorpeldestruktionen sind zunächst nicht schmerzhaft. Erst im Laufe der Zeit wird das Synovialgewebe durch anflutende Abbauprodukte der untergehenden Knorpelsubstanz entzündlich gereizt, und es entwickelt sich eine sterile unspezifische Synovitis. Diese sekundäre Synovitis kann durch entzündungshemmende Mittel erfolgreich behandelt werden.

Professor Dr. K. Kohlmeyer, Mannheim:

Schmerztherapie eus der Sicht des Neurologen

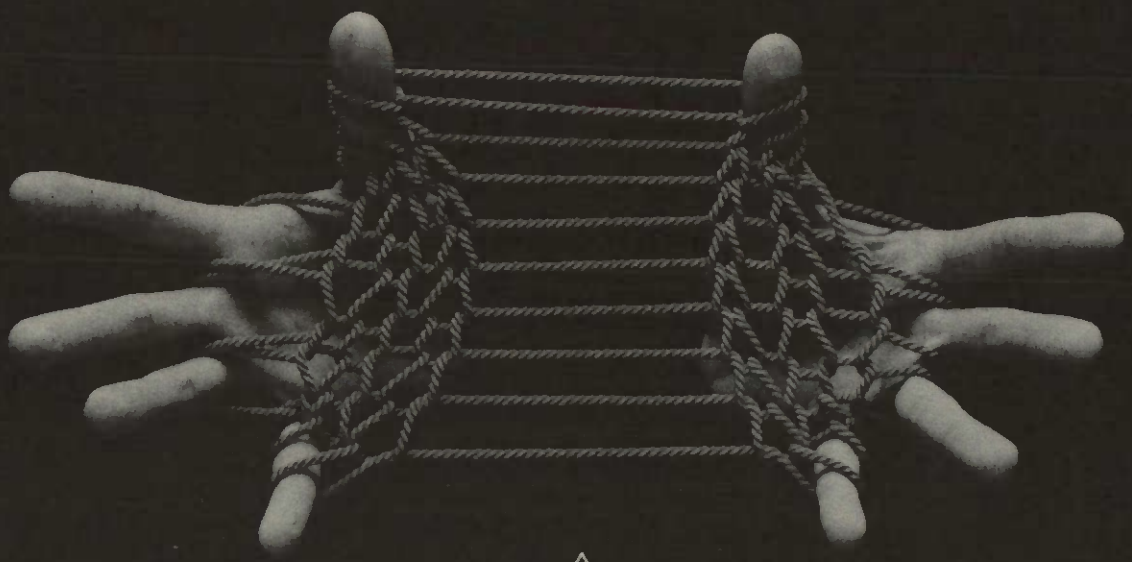
Für die Therapie im Bereich der Neurologie, sei sie chirurgisch, medikamentös oder physikalisch, ist wohl mehr als in jedem enderen Fach die genaue (Lokal-) Diagnose notwendig.

Der neuralgische Schmerz gehört in die Gruppe der projizierten Schmerzen, weil er als exakte enatomische Projektion den Versorgungsgebieten von peripheren oder Hirnnerven, von Nervenplexus oder Nervenwurzel folgt. Sein Charakteristikum ist neben der eindeutigen, anatomischen Lokalisation des wellenförmige oder ettackenweise Auftreten. Die Neuralgie ist nie ein gleichbleibender Dauerschmerz. Das bekannteste Beispiel ist die Trigeminusneuralgie, wobei man sich niemals mit der Feststellung einer sogenannten idiopathischen Form begnügen darf, sondern stets eine gründliche neurologische und internistische Untersuchung durchführen soll, um eine symptomatische Neuralgie auszuschließen, besonders wenn die Manifestation unterhalb des 50. Lebensjahres liegt.

Neue Monosubstanz

Biarison®

optimiert die Rheumatherapie



Sandoz AG 8500 Nürnberg

Biarison®

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

Anwendungsgebiete
Degenerative rheumatische Erkrankungen
Osteoarthrose der Hüfte, des Knies oder anderer Gelenke
Chronisch-entzündliche Erkrankungen
chronische Arthritis
Spondylarthritis ankylopoetica
Akute entzündliche Erkrankungen
akute Gicht
akute rheumatische Schmerzzustände (Ischias, Zervikalsyndrom, Hexenschuß, Torticollis etc.)
extraartikuläre rheumatische Erkrankungen (Tendinitis, Bursitis, Synovitis und Tendosynovitis)
schmerzhaft-entzündliche Krisen im Verlauf degenerativer Gelenkerkrankungen
Verrenkungen und Verstauchungen

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

Nebenwirkungen
Gelegentlich können während der Biarison-Behandlung Magen- und Darmbeschwerden (Magen- und Unterleibsschmerzen, 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 entzündungshemmenden Arzneimitteln sollten auch während einer längeren Behandlung mit Biarison regelmäßige Blutbildkontrollen durchgeführt werden.

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.

Wechselwirkungen 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.

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 März 1980

Immer sollte man die motorische Funktion dieses Nerven prüfen, denn motorische Ausfälle oder Atrophien der entsprechenden Muskulatur gibt es bei der idiopathischen Trigeminusneuralgie nicht. Sie zeigen immer eine symptomatische Genese, vor ellem Tumoren in der Kleinhirnbrückenwinkelregion an. Hat eine ausführliche Diagnostik einschließlich der Computertomographie (= CT) eine symptomatische Genese bewiesen, so führt die neurochirurgische Intervention fast immer zur Schmerzfreiheit.

Auch bei der sogenannten Okzipitalneuralgie und der sogenannten Migraine cervicale muß eine gründliche neurologische und neuroradiologische Untersuchung Tumoren der hinteren Schädelgrube, Fehlbildungen des zerviko-okzipitalen Überganges und Prozesses der oberen Halswirbelsäule ausschließen. Wesentlich häufiger als der typische neuralgische Schmerz ist der schlecht lokalisierbare, dumpfe, bohrende oder drückende Kopfschmerz, der sogenannte Tiefenschmerz. Aus dieser Gruppe sei der permanente vaskuläre Kopfschmerz und die attackenweise auftretende Migräne genannt. Betrifft die Hemikranie über Monate und Jahre konstant dieselbe Seite, und kommt es dabei zu neurologischen Ausfallserscheinungen, so liegt das Syndrom der Migraine accompagnée vor und dann muß zum Ausschluß einer Gefäßmißbildung eine weitere neurologische Diagnostik einschließlich CT und zerebrale Angiographie gemacht werden.

Nicht schwer zu diagnostizieren, aber immer wieder verkannt, ist der meist, jedoch nicht immer, perakut, manchmal auch subakut einsetzende Kopfschmerz, der vom Patienten meist als „rasend", „unerträglich" oder ähnlich geschildert wird bei einer Subarachnoidalblutung. Eine Bewußtseinsstörung ist dabei keineswegs obligat.

Der typische, projizierte Schmerz im Schulter-Arm-Bereich ist der zervikale Muskelschmerz, am häufigsten hervorgerufen durch einen zervikalen Bandscheibenprolaps, dessen Diagnose unterstützt wird, wenn die segmentalen Schmerzen sich beim Niesen, Husten und Pressen verstärken. Vorbedingung für diese Diagnose ist, daß der projizierte Schmerz exakt auf ein oder zwei Dermatome einzugrenzen ist. Bei entsprechenden Symptomen im unteren zervikalen Bereich ist ein sogenannter Pancoast-Tumor auszuschließen. Fehlen bei typischer Schmerzausbreitung motorische Reiz- oder Ausfallserscheinungen, so sollte ein EMG veranlaßt werden. Bei eindeutigem Wurzelkompressionssyndrom ist weiterhin zu klären, ob an den unteren Extremitäten Zeichen einer Spastik, also einer Rückenmarkskompression, zu finden sind. Spätestens dann ist die Indikation zu einer Myelographie gegeben. Dabei kann dann in der Regel differentialdiagnostisch ein Meningeom mit kugelförmiger Kontrastmittelaussparung abgegrenzt werden. Für die Diagnose eines Wurzelneurinoms, das zu besonders heftigen und quälenden Schmerzen führt, müssen Schrägaufnahmen der HWS durchgeführt werden, die eine Erweiterung des Foramen intervertebrale zeigen.

Der häufigste projizierte Schmerz in der Praxis wird durch die Ischialgie hervorgerufen. Die durch Diskusprolapse bedingten außerordentlich schmerzhaften Wurzelkompressionssyndrome in diesem Bereich betreffen zu mehr als 95 Prozent die Bandscheiben zwischen LWK 5/4 und LWK 5/SWK 1; das bedeutet, daß das typische, bandscheibenbedingte Ischias-Syndrom fast ausschließlich die Dermatome der fünften Lumbal- und ersten Sakralwurzel betreffen. Auch hier muß die einfache neurologische Untersuchung nach weiteren, der Wurzelschädigung zuzuordnenden Symptome fahnden, und dazu ist nichts weiter erforderlich, als die Achilles- und Patellarsehnenreflexe, Flexion und Extension der Füße und besonders der Großzehen, die Funktion der Glutäalmuskulatur und den Sphinktertonus zu prüfen. Die Befunde entscheiden darüber, ob eine baldige lumbale Radikulographie notwendig ist, oder ob zunächst eine konservative Therapie durchgeführt werden kann. Eine Lendenstrecksteife ist bei Jugendlichen immer verdächtig auf einen spinalen raumfordernden Prozeß.

Abschließend sei noch auf einige interne und neurologische Erkrankungen verwiesen, bei denen der Schmerzinitial ganz im Vordergrund stehen kann. Bei einer diabetischen oder anderen metabolischen Polyneuropathie stehen häufig quälende Parästhesien der unteren Extremitäten, das burning feet syndrom, am Anfang. Bei der Alkohol-Polyneuropathie findet man häufig attackenweise euftretende Wadenkrämpfe. Die akute intermittierende Porphyrie beginnt häufig mit kolikartigen Bauchschmerzen, denen dann erst später die eventuell aufsteigende und Gefahr bringende Polyneuropathie folgt.

Dr. L. Blaha, Erlangen:

Pharmakotherapie der Schmerzzustände

Das Alarmsymptom Schmerz sollte nicht unter allen Umständen unterdrückt, sondern zunächst eine Ursachenanalyse und dann eine kausale Elimination der Schmerzursache durchgeführt werden. Erst wenn das nicht vollständig möglich ist, sollte eine Pharmakotherapie, d. h. eine im wesentlichen symptomatische Behandlung, durchgeführt werden. Neben den „reinen" Analgetika mit verschiedenen Wirkungsintensitäten haben auch die Antikonvulsiva und die Psychopharmaka eine große Bedeutung in der Schmerzbehandlung. Der Schmerz mit seinem fordernden Charakter führt unweigerlich zur Assoziation mit Morphium, an dem auch heute noch die analgetische Potenz gemessen wird. Trotzdem entspricht diese Substanz und ihre Derivate keineswegs dem Ideal eines Analgetikums, bei dem eine selektive Schmerzausschaltung zu fordern wäre, ohne daß unerwünschte Beeinträchtigungen und Nebenwirkungen hinzutreten.

Von besonderem Interesse ist die Gruppe der stark wirkenden Analgetika, die den Nicht-Opiaten angehören und nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen. Sie sind einerseits bei guter Wirksamkeit relativ leicht verfügbar, andererseits sind sie immer wieder Anfechtungen ausgesetzt, die die Unterstellung unter das Betäubungsmittelgesetz zum Inhalt haben, obwohl eine höhere Tendenz zur Abhängigkeitsentwicklung meist nicht eindeutig gesichert werden kann.

Bei den weniger stark analgetisch wirkenden Substanzen, kurz leichte Analgetika genannt, entscheiden nicht selten die zusätzlichen, mehr oder minder ausgeprägten Wirkkomponenten, wie der antipyretische und antiinflammatorische Effekt, über deren Einsatz.

Übrigbleibt die schwer überschaubare Gruppe der Kombinationspräparate, die zweifellos am häufigsten verordnet wird.

Alle drei hier zur Diskussion stehenden Stoffgruppen – Analgetika, Antikonvulsiva und Psychopharmaka – können bei entsprechender Indikation als „kausale" Therapie, wie bei Mißempfindungen im Rahmen depressiver Erkrankungen, eingesetzt werden. Andererseits erfüllen beispielsweise die Tranquillantien vom Benzodiazepin-Typ durch ihre antinozizeptive Wirkung eine wesentliche Aufgabe bei der Modulation der Schmerzempfindung und Schmerzverarbeitung. Schließlich wird die Bedeutung der Zusatztherapie von Psychopharmake mit ihrer additiven oder potenzierenden Wirkung viel zu wenig gewürdigt. Diese stiefmütterliche Behandlung der Psychopharmaka bei der Schmerztherapie beruht zum großen Teil auf der fachübergreifenden Situation. Gerade unter diesem Gesichtswinkel erscheint es angezeigt, von jeder der in Frage kommenden Stoffgruppe wenigstens eine oder zwei Substanzen näher zu kennen, anzuwenden und damit über Wirkung und Nebenwirkung ausreichend informiert zu sein. In Erlangen hat sich beispielsweise bei den Neuroleptika seit Jehren die Kombination Megaphen-Atosil und in neuerer Zeit auch Haloperidol, Neurocil und Dipiperon bewährt. Damit sind auch schwerste Schmerzzustände befriedigend bis gut zu beherrschen. Unbedingt Beachtung finden müssen bei einem derertigen Therapiekonzept mögliche Herz- und vor allem Kreislaufnebenwirkungen, die sich in einem erheblichen Blutdruckabfall mit orthostatischer Dysregulation äußern können. Bei entsprechender Gefährdung – Alterspatienten, Hypotoniker – bietet sich der Einsatz von Butyrophenen-Derivaten an, wie z. B. Haloperidol und Dipiperon.

Antidepressiva sind insbesondere bei Situationen indiziert, bei denen Schmerzen ein depressives Syndrom ausgelöst haben, und es dabei zu einer Modifikation im Sinne einer Verstärkung der Schmerzempfindung und Schmerzverarbeitung gekommen ist. Die Stoffgruppe der Tranquillantien vom Benzodiazepin-Typ ist els additives Therapiekonzept in zweifacher Weise geeignet. Einerseits wird die von Wieck dargelegte Antinozizeption, der Zufluß der Schmerzreize von der Perpherie zum Bewußtsein, und die damit verbundene negative Rückkoppelung reduziert. Andererseits sind mit diesen Substanzen euch unmittelbare Wirkungen auf die subkortikalen Zentren und am limbischen System zu diskutieren, wenngleich bis heute exakte neurophysiologische Ergebnisse zu dieser Fragestellung fehlen.

Professor Dr. A. Windorfer, Erlangen:

Schmerzbewertung und Schmerztherapie in der Pädiatrie

Bei keinen anderen Patienten ist die Bewertung und Beurteilung von Schmerzen so schwierig wie bei Kindern, denn sie haben besonders in den ersten Jahren nicht die Möglichkeit, ihre Schmerzen zu schildern.

Bei der Betrachtung der schmerzauslösenden Krankheiten wollen wir hier verschiedene Lebensabschnitte unterscheiden:

Im ersten und zweiten Lebensjahr äußern Kinder Schmerzen einfach durch Weinen und Schreien. Hier schon muß differenziert werden, ob es sich um Äußerungen von Unbehagen oder Unlust handelt, oder ob das Weinen und Wimmern, das nicht aufhört, auf einen ernsthaften Krankheitszustand hinweist. Ein genauer Bericht der Mutter und die Untersuchung des Arztes führen weiter. In den ersten beiden Lebensjahren stehen an erster Stelle mit Schmerzen die häufigen Erkrankungen: Säuglingsenteritis mit Tenesmen, Angina, Otitis media, Zystopyelitis mit Harndrang und auch die lebensbedrohlichen Meningitiden. Nur die Enteritis macht sich alsbald bemerkbar; die übrigen Erkrankungen muß der Arzt durch wiederholte genaue Untersuchungen finden. Bei schweren Erkrankungen dieser Art sind die Analgetika früherer Zeit verlassen zugunsten der wirksamen Antibiotika; sie senken das Fieber, leiten die Heilung ein und stillen die Schmerzen. Eine äußerst schmerzhafte Erkrankung bei Säuglingen, die sich glücklicherweise bald bemerkbar macht, ist der Pylorospasmus und die Pylorusstenose mit heftigem Erbrechen. Bei einem Spasmus ist eine medikamentöse Lösung, z. B. durch Skopyl (von zwei bis maximal zehn Tropfen steigend pro Tag), möglich. Bei einer Stenose ist die Operation angezeigt, die mit der subtilen Durchtrennung der Muskulatur Schmerz und Hindernis beseitigt. Besonders bösartige Erkrankung der Säuglinge und Kleinkinder im Darmbereich sind alle

Jetzt

mit

Doxyremed

(100 mg Doxycyclin)
Breitspektrum-Antibiotikum

hochqualitativ
und
kostenbewußt
verordnen

10 Kps DM 17,30
20 Kps DM 31,85

Doxyremed

Zusammensetzung: 1 Kapsel Doxyremed enthält 115,4 mg Doxycyclin (INN) - hydrochlorid-hemiethanolat-hemihydrat entsprechend 100 mg Doxycyclin (INN).

Anwendungsgebiete: Infektionen mit allen Doxycyclin-empfindlichen Erregern, insbesondere Infektionen der Atemwege, im Urogenitalbereich, im HNO-Bereich, der Gallenwege sowie der Haut und Weichteile.

Gegenanzeigen: Tetracyclin - Überempfindlichkeit, Schwangerschaft, Stillzeit, noch nicht abgeschlossene Zahnbildung (Kinder unter 8 Jahre).

Nebenwirkungen: Gelegentliche Magen-Darm-Unverträglichkeiten. Allergische Reaktionen sind selten. Unter direkter UV-Lichtbestrahlung können in seltenen Fällen Hautreaktionen auftreten.

Wirkungsweise: Doxyremed ist ein halbsynthetisches Breitspektrum-Antibiotikum zur Behandlung bakterieller Infektionskrankheiten.

Wechselwirkungen: Die gleichzeitige Anwendung von Antacida und Eisen sollte wegen Doxycyclin-Resorptionsverlusten vermieden werden. Die gleichzeitige Verabreichung von bakterizid-wirksamen Chemotherapeutika führt zu Wirkungsverlusten.

Dosierungen: Bei einem Körpergewicht über 50 kg: am ersten Tag 2 Kapseln gleichzeitig, ab dem zweiten Tag je eine Kapsel täglich; bei einem Körpergewicht ab 80 kg und bei schweren Infektionen: 2 Kapseln alle 24 Stunden gleichzeitig.

Handelsformen und Preise: OP mit 10 Kapseln DM 17,30, OP mit 20 Kapseln DM 31,85.

Remed Econerica
Arzneimittel GmbH
Kirchheim bei München · Postfach 1242

Ileusformen, die häufigste ist die akute Invagination. Die Kinder jammern erbärmlich und erbrechen oft. Wird Blut aus dem Darm entleert oder ist Blut nach rektaler Untersuchung am Fingerling, ist die Diagnose fast sicher. Doch fehlt gerade dieses Zeichen oft im Beginn, und alles kommt auf die frühestmögliche Diagnose an, denn nur in den ersten 15 bis 20 Stunden gelingt es dem Operateur, die ineinandergestülpten Darmteile vorsichtig euseinander zu lösen, später ist nur eine Resektion mit schlechter Prognose möglich. Daß euch harmlose Erkrankungen recht schmerzhaft sein können, wird durch die Windeldermatitis, den Intertrigo der Säuglinge offenbar. Oft ausgelöst durch eine Enteritis entsteht durch ammoniakalische Zersetzung des Harns eine Dermatitis im Windelbereich, die durch feuchtigkeitsundurchlässige Höschen verstärkt wird. Durch Urin- und Stuhlentleerung wird die Reizung von Tag zu Tag schlimmer. Das Entscheidende zur Behandlung ist die Behebung des Durchfalls und bei der Hautpflege die Belüftung und Trocknung: die Säuglinge sollen im warmen Zimmer offen oder unter einem Bügel liegen, ohne daß die Windeln eingeschlagen werden. Häufiges Trockenlegen, Cortisonsalben, keinerlei Seifen, Abwischen mit Fettcreme, Baden nur in Mandelkleie.

Im Kleinkindesalter, wenn die Kinder sich ihre Welt „erobern", spielen alle Arten von Unfällen eine große Rolle. Besonders schmerzhaft und häufig sind Verbrühungen, Verbrennungen und Verätzungen. Außer der allgemeinen Schockbekämpfung mit Infusion und Corticoiden muß durch stark wirkende Medikamente der heftige Schmerz gelindert werden, z. B. 0,5 bis 1,0 ml Novalgin i. v. oder bei ausgedehnten Läsionen 1 bis 2 mg/kg Körpergewicht Dolantin-S. Man darf dabei in den ersten Tagen mit schmerzstillenden Mitteln nicht sparen. In die Gruppe der schweren Hautschäden gehört auch die akute toxische Epidermolyse, das sogenannte Lyell-Syndrom, eine Infektion durch Staphylokokken. Die Erkrankung, die in jedem Lebensalter auftritt, ist stets lebensbedrohlich und muß schon auf den Verdacht hin behandelt werden: mit Staphylokokken-wirksamen Antibiotika, wie Pädiathrocin oder Erycin und mit hohen Corticoiddosen. Sorgfältige Pflege wie bei Verbrennungen: auf Metallinie lagernd, durch erfahrene Ärzte und Schwestern. Bei Analgetika darf man nicht vor Morphium-Abkömmlingen zurückschrecken.

Bei älteren Kleinkindern und Schulkindern spielt der Bauchschmerz eine große Rolle. Es gilt zu klären, ob das „Bauchweh" im Magen-Darm-Trakt sitzt, wie bei der Appendizitis oder der Enteritis, oder ob ganz anderswo lokalisierte Krankheiten dazu führen, wie z. B. Zystopyelitis, Pneumonie, Pleuritis, Nierenkoliken, Meningitis und vor allem die Angina. Auch ein diabetisches Präkoma darf nicht übersehen werden. Besonders hinzuweisen ist auf die akute Myalgie, die Bornholmer Krankheit, die heftigste Bauch- oder Thoraxschmerzen verursacht. Die akuten Schmerzen können dabei auf die Minute genau beginnend angegeben werden. Die Schmerzattacken, die mit Fieber einhergehen, dauern nur ein bis zwei Stunden, um aber an den nächsten Tagen noch ein- bis dreimal wiederzukommen. Analgetika helfen über diese sehr schmerzhaften Zustände hinweg. Als Infektionskrankheit, die über das Nervensystem die Muskulatur befällt, ist der Tetanus zu nennen. Die gesamte Muskulatur wird schwer verkrampft, es kommt zu allgemeinen Krämpfen, wobei die Patienten immer bei Bewußtsein bleiben, was bei Kindern differentialdiagnostisch sehr wichtig ist.

Chronische Schmerzen treten bei Tumorkindern auf, besonders durch Metastasen und bei juveniler chronischer Polyarthritis.

Professor Dr. Hans Schadewaldt, Düsseldorf:

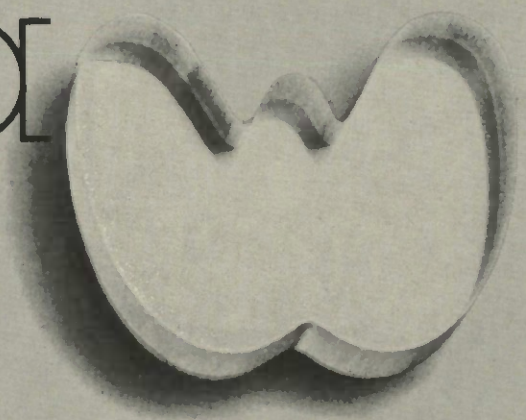
Geschichte der Schmerzbehandlung

Schon wenn wir die Bibel aufschlagen, findet sich das Schmerzproblem in der Schilderung der Vertreibung von Adam und Eva aus dem Paradies im dritten Kapitel der „Genesis", wo es heißt: „Und zum Weibe sprach Gott: Ich will dir viel Schmerzen schaffen, wenn Du schwanger wirst. Du sollst mit Schmerzen Kinder gebären." Ist der Schmerz also eine Strafe Gottes oder vielleicht nur die Prüfung des Menschen, wie dies am Beispiel des Hiob so deutlich wird, oder hätte zum Teil der berühmte französische Chirurg René Lériche Recht, der behauptete: „Der Schmerz ist immer ein unheilvolles Geschenk, das den Menschen in seinem Wert vermindert, das ihn kränker macht, als er ohne ihn wäre." Vielleicht aber sollte man eher der Meinung der antiken griechischen Ärzte zustimmen, die meinten, der Schmerz sei der „bellende Wachhund der Gesundheit", ein Topos, der übrigens bis in unsere Tage immer wieder in der Literatur auftaucht. Ja, ist er vielleicht sogar eine Grundvoraussetzung unserer Vita activa, wie Immanuel Kant schon in seiner „Anthropologie in pragmatischer Hinsicht" betont: „Der Schmerz ist der Stachel der Tätigkeit und in dieser fühlen wir alle erst unser Leben ..."?

Auch der Laie weiß sehr wohl zwischen sogenannten banalen, wenn auch starken Schmerzzuständen, wie Zahnschmerzen und Gichtanfall, und lebensbedrohlichen Schmerzen mit Todesängsten, wie bei Angina pectoris, zu unterscheiden. So unterschiedlich auch die emotionelle Wertung der verschiedenen Schmerzarten sein mag, alle davon Betroffenen haben zu allen Zeiten die sofortige Befreiung oder Linderung ihrer Schmerzanfälle erstrebt. Deshalb zählen Verfahren zur Ausschaltung des Schmerzes seit den vorgeschichtlichen Kulturen zu den wichtigsten therapeutischen Maßnahmen überhaupt. Freilich, es hat auch immer wieder Zeiten gegeben, wo der Schmerz durch Willenskraft, religiöse Überzeugung oder mittels psychischer Beeinflussung unterdrückt wurde oder wenigstens der Versuch dazu gemacht wurde. Ein Beispiel dafür sind die christlichen Märtyrer. Die Einführung des magnetischen Schlafes durch Franz Anton Mesmer führte in vielen Fällen auch zu einer Kupierung von Schmerzempfindungen, so daß im Jahre 1846 über eine größere Zahl von Operationen berichtet wurde, die ausschließlich unter mesmeristischem Schlaf durchgeführt wurden. Während Mesmer und seine direkten Nachfolger noch davon überzeugt waren, daß sie ein bestimmtes, physikalisch faßbares Fluidum aus dem Kosmos auf die Patienten übertragen würden, hat dann James Braid 1843 bereits die psychische Komponente des Mesmerismus klar erkannt und den modernen Begriff des Hypnotismus zum ersten Mal erwähnt. Damit wurde eine der interessantesten Seiten der Schmerztherapie aufgeschlagen, denn auch heute noch beschäftigt ja die Forscher intensiv die Frage der psychischen Beeinflussung

Novothyral®

bevorzugt bei blander Struma



Reine Schilddrüsenhormone **Novothyral® · Novothyral® mite**

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Levothyroxin-Natrium, T_4) und 20 µg L-Trijodthyronin (= Liothyronin-Natrium, T_3). **Anwendungsgebiete:** Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormontherapie, vorzugsweise bei blander Struma und zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion; außerdem bei Hypothyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ) und zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose. **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. Die angegebenen Gegenanzeigen sind im Kindesalter mit Ausnahme der Myokarditis nicht relevant. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechselsteigernden Wirkung der beiden Schilddrüsenhormone können gelegentlich, vor allem zu Beginn der Behandlung, Tremor, Tachykardie, Hyperhidrosis oder Durchfall auftreten. Die Tagesdosis sollte in diesem Falle raduziert und gegebenenfalls in größeren Zeitabständen langsam bis zur Tolerenzgrenze wieder erhöht werden. ■ **Vorsichtsmaßnahmen:** Bei koronarer Herzerkrankung sollte die Therapie mit niedriger Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Die Wirkung von Antikoagulanzien kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßig Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Novothyral-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindeninsuffizienz zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Novothyral in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermieden wird. Novothyral sollte deshalb 4–5 Stunden vor der Colestyramin-Applikation eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Novothyral-Therapie sollte Diphenylhydantoin nicht intrevenös gegeben werden. **Anwendungshinweise:** Die mit Kreuzrille versehenen Tabletten sind leicht teilbar, so daß die Dosierung dem individuellen Bedarf gut angepaßt werden kann. Die Einnahme erfolgt zweckmäßigerweise bei einer Tagesdosis bis zu 1 Tablette morgens, bei höherer Dosierung als zweimalige Gabe morgens und mittags. **Anmerkung:** Bei einem Schilddrüsenhormonbedarf unter 1 Tablette Novothyral täglich kann Novothyral mite verordnet werden, wenn eine Teilung der Novothyral-Tablette vermieden werden soll. 1 Tablette Novothyral mite enthält 25 µg L-Thyroxin-Na und 5 µg L-Trijodthyronin-Na und entspricht damit im Hormongehalt ¼ Tablette Novothyral. **Handelsformen: Novothyral®:** 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 13.05; 100 Tabletten mit Kreuzrille DM 23.90. Ferner Anstalts-Packung. **Novothyral® mite:** 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 7.65. Ferner Anstalts-Packung. Apoth.-Abg.preise. Stand 1.11.1979. ■

HORMON FORSCHUNG MERCK

E. Merck, Postfach 4119, 6100 Darmstadt 1

MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

9419a

der entsprechenden Schmerzrezeptionen. Auf jeden Fall tauchte immer wieder die Frage auf, ob bezüglich des Schmerzempfindens eine Änderung im Laufe der Jahrhunderte oder Jehrtausende stattgefunden habe. Heute scheint es so, daß es eher zu einer Umbewertung der Schmerzvorstellungen gekommen ist. Diese Umbewertung des Schmerzes setzte mit René Descartes ein, denn während bisher Körper und Seele auf dieser Welt untrennbar miteinander verbunden und die Seele sozusagen auf dem Vehikel des Blutes im gesamten Organismus omnipotent sein sollte als anima sensitive, kommt es nun zu einer Differenzierung, wobei dem Körper die Leitung und wohl auch die reflektive Antwort auf Schmerzreize verbleibt, während die davon getrennt vorgestellte Seele eine eigentliche Facultas sentiendi besitzt, die über die Schaltstelle der Epiphyse wieder auf den Körper zurückwirken solle.

In der frühesten Zeit, einer dämonologisch-magischen Phase, war das sogenannte Einpflocken der Schmerzen, insbesondere bei Zahnkranken, gang und gäbe, da man auf diese Weise hoffte, den die Schmerzen auslösenden Fremdkörper aus dem Körper zu zaubern und ihn mit einem Holzkeil in die Erde zu treiben, wo er so lange unschädlich war, wie der betreffende Holzkeil ihn fixierte. Erst in der griechisch-antiken Medizin hat man dann auf diese magischen Praktiken verzichtet, und Galen versuchte dann, ein regelrechtes System der Schmerzarten und der sogenannten „Anodyna", schmerzlindernde Mittel also, herauszuarbeiten. In den folgenden Jahrhunderten wurde eine Reihe von pflanzlichen Zubereitungen, z. B. aus Lattich, Mohn, Efeu, Myrrhe u. v. a. beschrieben. Immerhin bleibt festzuhalten, daß bis zum Ende des 19. Jahrhunderts spezifische neue Schmerzmittel nicht gefunden wurden, wenn man die 1845 einsetzenden Bemühungen um die Narkose eußer Acht läßt. Selbst die drei ersten von der pharmazeutischen Industrie in den Handel gebrachten Mittel – Phenazetin, Pyramidon und Aspirin – waren ursprünglich nicht als Schmerzmittel gedacht, sondern wurden als Antipyretika angeboten.

Referent:

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

Fortschritt und Fortbildung in der Medizin

IV. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer vom 23. bis 26. Januar 1980 in Köln

Das Ziel dieser Veranstaltung, so sagte Dr. K. Vilmar, Bremen, in seiner Eigenschaft als Präsident der Bundesärztekammer, ist die interdisziplinäre Diskussion, welche neuen Ergebnisse der Forschung möglichst rasch über die Fortbildung an die ärztliche Berufsausübung weitergegeben oder aber noch weiter auf ihre Bedeutung untersucht werden sollen. Außerdem soll geprüft werden, welche veralteten Methoden zugunsten neuerer aufgegeben werden sollten.

Während der Eröffnungssitzung wurde der **Fortbildungs-Filmpreis '79 der Bundesärztekammer** verliehen. Der Preis – ein in Silber gefaßter Bergkristall – wurde dem von der Fa. Boehringer Mannheim hergestellten Farbfilm *„Schatten der Nacht"* zuerkannt mit der Begründung, daß hier in didaktisch und technisch vorbildlicher Form die Problematik der Erkennung larvierter Depressionen anhand mehrerer Fallbeispiele aufgezeigt wird, und außerdem das Verhalten des depressiven Menschen sowie die Interaktionen zwischen Patient, sozialer Umwelt und Arzt aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über **entzündliche und stoffwechselbedingte rheumatische Erkrenkungen** kam Dozent Dr. M. Schattenkirchner, München, zu Wort, der u. a. auf die Gold-Pharmakokinetik einging, über die in den letzten Jahren durch Untersuchungen mit dem Atomabsorptionsspektrometer und mit dem Genzkörperzähler neue Kenntnisse gewonnen werden konnten. Der Gehalt an Gold im gesamten Organismus beträgt bei Eintritt einer Besserung im Rahmen der Therapie der chronischen Polyarthritis mit der üblichen Dosierung etwa 200 mg; die Eliminationshalbwertszeit dieses Metalls aus dem gesamten Organismus beträgt vier bis sechs Wochen.

Mit Hilfe des Atomabsorptionsspektrometers ist es möglich, Goldkonzentrationen in Körperflüssigkeiten zu messen, und zwar findet man bei einer Goldbehandlung nach dem üblichen Schema Plasmaspiegel zwischen 200 und 800 µg. Wenn der Plasmaspiegel unter 200 µg liegt, kann keine therapeutische Antwort erwartet werden. Allerdings ist eine verläßliche Überwachung hinsichtlich der Ansprechbarkeit und der Nebenwirkungsgefahr derzeit noch nicht möglich. Chancen in dieser Richtung ergeben sich jedoch bei der in Bälde zu erwartenden oralen Goldtherapie, welche zu wesentlich konstanteren Goldspiegeln führt.

In seinen weiteren Ausführungen ging Schattenkirchner auf die szintigraphischen Gelenkuntersuchungen ein und betonte, daß deren diagnostische Brauchbarkeit bei rheumatischen Erkrankungen meist falsch eingeschätzt wird. Aus der sorgfältig erhobenen Anamnese und der klinischen Untersuchung ergeben sich gewöhnlich früher Hinweise auf das Vorliegen einer beginnenden Gelenkerkrankung und man kann vielfach auch Hinweise auf die Art der Gelenkaffektion gewinnen. In der wichtigsten differentialdiagnostischen Unterscheidung zwischen Arthritis und Arthrose im Frühstadium eines Gelenkprozesses bringt jedenfalls die Nuklearmedizin keine brauchbare Hilfe. Auch für die Aktivitätsbeurteilung eines arthritischen Prozesses ist sie wegen fehlender Standardisierungsmöglichkeiten nur sehr bedingt verwendbar.

Die Behandlung jeder fraglichen Hyperurikämie ist nech Ansicht des Vortragenden ein häufig gemachter Fehler. Es gibt nur eine rheumatische Krankheit, bei welcher eine Hyperurikämie (familiäre Hyperurikämie) eine sichere pathogenetische Bedeutung hat, nämlich die Arthritis urica, die eine medikamentöse Normalisierung der Harnsäure auf Lebenszeit erfordert. Hingegen ist das Zusammentreffen einer Gicht mit einer anderen rheumatischen Erkrankung eine Rarität. Harnsäurespiegel im Grenzwertbereich bei einem Patienten mit einer anderen Krankheit als einer Gicht medikamentös anzugehen in der Vorstei-

lung einer zusätzlichen Behandlung der vorliegenden Krankheit, sei jedenfalls kein sinnvolles Vorgehen.

Ein positives c-reaktives Protein (CRP), so gab Schattenkirchner zu bedenken, ist zwar ein sensibles humorales Entzündungszeichen, vergleichbar einer BSG-Beschleunigung, einer Alpha-2-Globulinvermehrung oder einer Serum-Fe-Erniedrigung, es hat aber primär nichts mit Rheumatismus zu tun. Es ist auch fraglich, ob es bei der Beurteilung eines entzündlichen rheumatischen Prozesses eine wesentliche Bereicherung gegenüber der Synopse der übrigen humoralen Entzündungszeichen darstellt. Jedenfalls ist es nicht berechtigt, CRP zu den „Rheumafaktoren" zu zählen. Deshalb wird den Laborärzten vorgeschlagen, das CRP auf ihren Anforderungs- bzw. Befundbättern aus der Rubrik der rheuma-serologischen Untersuchungen im engeren Sinn zu streichen. Hingegen haben die Bestimmung des Rheumafaktors, die Bestimmung von antinukleären Faktoren, der Nachweis von Infektionen mit Beta-hämolysierenden Streptokokken sowie die Bestimmung von HLA-B 27 nach wie vor ihren diagnostischen Stellenwert.

In einem ergänzenden Beitrag skizzierte Professor Dr. W. Puhl, Heidelberg, die **Möglichkeiten des Orthopäden und Rheumachirurgen bei der Behandlung rheumatischer Gelenkerkrankungen.** Er ging davon aus, daß insbesondere Mono- und Oligoarthritiden oftmals differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten, weil klinische, laborchemische und radiologische Untersuchungen häufig über Monate nicht zu einer eindeutigen diagnostischen Klärung führen. Hier hat die Arthroskopie eine wesentliche Verbesserung gebracht. Bei diesem praktisch risikofreien diagnostischen Verfahren wird unter sterilen Kautelen über einen etwa 3 mm breiten Hautschnitt in Lokal- oder Vollnarkose die Optik in das Gelenk eingeführt, wodurch wesentliche Strukturen, wie Gelenkknorpel, Synovialis, Bänder und Menisci, betrachtet werden können. Die Methode erlaubt es, unter Sicht des Auges Probeexzisionen von jeweils etwa Streichholzkopfgröße von Kapsel oder Knorpel zu entnehmen.

Mit Hilfe der Arthroskopie, die vor allem für Knie- und Hüftgelenke geeignet ist, kann die oft drängende Frage geklärt werden, ob und wann eine Synovektomie durchgeführt werden soll. Nach den Erfahrungen der Heidelberger Arbeitsgruppe spricht eine mit Pannus überwachsene Gelenkfläche für eine schnellstmögliche Synovektomie. Puhl nannte zwei Fehler, die in diesem Zusammenhang häufig gemacht werden:

1. Der Patient sucht den Arzt bei Gelenkschwellungen zu spät auf. Deshalb erscheint eine breite Information durch Ärzte und möglicherweise über die Rheuma-Liga dringend erforderlich.

2. Der erstbehandelnde Arzt hat unzureichende Kenntnisse über die Krankheitsbilder des rheumatischen Formenkreises und ihre Differentialdiagnose und therapiert den Patienten über Jahre lediglich symptomatisch mit Antiphlogistika. Ein Problem liegt oft auch darin, daß bei unzureichender Diagnostik und Therapie ein Patient mit rezidivierenden Gelenkschwellungen nicht zeitig genug einem Rheuma-Arbeitskreis vorgestellt wird, in dem er sowohl vom Internisten als auch vom Orthopäden untersucht und beurteilt wird.

Ein weiteres Thema des Kölner Forums waren die *Präkanzerosen*, wozu Professor Dr. K. Ewe, Mainz, einen Beitrag über die **Krebsvorstufen des Dickdarms** lieferte und dabei zunächst auf die Frage einging, welche Faktoren für die Zunahme dieser Malignome verantwortlich sein könnten. Er erwähnte das Konzept von Burkitt, wonach die Schlackenarmut und der Fettreichtum der Diät in den westlichen Industrieländern zu einer Verlangsamung der Kolonpassage und zu einer verlängerten Kontaktzeit des Stuhls mit der Darmwand führt. Gleichzeitig wird die Darmflora verändert, und es werden durch den vermehrten Fettgehalt die intestinalen Gallensäurekonzentrationen erhöht. Die veränderte Flora, so hat Hill dies gedeutet, vermehrt Anaerobier, wie z. B. Clostridien, welche Gallensäuren und Cholesterinabkömmlinge in Kanzerogene, wie z. B. Cholantren, umwandeln. Obwohl in letzter Zeit weitere experimentelle und epidemiologische Studien präsentiert wurden, die gezeigt haben, daß der Diät bei der Entstehung des Dickdarmkarzinoms und damit auch seiner Präkanzerosen eine wesentliche Bedeutung zukommt, gibt es jedoch noch eine Reihe von Widersprüchen, die darauf hinweisen, daß das Problem der Karzinominduktion im Kolon durchaus komplex ist.

Zur Frühdiagnose der Dickdarmmalignome äußerte sich Ewe dahingehend, daß man zwar mit der Rektoskopie etwa 60 Prozent und mit dem Doppelkontrast und der Koloskopie praktisch alle Tumoren in diesem Bereich diagnostizieren könnte, daß diese Methoden als Screening-Verfahren aber nicht praktikabel sind. Deshalb wurde Versucht, die vermehrte Blutungsneigung solcher Geschwülste für einen Suchtest nutzbar zu machen. Da aber auch physiologischerweise geringe Blutmengen (etwa 2 bis 3 ml in 24 Stunden) in das Darmlumen verlorengehen, bestand das Problem darin, den Blutnachweis nicht zu empfindlich, aber auch nicht zu unempfindlich zu machen. Da der modifizierte Guajak-Test nach Greegor diesen Forderungen am ehesten entsprach, wurde er am 1. Januar 1977 als Haemoccult-Test in die gesetzliche Krebsvorsorge eingeführt. Inzwischen wurden weitere Präparate dieser Art in den Handel gebracht (z. B. Haemofec und Colorect), deren Leistungsfähigkeit nach den bisherigen Ergebnissen vergleichbar zu sein scheint.

Die Problematik bei diesem Suchtest besteht darin, daß die Blutung aus einem Tumor manchmal diskontinuierlich erfolgt, was erklärt, daß etwa 20 Prozent falsch-negative Resultate zu verzeichnen sind. Wenn der Tumor im Rektum lokalisiert ist, kann die mangelnde Durchmischung von Blut und Stuhl zu einem falschnegativen Ergebnis führen, bei einem Malignom oberhalb des Zökums kann es vorkommen, daß das Hämoglobin, welches für die Peroxidasereaktion notwendig ist, von Bakterien abgebaut wird. Daraus ergibt sich, daß bei einem negativen Ausfall des Haemoccult-Tests, vor allem wenn noch Beschwerden vorhanden sind, nicht ohne weiteres geschlossen werden darf, daß ein solcher Patient kein Karzinom oder keine Polypen haben kann.

Nach den Erfahrungen von Ewe hat eine schlackenreiche Diät bzw. die Einnahme von Weizenkleie keinen Einfluß auf den Ausfall des Testergebnisses. Der Genuß großer Mengen von Blutwurst kann zu falschpositiven Resultaten führen, während Fleisch und Wurst in den üblichen Mengen den Test nicht beeinflussen;

Das Team

Die synergistische Herz-Kreislauf-Therapie

Taluvian®

Weil Ihre Patienten mit 60 noch aktiv sein wollen

Patienten ab 60 mit kardiozirkulatorischen Störungen zeigen oft eine komplexe Symptomatik: Neben einer leichten bis mittelschweren Myokardinsuffizienz treten häufig Herzrhythmusstörungen, Stenokardien, erhöhter Blutdruck und zerebrale Durchblutungsstörungen in unterschiedlich ausgeprägtem Maße auf. Die Digitalisverträglichkeit ist bei diesen Patienten nicht selten reduziert.
Die Wirkstoffkombination in Taluvian® entspricht der heutigen Forderung nach einer synergistischen Therapie leichter bis mittelschwerer Formen der Herzinsuffizienz, die mit kardiozirkulatorischen Beschwerden einhergehen. Taluvian® kompensiert rasch und zuverlässig das insuffiziente Herz, wirkt normalisierend auf Herzrhythmus und Blutdruck und beseitigt zielgerichtet auch die zerebralen Durchblutungsstörungen.

Taluvian® beherrscht die komplexe Symptomatik

Taluvian® (Verapamil plus Proscillaridin) wirkt umfassend und zuverlässig.

Taluvian®
- steigert die Herzleistung
- ökonomisiert die Herzarbeit
- wirkt normalisierend auf Herzrhythmus und Blutdruck
- verbessert die Myokard- und Hirndurchblutung

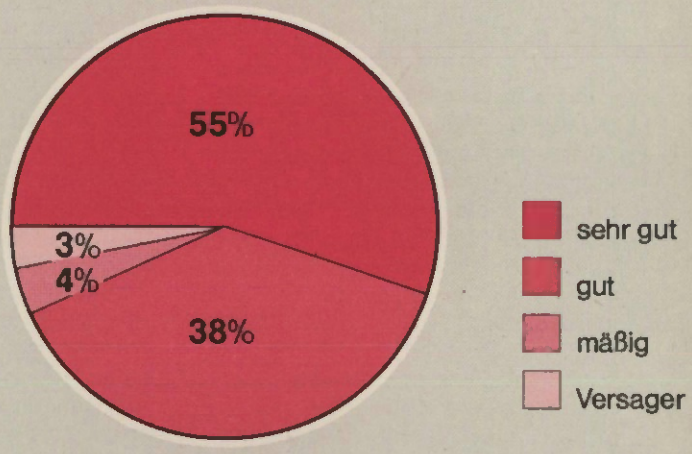
Taluvian® die fortschrittliche Wirkstoffkombination zur Behandlung Ihrer Herz-Kreislauf-Patienten ab 60.

Taluvian® bessert deutlich die Symptomatik

K. Thönelt prüfte Taluvian® bei 92 Patienten mit Herzinsuffizienz unter Koronarbeteiligung, Cor pulmonale und Koronarinsuffizienz.
Dosierung:
3 x 1 Dragée Taluvian® 0,5 mg bzw.
4 x 1 Dragée Taluvian® 0,25 mg pro Tag.

Zur Beurteilung der Wirksamkeit von Taluvian® erfaßte der Autor in anfänglich 8tägigen, später in 2–4wöchigen Abständen über ein Jahr lang folgende Parameter: Herzfrequenz, Blutdruck, Schwere und Häufigkeit stenokardischer Anfälle, Rückbildung von Stauungssymptomen, Nachlassen von Atembeschwerden und EKG-Verlauf.

In fast allen Fällen konnten die Krankheitssymptome wesentlich gebessert werden. Kardiale und pulmonale Insuffizienzen wurden kompensiert, stenokardische Beschwerden gingen zurück, pektanginöse Anfälle nahmen an Zahl und Intensität stark ab, ventrikuläre Extrasystolen und andere Rhythmusstörungen wurden beseitigt.
Die Verträglichkeit von Taluvian® war ausgezeichnet.



Taluvian® im Urteil des Prüfarztes.

Lit.: K. Thönelt, aus „Wissenschaftliche Basisbroschüre 1979", KNOLL AG, Ludwigshafen

Taluvian® beseitigt glykosidinduzierte Koronarspasmen

Nicht selten reagieren Patienten mit Koronarsklerose auf eine Glykosidbehandlung mit einer Verstärkung ihrer Beschwerden.

