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

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

Leitsymptom: Angst — Unruhe — Erregung

Der Notfall: Das Alkoholdelir

beerbeitet von Dr. M. Karst und Dr. G. Engelmann

Symptomatik:

Psychisch: Leichte Bewußtseinsstörung mit zeitlicher und örtlicher Desorientiertheit. Halluzinationen, vorwiegend optischer Art und mehr szenenhaft (Vielheit und Bewegtheit der Erscheinungen wie krabbelnde Tiere, sich bewegende Fäden, wallende Nebelschleier, Kommen und Gehen vieler Personen). Ängstlich-ratlose Grundstimmung. Psychomotorische Unruhe mit Herumsuchen und -kramen, Nestelbewegungen, Beschäftigungsdrang

Neurologisch: Grobschlägiger, mehr rhythmischer, bei intendierten Bewegungen zunehmender Tremor. — **Intermedizinisch:** Gesichtsrötung. Profuse Schweißeusbrüche, erhöhte Temperaturen. Techykardie. Meist auch multiple, flächenhafte Hämatome an Armen und Beinen durch alkoholtoxische Blutungsneigung. Lebervergrößerung.

Anamnese:

Einsetzen des Delirs meist nach jahrelangem erheblichen Alkoholmißbrauch (Befragung von Angehörigen) bei plötzlicher Reduzierung oder Unterbrechung der gewohnten Alkoholaufnahme, z. B. durch ein Trauma oder eine interkurrente Erkrankung mit Bettlägerigkeit, auch bei Umgebungswechsel (z. B. Urlaubsreise). — Schon Tage und Wochen vor Ausbruch des Delirs nächtliche Schlafstörungen mit ängstlich besetzten Träumen, zunehmender Unruhe, die als Nervosität oder Überarbeitung fehlgedeutet wird. Anhaltender Appetitmangel, morgendliche Übelkeit und Erbrechen. Vermehrte Reizberkeit. — Nicht selten leiten einzelne epileptische Anfälle das Delir ein.

Sofortdiagnostik:

Prüfung der zeitlichen und räumlichen Orientierung. Sofern nicht schon spontan angegeben, Fragen nach optischen, szenenheften Halluzinetionen bzw. Verkennung der Situetion. — Fahnden nech allgemeinen alkoholtoxischen Erscheinungen wie Rötung von Mund- und Rechenschleimheut mit grau-weißlich belegter Zunge els Ausdruck der begleitenden gastrointestinelen Schädigung, Spider naevi und Lebervergrößerung els Folge der alkoholbedingten Leberparenchymschädigung. — Beachtung von Pulsfrequenz, Blutdruck und Körpertemperatur

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

In weniger schweren Fällen ist zunächst der Versuch einer oralen Behendlung mit *Distreneurin* vertretbar, initial 2 bis 3 Kapseln, dann weiter elle 2 bis 3 Stunden je 2 Kapseln.

Beim voll ausgeprägten Delir, besonders bei stärkerer psychomotorischer Unruhe und Ängstlichkeit, können je nach Grad der Unruhe 2 bis 5 Ampullen (= 10 bis 25 mg) *Haldol* lengsem i. v. injiziert werden, bei Tachykardie ergänzt durch 1 Ampulle (= 0,2 mg) *Lanitop*.

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

Beim Alkoholdelir handelt es sich um eine vital bedrohliche organische Psychose, die vor allem durch die anhaltende psychomotorische Unruhe und die ausgeprägte vegetative Entgleisung zu einer außerordentlichen Kreislaufbelastung führt. Auch ist die sich manchmal bis zu hochgradiger Erregtheit steigernde psychomotorische Unruhe mit Bettflüchtigkeit und dranghaftem Umherlaufen ambulant kaum zu beherrschen. Schließlich ist sowohl zu Beginn wie auch im weiteren Verlauf des Delirs mit der Möglichkeit einzelner generalisierter zerebraler Kramptanfälle zu rechnen. Deshalb sollte bereits bei dem noch nicht voll ausgeprägten Delir, dem sogenannten Prädelir, in jedem Fall aber beim manitesten Delir, die möglichst umgehende Einweisung auf eine neurologisch-psychiatrische Krankenhausabteilung veranlaßt werden.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Das voll ausgeprägte Delir ist eine lebensbedrohliche Erkrenkung. Deshalb muß die dringend notwendige stationäre Behendlung von Amts wegen angeordnet werden, wenn die treiwillige stationäre Behandlung verweigert wird. In *Beyern* kann die Behandlung einmal über die Einrichtung einer Pflegschatt zur Bestimmung des Autenthaltsortes erfolgen. Dazu beentregen die Angehörigen unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung beim zuständigen Amtsgericht die Einrichtung der Pflegschatt. Aus der Bescheinigung müssen Diagnose, Art und Schwere der Gefährdung und die Notwendigkeit der stationären Behandlung zweifelsfrei ersichtlich sein. Außerdem ist eut den Hinweis zu achten, daß eine sinnvolle Verständigung mit dem Kranken über die Notwendigkeit der Maßnahme nicht mehr möglich ist. – In dringenden und eiligen Fällen kenn die Einweisung auch nach dem Verwahrungsgesetz erfolgen. Dabei wird die stationäre Behandlung, in der Regel eut der geschlossenen Abteilung des zuständigen Bezirkskrenkenhauses, vom Ordnungsamt verfügt, wiederum unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses über die Diagnose und die Art der Gefährdung (Gemein- oder Selbstgefährdung des Kranken oder der ötfentlichen Sicherheit und Ordnung).

Differential-diagnostische und andere Erörterungen:

Unter den deliranten Syndromen ist das Alkoholdelir das häufigste. Es tolgen die Entzugsdelire bei chronischem Medikamentenabusus. Sie unterscheiden sich im psychopethologischen Bild kaum vom Alkoholdelir, können eber im ganzen schwerer verlauten. Auch kommen epileptische Antälle dabei etwas häufiger vor. Außerdem fehlen die Zeichen der allgemeinen elkoholtoxischen Schädigung. – Differentialdiegnostische Schwierigkeiten beim Alkoholdelir können auftreten, wenn im psychopathologischen Bild paranold-halluzinatorische Erscheinungen wie etwa Stimmenhören, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen im Vordergrund stehen. Eine Abgrenzung gegen eine akute Psychose aus dem Formenkreis der Schizophrenie ist hier durch die Alkoholvorgeschichte mögtich, meist auch durch den Nachweis sonstiger Zeichen der alkoholtoxischen Schädigung im klinischen Befund. Außerdem haben die paranoid-helluzinatorischen Phänomene der organischen Psychose in der Regel nur episodischen Charekter, d. h., sie dauern nur Stunden oder wenige Tege.

Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Juni 1980

Zur Kenntnis genommen:

„Es wer in Schöneberg, im Monet Mei ...", so singt man in fröhlichen Stunden in und um Berlin. Auch der Deutsche Ärztetag, der im Mai in Berlin tagte, spürte ein bisserl vom unvergänglichen Flair Berlins, obwohl man im neuen Kongreßzentrum – offiziell ICC, im Volksmund „Panzerkreuzer Protzki" genennt – wenig davon merkt.

Das Programm war umfangreich. Den Delegierten lag zur Beratung das sogenannte „Blaue Papier" vor, ein Entwurf der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzte. Nachdem sich die Gewitterstimmung des ersten Vormittags gelegt hatte, ging men intensiv en die Arbeit und – trotz unzähliger Diskussionsredner und gut 100 Änderungsenträgen – es wurde geschafft. Des Grundsatzpapier ist verabschiedet. Viele seiner Aussegen sind unumstritten und ohne Brisanz, einige werden sicherlich unterschiedlich ausgelegt. Des gilt vor allem für die von den einen gewünschte, den anderen ebgelehnte Pflichtweiterbildung mit dem Ziel, nur noch anerkannten „Ärzten für Allgemeinmedizin" die allgemeinärztliche Tätigkeit schlechthin oder zumindest als Kassenerzt zu gestatten. Das wäre in der Konsequenz eine Aufhebung oder zumindest – bezogen auf die Kassenpraxis – eine Einschränkung der Approbation.

In Presse, Rundfunk und Fernsehen wurde nehezu ausschließlich über die Aussagen zur Selbstbeteiligung der Versicherten der gesetzlichen Krenkenversicherung en den Kosten ihrer Behandlung berichtet. Eine große Mehrheit wer für eine solche Selbstbeteiligung, ohne daß konkret dergelegt wurde, wie sie im einzelnen aussehen soll. Es wurde aber kein Bereich ausgeklammert. Bei der Inanspruchnehme des Kassenarztes soll sie – so des Papier und viele Diskussionsredner – den „Gang zum Arzt" nicht behindern, aber endererseits doch bewirken, daß gesundheitsbewußter gelebt und nicht bei jedem Wehwehchen gleich die Klinke zur Arztpraxis gedrückt wird. Man war natürlich auch strikt dagegen, daß eine etwaige Kostenbeteiligung am Honorar des Kassenarztes von diesem selbst eingehoben werden müßte. Als eufmerksemer Zuhörer und wissend, was diejenigen ärztlich tun, welche besonders nachdrücklich für die Selbstbeteiligung eintreten, fiel einem auf, daß darunter recht viele waren, die selbst keine Kassenärzte sind, davon also euch nicht betroffen sein würden. Erstaunt war man, als der Feststellung nicht widersprochen wurde, dieses Kapitel sei vom Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung „abgesegnet" worden.

Die Reaktionen in der Öffentlichkeit waren durchwegs negativ. Auch Sprecher der Parteien haben scharf abgelehnt oder zumindest deutlich gemacht, daß in dieser Richtung bei ihnen nichts läuft. Das war allerdings schon vorher bekennt. Auch im Programm der CDU wird die Selbstbeteiligung en den Kosten der ärztlichen Behandlung ebgelehnt. Die Mehrheiten in unseren Gremien weren dennoch nicht zu bremsen. Nachdem diese Seite nicht ausreicht, das Thema erschöpfend zu behendeln, werde ich in einem eigenen Artikel – Seite 614 dieses Heftes – zu diesen Fragen Stellung nehmen.

Über die ärztliche Ausbildung wurde lebheft diskutiert. Es het sich doch weitgehend die Erkenntnis durchgesetzt, daß nicht die Approbationsordnung, sondern die unverantwortlich hohe Studentenzahl schuld ist an unserer Ausbildungsmisere. Eine vorgeschriebene praktische Tätigkeit nach Abschluß des Universitätsstudiums wird allgemein für nötig gehalten. Es scheint jetzt euch klar geworden zu sein, deß sich „Pflichtassistentenzeit" oder „Referenderzeit" nur dem Namen nech unterscheiden. Beide sind nämlich ein letzter Abschnitt der Ausbildung mit der Folge, daß die Approbation els Arzt erst nach Abschluß dieser Zeit erteilt werden kenn. Leider wurde noch zu wenig über die Auswirkungen nachgedacht: Eine Pflichtessistenten- (oder Referendar-) Zeit von zwei Jahren erfordert – wenn in Kürze die dicken Jahrgänge mit runden zwölftausend Studenten kommen – die Bereitstellung von vierundzwanzigteusend Ausbildungsplätzen en den deutschen Krenkenenstalten.

Nachdem diesen jungen Kollegen ja schließlich eine Arbeitschance (praktische Ausbildung!) angeboten werden muß, scheinen mir Auswirkungen euf die Zahl der Pienstellen für Assistenten unausbleiblich. Daß „Auszubildende" keine Tarifgehälter erwarten dürfen, liegt wohl euf der Hand. Aber, wer bezahlt ihnen dann wenigstens eine Ausbildungsbeihilfe? Vielleicht ist es doch interessant für uns: Die Vereinigten Staaten mit runden 250 Millionen Einwohnern graduieren jährlich 8000 Neuärzte. Wir leisten uns mit runden 60 Millionen – elso weniger els einem Viertel – Einwohnern heute bereits in etwe die gleiche Zahl, in Bälde runde 12 000.

Zum Abschluß noch eine erfreuliche Nachricht: Seit rund zehn Jahren kennen wir die Bezeichnung „Arzt für ..." und wir haben vor allem die längst populären Kurzbezeichnungen offiziell eingeführt. Erstmals 1972 und seither wiederholt bestätigt, wurde die Bezeichnung „Facharzt" ebgeschafft. Dem Deutschen Ärztetag in Berlin lag erneut ein Antrag vor, die Bezeichnung „Facherzt" wieder einzuführen. Nach Darlegung der zehnjährigen Entwicklung zogen die Antragsteller ihren Antrag zurück. Niemand het dem widersprochen. Also, liebe Kolleginnen und Kollegen, die Sie noch die überholte Bezeichnung „Fecharzt" euf Ihrem Schild haben: geben Sie sich freiwillig einen Stoß! Verwenden Sie die längst populäre Kurzbezeichnung. Dann werden Sie von Ihren Patienten em besten verstanden.

Professor Dr. Sewering

Psychovegetative Störungen *

Diegnostik und therepeutische Situationen in der Sprechstunde

Professor Dr. H. H. W i e c k †

Direktor der Nervenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Die *große praktische Bedeutung* der psychovegetativen Allgemeinstörungen beruht einmal darauf, daß an ihnen viele Patienten leiden, die den niedergelassenen Arzt in seiner Sprechstunde aufsuchen. Zweitens können wir diese Störungen dank der neu entwickelten Pharmaka sehr viel erfolgreicher angehen, als es früher möglich war. Dieser keineswegs abgeschlossene Fortschritt in der Pharmakotherapie wirkt sich überdies entscheidend auf die Kenntnis über die psychovegetativen Allgemeinstörungen aus. Sie sind heute – nach G. Harrer – keine „Verlegenheitsdiagnose" mehr und bilden deswegen keinen „Sammeltopf diagnostischer Insuffizienz".

Schließlich muß hervorgehoben werden, daß fast sämtliche Erscheinungsweisen der psychovegetativen Allgemeinstörungen dem untersuchenden Arzt *ohne* apparativen Aufwand *unmittelbar* zugänglich sind.

Im folgenden möchten wir zunächst einen kurzen Abriß über die klinischen Erscheinungsweisen psychovegetativer Allgemeinstörungen und deren Entstehungsbedingungen sowie Hinweise zur Differentialdiagnose geben. Im weiteren Verlauf der Darstellung werden die therapeutischen Möglichkeiten und deren Anwendung in besonderen Situationen aufgezeigt.

I. Psychovegetative Erscheinungsweisen

Das Leitwort „psychovegetativ" wurde vom Psychiater W. Thiele im Jahre 1958 geprägt. Der Internist L. Delius hat es in seiner Monographie über diese Störungen übernommen. „Psychovegetativ" trifft den Sachverhalt sehr viel genauer als das völlig verschwommene Modewort „psychosomatisch", das nicht selten doktrinär benutzt wird. Im Hinblick auf die psychovegetativen Allgemeinstörungen bevorzugt eine Reihe von Klinikern auch anders lautende Benennungen, wie „vegetative Labilität", „vegetative Dystonie" oder „vegetative Fehlsteuerung". Die Vielzahl der psychovegetativen *Einzelstörungen* läßt sich unterschiedlich klassifizieren. Wir bevorzugen neuerdings folgende Einteilung (Tab. 1).

Paychovegetative Erscheinungsweisen

Nichtpsychotische Minderung der Erlebnisfähigkeit
Beeinträchtigte Befindlichkeit
Einschränkung der psychosexuellen Funktionen
Neurovegetative Befunde und Erscheinungen
Befunde des sensomotorischen Nervensystems, einschließlich der Muskulatur
Funktionsstörungen der Organe

Tabelle 1

Im *ärztlichen Gespräch* kommt es zunächst darauf an, dem Patienten bei der Darstellung seiner Beschwerden geduldig zuzuhören und die beschriebenen Erscheinungen nach Maßgabe der Psychopethologie genau zu klassifizieren. Ein begriffsklares Vorgehen und damit die für die Behandlung entscheidende Erkennung des inneren Störungszustandes wird vereitelt, wenn man mit gängigen Interpretationen und Symboldeutungen, wie sie sich etwa aus psychoanalytischer oder verwandter Sicht anbieten, zu schnell bei der Hand ist.

Psychopathologisches Ordnen ist nicht immer einfach, wenn der Patient in einem ersten kurzen Bericht zugleich mehrere innere Störungsbereiche anspricht, wie etwa in der Aussege: „Schon seit längerer Zeit schlafe ich schlecht und werde nachts von quälenden Sorgen über meine berufliche Tätigkeit und über das Ergehen meiner Familie gequält. Ich fühle mich niedergedrückt. Ich habe Schmerzen, vor ellem im rechten Oberarm. – Ich muß gestehen, daß ich im ehelichen Verkehr mitunter versage."

Der Patient hat mit diesem Bericht ein weites Feld von Erscheinungsweisen umrissen. So weisen die Angaben über die Niedergeschlagenheit euf Gefühlsstörungen hin, die Armbeschwerden gehören zu den gestörten Leibempfindungen, während sich die Schlafstörungen im Wachzustand als eingeschränkte Erlebnisfähigkeit auswirken. Ferner ist der psychosexuelle Bereich angesprochen.

Diese spontanen Angaben des Patienten bilden den Ausgangspunkt für weitere Erkundungen im ärztlichen Gespräch, bei dem Einzelheiten zur Vorgeschichte und zum gegenwärtigen Beschwerdekomplex erfragt werden müssen.

Vor ellem durch Schlafstörungen und durch toxische Einwirkungen kommt es zu einer Einschränkung der Erlebnisfähigkeit. Als Arbeitshypothese vermuten wir, daß den seelisch-geistigen Funktionen eine zerebrale Funktion zugrunde liegt, deren *krankheitsbedingte* Störung die von uns ausführlich beschriebene Funktionspsychose darstellt. Die zerebrale Fundamentalfunktion ist wahrscheinlich en ein ausgebreitetes kortikales Funktionssystem gebunden, wobei wir als erste Annäherung an das System der apikalen Dendriten denken.

Allerdings treten bei psychovegetativen Allgemeinstörungen noch nicht Funktionspsychosen auf, wohl aber eine *nicht*-psychotische Minderung der seelisch-geistigen Funktionen (Tab. 2).

Diese für das tägliche Leben des Patienten außerordentlich wichtigen Ausführungen psychovegetativer Allgemeinstörungen breuchen in ihren Einzelheiten nicht näher dargestellt zu werden, da sie schon durch die Bezeichnungsweise hinreichend genau erklärt werden.

Leibempfindungen können durch nozizeptive Afferenzen aus den Organen und durch deren integrative

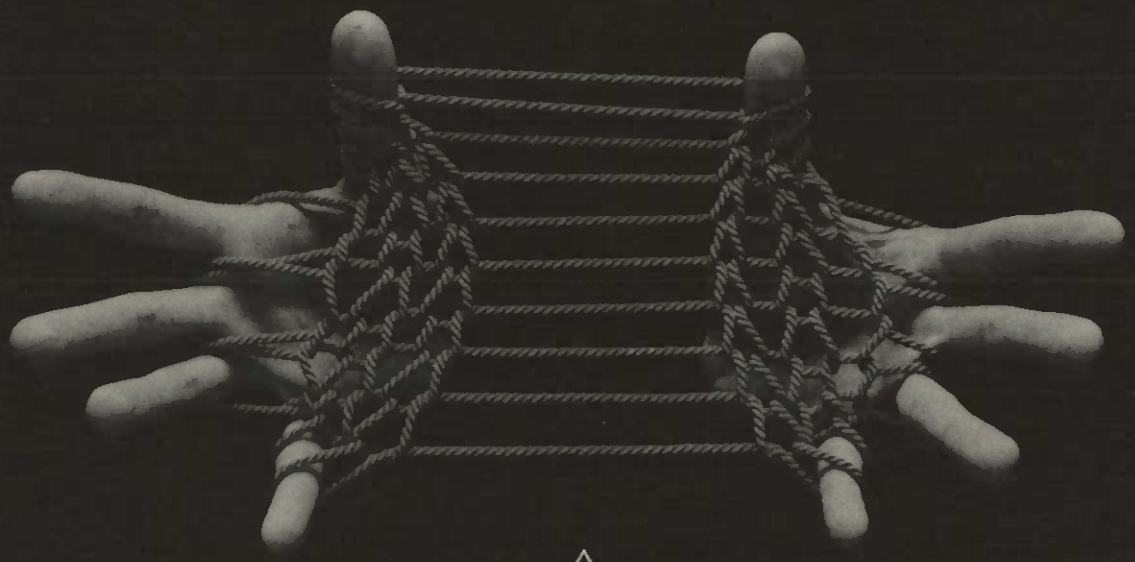
*) Vortreg enläßlich des 30. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer in Nürnberg

Die Referete dieser Verenstaltung werden im Bend 51 der von der Bayerischen Landesärztekammer hereusgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte in Beyern werden diesen Bend über ihre Bezirksstelle der KVB erhelten (voreussichtlich im Spätsommer 1980)

Neue Monosubstanz

Biarison®

optimiert die Rheumatherapie



SANDOZ

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 wurden 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 17.96/37.45/69.95 sowie Anstaltspackung.

Zäpfchen: Originalpackung zu 10 Zäpfchen DM 10.95 sowie Anstaltspackung.

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, März 1980

Nichtpsychotische Minderung der seelisch-geistigen Funktionen
(Einschränkung der Erlebnisfähigkeit)

Trägheit der seelisch-geistigen Abläufe (innere Schwunglosigkeit)
Leichte Gedächtnisstörungen (Ansätze zur Vergeßlichkeit)
Einschränkung der Denkfähigkeit (schon deutliches Absinken des aktuellen Intelligenzquotienten)
Einengung der emotionellen Ansprechbarkeit
Beginnende Schwierigkeiten beim Entschließen und Entscheiden
Senkung der Wehrnehmungsfähigkeit
Aufmerksamkeitsschwäche

Tebelle 2

Verarbeitung im Rückenmark und im Gehirn in unterschiedlicher Weise gestört werden. Häufig geben die Patienten zunächst ein *allgemeines Unbehagen* an.

Nimmt die Zahl der nozizeptiven Afferenzen zu, stellen sich *Mißempfindungen* ein, so etwa Kribbelparästhesien, Kälte- und Wärmeempfindungen, Druck- und Spannungsempfindungen.

Mitunter wird auch über *sensorische* Mißempfindungen berichtet, wie Schwarzwerden vor den Augen, Ohrensausen, Geruchs- und Geschmackssensationen sowie unsystematische Schwindelzustände.

Bei noch stärkerer Ausprägung mit weiterer Zunahme der nozizeptiven Afferenzen kommt es zu *Schmerzen*. Sie treten bei psychovegetativen Allgemeinstörungen nach unseren Erfahrungen allerdings nur dann auf, wenn zugleich verursachende Organstörungen vorliegen; das trifft vor allem für Muskelverspannungen zu.

Unter den *lokalisierten* Beschwerden überwiegen Mißempfindungen am Kopf, in der Brust- und Herzgegend, aber auch andere Mißempfindungen, wie z. B. Würge- und Engeempfindungen im Hals sowie Magen- oder Kreuz- und Nackenbeschwerden.

Nicht selten geben die Patienten eine *Wetterabhängigkeit* ihrer Mißempfindungen an. Ob sich derartige Zusammenhänge zwischen nozizeptiver Aktivität und der jeweiligen Wetterlage mit wissenschaftlich zureichenden Methoden nachweisen lassen oder nicht, muß gegenwärtig wohl eine offene Frage bleiben. Wir möchten diesen Zusammenhang aufgrund unserer klinischen Erfahrungen eher bejahen. Für die Praxis erscheint uns der Hinweis wichtig, daß Wetterempfindlichkeit eher von Patienten mit psychovegetativen Allgemeinstörungen geklagt wird, als von Kranken mit einer Funktionspsychose oder einer endogenen Depression.

Gefühle und ihre psychopathologischen Abwandlungen sind unterschiedlich eingeteilt worden: Eine brauchbare Ordnung für die tägliche Praxis gewinnt man, wenn man zwischen den Verstimmungszuständen, der Entdifferenzierung der gefühlsmäßigen Ansprechbarkeit und den Störungen der emotionalen Ausgeglichenheit unterscheidet. Verstimmungen und emotionale Unausgeglichenheit betreffen vor allem Zustandsgefühle, wie z. B. Trauer, Angst, während sich die Entdifferenzierung vor allem auf zwischenmenschliche und relevanzbestimmende Gefühle bezieht, wie z. B. Liebe, Zuneigung, Vertrauen, persönliche Dankbarkeit. Hinzu kommen allgemeine Daseinsgefühle, wie Ehrfurcht vor dem Schicksal, vor einer höheren Macht oder allgemeine Dankbarkeit.

Wenn wir auch täglich über *depressive Zustände* von unseren Patienten hören, so ist es doch schwierig, genauer anzugeben, was unter „Depressivität" zu verstehen ist. Manche Patienten sprechen auch von traurig, melancholisch, schwermütig oder betrübt. Andere Wörter, wie bekümmert, betroffen, mutlos, kummervoll, gramvoll, gequält, leidvoll, hoffnungslos, verzweifelt, verzagt, aber auch elend oder freudlos schließen besondere Betrachtungsweisen, Folgen der Depressivität oder ihre Bewertung mit ein. Wir meinen, daß sich die Fülle der verschiedenen Gefühlstönungen am ehesten mit *Niedergeschlagenheit* oder *Herabgestimmtheit* umreißen läßt.

Der Ausprägungsgrad kann von einer sehr leichten Traurigkeit bis hin zur schwersten psychovegetativen Erschöpfungsdepression reichen.

Die *Angstgefühle* bilden eine besondere Note der depressiven Verstimmung, sie können aber auch die Stimmungslage beherrschen. Darauf werden wir noch näher eingehen. Mitunter sind *Schuldgefühle* in die depressive Stimmung mit eingelassen.

Häufiger trifft man dagegen eine *morose* Stimmungslage an, die schuldhaftes Verhalten bei anderen Personen aufzuweisen trachtet.

Die *Entdifferenzierung der emotionalen Reagibilität* bezieht sich vor allem auf zwischenmenschliche und relevanzbestimmende Gefühle sowie allgemeine Daseinsgefühle, wie wir sie schon aufgeführt haben.

Psychovegetativ gestörte Patienten können wegen jeder Kleinigkeit *gereizt reagieren*. Sie beschimpfen die umstehenden Personen, um bald darauf wieder Reue zu zeigen oder sind bemüht, nach vermeintlichen Gründen für ihre rasche Gefühlsreaktion zu suchen. Der *Stimmungswechsel* vollzieht sich gelegentlich aber auch zwischen den bekannten Polen der Niedergedrücktheit und der Gehobenheit: Himmelhoch jauchzend – zu Tode betrübt.

Das beeinträchtigte Leibempfinden und die Gefühlsstörungen bilden zusammen die *Gesamtstörung der Befindlichkeit*.

Man darf daher vermuten, daß die emotionellen Störungen eng mit den nozizeptiven Aktivitäten zusammenhängen können, sie stammen aber nicht – wie die leiblichen Mißempfindungen – aus der Peripherie, sondern aus zerebralen Funktionssystemen, wobei man gegenwärtig meist an das *limbische System* denkt.

An dieser Stelle möchten wir hervorheben, daß wir bisher nur Beobachtungen am Kranken dargestellt haben, wie sie nicht nur in der Klinik, sondern auch in der Sprechstunde durchzuführen sind. Die Zusammenfassung der gestörten Leibempfindungen und der Gefühlsbeeinträchtigungen zur Gesamtstörung der Befindlichkeit hängt nicht von der Unterstellung des limbischen Systems ab. Man könnte sich vorstellen, daß eine mit kliniknahen Zielen betriebene neurophysiologische Forschung zu völlig anderen Ergebnissen kommen könnte. So sprechen gegenwärtig pharmakologische Befunde über den Wirkort der Ataraktika dafür, daß deren Wirkorte ebenfalls in extralimbischen Funktionssystemen

der Hirnrinde gelegen sein könnten. Oft läßt sich sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Patienten eine Einschränkung der *psychosexuellen Funktionen* erfragen.

Gegenüber den vielfältigen inneren Erscheinungsweisen sind die *neurovegetativen Befunde* oft nur geringfügig ausgeprägt. Sie können auch völlig fehlen.

Wir möchten deswegen hier nur eine knappe Auswahl treffen: So wirken viele Patienten blaß, sie wechseln bei geringer affektiver Belastung die Farbe, flüchtige Rötungen schießen im Gesicht, am Hals oder an der oberen Brustpartie auf. Die Hände können feucht und kühl oder rötlich-bläulich verfärbt sein.

Bei kleinsten Anstrengungen oder geringfügigen affektiven Beanspruchungen ist der ganze Körper in Schweiß gebadet. Das Bestreichen der Haut vermag einen verstärkten und lang überdauernden Dermographismus zu hinterlassen. – Die Kreislauffunktionsprüfung deckt eine hypotone oder hypertone Regulationsstörung auf.

Auch die *Befunde am sensomotorischen Nervensystem* können spärlich sein. Die Eigenreflexe sind oft besonders lebhaft auszulösen. Dabei handelt es sich natürlich nicht um den Hinweis auf eine Pyramidenbahnschädigung. Die Bauchhautreflexe sind dann meist gleichfalls lebhaft. Selbst leichte Grade eines *Tremors* lassen sich erkennen, wenn man den Kranken bittet, die Arme auszustrecken. Der Arzt nimmt eine Hand des Kranken zwischen seine Hände. Bei genügender Übung spürt man auf diese Weise noch geringfügige Ausschläge der Zitterbewegung.

Das *Zeichen nach Chvostek*, das durch Beklopfen des Nervus facialis ausgelöst wird, ist mitunter positiv. Dann kommt es zu Zuckungen, vor allem an den vom Mundast versorgten Muskeln.

Neurovegetative Störungen der Sensibilität brauchen sich nicht an die Ausbreitungsgebiete peripherer Nerven zu halten. So bildet sich nicht selten ein „Quadrantensyndrom" aus, das – wie sich der Bezeichnung entnehmen läßt – ein Körper*viertel* betrifft. Bei vielen Patienten sind nur mehr oder minder ausgedehnte Teile eines derartigen Quadranten befallen, etwa die gesamte Hand oder der Unterarm. Kennzeichnend ist die Betonung der Gliedmaßenenden.

Krankheiten und nichtkrankheitsbedingte Störungen an den Organen können psychovegetative Allgemeinstörungen hervorrufen und die nichtkrankheitsbedingten Funktionsstörungen durch diese auch mitbedingt sein.

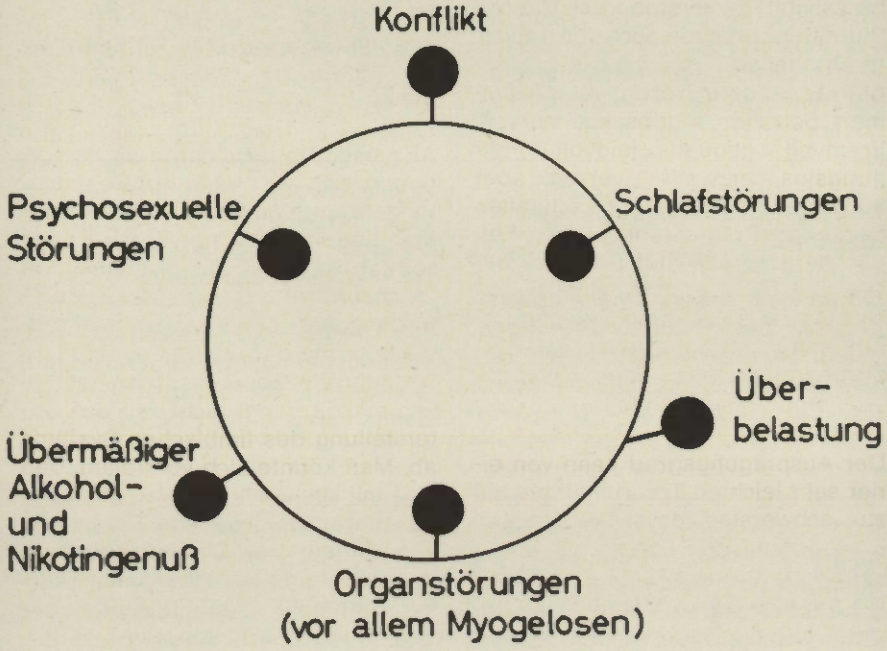


Abbildung
Psychovegetativer Störkreis (Einzelheiten siehe Text!)

Rheuma –
Jetzt auch preiswert behandeln!

Indometacin 50 mg
Hochdosierung,
individuelle Darreichungsform
durch teilbare Tablette

neu von Sanorania

Indo-Tablinen®

Antirheumatikum, Antiphlogistikum

20 Tabl.	50 Tabl.
8.–	17.15

Tablinen
Abkehr von Billig- und Luxusprodukten

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

II. Bemerkungen über die Entstehungsbedingungen

Seit über einem Jehrzehnt hat es sich uns eus klinischer Sicht bewährt, einen psychovegetativen Störkreis enzunehmen, der sich aus sechs *Hauptbedi*ngungen zusammensetzt (Abb.).

Diese vermögen sich wechselseitig zu verstärken, wodurch sich ein *circulus vitio*sus ausbildet. Schlafstörungen, Organstörungen und psychosexuelle Störungen sowie die Intoxikation wurden schon genannt. Wir meinen hier nicht den Alkoholismus oder die Nikotinabhängigkeit, sondern den Alkohol- oder Nikotingenuß unterhalb dieser Schwelle, der aber – abhängig von der individuellen Schwankungsbreite – dennoch Ursache sein kann, psychovegetative Allgemeinstörungen hervorzurufen. Ähnliches trifft für die Einnahme nicht geeigneter Schmerz- oder Schlafmittel zu, so besonders von brom- oder barbiturathaltigen Arzneien in übermäßiger Dosierung.

Lebenssituetive Schwierigkeiten – wie z. B. eheliche Konflikte – können, müssen aber keineswegs zu psychischen Störungen führen. Auch erhebliche Konflikte können durch sinngebende Innenrelevanzen abgefangen, je sogar aufgehoben werden. Vor allem leibliche Störungen und Krankheiten können zu gestörten Erlebnisreaktionen führen, was euch für zehlreiche medizinische Situationen zutrifft, wie z. B. die Angst vor und nach Operationen sowie die damit verbundenen Befindlichkeitsstörungen.

Zu diesen fünf Ansatzpunkten für psychovegetative Allgemeinstörungen treten – els allgemeine Prinzipien – die psychophysischen Überforderungen oder Unterbelastungen (Übungsverluste) hinzu. Jede der sechs Störungsbedingungen kann die Entwicklung des psychovegetativen Störkreises *einleiten*.

So kann infolge einer *chronischen Insomnie* die Erlebnisfähigkeit des Patienten eingeschränkt und damit die emotionele Ansprechbarkeit verringert werden. Hierdurch kommt es nicht selten zu zwischenmenschlichen Konflikten mit psychischen Störungen, die ihrerseits – vereint mit den Schlafstörungen – zunehmende Potenzschwierigkeiten hervorzurufen vermögen. Zugleich wird die Bereitschaft zur Ausbildung von Muskelverspennungen erhöht. Myotendinosen schmerzen besonders nachts, wodurch die enfängliche Agrypnie weiter verstärkt wird. Ohne eine angemessene ärztliche Behandlung greifen die Petienten gleichsam zur „Selbsthilfe", indem sie ihren Alkohol- und/oder Nikotinverbrauch steigern, wodurch die psychovegetative Störspirale noch weiter nach unten geschraubt wird.

In Anlehnung an G. Harrer können wir *vier Stadien* der psychovegetativen Allgemeinstörungen unterscheiden (Tab. 3).

Schweregrede der psychovegetetiven Allgemeinstörungen

1. Einengung der optimalen Leistungsbreite
2. Auftreten von psychovegetativen Beschwerden unter Belastung
3. Auftreten von psychovegetativen Beschwerden und objektiv faßbaren vegetativen Dysregulationen, auch ohne besondere Belastung
4. Psychovegetative Dekompensation

Tabelle 3

Nach unseren Erfahrungen durchlaufen die psychovegetativen Allgemeinstörungen die ersten beiden Stadien meist noch verhältnismäßig langsam, während das dritte Stadium rasch in den schwersten Zustand der depressiven Erschöpfung übergeht. Die Eigenständigkeit bei der Ausbildung psychovegetativer Allgemeinstörungen tritt immer stärker hervor, wodurch die Behandlung zusehends erschwert wird.

III. Hinweise für die Differentialdiegnose

Oft handelt es sich um *eigenständige* psychovegetative Störungen; diese Voraussetzungen treffen aber keineswegs für jeden Patienten zu. Der diagnostizierende Arzt muß berücksichtigen, daß sie die Vorboten einer chronischen Krankheit darstellen können, weswegen der Patient einer ständigen *ärztlichen* Überwachung bedarf. Wenn in dieser Situation konfliktbedingte psychische Störungen im Vordergrund des Erscheinungsbildes stehen, ist eine psychotherepeutische Behandlung durch einen Nichterzt ellein schon aus diesem Grunde nicht engebracht.

Oft bilden sich Krankheiten in der Rekonvaleszenz über psychovegetative Allgemeinstörungen zurück.

Wir möchten hier im Hinblick auf die Vielzahl der diagnostischen Fregestellungen nur zwei Situationen auswählen: die psychovegetativen Allgemeinstörungen als Zeichen einer Krankheit und die Differentialdiagnose gegenüber der endogenen Depression.

Wenn die psychovegetativen Allgemeinstörungen die *Vorboten einer Krankheit* bilden, können zwei Situationen unterschieden werden:

Erstens bestehen *neben* den psychovegetativen Allgemeinstörungen noch *andere* Symptome der jeweiligen Krankheit, nach denen sich wegen der Unspezifität psychovegetativer Störungen das *weitere* diagnostische Vorgehen richtet.

Schwieriger gestaltet sich die Krankheitserkennung, wenn die psychovegetativen Allgemeinstörungen die *einzigen Zeichen* sind, die bei der einfachen Untersuchung ermittelt werden können. Wie ist in derartigen Situationen in der Sprechstunde vorzugehen?

Mitunter können die Angaben des Patienten über seine Befindlichkeit *besondere Kennzeichen* eufweisen, die man als erfahrener Arzt gut zu erkennen vermag, wenn man die *gewöhnliche* Symptomatik der psychovegetativen Allgemeinstörungen genau beherrscht. Eine ernsthafte Erkrankung kann sich etwa dadurch ankündigen, daß der Patient neben den Allgemeinbeschwerden – wie Kopfschmerzen, Mattigkeit – auch über eine elementare Ängstlichkeit berichtet, die sich bei ihm persönlichkeitsfremd ausgebildet hat.

Nicht selten ragen einzelne Organstörungen in typischer Weise heraus, wie z. B. Ulkusbeschwerden, Zahn-, Hals- und Nebenhöhlenschmerzen u. a.

Die wegweisenden Befunde können durch die einfache körperliche Untersuchung gewonnen werden, wie z. B. eine erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit, Veränderung des Blutbildes sowie Abweichung des neurologischen Befundes von der Norm.

Differentialdiagnose zwischen endogener Depression und psychovegetativen Allgemeinstörungen

	Endogene Depression	Psychovegetative Allgemeinstörungen
Gesamtzustand	Festgefügtes Elementarsyndrom	Zusammensetzung eus unterschiedlichen Einzelstörungen
Hinweise aus der Anamnese	Herkunft nicht nachweisbar	Ausbildung des Gesamtzustandes aus nachweisbaren Einzelstörungen
	Homogene Syndromdynamik Tagesschwankungen (Morgentief)	Wechselseitige Verstärkung der Einzelstörungen (oft im Leufe des Tages Nachlassen der Spannkraft)
Erfolg von therapeutischen Maßnahmen	Ohne Antidepressiva keine Besserung, eußer Spontanbesserung	Besserung etwa durch Urlaub, Besserung durch Behebung der Einzelstörungen (Myogelosen, Schlafstörungen, Konflikte) Auflösung des Störkreises

Tabelle 4

Besonders wichtig ist es, den Verlauf der psychovegetativen Allgemeinstörungen unter der erfolgversprechenden Behandlung zu verfolgen. Diagnostische Maßnahmen sind nicht mit dem Beginn der Therapie abgeschlossen; vielmehr muß man sich bei hartnäckig anhaltenden Störungen die Frage stellen, ob nicht doch eine organische Erkrankung zugrunde liegt. Psychovegetative Allgemeinstörungen kommen wahrscheinlich mindestens zehnmal so häufig vor wie endogene Depressionen (Tab. 4).

Bei der *endogenen Depression* lassen sich nach praktischen Gesichtspunkten fünf Elementarsyndrome herausschälen: Elementargefühle (Melancholie, Angst, Schuldgefühle); Verarmung des übrigen Gefühlslebens; Störungen der Erlebnisweisen (vor allem Hemmung, Grübelzustände); leibliche Mißempfindungen; vegetative Funktionsstörungen.