Durch die Gabe von Taluvian® ist es – infolge der kalziumantagonistischen Wirkung von Verapamil – möglich, dem Auftreten von glykosidinduzierten Koronarspasmen vorzubeugen bzw. diese zu beseitigen.

Taluvian® das therapeutische Team

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 0,25 mg bzw. 0,5 mg reines, kristallisiertes Proscillaridin und 40 mg Verapamilhydrochlorid. **Indikationen:** Simultanbehandlung der chronischen Herzinsuffizienz mit Koronarinsuffizienz, insbesondere sogenanntes Altersherz mit ausgeprägter Koronarinsuffizienz, Nachbehandlung des Herzinfarktes, zerebrale Durchblutungsstörungen bei kardiovaskulärer Insuffizienz. **Kontraindikation:** Hyperkalzämie. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich können während der Behandlung gastrointestinale Beschwerden auftreten. Unerwünschte Effekte auf die AV-Überleitung und den Blutdruck sind prinzipiell möglich. **Wirkungsweise:** Taluvian normalisiert die Kontraktionskraft des Herzens durch den positiv inotropen Effekt von Proscillaridin, einem Glykosid, welches unabhängig vom Funktionszustand der Niere dosiert werden kann. Taluvian senkt aufgrund der kalziumantagonistischen Eigenschaften der Verapamil-Komponente den peripheren Widerstand und damit die Druckarbeit des Herzens; es verhindert Gefäßspasmen (Koronarien, Mesenterial- und Hirngefäße) und zeigt ausgeprägt antiarrhythmische Eigenschaften. **Dosierung und Anwendungsweise:** Bei Herzinsuffizienz mit Koronarinsuffizienz richtet sich die Dosierung in erster Linie nach dem Glykosidbedarf des Herzens. Je nach dem Schweregrad der Koronarinsuffizienz ist die benötigte Glykosidmenge in Form von Taluvian 0,5 mg (leichte Koronarinsuffizienz) oder Taluvian 0,25 mg (schwere Koronarinsuffizienz) zu verabreichen. Im letzteren Fall erhält der Patient bei gleicher Talusin®-Dosis die doppelte Isoptin®-Menge. Richtdosen: Bei Vorwiegen der Herzinsuffizienz Taluvian 0,5 mg 2–4mal täglich, das entspricht 1,0–2,0 mg Talusin® und 80–160 mg Isoptin® pro Tag. Bei Vorwiegen der Koronarinsuffizienz Taluvian 0,25 mg 3–6mal täglich, das entspricht 0,75–1,50 mg Talusin® und 120–240 mg Isoptin® pro Tag. Ist in Ausnahmefällen durch diese Dosen eine befriedigende Besserung der Herzinsuffizienz bzw. Koronarinsuffizienz nicht zu erreichen, so kann zusätzlich Talusin® oder Isoptin® gegeben werden. **Wechselwirkungen:** Bei gleichzeitiger Gabe von Taluvian und Pharmaka, die die AV-Überleitung hemmen, ist auf mögliche additive Effekte zu achten. Von parenteralen Kalziumgaben ist während der Therapie mit Taluvian abzuraten. Die Wirkung blutdrucksenkender Präperate kann verstärkt werden. **Zur besonderen Beachtung!** Eine manifeste Hypokaliämie sollte möglichst rasch behoben werden. Patienten mit AV-Block sollten sorgfältig überwacht werden. Bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion (Parenchymverlust/verminderte Durchblutung) wird in Abhängigkeit vom Schweregrad wegen eines verlangsamten Arzneimittelabbaue die Wirkung von Taluvian verstärkt und verlängert. Deshalb sollte in derartigen Fällen die Dosierung mit besonderer Sorgfalt eingestellt werden. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung des Arzneimittels – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch – kritisch abzuwägen. **Handelsformen:** 50 Dragées (0,25 mg) O.P. DM 15,–; 100 Dragées (0,25 mg) O.P. DM 26,24; 50 Dragées (0,5 mg) O.P. DM 17,31; 100 Dragées (0,5 mg) O.P. DM 29,27.

KNOLL AG, 6700 Ludwigshafen

knoll

Ascorbinsäura kann ihn falsch-negativ machen.

Aus der Sicht des Gynäkologen nahm Professor Dr. K. G. Ober, Erlangen, zu den **Karzinomvorstadien und Frühstadien an der Cervix uteri und in der Brustdrüse** Stellung. Er erinnerte daran, daß die morphologischen Veränderungen an der Zervix in einer bestimmten Reihenfolge ablaufen: Dysplasia – Carzinoma in situ – beginnende Invasion – Mikrokarzinom. Das ganze muß als eine Fehlentwicklung einer physiologischen indirekten Metaplasie gedeutet werden. Zu dieser Entwicklung paßt keine klinische Symptomatik, man kann die Bilder am besten mit Hilfa der Zytologie aufspüren. Da es auf diesem Gebiet immer wieder Verständigungsschwierigkeiten gibt, wies Ober darauf hin, daß unter sehr guten Arbeitsbedingungen 100 derartige Erkrankungen um den Preis von 16 rückblickend als unnötig einzuschätzender Maßnahmen (entweder Portioabschabung und Zervixkurettage oder aber Konisation) aufgespürt werden. Die Treffsicherheit dieser diagnostischen Verfahren hat sich in einer kontrollierten Studie als gleichwertig erwiesen, sie unterscheiden sich nur durch die aufzuwendenden Kosten und die Risiken als Folgen dieser Maßnahmen.

Frauen, welche sich einer zytologischen Untersuchung unterziehen, wollen mit Recht auch wissen, welche Sicherheit sie haben, gesund zu sein. Es gibt einen Autor, der über genügend solcher Untersuchungen berichten konnte, um eine prozentuale Größenordnung angeben zu können: Michalzik konnte zeigen, daß die Zahl der übersehenen Erkrankungen bei optimaler Technik in einer Größenordnung von 0,1 bis 0,2 Prozent liegt.

Nach wia vor wird die Frage einer Karzinomentstehung als „Drama in einem Akt" diskutiert, wie der Pathologe Feyrter dies formuliert hat. Ober bemerkte hierzu, daß ihm in einem viertel Jahrhundert der Beweis dieser Entwicklungsmöglichkeit nicht gelungen sei, zumindest nicht bei Frauen, die er über längere Zeit selbst untersuchen konnte. Diese Frage sei weiterhin von grundsätzlicher Bedeutung. Nachdem Krebserkrankungen bei 19- bis 20jährigen Frauen beobachtet wurden, müssen Laufzeiten von nur drei oder vier Jahren gegenüber der in der Regel angenommenen durchschnittlichen Laufzait von etwa 15 Jahren als möglich angesehen werden.

Bei der weiblichen Brustdrüse liegen die Verhältnisse wesentlich komplizierter, hier sind die Entwicklungsphasen nicht sicher bekannt. Es wird angenommen, daß ein Fünftel der Krebse von den Drüsenläppchen, vier Fünftel von den Milchgängen ausgehen. Übergänge vom intraduktalen zum infiltrierenden Wachstum werden gelegentlich beobachtet, hingegen fehlen einwandfreie Bilder vom Übergang des lobulären Carcinoma in situ in einen infiltrierenden Krebs. Als eindrucksvoll bezeichnete Ober die Häufigkeit des Nebeneinander beider Wachstumsformen. Daneben tritt als wichtigste Variante der umschriebene Krebs, der überwiegend von den Milchgängen ausgeht, meist als Skirrhus auf.

Auf das Problem der multizentrischen Entstehung von Mammatumoren eingehend, erwähnte der Vortragende, daß ihm unter mehr als 500 sorgsam untersuchten Frühfällen kein sicher nachweisbar multizentrisches invasives Wachstum in Erinnerung geblieben sei. Eine Ausnahma stellt hier die sogenannte early stromal invasion dar, die man am eindrucksvollsten bei sorgfältiger Untersuchung der gegenüberliegenden Seite einer bereits mit invasivem Krebs erkrankten Brust erkennen kann. Dort findet man in mindestens 50 Prozent der Fälle massive pathologische Veränderungen. Die Ermittlung exakter Zahlen würde einen Arbeitsaufwand erfordern, der bislang noch nirgendwo erbracht werden konnte.

In seinem Vortrag über dia **Therapie und Nachsorge beim Mammakarzinom und bei gynäkofogischen Karzinomen** vertrat Professor Dr. H. Ehrhart, München, als Internist die Auffassung, daß sich hinsichtlich der Kombinationsbehandlung des metastasierenden Mammakarzinoms mit Hormonen und Zytostatika in den letzten Jahren eine „gewisse Aufbruchstimmung" breitgemacht hat. Man hat in der Zwischenzeit Therapiepläna ausgearbeitet, die auch für den niedergelassenen Arzt von großer Bedeutung sind, weil es Abschnitte in dieser Behandlungsperioda gibt, wo die Patientinnen durchaus in ambulanter Behandlung bleiben können. Patientinnen mit günstigen Prognose-Kriterien (freies Intervall von mehr als zwei Jahren zwischen Mastektomie und Auftraten von Tumormanifestationen in Form von Lymphknotenmetastasen, Hautmetastasen, Pleuraerguß, Skelettmetastasen – aber ohne viszerale Metastasen) sollten in der Prämenopausa zunächst ovarektomiert werden. Danach ist eine sorgfältige Nachbeobachtung erforderlich, um festzustellen, ob die Ovarektomie einen Stillstand bzw. eine Remission des Tumorgeschehens bewirkt hat, oder ob es trotzdem zu einer Progression gekommen ist. In solchen Fällen kann man versuchen, mit einer additiven hormonellen Chemotherapie (z. B. mit Fludestrin, einem Testosteronlaktat) den Tumorprozeß zu beeinflussen. Wenn weder Ovarektomie noch additive Hormonbehandlung einen positiven Effekt zeigen, tritt die zytostatische Chemotherapie in ihr Recht.

In der Postmenopause kommt bei Frauen mit niedrigem Proliferationsindex – auch hier sind die Praktiker angesprochen – eine Behandlung mit Gestagenen, Anti-Östrogenen oder Östrogenen in Frage. Nach den

Führen von Arztbezeichnungen

Der Vorstand der Beyerischen Lendesërztekemmer weist die Kolleginnen und Kollegen Beyerns vorsorglich euf folgende Rechtslege hin: § 19 Abs. 1 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Beyerns vom 1. Januar 1978 legt fest:

„Die bisher eusgesprochenen Anerkennungen von Bezeichnungen bleiben gültig mit der Maßgebe, deß die in der Weiterbiidungsordnung bestimmten entsprechenden Bezeichnungen zu führen sind. Die Umstellung der Bezeichnung ist innerhalb einer Frist von drei Jehren vorzunehmen."

Diese Frist von drei Jehren läuft em 31. Dezember 1980 eb. Danech muß jeder Arzt in Bayern, der eine Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung führt, diese in der Fassung der Weiterbildungsordnung vom 1. Jenuer 1978 auf Praxisschiid, Briefkopf, Rezeptvordruck und Stempel führen.

Die wesentliche Änderung besteht darin, daß eb 1. Januer 1981 somit des Führen der Bezeichnung „Fecherzt für ..." nicht mehr stattheft ist.

Ausführungen von Ehrhart ist noch nicht klar entschieden, ob Gestagene, z. B. Clinovir, in einer hohen Dosierung von 1000 mg täglich (eine teure Behandlung, doch wenn sie begründet ist, macht die Kasse keine Schwierigkeiten) effektiver sind als Anti-Östrogene vom Typ des Nolvadex (20 bis 40 mg täglich peroral). Diese Mittel werden im allgemeinen gut vertragen und sind deshalb auch für die ambulante Behandlung durchaus geeignet. Dem Clinovir wird sogar ein gewisser „roborierender" Effekt zugesprochen. Unter dieser Therapie sind in 40 bis 50 Prozent Remissionen zu erwarten. Für die Anti-Östrogene gilt in etwa das gleiche, gelegentlich werden allerdings Hyperkalzämien und Thrombozytopenien beobachtet. Deshalb sollte der niedergelassene Arzt wiederholt das Kalzium bestimmen und die Thrombozyten kontrollieren. Die Östrogentherapie wurde für diese Indikation inzwischen weitgehend verlassen. Für die edditive hormonelle Behandlung gilt prinzipiell das gleiche wie für die Ovarektomie – nämlich Kontrolle der Patientin und Beurteilung des Therapieerfolgs etwa sechs bis acht Wochen nach Behandlungsbeginn. Wird dabei eine weitere Tumorprogression festgestellt, so tritt auch hier die zytostatische Chemotherapie in ihr Recht.

Bei Frauen mit ungünstigen Prognose-Kriterien, also bei schneller Progression und bei ausgedehnter viszeraler Metastesierung, vermag eine hormonelle Therapie nichts Nennenswertes zu leisten. Deshalb ist in solchen Fällen eine sofort einsetzende zytostatische Behandlung indiziert, und zwar bei Patientinnen vor der Menopause kombiniert mit einer Ovarektomie oder mit einer Strahlenkastration. Bei Patientinnen nach der Menopause wird ebenfalls ovarektomiert, sofern noch eine hohe Östrogenaktivität besteht. Bei niedrigem Proliferationsindex, also wenn keine Östrogenektivität mehr nachweisbar ist, sollte die zytostatische Behandlung sofort einsetzen. Von verschiedenen Seiten wurde das Anti-Östrogen Nolvadex als Basistherapie vorgeschlagen, doch meinte Ehrhart hierzu, daß bei Patientinnen mit ungünstigen Prognose-Kriterien die zytostatische Chemotherapie an erster Stelle stehen sollte.

Referent:

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

Ärztliche Aufklärungspflicht *

Rechtliche Problematik und Lösungsvorschläge

von W. Weißauer

Die ärztliche Aufklärungspflicht („Eingriffsaufklärung") ist seit jeher zwischen Ärzteschaft und Rechtsprechung umstritten. Die Meinungsverschiedenheiten reichen vom rechtlichen Ausgangspunkt bis hin zu den Detailanforderungen, die im konkreten Fall gestellt werden.

Zur Begriffsabgrenzung

Unter den Begriff der ärztlichen Aufklärung im weiteren Sinne gehört

– die *Eingriffsaufklärung* („Selbstbestimmungsaufklärung"), auf die allein im folgenden näher eingegangen werden soll,

– die *therapeutische* Aufklärung, die dem Patienten medizinische Verhaltensregeln gibt und

– die „Diagnoseaufklärung" oder richtiger die *„Auskunftserteilung"* des Arztes über Diagnose und Prognose einer Erkrankung, unabhängig von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Mängel in der therapeutischen Aufklärung gehören zum Bereich der Behandlungsfehler („Kunstfehler"). Daß der Arzt aus dem Behandlungsvertrag zur Erteilung von Auskünften über die Diagnose und Prognose der Erkrenkung verpflichtet sein kann, wenn der Patient davon wirtschaftliche oder höchstpersönliche Dispositionen abhängig mechen will, ist prinzipiell nicht zweifelhaft; bei infauster Prognose können sich daraus jedoch schwerwiegende ethische Probleme ergeben.

Die rechtliche Begründung der Pflicht zur Eingriffsaufklärung

Die Rechtsprechung subsumiert den Heileingriff, auch den lege artis indizierten und ausgeführten, der voll gelungen ist, unter die Tatbestände der Körperverletzungsdelikte. Die Ärzte ersehen darin geradezu eine Diffamierung ihrer auf Hilfeleistung gerichteten Berufstätigkeit.

Der Rechtsprechung liegen solche Tendenzen fern. Für sie handelt es sich lediglich um eine rechtliche Konstruktion zum Schutze des Selbstbestimmungsrechts und der Körperintegrität des Patienten. Zur Straftat wird der Heileingriff trotz der erwähnten Subsumtion erst dann, wenn der Arzt rechtswidrig und schuldhaft handelt. Die Einwilligung des Patienten hebt die Rechtswidrigkeit auf. Sie ist aber nur dann wirksam, wenn der Patient weiß, um was es bei dem Heileingriff geht („informed consent"). Dazu bedarf es, soweit der Patient nicht bereits über die erforderlichen Informationen verfügt, der ärztlichen Aufklärung über die Art, Bedeutung, Folgen und Risiken des Eingriffs. Sie soll es dem Patienten ermöglichen, die Überlegungen des Arztes nachzuvollziehen und sich für oder gegen den Eingriff zu entscheiden. Dazu sollte er (in großen Zügen) über seine Krankheit und ihre Prognose sowie über die Erfolgsaussichten der vorgeschlagenen Behandlung und die Behandlungsalternativen unterrichtet werden.

Der Streit um die rechtliche Einordnung des Heileingriffs wird erst durch eine eindeutige Regelung im Strafgesetzbuch sein Ende finden, deren Formulierung aber sehr viel schwieriger ist, als es zunächst den Anschein haben meg. Daran sind alle Reformentwürfe bisher gescheitert, obwohl über das Regelungsbedürfnis Einigkeit besteht.

An der Einwilligungsbedürftigkeit und an der Aufklärungspflicht, die heute prinzipiell euch die Ärzte nicht mehr in Frage stellen, wird der Gesetzgeber in einer Strafbestimmung gegen die eigenmächtige Heilbehandlung freilich festhalten müssen, weil er zum Schutze des in Art. 2 des Grundgesetzes gewährleisteten Selbstbestimmungsrechtes und der Körperintegrität verpflichtet ist.

*) Nach einem Referat bei einer Fortbildungsveranstaltung in Meinkofen

Aus zivilrechtlicher Sicht ist der Heileingriff, den der Arzt schuldhaft ohne die wirksame Einwilligung des Patienten ausführt, eine zum Schadensersatz verpflichtende unerlaubte Handlung und zugleich eine Verletzung vertraglicher Pflichten. Dies gilt auch dann, wenn der Arzt den Eingriff mit der gebotenen Sorgfalt plant und ausführt. Eine Schadensersatzpflicht kann sich bei schuldhafter Eigenmacht, insbesondere also beim „Aufklärungsfehler", selbst dann ergeben, wenn der Eingriff voll gelingt (so z. B. wegen des Verlustes der Zeugungsfähigkeit, wenn der Patient in Kenntnis dieser Folge nicht in den Eingriff eingewilligt hätte).

Die strafrechtliche und die zivilrechtliche Haftung des Arztes wegen einer eigenmächtigten Heilbehandlung stehen – ähnlich wie beim Behandlungsfehler – selbständig nebeneinander. Die Durchsetzung des staatlichen Strafanspruchs im Strafverfahren setzt keinen zivilrechtlichen Schadensersatzprozeß des Patienten gegen den Arzt voraus und umgekehrt. Strafanzeigen werden von Patienten aber oft nur deswegen erstattet, weil sie sich davon eine bessere Aufklärung des Sachverhalts und damit günstigere Voraussetzungen für die Durchsetzung von Schadensersatzensprüchen erhoffen.

Gegen den Willen des Patienten darf ein Heileingriff auch dann nicht durchgeführt werden, wenn er zur Lebensrettung erforderlich ist. Dies gilt insbesondere auch für die Bluttransfusion bei den Zeugen Jehovas, deren Glaubensfreiheit zu respektieren ist. Ausnahmen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, gelten für lebensrettende Maßnahmen nach Suizidversuchen.

Wie allgemein bekannt ist, gibt es von der Einwilligungsbedürftigkeit des Heileingriffs eine Reihe von Ausnahmen. Beim nicht willensfähigen Patienten (etwa bei Bewußtlosen nach einem Unfall) hat der Arzt bei dringenden Eingriffen in „Geschäftsführung ohne Auftrag" nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu verfahren. Ähnliches gilt, wenn sich bei einem Eingriff die nicht vorhersehbare Notwendigkeit einer Änderung oder Erweiterung ergibt. Das Problem der Aufklärung stellt sich hier nicht.

Bleibt genügend Zeit, so bedarf es der Bestellung eines Pflegers oder Vormunds für den nicht Willensfähigen. Kinder können selbst in einen Eingriff einwilligen, wenn sie die Bedeutung des Eingriffs zu erfassen und ihren Willen entsprechend zu bestimmen vermögen. Entscheidend ist der Entwicklungsstand des Kindes, die Art der Erkrankung und des Eingriffs; die Entscheidung für den Eingriff ist bei einer akuten Appendizitis einfacher als bei einem „gegebenen" Eingriff. Es ist davon auszugehen, daß die Willensfähigkeit erst ab dem 14. Lebensjahr bejaht werden kann. Für das nicht willensfähige Kind entscheiden die Eltern; mit ihnen ist deshalb auch das Aufklärungsgespräch zu führen.

Strafverfahren wegen eigenmächtiger Heilbehandlung sind selten. Im Vordergrund des Interesses stehen die Schadensersatzansprüche des Patienten, die im Zivilprozeß geltend gemacht werden. Auf sie soll im folgenden ganz vorwiegend eingegangen werden.

Die Diagnoseaufklärung

Der zweite große Streitpunkt zwischen Ärzten und Rechtsprechung war die rechtliche Forderung, den Patienten im Rahmen der Eingriffsaufklärung auch über die Diagnose zu informieren, wobei die Art und Weise der Aufklärung freilich Sache des Arztes sein soll (keine harte Konfrontation mit der Krebsdiagnose) und in Ausnahmefällen (wenn schwerwiegende gesundheitliche Schäden drohen) eine Teilaufklärung genügen soll. Die gegensätzlichen Standpunkte der Ärzte und der Rechtsprechung wurden in die Kurzformeln „suprema lex salus aegroti" und „suprema lex voluntas aegroti" gefaßt.

Offenbar hat eber das Problem der Diagnoseaufklärung en Bedeutung verloren. Dabei mag eine Rolle spielen, daß der Patient oft schon an den therapeutischen Maßnahmen, zu denen seine Einwilligung eingeholt wird, die Art seiner Erkrankung erkennt und von sich eus nicht auf der harten Konfrontetion mit der Diagnose besteht, zu der freilich der Arzt gezwungen ist, wenn der Patient seine Entscheidung für oder gegen den Eingriff davon abhängig macht.

Die Risikoaufklärung

In den Vordergrund des aktuellen Meinungsstreites und der praktischen Schwierigkeiten tritt in den letzten Jahren immer deutlicher die Aufklärung des Petienten über die Risiken des Eingriffs.

Auch für sie gilt der Grundsatz, deß es einer Aufklärung nur in großen Zügen und nicht in allen Einzelheiten bedarf. Die Rechtsprechung fordert keine Totalaufklärung. Sie unterscheidet aber bei der Aufklärungsintensität zwischen den *allgemeinen* und den *typischen* Risiken und stellt bei der letzteren Gruppe zum Teil sehr strenge Anforderungen.

Bei den ellgemeinen Risiken vertritt sie die Auffassung, daß jeder verständige Patient sie kenne, darüber müsse ihm nichts Näheres gesagt werden; allgemeine Risikohinweise (z. B. „auch nicht gefährlicher als eine Blinddarmoperation") sollen hier genügen. Großzügig verfährt sie – jedenfalls im Ausgangspunkt – auch bei der Aufklärung über allgemein bekannte Eingriffe wie die Appendektomie.

Das Appendektomieurteil des Bundesgerichtshofs vom 23. Oktober 1979 will als Risikohinweis im konkreten Fall bereits das Lapidare – Operation ist Operation – des Chirurgen genügen lassen, geht dann aber doch wieder in längeren Ausführungen darauf ein, ob die Patientin nach Bildungsgrad und Lebenserfahrung die Gefahr der Peritonitis erkennen konnte. Schon bei der Aufklärung über die Risiken allgemein bekannter Eingriffe ergeben sich damit Zonen der Unsicherheit.

Sehr viel schwieriger als bei den allgemeinen Risiken ist die Situation des Arztes bei den eingriffsspezifischen. Die Rechtsprechung hat sich zwar nie zur Abgrenzung der aufklärungsbedürftigen Risiken auf generelle Prozentsätze festgelegt. Sie hat aber doch bei einzelnen Eingriffen auf die Risikohäufigkeit abgestellt, so z. B. auf eine fünf Prozent-Grenze (gemessen an der Zwischenfallsfrequenz im jeweiligen Krankenhaus) für die Rekurrensparese bei der Strumektomie. Es wurde dareus in der Praxis die Faustregel abgeleitet, daß es sich empfiehlt, über mittelschwere Risiken mit einer Frequenz von mehr als drei bis vier Prozent aufzuklären.

Die neuere Rechtsprechung hat jedoch solchen Faustregeln eine eindeutige Absage erteilt, wir meinen um den Preis der Vorherberechen-

Von morgens bis morgens

sind auch die situativ überschießenden
Blutdruckspitzen des Hypertonikers unter Kontrolle.
Mit 1 x 1 Tablette täglich.

Täglich
1x1
Tablette

Ausgeprägt
kardioselektiv

TENORMIN® 50
TENORMIN® 100

Der Hypertonieblocker mit Langzeitwirkung

Jetzt im Kalender-pack

zur besseren Einnahmedisziplin

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 50 bzw. 100 mg Atenolol.

Indikation: Leichte bis mittelschwere Hypertonie (essentielle und renale Formen).

Kontraindikationen: AV-Block 2. und 3. Grades, nicht kompensierte Herzinsuffizienz und Bradykardie (Ruhepuls vor Behandlung unter 55 Schläge/Min.). Bei Schwangerschaft wird die übliche Vorsicht empfohlen.

Nebenwirkungen: Vereinzelt Kribbeln und Kältegefühl in den Extremitäten, Muskelermüdung, Bradykardie, Schlafstörungen, Durchfall bzw. Verstopfung, Übelkeit sowie Verstärkung einer bestehenden Herzinsuffizienz.

Dosierung: 1 mal täglich 1 Filmtablette Tenormin 50. Falls erforderlich, Steigerung auf 1 mal täglich 2 Tabletten Tenormin 50 oder 1 mal täglich 1 Tablette Tenormin 100. Tenormin läßt sich gegebenenfalls mit anderen blutdrucksenkenden Mitteln (Diuretika, Dihydralazin u.a.) kombinieren.

Wechselwirkungen: Bei Diabetikern kann unter Umständen eine Anpassung der Diabetesbehandlung notwendig sein. Vor einer Narkose sollte der Anaesthesist über eine eventuelle Behandlung des Patienten mit Tenormin informiert werden.

Hinweise: Infolge der ausgeprägten Kardioselektivität ist der Einfluß auf Atemwegswiderstand und Blutzuckerspiegel gering. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können durch Bronchodilatatoren rasch aufgehoben werden. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion wird Dosisanpassung empfohlen. Bei Bestehen einer koronaren Herzkrankheit soll Tenormin nicht plötzlich abgesetzt werden.

Antidote: Atropin (0,5 – 2 mg i.v.), Orciprenalin (0,5 mg i.v.).

Handelsformen und Preise: 50 mg Filmtabletten: Packung zu 28 Tabletten DM 27,29. Packung zu 56 Tabletten DM 51,18. Packung zu 98 Tabletten DM 83,22. Anstaltspackungen.

100 mg Filmtabletten: Packung zu 28 Tabletten DM 46,45. Packung zu 56 Tabletten DM 84,93. Packung zu 98 Tabletten DM 133,34. Anstaltspackungen.

Stand Januar 1980

ICI-Pharma Arzneimittelwerk Plankstadt

barkeit, ob und inwieweit im konkreten Fall aufgeklärt werden muß. Sie hat Grundsätze entwickelt, die dem Arzt gewisse Anhaltspunkte geben, aber keine Sicherheit.

Als wichtigste Grundsätze können gelten, daß die Anforderungen an die Aufklärung um so geringer sind, je notwendiger und dringlicher ein Eingriff ist und umgekehrt, daß sie um so strenger sind, je schwerer und häufiger die bei einem Eingriff in Frage stehenden Risiken sind. Weiter ist u. a. abzustellen auf die Vorerfahrungen und den Bildungsgrad des Patienten, aber auch auf Sonderinteressen; die Gefahr der Rekurrensparese wiegt für den Sänger weit schwerer als für den Durchschnittspatienten.

Wie schwierig es ist, eine Prognose über die Anforderungen der Rechtsprechung im konkreten Fall zu geben, mag das folgende Zitat aus einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom Jahre 1974 zu einer Ohrfensterungsoperation belegen:

„Wenn ... das Berufungsgericht zum Ausdruck bringt, daß es selbst bei extrem seltenen Zwischenfallsrisiken (1 : 1000 oder 1 : 2000, ...) die Entscheidungsfreiheit des Patienten gewahrt wissen will, dann ist das im Grundsatz zu billigen. Dazu ist aber deshalb nicht in jedem Fall eine bis ins einzelne gehende Aufklärung erforderlich, weil, je schwerwiegender der Eingriff seiner Natur nach ist, um so eher ein verständiger Patient auch von sich aus mit gewissen Gefahren für den Fall eines unglücklichen Verlaufs rechnen muß. Anderes kann gelten, wenn sich auch aus der dem Patienten bekannten schwerwiegenden Natur des Eingriffs ihm, weil er medizinischer Laie ist, nicht auch die Möglichkeit eines bestimmten, vielleicht seltenen, aber typischen Zwischenfalls offenbart."

Die absurde Konsequenz liegt nahe: je seltener ein Zwischenfall ist, desto weniger kann der Patient damit rechnen, desto näher liegt damit die Aufklärungspflicht.

Der Bundesgerichtshof hat sich zwar in dem bereits erwähnten „Appendektomieurteil" gegen Mißverständnisse bei der Auslegung seiner Grundsätze zur Risikoaufklärung gewandt. Er hält aber auch in diesem Urteil daran fest, daß unter Umständen über extrem seltene Risiken aufgeklärt werden müsse, ohne die Voraussetzungen näher zu konkretisieren. Letztlich ist deshalb seine zunächst großzügige Linie selbst bei der Aufklärung über die Risiken bei allgemeinbekannten Eingriffen für die Praxis wenig hilfreich; er geht davon aus, daß bei einem, dem Patienten seinem Wesen nach bekannten und damit als nicht unerheblich und nicht risikofrei erkennbaren Eingriff nicht im einzelnen alle Formen aufgezählt werden müssen, in denen sich dieses hinsichtlich seines Stellenwertes ersichtliche Risiko verwirklichen kann. Er bringt dann aber den schwer ausdeutbaren Vorbehalt, daß „Einzelhinweise gegenüber einem Patienten, dem das allgemeine Risiko nicht verborgen ist, nur erforderlich sind, soweit sich Komplikationen in eine Richtung entwickeln, die für ihn als Laien überraschend sein muß".

Die Rechtsprechung hat, wie das Appendektomieurteil zeigt, sehr wohl Verständnis für die schwierige Situation des Arztes, sie ist keineswegs arztfeindlich. Andererseits ist es ihr aber auch bisher nicht gelungen, für die Abgrenzung der aufklärungsbedürftigen Risiken Kriterien zu finden, die es dem Arzt ermöglichen, den Anforderungen der Rechtsprechung in der täglichen Arbeit zu genügen.

Um das Spannungsverhältnis wenigstens anzudeuten, in das Medizin und Recht hier notwendig geraten, sei daran erinnert, daß sich die Sorgfaltsanforderungen, die an die ärztliche Diagnose und Therapie zu stellen sind, nach der Sorgfalt des gewissenhaften Durchschnittsarztes richten, wobei stets auf die Umstände des konkreten Falles abzustellen ist. Den Leistungsstandard, der für die Abgrenzung der ordnungsgemäßen Behandlung von Behandlungsfehlern gilt, bestimmen hier also die Ärzte; die Kunstregeln sind standardisierte, von den Ärzten für Ärzte geschaffene Sorgfaltsregeln. An diesen „Kunstregeln" wird der „Kunstfehler" von den Gerichten, beraten durch ärztliche Sachverständige, gemessen.

Dagegen werden Inhalt, Umfang und Intensität der ärztlichen Aufklärungspflicht ausschließlich von der Rechtsprechung bestimmt. Die Rechtsprechungsgrundsätze sind aus der Sicht ex post geboren. Sie haben als Richterrecht notwendig einen abstrakten und generalisierenden Charakter. Die Gefahr, daß sie im konkreten Fall an den Aufklärungsbedürfnissen des Patienten und den Aufklärungsmöglichkeiten des ohnehin überlasteten Arztes vorbeigehen, liegt nahe. Der Zeitaufwand, den er für die von der Rechtsprechung geforderte differenzierte Aufklärung braucht, fehlt ihm bei der Behandlung. Berücksichtigen wir die neueren Gerichtsentscheidungen zu den Belastungsgrenzen des Arztes durch Bereitschaftsdienst und Überstunden, so wird klar, in weichem Maße die Krankenhausärzte bereits mit ihren rein therapeutischen Aufgaben überlastet sind.

Es kommt hinzu, daß es für Ärzte sehr schwierig ist, die Denkmethode des Juristen, die in den Rechtsprechungsgrundsätzen ihren Niederschlag findet, nachzuvollziehen. Der Arzt denkt notwendig kasuistisch. Er sieht das individuelle Aufklärungsbedürfnis des Patienten *vor* dem Eingriff, also in einem Zeitpunkt, in dem sein Bedürfnis überwiegt, nicht verunsichert, in seinen Hoffnungen auf einen guten Verlauf des Eingriffs bestärkt zu werden. Der Arzt steht dabei vor einer geradezu unübersehbaren Fülle denkbarer Risiken, aus der er (ex ante) die für die Aufklärung anhand der Rechtsprechungsgrundsätze notwendigen selektieren soll.

Der Richter wird mit dem Fall (ex post) befaßt, wenn sich eines der denkbaren Risiken bereits realisiert hat, in einem Zeitpunkt also, in dem der Patient das Aufklärungsbedürfnis unter dem Aspekt seiner Schadenswiedergutmachung beurteilt. Die Gefahr, daß auch der Richter sich nur schwer der Beurteilung ex post entziehen kann, liegt nahe.

Der Arzt steht, so meinen wir, bei der Umsetzung der Rechtsprechungsgrundsätze in die Praxis vor unlösbaren Problemen. Die zitierten Rechtsprechungsgrundsätze geben, wie die oft diametral entgegengesetzten Urteile der Instanzgerichte in den vom Bundesgerichtshof entschiedenen Fällen zeigen, noch nicht einmal hinreichend sichere Anhaltspunkte für die Beurteilung durch die Richter im Prozeß, also in dem einen von tausenden Behandlungsfällen, der zur forensischen Entscheidung kommt und in dem in einem unter Umständen jahrelangen Verfahren alle einzelnen, für die Intensität der Aufklärung maßgeblichen Umstände erhoben werden können.

Die Erarbeitung präziserer Kriterien, insbesondere zur näheren Be-

stimmung der aufklärungsbedürftigen „typischen" Risiken, halte ich keineswegs für unmöglich. Andererseifs müssen wir anerkennen, daß es einfacher ist, zu analysieren und zu kritisieren, als praktikable Lösungen vorzuschlagen. Patentrezepte und Tabellen, aus denen sich die aufklärungsbedürftigen Risiken problemlos ablesen lassen, kann es nicht geben. Keine Erkrankung gleicht völlig der anderen.

Die Bedeutung der Aufklärungspflicht im Schadensersatzprozeß

Die Unsicherheit in der Abgrenzung der aufklärungsbedürftigen Risiken wird deutlich, wenn wir uns der Dynamik des Arzthaffungsprozesses zuwenden, die besfimmt wird durch den Rollenwechsel zwischen dem Patienten als Kläger und dem Arzt als Beklagten bei der Beweisführung.

Der Patient, der sich durch eine ärztliche Behandlung geschädigt sieht, erhebt Schadensersatzansprüche in aller Regel zunächst mit der Behauptung, der Behandlungsmißerfolg beruhe auf einem schuldhaften Behandlungsfehler („Kunstfehler"). Wer im Prozeß Ansprüche erhebt, muß nach den allgemeinen Beweisregeln die Tatsachen darlegen und beweisen, die seinen Anspruch begründen. Dem Patienten obliegt es danach, im Zivilprozeß den schuldhaften Behandlungsfehler und dessen Ursächlichkeit für den Schaden zu beweisen. Er kommt, da er den Behandlungsablauf nicht zu überblicken vermag, bei dieser Ausgangssituation in eine evidente Beweisnot.

Wegen der zahlreichen Imponderabilien jeder Heilbehandlung lehnt die Rechtsprechung zwar eine generelle Beweislastumkehr zu Lasten der Ärzte ab. Sie räumt jedoch dem Patienten zahlreiche Beweiserleichterungen ein, die vom Beweis des ersten Anscheins bis zur Umkehrung der Beweislasf reichen, so vor allem bei groben Behandlungsfehlern, oder wenn der Arzt dem Patienten die Beweisführung erschwert, etwa indem er Beweismittel in Kenntnis ihres Beweiswertes vernichtet oder seine Aufzeichnungen und Unterlagen über die Behandlung mangelhaft führt. Die Tendenz der Rechfsprechung ging in jüngsfer Zeit ersichtlich dahin, diese Fallgruppen zu erweitern, so z. B. durch die Einbeziehung der Schäden durch Gerätefehler. Ganz allgemein verpflichtet der Bundesgerichtshof nun den Arzt, im Prozeß darzulegen und – soweit ihm dies mit sorgfältig geführten Krankenunterlagen möglich ist – auch zu beweisen, daß er in Diagnose und Therapie die erforderliche Sorgfalt gewahrt hat.

Handelt es sich um einen Schaden, der auf die ärztliche Behandlung zurückzuführen ist („iatrogener Schaden"), so muß sich der Arzt, der seine Schadensersatzpflicht bestreitet, gegenüber dem Kunstfehlervorwurf notwendig darauf berufen, daß der Schaden auf eingriffsimmanenten, mit ärztlicher Sorgfalt nicht beherrschbaren Risiken beruhe. Er gibt damit zwangsläufig dem Kläger das Stichwort für die Replik, über diese immanenten Risiken hätte er aufgeklärt werden müssen, er sei aber nicht aufgeklärt worden. Hand in Hand geht damit die Gewichtsverlagerung vom schwer beweisbaren Kunstfehler zum Aufklärungsfehler.

Der Arzt hat gegenüber dieser Klagebegründung nur zwei Möglichkeiten der Rechtsverfeidigung, nämlich das Risiko habe nicht der Aufklärung bedurft oder er habe den Patienten aufgeklärt. Die erstere führt in die skizzierten, nahezu auswegslosen Abgrenzungsprobleme. Für die zweite frägt er die Beweislast. Die Versuche zur Sicherung dieser Beweisführung reichen vom Vermerk in der Krankengeschichte über die Zuziehung von Zeugen und die Unterzeichnung pauschaler Aufklärungsbestätigungen durch den Patienten bis hin zum Vorschlag, die Aufklärungsgespräche auf Tonband aufzuzeichnen. Alle diese Versuche zur Beweissicherung haben ihre spezifischen Tücken. Dies gilt insbesondere für die formularmäßigen Bestätigungen des Patienten, er sei über alle Eingriffsrisiken ausreichend aufgeklärt. Der innere Beweiswert solcher Bestätigungen ist gering, weil der Patient etwas bestäfigt, was er selbst nicht beurteilen kann.

Der Arzt kommt durch den Wechsel der Klagebegründung mit ihrem Rollentausch bei der Beweisführungslast nun selbst in evidente Beweisnot. Die Rechtsprechung ist sich des kompensatorischen Effekts, der damit der Aufklärungspflicht im Haftungsprozeß zukommt, sehr wohl bewußt. Ein Zitat aus dem Votum der für die Begründetheit der Verfassungsbeschwerde eintretenden Richter des Bundesverfassungsgerichts in der Arzthaftungsentscheidung vom 29. Juli 1979 (NJW 79, S. 1925) mag dazu genügen:

„Je näher in einer bestimmten Situation die Gefahr eines Schadenseintritts liegt, um so geringer ist die Wahrscheinlichkeit, daß der tatsächlich eingetretene Schaden auf einem ärztlichen Kunstfehler beruht. Umgekehrt wächst, je näher von vornherein die Gefahr eines Schadenseintritts liegt, die Wahrscheinlichkeit, daß der Arzt seine Aufklärungspflicht verletzt hat, wenn er seinen Patienten über die betreffende Gefahr nicht aufgeklärt het. Derselbe Umstend, der sich im Rahmen eines Anspruchs eus „Kunstfehler" für den Patienten beweiserschwerend auswirkt, erleichtert also in der Regel dessen Beweislege innerhalb des Anspruchs aus ‚Aufklärungspflichtverletzung'; dies dient grundsätzlich der Ausgewogenheit der beweisrechtlichen Lage der Parteien in ihrer Gesamtheit und damit der Waffengleichheit im Rechtsstreit."

Der Begriff der Waffengleichheit, der in diesem Zusammenhang zitiert wird, erscheint mir aus rechtlicher Sicht für den hier in Rede stehenden Bereich des Zivilprozesses, bei dem es im wesentlichen um Billigkeitserwägungen geht, zumindest mißverständlich. Der entscheidende Einwand gegen die skizzierfe Kompensation der Beweisführungslast

Praxisvertreter gesucht

Die Beyerische Landesërztekammer ist seit Jehren bemüht, niedergelessenen Kolleginnen und Kollegen im Krankheitsfall, während des Urlaubs und für den Besuch von Fortbildungskongressen durch die Vermittlung eines Vertreters die Welterführung der Kessenpraxis zu ermöglichen.

Wir eppellieren deshalb en alle Kollegen, die hieran Interesse heben – praktische Ärzte/Allgemeinärzte und Fachärzte –, sich für eine Praxisvertretung zu melden.

Beyerische Landesärztekemmer
Vertretervermittlung

Telefon (0 89) 41 47 - 267
Frau Väth

liegt meines Erachtens jedoch bei den gesundheitspolitischen Erwägungen. Die Unsicherheiten bei der Abgrenzung der aufklärungsbedürftigen Risiken und die Schwierigkeiten bei der Beweisführung zwingen die Ärzte auf weite Sicht, in allen Zweifelsfällen den vorsichtigeren Weg zu gehen, also möglichst umfassend auch über die seltenen und seltensten Risiken aufzuklären und sich diese Aufklärung vom Patienten bestätigen zu lassen. Der Weg zur „Horrorfibel" liegt nahe.

Damit sind wir für einen bedeutsamen Bereich mitten in der defensiven Medizin. Um in den relativ wenigen Einzelfällen dem Patienten eine finanzielle Schadenswiedergutmachung geben zu können, in denen nach der Beweiserhebung offenbleibt, ob nicht doch ein Behandlungsfehler den Schaden verursacht oder mitverursacht hat, sollte von der Rechtsprechung nicht eine Tendenz zur Totalaufklärung gefördert werden, die dem Patienten keine Entscheidungshilfe gibt, sondern ihn verwirrt und verunsichert. Wer den Patienten mit einer Aufklärung konfrontiert, die er nicht wünscht und die ihn ängstigt, provoziert schwerwiegende Aufklärungsschäden. Er verschiebt in einem sublimen Spannungsfeld die schwierige Balance zwischen dem zur Respektierung der Willensfreiheit des Patienten Erforderlichen und der Wahrung seiner gesundheitlichen Interessen, also zwischen voluntas und salus aegroti zu Lasten des letzteren.

Inhalt und Umfang der Aufklärungspflicht sind nach dem Schutzbedürfnis des Patienten gegen die Verletzung seines Selbstbestimmungsrechtes zu bemessen und nicht nach der (völlig anderen) Interessenlage des Patienten im Schadensersatzprozeß. Die Versuche einer Kompensation beweisrechtlicher Erschwernisse, denen der Patient beim „Kunstfehlervorwurf" begegnet, führen notwendig zu einer haftungsrechtlichen Überfrachtung der Aufklärungspflicht nach Inhalt und Umfang, die dem wohlverstandenen Patienteninteresse widerspricht.

Die Patientenversicherung als große Lösung

Soll die Aufklärungspflicht von der haftungsrechtlichen Überfrachtung entlastet werden, die notwendig zur defensiven Medizin führt, so ist als große Lösung ein Systemwandel im Haftungsrecht zu erwägen. Dazu gibt es Vorstellungen und eine Fülle vorbereitender Überlegungen. Der Vorschlag einer Patientenversicherung, die an die Stelle oder neben die geltende Verschuldenshaftung treten soll, stand im Mittelpunkt der Erörterungen auf dem Juristentag 1978. Bei näherer Besichtigung überwiegen aber die Zweifel, ob dieser Vorschlag überhaupt realisierbar ist.

Die Abgrenzung der zu versichernden Risiken macht nahezu unlösbare Schwierigkeiten. Es dürfte auch politisch schwierig sein, ein solches Konzept durchzusetzen. Die Lösung des Problems kann andererseits aber gerade im Interesse der Patienten nicht ad calendas graecas vertagt werden.

Das Konzept der Stufenaufklärung

Mit dem Konzept der Stufenaufklärung meinen wir eine „kleine" (pragmatische) Lösung gefunden zu haben. Sie geht von folgenden Erwägungen aus:

Die Eingriffsaufklärung wird von der Rechtsprechung zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten gefordert. Dieses Selbstbestimmungsrecht umfaßt – unbestritten – auch die eigene freie Entscheidung des Patienten über den Umfang der Aufklärung. Die Spannweite seiner Selbstbestimmung reicht vom Verzicht auf jede Risikoaufklärung bis zur Forderung nach einer Totalaufklärung. Was der Patient wissen will, muß ihm der Arzt sagen; seine Fragen muß er wahrheitsgemäß beantworten.

Die Problematik der ärztlichen Aufklärungspflicht spitzt sich damit auf die Frage zu: Was muß der Arzt dem Patienten von sich aus sagen („Spontanaufklärung")? Solange der Patient nicht eine Basisinformation über die Art, Bedeutung, Folgen und Risiken des Eingriffs erhalten hat, kann er auch nicht wirksam darüber entscheiden, wieweit die Aufklärung gehen soll, wo er also den Arzt fragen oder auf weitere Informationen bewußt verzichten soll.

Als Lösung schlagen wir ein System der „Stufenaufklärung" vor. Sie soll den Patienten auf der *ersten Stufe* durch ein Merkblatt über alle aus ärztlicher Sicht wesentlichen Umstände unterrichten, also über die Art seiner Erkrankung, über den vorgeschlagenen diagnostischen oder therapeutischen Eingriff und über alternative Behandlungsmethoden sowie über ihre Erfolgsaussichten. Weiter sollen die wichtigsten *allgemeinen* Eingriffsgefahren sowie die *typischen eingriffsspezifischen* Risiken aufgeführt werden, wobei als „typische" auch die immanenten Risiken angesehen werden, die zwar selten sind, dem Eingriff unter dem Gesichtspunkt der Gefahrenlage aber sein spezifisches Gepräge geben und damit für die Entscheidung des verständigen Patienten ins Gewicht fallen. Das Merkblatt enthält den ausdrücklichen Hinweis, daß es neben den ausdrücklich aufgeführten auch noch andere (seltene und seltenste) Risiken gibt, nach denen der Patient fragen solle, wenn sie ihn interessieren.