Im Gegensatz zum festgefügten Elementarsyndrom der endogenen Depression läßt sich bei psychovegetativen Allgemeinstörungen eine *unterschiedliche* Zusammensetzung aus Einzelstörungen beobachten. So herrschen oft Myogelosen der Nacken- und Rückenmuskulatur vor, während Muskel-

Behandlungsziele

Ziele eus der Sicht des Patienten

Unbeeinträchtigte, möglichst optimele Erlebnisfähigkeit
Wohlbefinden, ausgeglichene Stimmung, differenzierte Gefühle
- Anhebung der Stimmung bei Niedergedrücktheit
- Angstlösung
- Befreiung von unengemessenen Schuldgefühlen
- Aufhebung oder jedenfalls Linderung von beeinträchtigten Leibempfindungen
- Wiedererreichen der Liebesfähigkeit
- Innere Voreussetzung zur Konfliktbewältigung

Kurative Zielsetzung des Arztes

Auflösung des psychovegetativen Störkreises
Beseitigung der (gegebenenfalls sechs) Störungsbedingungen
- Normalisierung des Schlafes
- Wegmassieren der Myogelosen
- Gemäßigter Alkohol- und Nikotingenuß

Ziel der Wiedereingliederung

Erfolgreiche Erfüllung der euf die psychophysische Belastbarkeit abgestimmten privaten und beruflichen Aufgaben

Ziel der prophylaktischen Maßnahmen

Vermeidung eines erneuten Hineingleitens in den psychovegetativen Störkreis

Tabelle 5

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

verhärtungen bei der endogenen Depression einen Zufallsbefund darstellen.

Bei psychovegetativen Allgemeinstörungen läßt sich anhand der *Vorgeschichte* nachweisen, wie sich die Einzelstörungen nacheinander entwickeln. – Die endogene Depression ist durch eine homogene Syndromdynamik ausgezeichnet; das bedeutet, daß sämtliche fünf Syndromreihen einen ähnlich schweren Störungsgrad aufweisen. Im übrigen findet man hier oft Tagesschwankungen, bei denen das Morgentief vorherrscht. Dagegen läßt bei psychovegetativen Allgemeinstörungen die Spannkraft im Laufe des Teges oft nach.

Bei der endogenen Depression vermag durchweg *nur* die Behandlung mit Antidepressiva den Zustand des Krenken zu verbessern, wenn von einer Spontanremission unter Besserung einzelner Störungen – etwa von Schlafstörungen durch die Gabe von Hypnotika – abgesehen wird.

IV. Therapeutische Möglichkeiten

Wie so häufig in der Medizin haben die therapeutischen Fortschritte – vor allem die modernen Benzodiazepine mit ataraktischer Wirkung – zugleich die Klarheit des diagnostischen Denkens gefördert. Dabei ist für die Aufstellung des umfassenden Behandlungsplanes als wichtigste Tatsache hervorzuheben, daß eigenständige psychovegetative Allgemeinstörungen unter einer angemessenen Behandlung eine *gute Prognose aufweisen*.

Als allgemeines Ziel der kurativen Maßnahmen ist aus der Sicht des Patienten eine unbeeinträchtigte optimale Erlebnisfähigkeit anzustreben.

Demokrit aus Abdera (460 bis 370 v. Chr.) ist der erste Phllosoph gewesen, der diesen inneren Zustand als Ataraxie für erstrebenswert erkannt hat. Seit Abderiden hat die hohe Wertung der Aterexie bis zum heutigen Tege engehalten, wobei immer neue Schattierungen des ethischen Prinzips nachgezeichnet wurden (Tab. 5).

Die *Zielsetzungen des Arztes* ergeben sich zwanglos aus der Herkunft und den Erscheinungsweisen psychovegetativer Allgemeinstörungen. Wichtig in unserem Grundkonzept ist, daß nicht nur kurative, sondern auch rehabilitative und prophylaktische Maßnahmen durchgeführt werden.

Aufbeu des gesamten Behendlungsplene

Phermekotherepie
Krenkengymnastische und verwandte Meßnahmen
Gestaltung der Lebensgewohnheiten
Soziotherapeutische Meßnehmen
Psychotherepeutische Meßnahmen

Tebelle 6

An dieser Stelle ist u. a. darauf hinzuweisen, daß die Angstlösung nur ein Teilziel im gesamten Behandlungsplan psychovegetativer Allgemeinstörungen ausmacht. Bei wenig genauer Betrachtung wird aber der Ängstlichkeit oft eine zu große Bedeutung beigemessen, so daß die Atarektika mit „Anxiolytika" bezeichnet werden, wobei das Indikationsgebiet der modernen Ataraktika erheblich eingeschränkt wird. Denn die Substanzen wirken sich nicht nur auf die Angstgefühle aus, sondern auf sämtliche psychovegetative Allgemeinstörungen.

Zahlreiche Behandlungsmöglichkeiten stehen für den individuell abgestimmten Gesamtplan zur Verfügung (Tab. 6).

Die *Pharmakotherepie* bildet das Kernstück des gesamten Behandlungsplanes. Daneben sind krankengymnastische und physikalische Maßnahmen durchzuführen, die Lebensgewohnheiten zu gestalten und vor allem psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen enzuwenden. Den *psychotherapeutischen Maßnahmen* kommt bei der Behebung psychovegetetiver Allgemeinstörungen eine große Bedeutung zu, wenn man unter Psychotherapie die Behandlung seelisch-geistiger Störungen mit psychischen Mitteln versteht.

Allerdings darf man sich nicht auf eine einzige Methode beschränken oder auf ein System von Methoden, wie etwa auf eine enalytisch ausgerichtete Psychotherepie. Genauso wäre es nicht zweckmäßig, sich allein euf ein Arzneimittel zu beschränken und eine einzige krankengymnastische Maßnahme, wie z. B. das Massieren. Vielmehr muß sich die Methodenauswahl auf die bei dem Patienten nachgewiesenen konfliktbedingten psychischen Störungen beziehen. Dabei muß von den inneren Gegebenheiten des Kranken eusgegangen werden, wobei überdauernde Eigenarten des Patienten ebenso zu würdigen sind wie seine gegenwärtige seelisch-geistige Verfassung. Zu den überdauernden Eigenarten des Patienten zählen Intelligenz, Bildungsgred und Charakterstrukturen. Vor allem aber sind die Innenrelevanzen zu würdigen. Darunter verstehen wir das seelisch-geistige Innesein des lebenssituativ Beständigen eines Menschen, also das, was für sein Dasein wichtig, für sein Leben bestimmend ist.

Das Mittel zur Verwirklichung psychotherapeutischer Maßnahmen ist das ärztliche Gespräch, bei dem die innenbezogene *Einstellung des Arztes* entscheidend wichtig ist. Erstens sind die jeweiligen psychischen Störungen richtig zu erfassen und in ihrer Bedeutung für den gesamten Leidenszustand des Patienten treffend zu beurteilen. Zweitens muß das Ergebnis dieser Analyse bei der Aufstellung des Behandlungsplanes angemessen berücksichtigt werden. Schließlich ist die jeweilige medizinische Situation besonders zu würdigen. Darauf ist im folgenden kurz einzugehen:

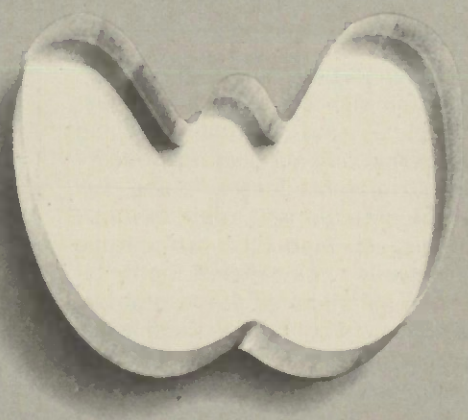
V. Besondere medizinische Situationen

Auf die Vielzahl der verschiedenartigen Erkrankungen und Behinderungen sowie medizinischen Situationen, in denen psychovegetetive Allgemeinstörungen vorkommen können, kann hier nicht eingegangen werden.

Unser Arbeitskreis hat sich besonders mit der Angst vor und nach der Operation befaßt. Dabei kommt es darauf an, psychopathometrische Verfahren einzusetzen. Unter Psychopathometrie verstehen wir die Bestimmung des Störungsgrades seelisch-geistiger Funktionen und strukturen. Wie J. V. Galster ausführlich dargelegt hat, stößt die Messung der Angstgefühle sowie deren Auswirkungen auf die Operation und den postoperativen Zustend auf erhebliche Schwierigkeiten. J. V. Galster entwickelte deswegen elge-

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 reduziert und gegebenenfalls in größeren Zeitabständen langsam bis zur Toleranzgrenze 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 intravenös 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

9479a

ne psychopathometrische Verfahren, um die perioperative Angst und die Befindlichkeit des Patienten zu messen. Er führte überdies eine umfangreiche empirische Felduntersuchung durch, mit der er 103 Patienten beiderlei Geschlechts mit unterschiedlichen Operationen aus der Allgemeinchirurgie in der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen (ehemaliger Direktor: Professor Dr. G. Hegemann, jetziger Direktor: Professor Dr. F. Gall) erfaßte. Von jedem Patienten erhob der Autor zahlreiche Daten der sozialen Umwelt und der Vorgeschichte sowie Persönlichkeitsvariablen und Einstellungsvariablen (Zukunftsperspektive, Operation, Ärzte und Krankenhaus). Es zeigte sich, daß nahezu vier Fünftel der Patienten eine in den angewandten Testverfahren erfaßbare aktuelle Angst zeigten. Ferner ist es aus ärztlicher Sicht bedeutsam, daß die aktuelle Angst hochsignifikant von der Ängstlichkeit als Struktureigenschaft abhängig ist. Dagegen besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der aktuellen Ängstlichkeit und der Schwere der Operation im medizinischen Sinne. Außerdem ließ sich ein signifikanter Geschlechts- und Altersunterschied nicht ermitteln. Mit dem Hinweis auf diese Untersuchungsverfahren soll angedeutet werden, daß es jetzt möglich ist, eine Effizienzkontrolle der jeweils angewandten therapeutischen Maßnahmen durchzuführen. Das gilt nicht nur für den Einsatz von Ataraktika, sondern auch von psychotherapeutischen Maßnahmen.

Zusammenfassung

Im Hinblick auf die Bedeutung der psychovegetativen Allgemeinstörungen wurden sowohl die Einzelerscheinungen als auch der psychovegetative Störkreis ausführlich dargestellt. Aus der Vielzahl der differentialdiagnostischen Probleme wurde die Abgrenzung gegenüber einem chronisch fortschreitenden Prozeß und gegenüber der endogenen Depression vorgenommen. Der umfassende therapeutische Plan ergibt sich zwanglos aus den jeweils festgestellten Einzelstörungen und dem Schweregrad der Allgemeinstörung, wobei vor allem auch die verschiedenartigen nosologischen und medizinischen Situationen zu berücksichtigen sind.

Aufguß einer Hetze

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat nachstehenden Brief an alle bayerischen Kassenärzte gerichtet:

„Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

einige hinlänglich bekannte Presseerzeugnisse haben sich offensichtlich zusammengetan, um die Hetzkampagne gegen Professor Dr. Sewering in der ihnen eigenen Weise erneut zu eröffnen. Das billige Motiv dafür legt eine Pressemeldung offen: Professor Sewering wolle 1981 Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden. Es ist geradezu lächerlich, welche Ängste gewisse Drahtzieher verfolgen. Professor Sewering sieht seine Aufgaben allein in der Wahrung der Belange der bayerischen Ärzte.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat zu den Falschmeldungen am 22. Februar 1980 in einer Presseerklärung festgestellt, daß es **unwahr** *ist, ‚Sewering habe DM 80000 an die RVO-Kassen bezahlt; es sei von den Prüfungsinstanzen gegen ihn eine Honorarkürzung von DM 150000 beschlossen gewesen, die später auf DM 80000 reduziert wurde . . .'.*

Trotz unserer öffentlichen Feststellung wurden jene Behauptungen in verschiedenen Variationen wiederholt. Es erübrigt sich, zu dieser Brunnenvergiftung noch einmal Stellung zu nehmen.

Die neueste Infamie ist jedoch die scheinheilige Vermutung: ‚Im Zweifel hat also die KV alles oder einen Teil bezahlt. Das aber würde bedeuten, daß die Gesamtheit aller bayerischen Kassenärzte für Honorarkürzungen in der Abrechnung ihres Vorsitzenden hat aufkommen müssen.'

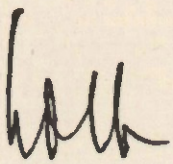
Dazu stellen die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, die Bezirksstelle Oberbayern der KVB und der Revisor der KVB fest:

Aus den Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wurden im Zusammenhang mit der seinerzeitigen Honorarauseinandersetzung der Gemeinschaftspraxis Professor Dr. Sewering weder direkt noch indirekt Zahlungen an die Krankenkassen geleistet.

Darüber wollen wir Sie als bayerische Kassenärzte informieren.

Zu den verschiedenen Publikationen sei abschließend festgestellt, daß Unwahrheiten auch durch ständige Wiederholungen nicht wahr werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns stimmt deshalb dem französischen Staatspräsidenten Valéry Giscard d'Estaing zu, der erklärte: ‚Niederträchtige Dinge muß man im eigenen Gift umkommen lassen.' "

Mit den besten Grüßen
Ihr



Dr. Kolb
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Nachbehandlung von Tumorpatienten

in der Gynäkologisch-onkologischen Klinik Bad Trissl, Oberaudorf, und in der Schloßbergklinik Oberstaufen

Die Notwendigkeit einer qualifiziertan Nachsorga von Krebskranken ergibt sich heutzutaga zwangsläufig im Hinblick auf dia chirurgischen, chemotherapeutischen und radiologischen Behandlungserfolga dieser Patienten, wobei weitara entscheidanda Verbesserungen gegenwärtig kaum erwartet werden können.

Auf dar Basis diaser tharapeutischen Möglichkeiten gaht es darum, dia arzielbara Überlebanszait für den Krebspatienten so angenehm und effektiv wia möglich zu gastalten. Der niedergelassene Arzt erhält damit dia Schlüsselposition für aina sinnvolle, humane und qualifizierte Nachsorga. Er ist dia Schaltstelle für dia reibungsfosa und bedarfsgerechta Bahandlung in Tumorzentran, in Krankenhäusern, in speziellen Nachsorgeeinrichtungen und bei der Betreuung im Kreise der Familie des Patiantan.

In dan zwei von der Arbaitsgamainschaft betreuten Krebsnachsorgekliniken ist es aufgrund einar Vereinberung mit den gesetzlichen und privaten Krankenkassen, den Landesvarsicharungsanstalten und dar Bundasversicherungsanstalt für Angestellte gelungen, dan Übergang zwischan stationärer Behandlung und Rehabilitation optimal zu gestalten. Im Gagensatz zu reinen Kurkrankenhäusern, die soganannta „Nach- und Fastigungskuren" durchführen, sind dia baidan von dar „Arbaitsgamainschaft zur Fördarung der Krebsarkannung und Krebsbekämpfung in Bayern a. V." betreuten Krebsnachsorgekliniken in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern ohne einschränkenden Varmerk aufgenommen und gelten demit als Krankanhäusar im Sinna des KHG, in denan stationära Akutvarsorgung batriaben wird.

Die stationära Nachbehandlung von Patienten nach Operation und/oder Bestrahlung bösartiger Tumoren wird nach dem neuesten Stand dar madizinischen Wissenschaft vorgenommen. Diese Form der medizinischen Nachsorga hat in den baiden Kliniken eindeutig den Vorrang vor Rahabilitationsmaßnahmen, wobei ein nahtloser Übergang von den Patienten als besonders positiv ampfunden wird.

Sia kommt für folgende Indikationan in Betracht:

a) Postoperative klinischa Weiterbehandlung im Anschluß an die Primärtharapie
b) zum Ausschluß bzw. Nachwais eines Rezidivs oder einer Metastasiarung
c) in Krisensituationen
d) Intervallnachbehandlung nach Risikozeiten

Hiarfür stahen in beiden Kliniken neben einem modernen klinischen Labor ausreichende röntgendiagnostische und nuklearmedizinische Einrichtungen zur Verfügung sowie aina Blutbank.

Dia für den Patientan vialfach einschneidendan und ihn belastandan diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen haben zur Folge, daß im Rahmen des stationären Aufenthaltes eine Erholungsphase anzuschließen ist, in der er überwacht werden muß und während der ihm der Übergang zur Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit odar der häuslichen Pflichten erleichtert wird.

Inhalt der Vereinbarung mit der Arbeitsgemeinschaft ist es nun, daß dieser Übergang zwischen stationärer Akutversorgung und Rahabilitation nicht mit einar arneuten Abklärung der Kostenübernahme für den Patiantan verbunden ist. Durch die Bestätigung der medizinischen Zweckmäßigkeit durch die Arbeitsgemeinschaft ist gawährfeistet, daß die unterschiedfiche Kostenübernahma zwischen dan jeweiligen Leistungserbringarn intern geklärt wird.

In einer Vereinbarung mit der Bundesversicherungsanstalt für Angestallta wird garade sichergestellt, deß auch diese dia Kostan für dia Rahabilitationsphase übarnimmt.

Zial dar klinischen Nachbehandlung ist as:

a) Die Langzeitbahandlungsergebnisse zu verbessern,
b) therapiebedingte, unvermeidbare Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, damit Spätfolgen vermiaden wardan können,
c) zur Verbesserung der immunologischen Abwehrlage beizutragen.

Jeder niedergalassana Arzt, der Tumorpatienten behandelt, sollta dia madizinischan Möglichkaiten dieser beiden bayerischen Einrichtungen kennen. Der raibungslosa Ablauf der Einweisung und dia Übermittlung der Bafunda ist ein besonderes Anliegen der Arbeitsgemeinschaft.

Insbesondera in den erstan zwei Jahren nach der Diagnosestallung soll jedar Tumorpatient in Bayarn über dia therapeutischen Mögfichkaiten der speziellen Nachsorga diesar beiden Kliniken untarrichtet werden. In den Kliniken wird auch versucht, den besonderen psychischen Problemen, vor allem bei einigen basonderen Krebsformen, durch eigena Betreuungsangebota, z. B. mit sogenannten Selbsthilfegruppen, zu antsprechan.

Gerada in der heutigen Situation der begrenzten Kostenentwicklung ist dia Kooparation aller an der Versorgung unsarar Patienten Bateiligtan antscheidend. Diesa optimala Zusammanarbait ist das Kritarium für dia qualifiziarta Varsorgung unserar bayarischen krebskranken Patianten.

Die für die Einwaisung von Krebspatianten, für die aina Nachsorge medizinisch zweckmäßig ist und dia nicht als Pflegefall einzustufan sind, erforderlichen „Ärztfichan Befundbarichta" können über dia Kassenärztlichen Bezirksstellen oder direkt von der „Arbeitsgamainschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayarn a. V.", Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 268, bezogen werden.

Profassor Dr. Sewering

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® verbessert die zerebrale Durchblutung

L. W. Diehl prüfte Taluvian® bei 100 älteren Patienten mit zerebralen Durchblutungsstörungen. Durchschnittsalter über 70 Jahre, durchschnittliche Dosierung 3 x 1 Dragée 0,25 mg/Tag.
Taluvian® normalisierte Herzfrequenz und Blutdruck. Wichtig: Abrupte Blutdrucksenkungen, die zu einer Mangeldurchblutung von Hirn, Herz und Niere führen können, traten unter Taluvian® nicht auf.

Die folgende Tabelle zeigt weitere Behandlungsergebnisse mit Taluvian®

Symptomatik vor der Behandlung	Behandlungsergebnisse		
	behoben	gebessert	nicht beeinflußt
schlechte Zuwendung	17–20%	53– 63%	14–17%
Verwirrtheit	13–27%	25– 52%	10–21%
Vergeßlichkeit	–	66– 77%	20–23%
Antriebsschwäche	5– 7%	52– 68%	20–25%
Reizbarkeit	10–40%	10– 40%	5–20%
gestörter Nachtschlaf	2– 4%	45– 79%	10–17%
Engegefühl in der Brust	5–23%	17– 77%	–
Kopfschmerz	–	21–100%	–
Schwindel	2– 3%	65– 92%	4– 5%

Die Untersuchungen von Diehl bestätigen: Taluvian® bessert deutlich die Symptomatik zerebraler Mangeldurchblutung.

Lit.: L. W. Diehl, aus „Wissenschaftliche Basisbroschüre, 1979," KNOLL AG, Ludwigshafen

Wenn 40% Nierenfunktionsleistung zum Problem wird

Mit steigendem Alter nimmt die Leistungsfähigkeit der Niere ab, auch dann, wenn keine Niereninsuffizienz vorliegt. Bei einem 80jährigen beträgt sie weniger als die Hälfte eines 40jährigen. Im Gegensatz zu Digoxin, das primär über die Niere eliminiert wird, ist bei Proscillaridin, das vorwiegend über die Galle ausgeschieden wird, eine kumulationsbedingte Intoxikation ausgeschlossen. Taluvian® ist somit für die risikoarme Langzeittherapie Ihrer Patienten ab 60 besonders geeignet.

Sinnvolle Glykosidbehandlung mit Taluvian®

Die Glykosidbehandlung älterer Menschen, die neben einer Herzinsuffizienz auch an anderen Erkrankungen leiden, stellt den Arzt häufig vor schwierige Probleme.

Unter der synergistischen Wirkung von Proscillaridin und Verapamil (Taluvian®) wird die Herzinsuffizienz nicht nur zuverlässig und nebenwirkungsarm kompensiert. Über die Verringerung des peripheren Widerstandes wird auch das Herz entlastet, sowie Blutdruck und Herzrhythmus normalisiert. Taluvian® ist hervorragend verträglich.

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 Telusin®-Dosis die doppelte Isoptin®-Menge. Richtdosen: Bei Vorwiegen der Herzinsuffizienz Taluvian 0,5 mg 2–4mal täglich, des entspricht 1,0–2,0 mg Telusin® und 80–160 mg Isoptin® pro Tag. Bei Vorwiegen der Koronarinsuffizienz Taluvian 0,25 mg 3–6mal täglich, des entspricht 0,75–1,50 mg Telusin® 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 Präparate 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 Arzneimittelabbaus 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 Dragéee (0,5 mg) O.P. DM 29,27.

KNOLL AG, 6700 Ludwigshafen

knoll

Zur Pathophysiologie und Klinik des sogenannten Altersherzens*

von H. Franke

Mit dem Alter nehmen Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs sprunghaft zu und werden bei älteren Menschen über 65 Jahre mit einem Drittel und über 85 Jahre in der Hälfte der Fälle zur häufigsten Todesursache. Die Todesrate an kardiovaskulären Krankheiten steigt exponentiell mit dem Alter an. Bei Männern verdoppelt, bei Frauen verdreifacht sich die kardiale Todesrate für jede Lebensdekade.

Beim alternden Menschen findet sich eine problemreiche Konstellation der physiologischen und pathologischen Herz- und Kreislaufverhältnisse. Je älter der Mensch wird, desto schwieriger sind die physiologischen von den pathologischen Altersvorgängen am Herzen zu trennen. Nach den bisherigen Forschungen (Zapfe, 1970; Rivier, 1975) gibt es bei kreislaufgesunden Betagten ein Altersherz im Sinne eines essentiellen Cor senile wohl nicht. Bis heute ist es weder licht- noch elektronenmikroskopisch gelungen, das wahre Alter mit der Morphologie der Myokardfaser zu korrelieren und primäre, d. h. essentielle Altersvorgänge an der Myokardfaser zu sichern.

Es gibt sogar klinisch gesunde Herzen bei Langlebigen über 100 Jahre, die sich nicht von denen bei 50- bis 60jährigen unterscheiden. Wir selbst möchten aufgrund unserer kardiologischen Erfahrung an über 100jährigen Gesunden und aufgrund neuzeitlicher Literaturstudien von dem „Herzen bei alternden und alten Menschen" sprechen, das anetomisch, physiologisch und klinisch gewisse Besonderheiten aufweist.

Welche makroskopischen Veränderungen zeigt das Herz eines alternden gesunden Menschen? In der Regel werden mit zunehmendem Alter die Herzklappen bei derberem Endokard starrer. Die Vorhöfe, die vier großen Ostien und die angrenzende Ventrikelmuskulatur werden etwas größer. Die Koronarien verlieren an Elastizität und es tritt anscheinend eine bis heute morphologisch schlecht faßbare Änderung der Herzmuskulatur ein, die mit einer gewissen Kontraktionsminderung verbunden ist.

Die wenigen rein altersgebundenen mikroskopischen Herzveränderungen, wie die Lipofuszinablegerung, die mäßige Zunahme von Fettgewebe in den Vorhöfen sowie in den meisten Fällen das Altersamyloid, stehen in keiner Beziehung zur echten senilen Herzkrankheit. Die früher für das sogenannte Altersherz als charakteristisch angesehene braune Herzatrophie mit vorwiegend perinukleärer Lipofuszinablagerung der Myokardfasern ist bereits im vierten Lebensjahrzehnt bei Patienten mit konsumierenden Affektionen ohne klinische Zeichen eines Herzmuskelversagens zu finden.

Das eigentliche Grundphänomen des Herz- und Kreislaufsystems im biologischen Lebenslauf ist die allgemeine Abnahme der Anpassungsfähigkeit an körperliche Belastungen im höheren Alter. Man hat versucht, den Funktionswandel des älter werdenden Herzens bei klinisch Gesunden anhand mancher mehr oder minder leicht faßbarer Kreislaufparameter zu objektivieren. So nehmen das Schlag- und Minutenvolumen sowie das maximale Sauerstoffaufnahmevermögen als Maß für die körperliche Leistungsbreite nach dem 30. Lebensjahr ab. Das unter körperlicher Belastung vermehrt erforderliche Minutenvolumen muß bei Betagten vorwiegend durch einen Anstieg der Pulsfrequenz und weniger durch ein vermehrtes Schlagvolumen erreicht werden.

Die hierzu notwendige Pulsfrequenzregulation ist jedoch im höheren Alter nur in beschränktem Ausmaß möglich; so beträgt die unter körperlicher Belastung maximal erreichbare Herzfrequenz bei 70- bis 80jährigen Kreislaufgesunden höchstens 140 bis 150/min.

Da sich mithin die Arbeitsökonomie des Herzens bei Älteren verschlechtert, wird das Ausmaß der Trainierbarkeit aber nach dem 30. Lebensjahr geringer. Dennoch ist eine gewisse körperliche Belastbarkeit durch Sportübungen bei Kreislaufgesunden bis 65 Jahre möglich, vorausgesetzt, daß jeder größere Krafteinsatz mit statisch gefährlichen Preßdruckübungen vermieden wird. Danach können sogar Alterssportler zwischen 50 und 60 Jahren in ihrer kardiovaskulären Leistung 20 Jahre jüngeren untrainierten Personen durchaus gleichen.

Spezielle Parameter und arterieller Blutdruck

Wie wir heute wissen, nehmen mit steigendem Alter die Herzgröße und das Herzgewicht bei Herzkreislaufgesunden durchschnittlich geringfügig zu und nicht ab. Nach den umfangreichen Untersuchungen von Linzbach und Mitarbeitern an 3951 Männern und 3161 Frauen steigt das mittlere Herzgewicht, wie die Abbildung 1 zeigt, während der physiologischen Wachstumsperiode bis zur dritten Lebensdekade steil an; vom 30. bis 90. Lebensjahr ist hingegen ein nur wenig ausgeprägter Gewichtszuwachs des Herzens, bei Frauen etwas stärker, feststellbar. Für den Kliniker ist bei der röntgenologischen Vergleichsprüfung des Herzens nach Form, Größe und Lage im biologischen Lebenswandel weniger die Volumenzunahme als die Altersformwandlung der Herzfigur bei Kreislaufgesunden bedeutsam. Im Laufe von Jahrzehnten nimmt das Herz ein- und desselben gesunden Probanden speziell durch Elongation der Aorta thoracalis eine aortale Konfiguration an. Das durch Angiographie, durch Autopsie und durch Sonographie am Lebenden demonstrable Kaliber der Aorta nimmt mit dem Alter zu. Diese Altersektasie der Aorta geht nach den klassischen Untersuchungen von Wetzler und seiner Schule mit einer Elastizitätsabnahme des Windkessels einher; gleichzeitig erhöhen sich die Pulswellengeschwindigkeit und der periphere Gefäßwiderstand. In diesem Sinne scheint der bekann-

*) Vortrag anläßlich der 19. Bayerischen Internistentagung in München

Die Referate dieser Veranstaltung werden im Band 52 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über ihre Bezirksstelle der KVB erhalten (voraussichtlich im Herbst 1980)

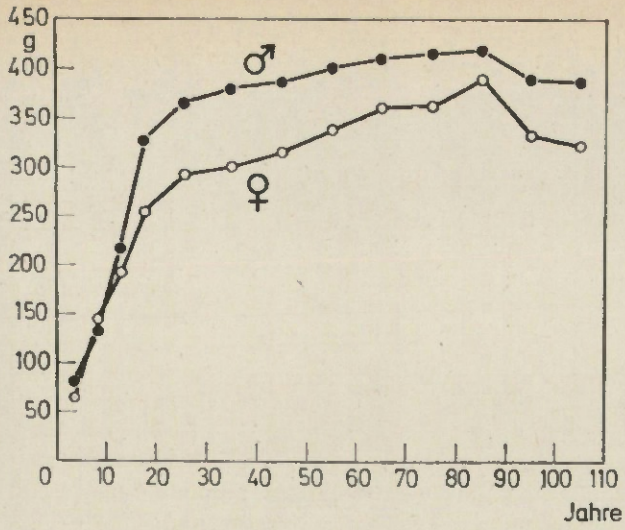


Abbildung 1
Mittleres Herzgewicht (Ordinate) und Lebensalter (Abszissa).
3951 Männer, 3161 Frauen. Altersklassen über 91 Jahre: 190 Männer, 328 Frauen
nach A. J. Linzbach und Mitarb.: Klin. Wschr. 51 (1973) 156–163, 164–175

te Ausspruch des Südfranzosen Cazali berechtigt zu sein: „Der Mensch ist so alt wie seine Gefäße".

Ob es jedoch eine echte Physiosklerose der Gefäße im Alter gibt, ist heute mehr als umstritten. Bürger versuchte, am Vorgang der Physio- und Pathosklerose des Gefäßsystems die unterschiedliche Alterung der Organe, auch des Herzens, darzustellen. Dieses Unterfangen hat sich jedoch als praktisch undurchführbar erwiesen, da es bis heute nicht gelungen ist, die altersbedingte und allgemein etablierte sogenannte Physiosklerose von der Krankheit Arteriosklerose abzugrenzen. In jüngster Zeit haben Düsseldorfer Kardiologen wie Knieriem, Freudenberg und Mitarbeiter und fernerhin Weiler versucht, anhand quantitativ erfaßbarer pathologisch-anatomischer Kriterien an den drei Hauptstämmen der Koronargefäße die physiologischen Gefäßveränderungen bei Gesunden von den pathologischen bei Koronarkranken in den verschiedenen Altersstufen abzugrenzen. Danach verschlechtern sich beim normalen Herz im Gegensatz zu Probanden mit Koronarsklerose die koronaren Durchblutungsverhältnisse auch in höherer Altersstufe nicht.

Nach Hauss und Wiggers beeinträchtigen die Altersveränderungen am Aortenrohr, der Verlust der Windkesseldynamik infolge des Elastizitätsschwundes und der aortalen Lumenerweiterung die Herzdynamik nur geringfügig.

Wie verhält sich nun der arterielle Blutdruck bei gesunden Personen im Laufe des Lebens?

Zur Beantwortung dieser Frage haben angloamerikanische Studien von Master und Mitarbeiter sowie von seiten des amerikanischen Gesundheitsministeriums an insgesamt 79757 Probanden die Grundlage geschaffen (Abb. 2). Danach steigen nach dem 50. Lebensjahr der systolische, der diastolische und der sogenannte mittlere Blutdruck bei Männern mäßig, bei Frauen etwas deutlicher an. Diese unblutig mit der Riva-Rocci-Methode bestimmten Blutdruckwerte haben die Erlanger Kardiologen Bachmann und Mitarbeiter an 400 herz- und kreislaufgesunden Jugendlichen und Erwachsenen im Alter von 10 bis 80 Jahren mittels direkter Kathetermessung des arteriellen Blutdruckes unter Ruhebedingungen ergänzt. Auch die direkte Blutdruckbestimmung zeigt für den systolischen Blutdruck eine stetige Altersprogression, für den diastolischen fanden die Erlanger Autoren nur bis zum fünften Lebensjahrzehnt einen mäßigen Anstieg.

Demnach wird im Alter der linke Ventrikel speziell in der Austreibungsphase etwas stärker druckbelastet als in der Jugend. Das Ausmaß der Kontraktilität (dp/dt) wird geringer, der enddiastolische Ventrikeldruck steigt mäßig an, das in der Kammer zurückbleibende Blutvolumen erhöht sich speziell bei körperlicher Belastung. Im höheren Alter rückt die Herzleistung physiologischerweise an die Insuffizienzgrenze heran, und zwar im Sinne einer erhöhten Versagensbereitschaft unter den verschiedenartigsten Belastungen. Unbewußt paßt sich der alternde Mensch seiner verminderten Leistungsfähigkeit durch wohldosierte und reduzierte Alltagsbelastungen an. Da jedoch eine echte Pumpinsuffizienz des Herzens unter diesen Alltagsbedingungen nicht existiert, wird heute eine physiologische Altersinsuffizienz des Herzens im Sinne von Wetzler abgelehnt. Die Verfestigung der Kollagenfasern als physiologische Altersveränderung im Sinne Verzars spielt anscheinend im alternden Herzen kaum eine Rolle.

Während wir heute die Existenz einer essentiellen Herzinsuffizienz

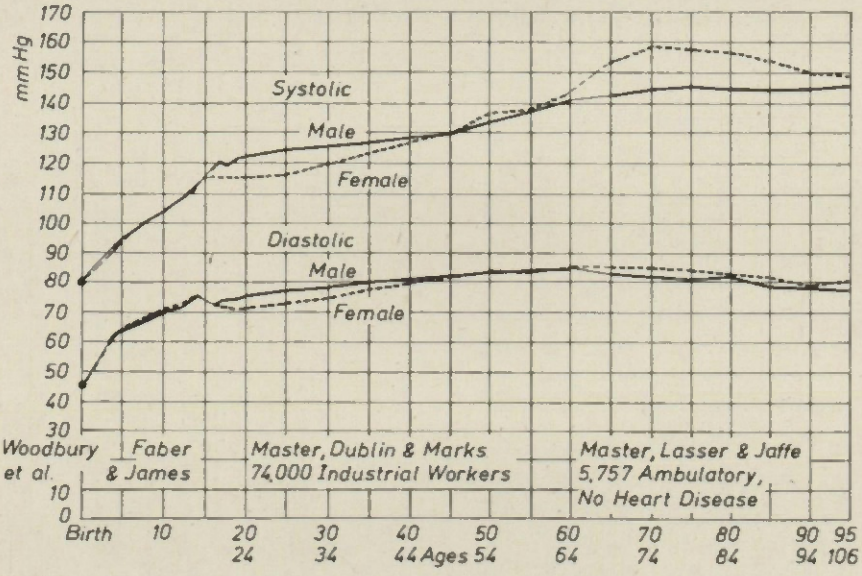


Abbildung 2
Das Verhalten des systolischen und diastolischen Blutdruckes von der Geburt bis in das höchsta Alter bei 79 757 Probanden beiderlei Geschlechts
nach A. M. Master et al.

bei einem rüstigen gesunden Greis zurückweisen, ist jedem Geriater das Herzversagen in höheren Altersstufen bei vitalitätseingeschränkten Betagten bekennt. Nach den vieiseitigen Untersuchungen der Geropathologen Pomerance und Linzbach liegt der Herzinsuffizienz im Greisenalter stets eine morphologisch faßbare Polypathie des Herzens zugrunde. Die meisten gleichzeitig registrierten pathologisch-anatomischen Veränderungen sind:

1. Die Koronarkrankheit aufgrund einer stenosierenden Koronarsklerose mit ihren ischämischen Myokardnekrosen

2. Die Arteriosklerose der intramuralen Gefäße

3. Die Hypertrophie der linken und weniger der rechten Herzkammer

4. Veränderungen an der Mitral- und der Aortenklappe

5. Disseminierte degenerative Veränderungen des Myokards aufgrund von Arteriosklerose und früher durchgemachten Myokarditiden.

Die verschiedenen klinischen Ausdrucksformen der ischämischen Herzkrankheit, wie Angina pectoris, Infarkt, Insuffizienz und Arrhythmien, weisen im höheren Lebensalter vermehrt atypische Verläufe, Komplikationen und eine erhöhte Sterblichkeit euf. Die Begründung liegt im folgenden:

Mit zunehmendem Alter kommt es im Krankheitsfalle nicht nur zu einer Polypathie des Herzens, sondern,

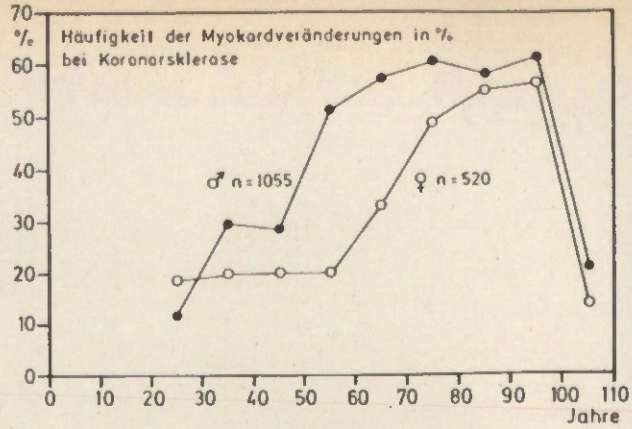


Abbildung 4
Häufigkeit der Myokardveränderungen (trische rezidivierende Infarkte, Interktnarben, Herzruptur und Aneurysme) in Prozent der Fälle bei Koronarskierose (Ordinate). Abszisse = Lebenselter — ● Männer — ○ Frauen
nach A. J. Linzbech und Mitarb.

wie Gsell und wir nachgewiesen haben, auch zu einer Polypathie bzw. Multimorbidität des gesamten Körpers. Im höheren Alter nehmen die bei einem Kranken gestellten Diagnosen fast proportional mit den Lebensdekaden zu. Die Herzkrankheiten spielen in der Geriatrie deshelb eine so große Rolle, weil die zunehmende Alterspolypathie des Herzens auf die Polypathie des alternden Gesamtorganismus trifft, und deshalb sind auch Erkrenkungen des Herzens und des Kreislaufs bei älteren Menschen über 65 Jahren, wie betont, die häufigste Todesursache.

In den letzten Dezennien heben Kliniker (Franke u. Mitarb., Gsell, Haranghy und Mitarb., Steinmann) und Pathologen (Linzbach, Pomerance, Visher und Roulet) die spezielle kardiovaskuläre Situation von Menschen geprüft, die sich an der obersten Schwelle der Lebensmöglichkeit befinden.

Während die Häufigkeit der Arteriosklerose des Myokards nach Angaben der Geropathologen eine streng altersabhängige Zunahme bis in die höchsten Altersstufen aufweist (Abb. 3), zeigt die Altersverteilung der Myokardveränderungen bei stenosierender Koronarsklerose in den höchsten Lebensstufen eb der zehnten Lebensdekade wiederum einen Abfall ihrer Häufigkeit (Abb. 4). Worauf beruht diese lehrreiche Beobachtung? Diesbezügliche kardiovaskuläre Untersuchungen an zunächst 150 über 100jährigen lehren, daß eine spezielle, wahrscheinlich genetisch verankerte Manifestation der Alterskardiosklerose mit nicht selten lumenerweiternder Form der Koronarsklerose und eine besondere Topik der Arteriosklerose in der Körperperipherie einschließlich des Gehirns, für das Erreichen des Höchstalters mitverantwortlich ist. Die 100jährigen und älteren Personen stellen nach unseren Untersuchungen an bis jetzt 510 Höchst-

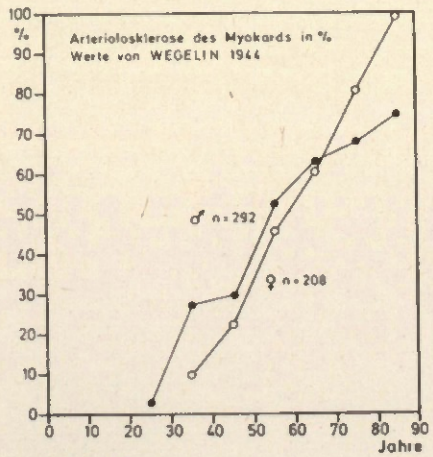


Abbildung 3
Häufigkeit der Arteriosklerose in Prozent der Fälle nach Wegelin, 1944 (Ordinate). Abszisse = Lebenselter — ● Männer — ○ Frauen
nach A. J. Linzbach und Mitarb.