Mit dieser ausdrücklichen Aufforderung soll der Dialog zwischen Arzt und Patient zur Abklärung und Befriedigung des individuellen Aufklärungsbedürfnisses in Gang gesetzt werden. Dem Patienten aufgrund einer eingehenden Vorinformation die Mitverantwortung dafür aufzuerlegen, daß er im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechtes sich an einem solchen Dialog beteiligt und auch selbst aktiv an der Befriedigung seines Informationsbedürfnisses mitwirkt, ist zweifellos legitim. Aus dem Mehrheitsvotum der oben erwähnten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts darf dazu zitiert werden:

„Andererseits läßt sich in diesem Bereich sozialer Einbindung in den für das Gemeinwohl unabdingbaren Berufsauftrag des Arztes diesem nicht die ganze Last des Arzt-Patienten-Verhältnisses auferlegen. Es bedarf der Mitwirkung des Patienten – nicht nur der in passiver Haltung erteilten bloßen Einwilligung in ärztlicherseits gebotene Behandlungsvorschläge. Verlangt werden muß, soweit möglich, der auch von Seiten des Patienten mitverantwortlich geführte Dialog, soll nicht im Blick auf die Folgen beruflicher Haftung die als besonders gefahrgeneigt angelegte Tätigkeit des Arztes in eine defensive Rolle gedrängt werden, die dem Sozialauftrag der Medizin nicht mehr gerecht werden kann."

Im *Aufklärungsgespräch,* das als zweite Stufe im Rahmen unseres Konzepts unverzichtbar ist, beantwortet der Arzt die Fragen des Patienten, klärt ihn über die für seine Entscheidung wesentlichen indivi-

Wyeth Tavor®

sorgt für Distanz zum psychischen Konflikt.

Angstzustände und Angstbereitschaften werden abgebaut.

Autonome, vegetative Regulationen werden harmonisiert.

Organfunktionsstörungen und psychosomatische Erkrankungen verlieren ihre psychogene Basis.

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

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

Gegenanzeige:
Myasthenia gravis.

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

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

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

– in der allg. und internistischen Praxis:
2- bis 3mal 1 Tablette **Tavor 1,0** pro Tag. Bei emotional bedingten Schlafstörungen genügt in der Regel 1 Tablette **Tavor 1,0** vor dem Schlafengehen.

– in der Chirurgie und Anaesthesiologie:
Praeoperativ 2 Tabletten **Tavor 1,0** etwa 1 Stunde vor dem Eingriff. Am Vorabend der Operation sowie postoperativ in geeigneten Zeitabständen 1 bis 2 Tabletten.

– in der Psychiatrie:
Die Dosierung, besonders in der Einleitungsbehandlung, muß dem Einzelfall entsprechend dem breiten Indikationsgebiet und dem individuellen Ansprechen des Patienten angepaßt werden, bei organischen Hirnprozessen und leichteren dysphorischen Verstimmungszuständen beginnend mit 1–3 x 1 mg/Tag. Phobien, Angstsymptome, Toxikomanien, Alkoholentziehungskur 5 bis 7,5 mg (2 bis 3 Tabletten **Tavor 2,5** pro die), Erhaltungsdosis nach initialer Dosenanpassung.

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

Preise:
Tavor 1,0 OP 20, 50, AP 500 Tabletten
DM 7,25, 17,02, 110,84 H. AT.
Tavor 2,5 OP 20, 50, AP 500 Tabletten
DM 13,41, 31,78, 214,06 H. AT.
In Österreich als Temesta 1,0 und Temesta 2,5 im Handel.

WYETH-PHARMA
44 Münster (Westfalen)
Postfach 8808

Tav. 2/79 Ger

duellen Umstände seines Leidens auf und bespricht mit ihm auch die Bedeutung, die z. B. Vorerkrankungen, Begleiterkrankungen, sein Lebensalter und etwaige Sonderinteressen für die vorgeschlagene Behandlung und ihre Risiken haben. In der daran anschließenden, mit dem Merkblatt fest verbundenen Dokumentation bestätigt der Patient nach dem Aufklärungsgespräch, daß er Gelegenheit hatte, ergänzende Fragen zu stellen, und daß er keine Fragen mehr habe oder er kreuzt an, zu welchen Bereichen er noch Fragen stellen will. Daran schließt sich die Einwilligungserklärung an, bei der als Alternative die Erteilung und Versagung der Einwilligung bereits vorgedruckt sind.

Bisher sind zwei Aufklärungsbögen als Prototypen eines umfassenden, auf dem Konzept der Stufenaufklärung beruhenden Programms veröffentlicht,

– der kombinierte Anamnese- und Aufklärungsbogen für die Anästhesie[1]), der innerhalb relativ kurzer Zeit eine Auflage von etwa einer Million Stück erreicht hat und

– eine Broschüre für vier Baucheingriffe[2]) mit einer Auflage von etwa 150 000 Stück.

Da die beiden Prototypen ergeben haben, daß das System in der Praxis von Ärzten wie Patienten angenommen wird, haben wir mit der Arbeit an Merkblättern jeweils für einzelne Eingriffe auf breiter Basis begonnen. In Kürze werden sie für 60 chirurgische Eingriffe zur Verfügung stehen; für andere Fächer sind sie in Vorbereitung; sie sollen noch in diesem Jahr im gleichen Verlag erscheinen.

Unser Ziel ist eine pragmatische Lösung des Problems. Für jede Unterstützung, sei es in der Form von Anregungen oder Kritik, vor allem aber für Hinweise auf die Probleme der einzelnen Disziplinen sind wir dankbar.

Anschrift des Verfassers:

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

1) Empfohlen vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten, erschienen im perimed Verlag Dr. Straube, Erlangen.

2) Von MOLLER-OSTEN / WEISSAUER, gleichfalls im perimed Verlag.

Blutbleiuntersuchungen in Bayern im Rahmen einer EG-Studie

von H. Bergmann, G. Hall und K. H. Schaller

Aus dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, dem Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin (Leiter: Ltd. Medizinaldirektor Dr. R. Zimmer) und dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. H. Valentin)

Aufgrund der Richtlinie des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 29. März 1977 über die biologische Überwachung der Bevölkerung auf Gefährdung durch Blei führte das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung mit dem Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin in München die entsprechenden Untersuchungen im Freistaat Bayern durch. Die Analyse der Bleiwerte aller Blutproben erfolgte zentral im Laboratorium des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg.

1. Zweck und Ziel

Wesentliche Aufgabe der Europäischen Gemeinschaft ist die Förderung einer harmonischen Entwicklung des Wirtschaftslebens, die ohne Bekämpfung der Umweltverschmutzung und ohne eine Verbesserung der Lebensqualität und des Umweltschutzes nicht denkbar ist.

Die Verwendung von Blei zu verschiedenen Zwecken führt zu einer Belastung vieler Umweltbereiche durch dieses Schwermetall. Die Vielfalt und Ubiquität der Bleiquellen erschwert die Bestimmung der Gesamtexposition des einzelnen Menschen gegenüber dem Schadstoff. Um sich davon ein einigermaßen zutreffendes Bild zu machen, ist eine biologische Überwachung der Bevölkerung das geeignete Mittel. Die Auswertung der Ergebnisse einer solchen Überwachung erlaubt es, Vorschläge zu erarbeiten, welche Maßnahmen gegen diese Gefährdung zu treffen sind. In dieser Hinsicht ist die allgemeine Bevölkerung allein von Interesse; Personen mit berufsbedingter Bleiexposition sind auszunehmen.

2. Biologie

Blei kann Luft, Staub, Wasser, Dosenkonserven, aber auch frische Nahrungsmittel kontaminieren. Für den Menschen kommen dazu noch Gegenstände des täglichen Umgangs als Quelle für erhöhte Bleiaufnahme in Betracht, etwa bleihaltige Farben, z. B. auf Spielzeug, oder bedrucktes Papier, Tapeten u. ä. Trinkwasser kann, je nach Beschaffenheit, mehr oder weniger Blei aus älteren bleihaltigen Leitungsrohren herauslösen. Während Porzellan bei sehr hohen Temperaturen – um 1400 bis 1500° C – gebrannt wird, darf die Brenntemperatur bei Steingut und Töpfer-Tonwaren 900 bis 1100° C nicht überschreiten. Die dadurch erforderlichen niedriger schmelzenden Glasuren erzeugt man mittels Zusätzen von Bleioxid als „Flußmittel". Solche weichen Bleiglasuren werden durch Säuren (Fruchtsäuren, Essig) und Gewürze eluiert und gelangen so in die Nahrung. Kinder pflegen die Hand häufig in den Mund zu nehmen und können auf diese Weise Blei aus dem Staub der Straße und dem Schmutz des Spielplatzes aufnehmen. Wenn außer Lebensmitteln auch andere Materialien gegessen werden – gerade Kleinkinder tun dies gelegentlich –, können dem Organismus bisweilen erhebliche Bleimengen zugeführt werden, z. B. aus Farbanstrichen.

Der Erwachsene resorbiert fünf bis zehn Prozent des oral aufgenommenen Bleis. Bei Kindern ist die Resorption unterschiedlich, auf jeden Fall aber bedeutend höher – bis zu 50 Prozent. Bei Inhalation von Bleistaub hängt die auf dem Atemweg resorbierte Menge von der Größe der inhalierten Partikeln ab, d. h. von ihrer „Lungengängigkeit". Die Resorp-

tionsrate des gesamten inhalierten Staubs beträgt 30 bis 50 Prozent; der Rest wird durch den mukoziliaren Transport rachenwärts befördert und zum Teil verschluckt. In die Alveolen gelangte Feinpartikeln werden zu 80 bis 100 Prozent resorbiert.

Blei passiert die Plazentaschranke und geht auf den Feten über. Der Blutbleigehalt der Mutter entspricht in etwa dem im Nabelschnurblut.

Resorbiertes Blei tritt in das Blut über. Dort werden etwa 95 Prozent an die Erythrozyten gebunden. Fünf Prozent liegen in ionisierter Form im Plasma vor. Die Ausscheidung erfolgt im Urin und im Stuhl. Die ausgeschiedene Menge ist geringer als die resorbierte. Der Differenzbetrag sammelt sich in den Knochen an. Die Halbwertszeit beträgt für die schnell austauschbaren Bleidepots drei bis vier Wochen. Es gibt im Knochen aber sehr stabile Bleidepots; dort sind 90 bis 95 Prozent der gesamten Bleilast des Körpers in normalerweise inaktiver Form abgelagert, und zwar als schwerlösliches Bleiphosphat.

Allgemein anerkannt ist die Tatsache, daß der Blutblei„spiegel" der beste Indikator für die gegenwärtige Bleiaufnahme ist. Er ist auch ein Maß für die toxische Wirkung des Schwermetalls und korreliert gut mit dem Grad und den klinischen Symptomen der Bleivergiftung. Konstante Bleizufuhr hält den Blutbleispiegel im allgemeinen konstant. Bei Änderung des Bleiangebots stellt sich nach zwei bis sechs Monaten ein neues Gleichgewicht bezüglich des Blutbleigehaltes ein.

Die Zusammenhänge zwischen Blutbleigehalt und Bleiexposition sind also schon gründlich untersucht worden; auch die Veränderungen der biochemischen Parameter, die z. B. Störungen der Hämopoese anzeigen, und die gesamte klinische Symptomatik, auf neurologischem Gebiet, z. B. periphere Neuropathie, Enzephalopathie, sind durch reiche Erfahrung euf dem beruflichen Sektor bekannt. Daraus abgeleitet gelten nach der eingangs erwähnten EG-Richtlinie für den Bleigehalt im Blut folgende Referenzwerte:

– Höchstens 20 µg Pb/100 ml Blut bei 50 Prozent der untersuchten Bevölkerungsgruppe,

– höchstens 30 µg Pb/100 ml Blut bei 90 Prozent der untersuchten Bevölkerungsgruppe,

– höchstens 35 µg Pb/100 ml Blut bei 98 Prozent der untersuchten Bevölkerungsgruppe.

Wenn einer der obengenannten Richtwerte überschritten wird, müssen Umweltschutzmaßnahmen eingeleitet werden. Alle Personen, deren Blutbleigehalt 35 µg/100 ml übersteigt, sind individuell zu beobachten.

Kinder stellen die kritischste Gruppe dar; besonders wenn sie noch nicht oder in den ersten Jahren die Schule besuchen. Ihre oben bereits angedeuteten Gewohnheiten prädestinieren sie zu erhöhter Bleiaufnahme aus ihrer Umgebung. Sie resorbieren und speichern einen größeren Teil des aufgenommenen Bleis als Erwachsene; jedoch wird bei ihnen ein geringerer Teil der Bleilast im Knochen abgelagert, und ihr Blutbildungs- und Nervensystem ist empfindlicher.

3. Durchführung

Auf mehreren Sitzungen im Bundesgesundheitsamt in Berlin, dem die Federführung obliegt und bei dem alle einlaufenden Daten zusammengefaßt werden, legten die Vertreter von Bund und Ländern das Procedere für den Bereich der Bundesrepublik fest. Zuvor hatten sich die Mitgliedstaaten der EG über alle Modalitäten der Erfassung bestimmter Bevölkerungsgruppen, der Probenahmen und der labortechnischen Analyseverfahren geeinigt: Freiwilligkeit der Teilnahme; Erwachsene – Männer und Frauen zu gleichen Teilen; Kinder – Buben und Mädchen ebenfalls 50 : 50, Alter: sieben bis zehn Jahre; städtische und ländliche Gebiete sowie Regionen mit bekannten Bleiemittenten; bestimmte Referenzlaboratorien, die sich laufenden internationalen Qualitätskontrollen unterziehen müssen. Das gesamte Vorhaben erstreckt sich euf zwei Kampagnen, zwischen denen mindestens 24 Monate liegen sollen. Ein auf EG-Ebene konzipierter Frage- und Ergebnisbogen erlaubt die Erfassung möglicher Umweltbelastungen durch Blei neben den Daten der Blutbleianalyse und bringt alle erfragten Angaben mit dem jeweiligen Meßwert in eine für die EDV geeignete Form.

Auf den Flächenstaat Bayern mit einzelnen Ballungsgebieten sowie Gebieten bedeutender Keremik- und Glasindustrie (Bleikristall) entfielen mindestens 600 Probanden, je zur Hälfte Erwachsene und Kinder. Als zuständiger oberster Gesundheitsbehörde oblag die Durchführung der Aktion der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Als Untersuchungsregionen wurden bestimmt: Das Stadtgebiet München mit Innen- und Außenbezirken, das Stadtgebiet Nürnberg mit Innen- und Außenbezirken sowie der Kreis Weiden/Oberpfalz. Durch die freundliche und tatkräftige Unterstützung des Blutspendedienstes vom Bayerischen Roten Kreuz, dessen Chefarzt, Kollegen Dr. Gathof, an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt sei, war es möglich, innerhalb kürzester Zeit in den genannten Gebieten die erforderlichen erwachsenen Probanden euf freiwilliger Basis zu gewinnen und zu befragen. Nachdem die generelle Zustimmung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus zur Blutentnahme bei Grundschülern während der Schulzeit vorlag, erwies sich die Durchführung der Aktion auch bei den Kindern als unproblematisch, nicht zuletzt dank der hilfreichen Mitarbeit der Schulämter und Schulleitungen. In insgesamt fünf Grundschulen – je zwei in München und Nürnberg, sowie eine in Neustadt an der Waldnaab – wurden Informationsschreiben mit Einverständniserklärungen an die Eltern der in Frage kommenden Schüler verteilt. Der positive Rücklauf war mit etwa 25 bis 30 Prozent erfreulich hoch. Nach Abschluß der Aktion lagen die Blutproben von insgesamt 677 Personen (305 Erwachsene und 372 Kinder) vor; die weitere Aufteilung zeigt Tabelle 1.

4. Analysengang

4.1 Methoden

Die quantitative Blutbleibestimmung erfolgte mit zwei Analysenverfahren. Dadurch war es möglich, die Richtigkeit der Analysenergebnisse über die Dauer der Studie zu prüfen. Beide Meßverfahren beruhen auf der atomabsorptionsspektrometrischen Messung des Bleis. In einem Fall handelt es sich um eine erprobte Methode, die zur Schwermetallbestimmung die Flammen-Atomabsorptionsspektro-

Zahl der untersuchten Personen (verwertbare Blutproben), nach regionalen Gruppen und möglichen Umweltbelastungen aufgeteilt

Erwachsene

Gruppe	w	m	zus.
113–153	31	38	69
213–253	40	81	121
313–353	17	16	33
413–453	29	34	63
513–553	8	11	19
Se.	125	180	305

Kinder

Gruppe	w	m	zus.
111–151	90	115	205
211–251	35	40	75
311–351	6	4	10
411–451	32	31	63
511–551	8	11	19
Sa.	171	201	372

I. Ziffer:
(Region)

1 = > 0,5 Mio Einw., Innenbezirk
2 = > 0,5 Mio Einw., Außenbezirk
3 = < 0,5 Mio Einw., Innenbezirk
4 = < 0,5 Mio Einw., Außenbezirk
5 = ländliches Gebiet

II. Ziffer:
(Umweltbelastung)

1 = keine Bleiquelle
2 = Bleiemittenten in der Umgebung
3 = Verwendte von Blearbeitern
4 = Häuser, in denen vermutlich noch Bleirohre installiert sind
5 = Häuser en sterk befahrenen Straßen

III. Ziffer:

1 = Kinder
3 = Erwachsene

Tabelle 1

metrie (AAS) verwendet. Das Blei wird nach Komplexbildung mit Ammoniumpyrrolidindithiocarbamat (APDC) und Extraktion mit Methyl-iso-Butyl-Keton (MIBK) von der biologischen Matrix abgetrennt und quantifiziert (Lehnert und Mitarb., 1969; Schaller und Pilz 1974). Diese Methode hat sich über mehr als zehn Jahre in unseren Laboratorien bewährt.

Die Parallelanalyse erfolgte mit der flammenlosen Atomabsorption unter Einsatz des Carbon Rod Atomizers (CRA). Für die Analyse sind mindestens 0,2 ml Blut notwendig. Das Nativblut wird im Verhältnis 1 : 4 mit einer einprozentigen Triton-X100-Lösung hämolysiert.

Nach kräftigem Schütteln setzt man 100 µl einer 0,01 M Salpetersäure/ml Hämolysat zu. Nach erneutem Schütteln läßt man die Probe zwei Stunden bis zur quantitativen Bestimmung stehen. Für die Endpunktsbestimmung werden 5 µl mit dem automatischen Probegeber in das Graphitrohr überführt. Zur Erstellung der Eichkurven wird mit Triton-X100-Lösung verdünntes „normales" Humanblut mit definierten Bleikonzentrationen zersetzt und analog analysiert (Schaller, 1979).

Die Abbildung zeigt das Punktekorrelationsdiagramm für die Messung des Blutbleispiegels mit dieser Methode und der parallelen Untersuchung mit der oben beschriebenen Flammen-AAS. Der Korrelationskoeffizient von 0,99 demonstriert die gute Vergleichbarkeit der beiden Methoden.

4.2 Statistische Qualitätssicherung

Nationale und internationale Ringversuche der letzten Jahre haben gezeigt, daß erhebliche Abweichungen der Ergebnisse der Blutbleianalyse von Labor zu Labor bestehen können.

Zur Verbesserung der Qualität der Analysenergebnisse und um eine Vergleichbarkeit der Resultate zu gewährleisten, ist die Studie unter den Bedingungen der internen und externen statistischen Qualitätssicherung durchgeführt worden.

In einer Vorperiode wurden im Rahmen eines von der Europäischen Gemeinschaft veranstalteten Ringversuches die Laboratorien ausgewählt, die den Qualitätserfordernissen entsprachen. Zur Prüfung der internen Präzisions- und Richtigkeitskontrolle standen den Laboratorien zwei Blutproben mit bekanntem, unterschiedlichem Bleigehalt zur Verfügung.

Parallel dazu mußten im wöchentlichen Turnus zwei bis drei Proben unbekannten Bleigehalts analysiert werden. Die Ergebnisse dieser externen Qualitätssicherung wurden anschließend mit dem Medianwert der gesamten erhaltenen Bleispiegel-

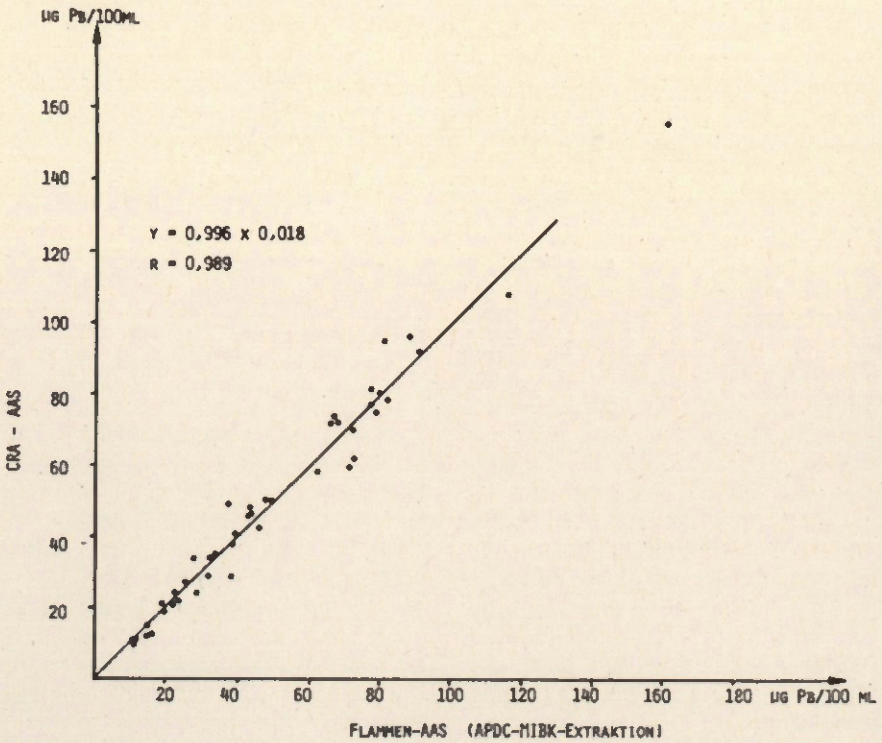


Abbildung
Punktekorreletionsdiagramm für den Vergleich der Blutbleimessung mit der Flammen-AAS und der flammenlosen AAS

Stimulans der körpereigenen Abwehrsysteme

Esberitox®

Steigerung der zellulären und humoralen Abwehr

Indikationen Esberitox® dient zur Prophylaxe bzw. Therapie akuter und chronischer Infektionskrankheiten bakterieller oder virusbedingter Art, wie banale Infekte und Virusgrippe; Bronchitiden, Pneumonien, Anginen, Laryngitiden, Otitiden, Adnexitis, Parametritis, Cystopyelitis, Rheumatische Erkrankungen; Eingriffe in der Zahnheilkunde. Chronische und allergische Dermatosen, Akne, Verrucae vulgares und juvenilis. Auch in Kombination mit anderer Therapie, wie Chemotherapie, Antibiotika, Kortikoide. **Zusammensetzung** 20 ml Esberitox liquid. enthalten: Herb. Thujae occid. rec. 1 ml Perc. 1=5, Rad. Baptis. tinct. 2 ml Perc. 1=5, Rad. Echin. ang. et purp. 1+1 3 ml Perc. 1=10; Apis mellif. D 4 2 ml, Crotal. D 6 3 ml, Silic. D 4 3 ml, Laches. D 6 6 ml. 1 Tablette entspricht 0,5 ml Liquidum mit einem Vitamin-C-Gehalt von 0,02 g/Tabl. 2 ml Ampullenflüssigkeit entsprechen 1 ml Liquidum. 1 Suppositorium entspricht 0,5 ml Liquidum. **Dosierung** Oral: 3mal täglich 20–50 Tropfen unverdünnt perlingual oder 1–3 Tabletten lutschen. Kinder und Säuglinge, je nach Alter, 3mal täglich 10–30 Tropfen oder ½–1½ Tabletten. Parenteral: i. m. täglich 0,5–2,0 ml; i. v. Beginn mit täglich 0,2 ml, allmähliche Steigerung unter Kontrolle der Reaktionslage bis zu 2,0 ml. Wie bei jeder unspezifischen Reiztherapie sind Temperaturerhöhungen möglich, die zum therapeutischen Wirkungsbild gehören; dies tritt vorwiegend bei i. v. Applikation ein; dieses empfiehlt sich daher insbesondere bei chronischen Erkrankungen, die eine stärkere Reizwirkung erfordern. Rektal: Säuglingen 1–2 Zäpfchen, Kindern ab 1 Jahr täglich 2–3 Zäpfchen einführen, Erwachsene 3mal täglich 1 Zäpfchen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen** Liquidum 20 ml DM 6,–, 50 ml DM 12,50, Bündelp. 500 ml; Tabletten 50 St. DM 6,–, 125 St. DM 12,50, 1000 St.; Ampullen 5 x 2 ml DM 8,–, 100 x 2 ml; Suppositorien 10 St. DM 5,90, 100 St. (Stand: 1. September 1979)

Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim
Naturstoff-Forschung und -Therapie

messungen verglichen. Die von uns erzielten Ergebnisse lagen durchwegs im tolerierbaren Bereich. Zur weiteren Prüfung der Richtigkeit der Meßergebnisse wurden zehn Prozent der Gesamtanalysen an zwei weitere unabhängige Laboratorien in den Mitgliedsländern der Europäischen Gemeinschaft übersandt. Die Ergebnisse dieser Paralleluntersuchung liegen derzeit noch nicht vor.

5. Ergebnisse

Von den genommenen 677 Blutproben waren 646 für die Analyse verwertbar: 297 von Erwachsenen, 349 von Kindern. Abgesehen von zwei männlichen Probanden, die mit 48,5 bzw. 63,5 µg Pb/100 ml Blut deutlich erhöhte Werte zeigten, lagen alle Personen unter dem Toleranzwert von 35 µg Pb/100 ml Blut. Der geforderte Referenzwert von höchstens 20 µg Pb/100 ml Blut bei 50 Prozent der untersuchten Bevölkerungsgruppe wurde nicht nur erreicht, sondern sogar bei weit über 90 Prozent der Probanden nicht überschritten. Auch ergaben sich bei diesem groben, jedoch für die Beurteilung maßgeblichen Maßstab keine regionalen Unterschiede.

Lediglich eine feinere Unterteilung in Gruppen von

1. unter 10 µg Pb/100 ml und
2. 10 bis unter 20 µg Pb/100 ml

ließ gewisse Differenzen erkennen. Hier lagen bei den Erwachsenen die männlichen Untersuchten mit ihren durchschnittlichen Werten deutlich höher als die weiblichen, während bei den Kindern die entsprechenden Gruppen männlich : weiblich nahezu gleichgewichtet waren. Regional fand sich der größere Anteil höherer Werte bei den erwachsenen Probanden in München und bei den Männern in Weiden; dagegen bildeten die Frauen in Weiden das größte Kollektiv niedriger Werte. Was die Schüler betrifft, so zeigten in je einer Schule in München und Nürnberg, aber auch in Neustadt/WN, diejenigen durchschnittlich höhere Werte, welche an stark befahrenen Straßen wohnen bzw. auf solchen Straßen ihren Schulweg zurücklegen oder – im Falle Neustadt/WN – in der Nähe von Bleiemittierenden Fabrikationsstätten leben. Die Zusammenfassung beider Geschlechter ergab interessanterweise in den einzelnen Gruppen bei Erwachsenen und Kindern einander nahezu entsprechende Zahlen.

Bei weiterer Aufschlüsselung hinsichtlich der Einzugsgebiete, möglicher Bleiquellen in der Umgebung und eventueller beruflicher Bleiexposition ließen sich keine auffälligen Korrelationen finden. Was die Erwachsenen anbelangt, so entsprachen die Zahlen den zuvor aufgezeigten Kollektivwerten – ohne Unterschied, ob subjektive Angaben über eine vermutete Bleibelastung vorlagen oder nicht. Bei den Kindern bestätigte sich die bereits erwähnte Aussage, daß in der Gruppe mit niedrigen Werten diejenigen ohne Bleibelastung aufgrund der Umweltverhältnisse stärker vertreten waren und in der Gruppe mit höheren Werten diejenigen mit Bleibelastung (Tab. 2).

Bezüglich der beiden Probanden mit deutlich erhöhten Werten laufen die weiteren Nachforschungen zur Zeit noch. Es ist anzunehmen, daß hier eine berufliche Bleiexposition vorliegt. Sollte sich diese Annahme bestätigen, so müßten die Ergebnisse beider Probanden aus der Gesamtauswertung eliminiert werden.

6. Zusammenfassung und Schluß

Im Rahmen einer EG-Studie zur biologischen Überwachung der Bevölkerung auf Gefährdung durch Blei wurden in Bayern knapp 670 Personen auf freiwilliger Basis untersucht – etwa 300 Erwachsene und 370 Kinder im Alter von sieben bis zehn Jahren aus den Städten München und Nürnberg sowie aus dem Kreis Weiden/Opf. Die Analyse der Blutproben

Zahl der untersuchten Personen (verwertbare Blutproben), nach Höhe des Blutbleispiegels sowie regional aufgeteilt

Erwachsene

	München		Nürnberg		Weiden/Opf.		Sa.				insgesamt	
Pb/100 ml Blut	w	m	w	m	w	m	w	%	m	%	n	%
< 10 µg	12	4	17	18	30	4	59	47	26	15	85	29
10 – < 20 µg	31	41	13	52	19	38	63	51	131	76	194	65
20 – < 35 µg	2	10	–	1	–	3	2	2	14	8	16	5
> 35 µg	–	–	–	–	–	2	–	–	2	1	2	1
Sa.	45	55	30	71	49	47	124	100	173	100	297	100

Kinder

	München Schule I		München Schule II		Nürnberg Schule I		Nürnberg Schule II		Neustadt a.d. WN		Sa.				insgesamt	
Pb/100 ml Blut	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	%	m	%	n	%
< 10 µg	19	19	2	–	9	8	15	19	4	6	49	30	52	27	101	28
10 – < 20 µg	11	21	27	34	19	27	20	21	32	27	109	68	130	70	239	69
20 – < 35 µg	–	1	3	5	–	–	–	–	–	–	3	2	6	3	9	3
Sa.	30	41	32	39	28	35	35	40	36	33	161	100	188	100	349	100

Tabelle 2

erfolgte zentral in einem Laboratorium mit Hilfe der Atomabsorptionsmethode. Außer bei zwei Probanden wurden keine den Toleranzwert von 35 µg Pb/100 ml Blut überschreitenden Werte gefunden; der Referenzwert von höchstens 20 µg Pb/100 ml Blut bei 50 Prozent der untersuchten Gruppe wurde bei weit über 90 Prozent nicht überschritten. Bei feinerer Aufteilung hinsichtlich der Meßwertgruppen ließen sich geschlechtsspezifische und regionale Unterschiede aufzeigen; bei den Kindern deutete sich eine Korrelation zwischen Umweltbelastung und Höhe des Blutbleigehalts an.

Ein endgültiger und umfassender Bericht für das gesamte Bundesgebiet mit Auswertung der Befragungen und Meßwerte sowie eventuelle Schlußfolgerungen wird nach Abschluß der ersten Kampagne vom Bundesgesundheitsamt erstellt.

Literatur:

LEHNERT, G., SCHALLER K. H. und SZAOKOWSKI, O.: Eine zuverlässige Schnellmethode zur Bleibestimmung in kleinen Blutmengen. Z. klin. Chem. klin. Biochem. 7, 310 (1969)

SCHALLER, K. H. und PILZ, W.: Blei in „Analytische Methoden zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe" (Hrsg. O. HENSCHLER). Band 2 Analysen im biologischen Material. Verlag Chemie, Weinheim, 1974.

SCHALLER, K. H.: Die analytisch zuverlässige Bestimmung des Blutbleispiegels und seine Bedeutung in der Toxikologie. Vortrag beim AAS-Seminar der Fa. Varian über „Neue instrumentelle Entwicklungen und Applikationen in der Atomabsorptionsspektrometrie". MPJ Biochemie, München-Martinsried 3. 4. 1979.

Anschriften der Verfesser:

Oberstabsarzt Dr. med. H. *Bergmann*, TerrKdo S-H/DBvBerAFNORTH, Abt. Sen – Dez 2, Niemennsweg 220, 2300 Kiel 1

Ministerialrat Dr. med. G. *Hall*, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Abteilung Gesundheitswesen, Infanteriestraße 14 A, 8000 München 40

Chem.-Ing. K. H. *Schaller*, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg, Schillerstreße 25-29, 8520 Erlangen

Medizinische Versorgung in Israel

Im Spätherbst letzten Jahres bereiste eine Gruppe von Münchener Ärzten Israel, nicht nur um Land und Leute, sondern auch um seine medizinischen Einrichtungen und seine ärztliche Versorgung kennenzulernen. Alle waren begeistert von der Aufbaukraft, der Initiative und dem Schwung dieses jungen Staates, aber auch von dem Festhalten an alten Traditionen und dem Glauben der Väter. Ob es unsere Führer durch das Land, in den medizinischen Schulen und Kliniken oder den Kibbuzim waren, alle sprachen begeistert von „ihrem" Land, das ja erst 30 Jahre „jung" ist, aber eine 3000jährige, meist leidvolle Geschichte hinter sich hat.

Hand in Hand mit der Neugründung und dem Aufbau des Staates ging eine beispiellose Kultivierung des Landes. Überall entstanden in den Wüstengegenden fruchtbare Anpflanzungen. Wo man heute durch Orangen-, Zitronen- und Avocados-Plantagen fährt, waren noch vor einigen Jahrzehnten und Jahren Sand- und Steinwüsten. Gleichzeitig versuchte man auch alles für die Gesundheit der Bewohner zu tun. Viele der ersten Einwohner waren an Malaria gestorben, heute sind die Sümpfe und Niederungen am Jordan-Fluß trockengelegt und fruchtbar. Die Lebensmittel sind hygienisch verpackt, für die Haushaltungen und im Hotel gibt es Vollwerternährung mit viel Gemüse, Früchten und Milchprodukten. Der Alkoholkonsum ist gering. Auch die traditionelle „koschere" Kost entsprang vor Jahrtausenden hygienischen Erkenntnissen. Noch heute ist in den großen Hotels und in den Kibbuzim extra ein Rabbiner tätig, der über die Einhaltung der Ernährungsgesetze wacht. Demnach ist Schweinefleisch nicht erlaubt, auch nicht „Shellfish", d. h. Wassertiere, die weder Gräten nach Schuppen haben, z. B. Austern, Muscheln, Hummer und Aale. Fleischkost und Milchkost sind bei der Zubereitung streng getrennt, nach der Grundregel der koscheren Küche, die aus dem 2. und 5. Buch Moses stammt: „Du sollst das Böcklein nicht kochen in seiner Mutter Milch." Die jüdische Küche, beispielsweise in den Kibbuzim, ist hervorragend, bestens und sauber serviert.

Israel ist im großen gesehen ein gesundes Volk mit vielen jungen Menschen. Es gibt wenig psychosomatische und neurovegetative Erkrankungen – wie uns die Ärzte berichteten –, Aufbau, Schwung, Arbeit und der ständige Druck an den Grenzen lassen sie weniger aufkommen als in gesättigten Staaten. Viel wird für ein gesundes Heranwachsen der Jugend getan. Es gibt in dem neuen Land beispielsweise schon 31 Jugendherbergen und viele Jugend- und Wandervögelverbände. Kein Kind verläßt unbeschnitten das Entbindungskrankenhaus, was sich auch vom hygienischen Standpunkt bei dem heißen Klima bewährt. Schwierigkeiten brachte die Eingewöhnung der eingewanderten orientalischen Juden aus Marokko, aus dem Jemen, aus Indien, aus Äthiopien, in die modernen hygienischen Erfordernisse.

Um die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, wählte man unter dem Druck der Verhältnisse bei der Neugründung des Staates zunächst den einfachsten Weg der ärztlichen Versorgung: das Ambulatorium. Die Ambulatorien sind meist den Krankenanstalten und Kliniken angeschlossen, und

RECORSAN®

RECORSAN-HERZSALBE

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

Cor nervosa, coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2 g, -Valerian. 1,7 g, Tinct. Convall. 0,8 g, -Castor. 0,6 g, Camph. 1,0 g, Menthol. 0,5 g, Nicotin. 0,15 g. O.P. 30 g DM 6,14

Recorsen-Gesellschaft Gräfelfing

von hier aus werden auch gewünschte und notwendige Krankenbesuche erledigt. Auch der Notarztwagen ist beim Ambulatorium stationiert und rückt von hier aus. Privatärzte gibt es nicht, man sieht kein Arztschild – was nicht heißen soll, daß nicht viele Familien einen Krankenhausarzt als Privatarzt haben, der sie im Krankheitsfalle besucht. Heute, nachdem der Staat gefestigt und die gesamtwirtscheftliche Situation besser ist, hört man sowohl von den Medizinern, den verantwortlichen Stellen und der Bevölkerung den Wunsch heraus, zumindest wieder den freien Hausarzt, als Allgemeinerzt, als Familienarzt, als „General Doctor" zu schaffen. Man sieht die Vorteile des Familienarztes vor allem auch in der psychischen Betreuung der Familie, in dem ständigen Kontakt mit allen Familienmitgliedern, dem Einblick in ihre Labensgewohnheiten usw. Diese Einstellung deckt sich mit den Bestrebungen in fast allen Ländern der Erde nach stärkerem Einsatz und besserer Ausbildung von Allgemeinärzten. So widmet sich die neugeschaffene medizinische Fakultät der Universität in Beer-Sheba in erster Linie der Ausbildung von „Familienärzten". Dort ist eine eigene „Familienarzt-Schule" aufgebaut worden. Ein Problem ist allerdings auch, genug junge Ärzte zu gewinnen, die Familienärzte werden wollen. Wie uns bestätigt wurde, hält häufig das Prestigedenken, der Facharzt stehe über dem Allgemeinarzt, den Medizinernachwuchs davon ab, Familienarzt zu werden.

Die durchschnittliche Entlohnung der an den Kliniken und Ambulatorien tätigen Ärzte ist gering. Sie entspricht den Angestelltentarifen. Es besteht kein Unterschied zwischen den Gehältern für Allgemeinärzte und für Fachärzte. Die Ärzte sind im allgemeinen Angestellte der Gewerkschaft, die auch die Krankenhäuser betreibt. Sie sind nicht vom Staat engestellt. Lediglich bei Universitätskliniken oder großen Krankenanstalten ist der Staat oft finanzieller Teilhaber der Krankenhäuser. Durch die Gewerkschaft sind die Einwohner Israels krankenversichert. Die Krankenkasse ist eine Abteilung der Gewerkschaft. Die Gewerkschaft unterhält die Krankenhäuser und bezahlt die Ärzte. Eine große Anzahl von alten Arabern und Beduinen ist nicht krankenversichert, wird abar im Krankheitsfall euch umsonst ambulant und in den Krankenhäusern versorgt.

Sehr wertvoll waren die Empfänge und Unterredungen, die der Münchener Ärzte-Delegation gegeben wurden. So in Tel Aviv vom Dekan der medizinischen Fakultät, Professor Dr. Theodor Wiznitzer, in der Sackler School of Medicine, einem Chirurgen, dann bei dem Vice-President der Universität Tel Aviv, Mr. Aviezer Chelouche, dann dem Dekan der medizinischen Fakultät in Jerusalem, Professor Dr. Feldman, einem Neurologen. Besondere Eindrücke entstanden durch die Visiten im Ichilow General Hospital, Tel Aviv, dem größten Krankenhaus, das ein Staatsspital ist. Hier bekam die Münchener Delegation besondere Einblicke in die kardiologische Intensivstation und die kardiologischen Ambulanzen mit ihren Chefärzten Dr. Slomo Lanfade und Dr. Stephan Landes. Die Stationen sind modernst ausgestattet. Beispielsweise berichtete man uns, daß die „mobile intensive Herzstation" mit dem Notarztwagen auch bei akuten schweren Herzrhythmusstörungen auf der Straße an Ort und Stelle Herzschrittmacher implantiert. Das neue Hedassah Krankenhaus der Universität in Jerusalem ist auch bekannt durch seine Krankenhaus-Synagoge mit den berühmten Chagall-Buntglasfenstern.

An dieser Stelle sei nochmals den Herren Dekanen und Professoren und Kollegen, aber auch allen Institutionen, die das Münchener Ärzteteam betreuten, herzlicher Dank gesagt.

Die Probleme der Heranbildung des ärztlichen Nachwuchses sind dieselben wie in der Bundesrepublik. Es besteht ein Überangebot an Interessenten für das Medizinstudium. Von 2000 Bewerbern in Tel Aviv wurden zuletzt 80 angenommen. Dasselbe Resultat ist auch an den anderen Universitäten zu verzeichnen. Von den Zulassungen erfolgen 50 Prozent nach den Reifeprüfungsnoten, 50 Prozent nach einem psychotechnischen Test. Viele Studenten sind schon verheiratet, da sie durch die drei Jahre Wehrdienst – Frauen leisten 18 Monate ab – meist schon älter sind. Viele erhalten Stipendien, die sich zwischen DM 500,- und DM 600,- bewegen. Ausländer erhalten keine Zulassung zum Medizinstudium. Nur 40 Amerikaner werden jedes Jehr nach einer strengen Auslese in einem Austauschprogramm zum Studium der Medizin zugelassen.

Es gibt in Israel mit seinen ca. 3,5 Millionen Einwohnern vier medizinische Fakultäten: in Tel Aviv, in Jerusalem, in Haifa und neuerdings in Beer-Sheba. In der letzteren wurde speziell eine „Familien-Arzt-Schule" aufgebaut.

In ellen medizinischen Fakultäten sind etwa dieselben Ordinarien eingerichtet wie bei uns. Es gibt überall den Lehrstuhl für Family Medicine, der beispielsweise in Tel Aviv von Professor Rafael Mendel Polliack geführt wird. Erstaunenswert ist die stürmische Entwicklung der Universitäten und ihrer Institute. Die junge, dynamische und schnell wachsende Universität Tel Aviv hat in wenigen Jahren internationalen Ruf erlangt und sich zu einer hervorragenden akademischen Bildungsstätte entwickelt. Man muß bedenken, daß 1953 erst der Studienbetrieb begann, heute besteht der Campus der Universität aus über 40 Gebäuden auf einem Gelände von 70 Hektar. Zu den wichtigsten Forschungsbereichen der Universität Tel Aviv zur Lösung der drängendsten Probleme Israels und der Menschheit gehören: Energiequellenforschung, Verbesserung der Getreidearten, Umweltschutz, Urbarmachung von Wüstenland, Krebs- und Kardialforschung, strategische Studien, Nah-Ost-Studien, Entwicklungsprobleme. Die Universität Tel Aviv ist an über 50 Forschungsinstitute eller Disziplinan angeschlossen. Der Sackler Medizinischen Fakultät der Universität Tel Aviv sind sieben größere Krankenhäuser für die Ausbildung am Krankenbett und sechs Spezielkliniken angegliedert.

In der Ausbildung der Mediziner wird großer Wert gelegt auf die Ausbildung am Krankenbett. In einigen Kibbuzim bestehen von Professoren geleitete Weiterbildungsstätten für Allgemeinmediziner. Auch bereits fertige Ärzte will man nach einem festen Programm in den nächsten Jahren zu „Family Doctors" heranbilden. Nach einem vier-Jahresprogramm sollen durch Symposien und Kurse 3000 Family Doctors weitergebildet werden.

Schwierigkeiten bestehen oft mit eingewanderten Ärzten und Zahn-

Psychoreaktive Störungen

MONO DEMETRIN®

Psychoprotektiv rundum:

Nur 1 Tablette für 24 Stunden

Am Tag:

- Entspannung statt Anspannung
- Lebensfreude statt Angst
- Integration statt Isolation

In der Nacht:

- Befreiende Ruhe statt Ein- und Durchschlafstörungen

MONO DEMETRIN®
Das Rundum-Psychoprotektivum.

1000 Berlin 10

Zusammensetzung: 1 Tablette Mono Demetrin® enthält 20 mg Prazepam. **Anwendungsgebiete:** Akute und chronische Angstzustände, die sich wie folgt äußern können: Angst, Spannung, innere Unruhe, Erregung, Reizbarkeit, emotionalbedingte Schlafstörungen, psychovegetative und psychosomatische Störungen sowie Stimmungslabilität. Vor der Behandlung von Angstzuständen, die mit Stimmungslabilität einhergehen, ist zu prüfen, ob eine depressive Erkrankung vorliegt, da einer anderen Behandlung als mit Mono Demetrin bedarf. **Gegenanzeigen:** Myasthenia gravis, akute Vergiftung mit Alkohol, Schlaf- und Schmerzmitteln sowie Präparaten zur Behandlung geistig-seelischer Störungen. Im ersten Trimenon sollte Mono Demetrin nicht angewandt werden und während der übrigen Schwangerschaft nur bei strenger Indikationsstellung. **Nebenwirkungen:** In Abhängigkeit von der individuellen Disposition, besonders bei höherer Dosierung und während der ersten Behandlungstage, kann leichte Müdigkeit auftreten. Als weitere Nebenwirkungen können Schwindel, Schwäche, Benommenheit und Koordinationsstörungen auftreten, die sich im Verlauf der Behandlung oder nach Herabsetzen der Dosis meist rasch zurückbilden. Im Einzelfall kann eine Beeinträchtigung von Vigilanz und Reaktionsvermögen nicht ausgeschlossen werden. Vorsicht beim Bedienen von Maschinen und im Straßenverkehr. Gleichzeitiger Alkoholgenuß sollte vermieden werden. Die Wirksubstanz von Mono Demetrin tritt in stark verminderter Konzentration in die Muttermilch über. Bei Langzeittherapie mit Mono Demetrin empfiehlt sich die Kontrolle der Leberfunktion. Nach längerfristiger täglicher Anwendung beruhigender und angstlösender Mittel dieser Wirkstoffklasse können die ursprünglichen Symptome nach Absetzen des Präparates verstärkt wieder auftreten. Diese Erscheinungen sind meist ohne erneute Behandlung nach kurzer Zeit wieder zurück. Bei angstlösenden Arzneimitteln dieses Wirkungstyps ist der Nutzen einer Fortsetzung der Anwendung gegen das Risiko der Gewöhnung und Abhängigkeit abzuwägen. Infolge der besonders langen kinetischen Eigenschaften scheint dieses Risiko bei Mono Demetrin relativ gering zu sein.

Parke, Davis & Company, 8000 München 2 · Gödecke AG,

Wechselwirkungen: Bei Anwendung von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln ist mit einer wechselseitigen Wirkungsverstärkung zu rechnen. Dies gilt in besonderem Maße bei gleichzeitigem Alkoholgenuß. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 20 Tabletten DM 15,90 m. MwSt., Packung mit 50 Tabletten DM 35,40 m. MwSt.
Stand: April '80 P 14B/0

ärzten aus dem Osten, vor allem der Sowjetunion, es sind etwa 1500; für sie gibt es Umschulungskurse. Beispielsweise kommen aus der Sowjetunion patentierte Ärzte, die aber noch nie am Krankenbett standen, da sie nur als Spezialisten in Prävention oder Gesundheitserziehung ausgebildet wurden. Sie müssen erst neu am Krankenbett auf die praktische Arbeit am Kranken vorbereitet werden. Eine pflichtmäßige Ärzteorganisation wie etwa bei uns – Landesärztekammern und Kreisverbände – gibt es nicht. Bestehende Ärztegesellschaften haben rein wissenschaftlichen Charakter. Auch die Publikationsorgane sind rein wissenschaftlich.

Da auch in Israel ein Überangebot an Ärzten besteht, wandern nicht wenige nach den USA oder nach Südafrika aus.