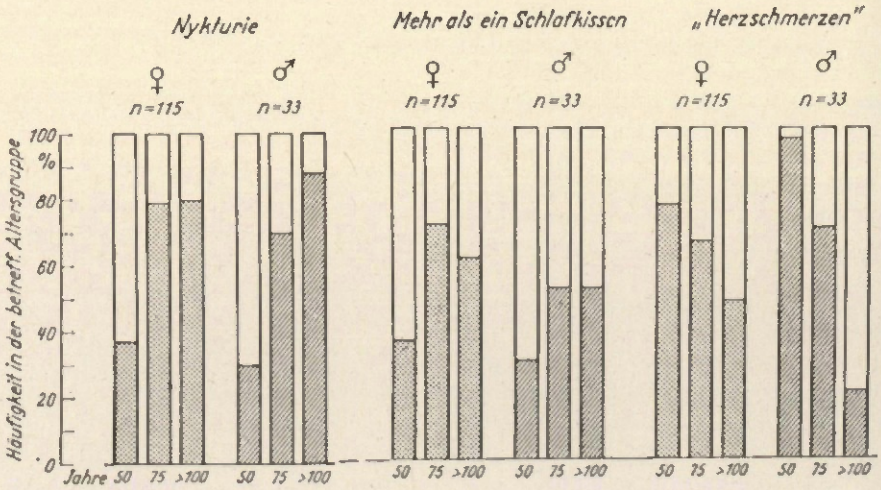
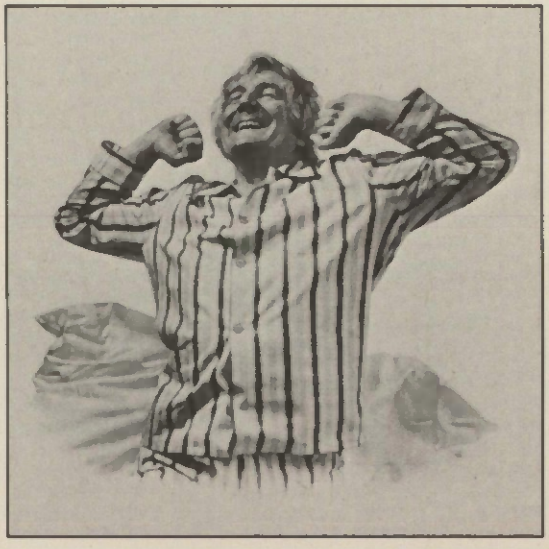


Abbildung 5
Häufigkeit von Nykturie, Benutzung von mehr als einem Koptkissen und von stenokerdischen Beschwerden in den verschiedenen Altersgruppen (bei je 148 50-, 75- und 100jährigen)

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

betagten eine positive Selektion der Gesamtbevölkerung dar. Sie haben – vorwiegend, aber nicht nur – infolge ihrer genetisch bedingten kardiovaskulären Situation das übrige Gros der Mitmenschen überlebt. Es ist deshalb von Interesse, jene spezifischen Herz- und Kreislauffaktoren ausfindig zu machen, die eine hohe Lebenserwartung begünstigen. Zu diesem Zweck haben wir die kardiovaskulären Verhältnisse von zunächst 148 100jährigen und älteren Personen denen eines gleichgroßen Kollektivs von 50- und 75jährigen gegenübergestellt. Die wesentlichen Ergebnisse waren:

Im Vergleich mit den 50jährigen nimmt in den höchsten Altersstufen die Neigung zu Nykturie und der Gebrauch von mehr als einem Kopfkissen zum Schlafen zu (Abb. 5). Diese Sachverhalte deuten auf eine latente Herzinsuffizienz bei Alterskardiosklerose hin. Die Höchstbetagten weisen im Gegensatz zu jüngeren Altersstufen eine geringere Tendenz zu Stenokardien auf und zeigen im allgemeinen ein normales Blutdruckverhalten: Bei 118 unserer 100jährigen konnten wir im Durchschnitt normale systolische, diastolische und mittlere Blutdruckwerte nachweisen (s. Tab. 1). Interessanterweise hängen die speziellen kardiovaskulären Befunde der Höchstbetagten von deren Vitalitätsgraden ab. Die Kategorie der rüstigen bewegungstüchtigen 100jährigen (die Gruppe I unserer Vitalitätsskala) ist trotz nachweisbarer Kardiosklerose und eventuell vorliegendem Altersmyokardamyloid kardiovaskulär völlig kompensiert.

Die Hälfte unserer hinfälligen Langlebigen, deren Lebensraum auf das Zimmer beschränkt ist, die Gruppe II unserer Vitalitätseinteilung, sowie alle Siechen der Höchstbetagten, die ständig Bettlägerigen, also unsere Gruppe III, zeigen eine latente bis manifeste kardiovaskuläre Dekompensation.

Theoretiker haben immer wieder die Frage diskutiert, ob ohne Einwirkung von kardiovaskulären Krankheiten und schädlichen exogenen Einflüssen der physiologische Tod beim Menschen allein durch Altersschwäche mit etwa 115 Jahren eintritt.

Nach den bisher vorliegenden Obduktionsbefunden gibt es kaum Hinweise dafür, daß die Höchstbetagten an der obersten Schwelle des menschlichen Lebens allein infolge sogenannter Altersschwäche ohne Mitbeteiligung des Herzens und des Kreislaufs sterben.

Besonders lehrreich sind naturgemäß die klinischen und pathologisch-anatomischen Herz- und Kreislaufbefunde der ältesten bisher geriatrisch geprüften Probanden der Erde (Linzbach, Franke).

Die zum Teil erheblichen pathologisch-anatomischen Befunde am kardiovaskulären System dieser Höchstbetagten haben vor einem Jahrzehnt amerikanische Geriater (Harris) als kardiovaskuläres Paradoxon bezeichnet, weil trotz der erstaunlichen kardialen, angiologischen und sonstigen Organpolypathie eine Existenz dieser Probanden an der obersten menschlichen Lebensgrenze überhaupt möglich ist.

Die klinischen, speziell die kardiovaskulären und später pathologisch-anatomischen Befunde der ältesten von uns betreuten Bürgerin in Westdeutschland bieten in dieser Hinsicht ein über die Kasuistik hinausgehendes Interesse, weil es sich

Abbildung 6
Die 111 Jahre alt gewordene Frau K. B.

hierbei um die Obduktion des ältesten Menschen überhaupt handelt, die nachweisbar bisher aufgrund einwandfreier Feststellung des hohen Alters eines Probanden jemals vorgenommen wurde.

Die Betreffende – Frau Katharina B. – wurde aufgrund eines amtlichen Taufscheines, und zwar vorliegend aus der Zeit der Geburt, am 13. September 1867 in Offenbach in der Pfalz geboren und starb am 15. Februar 1979, also mit 111 Jahren und fast fünf Monaten (Abb. 6). Klinisch wurde die Betreffende in größeren zeitlichen Abständen seit ihrem 109. Lebensjahr von uns betreut und gehörte zu den rüstigen unserer Höchstbetagten, d. h., sie war bis auf die letzten Monate ihres Lebens nicht bettlägerig. Die kardiovaskulären Befunde waren bis einen Monat vor ihrem Ableben als gut zu bezeichnen. Sie hatte keine Herzbeschwerden, keine Atemnot und keine kardialen Ödeme. Ihr Herz war klinisch nach Form, Größe und Lage nicht sicher krankhaft vergrößert. Über allen Ostien war ein systolisches Geräusch mit Fortleitung in die Halsgefäße hörbar. Der Blutdruck war mit 115/80 mm Hg relativ hypoton. Das EKG zeigte einen regulären Sinusrhythmus von 65/min, einen beginnenden AV-Block I. Grades mit Linkstyp und mit leichten intraventrikulären Leitungsstörungen (Abb. 7). Klinisch war die Probandin bis auf ein mäßiges Emphysem noch drei Wochen vor ihrem Ableben kardiovaskulär völlig kom-

Blutdruckverhalten von 118 über 100jährigen Personen in der Bundesrepublik Deutschland

Probanden-Anzahl	syst. RR (Torr)	diast. RR (Torr)	Amplitude Δp (Torr)	Mittlerer RR $p_m = p_{di} + 0{,}43 \cdot \Delta p$ (Torr)
118	145,4 ± 3,7	78,5 ± 1,9	66,8 ± 3,0	107,0 ± 2,3
davon				
35 ♂	137,9 ± 4,4	75,7 ± 2,5	62,1 ± 3,6	102,5 ± 2,9
83 ♀	152,8 ± 3,0	81,3 ± 1,3	71,6 ± 2,4	112,0 ± 1,8

Tabelle 1

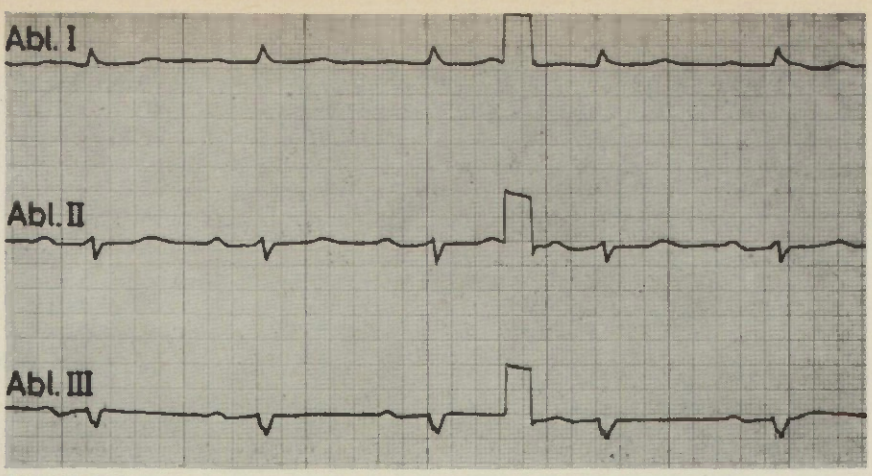


Abbildung 7
Extremitäten-EKG von Frau K. B. mit 109½ Jahren

Die biotensorologischen Faktoren zeigten im sogenannten biochemischen Muster eine mäßige Nierenfunktionsstörung mit einer Erhöhung des Kreatininspiegels auf 2,0 mg/dl und des Serumharnstoffgehalts auf 32 µg/dl; fernerhin fand sich eine Erniedrigung des Serum-Eisen-Spiegels auf [illegible] und eine erhöhte Kupferspiegel von 205 % %. Sonst zeigten die blutserologischen Parameter, speziell das Cholesterin und die Triglyceride, regelrechte bis subnormale Werte.

Nach kurzfristigem Krankenlager verstarb die sonst rüstige Patientin an einer Emphysembronchitis und einer aszendierenden Pyelitis an plötzlichem Herzmuskelversagen.

Die vom Pathologisch-Anatomischen Institut der Universität Heidelberg (Direktor: Professor Dr. Doerr) vorgenommene Obduktion ergab mit 150 g ein relativ untergewichtiges Herz mit brauner Atrophie. Das Herzskelett und die Aortensegel waren verkalkt. Es fand sich eine grobflächige Myokardfibrose, eine linksseitige Papillarmuskelfibrose, eine senile Paramyloidose des gesamten Herzens, eine Endokardfibrose des linken Vorhofs, eine teils stenosierende Koronarsklerose mit ausgesprochener dilatativer Sklerose des Ramus circumflexus der linken Herzkranzarterie und eine subtotale stenosierende Sklerose der rechten Herzkranzarterie mit poststenotischer Dilatation. Die Aorta thoracalis war stark dilatiert ohne wesentliche arteriosklerotische Ablagerungen, im Gegensatz hierzu fand sich eine starke Atheromatose der Bauchaorta. Die Patientin hatte pathologisch-anatomisch das klassische Kombinationsbild einer siebenfachen Polypathie des Herzens

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

mit einer 14-Leiden-Polypathie der übrigen Organe; sie wies insgesamt 21 mehr oder minder ausgeprägte Affektionen des gesamten Körpers auf (s. Tab. 2, 3 und 4).

Die Sektionsergebnisse dieser wohl ältesten bisher auf der Welt obduzierten 111jährigen und fünf Monate alten Frau erlauben im Verein mit den pathologisch-anatomischen Untersuchungen an weiteren Langlebigen (Franke, Linzbach, Steinmann u. a. m.) folgende Schlußfolgerung:

Mit fortschreitendem Alter nimmt die mittlere Zahl krankhafter Veränderungen am Herz und an den anderen Körperorganen zu. Die kardiale Polypathie erklärt die Zunahme der Herzinsuffizienz im Alter. Nicht die einzelne Krankheit oder das isolierte Leiden, sondern ihre Zunahme ist ein wahrer Alternsvorgang, zumal diese kardiale und globale Polypathie des Gesamtkörpers eine sehr gute streng lineare Korrelation mit dem Lebensalter zeigt (Franke, Gsell und Lindner). Da auch in mathematischer Beziehung der Letalitätsquotient an Herzkrankheiten und an allgemeinen Leiden mit zunehmendem Lebensalter der Gompertzschen Formel über die exponentielle Zunahme der Sterberate für alle Todesursachen entspricht, hat Linzbach auf der Grundlage des Polypathiegeschehens eine neue pathologisch-anatomisch begründete Alternstheorie aufgestellt. Wir selbst haben hierzu einige wissenschaftliche Bausteine geliefert, zumal wir bereits 1976 die These vertreten haben: *„Die Herzkrankheiten spielen in der Geriatrie deshalb eine so große Rolle, weil die zunehmende Alterspolypathie des Herzens auf die Polypathie des alternden Gesamtkörpers trifft."*

Polypathia des Herzens einer 111 Jahre und 5 Monate alten Frau

1. Verkalkung des Herzskeletts und der Aortensegel
2. Grobflächige Myokardfibrose
3. Isoliarte Papillarmuskelfibrose
4. Senile Paramyloidosa des gesamten Herzens
5. Endokardfibrose des linken Vorhofs
6. Teils stenosierende, teils dilatative Koronarsklerose mit subtotaler Stenose des rechten Herzkranzgefäßes
7. Braune Atrophie des Herzens (Herzgewicht 150 g)

Tabelle 2

Polypathie der übrigen Organe einer 111 Jahre und 5 Monate alten Frau

1. Zerebralarteriosklerosa
2. Hirnerweichungsherde
3. Hämorrhagische Urozystitis mit aszendierender Pyelonaphritis
4. Niereninsuffizienz
5. Pleuritis
6. Emphysembronchitis
7. Schrumpfgallenblase mit Pericholezystitis und Cholelithiasis
8. Narben nach Ulcus ventriculi
9. Allgemeine Osteoporosa mit Gefügestörung der Wirbelsäule
10. Darmoidzyste des Ovars
11. Alte Pyometra
12. Euthyreote Struma nodosa
13. Alterstaubheit
14. Marasmus senilis bei allgemeiner Organinvolution

Tabelle 3

Polypathie bei einer 111 Jahre und 5 Monate alten Frau

I. Polypathie des Herzens	*II. Polypathie der übrigen Organe*
7 Leiden	14 Leiden

= 21 Leiden und Krankheiten im Höchstalter

Tabelle 4

Zusammenfassung

Das Herz-Kreislauf-System des alternden Menschen weist eine Reihe morphologischer, funktioneller und klinischer Besonderheiten auf.

Änderungen nach Herzform, -größe und -gewicht, an Koronarien, Klappen und Aorta gehen mit charakteristischen Veränderungen verschiedener hämodynamischer Parameter einher. Es resultiert eine Abnahme der Anpassungsfähigkeit en körperliche Belastungen und eine erhöhte Versagensbereitschaft.

Dennoch ist die Herzinsuffizienz im Alter nicht als physiologisch anzusehen, sondern durch das Zusammentreffen der zunehmenden Alterspolypathie des Herzens (koronare Herzkrankheit, Arteriosklerose, Hypertrophie, Klappenveränderungen, disseminierte degenerative Veränderungen) und der Polypathie bzw. Multimorbidität des alternden Gesamtorganismus bedingt. Die verschiedenen Formen der ischämischen Herzkrankheit (Angina pectoris, Infarkt, Insuffizienz, Arrhythmien) weisen im höheren Lebensalter vermehrt atypische Verläufe, Komplikationen und eine erhöhte Sterblichkeit auf.

Im Vergleich mit jüngeren Altersstufen besteht bei über 100jährigen eine vermehrte Neigung zur Nykturie, ein stärkeres Bedürfnis zum Schlafen mit mehreren Kopfkissen und ein Nachlassen der stenokardischen Beschwerden trotz vorhandener Kardiosklerose. Die Blutdruckverhältnisse bei 118 Langlebigen zeigen im Durchschnitt normale Werte.

Die speziellen kardiovaskulären Verhältnisse bei Höchstbetagten hängen von deren Vitalitätsgraden ab.

Nach unseren Untersuchungen an bisher 510 Höchstbetagten ist die wahrscheinlich genetisch bedingte kardiovaskuläre Situation für das Erreichen dieser Altersstufe vorwiegend verantwortlich.

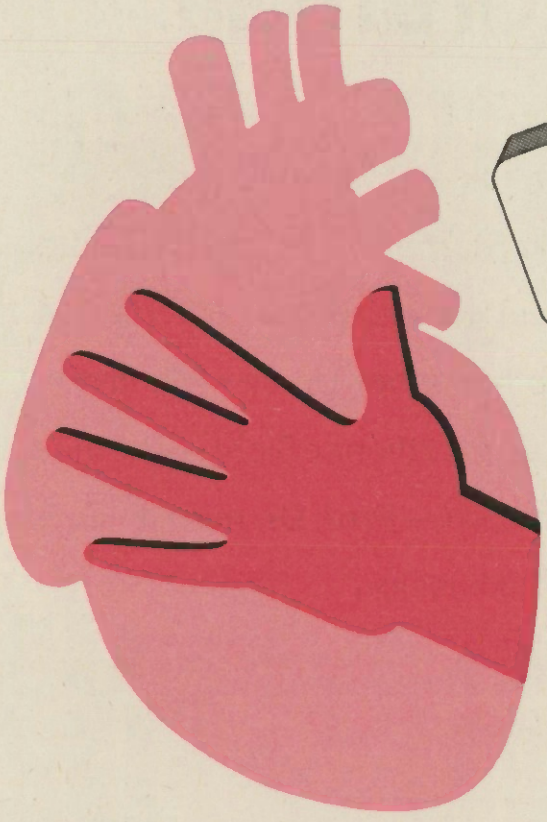
Abschließend wird euf die klinisch und pathologisch-anatomisch belegte kardiale Polypathie mit sieben Affektionen der bisher ältesten von uns beobachteten und obduzierten Langlebigen, einer 111 Jahre und fünf Monate alten Frau hingewiesen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med. H. *Franke*, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack® Retard



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:** Langzeittherapie 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.

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. **Hinweis:** Seda Nitro Mack Retard kann, auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch, das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierung:** Im allgemeinen 2 – 3 Kapseln täglich. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,15; O.P. mit 100 Kapseln DM 31,15; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 27,30; O.P. mit 100 Kapseln DM 47,35; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Seda Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,95; A.P. mit 5 x 50 Kapseln.

(Stand Febr. 1980)

DIE BAYERISCHE LANDESÄRZTEKAMMER VERANSTALTET MIT DEN ÄRZTLICHEN BEZIRKSVERBÄNDEN SCHWABEN UND UNTERFRANKEN DIE FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG

Der Reaktorunfall

1. Einführung in die Problematik – Dr. med. B. Betz
2. Kernreaktoren, Typen und Störfälle – Dr. Ing. W. Löster
3. Medizinische Aspekte beim Reaktorunfall – Dr. med. K. Niklas
4. Der Super-GAU, ein hypothetischer Unfall – Dr. Ing. W. Löster
5. Die Strahlenkatastrophe aus ärztlicher Sicht – Dr. med. B. Betz
6. Therapie der Strahlenschäden – Prof. Dr. med. F. E. Stieve
7. Rundtischgespräch und Diskussion

Ärztlicher Bezirksverband Schwaben

Ort: Augsburg, Gögginger Str. 10, Kongreßhalle - Mozartsaal

Zeit: Samstag, 19. Juli 1980

Beginn: 10 Uhr s. t.
Ende ca. 13 Uhr

Ärztlicher Bezirksverband Unterfranken

Ort: Würzburg, Ärztehaus – Hofstr. 5

Zeit: Samstag, 21. Juni 1980

Beginn: 9 Uhr s. t.
Ende ca. 12 Uhr

Aktuelle Probleme der Neurologie in der Praxis

63. Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. H. Struppler, München:

Engpaßsyndrome

Diagnostik und Behandlung von Engpaßsyndromen gehören zu den dankbarsten ärztlichen Aufgaben, da man mit relativ einfachen Mitteln einen oft langen Leidensweg beenden kann. Das Problem ist lediglich das Daran-denken. Unter Engpaß- oder Kompressionssyndromen verstehen wir Druckschädigungen peripherer Nerven, die sich vermutlich durch Ischämie entwickeln. Zu Beginn können lange Mißempfindungen als einziges Symptom bestehen und erst nach und nach tritt das typische Vollbild einer peripheren Nervenschädigung auf. Davon abzugrenzen sind spättraumatische Schädigungen eines peripheren Nervs, Mononeuritiden bei Stoffwechselerkrankungen und Radikulopathien. Zur Differenzierung ist dann neben der gründlichen neurologischen Untersuchung oft eine EMG mit Messung der Nervenleitungsgeschwindigkeit notwendig.

Bei den Engpaßsyndromen an der oberen Extremität steht der Häufigkeit nach das Karpaltunnel-Syndrom an erster Stelle. Daran denken sollte man immer dann, wenn der Patient über nächtliche Armschmerzen mit Parästhesien in der Hand klagt, wobei Sensibilitätsstörungen, vor allem aber eine Schwäche bzw. Atrophie der Tenarmuskulatur recht spät nachweisbar sind. Der Nervus medianus wird aber nicht nur unter dem Ligamentum transversum, sondern in selteneren Fällen auch beim Durchtritt durch den Pronatormuskel komprimiert, wobei dann letztendlich im Gegensatz zum Karpaltunnel-Syndrom das Vollbild einer peripheren Medianuslähmung, nämlich die Schwurhand, auftritt. Am zweithäufigsten ist das Ulnaris-Rinnensyndrom, bei dem auch über längere Zeit zunächst ein nicht klar lokalisierbares Spannungsgefühl im Armbereich auftritt und erst spät eine typische Ulnarisparese nachweisbar ist.