Eine Fahrt ins Land Israel ist ein Erlebnis, ob es die Erinnerung an die Stätten des alten Testamentes sind oder die Orte, an denen Jesus Christus wandelte und starb. Ungeheuer interessant sind Ausgrabungen, die zum Teil erst in letzter Zeit getätigt wurden: Die Feste des Herodes in Massada, 400 m auf Felsen über dem Toten Meer, die Ausgrabungen in Cesarea, der Burg des Pontius Pilatus, Megiddo bei Jericho, wo zahlreiche Schlachten der Weltgeschichte ausgefochten wurden und wo die Ausgrabungen bis zu 20 Schichten erkennen lassen.

Israel ist aber heute auch ein herrliches Erholungsland mit der Möglichkeit von Badeurlaub am Mittelmeer oder am Roten Meer vom Frühjahr bis zum Spätherbst, mit Kurmöglichkeiten für rheumatologische und dermatologische Erkrankungen am Toten Meer (26 Prozent Salzgehalt) oder am See Genezareth. Überall bestehen und entstehen Kurheime und Sanatorien.

Dem Mediziner eröffnet sich in dem jungen und modernen Land die Erkenntnis, daß die Probleme der ärztlichen Versorgung und die Heranbildung des medizinischen Nachwuchses auch hier die gleichen sind wie bei uns.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. et phil. Erich Grassl, Allgemeinarzt, Boschetsrieder Straße 75, 8000 München 70

Gesundheits-Sozial-Berufspolitik

ICD/9 – eine neue Klassifikation der Krankheiten [1])

von E. Zimmermann

Seit kurzem ist in der Gesundheitsstatistik der Bundesrepublik Deutschland eine revidierte Fassung der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen" – die ICD/9[2]) – in Kraft. Diese deutsche Version der „International Classification of Diseases, 9th Revision", wird auch von Österreich und der Schweiz verwendet. Damit ist ein weiterer Schritt in den langjährigen Bemühungen getan worden, die Grundlage für international vergleichbare Statistiken zu verbessern. Denn ohne eine sich auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse befindliche Klassifikation lassen sich keine vergleichbaren Statistiken erstellen. In der Praxis wird die ICD/9 hauptsächlich in der Todesursachenstatistik verwendet.

Auch in Bayern bedarf es in der Todesursachenstatistik der Mitarbeit der Ärzte, denen die Aufgabe obliegt, Todesbescheinigungen (auch Totenscheine oder Leichenschauscheine genannt) so auszufüllen, daß vergleichbare, aussagekräftige Statistiken erstellt werden können. Hier sind aber auch die Ärzte in den Gesundheitsämtern angesprochen, welche die Todesbescheinigungen auf ihrem Wege vom ausfüllenden Arzt zum Statistischen Landesamt zu prüfen haben. Das Statistische Landesamt übernimmt dann die Signierung der Todesbescheinigungen und leitet damit die anonymisierte Aufbereitung ein. Die Signierer der Statistischen Landesämter sind medizinische Laien, die allerdings geschult sind, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Signierregeln einheitlich anzuwenden.

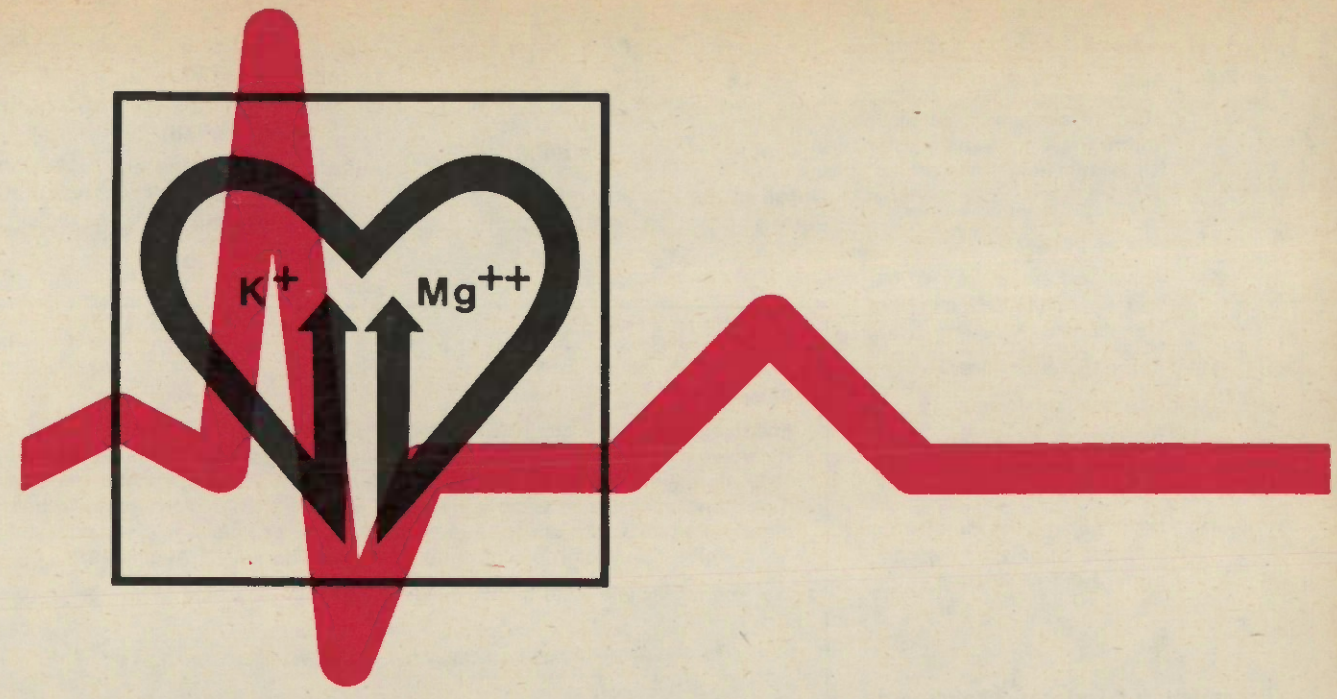
Struktur und Inhalt der ICD/9 sind gegenüber der 8. Revision, die seit 1968 verwendet wurde, ziemlich unverändert geblieben. Die ICD/9 ist in folgende Kapitel eingeteilt:

I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten
II. Neubildungen
III. Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem
IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
V. Psychiatrische Krankheiten
VI. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
VII. Krankheiten des Kreislaufsystems
VIII. Krankheiten der Atmungsorgane
IX. Krankheiten der Verdauungsorgane
X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane
XI. Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett
XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes
XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
XIV. Kongenitale Anomalien
XV. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben
XVI. Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen
XVII. Verletzungen und Vergiftungen
Zusatzklassifikation der äußeren Ursachen bei Verletzungen und Vergiftungen

Das Grundgerüst der ICD/9 bilden dreistellige Schlüsselnummern, die einerseits nach Krankheitsgruppen zusammengefaßt sind, andererseits sehr häufig in einer zusätzlichen vierten Stelle unterteilt werden. Als Beispiel mögen die „Sonstigen Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten" (Schlüsselnr. 414) dienen. Sie gehören zur Krankheitsgruppe der „Ischämischen Herzkrankheiten" (Schlüsselnummern 410 bis 414), sind aber in der vierten Stelle weiter unterteilt.

1) Gekürzte und leicht geänderte Fassung eines Aufsatzes von Dr. Werner Christian, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

2) Handbuch der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) 1979, 9. Revision, Band I, Systematisches Verzeichnis, herausgegeben vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit.



„Unsere Untersuchung zeigt, daß K-Mg-Aspartat gegenüber ventrikulären und supraventrikulären Extrasystolen eine deutliche antiarrhythmische Wirksamkeit besitzt."

Dr. Habeler
Primarius Dr. Ehrenböck
Ärztl. Praxis XXXI-Nr. 6, 157-160 (1979)

Tromcardin® FORTE

Indikationen
Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Extrasystolien; Herzinfarkt-Prophylaxe und -Therapie; Digitalis-Intoxikation und -Intoleranz, besonders beim Altersherz. Kalium-Mangelsyndrom, Magnesium-Defizit.

Kontraindikationen
Hochgradige Ausscheidungsstörungen und av-Block.

Zusammensetzung pro Tablette
360,42 mg Kalium-D,L-hydrogenaspartat · ½ H_2O
360,57 mg Magnesium-bis-D,L-hydrogenaspartat · 4 H_2O

Dosierung (Richtwerte)
Initialdosis 3 x täglich 2 Tabl.
Erhaltungsdosis 3 x täglich 1 Tabl.

Handelsformen und Preis
Packung mit 50 Tabletten DM 14,88
Anstaltspackungen mit 500, 3000 u. 5000 Tabletten.

Weitere Informationen über die gesamte Tromcardin-Gruppe entnehmen Sie bitte unseren wissenschaftlichen Dokumentationen oder fragen Sie unseren Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik · 5110 Alsdorf bei Aachen

Trommsdorff

410–414 Ischämischa Harzkrankheiten

- 410 Akutar Myokardinfarkt
- 411 Sonstiga akute odar subakuta Formen von ischämischen Harzkranheitan
- 412 Altar Myokardinfarkt
- 413 Angina pectoris
- 414 Sonstiga Forman von chronischen ischämischan Herzkrankheiten
- 414.0 Koronararteriosklarose
- 414.1 Herzwandaneurysma
- 414.8 Sonstiga Forman von chronischen ischämischan Herzkrankheitan
- 414.9 Nicht näher bezaichnete Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten

Formblatt der Todesbescheinigung

Die Todesbescheinigung enthält auf der Vorderseite allgemeine Fragen zur Person und zu Tatbeständen, die mit dem Todesfall zusammenhängen. Außerdem ist hier Raum für die Unterschrift des den Tod bescheinigenden Arztes sowie für Vermerke des Standesbeamten vorgesehen. Die Rückseite der Todesbescheinigung stellt den *vertraulichen* Teil dar. Die Angaben des vertraulichen Teils werden durch Falzen und Zukleben verdeckt, so daß sie Unberufenen nicht zur Kenntnis gelangen können. Die Todesursachen werden also auch den Standesbeamten nicht bekannt. Nur die Bearbeiter des Gesundheitsamtes – wo der verschlossene Teil der Todesbescheinigung wieder geöffnet wird – und des Statistischen Landesamtes – nehmen pflichtgemäß von den Todesursachen Kenntnis.

Die Todesbescheinigung folgt in Aufbau und Fragestellung dem internationalen Muster. In der Frage nach der klinischen Todesursache wird unter 1 von der unmittelbaren Todesursache ausgehend in verschiedenen Einzelfragen, die eine retrospektive Kausalkette bilden, zunächst nach dem *Grundleiden* (underlying cause) gefragt. Unter 2 wird dann nach Begleitkrankheiten (contributing conditions) gefragt. Unter „Zusatzangaben" werden insbesondere die für die Unfallforschung sehr wichtigen Fragen nach der äußeren Ursache der Schädigung und der Unfallkategorie gestellt.

Die Unfallkategorien sind wie folgt definiert:

1. Arbeits- oder Dienstunfall

Unfall eines Erwerbstätigen in Ausübung seiner Erwerbstätigkeit

Nicht:
Unfall auf dem Weg zur Arbeit unter Beteiligung eines Transportmittels (= Verkehrsunfall)
Unfall auf dem Weg zur Arbeit ohne Beteiligung eines Transportmittels (= sonstiger Unfall)

Abbildung 1

Beispiel 1

Epikrise: 88jährige Frau, 1968 Apoplaxie, anschließand Hamiplegie links. Dia Hemiplegia zaigte keina Rückbildungstendenz, so daß dia Lähmung atwa ab 1969 als bleibend anzusehen war, Patiantin wurde von der Tochter gepflegt. Sait zehn Tagan starke Gehbaschwerden, seit etwa einer Woche ständig battlägerig. Patientin wird am 13. August 1978 mit einer Pnaumonia stationär aufgenommen. Trotz sofort einsetzender Therapia Tod am 17. August 1978.

Die Todasbescheinigung müßta ausgefüllt werden wia folgt:

Rückseite ohne Durchschrift ausfüllen

Zuerst Seitenteile nach innen falzen, dann von unten nach oben umschlagen!

Bitte nach Ausfüllung zukleben!

V. Todesursache[1])

A. Klinisch (Bitte den Krankheitsablauf in der richtigen Kausalkette angeben, mit dem Grundleiden an letzter Stelle) — Zeitdauer zwischen Krankheit und Tod

1. Welche Krankheit oder Verletzung hat den Tod **unmittelbar** herbeigeführt?[1]) a) Hypostatische Pneumonie — 4 Tage
   Welche Krankheiten oder Verletzungen lagen der Angabe unter a) . . . . b) Hemiplegie (als Folge von:) — 9 Jahre
   unter b) . . . . c) Apoplexie (als Folge von:) — 10 Jahre
   ursächlich zugrunde? (Grundleiden)

2. Welche **anderen** wesentlichen Krankheiten bestanden zur Zeit des Todes?

B. Sektionsbefund (Bitte den Krankheitsablauf in der richtigen Kausalkette angeben, mit dem Grundleiden an letzter Stelle)

1. Welche Krankheit oder Verletzung hat den Tod **unmittelbar** herbeigeführt?[1]) a) (als Folge von:)
   Welche Krankheiten oder Verletzungen lagen der Angabe unter a) . . . . b) (als Folge von:)
   unter b) . . . . c) **ursächlich** zugrunde? (Grundleiden)

2. Welche **anderen** wesentlichen Krankheiten bestanden zur Zeit des Todes?

[1]) Hierunter fällt nicht die Art des Todeseintritts, z. B. Versagen des Herzens oder Kreislaufs, Atemlähmung, Verblutung, allgemeine Schwäche, sondern die Krankheit, Schädigung oder Komplikation, welche den Tod herbeigeführt hat.

VI. Zusatzangaben

A. Bei Unfall, Vergiftung und Gewalteinwirkung einschl. Selbstmord

1. Äußere Ursache der Schädigung (nähere Angaben über den Hergang):

2. Unfallkategorie*)
   a) Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall) ☐
   b) Schulunfall (ohne Wegeunfall) ☐
   c) Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall zu a und b) ☐
   d) Häuslicher Unfall ☐
   e) Sport- oder Spielunfall (außer bei schulischer Veranstaltung oder im Haus) ☐
   f) Sonstiger Unfall (nähere Angaben)

B. Bei Kindern unter 1 Jahr und Totgeborenen:

1. Wo wurde das Kind geboren*)
   a) im Krankenhaus ☐ b) zu Hause ☐ c) oder wo sonst?
2. Gewicht ____ g und Länge ____ cm bei der Geburt.
3. Mehrlingsgeburt? ja ☐ nein ☐*)

C. Bei Frauen (im gebärfähigen Alter): Ist bekannt, ob die Verstorbene
1. schwanger war? ja ☐ ____ Monat nein ☐*)
2. in den letzten 3 Monaten entbunden hat? ja ☐ ____ (Datum) nein ☐*)

*) Zutreffendes im entsprechenden ☐ ankreuzen.

Versicherungstips von der ›Vereinigten‹

Bis 200 DM Krankenhaustagegeld

Als vorsorgebewußter Arzt sind Sie zumindest im Stationärfall gegen Heilkosten versichert. Aber wie sieht es mit den zusätzlichen Aufwendungen aus, wenn Sie in der Klinik liegen? Hier hilft die preiswerte Krankenhaustagegeld-Versicherung, die für jeden Kliniktag eine Summe zwischen 10 DM und 200 DM garantiert. Sie leistet unter entsprechenden Voraussetzungen auch für Kur- und Sanatoriumsaufenthalte.

Krank im Urlaub?

Lanzarote, 24.8.79, 17.00 Uhr: Dr. K. aus München stürzt die Hoteltreppe herunter. Diagnose: Komplizierter Beckenbruch. Per Sanitäts-Jet wird er am nächsten Tag nach München zurückgeflogen. Kosten: 21.600 DM – 100%ig erstattet von der ›Vereinigten‹. Die kurzfristige Reisepolice mit 100%-Leistungen ist wegen des Rückhol-Services auch für ›gruppenversicherte‹ Ärzte, deren Vollversicherung weltweit gilt, interessant. Der Reise-Tarif kann problemlos und schnell abgeschlossen werden – zu einem geringen Beitrag: nur 60 Pf. pro Tag und Person.

Auch Nebeneinnahmen versicherbar

Wichtig für angestellte und beamtete Ärzte: Auch regelmäßige Nebeneinnahmen, z.B. aus ärztlicher Gutachtertätigkeit, können als fester Einkommensbestandteil privat abgesichert werden. Geeignet dafür ist ein Krankentagegeldtarif mit kurzer Karenzzeit (z.B. 3 Tage), da diese Einnahmen bei Arbeitsunfähigkeit ja sofort entfallen.

Ärzte-Infodienst
Vereinigte
Krankenversicherung AG
Pressestelle
Leopoldstraße 24
8000 München 40
Telefon 089/3 89 31

Die meisten Ärzte kennen uns bereits als führende Krankenversicherung des Ärztestandes. Deshalb möchten wir in dieser Anzeige einmal nicht über Versicherungen reden, sondern Sie zu einem Quiz-Spiel einladen.

»Schmerz laß nach«

Unsere Quiz-Frage:
Während die Araber schon lange erfolgreich Narkosemittel anwandten, wurde im Abendland nur mit unzureichender Betäubung operiert. Was war das gebräuchlichste Betäubungsmittel? Kreuzen Sie bitte Ihre Antwort im Coupon an.

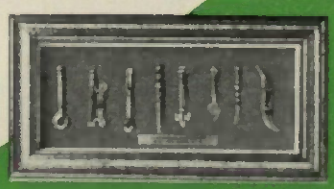
Quellenhinweis:
Bildband Kunst und Medizin,
Verlag M. Du Mont Schauberg, Köln

Vereinigte Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Im Unternehmensverbund
Vereinigte
Versicherungsgruppe

Generaldirektion
Leopoldstraße 24, 8000 München 40

Ihr Quiz-Gewinn:
Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir 3 gerahmte Bestecksammlungen mit wertvollen Nachbildungen alter arabischer Arztinstrumente. Der Einsendeschluß ist der 30.6.1980. Der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen.



Meiner Meinung nach war das gebräuchlichste Betäubungsmittel:
☐ Alkohol ☐ Opium ☐ Baldrian

Adresse

KX7C

2. Schulunfall

Unfall von Kindern und Jugendlichen im Kindergarten und in der Schule, Hochschule, auf dem Schulgelände, auch bei einer schulischen Verenstaltung außerhalb des Schulgeländes

Nicht:
Unfall auf dem Schulweg (= Verkehrsunfall)
Unfall bei außerschulischer Nutzung der Schule (= sonstiger Unfall)

3. Verkehrsunfall

Unfall im öffentlichen Verkehr, auch auf privaten Verkehrswegen (Straße, Schiene, Wasser, Luft)

Nicht:
Unfall in Ausübung der Arbeit (= Arbeitsunfall)

4. Häuslicher Unfall

Unfall im häuslichen Bereich (Wohngebäude einschließlich Zugang, Hoffläche, Hausgarten, Garage) bei hauswirtschaftlicher oder sonstiger Tätigkeit

Nicht:
Arbeitsunfall im häuslichen Bereich (= Arbeits- oder Dienstunfall), jedoch Unfall der Heusfrau bei hauswirtschaftlicher Tätigkeit

5. Sport-/Spielunfall

Unfell bei Sport und Spiel als Freizeitbeschäftigung, auch Hobbytätigkeit

Nicht:
Unfall von Berufssportlern (= Arbeitsunfall)
Sport-/Spielunfall im schulischen Bereich (= Schulunfall)
Sport-/Spielunfall im häuslichen Bereich (= häuslicher Unfall)

6. Sonstiger Unfall

Was ist einzutragen?

Nicht nur die Form der Todesbescheinigung ist international einheitlich festgelegt, sondern die WHO definiert auch, welche Tatbestände als Todesursachen in diese Todesbescheinigung einzutragen sind. Ziffer 3 der „Definition" lautet:

„Die Todesursachen, die auf der Todesbescheinigung engegeben werden sollen, sind alle diejenigen Krankheiten, Leiden oder Verletzungen, die entweder den Tod zur Folge hatten oder zum Tode beitrugen und die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die diese Verletzungen hervorriefen[3])."

Nach dieser Definition ist also nicht nur eine einzige Haupttodesursache einzutragen, sondern es sind alle Krankheiten, Krankheitszustände oder Verletzungen anzugeben, die mittelbar oder unmittelbar zum Tode geführt haben. Darüber hinaus sind

Abbildung 2

Beispiel 2

Epikrise: 72jähriger männlicher Bewohner eines Altersheimes stürzt am 1. März 1974 die Treppen hinunter. Doppelter Oberschenkelhalsbruch rechts. Bei der stationären Aufnahme wird ein Bluthochdruck bei Fettleibigkeit und Koronarsklerose festgestellt. Technische Schwierigkeiten bei der Nagelung. Am 3. März 1974 plötzlicher Tod. Die Sektion ergibt eine messive Fettembolie der Lunge.

Die Todesbescheinigung müßte eusgefüllt werden wie folgt:

Rückseite ohne Durchschrift ausfüllen

Zuerst Seitenteile nach innen falzen, dann von unten nach oben umschlagen!

Bitte nach Ausfüllung zukleben!

V. Todesursache[1])

A. Klinisch (Bitte den Krankheitsablauf in der richtigen Kausalkette angeben, mit dem Grundleiden an letzter Stelle) — Zeitdauer zwischen Krankheit und Tod

1. Welche Krankheit oder Verletzung hat den Tod **unmittelbar** herbeigeführt?[1]) a) Fettembolie der Lunge
   als Folge von:
   Welche Krankheiten oder Verletzungen lagen der Angabe unter a) . . . . b) —
   als Folge von:
   unter b) . . . . c) Oberschenkelhalsbruch re. 2 Tage
   ursächlich zugrunde? Grundleiden

2. Welche **anderen** wesentlichen Krankheiten bestanden zur Zeit des Todes? Fettleibigkeit, Hypertonie, Koronarsklerose

B. Sektionsbefund (Bitte den Krankheitsablauf in der richtigen Kausalkette angeben, mit dem Grundleiden an letzter Stelle)

1. Welche Krankheit oder Verletzung hat den Tod **unmittelbar** herbeigeführt?[1]) a) Fettembolie der Lunge
   als Folge von:
   Welche Krankheiten oder Verletzungen lagen der Angabe unter a) . . . . b) —
   als Folge von:
   unter b) . . . . c) Oberschenkelhalsbruch re.
   ursächlich zugrunde? Grundleiden

2. Welche **anderen** wesentlichen Krankheiten bestanden zur Zeit des Todes? Linksherzhypertrophie, Koronarsklerose, Adipositas

[1]) Hierunter fällt nicht die Art des Todeseintritts, z. B. Versagen des Herzens oder Kreislaufs, Atemlähmung, Verblutung, allgemeine Schwäche, sondern die Krankheit, Schädigung oder Komplikation, welche den Tod herbeigeführt hat.

VI. Zusatzangaben

A. Bei Unfall, Vergiftung und Gewalteinwirkung einschl. Selbstmord

1. Äußere Ursache der Schädigung (nähere Angaben über den Hergang): Sturz von der Treppe
2. Unfallkategorie*)
   a) Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall) ☐
   b) Schulunfall (ohne Wegeunfall) ☐
   c) Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall zu a und b) ☐
   d) Häuslicher Unfall ☒
   e) Sport- oder Spielunfall (außer bei schulischer Veranstaltung oder im Haus) ☐
   f) Sonstiger Unfall (nähere Angaben) ☐

B. Bei Kindern unter 1 Jahr und Totgeborenen:

1. Wo wurde das Kind geboren*)
   a) im Krankenhaus ☐ b) zu Hause ☐ c) oder wo sonst?
2. Gewicht ____ g und Länge ____ cm bei der Geburt.
3. Mehrlingsgeburt? ja ☐ nein ☐*)

C. Bei Frauen (im gebärfähigen Alter): Ist bekannt, ob die Verstorbene

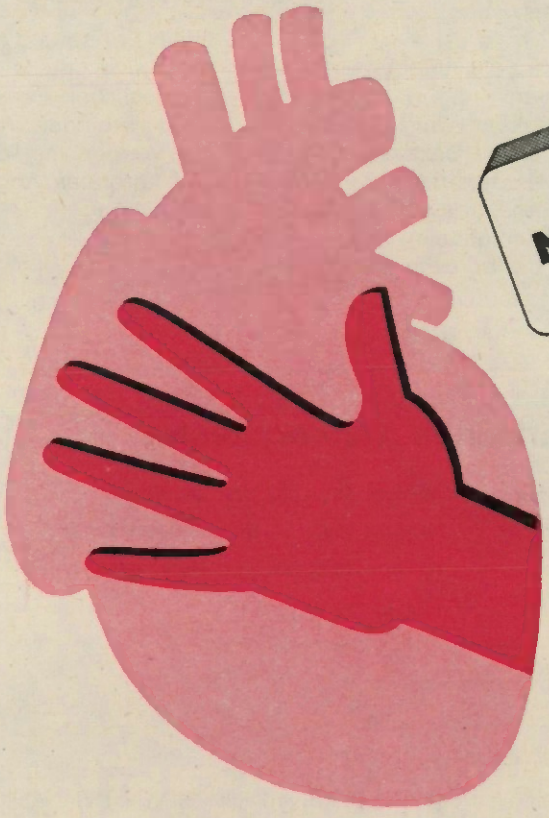
1. schwanger war? ja ☐ ____ Monat nein ☐*)
2. in den letzten 3 Monaten entbunden hat? ja ☐ (Datum) nein ☐*)

*) Zutreffendes im entsprechenden ☐ ankreuzen.

3) s. Fußnote 1) „Handbuch" S. 849

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack® Retard



jetzt neu:
Nitro Mack® Retard forte

Seda Nitro Mack® Retard

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

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)

auch endere wesentliche Krenkheiten oder Verletzungen anzugeben, die zur Zeit des Todes bestanden haben, die sogenannten Begleitkrankheiten. Schließlich soli auch die ungefähre Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Todeseintritt eingetragen werden.

Wie ist einzutragen?

Die Todesursachenangaben werden statistisch aufbereitet. Deshalb ist eine Reglementierung unbedingt erforderlich. Denn nur auch formai einheitliche Angaben ermöglichen eine einheitliche Auswertung mit vergleichbaren Ergebnissen.

Formal sehen die Regein der WHO über die Eintragung der Todesursachen vor, daß diese in einer Kausalkette eingetragen werden, die mit der unmittelbar zum Tode führenden Ursache beginnt und retrospektiv zum Grundleiden führt. Das „Grundleiden" ist wie folgt definiert[4]):

„a) die Krankheit oder Verletzung, die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste, oder

b) die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten."

Zwei Beispieie mögen dies verdeutlichen[5]): siehe Abbildung 1 und 2.

Ergebnisse der Todesursachenstatistik werden für Bayern jährlich in ausführlicher Form vom Statistischen Landesamt, in Kurzform in kürzeren Zeitabständen auch vom „Bayerischen Ärzteblatt", für das Bundesgebiet vom Statistischen Bundesamt, Wiesbaden, veröffentlicht.

Anschrift der Verfesserin:

Dr. oec. publ. E. Zimmermenn, Bayerisches Stetistisches Landesamt, Neuheuser Streße 51, 8000 München 2

4) e. Fußnote 1) „Hendbuch" S. 849

5) Ausführliche Beispiele und ein gekürzter Abdruck der ICD/9 sind in dem kürzlich erschienenen Bend 77 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Femilie und Gesundheit enthelten.

in memoriam

Dr. Petz †

Erst vor wenigen Monaten konnten wir darüber berichten, daß Dr. Hans Petz seinen 80. Geburtsteg feierte, und wir haben diese Gelegenheit benützt, um seine Verdienste für die ärztliche Berufsvertretung zu würdigen. Mit großem Bedauern müssen wir nunmehr seinen unerwarteten Tod bekanntgeben. Hans Petz ist am 2. Aprii verstorben.

Wir bedauern das Ableben eines Kollegen, der sich neben seiner beruflichen Tätigkeit zwanzig Jahre als Vorsitzender der Bezirkssteiie München der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und als deren Vorstendsmitglied mit aller Kraft für das Wohl und die berechtigten Belange seiner kessenärztlichen Kollegen eingesetzt hat. Wer das Glück hatte, mit Hans Petz zwei Jahrzehnte zusammenerbeiten zu dürfen, lernte ihn nicht nur als einen sachkundigen und weitblickenden Standesvertreter, sondern auch ais einen aufrichtigen und toleranten, mit Humor begabten Menschen kennen.

in der Erinnerung an Hans Petz werden sich diese fachlichen und menschlichen Eigenschaften harmonisch verbinden. Aiie, die ihn kennten, werden ihm deshalb ein gutes und ehrendes Angedenken bewahren.

Professor Dr. Sewering

Bayerisches Ärzteorchester

Neustadt/Saale: **9. Juni 1980, 20 Uhr, Stadthalle**

Wiesentheid: **10. Juni 1980, 20 Uhr, Steigerwaldhalle**

München: **11. Juni 1980, 20 Uhr, Herkulessaal**

Schubert: *Ouvertüre zu Rosamunde*

Dvorak: *Konzert für Violoncello*

Brehms: *Symphonie Nr. 3*

Julius Berger, Violoncello

Reinherd Steinberg, Leitung

Karten an allen öllentlichen Vorverkeulsstellen und der Abendkasse
Bayerische Konzertdirektion,
Marienplatz 2, 8000 München 2, Telelon (0 89) 22 74 80

Julius Berger, 25 Jehre jung, steht bereits mitten in einer großen Solistenkarriere. Nach Abschluß der Meisterklesse an der Münchener Musikhochschule studierte der hochbegabte Cellist em Salzburger Mozarteum bei Antonio Janigro, der ihn 1979 zu seinem Assistenten der Mozarteums-Sommerkurse bestimmte. Einen Kurs bei Mstislev Rostropovitch schloß Julius Berger mit der hohen Auszeichnung eb, unter der Stablührung des russischen Meisters das Dvorak-Cellokonzert öllentlich eulführen zu können. Derzeit studiert Julius Berger als Stipendiat der Studienstiltung des Deutschen Volkes bei Zera Neisova in Cincinatti/USA. Sein Repertoire umfaßt sämtliche Epochen der Konzertliteratur mit einer heimlichen Vorliebe für die romantische Musik, bei der ihm sein edler, blühender Ton und seine eusdrucksterke, reile musikalische Gestaltung höchstes Lob der Kritiken einbringt.

Des „Beyerische Ärzteblatt", das seit Jehren eul die für ein – wohlgemerkt – Leienensemble eußergewöhnliche musikelische Leistung des Beyerischen Ärzteorchesters hinweist, möchte den Besuch der Konzerte dringend empfehlen.

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Wir emptehlen 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 Förderungsmögtichkeiten bestehen.

Oberfranken

Coburg-West:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Himmelkron, Lkr. Kulmbach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hot-Fabrikvorstadt:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hot-Moschendorf:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hot-Neuhot:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Michelau, Lkr. Lichtenfels:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neustadt b. Coburg, Lkr. Coburg:
1 Allgamein-/Praktischer Arzt

Schwarzenbach/Saale, Lkr. Hot:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weidenberg, Lkr. Bayreuth:
1 Allgemain-/Praktischer Arzt

Naita, Lkr. Hot:
1 Auganarzt

Bayreuth:
1 HNO-Arzt

Coburg:
1 Orthopäde

Bawerbungen bitte an dia Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Bürgerrauther Straße 7 a – 9, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 2 30 32.

Mittelfranken

Ehingen, Lkr. Ansbach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitta an dia Bazirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 4 96 21 – 24.

Unterfranken

Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Knetzgau, Lkr. Haßberge:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rauhenebrach, Lkr. Haßberge:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Großlangheim, Lkr. Kitzingen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kleinheubach, Lkr. Mittenberg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfald:
1 Allgamein-/Praktischar Arzt

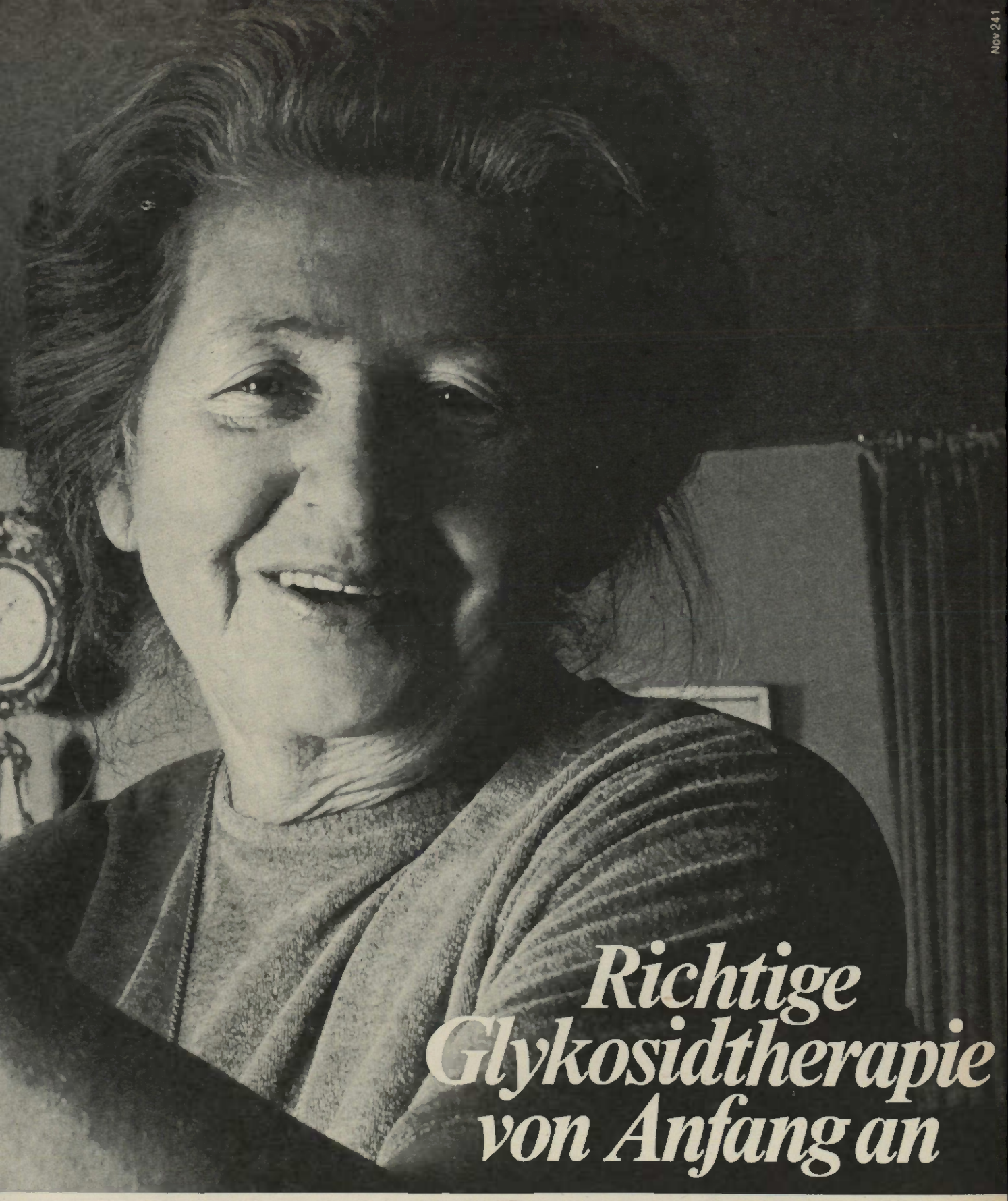
Stadt Schweinfurt,
Stadtteile Deutschhof/Hochfeld-Steinberg:
1 Allgamain-/Praktischer Arzt

Stadtteil Oberndorf:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Üchtelhausen, Lkr. Schweinfurt:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

Beiersdorf AG, Hamburg, Novodigal® mite, Novodigal®
Zusammensetzung: 1 Tablette Novodigal® enthält 0,2 mg β-Acetyldigoxin, 1 Tablette Novodigal® mite enthält 0,1 mg β-Acetyldigoxin. Novodigal® Tropfe
enthalten 0,1 mg β-Acetyldigoxin in 10 Tropfen, Novodigel® Injektionslösung i.v. 0,2 mg enthält 0,2 mg Digoxin in 1 ml, Novodigal® Injektionslösung i.v. 0,4 m
enthält 0,4 mg Digoxin in 2 ml. Anwendungsgebiete: Herzmuskelinsuffizienz. Gegenanzeigen: Extreme Bradykardie, ventrikuläre Tachykardie, AV-Blockierung
Vorsicht bei Hyperkalzämie und Hypokaliämie. Keine gleichzeitigen intravenösen Kalziumgeben. Strenge Indikationsstellung während der Schwangerschaf
Nebenwirkungen: Traten im Verlauf der Therapie Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Farbsehen oder Herzrhythmusstörungen auf, so ist eine Dosisreduzie
rung erforderlich.
Handelsformen und Preise: Novodigal: Packungen mit 50 Tabletten DM 6,35, 100 Tabletten DM 11,45, Anstaltspackungen. Novodigel mite: Packungen m
50 Tabletten DM 4,93, 100 Tabletten DM 8,64, Anstaltspackungen. Novodigal Injektionslösung i.v. 0,2 mg: Packung mit 5 Ampullen DM 5,49. Anstaltspackung
Novodigel Injektionslösung i.v. 0,4 mg: Packung mit 10 Ampullen DM 12,37, Anstaltspackung. Novodigal Tropfen: Tropfflesche mit 30 ml DM 11,96, Anstalts
packung. (Stand 1. 4. 1980) Nov 241a



Nov 241

AUS DEM HERZ-KREISLAUF-PROGRAMM

BDF

Novodigal® mite Novodigal®

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebarn, Lkr. Haßberge:
1 Augenarzt

Kitzingen, Lkr. Kitzingen:
1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:
2 Augenärzte

Bad Brückenau oder Hammelburg, Lkr. Bad Kissingen:
1 HNO-Arzt

Haßfurt/oder Ebern, Lkr. Haßberge:
1 HNO-Arzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 HNO-Arzt

Obernburg, Lkr. Mittenberg:
1 HNO-Arzt

Stadt Aschaffenburg:
2 Hautärzte

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Hautarzt

Bad Brückanau, Lkr. Bad Kissingen:
1 Kinderarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Nervenarzt

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

Oberpfalz

Bodenwöhr, Lkr. Schwandorf:
1 Allgamein-/Praktischer Arzt

Freihung, Lkr. Amberg-Sulzbach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Fuchsmühl, Lkr. Tirschenreuth:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Leonberg, Lkr. Schwandorf:
1 Atlgemain-/Praktischer Arzt

Neukirchen-Balbini, Lkr. Schwandorf:
1 Allgamein-/Praktischer Arzt

Pechbrunn, Lkr. Tirschenreuth:
1 Allgemain-/Praktischar Arzt

Seubersdorf, Lkr. Neumarkt i. d. Opf.:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schwandorf, Ortsteil Klardorf, Lkr. Schwandorf:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Sulzbach:
1 Allgemain-/Praktischer Arzt

Vitseck, Lkr. Amberg-Sulzbach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wackersdorf, Lkr. Schwandorf:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Amberg:
1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:
1 Hautarzt

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

Niederbayern

Roßbach, Lkr. Rottal-Inn:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Deggendorf-Stadt:
1 Hautarzt

Dingolfing-Stadt:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Liliensträße 5–9, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 70 53.

Schwaben

Eurasburg, Lkr. Aichach-Friedberg:
1 Allgemain-/Praktischer Arzt

Höchstädt/Donau, Lkr. Dillingen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitta an die Bezirksstalle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Tetefon (08 21) 31 30 31.

Dolo-Prolixan®

Weil der Rheumatiker prompte Hilfe braucht.

Volltreffer gegen

Entzündungsschmerz

Ausgeprägte Wirkung: 96% Besserung bei Patienten mit starken Schmerzen.

96%

44%

Prompte Wirkung: 44% Besserung bereits 2 Std. nach der 1. Gabe.

Nach
Fassl, Bach, Goethe
Therapiewoche 26
5654–5667 (1979)

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 Dextropropoxyphen. 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; entzündliche Schwellungen nach chirurgischen Eingriffen in folgenden Bereichen: Kiefer, HNO, Orthopädie und Gynäkologie. **Kontraindikationen:** Akute ulcera ventriculi et duodeni. Myasthenie. Während der Schwangerschaft sollte DOLO-PROLIXAN® nur unter strenger Indikationsstellung verabreicht werden. **Nebanwirkungen:** 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 **nsch dem Essen** einnehmen. DOLO-PROLIXAN® ist zur Behandlung von akuten Schmerzzuständen auf den genannten Indikationsgebieten bestimmt. Für die Dauertherapie wird empfohlen, auf PROLIXAN® 300 überzugehen. **Besondere Hinweise:** DOLO-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 DOLO-PROLIXAN® zu empfehlen. Bei Leukopenie sowie renalen und hepatischen (auch bei kardial bedingten) Insuftizienzerscheinungen 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., Anstaltspackungen. Verschreibungspflichtig.

Die Sprache des Arztes

Die Geschichte überliefert den Versuch, Neugeborene im „sprachlich toten Raum" — ohne jede menschliche Ansprache — aufzuziehen, um die Ursprache zu erforschen. Bekanntlich scheiterte der Versuch, die Kinder sind gestorben. Deraus folgert einmal, wie lebensnotwendig Spreche für den Menschen und seine ungestörte Entwicklung ist, und zum anderen, daß Sprache vermittelt werden muß.

Sprache ist nicht nur Lautfolge, sie ist ein Gerät: der Mensch bewegt damit sein Denken, Fühlen und Handeln, vermag sich damit darzustellen und behandelt damit seine Mitmenschen. Sprachliche Symbole tragen in sich moralische und kulturelle Werte, über Generationen weitergegeben, können sie Evolution bedeuten und bewirken zwischenmenschliche Bindungen, soweit diese Symbole für Menschen „lesbar" sind und „verstanden" werden.

Sprache kann auch verkommen: in der Sprache konkretisierte herkömmliche Erfahrungen können durch mangelnden Gebrauch in Vergessenheit geraten, und damit geht das Bindeglied zwischen Denken, Empfinden und Handeln zu Bruch. Besonders in Zeiten revolutionärer Ereignisse ist zu beobachten, daß die sprachliche Konvention eine Irritation erfährt, „Reizwörter" — „Schlagwörter" treten auf, über die nicht mehr nachgedacht wird (z. B. „Freiheit", „Gleichheit"), die zwischen Menschen übliche Sprache geht unter und macht trivialen Sprachsymbolen Platz und entartet zum Träger von Ideologien.

Der Siegeszug von Wissenschaft und Technik wird durch „Fachsprachen" vermittelt. Sie sind nicht mehr am Menschen und seinen Bedürfnissen orientiert, sondern en „technozentrischen Leitbildern". Ihr Verständnis ist auf bestimmte Gruppen begrenzt, Fachsprachen kommunizieren nur schwer miteinander, wer sie fast ausschließlich und längere Zeit spricht, gerät in die sprechliche Isoletion außerhalb seiner Gruppe. Auch für diesen Vorgeng gibt es ein uraltes Beispiel: der Turmbau von Babel, „da keiner mehr die Sprache des anderen verstand".

Wie kein anderer Beruf ist der Arzt in den Krisenpunkt dieser Sprachentwicklungen gestellt. Während seiner Ausbildung erlernt er eine wissenschaftlich-technische Fachsprache, zunehmend engereichert mit Inhalten aus der Medizin benachbarten Bereichen, wie Soziologie, Psychologie, Biologie, Ökologie. Nicht selten sind dies Begriffe ohne Dauer, weder wiederholt anwendbar, noch empirisch einlösbar, in kurzen zeitlichen Abständen werden die Begriffe umgegossen. Das Wissen wird mit Multiple-Choice-Fragen abgetestet, sie sind kein sprachliches Vorbild, wie die ärztliche Aufgabe durch eine adäquate Sprache angepackt werden kann, wie der Arzt den Erwartungen seines Patienten gerecht werden kann. Ins Berufsleben eingetreten, wird der Arzt von einer Werbeflut überrollt, die darauf zielt, sein diagnostisches und therapeutisches Handeln zu beeinflussen und das Nachdenken darüber auszuschalten.

Wissenschaft, Technik und Wirtschaft stehen in diesem Sinne hinter dem Mediziner — konfrontiert aber ist der Arzt mit dem hilfesuchenden, leidenden Menschen, seinem Patienten. Er hat ins Zentrum des Denkens und Handelns zu treten und will und muß sprachlich erfaßt werden. Die wissenschaftlich-technischen Leitbilder der Sprache des Mediziners haben zurückzutreten. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient und die Behandlung kann sich nur mit einer von beiden verstandenen Spreche vollziehen. Der Arzt muß die Sprache seines Patienten suchen und verstehen und er muß die ihm eigene Fachsprache in Sprachsymbole übersetzen, die vom Patienten sicher verstanden werden. Es genügt nicht, dem Patienten einen Sachverhalt in medizinischer Fachsprache zur Kenntnis zu bringen. Der Patient hat vielmehr Anspruch, daß ihm in seiner Sprache die Bedeutung des ärztlichen Handelns bekannt und bewußt gemacht wird. Und diese Sprache muß human bleiben. Auch die Pflicht zur Aufklärung gibt nicht das Recht, eine inhumane Brutalaufklärung zu betreiben.

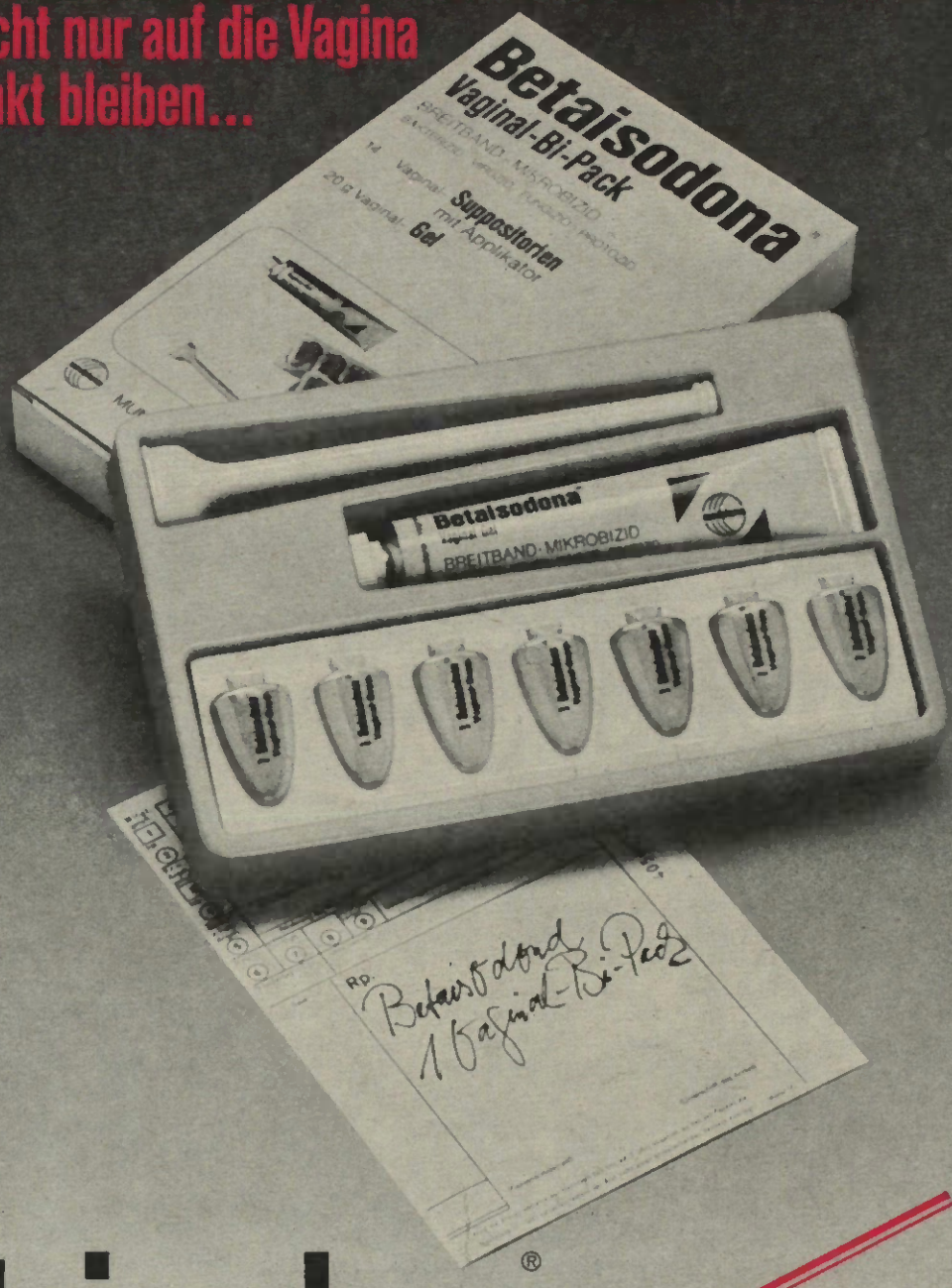
Vom ärztlichen Gespräch mit einer patientenzentrierten Sprache geht eine unmittelbare erzieherische Wirkung aus, der Arzt ist der optimale Übermittler von Handlungsanweisungen, die zur Gesundung beitragen, und von Hilfen, die Krankheit und Leiden ertragen lassen. Keine andere Informationsvermittlung medizinischer Sachverhalte, in welchen Medien euch immer, kann gleiche Wirkung erzielen.