Das häufigste Engpaßsyndrom des Nervus radialis ist das sogenannte Supinator-Syndrom, wobei es langsam zu einer Streckschwäche der Handmuskulatur kommt und eine Sensibilitätsstörung fehlt. Bei Armschmerzen, die vor allem bei deutlicher Abduktion des Oberarmes auftreten, muß man an ein sogenanntes Skalenus-Syndrom, aber auch an ein Kostoklavikular-Syndrom denken. Selten, aber für den Patienten sehr unangenehm, ist eine Druckschädigung des Nervus suprascapularis an der Skapularinzisur.

An der unteren Extremität treten der Häufigkeit nach das Tarsaltunnel-Syndrom und die Kompressionssyndrome des Nervus fibularis auf. Wenn bei einem Patienten langsam zunehmend Sensibilitätsstörungen an der Fußsohle auftreten, sollte man an ein Kompressionssyndrom denken, das sich posttraumatisch, aber auch durch Fehlhaltung oder Fehlbelastung entwickeln kann. Relativ häufig ist eine Druckschädigung im Bereich des Fibularköpfchens, aber auch nicht selten eine Druckschädigung im Bereich des Fußrückens durch schlecht sitzende Schuhe, mit umschriebender Sensibilitätsstörung und doch erheblicher Zehenstreckschwäche. Bekannt ist die Meralgia paraesthetica, wobei es sich um eine Druckschädigung des Nervus cutaneus femoris lateralis handelt, der im Bereich des Leistenbandes stark abgeknickt verläuft, und wobei als Druck eine Verspannung der Bauchmuskulatur, Fehlhaltungen, aber auch intraabdominelle Drücke wirken können. Häufig bildet sich die Sensibilitätsstörung im Oberschenkelaußenbereich spontan wieder zurück. Der Nervus femoralis hat zwei exponierte Stellen, die eine vor dem Musculus iliacus, die andere am Leistenband. Bei der Schädigung treten dann sensible Reiz- oder Ausfallserscheinungen im Nervenausbreitungsgebiet und beim Beugen in der Hüfte auf. Im Leistenbereich können aber auch die drei anderen Nerven – der Nervus ileohypogastricus, der Nervus ileoinguinalis und Nervus genitofemoralis – druckgeschädigt sein. Hier kann nur eine gründliche neurologische Lokaldiagnose mit genauer Kenntnis der Versorgungsbereiche Aufklärung bringen. Eine Druckschädigung des Nervus obturatorius äußert sich in ziehenden Schmerzen im Bereich der Oberschenkeladduktoren.

Die Therapie bei eindeutigen Engpaßsyndromen zielt auf eine passive Entlastung ab. Man unterstützt medikamentös mit entquellenden Präparaten, wie Tanderil® oder Voltaren®. Gewinnt man jedoch den Eindruck, daß es zu einer fortschreitenden Nervenschädigung kommt, wird man dem Patienten eine operative Dekompression empfehlen.

Professor Dr. K. A. Flügel, Erlangen:

Iatrogene Nervenschäden

Iatrogene Schäden nehmen in der Medizin eine Sonderstellung ein, da sie eine Umkehr der sonst üblichen Situation von Patient und Arzt herbeiführen und das Verhältnis der beiden zueinander empfindlich stören können. Der Arzt wird in paradoxer Weise zum Urheber einer Gesundheitsstörung und dies in aller Regel in seinem Bemühen, dem Patienten zu helfen. Er wird moralisch, aber auch ganz konkret materiell zum Schuldner des Patienten. Bay hat ganz klarsichtig aufgezeigt, wie diese Verschiebung über die Mobilisierung von Affekten zu Fehlverhalten auf beiden Seiten führen und damit eine angemessene Therapie erschweren oder gar vereiteln kann. Bei iatrogenen *peripheren* Nervenschäden ist die Verursachung durch diese oder jene therapeutische oder diagnostische Maßnahme auch für den Unkundigen relativ evident, da sie sich oft an bislang unversehrten Körperabschnitten oder -funktionen und zudem meistens akut und in deutlichem zeitlichen Zusammenhang mit der ursächlichen Maßnahme manifestieren. Die iatrogenen peripheren Nervenschäden lassen sich nach dem Gesichtspunkt der Entstehungsweise, des maßgeblichen pathogenetischen Mechanismus unterteilen:

1. *Injektionsschäden* entstehen in der Regel durch unsachgemäße Behandlungstechnik und sind praktisch immer als Kunstfehler zu bewerten.

2. *Druckschäden* sind wahrscheinlich am häufigsten. Sie entstehen meist an Stellen, an denen sich durch anatomische Varianten und andere Faktoren Engpaßsyndrome entwickeln können, vorwiegend jedoch an solchen Stellen, an denen

der Nerv relativ oberflächlich gelegen ist. Dann kann es durch ungünstige Lagerung relativ leicht zu einer Druckschädigung kommen, zumal wenn es sich um einen narkotisierten, bewußtlosen oder hochgradig geschwächten Patienten handelt. Die Kenntnis dieser Schädigungsmöglichkeit wird heute allgemein vorausgesetzt und die Unterlassung einer geeigneten Abpolsterung kann als Behandlungsfehler angelastet werden.

3. Von den mechanischen Nervenläsionen abzugrenzen sind die *toxisch* bedingten Schädigungen peripherer Nerven, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, weil es sich meistens um Polyneuropathien handelt, die von einer großen Palette von Medikamenten hervorgerufen werden können.

Spritzenschäden peripherer Nerven können bei verschiedenen Injektionsweisen vorkommen, bei intramuskulärer, intravenöser bzw. paravenöser, subkutaner und versehentlich intraarterieller Injektion, schließlich auch bei intraduraler statt epiduraler Injektion.

Die häufigste und praktisch bedeutungsvollste Spritzenlähmung ist die des Nervus ischiadicus bei unsachgemäßer intraglutäaler Einspritzung eines Medikamentes. Typisch, wenngleich nicht obligat, ist der während der Injektion auftretende lokale und in das Bein einstrahlende Schmerz, der unterschiedlich schnell von Lähmungserscheinungen und sensiblen Ausfällen gefolgt ist. Während die Verletzung des Nervus ischiadicus bei der allgemein geforderten Injektion in den oberen äußeren Quadranten der Gesäßmuskulatur vermieden werden kann, sind die Verhältnisse für die wesentlich seltenere Injektionsschädigung des Nervus glutaeus superior anders. Die Läsion, die eine Schwäche der Hüftabduktoren zur Folge hat, soll auch bei richtiger intraglutäaler Injektion gelegentlich vorkommen. Sehr selten wird eine Läsion des Nervus femoralis durch intramuskuläre Injektion beobachtet, ebenso die des Nervus radialis und noch seltener des Nervus medianus oder ulnaris bei Injektion in den Oberarm. Ganz allgemein wird immer wieder festgestellt, daß von primärer Bedeutung für die Spritzenschädigung die Injektionsstelle, dagegen das Medikament selbst von sekundärer Bedeutung sei. Neben der direkten Injektion an den Nerv kann eine Nervenschädigung auch durch sekundäre Folge bei intraarterieller Injektion zustande kommen. Die ischämische Entstehung wurde z. B. für den Ischiadikus bei Injektionen in die Arteria glutaea inferior und für den Nervus medianus bei Injektion in die Arteria brachialis beschrieben. Die Punktion einer Arterie kann andererseits zu einer stärkeren arteriellen Blutung führen, die wiederum durch Druckwirkung einen benachbarten Nerv beeinträchtigen kann. Beim Anlegen eines Subklaviakatheters kann z. B. die Arterie angestochen und durch ein Hämatom eine Armplexusläsion hervorgerufen werden.

Neue LA-MED Befragung:

Ihr Urteil ist gefragt!

In den kommenden Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED, Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e. V., in der die überregionalen und regionalen ärztlichen Fach- und Standesblätter zusammengeschlossen sind, erneut die Ärzte zu ihrem Leseverhalten.

Falls Sie zu den repräsentativ ausgewählten Ärzten gehören, die vom Untersuchungsinstitut IVE um ein Interview gebeten werden, bitten wir Sie recht herzlich um Ihre bereitwillige Mitwirkung.

Wir als Verlag, Redaktion und Herausgeber sind sehr daran interessiert, wie Sie das Informationsangebot des „Bayerischen Ärzteblattes" einschätzen und nutzen. Zur weiteren Verbesserung unserer Zeitschrift sind wir auf Ihr Urteil darüber angewiesen, wie unsere Arbeit bei Ihnen „ankommt". Sie ziehen den Nutzen daraus!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr
BAYERISCHES
ÄRZTEBLATT

Über die Häufigkeit iatrogener Nervenschäden läßt sich schwer etwas Konkretes sagen. Hier bestehen große Unterschiede unter den Nerven. Von 776 Patienten, die in einem Zeitraum von drei Jahren in der Erlanger Neurologischen Klinik ambulant mit einer peripheren Nervenschädigung untersucht wurden, hatten 55 (sieben Prozent) eine iatrogene Schädigung im engeren Sinne und 74 eine iatrogene Schädigung, wenn Bestrahlungsfolgen und Nervenschäden im Zusammenhang mit Resynthesen von Frakturen mitgezählt werden. Die relative Häufigkeit einer iatrogenen Schädigung ist bei den verschiedenen Lähmungen sehr unterschiedlich. Während z. B. der Anteil der iatrogenen Ischiadikusläsionen an der Gesamtzahl der Schädigungen dieses Nervs mit fast 40 Prozent relativ hoch ist, betrug der prozentuale Anteil iatrogener Läsionen beim Nervus facialis nur 2,8 und beim Nervus ulnaris nur 3,6 Prozent. Besonders hoch war der Anteil der Akzessoriusschädigungen (vier von sechs Fällen) und Hypoglossuslähmungen (zwei von drei Fällen).

Die Prognose ist abhängig von der Schädigungsart und -schwere. Grundsätzlich kommen alle Schädigungstypen von der Neuropraxie oder leichtesten Druckläsion über die schwere Druckschädigung oder Axonotmesis bis zur partiellen oder vollständigen Durchtrennung des Nervs vor. Damit ist die Prognose und die angemessene Therapie entsprechend unterschiedlich. Glücklicherweise ist in der Mehrzahl der Druckschädigungen die Prognose günstig. Die Spritzenlähmungen sind nicht zuletzt auch deshalb so wichtig, da bei ihnen häufiger bleibende Funktionsausfälle vorkommen.

Zur Therapie einige allgemeine Worte. Sie ist in den meisten Fällen konservativ und besteht – wie bei peripheren Lähmungen jeglicher Genese – in Elektro- und Übungstherapie. Eine Revision kann erforderlich sein, wenn die Rekonstruktion oder Neurolyse zur Frage steht. Die Therapie sollte (und das gilt besonders für die Injektionsschäden) in die Hand eines neutralen Arztes, der nicht für den Schaden verantwortlich ist, gegeben werden. Es wird sich in aller Regel um einen Nervenarzt handeln, der den Befund und Verlauf sachkundig und neu-

Die klassische Hochdrucktherapie

®Adelphan-Esidrix

verhindert die Spätfolgen des Hochdrucks

Zusammensetzung: Eine Tablette enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin-sulfat + 10 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Arterielle Hypertonie. **Kontraindikationen:** Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz schwereren Grades; hochgradige Koronarsklerose; Depressionen, Magen-Darm-Ulzera, Kolitis und Gastroenteritis – auch in der Anamnese –. **Nebenwirkungen:** Zu Behandlungsbeginn gelegentlich Nausea und Tachykardie. In seltenen Fällen Hypokaliämie, Hyperglykämie, Hyperurikämie, orthostatische Regulationsstörungen, Verstopfung der Nase, migräneartige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Lymphdrüsenschwellungen, Störungen des leukopoetischen Systems, Magen-Darm-Ulzera, gesteigerte Magen-Darm-Motilität, Potenzstörungen oder depressive Verstimmungen. **Wechselwirkungen:** Der Reserpin-Anteil kann die bradykarde Wirkung der Digitalisglykoside sowie die Wirkung zentral dämpfender Pharmaka und den blutdrucksenkenden Effekt antihypertensiver Pharmaka verstärken. – Der Hydrochlorothiazid-Anteil kann die Wirkung von Antidiabetika verringern, die kardio- und neurotoxische Wirkung von Lithiumsalzen sowie den kaliumausschwemmenden Effekt von Glukokortikoiden erhöhen und die Wirkung von Herzglykosiden bei bestehendem Kaliummangel verstärken. **Dosierung:** Behandlungsbeginn im allgemeinen 1–2mal 1 Tablette pro Tag, evtl. vorübergehende Dosissteigerung. Zur Dauerbehandlung genügt vielfach 1 Tablette täglich. **Besondere Hinweise:** Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. – Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. – Bei höherer Dosierung und eingeschränkter Nierenfunktion sind die Plasma-Kreatininwerte sowie der Elektrolythaushalt zu kontrollieren. **Handelsformen und Preise:** 20 Tabletten DM 8,–, 50 Tabletten DM 17,55, 100 Tabletten DM 29,05; Anstaltspackung. Stand: Februar 1980

AUS DER HERZ-KREISLAUF-FORSCHUNG

CIBA

CIBA–GEIGY GmbH, 7867 Wehr AdE 3

tral beurteilen und zwischen den neurogenen Störungen einerseits und möglichen reaktiv-psychogenen Überlagerungen andererseits zu unterscheiden vermag.

Dr. A. Roß, München:

Die idiopathische Fazialisperese

Die idiopathische Fazialisparese steht unter den Mononeuropathien im Bereich der Hirnnerven an erster Stelle, sowohl zahlenmäßig als auch hinsichtlich des bedrohlichen Aspektes einer solchen Erkrankung, die typischerweise plötzlich den Betroffenen überrascht und zunächst immer eine bleibende Entstellung befürchten lassen muß. Gerade deshalb hat diese Nervenlähmung immer schon zu besonderer therapeutischer Aktivität herausgefordert, aber trotzdem gibt es bis heute kein Behandlungsprinzip, von dem die Wirksamkeit gesichert oder allgemein enerkannt ist.

Die therapeutischen Probleme fangen schon damit an, daß die Ätiologie ungeklärt ist. Virale und primärvaskuläre Genese werden diskutiert. Gesicherte Befundergebnisse bestehen über eine sekundäre Ödementwicklung, weil sie ja speziell bei jeder rasch einsetzenden Funktionsstörung zustandekommt. Das Besondere des Gesichtsnervs ist nun seine anatomische Situation – der enge knöcherne Kanal erlaubt bei Ödembildung kein Ausweichen, so daß eine Druckeinwirkung unausweichlich ist. Nach Ansicht vieler Autoren ist diese sekundäre Ödembildung für den Verlauf und das Schicksal des Nervs letztlich von entscheidender Bedeutung. Eine Druckeinwirkung auf einen peripheren Nerv kann nun prinzipiell entweder einen vorübergehenden Leitungsblock ohne strukturelle Läsion von Nervenfasern bewirken, also eine reversible Funktionsstörung nach Art der Neuropraxie, oder aber, abhängig vom Stärkegrad der Druckeinwirkung zu morphologischer Faserschädigung, d. h. zu Denervierung, führen.

Wes den Spontanverlauf idiopathischer Fazialisparesen betrifft, so verhält es sich bekanntlich so, daß in rund 80 Prozent, nach einigen Autoren soger in 90 Prozent, eine vollständige Rückbildung, und dies innerhalb von Wochen, zu konstatieren ist. Für die von Denervierung bedrohten Fälle wäre nun die operative Dekompression das Mittel der Wahl, gewissermaßen die Kausaltherapie, aber die Beobachtungen der Arbeitsgruppe von Naumann-Schliak haben gezeigt, daß selbst bei einer Frühestoperation, d. h. bei Dekompression, die in bestimmten Fällen schon nach sechs Stunden durchgeführt wurde, sich das statistische Ergebnis nicht von dem des Spontanverlaufs signifikant unterscheidet. Die Ergebnisse pharmakogener Dekompression entsprechen denen der operativen Behandlungen, d. h., es gibt für keine der bisher eingesetzten antiphlogistischen, antiödematösen oder sonstigen Mittel statistisch gesicherte Belege über ihre Wirksamkeit.

Trotzdem werden bis zu einem gesicherten Therapiekonzept die unterschiedlichsten Methoden immer wieder versucht werden, wobei als wichtigste Voraussetzung für einen Erfolg ein möglichst frühzeitiges Einsetzen der entsprechenden Behandlung notwendig zu sein scheint.

Professor Dr. G. Neuhäuser, Gießen:

Differentialdiagnose von Erkrenkungen des peripheren Nervensystems im Kindesalter

Erkrankungen des peripheren Nervensystems sind bei Kindern relativ selten. Da die Anfangssymptome vielfach uncharakteristisch sind, ergeben sich differentialdiagnostische Schwierigkeiten, euch bei der Abgrenzung von Allgemeinerkrankungen, Störungen am Zentralnervensystem oder im Bereich der Knochen und Gelenke. Grundsätzlich unterscheidet sich die Untersuchung des peripheren Nervensystems beim Kind nicht von der des Erwachsenen, aber je nach Alter und psychischer Verfassung des Kindes ergeben sich bei der einzelnen Untersuchung bei Kindern wegen der mangelnden Mitarbeit Schwierigkeiten. Wichtig ist deshalb zunächst die Beobachtung des Patienten bei motorischen Aktivitäten, z. B. Treppensteigen, Aufstehen, Manipulieren. Faszikulieren und Fibrillieren wird bei Säuglingen und Kleinkindern wegen des reichlich ausgebildeten subkutanen Fettgewebes nur selten beobachtet; auch eine Atrophie kann deshalb dem Nachweis zunächst entgehen. Einen wichtigen Hinweis auf die Funktionsfähigkeit des peripheren Neurons geben die monosynaptischen Muskeleigenreflexe. Das Auslösen erfordert beim Kind häufig besondere Geduld – Ablenkung und Jendressikscher Handgriff sind oft erforderlich. Da die Reflexantworten mit dem jeweiligen Verhaltenszustand des Kindes wechseln, sollten diagnostische Schlüsse niemals nach einer einzigen Untersuchung gezogen werden. Das Auftreten pathologischer Reflexe spricht für eine Störung im zentralen Neuron – auch hier ist das Alter des Kindes zu berücksichtigen. Sensibilitätsprüfungen sind ebenfalls problematisch, aber mit Einfühlungsvermögen und Geduld gelingt es, zumindest über Berührungsgefühl, Schmerz- und Temperaturempfindung Aussagen zu bekommen.

Aufgrund der Beurteilung von Muskelkraft, Tonus, Eigenreflexen und Sensibilität sind bereits wichtige Aussagen möglich: die Störung dürfte zentral lokalisiert sein, wenn bei Muskelhypotonie ohne Paresen normale oder gesteigerte Reflexe vor-

RECORSAN®

RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardiotonikum für die kleine Herztherapie
Crataegus-Adonistherapie des Altersherzens

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

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g. Adonis, Visc. alb. āā 8,7 g. Aplum grav., Auricul. āā 7,3 g. Val. 13 g. Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Grätelfing

kommen. Es muß der Verdacht auf eine Myopathie geäußert werden, wenn Muskelatrophie und Muskelschwäche mit verminderten oder fehlenden Reflexantworten einhergehen. Es ist an eine Affektion der Vorderhornzellen bzw. Vorderwurzeln zu denken, wenn bei Muskelhypotonie und Paresen die Eigenreflexe vollkommen fehlen. Der periphere Nerv ist betroffen oder die Läsion auch in die Hinterwurzeln zu lokalisieren, wenn zusätzlich Sensibilitätsstörungen nachgewiesen werden. Um die Lokalisation genau zu bestimmen, aber auch zur Klärung der Ätiologie, sind häufig zusätzliche Informationen notwendig, wie sie durch blutchemische Analysen (Serumfermente), Elektromyographie mit Bestimmung der Nervenleitungsgeschwindigkeit und Muskel- oder Nervenbiopsie zu erhalten sind. Nach Anamnese und klinischem Befund wird dabei eine gezielte, für das Kind möglichst schonende Untersuchung engestrebt.

Es sei ausdrücklich hervorgehoben, daß besonders Familienanamnese, Krankheitsverlauf, Lokalisation der Ausfallserscheinungen und nicht zuletzt das Lebensalter, gerade bei der Differentialdiagnose von Erkrankungen des peripheren Nervensystems beim Kind, von zentraler Bedeutung sind.