Es ist nicht zu übersehen, daß die gesellschaftlichen Entwicklungen auf dieses Arzt-Patient-Verhältnis Einfluß nehmen wollen, daß es laut und häufig kritisiert wird: das Gespräch kommt zu kurz, der Arzt hört den Patient nicht an, er geht nicht auf ihn ein, der Patient wird abgefertigt, bleibt unaufgeklärt, die Behandlung ist inhuman. Es gibt bereits Modelle für die Humanisierung im Gesundheitswesen, die sicher dazu beitragen können, Hilflosigkeit und Einsamkeit zu verringern.

Ganz plötzlich haben die Politiker entdeckt, welche Gefahr in einer verdorbenen und verwirrten politischen Sprache verborgen ist, und sie bemühen sich, zu einer Sprache für den Bürger zurückzukehren. Die Staatsverdrossenheit, das Schweigen von der Basis soll damit überwunden werden. Auch verschiedene Wissenschaftsbereiche machen sich neuerdings Gedanken über ihre Sprachlichkeit. Der Arzt kenn seinen Auftrag nur erfüllen, wenn er bewußt vermeidet, mit seinem Patienten Umgang in Fachspreche oder verdorbener Sprache zu pflegen. Dies wäre der sicherste Weg, die Arzt-Patient-Beziehung zu lockern, die Zone des Schweigens zu verbreitern, Gesundheitserziehung zu vernachlässigen, seelische Hilfe zu verweigern und dem humanitären Auftrag des Arztes nicht mehr zu genügen.

Dr. med. Gertreud Bäcker, Vorsitzende des Beyerischen Ärztinnenbundes, Bed Brunnthel 3, 8000 München 80

Weil Misch-, Candida- und Trichomonadeninfektionen häufig nicht nur auf die Vagina beschränkt bleiben...



Betaisodona®

Vaginal-Bi-Pack mit 14 Vaginal-Suppositorien und 20 g Gel

bakterizid • viruzid • fungizid • protozid

Die praktische Komplett-Packung für die Patientin – und für den Partner

Mundipharma GmbH, Limburg, **Betaisodona® Vaginal-Bi-Peck**
Zusammensetzung: 1 Vaginal-Suppositorium enthält 200 mg Polyvinylpyrrolidon-Jod-Komplex (Mundidon) mit einem Gehalt von 10% verfügbarem Jod. 20 g Vaginal-Gel enthalten 2 g Polyvinylpyrrolidon-Jod-Komplex (Mundidon) mit einem Gehalt von 10% verfügbarem Jod. **Anwendungsgebiete:** Infektiöse Vaginitis, hervorgerufen durch Mischinfektionen, „unspezifische" Infektionen (Haemophilus. sp. vaginalis), Trichomonas vaginalis, Candida albicans. **Gegenanzeigen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** oder Begleiterscheinungen treten selbst bei jodüberempfindlichen Patienten äußerst selten und meist nur vorübergehend auf.

Dosierung und Anwendungsweise: 1 Betaisodona Vaginal-Suppositorium wird täglich abends vor dem Schlafengehen tief in die Vagina eingeführt. Betaisodona Vaginal-Gel wird täglich am äußeren weiblichen bzw. männlichen Geschlechtsorgan und 1–2 cm darüber hinaus aufgetragen. **Handelsform und Preis:** 1 Vaginal-Bi-Pack enthält: 14 Vaginal-Suppositorien mit Applikator (Reg.-Nr. 47662); 20 g Vaginal-Gel (Reg.-Nr. 47663). Preis DM 34,85 AVP m. MwSt. (Stand 1.1.1980)

mundipharma

MUNDIPHARMA GMBH · 6250 Limburg (Lahn)

Werk Limburg

Staatsdiener mit Zubrot

In der Bundesrepublik Deutschlend sind ca. drei Millionen Arbeitnehmer, davon 1,6 Millionen Beemte, im öffentlichen Dienst beschäftigt. Im Rahmen der Diskussion um die sogenennten Privilegien des öffentlichen Dienstes spielen debei die Nebentätigkeiten von Staatsdienern immer wieder eine Rolle. Die Vorwürfe gipfeln dabei darin, daß der öffentliche Dienst zum „öffentlichen Schwarzarbeiter" geworden sei, wie es im Lendtag der Vorsitzende des Ausschusses für Fragen des öffentlichen Dienstes, der CSU-Abgeordnete Wilhelm Gestinger, ausdrückte. Das Gremium hette vom Finanzministerium einen Sechstendsbericht zum Nebentätigkeitsrecht angefordert, weil im Interesse des Ansehens des öffentlichen Dienstes eine objektive Unterrichtung der Öffentlichkeit das Gebot der Stunde sei.

Man müsse davon ausgehen – so Wilhelm Gastinger –, daß ein öffentlich Bediensteter, der vollbeschäftigt sei, seine ganze Arbeitskraft dem Staate zu widmen habe, nachdem er auch dafür bezahlt werde: „Es wird sich mit der Sicherheit einer lebenslengen Anstellung und einer engemessenen Versorgung nicht vertregen, wenn im Rahmen einer Nebentätigkeit noch lukrative Einnehmen vorhanden wären." Auch aus erbeitsmarktpolitischen Gründen sollte die Nebentätigkeit von Beemten und Angestellten im öffentlichen Dienst möglichst eingeschränkt werden, forderte der Ausschußvorsitzende.

Im Freistaat Bayern, berichtete Ministerieldirigent Dr. Metz vom Finanzministerium, habe es 1978 3479 Genehmigungen für Nebentätigkeiten von Beamten gegeben. Da weitere Genehmigungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorlagen und für mehrere Jahre erteilt wurden, könne men davon ausgehen, daß etwa 2,5 Prozent der 150 000 Beamten mit Billigung ihres Dienstherrn ihre Einkünfte verbessern. Die Deten des Regierungsvertreters fußten euf einer Umfrage, in der die Nebentätigkeiten von Hochschullehrern sowie der kommunele Bereich allerdings nicht enthelten weren. Auch exakte Angaben über die Nebenbeschäftigungen von Lehrern, beispielsweise durch Nachhilfeunterricht, fehlten. Deshalb ging der Lendtegseusschuß von einer zusätzlichen Dunkelziffer eus. Auch Ministerieldirigent Dr. Metz räumte ein, daß nach dem bayerischen Beamtengesetz verschiedene Nebenjobs nicht genehmigungspflichtig seien. Im einzelnen seien dies:

1. die verwaltungseigenen oder der Nutznießung des Beemten unterliegenden Vermögens,

2. schriftstellerische, wissenschaftliche, künstlerische oder Vortregstätigkeit,

3. mit Lehre oder Forschungseufgeben zusammenhängende, selbständige gutachtliche Tätigkeit von Lehrern en öffentlichen Hochschulen und Beamten an wissenscheftlichen Instituten und Anstelten,

4. die Tätigkeit zur Wahrung von Berufsinteressen in Gewerkschaften oder Berufsverbänden, schließlich die Tätigkeit in Selbsthilfeeinrichtungen der Beamten und

5. die unentgeltliche Tätigkeit in Orgenen von Genossenschaften oder gemeinnützigen Unternehmen.

Eine Mitteilungspflicht für diese Tätigkeiten gäbe es nicht.

Von 3479 Genehmigungen entfielen nech Feststellungen des Finanzministeriums allein 2323 auf Lehr-, Unterrichts- und Prüfungstätigkeiten, der Rest euf Nebenämter, freiberufliche Tätigkeiten, Vertretungen für Versicherungen und Bausparkassen, Mitarbeit in einem Gewerbebetrieb, nichtselbständige oder sonstige gewerbliche Tätigkeiten, Miterbeit in Vorständen, Aufsichtsräten oder anderen Organen von Unternehmen in der freien Wirtscheft. Besonders beliebt sei der Nebenverdienst in Preisgerichten, bei denen Honorere bis zu einigen Teusend Merk anfellen können. Aufgeschlüsselt euf Dienstleufbehnen, entfielen im Berichtsjehr 1666 Genehmigungen auf den höheren, 1426 auf den gehobenen, 320 euf den mittleren und 67 auf den einfachen Dienst. Je nach Besoldungsstufe liegt die Höchstverdienstgrenze für meldepflichtige Nebenjobs derzeit zwischen 8400 und 12 000 DM pro Jehr, weitergehende Bezüge müssen ebgeliefert werden. Insgesamt können Nebentätigkeiten nur untersagt werden, berichtete Dr. Metz, sofern dienstliche Interessen beeinträchtigt seien. Allerdings hebe es in 1978 keinen Entzug einer Genehmigung wegen offensichtlichen Mißbreuchs gegeben.

In der Aussprache griff der Vorsitzende Gestinger den Hinweis euf, deß engeblich 50 Prozent der Schüler in den Gymnasien Nechhilfeunterricht benötigten und stellte dies in Zusammenheng mit den Bestrebungen der Lehrer um Verkürzung der Arbeitszeit. Der Privetunterricht, so wurde vom Kultusministerium mitgeteilt, sei so lange gestettet, els die Vergütung nicht mehr als 200 DM betrage und die Höchstdauer von sechs Wochenstunden nicht überschritten werde. Etwa 1200 Genehmigungen allein an den Volks- und Sonderschulen dürfte es nach Ansicht des Kultusministeriums geben. Angesichts dieser Zehlen kritisierte der Ausschußvorsitzende, daß in der Stetistik nur 152 Fälle für Nechhilfeunterricht eufgeführt werden. Für ihn stend dies im Widerspruch zu der These, deß 50 Prozent der Gymnasiasten Nechhilfe benötigten.

Breiten Raum in der Diskussion nehmen auch die Nebentätigkeiten im Ingenieur- und Architekturbereich ein. Sie gipfelten in dem Vorwurf, daß der Beamte den Plan bearbeite und ein befreundeter Architekt den Stempel dazu liefere. Wie von der Obersten Baubehörde mitgeteilt wurde, verfahre man bei der Genehmigung für Pianfertigungen äußerst restriktiv. Nech einer Umfrage von 1972 und 1976 hätten die Genehmigungen ein Promill betregen. Größere Verstöße seien nicht bekenntgeworden, denn sonst wäre die Architektenkemmer längst vorstellig geworden. Allerdings müsse man in diesem Zusammenheng euch des dienstliche Interesse berücksichtigen, wenn Beemte aufgrund ihrer besonderen Fechkenntnisse els Preisrichter tätig werden.

Insgesamt brechte die Aussprache des Ergebnis, wie es der Vorsitzende formulierte, daß menches trensperenter gemecht werden müsse, wes vor allen Dingen für den Bereich des Kultusministeriums gelte. Nachdrücklich wurde jedoch der Grundsetz betont, daß, wer in den öffentlichen Dienst gegangen sei, auch seine volle Arbeitskreft dem Steat und der Gesellscheft zur Verfügung stellen sollte. Debei müsse es bleiben.

Micheel Gscheidle

Remicyclin®

das Dosis-reduzierte Depot-Tetracyclin

Tagesdosis 750 mg

Gleichmäßiger Blutspiegel =
verbesserte Wirkstoffdiffusion
und permanenter
Wirkstoffangriff
auf die Erreger

Bessere Verträglichkeit
verminderte
Nebenwirkungen

Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Zusammensetzung:
1 Kapsel enthält 250 mg Tetracyclinhydrochlorid in Depotform.

Indikationen:
Remicyclin ist ein Breitspektrumantibiotikum und wirkt gegen alle Erreger, die von Tetracyclin beeinflußt werden.

Kontraindikationen:
Bei bereits bestehender Überempfindlichkeit gegen Tetracycline darf Remicyclin nicht angewendet werden, ebenso bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen. Nach den üblichen Richtlinien soll auch Remicyclin während der Schwangerschaft, insbesondere den ersten drei Monaten, nur unter strenger Indikation verabreicht werden.

initial	2 Kapseln zu 250 mg	= 500 mg
3 x täglich	1 Kapsel zu 250 mg	= 750 mg

Dosierung:
Erwachsene und Kinder über 12 Jahre zu Beginn der Behandlung einmalig 2 Kapseln, dann alle 8 Stunden 1 Kapsel einnehmen. Die Einhaltung dieser Dosierung ist zur Erzielung eines therapeutisch notwendigen Blutspiegels unbedingt erforderlich. Die Einnahme soll eine Stunde vor den Mahlzeiten mit etwas Wasser erfolgen. Gleichzeitige Verabreichung von Milch oder säurebindenden Präparaten ist zu vermeiden. Die Behandlung sollte noch 1 – 3 Tage nach Abklingen der Krankheitssymptome fortgesetzt werden.

Nebenwirkungen:
Magen- und Darmstörungen – wie weiche voluminöse Stühle, vermehrte Stuhlentleerungen, leichte Diarrhoen – und Photodermatosen werden bisweilen beobachtet.
Weitere Nebenwirkungen können Erbrechen, Brechreiz, Fieberschübe, Ikterus, Hämatome, Melaena, Azotämie und Verlängerung der Prothrombinzeit sein, die zu einem Absetzen des Präparates führen können.

Besondere Hinweise:
Bei Kindern unter 12 Jahren ist Remicyclin nicht anzuwenden.

Handelsformen:
10 Kapseln DM 13,29 · 20 Kapseln DM 23,09
100 Kapseln (Anstaltspackung)
Stand: September 1979

„Konzertierte Aktion" 1980

Bundesarbeitsminister Ehrenberg wird mit dem Verlauf der Frühjahrssitzung der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen" zufrieden gewesen sein, die Repräsentanten der Kassenärzte vermutlich weniger. Ihr Versuch, mit einem vorgezogenen Honorarabschluß für das erste Halbjahr 1981 zugleich höhere Honorarsätze für das zweite Halbjahr 1980 zu erreichen, hat zunächst nicht zum Erfolg geführt. Wenn nicht alles täuscht, hat die „Konzertierte Aktion" dazu beigetragen, daß erfolgversprechende Verhandlungen nun wohl erst nach der Sommerpause geführt werden können.

Das braucht kein Nachteil zu sein, denn bis dahin wird noch klarer als heute sein, daß sowohl die allgemeine Preiserhöhung als auch der Anstieg der Praxiskosten deutlich über den Daten liegen wird, die den Honorarempfehlungen und -vereinbarungen für 1980 zugrunde gelegen haben. Jedenfalls erscheint es nicht ausgeschlossen, daß sich die Verhandlungsposition der Kassenärzte verbessern wird. Man braucht nur daran zu erinnern, daß Finanzminister Matthöfer für Mitte Mai, also kurz nach den Wahlen in Nordrhein-Westfalen, eine neue Steuerschätzung angesetzt hat. Dafür wird es neue Daten geben, so z. B. für die Preisentwicklung. Im März ist noch mit einer gesamtwirtschaftlichen Preisrate von vier Prozent gerechnet worden; im Mai wird man wenigstens auf 5,5 Prozent gehen müssen. Und auch bei den Annahmen über die allgemeine Einkommensentwicklung wird man vermutlich nachbessern müssen.

Ehrenberg hatte zu Beginn der Sitzung der „Konzertierten Aktion" wissen lassen, daß er für einen Honorarnachschlag keinen Anlaß sehe. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Muschallik, konnte zunächst einmal darauf verweisen, daß 1979 die Ausgaben für die ambulante Behandlung deutlich hinter dem Anstieg der Grundlohnsumme von etwa sechs Prozent zurückgeblieben sei. Andererseits habe sich die Zahl der Kassenärzte um 2,2 Prozent erhöht. Die Praxiskosten seien mehr als erwartet gestiegen. Muschalliks Schlußfolgerung: Die durchschnittliche Umsatzsteigerung je Arztpraxis wird wohl gerade ausgereicht haben, den Anstieg der Praxiskosten aufzufangen. Eine Anpassung der ärztlichen Einkommen an die Verteuerung der Lebenshaltung habe es nicht gegeben. Auch die Honorarverbesserungen des laufenden Jahres reichten nicht aus, das durchschnittliche Realeinkommen eines Kassenarztes zu erhalten. Damit werde die Grenze des für die Kassenärzte Zumutbaren überschritten, sagte Muschallik, der die „Konzertierte Aktion" davon unterrichtete, daß mit den RVO-Kassen vereinbart worden sei, „im Fortschreiten des Jahres 1980" erneut die Honorarverträge zu überprüfen und gegebenenfalls daraus mit einer gemeinsamen Honorarempfehlung die Konsequenzen zu ziehen.

Der Bremer Senator Brückner sah darin den Versuch, die „Konzertierte Aktion" zu unterlaufen. Ehrenberg, der bemüht ist, die Laufzeit der Honorarverträge wieder dem Rhythmus der „Konzertierten Aktion" anzupassen, argumentierte ähnlich. Dies veranlaßte Ärzte und Kassenvertreter, sich noch einmal allein zusammenzusetzen. An der zwei Tage zuvor getroffenen Absprache, in eigener Verantwortung zu gegebener Zeit weiter zu verhandeln, wurde nichts geändert. Freilich wurde zugesagt, im vorbereitenden Ausschuß zur nächsten „Konzertierten Aktion" gegebenenfalls über den Stand der Beratungen zu berichten. Diese Zusage ist jedoch so formuliert worden, daß die Vertragsparteien ihre Handlungsfreiheit bewahren.

Für die Entwicklung der Arzneimittelausgaben wurde wiederum ein Höchstbetrag festgesetzt. Danach sollen die Arzneimittelausgaben um nicht mehr als 5,9 Prozent je Mitglied steigen. Zwischen Kassen und Pharmaindustrie war darüber zunächst hart verhandelt worden; schließlich setzte sich die von den Kassenärzten vertretene mittlere Linie durch. Die Steigerungsrate liegt etwas über der Vorgabe des letzten Jahres (plus 5,7 Prozent). Ehrenberg stimmt dem erhöhten Satz zwar zu; er ließ es jedoch an kritischen Untertönen nicht fehlen. So stellte er die Frage, ob es unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten sinnvoll sei, beim Arzneimittelhöchstbetrag den finanziellen Spielraum der Grundlohnentwicklung voll auszuschöpfen. Es vergehe kaum ein Fachkongreß von Pharmakologen und Medizinern, ohne daß auf den überhöhten Arzneimittelkonsum hingewiesen werde und Gegenmaßnahmen gefordert würden. „Ich habe daher Vorbehalte, bei der Empfehlung zu den Arzneimittelhöchstbeträgen quasi routinemäßig einen Mengenzuschlag für ein steigendes Verordnungsvolumen einzurechnen", sagte Ehrenberg. Der Minister will offensichtlich den Druck verstärken, im nächsten Jahr auf eine Mengenkomponente zu verzichten. Der Konflikt mit der Pharmaindustrie scheint programmiert.

Nach der gegenwärtigen Gesetzeslage kann die „Konzertierte Aktion" für die stationären Ausgaben keine bezifferte Empfehlung abgeben. So wurde wiederum nur die Erwartung ausgesprochen, daß die Einnahmen der Krankenkassen, stabile Beitragssätze unterstellt, ausreichen, die Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, ihre Aufgaben voll zu erfüllen und ihre Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts weiter auszubauen. Die Länder pflegen solchen Erklärungen dann immer die Feststellung hinzuzufügen, daß die Pflegesätze die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses decken müßten. Wie obsolet solche Empfehlungen der „Konzertierten Aktion" sind, zeigte sich wenige Tage nach der Frühjahrssitzung. ÖTV-Chef Klunker setzte für den öffentlichen Dienst Einkommensverbesserungen durch, die die Personalkosten der Krankenhäuser sicherlich um sieben Prozent erhöhen werden. In den Pflegesätzen wird sich dies niederschlagen, denn die Personalkosten der Krankenhäuser haben einen Anteil an den Gesamtkosten von etwa 70 bis 75 Prozent. Hier liegt ein neuer Treibsatz für die Ausgabenentwicklung der Kassen.

Einsparungen möchte Ehrenberg die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel sowie für zahntechnische Leistungen. Hier haben sich 1979 zweistellige Zuwachsraten ergeben. Besonders stark zugenommen haben vor allem Bäder, Massagen und Heilgymnastik. Ehrenberg hat ein Arbeitspapier vorgelegt, in dem auf das Wirtschaftlichkeitsgebot bei der ärztlichen Verordnung verwiesen und mehr Vertragstransparenz gefordert wird. Die Kassen sollten Zweit- und Drittbrillen nicht finanzieren. Es wird auch befürchtet, daß immer mehr Brillenträger zu den teueren Kontaktlinsen überwechseln. Das Arbeitspapier läßt jedenfalls darauf schließen, daß Ausgaben für Massagen, Bäder und Brillen künftig Einschränkungen unterworfen werden.

Statt dirigistische Lösungen anzustreben, wäre es wohl besser, mit vernünftig und sozial bemessenen Selbstbeteiligungsbeträgen zu arbeiten. Aber das dürfte wohl erst ein Thema für die Zeit nach der Bundestagswahl sein.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Unser Confrère Dr. med. Ernst Rossmüller, Soeltlstraße 8, 8000 München 90, ist Arzt für Innere Medizin. Nach einem vor einigen Jahren in einer Lyrikanthologie erschienen Curriculum wurde er „am 13. Mai 1923, einem Sonntag, in München geboren. Seine ersten Hosen kosteten viele Millionen, aber er wuchs in einer großen Familie auf, in einem großen Haus mit vielen Wohnungen, die zu entdecken er nie müde wurde. Eine lange schwere Krankheit begünstigte diese starke Bindung, auch als Familie und Haus in kurzer Zeit dahingegangen waren.

Frühe kleine Erfolge bei künstlerischen Darstellungen und literarische Versuche blieben in der Notzeit des Krieges und nachher freundliche Begleiter. Das Medizinstudium in Paris, Tübingen und München wurde ohne materielle Hilfe bestritten. In der weiteren und späteren Folge klinischer, experimenteller und praktizierender Tätigkeit entwickelte sich die literarische Ambition zu einer unentbehrlichen Hilfe im Bewältigen der täglichen Probleme.

Die poetische Verarbeitung vieler Begegnungen und manchen Umstandes in Lyrik und Prosa führte dazu, daß sich jedes Phänomen unwillkürlich, ja zwangsläufig, wie in einem Brennspiegel auf den Fokus hin ausrichtete. Je leichter und lyrischer diese Werkstücke ausfielen, desto deutlicher wurden diese gewissermaßen magnetischen Kraftlinien sichtbar. Parallel fügte sich auch die gegensätzliche Produktion zu einem Ganzen zusammen. Unterschiede in der Auffassung und Themenwahl sind chronologisch bedingt; diese Perioden liegen wie Schalen übereinander. Politische Erscheinungen werden, wenn er nosologische Parallelen und Hinweise für biologische Aktionen und Reaktionen erkennen konnte, nur aus großer Entfernung und scheinbar unabsichtlich berührt. Motive, Werkzeug und Urteil fand er in der Bearbeitung lateinisch-griechischer Lyrik."

So hat Rossmüller die „Decem lineae Vergilii" einfühlsam ins Deutsche übertragen und Confrère Boskamp hat diese in dankenswerter Weise in einem seiner Hefte „aeskulap dichtet, aeskulap malt" (7/1975) zweisprachig veröffentlicht. Kurzgeschichten von ihm finden wir in der Ärzte-Anthologie „Schein und Wirklichkeit" und in den beiden „Almanachen '78 und '79 deutscher Schriftstellerärzte" (alle im Verlag Th. Breit, Marquartstein). Er selbst betrachtet sich als Dilettant. Diese bescheidene „Selbsteinschätzung besagt, daß seine spielerischen

TIEFENWIRKUNG

hyperämisierendes Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-Therapie

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

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

Marament® Balsam N

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

Gegenanzeigen:
Bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern Langzeitbehandlung 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 Kiefernnadelöl.

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

Produktionen nur für sich, seine Familie und einen kleinen Freundeskreis gedacht sind. Größeres Publikum wird ihn wohl immer irritieren, seinen Hinblick stören und damit die notwendige Freiheit und Naivität beeinflussen und einengen. Die Suche nach dem Was und Wie ist ihm eine sehr persönliche Sache, und er wird daher weiter arbeiten, ob das Urteil günstig ist oder nicht."

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Im nachfolgenden bringen wir nun einige Proben aus dem lyrischen Schaffen Roßmüllers, das in seiner Gesamtheit in einem kürzlich erschienen Gedichtband „Per sona" erschienen ist (s. „Bayerisches Ärzteblatt", 4/1980).

An dich

Was war es anderes:
als ich die Hand öffnete
und Du die Augen senktest,
als Du rietst,
und ich Dich hörte,
als Du an mich dachtest,
und ich Dich ahnte,
als du lachtest,
und ich Dich atmete,
als ich Dich lieben mußte?

Hab' ich Dich je gefragt,
ob Du mich liebst?
Es fiel kein Wort,
es war Dein Schweigen,
das sprach:
ich gehöre zu Dir.

Das Glück

Was ist das Glück,
wie sieht es aus,
ist es die Frau,
wohnt es im Haus?

Um es zu haben,
oder zu lassen,
stellt man sich dumm,
muß man es lassen!

Wenn du nicht denkst,
kommt es gelaufen,
sucht dich im Winkel,
bringt einen Haufen.

Stellst du ihm nach,
ruist du viele Stunden,
wenn es aus dem Fenster schaut
– ist es schon verschwunden.

Was vom Himmel fällt,
ist kurz, vergänglich eben.
Glück ist der lange Kampf
des Menschen mit dem Leben.

Glück ist das Werk in vielen Dingen,
das Große –
in sich selbst Gelingen.

Krank

Es sank über mich,
wie eine dunkle Wolke.
Es griff in mich,
unerbittlich und hart.

Es schrie in mir,
und ich fühlte das Ringen
des Kampfes um mich,
doch der Feind war mehr.

Deutlich wurden die Mächte,
sonst leise und verborgen:
zerrissen war das Band,
und gegeneinander stand
das ehedem Gleiche.

Doch an diesem Punkt
ließ zurück sich ordnen
das Verstellte, und binden
das Lose und fast Verlorene.

Zurück kehrten die Farben,
wie auch die dunklen Schatten dorthin.
Und wieder gilt das heitere Sein,
doppelt bis zum Nächsten.

Reife

Über Lachen und Weinen
über Wirren liegt die Stille.

Über Schwachem, über Kleinem
hilft Dir nur der eigne Wille.

Ausgeschöpft das kleine Ich:
füllt es dann den großen Kreis.

Alles Leiden wird zur Freude,
Stille ist der große Preis.

Plutonium

Hier die kürzeste Formel:
der Tod ist der Preis
für Leben.
So war es schon immer,
daß eins fürs andere stand.

Die Schlange spricht –
jene, die damals
vom grünen Baume schmeichelnd –
jetzt eisig-höhnisch, unverblümt,
aus der letzten Koordinate,
so schrecklich grell, schwarz-weiß.

Und die Wahl ist klein.
Das Blut wird weiß,
oder dreht sich
nicht mehr im Kreis.

Etwas anderes gibt es nicht.

Nachtcafé

Viele der kleinen runden Tische sind leer,
sie leuchten hell aus der Tiefe des Raumes.
Vor den riesigen Fenstern lebt die Nacht
und die Straße äugt durch die Scheiben.

Doppeltsichtig ist die Nacht im Café,
schwarz-weiß, wie wache Träume.
Kurz vor dem Verlöschen und Untergang
sind die herben Reize später Neugier.

Endlich ist das Warten
in Hören und Schauen.
Das Hören in die Tiefe,
das Schauen im Rund
und es quellen die Lichtkugeln
und drängen
die Nacht hinaus
in den tröstenden Morgen.

Leichte und mittelschwere Herzinsuffizienzen

CONVASTABIL®

zur risikolosen Dauertherapie in der ambulanten Praxis.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. fl. Fol. Convallariae 65 g (1 mg Gesamtglycoside pro ml, ber. als Convallatoxin), OXACANT® (Crataeg. oxyecanth.) 35 g.
Dosierung: 3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen.
Bei Bedarf bis 3 x 40 Tropfen.
Handelsformen und Preise incl. MWSt.: Tropfen: Flasche mit 20 ml DM 6,50; 50 ml DM 12,98; 100 ml DM 22,–.

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

Polytar

FLÜSSIG EMOLLIENS

...gesunde Haut von Kopf bis Fuß

Verordnen Sie

POLYTAR FLÜSSIG

das antiseptische Teerpräparat zur Behandlung der Seborrhoea oleosa, Seborrhoea sicca, als unterstützende Behandlung der Psoriasis der Kopfhaut, fettiger und juckender Kopfhaut sowie bei Schuppenbildung.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Pix Juniperi DAB 6-0,3000 g · Pix liquida DAB 6-0,3000 g · Liquor Carbonis detergens DAB 6-0,0739 g · Erdnußöl DAB 7-0,2400 g · in synthetischen Reinigungsmitteln als Grundlage.
Handelsformen: Flasche mit 65 ml: 6,81 DM · Flasche mit 150 ml: 10,74 DM · Flasche mit 350 ml: 17,96 DM.
Apothekenpflichtig. Reg.-Nr. 43770.

Verordnen Sie

POLYTAR EMOLLIENS

Medizinisches Teerbad zur Behandlung von Psoriasis, insbesondere bei nachfolgender UV-Bestrahlung (Goeckermann-Methode), Ekzemen (insbesondere Neurodermitis constitutionalis, allergisches Kontaktekzem, seborrhoisches Ekzem), analem Symptomenkomplex, Lichen ruber, Lichen sclerosus et atrophicus, Arzneimittelexanthemen.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Pix Juniperi DAB 6-7,50 g · Pix liquida DAB 6-7,50 g · Liquor Carbonis detergens DAB 6-1,84 g · Erdnußöl DAB 7-7,00 g · Paraffinum perliquidum DAB 7-35,00 g.
Handelsformen: Flasche mit 250 ml: 16,34 DM · Flasche mit 1000 ml: 38,50 DM. Apo-

Coupon:
Wenn Ihnen unser Steinmännchen gefällt, schenken wir es Ihnen zusammen mit weiteren Informationen über Polytar. Bitte kleben Sie diesen Coupon auf eine Postkarte. Absender nicht vergessen!

STIEFEL

STIEFEL
LABORATORIUM GMBH
Postfach 588 · D-6050 Offenbach (Main) · Tel. (0611) 864088

Mumifikation im alten Ägypten

mit Auswertung der Röntgenuntersuchungen von Mumien der Staatlichen Sammlung Ägyptischer Kunst in München

von K. S. Kolta und R. Rothe

(Schluß)

Die ägyptischen Mumien boten Archäologen, Ägyptologen und Medizinhistorikern ein breites Betätigungsfeld. Es begann im Jahre 1896 mit einer Veröffentlichung von R. Fouquet über die Einbalsamierung in Ägypten. Drei Jahre nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen hat Flinders Petrie einige Röntgenuntersuchungen an ägyptischen Mumien vorgenommen. Noch vor dem Ersten Weltkrieg gaben Elliot Smith und Wood Jones die Ergebnisse ihrer Untersuchungen an Menschenskeletten bekannt, die in Nubien gefunden wurden.

Zwei Jahre später berichtet Smith in seinem Buch über die ägyptischen Königsmumien u. a. von einem „pes equinovarus", einem angeborenen Klumpfuß des Königs Siptah (CG, Nr. 61 080). Im Jahre 1909 fand Marc Armand Ruffer in mumifiziertem Nierengewebe zweier Mumien aus der 20. Dynastie eine große Anzahl verkalkter Eier von Schichtosoma haematobium, dem Erreger der Bilharziose. Der Ägyptologe und Medizinhistoriker Paul Ghalioungui möchte die Bilharziose bis ins Alte Reich zurückverfolgen. An einer Darstellung der Ostwand in der Mastaba des Ptahhotep aus der 5. Dynastie in Saqqara sieht Ghalioungui bei den geschwollenen Näbeln der Bootsleute ein markantes Symptom für die Diagnose einer Bilharziosis. Roy Lee Moodie, Professor für Anatomie und Anthropologie in Illinois und Californien, hat im Jahre 1923 seine Forschungsresultate veröffentlicht. Ein Jahr später erschien die von Ellioth Smith und Warren Dawson verfaßte Schrift über ägyptische Mumien. Nachdem im Jahre 1925 im Field Museum of National History in Chicago eine Röntgenabteilung eingerichtet worden war, wurden Untersuchungen an unversehrten einbandagierten Mumien durchgeführt. Moodie hat ägyptische und peruanische Mumien geröntgt, und die Ergebnisse 1931 veröffentlicht. Im Jahre 1968 erschien Warren R. Dawsons Buch über die Mumien im British Museum. Eine Gruppe amerikanischer Gelehrter, zusammen mit Vertretern der alexandrinischen Universität, untersuchte die Königsmumien aus dem Kairoer Museum. Ihre Studie erschien im Jahre 1973. Einige interessante Bemerkungen entnehmen wir ihrem Buch: die Herrscher der 17. Dynastie hatten die gleiche Schädelform; König Ahmose, der letzte dieser Dynastie war unbeschnitten; die Mumie der zweiten Frau und Schwester des Amenophis I. aus der 18. Dynastie zeigt, daß diese Frau an Arthritis und Skoliosis litt; die in direkter verwandtschaftlicher Rangfolge stehenden Herrscher Thutmosis I., II., III. sowie der Nachfolger Amenophis II. hatten keine Erscheinungen von Karies; auch ähnelten sich Vater und Sohn Amenophis II. und Thutmosis IV. in Schädelform und Zähnen.

Schließlich gab das Nationale Ägyptische Museum von Madrid ein Heft mit einem Bericht über fünf ägyptische Mumien und sieben Tiere heraus, die im Jahre 1976 geröntgt wurden.

Im Dezember 1976 wurden im Klinikum Großhadern die fünf Mumien der Staatlichen Sammlung Ägyptischer Kunst mit Hilfe der Röntgendiagnostik (75 kV, Fokusgröße 0,6 mm. Abschnittsaufnahme aus 1,3 m Abstand mit einer hoch auflösenden Filmfolienkombination) und der Computertomographie (Ganzkörpercomputertomograph mit 2,5 min Scan-Zeit, Schichtdichte 13 mm. Geometrische Auflösung 1,2 mm, Dichteauflösung 0,5 %) untersucht. Von diesen fünf Mumien, gekennzeichnet mit römischen Kennziffern I bis V, sowie der Nummer der Sammlung in Klammern, stammen drei aus der Sieberschen Sammlung aus dem Jahre 1820.

Abbildung 5
Tomographie-Aufnahme der Mumie I mit vor der Brust gekreuzten Armen. Rechts die Leber sowie beide Nieren und die Milz (?)

Eine vierte ist ein Geschenk des Herrn Dumreicher aus demselben Jahr; die fünfte stammt ohne nähere Angaben aus der Sammlung des Münchener Ägyptologen Friedrich Wilhelm Freiherr von Bissing aus dem Jahre 1906.

Bei Mumie I (ÄS 73 b) finden wir in den Archivunterlagen der Ägyptischen Sammlung (= ÄS) folgende Beschreibung: Die in rötlichen Überzug gewickelte Mumie gehörte einem Mann namens Si-Chonsu. Die Füße der Mumie sind mit schwarzem Harz bedeckt. Nach den Röntgenbefunden dürfte es sich um eine Mumie männlichen Geschlechts handeln. Wegen der noch offenen Epiphysenfugen und des partiell noch nicht durchgebrochenen zweiten Gebisses dürfte dieser jünger als 18 Jahre gewesen sein. Die Arme

Abbildung 6
Röntgenaufnahme des Kopfes der Mumie I mit einem Instrument aus Metall im Mund

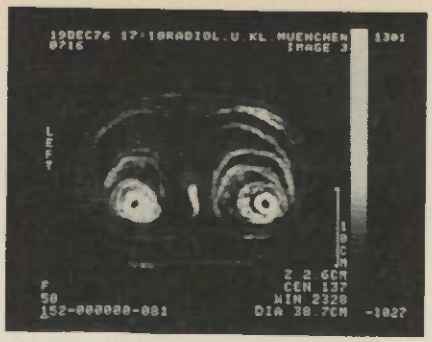


Abbildung 7

Tomographie-Aufnahme der Mumie I mit präpariertem Phallus zwischen den Beinen. Beine erst einzeln, dann zusammen gewickelt

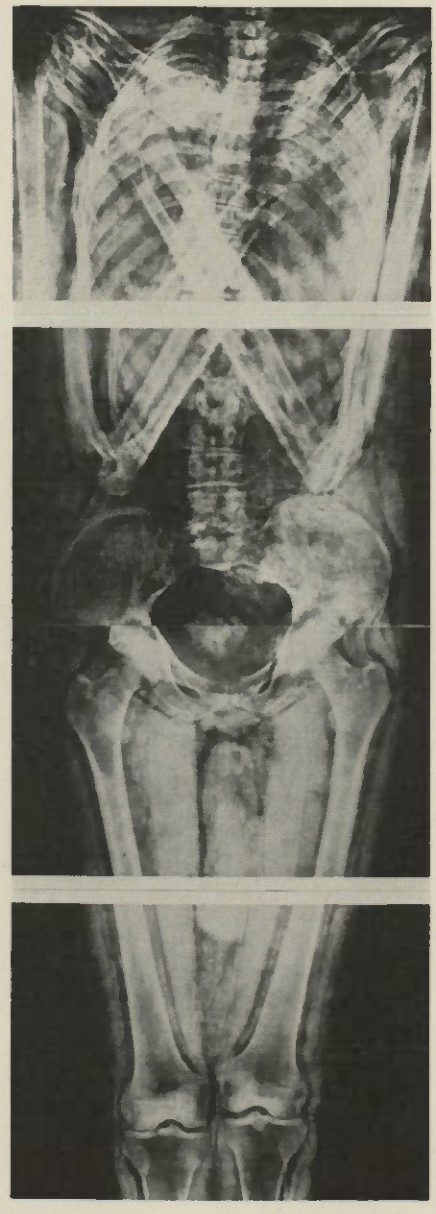


Abbildung 8

Mumie II mit vor der Brust gekreuzten Armen, die inneren Organe liegen in einem Paket zwischen den Oberschenkeln

sind vor der Brust gekreuzt. Die inneren Organe, so das Herz und die Leber scheinen präpariert und an ihren Platz zurückgelegt. Die Nieren liegen an ihren normalen Stellen (Abb. 5). Das untere Abdomen ist homogen dicht, möglicherweise mit Harz (?) ausgefüllt. Eine bestehende Trümmerfraktur des Beckens, wie sie heute bei Überfahrenwerden durch ein Auto zustande kommt, könnte eventuell als Todesursache in Betracht kommen. Zudem besteht eine Fraktur des Clivus (Schädelbasis) möglicherweise im Zuge der Extraktion des Hirnes. Die Computertomographie zeigt eine absolut leere Schädelhöhle. Ein Defekt im Bereich der Nasennebenhöhlen könnte infolge der Hirnextraktion entstanden sein. Die inneren Organe sind präpariert, offensichtlich mit Leinen umwickelt und gebündelt. Ein Schnitt im linken Unterbauch dürfte im Verlauf der Einbalsamierung vorgenommen worden sein, wiewohl auch der Unterbauch mit einer dichten Masse homogen ausgefüllt ist. Die Beine waren zunächst einzeln, dann gemeinsam gewickelt. Auf einer Röntgenaufnahme des Kopfes ist im Munde ein Instrument aus Metall zu erkennen, was dafür spricht, daß an dem Toten die Mundöffnungszeremonie vorgenommen wurde (Abb. 6). Mit dieser Zeremonie, die wir aus verschiedenen Darstellungen, z. B. den Malereien im Tutanchamun-Grab, kennen, soll der Tote zum Sprechen gebracht, d. h., alle seine Organe aufs neue gebrauchsfähig und er als ganzes Geschöpf wieder lebendig gemacht werden, um das Opfer zu empfangen. Um die rituellen Texte vorzulesen, wurde der Mund durch ein Gerät, wie oben erwähnt, geöffnet. Diese Zeremonie wurde kurz vor Versenkung der Mumie in die Grabkammer ausgeführt. Eine Tomographieaufnahme läßt die Präparierung des Phallus erkennen, wobei nicht klar wird, ob dieser vom Körper abgetrennt wurde (Abb. 7). Ein derartig präparierter Phallus darf in Anlehnung an die osirianische Legende verstanden werden. In dieser berichtet Plutarch, daß der Phallus von Osiris von dem Fische Lepidotus verschlungen wurde, und deshalb bei der Beisetzung fehlte. Da jedes Lebewesen nach dem Tode zu Osiris wird, erklärt sich so dieser Brauch.

Die Mumie II (ÄS 1627 d) stammt aus der Sammlung von Bissing und ist laut Archivangaben in verkohltem Zustand ohne Kopf und Füße. Nach dem Röntgenbefund ist diese Mumie weiblich und sehr groß. Die Arme sind vor der Brust gekreuzt, die inneren Organe sind vermutlich in einem Paket zwischen den Oberschenkeln gelegen. Wir finden hier ein seit der 21. Dynastie angewendetes Verfahren, in dem die Körperhöhle und Unterhaut mit einer Füllmasse aufgefüllt wurde. Es wird jedoch nicht die technische Perfektion der noch zu besprechenden Mumie V

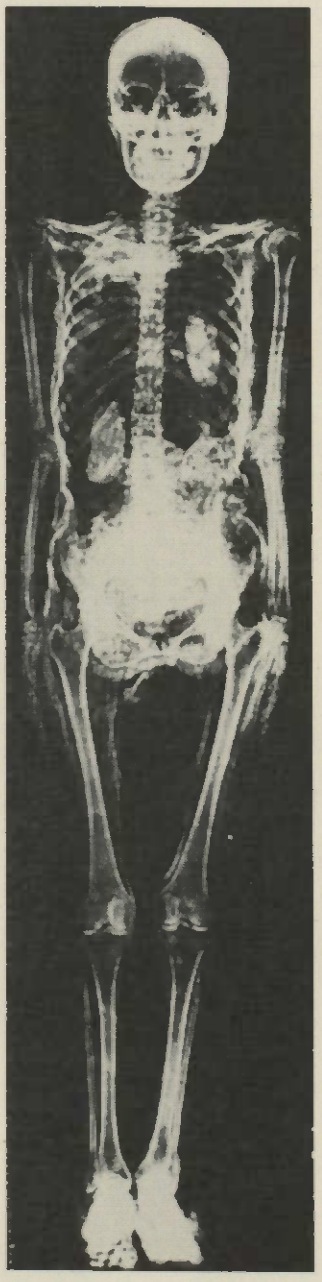


Abbildung 9

Röntgenaufnahme der Mumie III mit den gebündelten und in den Körper zurückgelegten inneren Organen

(Aufnahme freundlicherweise überlassen von Professor E. Matouscheck)

erreicht. Die Wirbelsäule weist eine Skoliose mit degenerativen Veränderungen auf. Daneben zeigt sich eine Fraktur der linken Elle, die typisch ist für eine sogenannte Abwehrfraktur bei der Abwehr eines Schlages mit erhobenem Arm (Abb. 8).

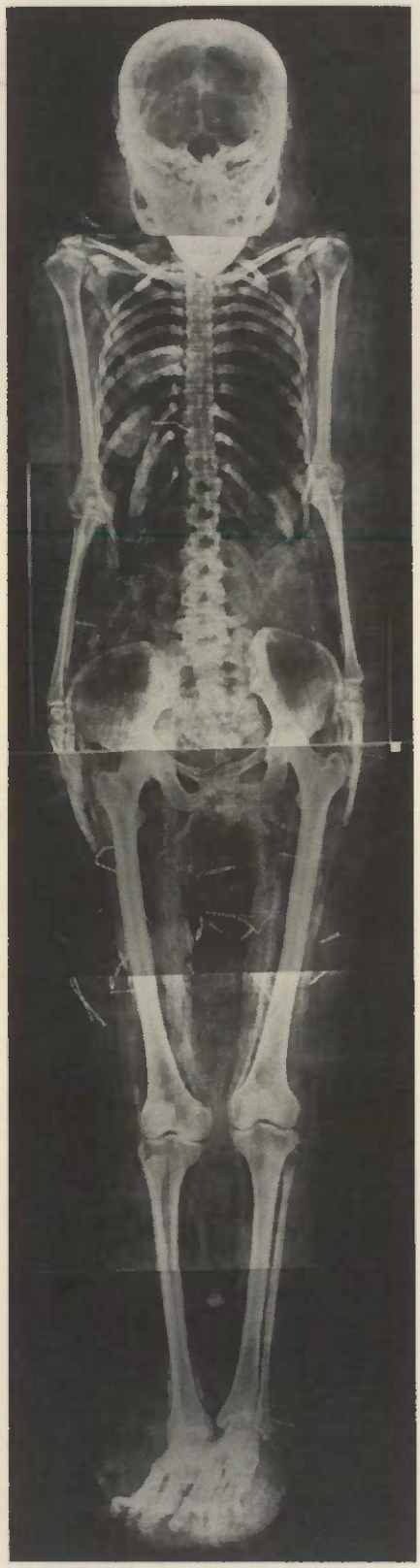


Abbildung 10
Röntgenaufnahme der Mumie IV

Mumie III (ÄS 16d), ein Geschenk des Herrn Dumreicher, ist nach den Archivangaben mit einer verwischten demotischen Aufschrift versehen, ihr Geschlecht sei eventuell männlich. Mit Hilfe der Röntgenstrahlen konnte eindeutig nachgewiesen werden, daß es sich um eine Mumie weiblichen Geschlechts von höherem Alter handelt, mit kariösem Gebiß, Osteoporose und degenerativen Wirbelsäulenveränderungen. Die Hände sind seitlich am Körper langgestreckt, die inneren Organe gebündelt und in den Körper zurückgelegt. Der Bauch ist teilweise mit Bündeln (eventuell harzgetränkt?) gefüllt. Das Herz ist nicht nachweisbar (Abb. 9).

Die aus der Sieberschen Sammlung stammende Mumie IV (ÄS 68) zeigt auf drei Binden in Höhe der Brust drei Zeilen in demotischer Schrift, die den Namen der Mumie „Tascherjt-n-pa-scherj-n-Mnt", in griechischer Umschreibung „Senpsenmonthes", und einen kurzen Segensspruch beinhalten. Spiegelberg hat diesen Text wie folgt übersetzt:

„Senpsenmonthes, die Tochter des Poragebthis, des Sohnes des Kathytes. Du bist ewiglich gelobt, du bist in Ewigkeit jung. Man hat dir einen Ölbaum-Strauß bei dem großen Gott Osiris."

Die Röntgenaufnahmen (Abb. 10) bestätigen eine weibliche Mumie, mittleren Alters, mit sehr kurzen, seitlich am Körper entlang gestreckten Armen. Der Kopf ist atypisch 45 Grad auf die Brust geneigt. Die inneren Organe sind schlechter als bei Mumie I präpariert, das Herz ist entfernt, der Bauchraum leer. Durch eine seitliche Öffnung dringen Bindenwicklungen in das Körperinnere ein, evtl. wegen zu strammer Wicklung. Eine Auslösung der achten bis zwölften Rippe rechts dorsal könnte postmortal bei Entfernung der inneren Organe entstanden sein; die Tomographie (Abb. 11) jedoch zeigt, daß die Haut über den luxierten Rippen rechts unverletzt ist, was nicht für eine postmortale Entstehung bei der Präparation, sondern für ein traumetisches Geschehen spricht. Vielleicht sind auch die oben erwähnten strammen Bindenzüge die Ursache dieser Luxation (Abb. 12). Die Röntgenaufnahmen zeigen weiter eine Luxation des Atlantoepistropheal-Gelenks, die postmortal bei der Entfernung der Hirnmasse entstanden sein kann. Tomographische Aufnahmen

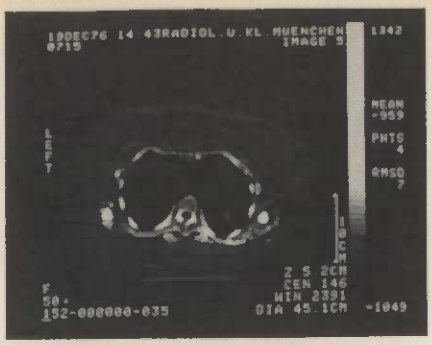


Abbildung 11
Tomographie-Aufnahme der Mumie IV: Thorax leer. Rippen dorsal luxiert (Bindenzug oder traumatisch im Zuge der Präparation)

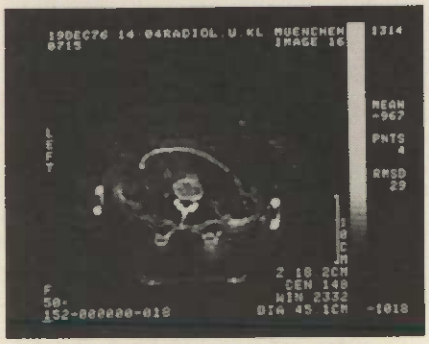


Abbildung 12
Tomographie-Aufnahme der Mumie IV mit Schnitt im linken Unterbauch; dadurch Eindringen der Wickelungen in den Bauchraum

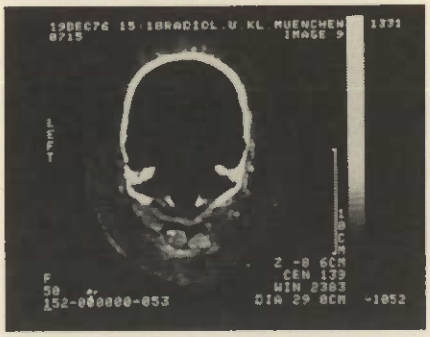
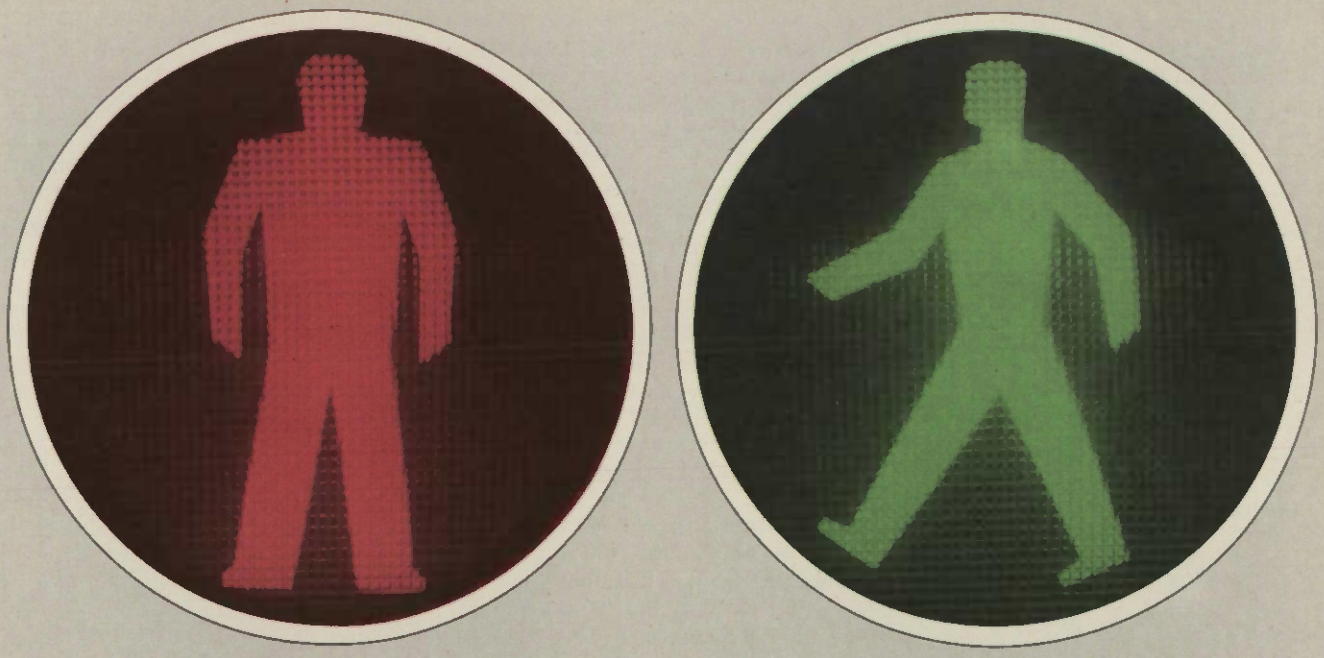


Abbildung 13
Tomographie-Aufnahme der Mumie IV: Schädel absolut leer

bezeugen, daß Schädel (Abb. 13) und Thorax absolut leer sind. Das Abdomen enthält Binden. Die Beine sind zusammengewickelt; in den Wicklungen befinden sich zahlreiche Drähte und Nägel. Ein typischer Befund für ein Geburtstrauma stellt ein gesprengter Beckenring mit Luxation der Symphyse dar. Nachdem die Frau mittleren Alters starb, könnte dieses Geburtstrauma im Zusammenhang mit der Todesursache stehen.

Die Mumie V (ÄS 12d) stammt auch aus der Sieberschen Sammlung und



Grünes Licht
für Ihre Rheuma-Patienten

Tolectin®

Tolectin verbessert entscheidend die Lebensqualität Ihrer Rheuma-Patienten

- Tolectin – neuartiges nicht-steroidales Antirheumatikum mit mehrjähriger internationaler klinischer Bewährung.
- Tolectin – das erste Pyrrolderivat als Antirheumatikum, das den Blutspiegel des entzündlich wirkenden Prostaglandin E beim Rheumatiker senkt.
- Tolectin – bietet die von Ihnen geforderte Balance zwischen ausgeprägter Wirksamkeit und höchstmöglicher Nebenwirkungsfreiheit.
- Tolectin – wirkt stark analgetisch, antiphlogistisch, antipyretisch.
- Tolectin – spürbar rascher Wirkungseintritt.
- Tolectin – ausgesprochen hohe Wirksamkeit gerade auch bei Langzeittherapie.

Zusammensetzung: 1 **Kapsel** enthält 245,10 mg Tolmetin-Natrium-Dihydrat, entsprechend **200 mg Tolmetin. Indikationen:** Entzündlicher, degenerativer, extraartikulärer Rheumatismus, Traumatologie. **Dosierungsanleitung:** 3 x 1 Kapsel täglich. Im Bedarfsfall kann die Dosis auf 3–4 x 2 Kapseln pro Tag erhöht oder auf 2 x 1 Kapsel pro Tag gesenkt werden. **Kontraindikationen:** Da trotz umfangreicher klinischer Prüfung zur Zeit noch keine ausreichenden Erfahrungen über die Sicherheit der therapeutischen Anwendung von TOLECTIN während der Schwangerschaft vorliegen, sollte in diesem Fall TOLECTIN nur mit großer Vorsicht eingesetzt werden. Allergische Erscheinungen können in seltenen Fällen ein Absetzen des Präparates erfordern. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich können Sodbrennen, Oberbauchbeschwerden, Nausea, Emesis, leichte Kopfschmerzen, Hautreaktionen und Knöchelschwellungen auftreten. Patienten, die zur Bildung eines Magengeschwürs neigen, sollten das Präparat mit Vorsicht einnehmen. Bei deutlicher Niereninsuffizienz und Verdacht auf Granulocytopenie sind Kontrollen erforderlich. **Darreichungsform und Packungsgrößen (AV m. MwSt.):** Packung mit 30 Kapseln DM 19,55, Packung mit 100 Kapseln DM 55,95. Verschreibungspflichtig. Reg.-Nr. 10 623. Bitte fordern Sie wissenschaftliche Informationen an.

Cilag-Chemie
Postfach 32 · 6146 Alsbach an der Bergstraße

Tol 79 605

© C-C 1979

ist, wie die Kartei besagt, in gelbliche Binden gewickelt, die Arme abwärts gestreckt. Durch zerrissene Binden werden die Zehen sichtbar.

Die Röntgenaufnahmen jedoch zeigen die Arme vor dem Becken gekreuzt, was seit dem Neuen Reich üblich ist. Die Mumie ist männlichen Geschlechts und erreichte ein höheres Lebensalter. Der Kopf fehlt. Thorax, Abdomen sowie Subkutis sind homogen mit einer dichten körnigen Masse ausgefüllt, wie dies seit der 21. Dynastie angewendet wurde. An der Wirbelsäule ist eine Spondylosis deformans zu erkennen. Zu Lebzeiten bestand rechtsseitig eine Schenkelhalsfraktur, die nach Ausheilung eine Beinverkürzung von 3 cm zur Folge hatte.

Zur Datierung

Die *Mumie I (ÄS 73 b)* möchte ich in die 18./20. Dynastie datieren, und zwar aus folgenden Gründen:

Die Arme sind vor der Brust gekreuzt; erst Ende der 18. Dynastie werden die Arme vor die Pubes gelegt. Die Beine waren einzeln gewickelt. Die Hirnmasse wurde entfernt, was erst seit Beginn der 18. Dynastie getan wurde.

Die seitliche eviszerale Öffnung, die im Mittleren Reich nicht angewendet wurde.

Die inneren Organe wurden präpariert, mit Leinen umwickelt und wieder an ihren ursprünglichen Platz gebracht, ein Brauch aus dem Ende des Neuen Reiches. Im Alten und Mittleren Reich wurden diese Organe in Kanopen gelegt.

Bei *Mumie II (ÄS 1627 d)* sind die Arme vor der Brust gekreuzt, was seit dem Neuen Reich gebräuchlich ist. Bei der Mumifizierungstechnik ist die Füllmasse der Subkutis bestimmend, die seit der 21. Dynastie angewandt wurde. Die inneren Organe, die in einem Paket zwischen den Oberschenkeln liegen, wie auch die Machart, die weniger gut als bei Mumie V ist, sprechen für eine Datierung in die 25. bis 26. Dynastie.

Die verwischten demotischen Aufschriften lassen die Datierung der *Mumie III (ÄS 16 d)* in die Nachfolge der 26. Dynastie zu. Auch die gebündelten und zurückgelegten inneren Organe, was eine Gewohnheit bis zur Ptolemäerzeit darstellt, sprechen dafür.

Wie Mumie III, so weist auch die *Mumie IV (ÄS 68)* eine lesbare demotische Aufschrift auf. Spiegelberg hat den Namen des Verstorbenen mit „Senpsenmonthes" *) übersetzt. Lauth (ZÄS 1 [1863] 45) möchte diese Mumie in eine direkte Beziehung zu einem von Brugsch gefundenen Fragment eines demotischen Totenbuches aus dem Jahre 10 des Nero vom 19. des Monats Mechir (d. i. 13. Februar 64 n. Chr.) bringen, in dem der Name Pamonthes aufgeführt ist. Dieser Name Pamontes ist für die ptolemäische wie auch die römische Zeit zu belegen.

Im Gegensatz dazu ist der Mumienname Senpsenmonthes nur durch diese Münchener Mumie belegt. Andere Namen seiner Struktur sind nur aus der römischen Kaiserzeit zu finden. Allein dieser Anhaltspunkt darf für die Datierung der Mumie in die römische Kaiserzeit sprechen.

Thorax, Abdomen, sowie Unterhaut sind bei *Mumie V (ÄS 12 d)* mit einer dichten, körnigen Masse ausgefüllt, die in einer weit besseren Technik als bei Mumie II ausgeführt ist. Diese Fülltechnik und das Fehlen der Präparierung der inneren Organe werden ab der 23. Dynastie angewandt. Die Kreuzung der Arme vor dem Becken gehört ins späte Neue Reich. Somit läßt sich die Mumie in die Zeit der 23. bis 24. Dynastie einordnen.

*) Wir danken Professor Dr. Lüddeckens, Würzburg, für seine Auskunft über dan demotischen Namen.

Literaturhinweise

1. BREASTED, James Henry: The Edwin Smith surgical papyrus. Bd. I. Chicago 1930, Taf. IV.
2. CUENCA, Esteban Lagostera: Estudio radiologica de las momias Egiptcias del Museo Arqueologico Nacional de Madrid. Monographias Arqueológicas Nr. 5, Madrid, 1978.
3. DAWSON, Warran R.: Mummies and human ramains. London, 1968.
4. HARRIS, James E. / Kent R. WEEKS: X-raying the Pharaohs. New York, 1973.
5. MOODIE, Roy Lee: Roentgenologic studies of Egyptian and Peruvian mummies in the Field Museum. Chicago, 1931.
6. MOUSSA, Ahmed M. / Hartwig ALTENMÜLLER: The tomb of Neter and Ka-Hay. Mainz, 1971.
7. OTTO, Eberhard: Das ägyptische Mundöttnungsritual. Wiesbaden, 1960.
8. PETRIE, W. M. Flinders: Deshasheh 1897. London, 1898.
9. REISNER, George A.: Canopic. Revised by Mohammad Hassan Abd-ul-Rahman. In: Cat. Gen. Caire, 1967.
10. RUFFER, Marc Armand: Note on the presence of Bilharzia Haematobia in Egyptian mumies of the 20th Dynasty (1250–1000 B. C.). In: Brit. Med. Journ. London, 1910.
11. SCHERMULY / EGGEBRECHT: Das Röntgenbild ägyptischer Mumien. In: Fortschr. Röntgenstr. 125, 5 (1976)
12. SMITH, Elliot G. / Warren R. DAWSON: Egyptian mummies. London, 1924.
13. VYHNANEK, Lubos / Eugen STROUHAL: Radiography of Egyptian mummies. In: ZÄS 103 (1976)

Waitare Literaturangaben beim Verfasser.

Anschrift der Verfasser:

Dr. phil. Kamal S. *Kolta*, Institut für Geschichte der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, Lessingstreße 2, 8000 München 2

Dr. med. Rainer *Rothe*, Institut für Radiologie, Bayerstreße 45, 8000 München 2

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

Arbeitsmedizinische Weiterbildung für die Erlengung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin" bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin"

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. Februer bis 27. Februer 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 Nechfrage ist eine *beidige schriftliche Anmeldung* erforderlich. Eine Teilnehme ist nur nech erfolgter Bestätigung durch die Akademie möglich. Diese Weiterbildungslehrgänge sind vorerst noch gebührenfrei.

Tegungsort: Bayerische Akedemie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22

Auskunft und Progremmversend:
Bayerische Akedemie für Arbeits- und Sozialmedizin, Telefon (0 89) 21 84-259 und 21 84-260

Kongresse

64. Fortbildungstagung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg

vom 15. bis 18. Mai 1980 in Regensburg

Donnersteg, 15. Mai 1980

im historischen Reichssaal des Alten Rathauses

20.00 Uhr
Festvortrag
Der Meeresboden, seine Rohstoffe und die Deutschen?
Professor Dr. E. Seibold, Kiel

Freitag, 16. Mai 1980

1. Hauptthema: Fortschritte bei Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege

Tagesvorsitz: Professor Dr. U. Gessler, Nürnberg

Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfsplatz

9.00 – 18.00 Uhr:

Begrüßung und Eröffnung der Ausstellung

Einführung
Professor Dr. U. Gessler, Nürnberg

Was gibt es Neues in der Diagnostik?
Dr. E. Lux, Nürnberg

Röntgendiagnostik der Nieren
Professor Dr. T. Kröpelin, Freiburg

Ultraschalldiagnostik der Nieren
Dr. H. Will, Nürnberg

Problemkeime und Antibiotika bei der Pyelonephritis
Professor Dr. H. Knothe, Frankfurt

Interstitielle und Pyelonephritis, konditionierende Fektoren und Therapie
Professor Dr. H.-G. Sieberth, Köln

Praktisch wichtige urologische Erkrankungen
Professor Dr. A. Sigel, Erlangen

Hypertonie durch Nierenerkrankungen, Nierenerkrenkungen durch Hypertonie
Professor Dr. H. Jahn, Straßburg

Nephrotisches Syndrom – Erkennung und Behandlung
Privatdozent Dr. D. Seybold, Nürnberg, unter Mitarbeit von Professor Dr. W. Thoenes, Mainz, und Professor Dr. H. G. Thoenes, München

Nierenkrankheiten im Kindesalter
Professor Dr. H. Olbing, Essen

Chronische Niereninsuffizienz – Konservative und Dialysebehandlung
Privatdozent Dr. W. Schulz, Bamberg

Dosierung wichtiger Arzneimittel bei Niereninsuffizienz
Professor Dr. D. Höffler, Darmstadt

Rehabilitation und Begutachtung von Niereninsuffizienten
Privatdozent Dr. W. Huber, Heidelberg

Rundtischgespräch „Fragen aus der Praxis"

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. U. Gessler, Nürnberg, unter Mitwirkung der Referenten des Teges

9.00 – 17.30 Uhr:

Leborseminar:
Aktuelle Fortschritte im retionellen Labor in Klinik und Prexis

Ort: Regensburg, Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz 8, Auditorium

Wissenschaftliche Leitung: Dr. F. Kanter, Mannheim

Geräteberatung am Informationsstand, parallel zu den Vorträgen für elle Tagungsteilnehmer

(ausführliches Programm bitte anfordern)

Samstag, 17. Mei 1980

2. Hauptthema: Aktuelle Fragen der Arzneitherapie in der Prexis

Tagesvorsitz: Professor Dr. K. Greeff, Düsseldorf

Vortragssaal: Stadttheeter, Arnulfspletz

9.00 – 18.30 Uhr:

Einführung
Professor Dr. K. Greeff, Düsseldorf

Pharmakogenetische Grundlagen unerwünschter Arzneiwirkungen
Professor Dr. G. Röhrborn, Düsseldorf

Die Bedeutung zirkadianer Rhythmen für die Arzneitherapie
Professor Dr. H. von Mayersbach, Hannover

Die Nebenwirkungen der Heilmittel aus medizinhistorischer Sicht
Professor Dr. H. Schadewaldt, Düsseldorf

Probleme bei der Einführung neuer Arzneimittel (Phase III) in Klinik und Praxis
Professor Dr. L. Blumenbach, Berlin

Erfahrungen mit neu eingeführten Arzneimitteln in der Praxis
Dr. K. H. Kimbel, Köln

Patienten-Complience els Teilproblem der Arzneitherapie
Dr. A. Schrey, Mönchengladbach

Aktuelle Probleme der Arzneitherapie im Kindesalter: Arzneimittelinteraktionen, altersbedingte Änderungen und Dosierungsrichtlinien
Professor Dr. E. Gledtke, Köln

Arzneimitteldosierung im höheren Alter
Privatdozent Dr. H. R. Ochs, Bonn

Pharmakologische Grundlagen der Arzneimittelinteraktionen
Professor Dr. K. Greeff, Düsseldorf

Beispiele klinisch releventer Interaktionen
Professor Dr. J. Hengstmann, Bonn

Arzneimittelinterektionen bei der Anwendung herzwirksamer Glykoside
Professor Dr. K. E. Wirth, Düsseldorf

Lassen sich Nebenwirkungen der Arzneimittel durch Kontrolle der Plasmaspiegel verhindern?
Professor Dr. E. Weber, Heidelberg

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210mg; Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 30mg. Tropfen: 100ml enthalten: Cocculus D4 70ml; Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 10ml. Injektionslösung: 100ml enthalten: Cocculus D3 0,7ml; Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ana 0,1ml; Meerwasser 32g. Aqua pro inject. ad 100ml.
DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen: 3–4 mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 5–10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und bei Übelkeit initiale Stoßtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5–10 Tropfen.
Injektionslösung: Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3–1 mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., s.c., i.c.
DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖSSEN (incl. MwSt.)
Packungen mit 50 Tabletten DM 4,42, mit 250 Tabletten DM 14,48, Tropfflaschen mit 30 ml DM 6,96, mit 100 ml DM 19,41
Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 8,15, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 13,96

Schwindel verschiedener Genese
(besonders arteriosklerotisch bedingter)

Vertigoheel®

Kinetosen (See-, Luft-Autokrankheit)

Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

-Heel

Rundtischgespräch „Fregen eus der Praxis"

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Theme des Tages

Gesprächsleitung: Prolessor Dr. K. Greeff, Düsseldort, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00 – 17.30 Uhr:

Laborseminer
– siehe Freitag, 16. Mai 1980 –

Sonntag, 18. Mai 1980

3. Hauptthema: Kfinische Bedeutung der Organtranspfantation, spezieli der Nierentransplantation

Tagesvorsitz: Professor Dr. R. Pichlmayr, Hannover

Vortragsseal: Stadttheater, Arnulfsplatz

9.00 – 13.30 Uhr:

Einführung
Professor Dr. R. Pichlmayr, Hannover

Indikation zur Nierentransplantation eus der Sicht der Nephrologie
Professor Dr. U. Gessler, Nürnberg

Die Nierentransplantation: Durchführung und Ergebnisse
Prolessor Dr. F. W. Eigler, Essen

Behandlung nierentranspiantierter Petienten, auch in der Sicht hausärztlicher Betreuung
Professor Dr. J. Eigler, München

Das Organspendeproblem
Professor Dr. W. Land, München

Rechtliche Fragen der Organtranspfentation
Prolessor Dr. W. Spann, München

Moraltheologische Aspekte der Trensplantationschirurgie
Professor Dr. F. Böckle, Bonn

Rundtischgespräch „Fragen aus der Praxis"

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. R. Pichlmayr, Hannover, unter Mitwirkung der Referenten des Teges

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

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 19. Juni 1980

Theme: Die Belastungsprüfung der Herz-Kreisleuflunktion in der Arbeitsmedizin (Dr. Dr. R. Kessel, Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München) – Diskussion

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

5. Oberstaufener Symposion für praktische Onkologie

em 5. Juli 1980 in Oberstaufen

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämplung in Bayern e. V. in Verbindung mit dem Tumorzentrum München, Schloßbergklinik Obersteufen GmbH, Ärztlicher Kreisverbend Oberallgäu

Leftung: Professor Dr. H. Ehrhert, München

Ort: Kurhaus, Obersteulen

Themen: Nachsorge onkologischer Patienten in Prexis und Klinik – Onkofogisches Seminar mit prektischen Übungen und Aussprache

9.05 – 13.00 Uhr:

Behandlungskonzept und therapeutische Aussichten beim Hodenkarzinom
Privatdozent Dr. Hartenstein, München

Ist eine medikementöse Nachbehandlung nach Operation der Magen- und Darmkarzinome sinnvoll?
Dr. M. Lochar, Dr. J. Overkemp, Dr. H. Reichelt, Dr. K. Rieche, Oberstaufen

Die kindliche Leukämie ist heilbar
Professor Dr. R. Haas, München

Begleitende physikalisch-therapeutische Maßnahmen bei der Behandlung von Tumorpatienten
Dr. E. Eigler, München

Die Bedeutung der Ernährung für die Entstehung und Therapie maligner Tumoren
Prolessor Dr. H. Kaspar, Würzburg

Soziale Aspekte in der onkologischen Nachsorge
Chr. Gebhardt, München

14.30 – 16.00 Uhr:

Das Blutbild bef Leukämien
Dr. W. Klaubert, München

Diagnostik und Therepie pareproteinämischer Erkrankungen
Professor Dr. A. Fateh, München

Alternativ (14.30 – 16.00 Uhr):

Klinische Demonstrationen in der Schloßbergklinik Oberstaufen durch die Ärzte der Klinik

Auskunft:

Arbeitsgemeinscheft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 268

XXVIII. Internationaler Fortbildungskongreß der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

vom 1. bis 14. Juni 1980 in Grado

Gesamtthema: Der Notfall – Akutdiagnostik und Akuttherapie

Hauptreferete und Koffoquien

f. Der pulmonologische Notfall (Embolie – Asthma-Anfall status asthmeticus – Pneumothorax – Andere ekute Sauerstoffmengelzustände)

II. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspoiitik (Aktuelle Fragen zur Gesundheits- und Sozialpolitik – Berufspolitisches Kolloquium „Sie fragen – wir antworten")

III. Der endokrinologische Notfall (Coma diebetikum – Akute Nebennieren-Insuffizfenz – Der tetenische Anfall – Die thyreotoxische Krise)

fV. Der kerdiologisch-engiologische Notfefl

V. Der gastroenterologische Notfafl (Das ekute Abdomen – Die gastrointestinale Blutung – Der Ileus – Die ekute Gastritis-Enteritis – Die ebdomfnelle Thrombose – Die akute Pankreatitis)

Seminare

I. EKG-Semfner

II. Seminar „Akut-lebensbedrohliche Zustände" – Erkennen und Behandeln: prektischer Kurs mit Übungen em Phentom (Herz-Kreisleuf-Stillstand: kerdio-pulmonafe Reanimetion – Herz-Kreislauf-Stilfstand: Intubation und Defibrillation – Erste Versorgung bei Schädel-Hirn-Treumen, Thorax-Verletzungen, Abdominei-Verletzungen, Extremitäten-Verletzungen – Katastrophenmedizfnische Grundsätze – Notfall-Ausrüstung – Einführung in die Triege im Katastrophenfell – Audiovisuefle Übung: Triegieren)

IIf. Seminar „Der psychietrische Notfall"

IV. Seminar über Femillenpfanung (Einführung und Übersicht über mögliche Methoden – Prokonzeption und Antikonzeption – Passagère der Antikonzeption – Definitive Methoden der Antikonzeption – Behandlung der primären und sekundären Sterilität

V. Sportmedizinisches Seminar

VI. Leborseminar (Vermeidung von Fehfinterpretationen der Laborwerte – Neue Schnelldiagnostike für Blut- und Harnuntersuchungen: Hämoglucotest 20 – 800, Cytur-Test, Nachweis von Leukozyten im Harn, Reflotest Urea, quantitetive Bestimmung von Harnstoff – in-vitro-Schild-

Uricovac® M

Der einzige Harnsäuresenker mit mikronisierter Substanz: ausgezeichnet verträglich, ursachengezielt wirkend.

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 80 mg Benzbromaron mikronisiert. **Anwendungsgebiete:** Hyperurikämie jeder Genese. **Gegenanzeigen:** Das Arzneimittel soll nicht angewendet werden bei schweren Nierenfunktionsstörungen, es sei denn, daß der Arzt es ausdrücklich verordnet. Obwohl Uricovac M in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden. **Nebenwirkungen:** Unter einer Uricovac-Behandlung können Durchfälle auftreten. Treten diese Durchfälle häufig oder über längere Zeit auf, so sind die Natrium- und Kalium-Werte im Blut zu kontrollieren. Der Arzt entscheidet dann, ob die Therapie fortgesetzt werden kann. Zu Beginn jeder harnsäuresenkenden Therapie kann es zu Gichtanfällen kommen; hier wird die zusätzliche Gabe von Colchizin empfohlen.

Wirkungsweise: Uricovac M senkt den erhöhten Serum-Harnsäurespiegel durch – Hemmung der tubulären Rückresorption – Hemmung der Purinsynthese – Erhöhung der enteralen Harnsäureausscheidung. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sind bisher nicht bekannt geworden. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, grundsätzlich 1 Tablette Uricovac M täglich unzerkaut mit etwas Flüssigkeit während oder nach einer Mahlzeit einnehmen. Wie bei jeder harnsäuresenkenden Therapie sollte bis zur Normalisierung der Serum-Harnsäurewerte für eine ausreichende Diurese und für eine Harnalkalisierung Sorge getragen werden. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** 30 Tabletten zu 80 mg, DM 31,70
90 Tabletten zu 80 mg, DM 81,50 · 300 Tabletten zu 80 mg, AP

Stand 2-1980

LABAZ

LABAZ GmbH
Pharmazeutische Präparate
Heinrich-Hertz-Str. 44
4006 Erkrath 1

drüsen-Diagnostik – Aktuelle Leberdiagnostik

VII. Seminar über Jugendpsychiatrie: Die Drogenproblematik in der Bundesrepublik Deutschland

VIII. Seminar „Der Unfall-Patient" (Arbeitsunfall – Verkehrsunfall – Sportunfall)

IX. Seminar „Notfall im Bereich des Urologen" (Differentialdiagnose der Hodentorsion und der akuten Epididymitis – Die Hämaturie – Die Kolik, der kolikertige Schmerz – Anurie und Harnverhaltung)

X. Kinderärztliches Seminar (Atemnotsyndrome – Abdominelle Notfälle – Hyperpyrexie und Krampfanfälle – Bewußtlosigkeit)

XI. Seminar für Nuklearmedizin

XII. Seminar über Vergiftungen

XIII. Sportmedizinisches Seminar

XIV. Laborseminar (Besprechung und Demonstration wichtiger Tests aus der Laboratoriumsdiagnostik – Aktuelle Pankreas-Diagnostik: Die neue Lipase-Bestimmung – ein spezifischer und praktikabler Test – Labordiagnostische Möglichkeiten zur Aufdeckung der Risikofaktoren Diabetes und Hyperlipidämie – Wichtige Labormethoden zur Überwachung des Gerinnungssystems und Kontrolle der Antikoagulantientherapie, mit Filmvorführung)

XV. Seminar „Der neurologisch-neurochirurgische Notfall"

XVI. Seminar „Katastrophenmedizin und medizinische Versorgung im Zivilschutz"

Podiumsgespräche

Der Zwischenfall – Der bewußtlose Patient

Sonstige Veranstaltungen

Vorführung wissenschaftlicher Filme – Atemtherapie – Gemeinsame Veranstaltung der Evangelischen Akademikerschaft in Deutschland und des Katholischen Akademikerverbandes Deutschlands – Besichtigung der Kuranlagen von Grado

Auskunft und Anmeldung:

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

11. Kurs für Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae

am 20./21. Juni 1980 in Essen

Leitung: Professor Dr. Dr. G. Meyer-Schwickerath, Essen

Thema: Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae mit Unterstützung des H.-Wecker-Fonds

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. Dr. G. Meyer-Schwickerath, Universitäts-Augenklinik, Hufelandstraße 55, 4300 Essen 1, Telefon (02 01) 79 91 - 24 70

13. HNO-Fortbildungsseminar

am 14./15. Juni 1980 in Erlangen

Es werden praktische Kurse in Audiologie, Neuro-Otologie, Endoskopie, Phoniatrie, Plastische Operationen, Endonasale Nebenhöhlenchirurgie durchgeführt.

Auskunft:

Professor Dr. M. E. Wigand, HNO-Universitätsklinik, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 31 41

Fortbildungstagung der Urologischen Universitätsklinik München

am 21. Juni 1980 in München

Thema: Infertilität des Mannes – Aufgaben und Probleme der Urologie

Auskunft:

Dr. H.-E. Mellin, Urologische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 7 09 51

20. Bayerische Internistentagung

vom 14. bis 16. November 1980 in München

Themen: Allgemeine und spezielle Pharmakotherapie in der Gastroenterologie – Therapie des Mammakarzinoms – Dringliche Diagnostik in der inneren Medizin

Auskunft:

Professor Dr. E. Wetzels, 2. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V., Medizinische Abteilung I, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim, Telefon (0 80 31) 39 52 96

Mitgliederversammlung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, Landesgruppe Bayern

am 5. Juli 1980 in München

Die Vormittagssitzung steht unter dem Thema „Die zivil- und strafrechtliche Arzthaftung im Lichte der neuesten Rechtsprechung"; die Nachmittagssitzung ist der Erörterung aktueller gesundheits- und berufspolitischer Fragen gewidmet.

Gäste sind willkommen.

Beginn und Ort: 10.00 Uhr – Sheraton-Hotel, München

Auskunft:

Privatdozent Dr. H. W. Opderbecke, Institut für Anästhesiologie des Klinikums Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 15, Telefon (09 11) 33 32 41

32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie

vom 6. bis 9. Juli 1980 in München

Leitung: Professor Dr. Th. Hellbrügge, München

Themen: Immunität und Schutzimpfungen im Kindesalter – Sozialpädiatrische Behindertenhilfe – Aktuelle Probleme der kindlichen Sozialentwicklung einschließlich Drogenszene und Jugendkriminalität – Sorgen der Kinderkrankenschwestern in der modernen Kinderklinik – Podiumsdiskussion

Auskunft und Anmeldung:

Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2, Telefon (0 89) 77 90 37

Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

1. bis 14. Juni 1980 in Grado:
Theme: Der Notfall – Akutdiagnostik und Akuttherapie

21. Juli bis 2. August 1980 in Devos:
Theme: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

24. August bis 6. September 1980 in Grado:
Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

25. August bis 6. September 1980 in Meran:
Thema: Medizin mit und ohne Medikamente

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

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, Teleton (0 89) 41 47 - 288

Augenheilkunde

Kopfklinikum Würzburg, Universitäts-Augenklinik

Direktor: Professor Dr. Dr. W. Leydhecker

Fortbildungsveranstaltung für praktische Ärzte, Internisten, Neurologen und Kinderärzte am 14. Juni 1980

9.15 – 13.00 Uhr:

Themen: Hornhautspende und Lebensalter – Augensymptome bei neurologischen Erkrankungen – Altersveränderungen am Auge – Erste Hilfe bei Augennotfällen – Augenveränderungen bei Hypertonie und Diabetes – Gefäßverschlüsse am Auge (Diagnose, Behandlung, Prognose) – Medikamentenschäden am Auge – Einfache Diagnostik von Augenkrankheiten – Vorsorgeuntersuchung bei Kindern

13.00 – 14.00 Uhr:

Mittagessen

14.00 – 15.30 Uhr:

Untersuchungsmethoden des Auges, die dem praktischen Arzt möglich sind und praktische Übungen hierzu

Auskunft und Anmeldung:

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

Echokardiographie

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

Einführungs- und Fortbildungskurs in die Klinische Echokardiographie (UKG) am 7./8. November 1980

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Beginn: Freitag 9.15 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,–

Letzter Anmeldetermin: Posteingang am 28. Oktober 1980

Praktische Elektrokardiographie

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

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

Fortbildungsseminar II vom 16. bis 18. Mai 1980 (Seminar für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag, 17.00 Uhr – Ende: Sonntag, 12.00 Uhr, Hörsaal B, Ismaninger Straße 22

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin:
Teil ii: Posteingang 6. Mai 1980

Ergometrie

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

Chefarzt: Dr. H. Hofmann

Ergometriewochenende 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

Ernährungsmedizin

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

Ernährungsmedizinisches Seminar vom 27. bis 29. Juni 1980

Beginn: 27. Juni, 18.00 Uhr; 28./29. Juni, 9.00 Uhr – Ende: 27. Juni, 20.00 Uhr; 28. Juni, 17.00 Uhr; 29. Juni, 12.00 Uhr

Themen: Grundlagen der Ernährungslehre und der derzeitige Stand der Diätbehandlung

Teilnehmergebühr: DM 200,–

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

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

April 1980 bis Januar 1981

5. bis 10. Mai
Innere Medizin, Höhenried

9./10. Mai
Sonographie, München

9./10. Mai
Kardiologie, München

16. bis 18. Mai
Praktische Elektrokardiographie, Fortbildungsseminar II, München

14. Juni
Augenheilkunde, Würzburg

14. Juni
Innere Medizin, Oberammergau

14./15. Juni
Ergometrie, Höhenried

27. bis 29. Juni
Ernährungsmedizin, Bad Neustadt

7. bis 12. Juli
Physikalische Therapie, Stuttgart

12./13. September
Sonographie, München

20. bis 25. Oktober
Praktische Kardiologie, Erlangen

20. bis 25. Oktober
Physikalische Therapie, Höxter

24./25. Oktober
Phonokardiographie, München

25./26. Oktober
Ergometrie, Höhenried

7./8. November
Echokardiographie, München

24. bis 28. November
Radiologie, München

19. bis 24. Januar
Physikalische Therapie, München

Innere Medizin

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern

Direktor: Professor Dr. M. J. Halhuber

Seminar über praxisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation vom 5. bis 10. Mai 1980

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Chefarzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 2 42 66

Innere Medizin

Rheumaklinik Oberammergau

Leitung: Dr. H. J. Aibrecht

3. Fortbildungstagung am 14. Juni 1980

Thema: Fehldiagnose Gelenkrheumatismus

(Weniger bekannte, für die Praxis wichtige rheumatische Erkrankungen in Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie mit Fallvorstellungen)

Beginn: 9.30 Uhr – Ende: 14.00 Uhr

Letzter Anmeldetermin: Posteingang am 4. Juni 1980

Kardiologie

Deutsches Herzzentrum München, Klinik für Herz- und Kreislauterkrankungen
Direktor: Professor Dr. W. Rudolph

Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindesalter
Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeyer

unter Mitwirkung der Klinik für Herz und Gefäßchirurgie
Direktor: Protessor Dr. F. Sebening

und des Instituts für Radiologie
Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein

Lothstraße 2 und 11, 8000 München 2

8. Klinisch-kardiologisches Wochenendseminar am 9. und 10. Mai 1980

Programm A: (nur für niedergelassene Ärzte)

Erwachsenen-Kardiologie (Professor Dr. W. Rudolph)

Beginn: täglich 9.00 Uhr c. t. – Ende: ca. 16.30 Uhr

Vormittags Praktika: EKG-Kurs – Funktionsdiagnostik – Spezielle kardiologische Diagnostik – Kardiochirurgische Therapie – Kardiologische Visiten – Kardiologischer Untersuchungskurs – Kardiologisch-röntgenologischer Kurs

Nachmittags Referate: Akuter Myokardinfarkt – Prophylaxe und Therapie von Rhythmusstörungen in der prähospitalen Phase – Thrombozytenaggregationshemmer nach Myokardintarkt – Differentialdiagnose der Angina pectoris – Was leisten Calcium-Antagonisten in der Therapie – Diagnostische und therapeutische Probleme bei paroxysmalen, regelmäßigen Tachykardien – Überwachung und Betreuung von Schrittmacher- und Patienten mit künstlichen Herzklappen in der Praxis – Grenzwerthypertonie (maximale Diagnostik und Therapie) – Stellenwert von Vasodilatatoren in der Therapie der chronischen Herzinsuffizienz – Behandlungsbedürftigkeit von Fettstoffwechselstörungen

Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. K. Bühlmeyer)

Beginn: täglich 10.00 Uhr – Ende: 18.00 Uhr (Lothstraße 2)

Vormittags Referate: Grundlagen der Diagnostik in der Kinderkardiologie (Klinische Untersuchung einschließlich Auskultation – Röntgenologische Untersuchung und Strahlenbelastung, Herzkatheteruntersuchung und Angiokardiographie) – Herzinfarkt im Kindesalter

Nachmittags Praktika: Kinderkardiologische Untersuchungskurse in der Ambulanz und aut der Station mit Demonstration von Röntgenbildern und EKGs – Klinische Visite auf Intensivstation und Demonstration von Ultraschallkardiographie-Betunden

Bei Anmeldung bitte Programm A oder B angeben

Begrenzte Teilnehmerzahl

Praktische Kardiologie

(Elektro- und Echokardiographie)

Medizinische Poliklinik und Herzzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. K. Bachmann, Professor Dr. J. von der Emde, Professor Dr. H. Gutheil

Fortbildungsveranstaltung vom 20. bis 25. Oktober 1980

20./21. 10. 1980: Echokardiographie-Kurs

22./23. 10. 1980: EKG-Kurs

24./25. 10. 1980: Vorträge zu aktuellen Themen in der Kerdiologie

Auskunft:

Kongreßbüro Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 39 18

Phonokardiographie

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

32. Fortbildungskurs für Phonokardiographie (Teil I) am 24./25. Oktober 1980

Beginn: Freitag 9.15 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,–

Letzter Anmeldetermin: Posteingang am 14. Oktober 1980

Radiologie

4. Radiologische Woche in München vom 24. bis 28. November 1980

verenstaltet von der Radiologischen Klinik und Poliklinik im Klinikum Großhadern der Universität München in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Röntgengesellschaft und der Bayerischen Landesärztekemmer

Direktor: Professor Dr. J. Lissner

Programm:

1. Teilnahme an Röntgen- und nuklearmedizinischen Untersuchungen sowie Bestrahlungsbehandlungen
2. Demonstration und Diskussion von interessanten Fällen
3. Vorträge und Diskussionen über die Themen

e) Radiologische Diagnostik des Skeletts

b) Moderne, nichtinvasive Röntgendiagnostik des Herzens

c) Moderne Röntgendiagnostik des Getäßsystems

Teilnehmergebühr: DM 300,–, Assistenten DM 125,–

Anmeldung umgehend, da begrenzte Teilnehmerzahl, **spätestens jedoch bis 1. September 1980**

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat Professor Dr. J. Lissner, Radiologische Klinik und Poliklinik der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 27 50

Sonographie

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

Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie am 9./10. Mai 1980 und am 12./13. September 1980

Leitung: Dberarzt Dr. W. Zimmermann

Beginn: Freitag 9.00 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,–

Begrenzte Teilnehmerahl

Letzter Anmeldetermin: Mai-Kurs ausgebucht! – September-Kurs: Posteingang am 2. September 1980

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

21. Juni 1980
27. September 1980
22. November 1980

im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Einführungslehrgänge für die kessenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, zu richten bis 13. Juni, 19. September und 14. November 1980.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Im „Bayerischen Ärzteblatt" veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jeweils die freien Kassenarztsitze (in diesem Heft Setta 483 f.).

ARUMALON®

**hemmt die Progredienz der Arthrose*
weil es die Chondrozyten reaktiviert**

*
IX. Europ. Kongress für Rheumatologie, Wiesbaden (1979): Über den Nutzen der Langzeitbehandlung von Coxarthrose-Patienten mit Arumalon (Rejholec et al.)

Indikationen: Degenerative Gelenkerkrankungen wie Kniegelenkarthrose, Hüftgelenkarthrose, Fingergelenkarthrose, Wirbelgelenkarthrose. **Dosierung:** Intramuskuläre Injektionen. Zur Prüfung der Verträglichkeit gibt man Testdosen von 0,3 ml am ersten und 0,5 ml am zweiten Tag, dann 5–6 Wochen lang zweimal 2 ml oder drei- bis viermal 1 ml Arumalon wöchentlich (insgesamt 25 ml). **Kontraindikationen:** Neigung zu allergischen Reaktionen auf Medikamente. **Nebenwirkungen:** Bei entsprechend disponierten Patienten können Unverträglichkeitserscheinungen (starke Rötung und/oder Pruritus an der Injektionsstelle, Urticaria, Unwohlsein, Schwindel und Hitzegefühl, leichter Kopfschmerz) auftreten. In solchen Fällen muß die Behandlung abgebrochen werden. **Hinweis:** Klinische Langzeituntersuchungen (10 Jahre) haben bestätigt, daß bei zweimaliger Kurbehandlung im Jahr das Fortschreiten des arthrotischen Prozesses entscheidend gehemmt wird. **Zusammensetzung:** 1 ml Injektionslösung enthält 0,4986 ml Extr. aquos. ex 0,25 g Cartilago sternocostalis, 0,4986 ml Extr. aquos. ex 0,15 g Medulla ossis rubra, 0,0028 ml m-Kresol (Stabilisator). **Handelsformen und Preise** (Stand 16. 1. 80): 5 Ampullen zu 1 ml DM 14,85, 25 Ampullen zu 1 ml DM 63,45, 50 Ampullen zu 1 ml (Anstaltspackung).

ROBA PHARM

Deutsche ROBAPHARM GmbH
7847 Badenweiler 3

Weitere Informationen, Literatur und Muster werden auf Wunsch zugestellt.

6086.0 80 118

Zinsen oder Leibrente — was bringt jetzt mehr?

Wenn die Zinsen hoch liegen, wie gegenwärtig, müssen in allen möglichen Bereichen neue Überlegungen angestellt werden, so auch, wenn man Gedanken darüber nachgeht, wie ein Kapital für den Ruhestand am vorteilhaftesten verwendet wird.

Für den Einsatz des Kapitals bieten sich im wesentlichen zwei Möglichkeiten. Das heißt

- erstens festverzinsliche Wertpapiere kaufen und die Zinsen daraus für den Lebensunterhalt verwenden. Dann bleibt das Kapital erhalten und somit in voller Höhe vererbbar, oder
- zweitens das Geld in eine Lebensversicherung einzahlen und als Gegenleistung eine lebenslange Leibrente beziehen. Je nach Wunsch geht die Rente beim Tod des Leibrentners voll oder zum Teil auf den überlebenden Ehepartner über oder erlischt sodann.

Leibrentner verzehren also ihr Kapital, weniger, als sie eingezahlt hatten, wenn sie anschließend nur kürzer leben, als ihre statistische Lebenserwartung beträgt, mehr, als sie aufgewandt hatten, falls ihr Leben länger als jener Durchschnitt währt.

Dafür fällt die Leibrente im allgemeinen höher aus als die Zinseinnahme aus einem entsprechend angelegten Kapital. Die Ausnahme von dieser Regel macht eine Hochzinsphase, wie sie jedenfalls noch Mitte April geherrscht hat. Dazu ein Beispiel:

Ein 65jähriger bekommt für 100 000 DM Einzahlung eine lebenslange Leibrente in Höhe von monatlich 829 DM, wenn er nach seinem Tod keinen Übergang auf seine Witwe wünscht. Sonst fällt die Leibrente um so niedriger aus, je höher die Witwenrente sein soll, und je jünger die Frau des Leibrentners ist als er. Je nach Wunsch kann ein Kapital auf unterschiedliche Weise aufgeteilt werden.