Im *Säuglingsalter* machen sich neuromuskuläre Erkrankungen durch Bewegungseinschränkung, vor allem aber durch allgemeine Muskelhypotonie und verzögerte Entwicklung bemerkbar. Angeborene schlaffe Paresen gehen meist auf Mißbildungen zurück. Die Diagnose der Spina bifida (Meningomyelozele) ist in der Regel einfach, aber auch eine geburtstraumatisch verursachte Querschnittslähmung kann zu ähnlichen Symptomen führen. Degenerative Erkrankung der Vorderhornzellen führt zur spinalen Muskelatrophie. Diese kann bereits pränatal entstehen, dann eine Arthrogryposis congenita zur Folge haben; sie kann bei der Geburt deutlich sein, aber auch erst einige Monate später auftreten. Die Werdnig-Hoffmannsche Form der infantilen spinalen Muskelatrophie führt mit zunehmender, schließlich auch die Atemmuskulatur ergreifender Lähmung innerhalb von Monaten zum Tode. Frühzeitig führen auch kongenitale Myopathien zu Funktionsstörungen und allgemeiner Hypotonie. Muskeleigenreflexe können zunächst noch schwach auslösbar sein. Mitunter ist jedoch klinisch die Unterscheidung von einer spinalen Affektion unmöglich, so daß weitere Untersuchungsmethoden (EMG, Histologie, u. a.) hinzugezogen werden müssen. Auch schwere Allgemeinerkrankungen verursachen im Säuglingsalter eine Muskelhypotonie, was besonders für Stoffwechselstörungen gilt. Eine traumatisch verursachte Nervenläsion ist die Plexusparese des Neugeborenen (Erb-Klumpksche Lähmung), meist auf Kompression verschiedener Anteile des Plexus, seltener auf einen Wurzelausriß zurückzuführen.

Im *Kleinkindesalter* verursachen manche degenerative Erkrankungen erste Symptome. Dies gilt z. B. für die langsam verlaufende Kugelberg-Welandersche Form der spinalen Muskelatrophie. Zuerst wird eine Schwäche proximaler Muskelgruppen bemerkt, es fehlt der Patellarreflex. Klärung bringt die neurophysiologische Untersuchung. Auch erste Anzeichen neuraler Muskelatrophien können im Kleinkindesalter deutlich werden. Für die peroneale Muskelatrophie gilt als Frühsymptom eine Schwäche der Unterschenkelmuskulatur; es entsteht der „Steppergang" durch Parese der Fußheber, Muskelatrophie führt zur Ausbildung von „Storchenbeinen". Degenerative Erkrankungen des Zentralnervensystems können sich auch am peripheren Neuron manifestieren, beispielsweise die metachromatische Leukodystrophie. Die Unterscheidung von einer Polyneuropathie ist zunächst schwierig; hinweisend wird der progrediente Verlauf. Eine bei Kleinkindern akut auftretende entzündliche Affektion des peripheren Nervensystems ist die Polyradikuloneuritis Guillain-Barré. Ursache sind hauptsächlich Virusinfektionen, seltener ist die Erkrankung parainfektiös, z. B. nach Masern, metabolisch oder toxisch verursacht. Die ersten Symptome sind uncharakteristisch, zumal Sensibilitätsstörungen seltener auftreten als bei Erwachsenen. Die Paresen beginnen distal, sind symmetrisch und breiten sich langsam nach kranial hin aus. Muskeleigenreflexe fehlen, Sensibilitätsstörungen sind nur selten zu objektivieren. Wichtige diagnostische Hinweise gibt die Liquoruntersuchung mit der für das Guillain-Barré-Syndrom charakteristischen Eiweißvermehrung bei fehlender Pleozytose. Schwierigkeiten verursacht gelegentlich die Abgrenzung von einer Myopathie, wenn die Polyneuritis proximal beginnt und im Anfangsstadium Liquorveränderungen fehlen. Ins Kleinkindesalter fällt oft die Manifestation chronischer Muskelkrankheiten, wie die progressive Muskeldystrophie mit typisch klinischem Bild, wobei aber ein wichtiger diagnostischer Hinweis durch die Bestimmung der

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100g enthalten: Arnica Ø 1,5g; Calendula Ø, Hamamelis Ø ana 0,45g; Echinacea angustifolia Ø Echinacea purpurea Ø, Chamomilla Ø ana 0,15g; Symphytum Ø, Bellis perennis Ø ana 0,1g; Hypericum Ø, Millefolium Ø ana 0,08g; Aconitum D1, Belladonna D1 ana 0,06g; Aristolochia clematitis Ø, Mercurius solubilis Hahnemanni D1 ana 0,04g; Hepar sulfuris D1 0,025g.
DOSIERUNGSANLEITUNG Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.
DARREICHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖSSEN (Incl. MwSt.)
Salbe (Reg.-Nr. 49 982): Tuben mit 20 g DM 3,97 mit 50 g DM 11,50
WEITERE DARREICHUNGSFORMEN Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.
1/79

Risikofreies Antiphlogistikum bei Verletzungen, Entzündungen, Arthrosen

Traumeel®

Offene und stumpfe Traumen
Hämatome, Prellungen, Distorsionen

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

Kreatinphosphokinese im Serum erbracht wird. Die Myasthenie ist im Kindesalter eusgesprochen selten.

Erkrankungen des peripheren Nervensystems im Schulalter: Bei akuten Rückenmarkseffektionen entstehen zunächst schlaffe Lähmungen, erst später entwickeln sich Symptome von seiten der langen Bahnen. Dies gilt besonders für die Querschnittsmyelitis, die beim Schulkind plötzlich auftretende Paraparese zur Folge hat, häufig verbunden mit Blasen-Darmlähmung. Bei der Differentialdiagnose kommt es hauptsächlich darauf an, einen spinalen raumfordernden Prozeß auszuschließen. Ein solcher kann beim Kind lange Zeit symptomlos bleiben bzw. sich nur in einer Schon- und Steifhaltung der Wirbelsäule äußern. Periodisch auftretende Lähmungen können durch Störung des Kaliumstoffwechsels bedingt sein. Bei der hypokaliämischen Lähmung treten die Attacken bevorzugt nachts auf.

Im *Pubertätsalter* ist auch an eine Porphyrie zu denken, welche intermittierende Symptome verursachen kann.

Professor Dr. D. Seitz, Hamburg:

Die Bedeutung der direktionellen Dopplersonographie für die Diagnostik zerebraler Zirkulationsstörungen

Die nicht invasive Untersuchung der hirnversorgenden Gefäße mittels der direktionellen Dopplersonographie hat neuerdings für die Diagnostik zerebraler Zirkulationsstörungen große Bedeutung erlangt und die älteren Verfahren, wie die Ophthalmodynamographie und Ophthalmodynamometrie, weitgehend verdrängt.

Das Verfahren basiert auf dem sogenannten Dopplereffekt. Der Wiener Physiker Doppler hatte in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts nachgewiesen, daß emittierte Schallwellen, die von einem sich bewegenden Körper reflektiert werden, ihre Frequenz ändern, und zwar proportional ihrer Geschwindigkeit.

Bei den modernen Dopplersonographischen Geräten werden kontinuierlich Ultraschallwellen gesendet und nach Reflexion von den Erythrozyten des beschallten Gefäßes wieder empfangen. Die Frequenzänderung dieser Schwingungen entspricht der Strömungsgeschwindigkeit des Blutes und ihrer Modulation infolge der Herzaktion, also dem Strompuls. Der Strompuls wird einerseits in ein konstantes akustisches Signal umgewandelt und zum anderen oszillographisch, sowie mittels Direktschreiber sichtbar gemacht. Das Verfahren heißt *direktionelle* Dopplersonographie, weil durch eine elektronische Schaltung auch die Strömungsrichtung angezeigt wird. Die Geräte werden im allgemeinen so gepolt, daß eine Blutströmung zur Sonde hin einen Kurvenausschlag nach unten und von der Schallsonde weg nach oben bedingt.

Die Methode beschränkte sich zunächst auf die seitenvergleichende Untersuchung der Arteria supraorbitalis bzw. supratrochlearis. Eine im Seitenvergleich abnehmende Amplitude von mehr als 40 bis 50 Prozent fehlende Strömung oder Stromumkehr sind mit zunehmender Aussagekraft als indirekter Hinweis auf ein Hindernis in der Arteria carotis interna zu werten. Erst als es 1976 Büdingen und v. Reutern an der Neurologischen Klinik in Freiburg gelang, durch systematische Studien die direktionelle Doppler-sonographische Untersuchung der hirnversorgenden Gefäße auf eine feste Basis zu stellen, konnte diese indirekte Untersuchungstechnik durch direkte Untersuchungen ersetzt werden. Dabei zeigt es sich, daß die wesentlichen Arterien (Carotis interna, externa und communis, Arteria vertebralis und Arteria subclavia) ganz bestimmte Merkmale aufweisen, wodurch sie sich deutlich unterscheiden lassen.

Die Untersuchung der Halsgefäße kann bei pathologischen Bedingungen distal von Gefäßstenosen oder Gefäßverschlüssen erfolgen, im Stenosebereich vorgenommen oder proximal von Stenosen durchgeführt werden.

Bei Untersuchungen distal von Hindernissen kommt es zum Druckabfall und zur Verminderung der Blutströmung. Der Blutstrom ist infolgedessen verlangsamt, kann eventuell durch eine geringe Pendelströmung gekennzeichnet oder völlig aufgehoben bzw. nicht mehr registrierbar sein. Hochgradige Stenosen und Gefäßverschlüsse sind in solchen Fällen unter Umständen nicht mehr zu unterscheiden. Bei Gefäßveränderungen, die aus anatomischen Gründen nur poststenotisch erfaßt werden können, wie proximale Alterationen der Arteria subclavia, sollte deshalb nur von Verschlußprozessen gesprochen werden. Bei der Arteria vertebralis lassen sich proximale Stenosen, Verschlüsse und Hypoplasien nicht unterscheiden.

Untersuchungen im Stenosebereich, die wirklich unmittelbar die Gefäßalteration erfassen, betreffen am häufigsten die Karotisbifurkation. Im Stenosebereich ist der Blutstrom beschleunigt, was sich zunächst durch eine Anhebung des diastolischen Niveaus bei erhaltenem pulsatilen Charakter des Blutflusses bemerkbar macht. Bei zunehmender Lumeneinengung kommt es zu Turbulenzen im stenotischen und unmittelbar poststenotischen Bereich, was einem zischenden Geräusch entspricht. Damit verknüpft ist ein systolischer Abfall der Pulskurve im Stenoseabschnitt. Anschließend ist die Amplitude stark vermindert und die Amplitudenmodulation eingeschränkt bis aufgehoben. Jenseits dieses initialen poststenotischen

Führen von Arztbezeichnungen

Der Vorstend der Beyerischen Landesärztekammer weist die Kolleginnen und Kollegen Bayerns vorsorglich auf folgende Rechtslege hin: § 19 Abs. 1 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Jenuar 1978 legt fest:

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

Diese Frist von drei Jehren läuft em 31. Dezember 1980 eb. Denach muß jeder Arzt in Bayern, der eine Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung führt, diese in der Fessung der Weiterbildungsordnung vom 1. Jenuar 1978 euf Praxisschild, Briefkopf, Rezeptvordruck und Stempel führen.

Die wesentliche Änderung besteht darin, daß eb 1. Januer 1981 somit das Führen der Bezeichnung „Facherzt tür . . ." nicht mehr statthett ist.

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.

Parke, Davis & Company, 8000 München 2 · Gödecke AG, 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, emotional bedingte 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. Verschiedentlich wurden Bradychen von Maschinen und im Straßenverkehr.) Gleichzeitiger Alkoholgenuß sollte vermieden werden. Die Wirkubstanz 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 können sich meist ohne erneute Behandlung nach kurzer Zeit wieder zurück. Bei angstlösenden Arzneimitteln dieser Wirkungstypsist der Nutzen einer fortgesetzten Anwendung gegen das Risiko der Gewöhnung und Abhängigkeit abzuwägen. Infolge der besonderen kinetischen Eigenschaften scheint dieses Risiko bei Mono Demetrin relativ gering zu sein.

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 1989 148/0

Segmentes nimmt die Pulsamplitude bei mittelgradigen Stenosen wieder zu, bleibt aber erniedrigt.

In Gefäßabschnitten, die einer Stenose oder einem Verschluß vorgeschaltet sind, ist der Stromfluß infolge des erhöhten Widerstandes ebenso wie im poststenotischen Bereich erniedrigt. Bei proximalen Stenosen der Arteria carotis interna ist infolgedessen eine vorwiegend diastolische Strömungsminderung über der Carotis communis nachzuweisen. Stenosen oder Verschlüsse des intrakraniellen Abschnittes der Arteria carotis interna lassen sich bei der Beschallung ihres Halsabschnittes erfassen. Ein Seitenunterschied von mindestens 50 Prozent gilt als pathologisch.

Die Zuverlässigkeit der Dopplersonographischen Verfahren wurden mehrfach überprüft, und es zeigt sich übereinstimmend, daß die proximalen Karotisstenosen in 98 Prozent erfaßt werden. Diese Treffsicherheit ergibt sich auch beim subclavian steal Syndrom. Die Validität ist bei distalen Karotisverschlußprozessen und vor allem bei Vertebralisverschlußprozessen geringer, zumal dort erst Strompulsdifferenzen von 75 Prozent erfaßt werden können. Die zuverlässige Beurteilung der Doppler-sonographischen Befunde setzt allerdings eine große Untersuchungserfahrung voraus. Die Methode ist auch zeitaufwendig. Für jede umfassende Untersuchung ist durchschnittlich eine halbe Stunde zu veranschlagen.

Die Indikation zur Doppler-sonographischen Untersuchung ergibt sich aus der großen Bedeutung supraaortaler extrakranieller Gefäßveränderungen für zerebrale Zirkulationsstörungen. Ferner aus der Methode selbst, die als nichtinvesives Verfahren mit keinem Risiko behaftet ist, für den Patienten keine Belastung bedeutet, ambulant durchgeführt und beliebig oft wiederholt werden kann.

Im einzelnen dient sie der Differenzierung von ekuten zerebralen Zirkulationsstörungen, vor allem von transitorischen ischämischen Attacken, aber auch fortschreitenden oder komplettierten Enzephalomalazien.

(Schluß folgt)

Referent:

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

in memoriam

Dr. Hermann Rechl †

Mitten aus einer ungebrochenen Aktivität in seiner Praxis und in der kassenärztlichen Selbstverwaltung entriß uns der Tod unseren Kollegen Hermann Rechl. Mit ihm verloren wir eines der dienstältesten Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Seit 1947 war Hermann Rechl Vertrauensmann der KV-Bezirksstelle Oberbayern und Mitglied der Vertreterversammlung. Jahrzehntelang diente er seinem Ärztlichen Kreisverband Traunstein als zweiter Vorsitzender. Als langjähriger ärztlicher Vorsitzender des Zulassungsausschusses Oberbayern und eines Beschwerdeausschusses bei seiner Bezirksstelle sowie in anderen Funktionen setzte er seine ganze Kraft und Überzeugung ein, in dem Bestreben, die ihm übertragenen Aufgaben restlos zu erfüllen.

Hermann Rechl war ein Mann mit klaren Vorstellungen und deshalb keineswegs immer bequem. Jeder von uns wußte aber, daß er ihm gestellte Aufgaben mit der ganzen Lauterkeit seiner Person erfüllte. Dabei hat er seine große Praxis als Allgemeinarzt in Trostberg nie vernachlässigt, sondern geradezu mit Begeisterung geführt. Wenn man mit ihm sprach, dann drehten sich viele seiner Gedanken immer um das Schicksal der ihm anvertrauten Patienten.

Daß er bis zuletzt neben all diesen Aufgaben auch noch ein begeisterter Sportler, vor allem Skifahrer, war und dabei den Jungen nicht nachstehen wollte, haben wir alle, die wir mit ihm älter geworden sind, immer wieder bewundert.

Das Bundesverdienstkreuz am Bande und die Dankesurkunde des bayerischen Sozialministers für seine über 30jährige ehrenamtliche Tätigkeit waren kleine Zeichen äußerer Anerkennung. Für uns, die wir jahrzehntelang den Weg gemeinsam mit Hermann Rechl gegangen sind, war er ein unverbrüchlicher Freund und stets hilfsbereiter Kollege. Die Nachricht von seiner plötzlichen schweren Erkrankung und seinem Tode hat uns deshalb alle tief getroffen. Er wird in unserer Erinnerung weiterleben.

Professor Dr. Sewering

Fakultät

Ehrendoktorwürde für Hans Mohl

Unter dem Dekanat von Professor Dr. W. Kersten hat die Medizinische Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg beschlossen, dem Fernsehjournalisten Hans Mohl Grad und Würde eines Dr. med. h. c. zu verleihen.

Erlangen-Nürnberg

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Dr. rer. nat. Claus Dieter Bloedner, Ärztlicher Direktor der Kurklinik der LVA Berlin für Innere Erkrankungen, Schwabthal; Privatdozent Dr. rer. nat. Peter Finkenzeller, Institut für Physiologie und Biokybernetik; Privatdozent Dr. phil. nat. Günter Hasl, Institut für Radiologie; Privatdozent Dr. Siegfried Kallert, Institut für Physiologie und Biokybernetik; Privatdozent Dr. med. Hans-Dieter Rott, Institut für Humengenetik und Anthropologie; Privatdozent Dr. med. Werner Schwarzbach, Klinik für Innere Krankheiten am Kreiskrankenhaus Altdorf; Professor Dr. med. Ottmar Stadelmann, Stadtkrankenhaus Fürth.

Privatdozent Dr. med. Jörg Mahlstedt, Institut und Poliklinik für Nuklearmedizin, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit zum Professor für Nuklearmedizin ernannt.

Privatdozent Dr. med. habil. Günter Machbert, Institut für Rechtsmedizin, wurde zum Akademischen Oberrat auf Zeit ernannt.

Dr. med. Lothar Blaha, Nervenklinik mit Poliklinik, wurde zum Akademischen Rat zur Anstellung ernannt.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. Kleus Jürgen Husfeldt für Chirurgie; Professor Dr. med. Arno Krug für Chirurgie; Dr. med. habil. Jürgen Riemann für Innere Medizin; Dr. med. Klaus Richter für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie; Dr. med. vet., Dr. med. habil. Albert Weber für Klinische Mikrobiologie.

Bayerisches Ärzteblatt

35. Jahrgang, Heft 6/1980

Amtliches

Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung

Zur Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1971 wurden erstmals „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung" im jeweiligen Gebiet bzw. Teilgebiet erlassen. In mehrjähriger Vorarbeit hat die Ständige Konferenz für ärztliche Weiterbildung der Bundesärztekammer zusammen mit der jeweils zuständigen Deutschen Gesellschaft und dem Berufsverband diese Richtlinien nunmehr der Entwicklung der Medizin angepaßt und auch diejenigen Gebiete und Teilgebiete einbezogen, die mit der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns (WO) vom 1. Januar 1978 neu eingeführt wurden.

Im folgenden veröffentlichen wir diese Neufassung der Richtlinien, wobei darauf verwiesen werden kann, daß der Inhalt der bisher nachzuweisenden Weiterbildung in den Gebieten und Teilgebieten – soweit sie nicht neu eingeführt wurden – im wesentlichen diesen neuen Richtlinien entspricht.

Diese Neufassung wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer am 11. Januar 1980 einstimmig verabschiedet und als Empfehlung an die Landesärztekammer weitergeleitet. Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat diese Neufassung für Bayern übernommen.