Der Leibrentner verzichtet bei der Rentenhöhe von monatlich 829 DM außerdem auf eine jährliche Rentensteigerung von etwa 3,5 Prozent. Dafür bezieht er von Anfang an eine um 20 Prozent erhöhte, aber deshalb eben während der ganzen Laufzeit gleichbleibende Leibrente. Andernfalls betrüge seine Leibrente mit 65 lediglich 691 DM. Bei 3,5prozentiger Erhöhung pro Jahr müßte er sich mehr als sechs Jahre gedulden, bis er die 829 DM erreicht hätte. Freilich würde sich anschließend seine Rente weiter steigern, während die Wahl der 20 Prozent Plus am Anfang endgültig ist. Aber das sind eben gleich 829 DM.

Diesen monatlich 829 DM mit Kapitalverzehr bis zum Lebensende stehen zur Zeit monatlich 833 DM als Zinsen gegenüber, wenn anstelle der Leibrente für die beispielhaft genannten 100 000 DM festverzinsliche Wertpapiere, also Pfandbriefe oder Kommunalobligationen und auch Anleihen erworben werden. Sie werfen jetzt zehn Prozent Zinsen ab. Zudem bleibt das Kapital in dieser Form für die Hinterbliebenen erhalten.

Natürlich kann sich der Ruheständler für dieses Geld auch später noch eine Leibrente geben lassen. Wenn er nach fünf Jahren 70 geworden ist, beträgt sie wegen des erhöhten Lebensalters sodann 994 DM. Das sind fast 20 Prozent mehr als fünf Jahre zuvor. Falls der Rentner die zehn Jahre abwartet, bis er das Geld für seine festverzinslichen Wertpapiere automatisch zurückbekommt und dann eine Leibrente erwirbt, bringen ihm die 100 000 DM eine monatliche Leibrente von 1200 DM, fast 21 Prozent mehr als mit 70.

Solche Erwägungen dürfen natürlich nur mit Hilfe eines Steuerspezialisten angestellt werden, wenn auch der Fiskus gegenüber Menschen im Ruhestand nicht mehr so gierig ist wie gegenüber den Erwerbstätigen. Dennoch kann bei hohem Ruhestandseinkommen die Steuerforderung für Zinsen erheblich werden. Dagegen gilt bei der Leibrente für einen 65jährigen nur 20 Prozent, für einen Siebziger lediglich 15 und für einen 75jährigen gerade noch elf Prozent als steuerpflichtiges Einkommen.

Horst Beloch

Eine Hausfrau ...

sagt's der anderen, und Informationen, die auf diesem Wege die Runde machen, erzielen die größte Wirkung. Sie werden um so bereitwilliger aufgenommen und weitererzählt, je autoritativer ihre Quelle ist. Zu jenen gern zitierten Herkunftsnachweisen gehört der Arzt, jedenfalls, soweit er sich zu seinem beruflichen Bereich äußert.

Der Bayern-Vertrag hat das Gespräch mit dem Patienten stärker angeregt. Der Arzt erläutert, warum er so und nicht anders — wie vielleicht noch vor einem Jahr — vorgeht. Allein eine solche Erläuterung trägt wesentlich dazu bei, auch verstehen zu wollen.

Ein Wort sollte noch hinzugefügt werden, die Erläuterung des Funktionsmechanismus einer Solidargemeinschaft. Jeder soll ja durch seinen Beitrag auch für den anderen nur mitzahlen, was wirklich notwendig ist.

Vice versa: Wer sich eine Leistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder auch einer Ersatzkasse erschleicht, ohne daß sie objektiv notwendig wäre, schädigt alle anderen Mitglieder der Solidargemeinschaft und zählt letztlich zu den Verursachern der nächsten Beitragserhöhung.

Dieser Zusammenhang ist dem einzelnen längst nicht so selbstverständlich, wie es dem Sachkundigen erscheint. So müßte es doch mit der Zeit gelingen, ein neuartiges Selbstbewußtsein zu erwecken, so etwa: Es ist geschmacklos, früher hätte man auch gesagt nicht salonfähig, auf Kosten der anderen Vorteile zu ergattern versuchen.

Ein längerer Prozeß, gewiß, aber wenn er nicht eingeleitet wird, kann er sich nicht vollziehen.

Videant consules. *Prosper*

Kurz über Geld

EIGENTUMSWOHNUNGEN werden nach Meinung der Westfälischen Hypothekenbank die Renner der nächsten Jahre und auch gut zu vermieten sein.

MÜNZSAMMLUNGEN alsbald vervollständigen, weil durch den Münzverkauf als Silber in der Silberhausse zu viele Münzen eingeschmolzen worden sind. Münzen werden also knapper und teurer.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Februar 1980 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungsziffer an Salmonellose hat sich im Februar gegenüber dem Vormonat kaum verändert, nämlich von 32 auf 33 Erkrankungen je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Fälle von Hepatitis infectiose (übertragbare Leberentzündung) wurden etwas weniger häufig gemeldet, die Ziffer sank von 30 im Januar auf 26 im Februar, jeweils auf 100 000 Einwohner.

Auch an übertragbarer Hirnhautentzündung erkrankten im Berichtsmonat etwas weniger Menschen als im Januar. Die Erkrankungsziffer en sonstigen, nicht durch Meningokokken verursachten Formen senk von 5 auf 4 Fälle je 100 000 Einwohner.

Die Zahl der gemeldeten Verdachtsfälle von Tollwut stieg deutlich en.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. Februar bis 2. März 1980 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare: Kinderlähmung		Hirnhautentzündung: Meningokokken-Meningitis		Hirnhautentzündung: übrige Formen		Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiose: Salmoneliose		Enteritis infectiose: übrige Formen		Botulismus	
	E[1]	ST[2]	E[1]	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	–	–	–	–	–	–	4	–	8	–	1	–	1	–	1	–	9	–	111	–	–	–	1	–
Niederbayern	–	–	–	–	–	–	2	–	3	–	1	–	–	–	–	–	3	–	20	–	–	–	–	–
Oberpfalz	–	–	–	–	–	–	1	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	21	–	–	–	–	–
Oberfranken	–	–	–	–	–	–	1	–	4	–	2	–	–	–	–	–	2	–	18	–	8	–	–	–
Mittelfranken	–	–	–	–	–	–	3	–	1	1	–	–	2	–	–	–	3	–	17	–	–	–	–	–
Unterfranken	–	–	–	–	–	–	2	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	47	–	2	–	–	–
Schwaben	–	–	–	–	–	–	2	–	3	–	–	–	1	–	1	–	–	–	42	–	2	–	–	–
Bayern	–	–	–	–	–	–	15	–	35	1	4	–	4	–	2	–	17	–	276	–	12	–	1	–
München	–	–	–	–	–	–	1	–	6	–	–	–	1	–	–	–	5	–	48	–	–	–	–	–
Nürnberg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–
Augsburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4	–	–	–	–	–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	–	1	–	–	–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Erlangen	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24
	Hepatitis infectiosa		Ornithose: Psittacose		Ornithose: übrige Formen		Amöbenruhr		Brucellose		Malaria		Toxoplasmose		O-Fieber								Verdachtsfälle von Tollwut[3]
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	71	–	–	–	1	–	–	–	–	–	4	–	–	–	–	–							12
Niederbayern	18	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–							–
Oberpfalz	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–	–	–							28
Oberfranken	22	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							25
Mittelfranken	42	–	–	–	1	–	–	–	1	–	1	–	1	–	1	–							32
Unterfranken	21	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	3	–	–	–							17
Schwaben	28	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							5
Bayern	217	2	–	–	2	–	1	–	1	–	7	–	5	–	1	–							119
München	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–							1
Nürnberg	14	–	–	–	1	–	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–							–
Augsburg	5	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							–
Regensburg	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–							–
Würzburg	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							1
Fürth	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							1
Erlangen	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							–

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

[2]) „ST" = Sterbefälle.

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

[4]) Scharlacherkrankungen seit 1. Januar 1980 nicht mehr meldepflichtig.

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 4. Vierteljahr 1979

Nr. der ICD 1979[1])	Todesursachen[2])	Sterbefälle 1978 Vierteljahresdurchschnitt	Sterbefälle 1978 4. Vierteljahr	Sterbefälle 1979 4. Vierteljahr
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	226	242	228
	darunter			
011-018, 137	Tuberkulose insgesemt	130	137	122
140-199	Bösartige Neubildungen	6 337	6 488	6 596
	darunter			
151	des Magens	1 098	1 125	1 047
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms	996	.	1 054
160-163	der Atmungsorgane	943	976	979
174	der weiblichen Brustdrüse	496	508	527
179-182	der Gebärmutter	244	251	242
185	der Prostata	326	292	325
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	391	416	410
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekannten Charakters	427	462	423
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems	1 206	1 241	879
	darunter			
250	Diabetes mellitus	1 013	1 045	755
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	53	61	63
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	622	643	501
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	13 736	14 045	15 106
	darunter			
410	akuter Myokardinfarkt	2 866	3 014	3 318
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	2 520	2 534	1 478
426, 427	Herz-Reizleitungs- und -Rhythmusstörungen	309	.	370
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhatt bezeichnete Herzkrankheiten	1 932	1 723	3 195
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4 251	4 446	4 627
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	2 341	2 050	2 039
	darunter			
480-486	Pneumonie	930	832	814
487	Grippe	121	33	31
466, 490, 491	Bronchitis	640	575	556
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	1 682	1 674	1 682
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	141	161	183
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	88	70	89
571.2, .5, .6	Leberzirrhose	695	695	642
570, R. v. 571				
572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	323	315	321
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	617	591	637
	darunter			
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere	88	59	46
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	7	8	7
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzeiigewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	106	125	119
740-759	Kongenitale Anomalien	114	106	116
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	196	198	191
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	896	1 011	436
E800-E949	Unfälle	1 560	1 693	1 640
	darunter			
E810-E825	Krattfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	816	897	898
E850-E869	Vergiftungen	17	15	8
E880-E888	Unfälle durch Sturz	475	488	475
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	610	591	598
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	70	74	63
	Sterbefälle insgesamt	31 197	31 719	31 734

[1]) ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen. — [2]) Durch die eb 1979 gültige (9.) Revision der ICD hat sich die Abgrenzung mancher Todesursachengruppen geändert. Einige Positionen sind dadurch mit dem Vorjahr kaum vergleichbar.

Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamts aus den Ergebnissen der Todesursachenstetistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenscheuarzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regein des sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode tührenden „Kausaikette" steht, berücksichtigt.

Preise

Verleihungen

Albert-Knoll-Preis – Der von der Knoll AG, Ludwigshafen, gestittete und mit DM 10 000 dotierte Preis der Saarländisch-Ptälzischen Internistengesellscheft wurde zu gleichen Teilen Dr. Rüdiger Eberhard Scharf, Düsseldorf, und Dr. Rüdiger Hopt zusammen mit Professor Dr. Martin Keltenbach, beide Frenkfurt, verliehen.

Johann Lukas Schönlein Preis – Dieser vom Stifterverband für die Deutsche Wissenschatt betreute Preis wurde Dr. Klaus Ackermann und Dr. Wolfgang Schramm, beide München, verliehen.

Dr.-Friedrich-Sesse-Preis – Dieser Preis wurde epl. Professor Dr. Dr. Peter Hofschneider, München, verliehen.

Heinrich-Bechhold-Medaille – Diese von der Zeitschritt „Umscheu in Wissenschatt und Technik" gestiftete Medaille – verbunden mit dem Umscheu-Preis – wurde Dr. Ernst Peter Fischer, Konstanz, verliehen.

Schnell informiert

Lehrkrenkenhaus Traunstein

Das ekedemische Lehrkrankenhaus in Traunstein wird des vorerst letzte euswärtige Lehrkrenkenhaus der Universität München sein. Dort stehen 20 Ausbildungsplätze tür Studenten der Medizin im dritten, dem sogenannten praktischen Studienebschnitt zur Verfügung, und zwar echt in der Fachebteilung tür Chirurgie, vier in der Fachabteilung tür Innere Medizin, vier in der Fachabteilung tür Freuenheilkunde und Geburtshilfe und vier in der Fachabteilung tür Urologie. Damit stehen tür die Studenten der Ludwig-Meximilians-Universität im „Praktischen Jahr" jetzt 408 Plätze (164 für innere Medizin, 180 für Chirurgie und 64 tür die „treien Fächer") in Lehrkrankenhäusern zur Verfügung, und zwar in:

Augsburg (innere Medizin, Chirurgie, Pädietrie)
Heer (Psychiatrie)
Ingolstadt (Innere Medizin, Chirurgie)
Lendshut (innere Medizin, Chirurgie)
Starnberg (innere Medizin, Chirurgie, Freuenheilkunde und Geburtshilfe, Pädietrie, Anästhesie)
Rosenheim (Chirurgie, Freuenheilkunde und Geburtshilfe, Pädiatrie)
Traunstein (innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Urologie)
München-Harlaching (Innere Medizin, Chirurgie)
München-Neuperlach (Innere Medizin, Chirurgie, Freuenheilkunde und Geburtshilfe)
München-Schwabing (Innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie)
München-Nymphenburg / Dritter Orden (Chirurgie)
München-Thalkirchner Straße (Urologie)

Ein Teil der Studenten im „Praktischen Jehr" wird in den Universitätskliniken eusgebildet.

Deutsches Grünes Kreuz

Das Deutsche Grüne Kreuz (DGK) wurde 1950 in Frankturt/Main gegründet. Seit 1953 befindet sich der Sitz des DGK in Merburg an der Lahn. Seit seiner Gründung hat das DGK die Methoden moderner Gesundheitseutkiärung den jeweiis vorrangigen Gesundheitsproblemen angepeßt und darüber hinaus eigene Medien entwickelt, durch die die Heilberufe und eine breite Öffentlichkeit laufend über ektuelle Probleme der Gesundheitsvorsorge informiert werden. Durch seinen jahrelangen, unermüdlichen Einsatz ist das DGK heute im Bewußtsein der Bevölkerung test verankert und zu einem Symboi für verentwortungsvolle Gesundheitsvorsorge geworden.

Erstmals Selbstkostenblattdaten ausgewertet

Die Deutsche Krenkenhausgeselischaft (= DKG) hat in Zusammenarbeit mit den Lendeskrankenhausgesellschatten 1979 erstmals die Selbstkostenblattdaten von 1294 Krankenhäusern aus acht Bundesländern EDV-mäßig ausgewertet und die Ergebnisse in einer Broschüre aufbereitet.

Die Broschüre enthält neben einer Einführung die Auswertungsgrundlagen. Sie beinhalten im wesentlichen eine Beschreibung der Datengrundlegen und der verwendeten Gruppenordnung sowie Hinweise euf Interpretetionsmögiichkeiten und Repräsentativaspekte. Zudem geben die Auswertungsergebnisse in 21 kommentierten Tabellen einen statistischen Überblick über die Krenkenhausstruktur im Jahre 1978 und ihre Veränderung zum Vorjahr. Dabei sind die Durchschnittsdeten in der Regei nach Bundesländern und Krankenhausgruppen – in Aniehnung an § 11 Bundespflegesetzverordnung – eufgelöst.

Die Broschüre ist zu beziehen bei: DKG, Tersteegenstreße 9, 4000 Düsseldorf 30, Telefon (02 11) 43 46 83

Hormonfrei therapieren

mastodynon®

bei MASTODYNIE und fibrozystischer MASTOPATHIE

Resultat der Mastodynon-Therapie bei 444 Frauen mit Mastodynie Universitätsklinik Göttingen:
In 82,8 % der Fälle ein Behandlungserfolg.
Jede 2. Patientin war völlig beschwerdefrei.
Jede 4. Patientin zeigte deutliche Besserung.
[Med. Welt 30 (1979) 246]

Indikationen: Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklusanomalien, zyklisch bedingte Migräne.
Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt.
Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Caulophyllum thalictroides D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatia D 6 10 g, Iris D 2 20 g, Lilium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tinctura Condurango 10 g.
Dosierung: 2mal täglich 30 Tropfen in etwas Wasser einnehmen.
Handelsformen: OP mit 50 ml DM 10,95, OP mit 100 ml DM 16,75, Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml.

Bionorica KG,
Apotheker Popp, 8500 Nürnberg 1

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern 1979

Nr. der ICD 1979[1])	Todesursachen[2])	Sterbefälle männlich	Sterbefälle weiblich	Sterbefälle zusammen	auf 100000 d. Bevölk.
		Zahl			
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	487	362	849	7,8
	darunter				
011-018, 137	Tuberkulose insgesamt	327	130	457	4,2
140-199	Bösartige Neubildungen	12 694	12 578	25 272	233,0
	darunter				
151	des Magens	2 154	2 037	4 191	38,6
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms	1 848	2 029	3 877	35,7
160-163	der Atmungsorgane	3 097	559	3 656	33,7
174	der weiblichen Brustdrüse	–	2 020	2 020	35,6[3])
179-182	der Gebärmutter	–	881	881	15,5[3])
185	der Prostata	1 333	–	1 333	25,8[4])
200-208	Bösertige Neubildungen des lymphetischen und hämatopoetischen Gewebes	770	778	1 546	14,3
210-239	Gutertige Neubildungen, Carcinome in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekannten Charakters	738	961	1 699	15,7
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrenkheiten, Störungen des Immunitätssystems	1 351	2 569	3 920	36,1
	darunter				
250	Diabetes mellitus	1 150	2 205	3 355	30,9
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	110	133	243	2,2
290-389	Psychiatrische Krenkheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1 077	912	1 989	18,3
390-459	Krenkheiten des Kreisleufsystems	26 031	31 945	57 976	534,6
	darunter				
410	akuter Myokardinfarkt	7 429	4 476	11 905	109,8
411-414	sonstige ischëmische Herzkrankheiten	2 892	3 225	6 117	56,4
426, 427	Herz-Reizleitungs- und -Rhythmusstörungen	627	733	1 360	12,5
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	4 781	7 798	12 579	116,0
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	6 917	11 064	17 981	165,8
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	4 328	3 220	7 548	69,6
	derunter				
480-486	Pneumonie	1 180	1 437	2 617	24,1
487	Grippe	37	85	122	1,1
466, 490, 491	Bronchitis	1 534	702	2 236	20,6
520-579	Krenkheiten der Verdauungsorgane	3 849	2 769	6 618	61,0
	darunter				
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	368	237	605	5,6
560	Dermverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	140	208	348	3,2
571.2, .5, .6	Leberzirrhose	1 819	660	2 479	22,9
570, R.v.571, 572-576	sonstige Krenkheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	658	683	1 341	12,4
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgene	1 328	1 184	2 512	23,2
	derunter				
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere	99	112	211	1,9
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	–	22	22	20,4[5])
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterheutzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	134	328	462	4,3
740-759	Kongenitale Anomalien	284	218	502	4,6
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit heben	411	295	706	6,5
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	599	998	1 597	14,7
E800-E949	Unfälle	3 808	2 401	6 209	57,3
	darunter				
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhelb und außerhalb des Verkehrs	2 367	899	3 266	30,1
E850-E869	Vergiftungen	24	15	39	0,4
E880-E888	Unfälle durch Sturz	705	1 199	1 904	17,6
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	1 545	800	2 345	21,8
E960-E999	Mord, Totschleg und sonstige Gewalteinwirkungen	158	98	256	2,4
	Sterbefälle insgesamt	59 702	62 569	122 271	1 127,4

[1]) ICD: internationele Klessifikation der Krenkheiten, Verletzungen und Todesursechen. – [2]) Durch die eb 1979 gültige (9.) Revision der ICD hat eich die Abgranzung mencher Todesursechengruppen geändert. Einige Positionen sind dadurch mit dem Vorjehr kaum vergleichber. – [3]) Auf 100 000 der weibl. Bev. – [4]) Auf 100 000 der männl. Bev. – [5]) Auf 100 000 Lebendgeborene.

Mitteilung des Beyerischen Statistischen Landesamts eus den Ergebnissen der Todesursechenstatistik. Diese stützt sich euf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenecheuerzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nech von der Weltgesundheitsorganisetion empfohlenen Regeln des sogenennte Grundleiden, des em Beginn einer zum Tode führenden „Keuselkette" steht, berücksichtigt.

Pharmaindustrie

„Prix Galien" für Adelat®

Dieser nach Galenus benennta Preis wurde 1969 von der französischen wissenschaftlichen Zeitschrift „Phermecie Mondiele" gestiftet und seitdem jährlich vergeben. — Adalet erhielt den „Prix Galien" als bedeutendes Phermazeutikum einer von der Bayer-Forschung neu entwickelten Substenzklasse zur Bekämpfung der Koronerinsuffizienz.

Dextrometer

Dieses Gerät (Hersteller: Miles GmbH, Sperte Ames, 6000 Frankfurt 71) ist kleiner els ein Taschenbuch, handlich, leicht, schnell und einfach in der Handhebung. So deuert die Blutzuckerbestimmung wenig mehr els eine Minute; die Kelibriarung ist per Knopfdruck in einer Sekunde durchführbar. Überdies ist es netzunabhängig und die hypo- und hyperglykämischen Bereiche werden gleichermeßen zuverlässig erfeßt.

Digitel Seuerstoff Monitor, DMA

Das netzunabhängig erbeitende Gerät der Dego GmbH, 7270 Negold, läßt sich überall dort einsetzen, wo eine exakte Kontrolle der Sauerstoffkonzentration notwendig ist. Es hat eine 12,5 mm hohe, ieicht eblesbere Digitalanzeige und überwecht automatisch die voreingestellten oberen und unteren Grenzwerte der erlaubten Seuerstoffkonzentration und löst beim Über- bzw. Unterschreiten sofort ein ekustisches Alermsignel eus.

Haus-Notruf für ältere und behinderte Menschen

Mit diesem Haus-Notrufsystem, das auf Initiative des St.-Willehad-Hospitels in Wilhelmsheven von AEG-Telefunken entwickelt worden ist, können ältere, alleinstehende und behinderta Menschen innerhelb des häuslichen Bereichs durch Knopfdruck über einen mitgeführten Mini-Sender im Notfell Hilfe herbeirufen. Ein mit dem Telefon gekoppeltes Zusatzgerät in der Wohnung empfängt den Notruf und wählt autometisch die Rettungszantrale im Krenkenhaus an. Unebhängig vom Telefonhörer kenn über einen Leutsprecher im Telefon-Zusatzgerät eine Sprechverbindung mit dem Notrufenden aufgenommen werden.

Peri-Inhallerboy 360

Nach wissenschaftlichen Anweisungen konstrulert liefert der Inhalierboy eine Nebelmenge, die sich dem Atemvolumen anpaßt. Der Zerstäuber mit dem herausnehmberen Kemin läßt sich einfech säubern. Die Meske und das Mundstück wurden neu konzipiert, um Kindern die Inhelation zu erleichtern.

Bezugsquellennechweis durch die ZMT-Zentrelvereinigung Medizin-Technik, Sachsenring 89, 5000 Köln 1.

Radiotherm 706

So einfach wie eine Höhensonne ist das Radiotherm 706 der Siemens AG, München, zu bedienen. Mit einem Drehknopf läßt sich die Intensität stufenlos von 0 bis 250 Wett einstellen, eine eingebaute Therapieuhr schaltet den Hochfrequenzgenerator nach Ablauf der eingestellten Behendlungszeit ab. Rund-, Langfeld- oder Muldenstrahler für Extremitäten und eusgedehnte Behandlungszonen, Fokusstrahler oder Körperhöhlenstrahler für kleinere Krankheitsherde stehen zur Verfügung.

FAB

34. Fachausstellung für Anstaltsbedarf

FAB Nürnberg – Entscheidungen von morgen heute vorbereiten.

Die FAB Nürnberg bietet Entscheidungshilfen und für jedes Problem den richtigen Gesprächspartner.

500 Aussteller zeigen auf 55.000 Quadratmetern Ausstellungsfläche ihr umfassendes Angebot und stellen Neu- und Weiterentwicklungen für alle Bereiche des Praxis-, Krankenhaus- und Anstaltsbedarfs vor:

- Verwaltung
  Datenerfassung, Einrichtung, Organisation
- Personal- und Heimeinrichtungen
- Medizintechnik
  Elektromedizin, Medizinmechanik, Labortechnik, Verbandmittel
- Versorgungsbereich
  Küche, Krankenmöbel, sonstige Einrichtungsgegenstände und Geräte
- Verbrauchsgüter
  Behandlung, Krankenhauswäsche und -bekleidung, Nahrungsmittel, Wasch-, Reinigungs- und Desinfektionsmittel, sonstiger Wirtschaftsbedarf
- Installation
- Dienstleistungsbereich
  Krankenhausplanung, Krankenhausreinigung, Krankenhausdesinfektion
- Fachliteratur

Informiert sein heißt, richtig entscheiden und handeln. Deshalb gehört die FAB Nürnberg zum Pflichtprogramm für Verwaltungsleiter, Ärzte und Schwestern, Fachleute aus dem Pflegebereich, medizinisch-technische Angestellte und Mitarbeiter der technischen Dienste, Küchenleiter, Diätköchinnen, u. a. m., sowie für den gesamten Fachhandel.

Nürnberg 10.-13. Juni 1980
Täglich 9–18 Uhr · Freitag 9–15 Uhr

4/80

Information:
NMA Nürnberger Messe- und Ausstellungsgesellschaft mbH
Messezentrum · D-8500 Nürnberg 50,
Tel. 0911/86631 · Telex 0623613 nma d

Buchbesprechungen

Bücher zur Rezension

Die folgenden Bücher wurden uns zur Besprechung zur Verfügung gestellt. Kolleginnen und Kollegen, die besonders sachkundig und interessiert sind, können diese Bücher zur Besprechung im „Bayerischen Ärzteblett" von uns erhalten. Wir bitten um Benachrichtigung unter der Telefonnummer (0 89) 41 47 - 274.

1. Adler: Physiologische Psychologie (2 Bände)
2. Arlen: Biometrische Röntgen-Funktionsdiagnostik der Halswirbelsäule
3. Bech: Halt! Mach mich nicht verrückt (Psychologie aktuell)
4. Bäker: Die verrückte Bandscheibe (Wirbelsäulenbeschwerden und ihre Behandlung)
5. Bärschneider: Kleines Diegnostikum (Differentieldiagnose klinischer Symptome)
6. Bartelheimer / Classen / Ossenberg: Die entzündete Leber
7. Barth: Röntgen wie? wann? (Brustdrüse)
8. Bäumler: Peul Ehrlich (Das große Buch zum Film)
9. Bauer: MS-Ratgeber (Prektische Probleme der MS)
10. Becker: Eine Radiologie von morgen euf ganzheits-biologischer und -bioenergetischer Grundlege
11. Becker / Reiner: Beobachtungen und Hilfen am Sterbebett aus ärztlicher und seelsorglicher Sicht
12. Becker-Cerus / Heyden / Ziegler: Psychophysiologische Methoden (Eine Einführung)
13. Bergler / Borneff / Döpp-Woesler / Grün / Hofstätter / v. Manger-Koenig / Mayr / Schadewaldt: Krankenheushygiene (Auswahlbibfiographie 1963–1977)
14. Biener: Bauernjugend und Gesundheit
15. Daschner: Infektionskontrolle in Klinik und Praxis (Antibiotike – Krankenheushygiene)
16. Diller / Fegers: Die Arbeitsmedizin in den EG-Ländern
17. Dittmer: So gelingt die Heilung (Gesundung von seelisch-körperlichen Leiden durch Phasentherepie)
18. Dittmar / Legel: Die Gesundheit des Mëdchens
19. Dosch: Neuraltherapie nach Huneke (Grundlegen – Der gynäkologische Raum und die Schilddrüse – Krenkheiten des Bewegungsapparates – Neurologie – Gerietrie)
20. Droese: Aspiretionszytologie der Schilddrüse
21. Eriksson / Sjölund: Transkutane Nervenstimulierung für Schmerzlinderung
22. Elster / Seifert: Magenfrühkerzinom
23. Elsner: Ophthelmologische Operetionsindikationen (Eine Orientierung für den Allgemeinprektiker)
24. Frey / Kimbef / Lanz: Arzneitherepie (Fortschritte, Fehler und Gefahren)
25. Gerchow / Heberle: Alkohol – Alkoholismus (Lexikon)
26. Gitter / Heilmeyer / Brüschke: Teschenbuch klinischer Funktionsprüfungen
27. Glauch / Haef: Chirurgische Instrumente – Operetionslagerungen – Operationsabläufe
28. Gödtel: Seelische Störungen im Wochenbett
29. Gremberg-Danielsen / Hülsmeyer: Augenarzt und gesetzliche Unfellversicherung (Rechtsfragen)
30. Grey: Umgeng mit unseren kleinen Tyrennen
31. Guttmenn: Sport für Körperbehinderte
32. Hedorn / Zöfiner: Vom Symptom zur Diegnose
33. Haffner / Schultz: Normdosen der gebrëuchlichen Arzneimittel
34. v. Harneck / Jenssen: Pëdiatrische Dosistabellen
35. Heiss: Bewegungstherapie bei Herz- und Gefäßkrenkheiten
36. Herder-Lexikon: Neturwissenscheftler
37. Hertl / Kornhuber / Lendbeck: Ergebnisse der Pädietrischen Onkologie
38. Hild / Spaan: Therapiekontrolle in der Angiologie
39. Hoeflmayr: Des praxisbezogene Lebor
40. Hofmann: LSD – Mein Sorgenkind
41. Huismans: Tierische Paresiten des menschlichen Auges
42. Janzarik: Psychopathologie els Grundlegenwissenschaft
43. Junkersdorf: Am Rende der Medizin
44. Keter: Atomkreftwerksgefahren eus ërztlicher Sicht
45. Kjellrup: Bewußt mit dem Körper leben (Spennungsausgleich durch Eutonie)
46. Kluge / v. Randow: Kinder- und Schülerdelinquenz
47. Köhler: Klinische Echokerdiographie
48. Konstantinovic: Weltliteretur (Strukturen – Modelle – Systeme)
49. Kremer: Vegetetive Physiologie (2 Bände)
50. Lebovici: Arbeiten zur Kinderpsychotherepie (Psychopathie – Neurose – Hysterie)
51. Ledermann / Glocke: Grundzüge klinischer Arzneimittelprüfung und medizinischer Statistik
52. Linton: Mensch – Kultur – Gesellschaft
53. Manegold: Therapeutische Endoskopie
54. Maric: Elektroakupunktur-Anästhesie
55. Merté: Augenärztliche Fortbildung (Band 5, Teil 4)
56. Meyer: Krankenhausplenung
57. Milunsky: Unsere biologische Mitgift
58. Mörl: Arterielle Verschlußkrankheit der Beine
59. Müller / Lust / Pfeundler: Pädiatrische Diagnostik und Therapie
60. Murken / Cleve: Humangenetik (Arbeitstext mit 111 Prüfungsfregen nach dem multiple-choice-Prinzip)
61. Nolte: Atemwegserkrankungen
62. Okonek / Füllgreff / Frey: Humantoxikologie (Akute Vergiftungen – Giftinformation)
63. Peper: Der chiroprektische Report
64. Pohl von Elbwehr / Dunckern: Herzinfarkt – Signal zur Gesundheit?
65. v. Radecki: Bekenntnisse einer Tintenseele (Geschichten und Erinnerungen)
66. Rötzer: Natürfiche Geburtenregelung
67. Rudolph / Schrey: Nitrete II (Wirkung auf Herz und Kreisfauf)
68. Scheller: Lenglebigkeit mit Perecelsus-Arzneien (Versuch einer Gerietrie nach Perecelsus)
69. Schettler / Greten / Leng: Lipoproteine und Herzinfarkt
70. Scholz: Rehabilitation els Schlüssef zum Dauerarbeitsplatz
71. Schrey: Die koronare Herzkrankheit
72. Sirch: Hospitalinfektion, Verhütung, Kontrolle und Bekämpfung
73. Späth: Vergiftungen und akute Arzneimittelüberdosierungen
74. Stegner: Gynäkologie und Geburtshilfe
75. Täschner: Des Cennabis-Problem eus medizinisch-soziologischer Sicht.
76. Tischendorf: Mekroskopisch-anetomischer Kurs (Präparieranleitung)
77. Toman: Femilientherapie: Grundlegen, empirische Erkenntnisse und Praxis
78. Troch: Stress und Persönlichkeit

Entwicklung der Hypertoniemortalität und des Antihypertensiva-Verbrauchs in der Schweiz

Verf.: M. Escher, 106 S., 27 Abb., 31 Tab., geh., DM 24,–. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Durch die epidemiologischen Untersuchungen von Escher wird der oft aus persönlichen Erfahrungen heraus geführte Streit um die optimele Pharmakotherapie der erteriellen Hypertension relativiert. Mit dem zunehmenden Verbrauch der Antihypertensiva ging in der Schweiz die Hypertoniemortalität seit 1957 zurück. Mit zahlreichen übersichtlichen Tabellen, die ein umfangreiches Zahlenmaterial enthalten, belegt der Autor die keusale Beziehung. In der kleinen Monographie findet der Leser weitere aufschlußreiche Aspekte zum Problem der Hypertoniebehandlung. Das Werk liefert einen wertvollen statistischen Beitrag all denen, die sich mit der arteriellen Hypertonie eingehender befassen wollen.

Privatdozent Dr. med. D. Harms, Erlangen

Strichskiaskopie

Herausgeber: Dr. W. Grimm / Dr. Chr. Ucke, 96 S., 90 Abb., kart., DM 33,–. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die objektive Refraktionsbestimmung erfolgt in der augenärztlichen Sprechstunde mit einem Refraktometer oder mit der Skiaskopie. Der Vormarsch der verschiedenen Refraktometer zur Brillenbestimmung hat dieses Buch erforderlich gemacht. Die Skiaskopie – die Autoren empfehlen die Strichskiaskopie – ist eber trotzdem erforderlich. Beide Verfahren dienen der objektiven Bestimmung der Brechkraft des Auges. Anfänger und Fortgeschrittene profitieren davon, daß in diesem Buch der etwas trockene Stoff mit Bildern und einem gut gegliederten Text didaktisch sehr geschickt dergestellt wird. Deshalb ist es auch für jeden, der sich mit der Strichskiaskopie befassen will, sehr zu empfehlen.

Professor Dr. med. W. D. Schäfer, Würzburg

Handbuch der Störwirkungen durch Phermeke

Verf.: Prof. Dr. F. Hausbrandt / Prof. Dr. F. Gstirner, 2., ergänzte Aufl., 585 S., 8 Tab., Balacron, DM 132,–. Verlag für Medizin Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.

Die schwierige Materie – Nebenwirkungen, Risikofaktoren und Interferenzen einer Vielzahl von Medikamenten – in übersichtlicher und (auch von der äußeren Aufmechung) „griffiger" Form darzustellen, ist den Verfessern ausgezeichnet gelungen. Die wesentlichen Pharmaka wurden ausführlich besprochen, so deß dem verantwortungsbewußten Arzt die Erweiterung von „Weschzettelinformationen" ermöglicht und andererseits des zeitaufwendige Nachlesen der verschiedenen Spezialliteratur erspart wird. Kompakt, übersichtlich und trotzdem mit einer Vielzahl von Einzelinformationen stellt sich ein Nachschlagewerk vor, das, anfengs zwar wegen der vielen Abkürzungen eine gewisse Einlesezeit benötigt, dann eber einen beständigen Platz in Griffnähe des mit einer Vielzahl von Pharmakagruppen konfrontierten Arztes behauptet. Insgesamt: Für die Handbücherei zu empfehlen.

Dr. med. G. Weber, Regensburg

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 Linksmyocardschäden zur Verfügung. Durch die enterale Resorption tritt die volle Herzwirkung hierbei erst ca. 30 bis 40 Minuten nach der Anwendung ein. Für den akuten Anfall ist STRODIVAL® mr daher nicht geeignet.

Zusammensetzung: Eine Zerbeiß-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in oleophiler Phase. **Indikationen:** Bei allen Formen von Linksmyocardschäden. **Kontraindikationen:** Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände, Atrio-ventriculäre Reizleitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger i.v. Kalziumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechtsherzinsuffizienzen (bei vorliegenden Ödemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gezielte Zusatzmaßnahmen. Bei Strodival® perlingual treten gelegentlich Mundschleimhautreizungen auf. In diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und Anwendungsweise:** 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 ½ bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 6,26 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 61,87 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG
Wiesbaden

Kompendium der klinischen Tumorpathologie

Band 1: Grundlegen der klinischen Onkologie

Verf.: P. Hermenek / F. P. Gell, 156 S., 25 Abb., davon 5 mehrf., 46 Tab., brosch., DM 34,—. Verleg Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Beden.

Schon beim oberflächlichen Durchbfättern fällt eine Fülle von Informetionen euf, und gerede beim geneueren Lesen zeigt sich die gründliche Arbeit der Autoren. Neben der Definition von Onkologie und Pethologie lst ein Kepitel der klinischen und morphologischen Tumordiegnose und Therepie gewidmet. Afs Hauptpunkt wird die operetive Entfernung der Geschwulst als „Operation nech Maß" dargesteilt. Wertvolle Hinweise über das Ausmaß des operativen Vorgehens finden sich in den einzelnen Kepiteln, wobei neben der kuretiven Tumorresektion euch die edjuvante systemische und lokale Chemotherapie sowie die Strehlentherepie mit kritischer Würdigung des Erfolgs beschrieben wird.

Auch die Notwendigkeit der Nechsorge wird angesprochen, wobei zur vergfeichenden Beurteilung die exekte und reproduzierbere Einteilung dar Tumore nach dem TNM-System nötig ist. Angeschlossen ist die Auserbeitung eines computergerechten Krebsregisters, und es wird eufgezeigt, wie die Heilerfolge stetistisch eusgewertet werden können. Den Schluß des Buches bilden Ausführungen über die Methodik klinisch pethologischen Vorgahens in der Onkologie. Dieses Buch läßt, trotz des handlichen und übersichtlichen Formates, in seiner Fülle keine Wünsche mehr offen. Es ist für den Internisten, Chirurgen und Pathologen gleicherweise wertvoll. Auf die engekündigten Fortsetzungen der Reihe wird man sich freuen können.

Dr. med. M. Hausel, Gießen

Neurologie

Verf.: K. Poeck, 432 S., 91 Abb., 26 Teb., geh., DM 48,—. Springer Verleg, Berlin-Heidelberg-New York.

Das bewährte Lehrbuch liegt nun in der fünften Auflage vor. Es zeichnet sich durch seinen didektisch hervorragenden Aufbau und seinen klar formulierten Text besonders eus. Neu eufgenommen wurde bei dan Untersuchungsmethoden die kraniale Computertomogrephie (CCT). In einem besonderen Kapitel wurden die Alkoholschäden und -krankheiten des Nervensystems zusammengefaßt. Die Kontrolle der entikonvulsiven Therepie durch Bestimmung des Serumspiegels der Antiepileptike wird mit Tebellen erläutert. Die nauen SI-Maßeinheiten fanden Berücksichtigung. Das Buch vermittelt ektuelle pathophysiologische und diagnostische Erfahrungen, um vor allem die prektisch wichtigen neurologischen Krankheiten erkennen und behandeln zu können. Da Erkrankungen des Nervensystems den Ärzten in Klinik und Praxis sehr häufig begegnen, sind Kenntnisse, wie sie das vorliegende Buch so enscheulich vermittelt, besonders wertvoll.

Dr. med. M. Wolf, Waldkraiburg

Übungen in radiologischer Diegnostik: Herntrekt

Verf.: L. F. Squire, A. Walsh, J. G. Mc Nulty, deutsche Übersetzung v. Dr. G. Goilmann, 103 S., 96 Abb., kert., DM 29,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

In diesem Band werden, entsprechend dem didektischen Gesamtkonzept der Reihe, typische Fälle mit Symptometik und Anamnese vorgestefit. Dabei sind elie wichtigen Krenkheitsbilder eus Urologie und Nephrologie berücksichtigt, eber euch einige interessante seltene Krenkheiten. Der Leser erfebt den Untersuchungsgeng von der Aufnehme in die Klinik bis zur Diagnosestellung mit und lernt dabei Röntgenmethoden ihrer Wertigkeit entsprechend realistisch in ein effektives und retionelles Untersuchungsprogramm einzuordnen.

So kann es nicht weitergehen

Vert.: Dr. P. Mössinger, 173 S., kert. DM 27,—. Kerl F. Haug Verleg, Heidelberg.

Schon 1968 hette sich der Heilbronner Allgemeinerzt Dr. Paul Mössinger in seinem Buch „Sorgen um die Medizin" mit den Problemen der gesetzlichen Krenkenversicherung beschäftigt. In seinem hier zu besprechenden neuen Buch bleibt er seiner Problemetik treu. Er glaubt, dies eufgrund seines Alters, als eigentlich nicht mehr Selbstbetroffener, weitgehend emotionslos tun zu können. Trotzdem setzt er sich sehr engagiert mit allen en der Gesundheitspolitik Beteiligten, d. h. Politiker, Ärzte, Ärzteverbände, Krankenkassen und Gewerkscheften, aber euch den Petienten euseinander. Der Verfesser ist überzeugt devon, deß die Wurzel eller im Bereich der gesetzlichen Krenkenversicherung erkennbaren Übel des Sachleistungssystem lst. Er möchte defür die Selbstbeteiligung eingeführt wissen. Auch die Duelität von Arzt-Patient möchte er wiederhergestefit sehen, da der dritte Partner, d. h. die Krenkenkessen, hier nur scheden. Viele hier zu diskutierende Probleme werden in diesem sehr lesenswerten Buch engesprochen, obwohf manches nicht unwidersprochen bleiben kann.

Dr. med. J. Mertens, Fürth

Die Pillen-Pest

Hereusgeber: G.-K. Keltenbrunner, Herderbücherei, Bd. 26, DM 10,90. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Das Büchlein beleuchtet von den verschiedensten Seiten das Phänomen des wachsenden Arzneimittelkonsums, insbesondere der Analgetike. Es reihen sich historische, magische, philosophische, theologische und medizinische Aspekte. Der „überforderte Arzt" wird bedeuert, eber euch das „herumdoktern en Symptomen" kritisiart, der „circufus vitiosus der Vergiftung" dargelegt. Das Wesen des Schmerzes und der Schmerzüberwindung wird zu ergründen versucht. Eine breite Zitatensemmlung, von der Bibel bis zu Benn, von Nietzsche bis Novelis, bildet eines der Fundemente. Die Denkenstöße sind mennigfach und die Aspekte vielfältig. Es wofite und konnte keine Patentrezeptur gegeben werden.

Dr. med. S. Zeller, München

Kunst und Kultur des Berock und Rokoko

Hereusgaber: A. Blunt, unter Miterbeit von A. Laing / Ch. Tedgell / K. Downes, eus dem Engiischen von A. Baier / U. Stadler, 352 S., 431 Abb., devon 32 Farbabb., Leinen, DM 135,—. Verfeg Herder, Freiburg-Basef-Wien.

Der Akzent von Text und Bild liegt euf der Darstellung der architektonischen Entwicklung und der sie begleitenden Dekorationskunst der Bildheuer, Stukketeure und Freskomafer. Neben der dominierenden Architektur der Kirchen und Klöster werden natürlich euch die herrscheftlichen Profenbeuten wie Verseilles, die Residenz in München, die Keiserliche Bibliothek in Wien, das Schloß Mirebell in Selzburg u. a. dargestellt und in ihrer Bedeutung für des Lebens- und Weltgefühl jener Zeit gewürdigt.

Nach Italien els Schöpferland nehmen Frankreich und natürlich Süddeutschlend und Österreich breiten Reum ein. De das Rokoko als Architektur- und Dekorationsstil seine eigentliche Ausformung im süddeutschen Raum erfuhr, lst mit der Beschreibung der Werke der Brüder Asam und Zimmermann, des Belthaser Neumann, François Cuvilliés u. e. den fnteressen deutscher Leser hinreichend Rechnung getregen. Selbstverständlich wird deneben die Entwicklung und Ausbreitung des Stils in den osteuropäischen Ländern, in England und den Niederlanden, in Spanien, Portugal und deren emerikenischen Kofonien eufgezeigt.

Die Mutterschaft

Verf.: Prof. Dr. F. W. Dittmar / Dr. H.-P. Legal, 264 S., 32 Bildtafeln, Paperback, DM 22,80. Verlag R. S. Schulz, Percha.

Dieses Buch ist als Information für die werdende Mutter sehr empfehlenswert, denn es gibt in allgemeinverständlicher Form Auskunft über elle im Zusammenhang mit diesem Problemkreis auftretenden Fragen. Es unterscheidet sich dabei in wohltuender Weise von den häufig tendenziösen Artikeln in der einschlägigen Presse, da es ohne eigene Wertung alle wissenschaftlich belegbaren Vor- und Nachtelle einzelner Methoden (z. B. euch bei der Empfängnisverhütung) darstellt. Besonders deutlich wird hier euch die Notwendigkeit der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen, die „die halbe Garantie für ein gutes Gelingen" sind. Sehr wichtig für die Leserin sind die Abschnitte des Buches, die über ihre Rechte und Pflichten und über die ihr von der Gemeinscheft zur Verfügung gestellten Einrichtungen und sozialen Hilfen informieren.

Dr. med. F.-G. Haag, Kempten

Cherakterkunde II

Band 5 der Sëmtlichen Werke von Ludwig Klages

Kommentar von H. E. Schröder, 800 S., Leinen, DM 150,—. Bouvier Verlag Herbert Grundmann, Bonn.

Mit dem Erscheinen des Bandes 5 (Charakterkunde II) liegen die wissenschaftlichen Werke von Ludwig Klages (1872 bis 1956) vollständig vor. Die Bonner Ausgebe der Sämtlichen Werke umfaßt nunmehr acht Bände. Band 9 mit dem Nemen- und Sachregister des Gesamtwerkes wird bald folgen. Band 10 soll die Herausgeberarbeiten von Klages, seinen Nachleß und weitere vermischte Veröffentlichungen enthalten. Die charekterologischen Schriften von Klages sind in den Bänden 4 und 5 untergebracht (Charakterkunde I und II). Für beide schrieb H. A. Müller, Würzburg, die Einleitung, die dem vierten Bande vorangestellt wurde und Klages als Begründer der Charakterkunde würdigt. Der von H. E. Schröder für beide Bände erstellte Kommentar (110 Seiten) befindet sich am Ende von Band 5. Die Neuerscheinung umfeßt drei wichtige charakterkundliche Schriften: „Die psychologischen Errungenschaften Nietzsches" (1926), „Goethe els Seelenforscher" (1932), „Die Sprache als Quell der Seelenkunde" (1948); sie in einem Bande vereinigt zu sehen, ist für den Kenner ein erfreulicher Anblick. Das Buch über Nietzsche stellte die Nietzsche-Forschung euf eine sichere Basis. Der Goethe-Band zeigt Goethe als Entdecker des Unbewußten. Das Alterswerk greift nochmals das Thema der Spreche auf und stellt den Erkenntniswert der Namen und Worte in den Vordergrund. Am 3. Dezember 1943 wurde durch einen Luftangriff die Bücherstadt Leipzig in Schutt und Asche gelegt, wobei der Verleg J. A. Berth mit seinen Beständen en Klages-Schriften vernichtet wurde. Den Bemühungen von H. Grundmann, Bouvier-Verleg, Bonn, ist es zu danken, daß das wissenschaftliche Werk des Philosophen Ludwig Klages den Zeitgenossen zum Studium und zur Besinnung in Gänze vorliegt.

Dr. med. W. Schürer, Berchtesgaden

Knaurs Buch der Trockenblumen

Herausgeber: T. Leemans, aus dem Niederländischen v. M. Würmli, 180 S., 260 meist farb. Fotos u. Zeichn., geb., DM 39,80. Droemersche Verlagsanstalt Th. Knaur Nachf. GmbH & Co., München.

Dieses Buch gibt nicht nur ellein Anregungen zum vielfältigen Gestalten mit Trockenblumen, sondern behandelt auch eingehend und ausführlich, welche Blumen man sammeln soll und wie man sie trocknet. Mit dem botanischen Grundwissen macht ein ausführlicher Anhang vertraut.

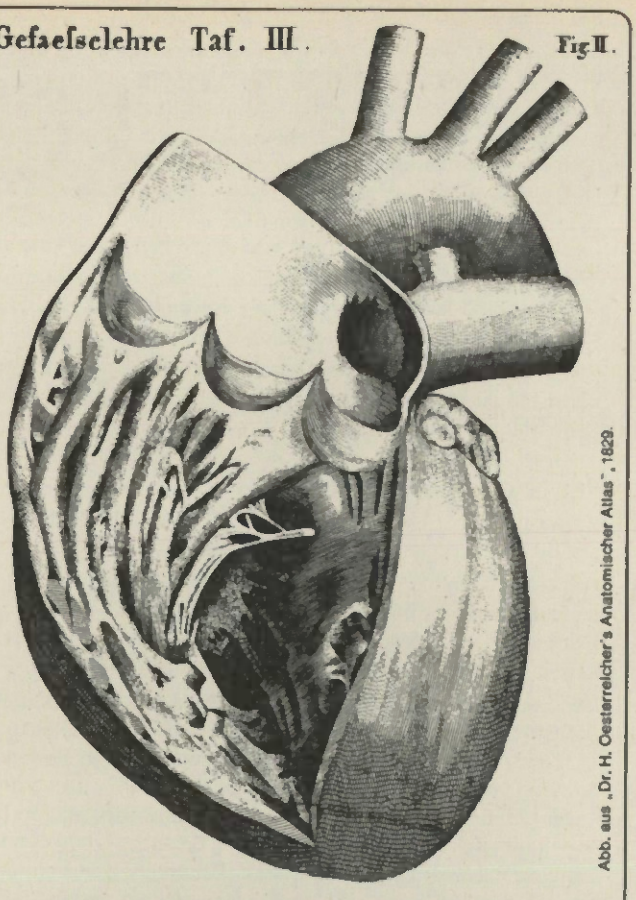


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas", 1829.

KORODIN®

für Herz und Kreislauf

Altersherz, nervöse Extrasystolen, Cor nervosum; Schwindelgefühl, Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle bei Hypotonie

Dosierung: 3x tgl. 4–5 Tropfen auf einem Stück Zucker. Diabetiker nehmen Korodin auf einem Stückchen Brot. Nicht mit Wasser einnehmen! Bei Schwächeanfällen und drohendem Kollaps werden alle 15 Minuten 5 Tropfen gegeben, bis der Patient sich wieder erholt. Bewußtlosen verreibt man 10 Tropfen unter der Nase.
Zusammensetzung: Extr. Crataegi fluid. 55,0 g, Menthol. 0,2 g, Camphor. 2,5 g, Tinct. Convallar. 0,4 g, Tinct. Val. 2,0 g, Excip. ad 100 g.
Kontraindikationen: keine bekannt.

KORODIN

Handelsformen und Preise:
OP Tropfflasche mit 10 ml DM 3,85
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 9,15
Großpackung mit 100 ml DM 24,50

ROEUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

Die illustrierte Weltgeschichte der Archäologie

Herausgeber: L. Fesenl, 692 S., 915 Farbabb., 52 Karten, Leinen, DM 148,—. Südwest Verleg, München.

Auf fast 700 Seiten, illustriert mit 915 meist ferbigen Abbildungen, befassen sich in diesem gut verständlichen Kompendium frühester Kulturen und Zivilisetionen die bedeutendsten europäischen Archäologen der Gegenwart mit der Erforschung der Ursprünge des Menschen und mit seiner Entwicklung. Bisher noch nicht berücksichtigte und beachtete Zeugnisse dienten ihnen els Unterlegen für ihre Studien. In überzeugender Form wird hier dem Leser und Betrechter der eugenblickliche Wissensstand der gesemten Archäologie vermittelt.

Neben eusführlichen historischen Untersuchungen bringt der Ferbband euch Wissenswertes über die prähistorische Umwelt in den fünf Erdteilen.

Von der edlen Kunst des Jegens

Herausgeber: E. Hobusch, 320 S., 40 Zeichn., 210 Abb., geb., DM 68,—. Umschau Verleg, Frankfurt/Main.

Das Buch umfaßt die Geschichte der Jagd von den Anfängen unserer Urgesellscheft, in der des Jagen das Überleben der Menschen gewährleistete, bis zur Jegd und Hege in unserer Zeit, durch die das Überleben des Wildes gesichert wird.

Die Jagd war und ist ein wichtiges Glied unserer Kulturgeschichte, deren Auswirkungen in diesem Bend beleuchtet werden. Ausgehend von den einzelnen historischen Perioden und den unterschiedlichen territorialen Gebieten, werden dem Leser Jagdmethoden, Jagdform, Wildererwesen, Jagdprivilegien, eber auch die Entwickfung des Schutzes wildlebender Tiere deutlich verenschaulicht, so deß mit dem Bend ein umfassender Abriß über die Jagd entstand, der jeden Jegdinteressierten, nicht zuletzt durch sein informatives Bildmaterial, begeistern wird. Das Buch entstend unter Mitarbeit von Dr. K. Sälzle, dem ehemaligen Direktor des Jegdmuseums, München.

Der große BLV Minereilenführer

Herausgeber: Mottana / Crespi / Liborio, 608 S., 576 Farbebb., 180 Zeichn., Kunststoff, DM 58,—. BLV Verlagsgesellscheft, München-Bern-Wien.

In den letzten Jahren hat das Semmein von Mineralien und Gesteinen als Freizeit- und Urleubsbeschäftigung einen unerwartet großen Aufschwung genommen. Für viele Erwachsene und Jugendliche ist es heute Hobby Nummer 1 geworden: Ein Thema, in das man leidenscheftlich einsteigt und debei auch euf immer wieder neue Informationen engewiesen ist. Sofern die Bestimmung von Minerelien und Gesteinen nicht mit wissenschaftlichen, des heißt oft chemisch/physikelischen Methoden vorgenommen wird, sind zum Erkennen möglichst viele, natürlich ferbige Abbildungsvergleiche nötig. 377 Mineralien, Gesteine und Gesteinsformen — und derüber hineus noch verschiedene Varianten — werden in diesem Buch in 576 Ferbfotos vorgestellt.

Österreichische Märchen

Hereusgeber: I. Reiffenstein, 288 S., Halbleinen, DM 26,—. Eugen Diederichs Verleg, Köln.

Alle österreichischen Bundesländer sind in diesem Buch vertreten, besonders reichhaltig die Stelermark, des Burgenland und Kärnten. Gegenüber früheren Sammlungen het die Reiffensteinsche Edition den Vorzug einer sorgfältigen sprachlichen Wiedergabe. Aufgrund seiner Kenntnis aller österreichischen Dielekte konnte der Herausgeber eine Anzehl keum bekennter Märchen eusfindig machen. Ein gutes Dutzend Märchen sind eus der eften Ausgabe „Märchen aus dem Doneulend".

Therapeutika

Dixarit®

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält 0,025 mg Clonidinhydrochlorid

Anwendungsgebiete: Protektive Migränetherepie, Prophylaxe anfallsartig auftretender Kopfschmerzen wie Migräne und vasomotorischer Kopfschmerz. Therepie vasomotorischer Fehlregulationen vor und während der Menopause (klimakterische Hitzewellungen, Flushsyndrom). Nicht geeignet zur Kupierung des akuten Migräneanfells.

Nebenwirkungen: In seltenen Fällen bei Behendlungsbeginn etwes Müdigkeit oder Mundtrockenheit (verschwindet während der Behendlung).

Wirkungsweise, Eigenschaften und Hinweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Beginn mit 2 x 1 Dregee täglich; nach 14 Tegen stufenweise Erhöhung (bei Bedarf) bis euf 2 x 3 Dragees möglich. Die Dauer der Behendlung hängt vom Krankheitsverleuf eb. Nicht en Kinder unter 12 Jehren geben.

Handelsformen und Preise: 50 Dregees DM 13,35; 100 Dregees DM 24,50; Klinikpeckungen zu 500 Dregees

Hersteller: C. H. Boehringer Sohn, 6507 Ingelheim/Rhein

Gestronerton®

Zusammensetzung: 1 ml Lösung (ce. 14 Tropfen) enthält: Metoclopremiddihydrochlorid-Monohydret 4,65 mg. 1 Kepsel enthält: Metoclopramiddihydrochlorid-Monohydret 11,62 mg.

Anwendungsgebiete: Motilitätsstörungen des oberen Magen- und Dermtrektes, z. B. bei Reizmegen, zur unterstützenden symptomatischen Behandlung bei Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren, bei Sodbrennen, Refluxkrankheit, zur Behendlung von postoperativ drohenden Dermatonien; Übelkeit und Erbrechen verschiedenen Ursprungs, z. B. bei Leber- und Nierenerkrenkungen, Schädel- bzw. Hirnverletzungen, Migräne, Reisekrenkheiten, Arzneimittelunverträglichkeiten; bei enheitendem Schluckeuf ist ein Therepieversuch engebrecht; zur Erleichterung von endoskopischen, röntgenologischen Untersuchungen im Megen- und Darmbereich und bei Pankreasszintigraphie.

Nebenwirkungen: Gelegentlich können Müdigkeit, Schwindel, motorische Unruhe und verstärkte Darmtätigkeit nach Gastronerton® euftreten. Diese Erscheinungen verschwinden meist bei Verringerung der Dosierung. Vereinzelt wird, vorwiegend bei Kindern, ein dyskinetisches Syndrom beobechtet (unwillkürliche krempfartige Bewegungen, besonders im Kopf-, Hels- und Schulterbereich). Nech Absetzen von Gastronerton® klingen diese Erscheinungen innerhalb einiger Stunden vollständig eb. Durch i. v.-Injektionen von Biperiden (Akineton®, Wz. Knoll AG) können sie sofort behoben werden. Nech längerer Einnehme kenn es in seltenen Fällen zu Galaktorrhoe (Milchebsonderung) oder Gynäkomastie (Brustdrüsenschwellung) kommen, dann ist Gestronerton® ebzusetzen. Alle Nebenerscheinungen bilden sich nach Absetzen der Therepie innerhalb kurzer Zeit vollständig zurück. Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reektionsvermögen so weit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnehme em Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt im verstärkten Maße im Zusemmenwirken mit Alkohol.

Gegenenzeigen und Wechselwirkungen mit enderen Arzneimitteln: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Soweit nicht anders verordnet:

Tropfen: Erwechsene und Jugendliche 3 x täglich 15–30; Schulkinder (6 bis 14 Jahre) 3 x täglich 12–24; Kleinkinder (3 bis 6 Jahre) 3 x täglich 8–12; Kleinkinder (1 bis 3 Jahre) 3 x täglich 5–8; Kepseln: Erwachsene und Jugendliche 3 x täglich 1 Kepsel. Im ellgemeinen sollte die tägliche Dosis 0,5 mg/kg Körpergewicht nicht überschreiten. Fells erforderlich, kann die Dosierung, insbesondere für diagnostische Zwecke, erhöht werden.

Gestronerton® Lösung (Tropfen) ist jewells vor den Mahlzeiten tropfenweise einzunehmen.

Gastronerton® Kapseln sind jeweils vor den Mahlzeiten unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einzunehmen.

Die Dauer der Behandlung bestimmt der Arzt. Im ellgemeinen sind etwe 4 bis 6 Wochen eusreichend. Darüber hinaus kenn Gastronerton®, wenn es erforderlich ist, in Einzelfällen bis zu 6 Moneten engewendet werden.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: Packung zu 20 ml Tropfen DM 5,25; Packung zu 100 ml Tropfen DM 18,05; Packung zu 20 Kepseln DM 9,01; Packung zu 50 Kapseln DM 20,10; Anstaltspackungen

Hersteller: Dolorgiet Arzneimittel, 5300 Bonn 2

Tibirox®

Zusammensetzung: Tibirox® enthält als Wirkstoffe Tetroxoprim (2,4-Diemino-5-[3,5-dimethoxy-4-(2-methoxyethoxy)-benzyl]-pyrimidin) und Sulfadiazin (4-Amino-N-[2-pyrimidinyl]-benzolsulfonamid). – 1 Tablette bzw. 1 Teelöffel Saft (5 ml) enthält 100 mg Tetroxoprim und 250 mg Sulfadiazin.

Indiketionen: Infektionen der oberen und unteren Atemwege, der Nieren und ebleitenden Harnwege, soweit sie durch Tibirox-empfindliche Kelme hervorgerufen werden.

Kontraindiketionen: Sulfonamidallergie; schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen; Erythema exsudetivum (auch in der Anemnese).

Tibirox ist ebenfells nicht angezeigt bei schweren Leberschäden, bei Veränderungen des Blutes sowie bei schweren Nierenschäden, fells wiederholte Bestimmungen der Plasmekonzentretionen von Tibirox nicht durchgeführt werden können.

Eigenscheften, Verträglichkeit, Wechselwirkungen mit enderen Medikamenten, Symptome und Therapie bei Intoxiketionen und besondere Hinweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise:

Tabletten:

Erwachsene und Kinder über 12 Jehre nehmen zu Beginn 2 Tabletten und enschließend im Abstend von 12 Stunden – morgens und abends – nach dem Essen 1 Teblette.

Saft:

Erwachsene und Kinder über 12 Jahre nehmen zu Beginn 2 Meßlöffel Seft und enschließend im Abstand von 12 Stunden – morgens und abends – nach dem Essen einen Meßlöffel Saft. Der Saft ist vor Gebreuch kräftig umzuschütteln.

Bei ekuten Infektionen muß Tibirox wenigstens 5 bis 10 Tege gegeben werden oder so lenge, bis zwei Tage Beschwerdefreiheit besteht. Die Behandlungsdeuer ist euf 3 Monete zu begrenzen.

Packungen und Preise: 10 Tebletten DM 16,50; 20 Tabletten DM 30,45; 50 Tabletten DM 67,70; 50 ml Saft DM 18,65 sowie Ansteltspackungen

Hersteller: Hoffmann-La Roche AG, 7889 Grenzech-Wyhlen

Adalet® 5

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 5 mg Nifedipin.

Indikationen: Frühbehandlung und Langzeittherapie der koroneren Herzkrenkheit (insbesondere Koronarinsuffizienz, Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt). – Im Postinfarktstadium beginnt diese Behandlung etwe 1 Woche nach dem akuten Ereignis bei stebilisiertem Kreislauf.

Kontreindikation: gesamte Schwengerschaft

Nebenwirkungen und Wechselwirkungen: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Adelet 5 eignet sich vor allem zur Behendlung leichterer Krankheitsformen sowie generell bei solchen Petienten, die – unabhängig vom Schweregred der koronaren Herzkrankheit – besonders prompt und günstig auf Nifedipin ansprechen. Darüber hineus ermöglicht Adalet 5 einen besonders einschleichenden Behandlungsbeginn und eine sehr fein abgestufte Dosierung. – Die Tagesdosis beträgt im allgemeinen 3 Kepseln Adalat 5. Bei ungenügendem Therapieerfolg durch Adalat 5 sowie bei schweren Krankheitsformen sollte die Behandlung mit Adelat (Kapseln zu 10 mg) durchgeführt werden.

Handelsformen und Preise: Schechtel mit 50 Kapseln zu 5 mg DM 22,60; Schachtel mit 100 Kapseln zu 5 mg DM 39,35; Anstaltspackungen

Hersteller: Beyer AG, 5090 Leverkusen

Vor Ihrer Praxis-Eröffnung sind wir für Sie da.

Ad usum proprium:
Unsere Erfahrung zu Ihrer Praxisabsicherung. Unser „gewußt wie" bei Ihren Bankgesprächen.

Finanzierungsmodell mit Einsparung bis zu 40 Prozent der Praxisdarlehen.

Ihr Nutzen und Vorteil:
Unsere Stärke in der Lösung Ihrer Versicherungsprobleme, wenn es um die Ärzte-Haftpflicht-, die Hausrat-, die Ärzte-Unfallversicherung geht.

Interesse?
Dann rufen Sie uns bitte an: Es berät Sie Herr Georg C. Klughardt. Anschrift: Stiftsbogen 41, 8000 München 70, Tel. (089) 7143200 oder (0911) 834298

Meine Anschrift

Ich erwarte Ihren Anruf unter Telefon

Ein Beratungsbesuch ist erwünscht

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE
Außendienstbeauftragter
BAYERISCHE VERSICHERUNGSKAMMER Bayerischer Versicherungsverband

Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Juni 1980

1.–14. **Grado: XXVIII. Internationaler Fortbildungskongreß der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.**

2.–6. **London:** Weltkongreß für Kinderkardiologie. – Auskunft: Professor F. J. Macartney, The Hospitel for Sick Children, Great Ormond Street, London WC1N3JH.

4.–7. **Wien:** 21. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie. – Auskunft: Professor Dr. H. Denck, Alser Straße 4, A-1090 Wien.

4.–8. **Schönsee:** Fortbildungsverenstaltung der Deutschen Gesellscheft für Gesundheitsvorsorge. – Auskunft: Freu Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.

5.–7. **Krems:** Jehrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. – Auskunft: Dozent Dr. E. Reinold, Spitalgesse 23, A-1090 Wien.

6.–7. **Linz:** 15. Tegung der Österreichischen Röntgengesellschaft. – Auskunft: Professor Dr. G. Goffmann, Krankenhausstreße 9, A-4020 Linz.

6.–8. **Regensburg:** Tegung der Bayerischen Gesellscheft für Geburtshilfe und Freuenheilkunde. – Auskunft: Professor Dr. H. Graeff, Maistreße 11, 8000 München 2.

6.–19. **V. R. China:** Peking-Nenking-Shenghai-Kenton „Informationsreise für Anästhesisten". – Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 2671, 6000 Frenkfurt 1.

7. **Saarbrücken:** Klinisches Wochenende „Organisatorische Bewältigung einer regionalen Ketestrophe". – Auskunft: Ärztekemmer des Saarlandes, Postfech 23, 6600 Searbrücken.

7.–8. **Bad Neuheim:** 26. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. – Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Lendesärztekemmer Hessen, Cerl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.

7.–8. **Karlsruhe:** Ärztlicher Einführungskurs in „Computer Elektrokerdiographie". – Auskunft: Herzklinik Karlsruhe, Hertzstreße 15, 7500 Karlsruhe.

7.–21. **Sant' Angelo:** Internetioneler Seminerkongreß für ärztliche Fortbildung 1980. – Auskunft: Kongreßbüro des Berufsverbendes Deutscher Internisten, Adolfsellee 25, 6200 Wiesbeden.

8.–12. **Klappholttal/Syft:** Fortbildungsverensteltung der Deutschen Gesellscheft für Gesundheitsvorsorge. – Auskunft: Freu Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.

8.–13. **Hamburg:** XI. fnternationaler Kongreß für Gastroenterologie – gleichzeitig mit der 35. Tagung der Deutschen Geseltscheft für Verdeuungs- und Stoffwechselkrenkheiten. – Auskunft: Congress Project Menegement, G. Sachs, Letzter Hesenpfed 63, 6000 Frenkfurt 70.

9.–13. **Kopanhagen:** 2. Weltkongreß der Internationalen Forschungsgesellschaft für Lungenkrebs – fASLC –. – Auskunft: E. Friis, DIS Congress Service, 3, Kenbrostreede, DK-1210 Kopenhegen.

9.–13. **Prag:** 17. Kongreß der Europäischen Dielyse- und Transplent-Gesellschaft. – Auskunft: J. E. Purkyne, Czechoslovak Medical Society, Sokolovska 31, 12 026 Praha/CSSR.

9. 6.–4. 7. **München:** B-Kurs für Arbeitsmedizin. – Auskunft: Beyerische Akedemie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.

10.–13. **Aarhus:** Internationaler Kongreß für Verkehrsmedizin. – Auskunft: Professor Dr. J. Dalgeard, Petologisk Inst., Aarhus Universität, DK-8000 Aarhus C.

10.–13. **Nürnberg:** 34. Fechausstelfung für Ansteltsbedarf. – Auskunft: Nürnberger Messe- und Ausstellungsgesellscheft mbH, Messezentrum, 8500 Nürnberg 50.

12.–15. **Sefzburg:** Internationale Fortbildungstagung „Rediology Today". – Auskunft: Professor Dr. F. Heuck, Kriegsbergstreße 60, 7000 Stuttgart 1.

12.–17. **Heidefberg:** IV. Fortbildungstage für praktische Sexualmedizin. – Auskunft: Dr. V. Herms, Voßstraße 9, 6900 Heidelberg.

12.–21. **Rottech-Egern:** Ärztlicher Fortbildungskongreß mit kessenērztlichem Seminer. – Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kessenerztverbend, ADAC Reise GmbH, Freu V. Hölzer, Beumgertnerstraße 53, 8000 München 70.

13.–15. **Bad Reichenhall:** 13. Kolloquium der Bed Reichenhafer Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane. – Auskunft: Professor Dr. D. Nolte, Städtisches Krankenheus, 8230 Bad Reichenhell.

14. **Würzburg:** Fortbildungsverensteltung für prektische Ärzte, Internisten, Neurologen und Kinderärzte. – Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. W. Leydhecker, Josef-Schneider-Streße 11, 8700 Würzburg.

15.–17. **Bonn:** Jahrestagung des Berufsverbandes der Kinderārzte Deutschlends e. V. – Auskunft: Berufsverband der Kinderērzte Deutschlands e. V., Bergisch-Gladbacher Streße 735, 5000 Köln 80.

15.–19. **Stockholm:** 8. Internationaler Kongreß über Alkohol, Drogen und Verkehrssicherheit. – Auskunft: Conf. on Alcohol, Drugs & Traffic-Sefety, T 80, P. O. Box 5071, Karlevaegen 58, S-102 42 Stockholm.

16.–19. **Lübeck:** Informationstagung „Methoden zur Gesundheitserziehung". – Auskunft: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e. V., Simrockellee 12, 5300 Bonn 2.

16.–19. **Jerusafem:** 1. Asiatisch-Pazifisches Symposion für Herz-Schrittmacher. – Auskunft: First Asian-Pacific Symposion on Cardiac Pacing, P. O. Box 16 271, Tel Aviv, Israel.

16.–21. **tsny-Neutreuchburg:** Wochenkurs „Physikalische Therapie". – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für manuelle Medizin, Dr. Karl-Sell-Ärzteseminar, Argentalklinik, 7972 Isny-Neutrauchburg.

18. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung „Fertilitätsstörungen beim Manne". – Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.

18. **Fürth:** Fortbildungsveranstaltung „Diagnose und Therapie degenerativer Gelenkerkrankungen". – Auskunft: Dr. J. Mertens, Brendenburger Straße 11, 8510 Fürth.

20.–21. **Freiburg:** 3. Deutscher Hausärzteteg BPA-Bundestagung. – Auskunft: Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands (BPA) e. V., Belfortstraße 9/IX, 5000 Köln 1.

20.–22. **Freiburg:** 14. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. – Auskunft: Dr. H. Hamm, Alter Postweg 20, 2100 Hamburg 90.

21. **München:** Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit. – Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

21. **München:** Fortbildungsveranstaltung „Infertilität des Mannes – Aufgaben und Probleme der Urologie". – Auskunft: Dr. H.-E. Mellin, Merchioninistreße 15, 8000 München 70.

22. **Bed Münstereifef:** Fortbildungsverenstaltung der Deutschen Gesellscheft für Gesundheitsvorsorge. – Auskunft: Frau Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.

22.–26. **Peris:** 8. Europäischer Kongreß für Kardiologie. – Auskunft: Congres de Cardiologie PMV, B. P. 246, F-92 205 Neuilly-Sur-Seine.

23.–27. **Berlin:** Arbeitsmedizinisches Seminar. – Auskunft: Akedemie für Arbeitsmedizin, Soorstreße 84, 1000 Berlin 19.

23.–27. **Winnipeg:** Weltkongreß Rehabilitation Internetional. – Auskunft: 1980 World Congress c/o Cenadian Rehabilitation Council for the Disabled, P. O. Box 1980, Winnipeg, Manitobe, Kanada R3C 3R3.

24.–27. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz. – Auskunft: Kurssekreteriat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Lendstreße 1, 8042 Neuherberg.

25.–28. **Berlin:** 24. Symposion der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. – Auskunft: Professor Dr. J. Hammerstein, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45.

27.–29. **Erlangen:** EKG-Kurs für Fortgeschrittene. – Auskunft: Dr. B. Pufe, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen.

29. 6.–3. 7. **Berlin:** Weltkongreß für Lebensmittelinfektionen und -intoxiketionen. – Auskunft: Institute of Veterinery Medicine – Robert von Ostertag-Institute, Thielallee 88–92, 1000 Berlin 33.

29. 6.–5. 7. **Mexico-City:** 22. Kongreß des Internationalen Kollegiums der Chirurgen. – Auskunft: XXIt. Internat. Biennial Congress Internet. College of Surgeons, P. O. Box 7-1505, Mexico 7, D. F. Mexico.

30. 6.–3. 7. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstreße 1, 8042 Neuherberg.

30. 6.–11. 7. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. – Auskunft: Akedemie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.

30. 6.–12. 7. **tsny-Neutrauchburg:** II. Kurs der Deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für manuelle Medizin, Dr. Karl-Sell-Ärzteseminar, Argentalklinik, 7972 Isny-Neutrauchburg.

„Bayerisches Ärzteblatt", Inhaber, Hereusgebar und Verieger: Bayarische 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 – varantwortlich für den Inhait: Rita Horn. Gemainsame Anschrift: Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Beyerische Akademie für ärztliche Fortbildung".

Leserbriefe steilen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Des Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreis monatlich DM 5,– einschließlich Postzeitungsgabühr und 6½ % = DM 0,33 Mahrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52 - 802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Beyerischas Ärzteblatt"). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Veriag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 77 - 1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammedresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisetzke.

Druck: Druckerei und Verieg Hans Zeuner jr., Augsburger Straße 9, 8060 Decheu.

Alle Rechte, insbesondere das Racht der Verbraitung, Vervielfältigung und Mikrofotografia sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alla veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugswaisa, nur mit Genehmigung des Veriags. Rücksendung nicht verlangter Menuskripte erfolgt nur, wenn vorbereitater Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird des Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteiiige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OBERFRANKEN UND MITTELFRANKEN

Wir suchen für unsere
Klinik Frankenwarte in 8635 Bad Steben/Frankenwald eine(n)

Stationsärztin/-arzt

ab sofort oder nach Vereinbarung.

Die Vergütung erfolgt nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist die 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 Erkrankungsarten des rheumatischen Formenkreises und einer Stoffwechselkrankheiten.

Modernste Einrichtungen wie diagnostische Abteilung mit klinisch-chemischem und physikalischem Labor, Herz-Kreislauf-Labor und Röntgenabteilung einschließlich Fernsehen und Angiographien stehen zur Verfügung.

Wir bieten:

- Gute Aufstiegsmöglichkeiten,
- Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der Richtlinien,
- angenehme Appartements oder Familienwohnungen, Schwimmbad und Sauna im Haus,
- preiswerte Voll- oder Teilverpflegung,
- Umzugskosten, Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung,
- 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. Höhere Schulen in der nahegelegenen Stadt Naila und in der Kreisstadt Hof.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse) richten Sie bitte an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Personalreferat, Wittelsbacherring 11, 8580 Bayreuth oder direkt an den **Chefarzt Leitenden Medizinaldirektor Dr. Presch, Klinik Frankenwarte, 8675 Bad Steben, Telefon (0 92 88) 10 57.**

Der Landkreis Dingolfing-Landau a. d. Isar

sucht ab sofort eine(n) **deutsche(n) Arzt (Ärztin) für Chirurgie.**
Der (die) Bewerber(in) soll als

▶ Oberarzt (-ärztin) ◀

in der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar tätig und in der Lage sein, den Chefarzt zu vertreten.

Das Kreiskrankenhaus Landau a. d. Isar wurde am 10. 2. 1979 in Betrieb genommen und ist zum BG-Heilverfahren zugelassen (Voraussetzung ist die Anerkennung zur Führung der Teilgebietsbezeichnung Unfallchirurgie).

Das nach modernsten Gesichtspunkten erbaute Kreiskrankenhaus Landau a. d. Isar umfaßt folgende operative Abteilungen: Chirurgie, Geburtshilfe-Gynäkologie, HNO und Augen, sowie eine interdisziplinäre Intensivstation.

- Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht nach Tarif
- RBD-Vergütung
- CA-Nebeneinnahmen sowie den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen

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

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend erbeten an

Verwaltung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar, Bayerwaldring 17, 8380 Landau a. d. Isar.

Die **Orthopädischen Versorgungsstellen**

München,
Lothstraße 64, 8000 München 2

und

Würzburg,
Georg-Eydel-Straße 13, 8700 Würzburg 2

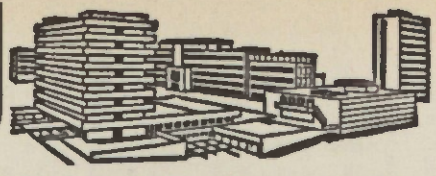
suchen zum elsbaldigen Eintritt

Ärzte

als Sachgebietsleiter in der orthopädischen Versorgung der Kriegsbeschädigten und -hinterbliebenen. Orthopäden, Chirurgen und chirurgisch-orthopädisch weitergebildete Ärzte sind willkommen. Einarbeitung in des spezielle Aufgabengebiet wird geboten.

Eine Einstellung könnte im Angestelltenverhältnis (Bundes-Angestelltentarifvertreg) oder gegebenenfalls im Beemtenverhältnis erfolgen. Geboten werden die üblichen Leistungen des öffentlichen Dienstes (Freistaet Bayern); Nebentätigkeitswünschen kenn im Rahmen der Nebentätigkeitsverordnung entsprochen werden.

Rückfregen und Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (u. e. Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisabschriften) werden erbeten an den jeweiligen **Leiter der Orthopädischen Versorgungsstelle** (Ltd. Arzt).



Die **Stadt Fürth** sucht für des **Stadtkrenkenheus** (818 Betten, Akademisches Lehrkrenkenhaus) zum frühestmöglichen Zeitpunkt einen

stationsführenden Oberarzt

für die Chirurgische Klinik II (Unfallchirurgie).

Der Bewerber sollte Arzt für Chirurgie sein oder kurz vor der Arztanerkennung stehen.

Die unfallchirurgische Klinik verfügt über 92 Betten und ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen. Ermächtigung zur Weiterbildung in der Unfallchirurgie ist vorhanden.

Das Aufgebengebiet umfeßt: Operative und konservative Traumetologie, wiederhersteiiende Operationen em Bewegungsapparet, TEP, große Unfellambulenz und Durchgangserztverfahren.

Der Bereitschaftsdienst wird gemeinsam mit der Klinik für Allgemeinchirurgie geleistet.

Geboten werden: VerGr. I b BAT, Bereitscheftsdienstvergütung, Beteiligung am Ärztepool.

Bewerbungen werden bis 30. Mai 1980 erbeten en MedDir. Dr. Reithmann, Chefarzt der Chirurgischen Klinik II, Stadtkrankenhaus Fürth, Postfach 530, 8510 Fürth.

Die **Stadt Bayreuth** sucht für die Strehlendiagnostische Abteilung (Leitender Abteilungsarzt Dr. Keulmann) des Radiologischen Instituts ihrer Krankenanstalten zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine

Radioiogieassistentin

Erfahrung auch auf dem Gebiet der radiologischen Sonderuntersuchungen ist erwünscht, aber nicht Bedingung; eine Einarbeitung ist möglich. Die Eingruppierung in die VergGr. VII bis Vb BAT richtet sich nach den nachgewiesenen beruflichen Erfahrungen. Bereitschaltsdienstvergütung wird nach Stufe C gezahlt. Daneben werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen gewährt.

Die Festspielstadt Bayreuth (70 000 Einwohner) liegt in landschaftlich schönster Lage zwischen Fichtelgebirge und Fränkischer Schweiz in Oberfranken. Sämtliche weiterführenden Schulen und eine neue Universität sind em Ort. Ein regsames kulturelles Leben, sehr gute Sportanlegen und Wintersportmöglichkeiten sowie ein umfangreiches Bildungsangebot bestimmen den hohen Freizeitwert der Stadt.

Bewerbungen mit eigenhändig geschriebenem Lebensiauf, Zeugnissen und Unterlagen über die bisherige Tätigkeit werden erbeten an: **Stadt Beyreuth — Personalamt —, Poetfach 28 40, 8580 Bayreuth.**

Für unsere staatlich anerkannte Kurklinik (Rheumeklinik — 125 Betten) suchen wir baldmöglichst

Ärztin oder Arzt

zur ganztägigen Mitarbeit. 3-Zimmer-Wohnung kann gestellt werden. Vergütung nach BAT bzw. freier Vereinbarung.

Bewerbungen erbeten an die
Kurklinik Ghereburg, Inheber J. Strobel
8202 Bad Aibling, Telefon (0 80 61) 6 82

Für eine Fachklinik für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer suchen wir zum nächstmöglichen Termin einen

Arzt für Psychiatrie/Neuroiogie

oder

Arzt für Innere Medizin

für leitende Funktionen.

Wir erwarten von einem zukünftigen Mitarbeiter aktives Interesse en interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den enderen in der Klinik vertretenen Berufsgruppen. Die gemeinsame Durchführung einer einheitlichen, wissenschaftlich begründeten Therapiekonzeption sollte über standespolitischen Argumenten stehen. Erfahrung im Umgang mit Abhängigkeitskrenken würde die Arbeit erleichtern, Interesse en Verhaltenstherapie setzen wir voraus.

Ärzte mit Interesse an der Bearbeitung wissenschaftlicher Fragesteiiungen im Bereich der Therapieforschung können mit unserer Unterstützung rechnen.

Entsprechend der verantwortungsvollen Tätigkeit liegt die Vergütung weit über tarifiichen Regelungen.

Weitere Einzelheiten, die für die zukünftige Zusammenarbeit wichtig sind, sollten in einem persönlichen Gespräch geklärt werden.

Anfragen und Bewerbungen werden erbeten an

I F T
Gemeinnütziges Institut für Therapieforschung
z. H. Herrn Weiter Koester
Parzivalstraße 25, 8000 München 40

Wir suchen für unser 600 Betten Sporthotel, Kur- und Kongreßzentrum in Bad Lauterberg/Südharz einen

Badearzt

möglichst mit internistischer Vorbiidung (jedoch nicht Bedingung).

Wir bieten beste Voraussetzungen für eine große Praxis in unserem Hause. Moderne, voll eingerichtete Räume stehen zur Verfügung. Ärztliche Praxis für kosmetische Chirurgie befindet eich bereits im Hause.

SEELA-BETRIEBE — Heuptverweltung
Messeweg 41, 3300 Brsunechweig
Telefon (05 31) 37 10 91 (Frau Otte)

CEDIP

Der leistungsstarke Partner des Arztes. Ihr ORG-Spezialist.

- Praxiseinrichtungen
- Praxisrenovierungen
- Patientenkarteiführung
- Praxisbedarf
- Med.-wissenschaftl. Literatur
- Sonderprogramme

Ingolstädter Str. 172 · 8000 München 46
Tel. (089) 31 61 71 · Tag + Nacht BÄ s

Privatnervenklinik Gauting

bei München

● Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütsleiden, Psychotherapie. Alle Kassen. Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt
Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 8 50 60 51
wochentags euch Teiefon (0 89) 53 20 02

Für eine **Fachklinik für Abhängigkeitskranke** suchen wir zum nächstmöglichen Termin

Assistenzärzte/-ärztinnen

Die Fachklinik führt Entwöhnungsbehandlungen von alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen und Männern durch. Das verhaltenstherapeutische Breitbandprogramm wurde von uns entwickelt und wird wissenschaftlich kontrolliert. Im therapeutischen Team arbeiten Ärzte, Beschäftigungstherapeuten, Diplom-Psychologen, Gruppentherapeuten, Sozialarbeiter und Sporttherapeuten zusammen nach der gemeinsamen Konzeption.

Zur Ausstattung der Klinik gehören u. a. Labor, Röntgen, EKG, Phonokardiographie, Ergometrie und Endoskopie sowie die räumlichen und technischen Einrichtungen für Einzel- und Gruppentherapie.

Ärzten, die für unkonventionelle Gedanken offen sind und Interesse an Psychosomatik und Verhaltenstherapie haben, können wir einen interessanten Arbeitsbereich anbieten.

Geboten werden Fortbildung in Verhaltenstherapie, übertarifliche Vergütung, übliche Sozialleistungen, Bereitschaftsdienstvergütung, Umzugskostenerstattung, Hilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Anfragen und Bewerbungen richten Sie bitte an:

I F T
Gemeinnütziges Institut für Therapieforschung
z. H. Herrn Walter Koester
Parzivalstraße 25, 8000 München 40

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

Assistenzarzt oder -ärztin

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

Das Krankenhaus ist sehr gut ausgestattet und verfügt über alle modernen Einrichtungen für Diagnostik und Patientenüberwachung. Der leitende Arzt ist zu fünf Jahren interner Weiterbildung ermächtigt.

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

Anfragen und Bewerbungen richten Sie bitte an **Leitenden Arzt Dr. Herbert Hohenberger, Kreiskrankenhaus, Postfach 146, 8592 Wunsiedel 1, Telefon (0 92 32) 35 77** oder **Landratsamt, 8592 Wunsiedel 1.**

LANDKREIS Nürnberger Land

Der **Landkreis Nürnberger Land** sucht für das **Kreiskrankenhaus Lauf a. d. Pegnitz**

Leitenden Anästhesisten (Anästhesistin)

Das Kreiskrankenhaus Lauf hat hauptamtlich geleitete Abteilungen für Innere Krankheiten und für Chirurgie. Belegabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie HNO. Das Haus verfügt insgesamt über 168 Betten; davon entfallen sechs Betten auf die Intensivpflegeeinheit. Die Anstellungsbedingungen werden vertraglich geregelt. Liquidationsmöglichkeiten bestehen.
Lauf liegt in günstiger Verkehrslage, die Umgebung ist landschaftlich sehr reizvoll.
Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Landratsamt Nürnberger Land — Personalverwaltung — in 8560 Lauf a. d. Pegnitz**

Der Landkreis Straubing-Bogen (Niederbayern) sucht für das Kreiskrankenhaus Mallersdorf (200 Betten) zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Assistenzarzt

für die Urologische Abteilung (24 Betten).

Das Kreiskrankenhaus Mallersdorf ist völlig neu erbaut. Seit Februar 1975 in Betrieb, mit fünf Fachabteilungen bestens ausgestattet. Modernst eingerichteter Resektionsraum, wie Operationsräume stehen zur Verfügung. Jährlich eine große Zahl von urologischen Operationen. Mitarbeit in der Ambulanz ist gegeben.

Wir bieten tarifgemäße Vergütung (einschließlich Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst), preisgünstige Teil- bzw. Vollverpflegung, Unterbringungsmöglichkeiten im modernen Appartement des Personalwohnheimes, Mithilfe bei der Wohnungssuche.

Der aufstrebende Markt Mallersdorf-Pfaffenberg — Gymnasium am Ort — liegt verkehrsgünstig zwischen der Universitätsstadt Regensburg und den Städten Straubing und Landshut, 100 km nordöstlich von München.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen oder Rückfragen direkt bei **Herrn Chefarzt Dr. med. I.V. Albescu, 8304 Mallersdorf,** Kreiskrankenhaus, Telefon (0 87 72) 7 11 oder (0 87 74) 3 43.

In der **Gemeinde Dittelbrunn** (6500 Einwohner), Gemeindeteil Dittelbrunn, ist eine

Allgemeinarzt-Praxis

zu besetzen.

Praxisräume stehen in einem zu errichtenden Ärztehaus zur Verfügung.

Dittelbrunn liegt im nördlichen Teil des Landkreises Schweinfurt, ca. 3 km von Schweinfurt und ca. 20 km von Bad Kissingen entfernt.

Nähere Informationen sind bei der **Gemeindeverwaltung, Am Schleifweg 1, 8721 Dittelbrunn, Telefon (0 97 21) 4 10 44,** zu erhalten.

Bayerischer Wald
In größerer Kreisstadt (sehr großes Hinterland, gute Infrastruktur, hoher Freizeitwert, alle Schulen), sind in traditionsreichem Apothekenhaus, in bester zentraler Lage

Praxisräume (I. Obergeschoß, 240 qm, teilbar)

zu äußerst günstigen Bedingungen zu vermieten.
Im Zuge der Totalrenovierung wurde das Haus den heutigen Anforderungen vollständig angepaßt. Die Räume sind bezugsfertig, jedoch könnte eine individuelle Aufteilung der Praxis nach Ihren Wünschen noch erfolgen.
Bedarf besteht insbesondere für Praktiker, HNO, Orthopäden, Urologen und Dermatologen.
Anfragen unter Chiffre 2064/153.

Wir vermieten in unserem modernen Büro-, Geschäfts- und Wohnhaus, Maximilianstraße 35—37, Hunoldsgraben 30—34, Augsburg

Büro- und Praxisräume

Deutsche Krankenversicherung AG
Abteilung Vermögensverwaltung
Aachener Straße, 5000 Köln 41, Tefefon (02 21) 5 78 33 98

Praxisräume

(106 qm) für Augenarzt in unterfränkischer Kreisstadt baldigst zu vermieten. Späterer Kauf nicht ausgeschlossen. Die Augenpraxis ist von der KV ausgeschrieben. Im Hause befinden sich noch verschiedene Arztpraxen anderer Fachrichtungen.

Eilanfragen unter Chiffre 2064/147.

Zurück zur Döderlein-Flora

inimur®

● trichomonazid ● antimykotisch ● antibakteriell

Überzeugende Therapieerfolge

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

durch breites Wirkspektrum

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

[1] Heise, H. Wien.med. Wschr. 121, 46, B32 (1971); [2] Brendl, E. et. al.: Urologe B, 15, 2, 60 (1975); [3] Niendorf, F. Therapiewoche 23, 4, 288, (1973); [4] Brandl, E. Therapiewoche 28, 7251 (1978); [5] Motta, M. et. al.: Boll. Soc. med. chir. Catanie 35, 345 (1967)

Woelm Pharma GmbH & Co. Eschwege

Indikationen: Entzündungen des äußeren weiblichen Genitale. Gleichartige Infektionen der ableitenden Harnwege bei Mann und Frau. Durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien einschließlich aller Mischformen. Gleichartige Infektionen der ableitenden Harnwege bei Mann und Frau. Durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien bedingte Entzündungen des Penis und Präputium. **Kontraindikationen und Hinweise:** Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt. Während der oralen Behandlung ist, wie bei allen Nitrofuran-Derivaten, Alkohol zu meiden. Bei einer bestehenden Schwangerschaft können inimur-Vaginalstäbchen und inimur-Salbe verordnet werden. Eine orale Anwendung von inimur bei bestehender Grevidität, insbesondere im ersten Trimenon, wird im Sinne der heute anerkannten Richtlinien nicht empfohlen. inimur ist nicht vorgesehen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten. **Handelsformen und Preise*:** 21 Dragees AVP m. MwSt. DM 21,75; 10 Vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 14,10; Kombipackung mit 21 Dragees, 10 Vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 31,95; 50 ml Salbe AVP m. MwSt. DM 23,90. *Stand Jan. 80

ratiopharm

Zerebrale Durchblutungs-störungen

OP 20 Retard-Tabl. DM 25,30
OP 50 Retard-Tabl. DM 49,45
OP 100 Retard-Tabl. DM 89,85

	morgens	abends
Normaldosis	◐	◐
Langzeitbeh.	◐	–

Zusammensetzung: 1 Retard-Tabl. enthält Vincamin 30 mg mit verzögerter Wirkstoff-Freisetzung. **Dosierung:** 2 x tägl. 1 Retard-Tabl. **Indikation:** Mangeldurchblutung des Gehirns. Zerebrale Durchblutungsstörungen im Gefolge psychischer und neurologischer Symptome. Chronische zerebrale Durchblutungsstörungen unterschiedlicher Genese. **Kontraindikation:** Hirntumoren und Erkrankungen mit intrakraniellem Drucksteigerung. Schwangerschaft.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1156, 7902 Blaubeuren 1/80

ratiopharm

mit dokumentierter ratiopharm Arzneimittel Bioäquivalenz

Rheumatismus

OP 20 Manteltabl. DM 6,50
OP 100 Manteltabl. DM 29,90
OP 10 Suppos. DM 13,90
OP 50 Suppos. DM 57,60

	morgens	mittags	abends
Manteltabl.	● ●	● ●	● ●
Zäpfchen	–	–	▬

Zusammensetzung: 1 Manteltabl. enthält Indometacin 25 mg, Aluminium-Glycinat 200 mg. 1 Suppos. enthält Indometacin 100 mg. **Dosierung:** Manteltabl.: Initialdosis: 2 x tägl. 1–2 Manteltabl. Erhaltungsdosis 3 x tägl. 1–2 Manteltabl. Maximaldosis (nur vorübergehend): 4 x tägl. 2 Manteltabl. Suppos.: 1 Zäpfchen abends vor dem Schlafengehen einführen. **Indikation:** entzündliche, rheumatische und degenerative Erkrankungen von Muskeln, Gelenken, Gelenkkapseln, Sehnen, Sehnenscheiden sowie der Wirbelsäule und bei Gicht. **Kontraindikation:** Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, auch in der Anamnese. Bekannte Überempfindlichkeit gegen Indometacin oder Salicylsäure und deren Derivate. Schwangerschaft und Kindheit bis zum 14. Lebensjahr. Schwere psychiatrische Erkrankungen, schwere Leber- und Nierenerkrankungen.

ratiopharm GmbH, Arzneimittel, Postfach 1156, 7902 Blaubeuren 2/80

ratiopharm

Bakterielle Infektionen

OP 10 Tabletten DM 8,00
OP 20 Tabletten DM 15,15

	morgens	abends
Normaldosis	▬	▬
Maximaldosis	▬ ▬	▬ ▬
Langzeitbeh.	–	▬

mit dokumentierter ratiopharm Arzneimittel Bioverfügbarkeit

Zusammensetzung: 1 Tabl. Trim forte-ratiopharm enthält 2,4-diamino-5-(3,4,5-trimethoxy-benzyl)-pyrimidin (= Trimethoprim) 160 mg + N¹-(5-Methyl-3-isoxazolyl)-sulfanilamid (= Sulfamethoxazol) 800 mg = 960 mg Co-Trimoxazol. **Dosierung:** Trim forte-ratiopharm Tabl. Erw. und Kdr. über 12 J. 2 x tägl. 1 Tabl., in schweren Fällen anfangs tägl. 1½ Tabl. **Indikation:** bakterielle Erkrankungen mit empfindlichen Erregern. **Kontraindikation:** bekannte Überempfindlichkeit, Bluterkrankungen, schwere Leber- u. Nierenerkrankungen, Schwangerschaft u. Stillzeit, Früh- u. Neugeborene. Gleichzeitige Gabe von Hexamethylentetramin.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1156, 7902 Blaubeuren 1/80