Die Richtlinien sind die **Ausführungsbestimmungen** *der Bayerischen Landesärztekammer zu § 3 (Art, Inhalt, Dauer und zeitlicher Ablauf der Weiterbildung) Absatz 2 der gültigen Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978, wo getordert wird: „Die Weiterbildung muß gründlich und umfassend sein."*

a) *In § 7 Absatz 1 dieser WO* **(Erteilung von Zeugnissen über die Weiterbildung)** *ist festgehalten, daß der „ermächtigte Arzt dem in Weiterbildung befindlichen Kollegen über die unter seiner Verantwortung abgeleistete Weiterbildungszeit ein Zeugnis auszustellen hat, das die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten ausführlich darlegt. Das Zeugnis muß im einzelnen Angaben enthalten über: . . . 2. die in dieser Weiterbildungszeit im einzelnen vermittelten und erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen; die für den Erwerb dieser Kenntnisse und Erfahrungen erbrachten ärztlichen Tätigkeiten (z. B. Operationen) sind ausführlich darzustellen."*

§ 9 Absatz 2 dieser WO **(Anerkennung zum Führen von Bezeichnungen)** *bestimmt: „Die Entscheidung über den Antrag auf Anerkennung zum Führen einer Gebietsbezeichnung erfolgt durch die Kammer aufgrund einer Prüfung der vorgelegten Zeugnisse über den Inhalt, den Umfang und das Ergebnis der nach abgeschlossener Berufsausbildung durchlaufenden Weiterbildung in dem vom Antragsteller gewählten Gebiet, Teilgebiet oder Bereich und der erworbenen besonderen oder zusätzlichen Kenntnisse in einem* **Fachgespräch** *durch den Ausschuß der Kammer (Prüfungsausschuß)."*

b) *Wir müssen demzufolge alle* **Weiterbilder** *auffordern, in den Zeugnissen im Detail und exakt auf diese Richtlinien einzugehen, wobei je Gebiet zu unterscheiden ist in: „Eingehende Kenntnisse und Erfahrungen" sowie „Kenntnisse".*

Gleichzeitig weisen wir die **in Weiterbildung befindlichen Kollegen** *darauf hin, daß diese Richtlinien für sie inhaltlich festlegen, welche „eingehenden Kenntnisse und Erfahrungen" sowie zusätzliche „Kenntnisse" sie erwerben müssen.*

Nachdem in der WO vom 1. Januar 1978 bestimmt ist, daß alle Kollegen, die ihre Weiterbildung nach Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung begonnen haben, sie mit einem Fachgespräch (Prüfung) abschließen müssen, sei darauf hingewiesen, daß die Kammer die **Zulassung zur Prüfung** *(§ 11) nur aussprechen kann, wenn die „Weiterbildung ordnungsgemäß abgeschlossen, sowie durch Zeugnisse und Nachweise belegt ist".*

Diese Richtlinien sind als Ausführungsbestimmungen für die Verwaltungsübung der Kammer zugleich **Inhalt des Fachgesprächs** *vor dem Prüfungsausschuß.*

München, den 31. Mai 1980

Professor Dr. Sewering
Präsident

1. Allgemeinmedizin

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
auf dem Gebiet der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, in der Diagnostik und Differentialdiegnostik sowie der Therapie häufig wiederkehrender Krankheitsbilder, in der Erkennung und Behandlung von Notfallsituationen, bei Frühsymptomen gefährlicher Krankheitsverläufe und in der Erkennung und Behandlung von psychosomatischen Gesundheitsstörungen

1.1 *in der Allgemeinmedizin*

1.1.1 Patient-Arzt-Beziehung (Kontaktaufnahme, Gesprächsführung, Patientenführung und Gesundheitserziehung)

1.1.2 spezifisch diagnostische Methoden (Erhebung der erlebten, gezielten und biographischen Anamnese, körperliche Untersuchung, Fünf-Sinne-Diagnostik und Gebrauch von Hilfsmitteln, Erfassung der Schwere des Krankheitszustandes, orientierende und gezielte Untersuchung einzelner Körperabschnitte, Organ- oder Funktionssysteme nach Leitsymptomen)

1.1.3 Labormethoden (Notfalldiagnostik, Suchmethoden und Stufendiagnostik, Verlaufskontrollen und Langzeitüberwachung, Qualitätssicherung)

1.1.4 Beurteilung und Begutachtung (Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit, Beurteilung der Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit, Prognose)

1.1.5 Therapie mit den Mitteln der Allgemeinpraxis (Therapie bei unklarer Diagnose, bei Angst-, Erregungs- und Schmerzzuständen, Mitarbeit des Patienten, Beratung zur Lebensführung, Gesundheitserziehung, Arzneiverordnung, Psychotherapie, Familien- und Soziotherapie, Hauskrankenpflege, Betreuung von chronisch Kranken und Sterbenden, Rehabilitation und Integration sonstiger Hilfen)

1.1.6 Zusammenarbeit mit anderen Ärzten (z. B. Konsilien, Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen), Institutionen und Personen

1.1.7 Praxisorganisation und Dokumentation

1.2 *in der Inneren Medizin*

dazu gehören:

Diagnostik und Therapie der häufig in der Allgemeinpraxis vorkommenden Krankheiten, einschließlich der Kenntnis seltener Krankheitsbilder, Diagnostik und Therapie akuter Notfälle und EKG-Diagnostik

1.2.1 die medikamentöse Therapie, einschließlich der Dauertherapie chronisch Kranker, Probleme der Mehrfachverordnungen und Unverträglichkeiten, die diätetische Therapie, die physikalische Therapie, einschließlich Gerätekunde, die Beherrschung der für die Allgemeinpraxis notwendigen Techniken (z. B. Infusionen, Punktionen, Rektoskopie, Proktoskopie)

1.2.2 Differentialdiagnostik interner Krankheitsbilder

1.3 *in der Chirurgie*

dazu gehören:

1.3.1 Kleine Chirurgie, Versorgung Unfallverletzter, Wiederbelebung, Erstversorgung chirurgischer Notfälle, Beratung beim Stellen der Operationsindikation unter Berücksichtigung des Lebensalters, des Gesundheitszustandes und der Patientenumwelt, präoperative Diagnostik und nachstationäre Behandlung

1.3.2 Differentialdiagnostik chirurgischer Krankheitsbilder

1.4 *in der Frauenheilkunde*

findet in diesem Gebiet eine Weiterbildung statt, sollen vermittelt werden:

Technik der bimanuellen und Spekulumuntersuchung, Diagnostik der häufigen entzündlichen Krenkheiten, der häufigen Geschwülste, Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, Früherkennungsuntersuchungen, Erkennung und Erstbehandlung gynäkologischer und geburtshilflicher Notfälle, Fluor-Behandlung, hormonelle Therapie, Familienplanung, Beratung bei Anträgen auf Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation, Beratung beim Stellen der Operationsindikation unter Berücksichtigung des Lebensalters, des Gesundheitszustandes und der Patientenumwelt, präoperative Diagnostik, nachstationäre Behandlung

1.5 *in der Kinderheilkunde*

findet in diesem Gebiet eine Weiterbildung statt, sollen vermittelt werden:

Diagnostik und Therapie der in der Allgemeinpraxis häufig vorkommenden Krankheiten im Kindesalter, Erstversorgung bei Notfällen im Kindesalter, Vorsorgeuntersuchungen, Beratung bei Schul- und Erziehungsschwierigkeiten, Schutzimpfungen

2. Vermittlung und Erwerb weiterer für die allgemeinärztliche Tätigkeit erforderlicher Fertigkeiten und Kenntnisse bei der Behandlung oder Erstversorgung von Erkrankungen anderer Gebiete

2. Anästhesiologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge von Anästhesien unter Berücksichtigung aller einschlägigen Verfahren

dazu gehören:

die selbständige Durchführung von 1800 Narkosen

Das kompetente Nachschlagewerk für jeden Mediziner Jetzt zum Vorbestellpreis

Das Handlexikon der Medizin:

anschaulich in der Darstellung

Ausgewählte Abbildungen, Graphiken, Schemata und Formeln veranschaulichen die prägnanten Textpassagen.

Das Handlexikon der Medizin:

präzise in der Aussage

Knappe und auf das Wesentliche ausgerichtete Begriffserklärungen liefern umfassende Information in kompakter Form.

Das Handlexikon der Medizin:

aktuell im Wissensstand

Das unter Mitarbeit zahlreicher Experten von der Lexikonredaktion des Verlages entwickelte Werk repräsentiert den gegenwärtigen Stand des Medizinwissens. Auch ausgefallene Begriffe und Abkürzungen finden ihre Erklärung.

Das Handlexikon der Medizin:

umfassend im Inhalt

Alle Bereiche der Medizin und relevante Grenzgebiete wie beispielsweise Pharmazie, Biochemie, Physik, Biologie, Psychologie usw. werden mit über 100.000 Stichworten auf über 3000 Seiten erfaßt.

Thiele, HANDLEXIKON DER MEDIZIN

Herausgegeben von Dr. Günter Thiele, unter Mitarbeit von Dr. Dagobert Tutsch und Dr. Heinz Walter und weiteren Mitgliedern der Lexikon-Redaktion des Verlages Urban & Schwarzenberg.

Zwei Bände mit etwa 3000 Seiten, etwa 1500 Abbildungen.
Erscheint September 1980.

Mit repräsentativem Saffianlederrücken
Subskriptionspreis bis 31. 12. 1980 je Band DM 198,–,
späterer Ladenpreis je Band DM 240,–.
ISBN 3-541-09501-6

Leinen mit Schutzumschlag
Subskriptionspreis bis 31. 12. 1980 je Band DM 168,–,
späterer Ladenpreis je Band DM 198,–.
ISBN 3-541-09101-0

Das Handlexikon der Medizin:

praktisch in der Benutzung

Konzentriert in 2 handlichen Bänden, mit vielfältigem Angebot der Begriffe in streng alphabetischer Folge, wobei ein umfassendes Querverweisungssystem die einzelnen Begriffe in einen weiteren Zusammenhang stellt.

Das Handlexikon der Medizin:

praxisbezogen in den Erläuterungen

Diagnostische und therapeutische Hinweise sowie differentialdiagnostische Überlegungen geben Auskunft zu Fragen der täglichen Praxis. Außerdem ist die Kenntnis neuester Termini, unbekannter Abkürzungen, hochspezieller Methoden etc. oft unabdingbare Voraussetzung für die fachliche Kommunikation.

Das Handlexikon der Medizin:

aussagekräftig bei wissenschaftlichen Fragestellungen

Daten, Autorennamen, historische Fakten, Hypothesen und Theorien liefern über die Definition hinaus vielfältige Information. Biographische Angaben, etymologische Hinweise, SI-Einheiten-Umrechnungstabelle etc. sind wertvolle Hilfen für Forschung und Lehre.

Urban & Schwarzenberg

1.2 in den Grundlagen und der Technik der Notfallmedizin, der Wiederbelebung und Schockbehandlung

1.3 in den Grundlagen und der Technik der Intensivmedizin und Infusionsbehandlung, der Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der vitalen Funktionen; dazu gehört eine insgesamt 3monatige ganztägige Tätigkeit auf einer operativen Intensivpflegeeinheit

1.4 in den Grundlagen und der Technik der prä- und postoperativen Atemtherapie

1.5 im Bluttransfusionswesen

1.6 in der Durchführung

1.6.1 der künstlichen Beatmung (Atemspende, Handhabung einfacher Beatmungsgeräte, orale und nasale Intubation, Notfallbronchoskopie, Dauerbeatmung mit maschinellen Respiratoren unter Beurteilung von Analysen der Blutgase und des Säure-Basen-Haushaltes)

1.6.2 der Behandlung des Kreislaufstillstandes (externe Herzmassage, Defibrillation)

1.6.3 der Reanimation des Neugeborenen

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in den physikalischen, anatomischen, physiologischen und pharmakologischen Grundlagen der Anästhesiologie

2.2 in den pathophysiologischen Grundlagen zur Beurteilung der Operabilität und der Auswirkung des operativen Eingriffes

2.3 zur Erkennung und Behandlung von Störungen des Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushaltes

2.4 in der Lungenfunktionsdiagnostik

2.5 in der Elektrokardiographie

2.6 in der kontrollierten Blutdrucksenkung und der Hypothermie

2.7 in der Behandlung von Vergiftungen

2.8 in der Tracheotomie und Anwendung von Notfallschrittmachern

Narkosenverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden, selbständig durchgeführten Narkosen)

1800 Narkosen, davon

900 Narkosen in der Chirurgie

60 Narkosen in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

davon:

10 bei Kaiserschnitten

50 bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten 5. Lebensjahr (hierbei können bis zur Hälfte Reanimationen mit Intubation in dieser Altersgruppe einbezogen werden)

800 Narkosen in den Gebieten Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie, Urologie

25 Narkosen bei intrathorakalen Eingriffen

Von der Gesamtzahl der Narkosen sind

50 periphere Regionalenästhesien und

50 rückenmarksnahe Regionalanästhesien

nachzuweisen.

3. Arbeitsmedizin

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in den Aufgaben und der Organisation der Arbeitsmedizin

1.1.1 Entwicklung und Aufgabenstellung

1.1.2 Arbeitsmedizinische Einrichtungen

1.1.3 Formen betriebsärztlicher Tätigkeit

1.2 in der Arbeitswelt und Arbeitsorganisation

1.2.1 Arbeitsformen und -verfahren

1.2.2 Arbeitsbewertung

1.2.3 Arbeitszeiten, Arbeitsrhythmus, Arbeitspausen

1.2.4 Arbeitsmittel

1.3 in spezieller Berufskunde

1.4 in der Klinik der Berufskrankheiten

1.4.1 Gesetzliche Grundlegen der Berufskrankheiten

1.4.2 Toxikologie von Arbeitsstoffen

1.4.3 durch chemische Einwirkungen verursachte Berufskrankheiten

1.4.4 durch physikalische Einwirkungen verursachte Berufskrankheiten

1.4.5 durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Berufskrankheiten, einschließlich der Tropenkrankheiten

1.4.6 berufsbedingte Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

1.4.7 berufsbedingte Hautkrankheiten

1.4.8 sonstige berufsbedingte Erkrankungen

1.4.9 arbeitsbezogene Einflüsse auf die Gesundheit

1.5 bei chronisch Erkrankten

1.6 in der Arbeits- und Industriehygiene

1.6.1 Betriebsbegehung

1.6.2 Arbeitsplatz, Arbeitsumwelt

1.6.3 Normen, Planung, Gestaltung, Überwachung

1.6.4 Faktoren der Arbeitsumgebung

1.6.5 Sozialräume, Sanitärräume

1.6.6 Messungen

1.7 in der Arbeitsphysiologie

1.7.1 physische und psychische Belastung und Beanspruchung

1.7.2 Sinnesphysiologie

1.7.3 Messungen

1.7.4 Ernährungsphysiologie

1.8 in der Ergonomie

1.8.1 Arbeitsanalyse und Bewertung

1.8.2 Arbeitsplatzgestaltung

1.8.3 Arbeitsstrukturierung

1.9 in der Arbeits- und Betriebspsychologie

1.9.1 Eignung, Motivation, Leistung

1.9.2 Psychohygiene

1.9.3 Psychologische Unfallverhütung

1.10 in der speziellen arbeitsmedizinischen Untersuchungsmethodik

1.10.1 Laboratoriumsdiagnostik

1.10.2 physische Funktionsanalysen

1.10.3 ätiologische Diagnostik

1.11 in arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

1.12 im Arbeits- und Unfallschutz

1.12.1 Arbeitsunfälle

1.12.2 Erste ärztliche Hilfe

1.12.3 Zusammenarbeit mit den Arbeitsschutz-Verantwortlichen

1.12.4 Körperschutzmaßnahmen, Körperschutzmittel

1.12.5 Katastrophenschutz

1.13 in der Rehabilitation am Arbeitsplatz

1.14 in einschlägigen Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in

2.1 der Sozialmedizin

2.2 der Epidemiologie, Dokumentation und Statistik

2.3 der Arbeits- und Betriebssoziologie

2.4 der arbeitsmedizinischen Gesundheitsberatung

2.5 der Tropenhygiene

2.6 den Grundlagen des Systems der sozialen Sicherung

2.7 im Umweltschutz

2.8 der Verkehrsmedizin (Straßen-, Schienen-, Wasser- und Luftverkehr)

2.9 der Begutachtung

4. Augenheilkunde

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der augenärztlichen Diagnostik und Differentialdiagnostik, einschließlich der Beziehungen zur Inneren Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Dermatologie und Mikrobiologie

dazu gehören:

1.1.1 Untersuchungen der vorderen und mittleren Augenabschnitte (Spaltlampenmikroskopie, Gonioskopie), des Augenhintergrundes (direkte und indirekte Ophthalmoskopie, binokulare Ophthalmoskopie, Fluoreszenzangiographie), der Augenbewegungen und des beidäugigen Sehens, des Augeninnendruckes, des Gesichtsfeldes, des Farbsinns (Anomaloskopuntersuchung), des Lichtsinns (Sehen bei Dämmerung und Nacht), der Tränenwege

1.1.2 einschlägige subjektive und objektive Refraktionsmethoden

1.1.3 Beurteilung von Röntgenbildern der Augenhöhlen und des Schädels

1.2 in der örtlichen und allgemeinen Therapie des Gebietes

dazu gehören:

1.2.1 konservative Behandlungsverfahren

1.2.2 Bestimmung, Verordnung und Kontrolle von Sehhilfen aller Art, einschließlich der Anpassung von Kontaktlinsen

1.2.3 Pleoptik und Orthoptik

1.2.4 Indikationsstellung und selbständige Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade (plastische Operationen an Lidern, Bindehaut und Tränenwegen, Entfernung intraokularer Fremdkörper, sowie schwierige Operationen an den vertikalen und schrägen Augenmuskeln, des grünen Stars, Operationen an der Aderhaut und Netzhaut, einschließlich Photokoagulation, Hornhauttransplantationen sowie Eingriffe im Bereich der Augenhöhle)

1.2.5 Lokalanästhesie des Auges und seiner Umgebung

1.3 in der Vorsorge, Nachsorge und Rehabilitation für Sehschwache und Blinde

1.4 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

1.5 in der Tauglichkeitsbegutachtung, insbesondere für Fahr- und Flugerlaubnis

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der mikrobiologischen und histologischen Diagnostik

Operationsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der vom Antragsteller nachzuweisenden, selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

50 Eingriffe an den Lidern und Tränenwegen

50 Eingriffe an der Binde- und Hornhaut

25 Schieloperationen

3 Enukleationen

15 intraokulare Eingriffe

5. Chirurgie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   - 1.1 in der allgemeinen Diagnostik und Differentialdiagnostik, insbesondere in den instrumentellen Untersuchungsverfahren, wie Spiegelung innerer Organe und Körperhöhlen sowie Probepunktion und Probeexzision
   - 1.2 in der Indikationsstellung und Durchführung der operativen und konservativen Behandlung chirurgischer Erkrankungen und Verletzungen, dazu gehört die selbständige Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade, die Einrichtung von Brüchen und Verrenkungen am Stütz- und Bewegungssystem sowie die Verband- und Gipstechnik
   - 1.3 in der Röntgendiagnostik des Stütz- und Bewegungssystems, der röntgenologischen Notfalldiagnostik der Schädel-, Brust- und Bauchhöhle sowie in der intraoperativen Röntgendiagnostik und der Fremdkörpersuche, einschließlich des Strahlenschutzes
   - 1.4 in der Asepsis, der Instrumenten- und Apparatekunde
   - 1.5 in der konservativen und operativen Behandlung chirurgischer Infektionen
   - 1.6 in den Verfahren der Wiederbelebung und der Schocktherapie, der Intubation, der Infusions- und Bluttransfusionstherapie, der Intensivbehandlung, der Thromboseprophylaxe und Behandlung von Gerinnungsstörungen
   - 1.7 in der Lokal- und Leitungsanästhesie
   - 1.8 in der Nachsorge und Rehabilitation
   - 1.9 in der Begutachtung, in Durchgangsarzt- und Berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten.
2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen
   - 2.1 in der Blutgruppenbestimmung
   - 2.2 in der allgemeinen Anästhesie

Übersicht über die Operationsverzeichnisse für das Gebiet: 5. Chirurgie und die Teilgebiete (5.1 bis 5.5)

Gruppe	Gebiet Chirurgie		5.1 Gefäßchirurgie			5.2 Kinderchirurgie			5.3 Plastische Chirurgie			5.4 Thorax- und Kardiovaskularchirurgie			5.5 Unfallchirurgie		
	A	B	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
1 *Kopf und Hals*	5	15	5	10	10	5	5	10	5	5	60	10	0	10	5	6	4
2 *Brustwand und Brusthöhle*	5	15	5	15	0	5	5	10	5	10	30	5	0	130	5	7	3
3a) *Bauchwand und Bauchhöhle* größere Eingriffe	65	35	65	15	50	45	15	65	65	15	10	53	0	20	65	20	5
3b) Eingriffe	60	40	60	30	0	40	20	60	60	20	0	60	0	0	60	20	0
4 *Stütz- und Bewegungssystem*	3	27	3	22	0	3	10	17	3	20	35	18	0	0	3	27	10
5 *Gefäß-, Nerven- und Lymphsystem*	5	15	5	25	50	5	7	8	5	20	10	15	0	40	5	15	0
6 *Unfallchirurgie*	100	30	100	0	0	60	15	60	100	15	45	60	0	20	100	20	115
7 *Plastische und Wiederherstellungschirurgie*	0	20	0	20	0	0	20	20	0	0	110	20	0	0	0	20	10
Zusammen:	243 + 197 = 440		243 + 137 + 110 = 490			163 + 97 + 250 = 510			243 + 105 + 300 = 648			241 + 0 + 220 = 461			243 + 135 + 147 = 525		

Hinweis:
Die Operationsarten A sind ausschließlich und nur während der Weiterbildungszeit in der Allgemeinchirurgie zu erbringen.
Die Operationsarten B können sowohl während der allgemeinchirurgischen – als auch während der Teilgebietsweiterbildung erbracht werden, soweit es sich dabei um Operationsarten des Teilgebietes handelt.
Die Operationsarten C müssen ausschließlich während der Teilgebietsweiterbildung erbracht werden.

5. Chirurgie

Operationsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden, selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

Gruppe 1:

Kopf und Hals:

20 Operationen, davon
- 5 Strumen (A)
- 15 Trepanationen, Tracheotomien, äußere Geschwülste u. a. (B)

Gruppe 2:

Brustwand und Brusthöhle:

20 Operationen, davon
- 5 Mammaamputationen mit Drüsenausräumung (A)
- 15 Thorakotomien, Rippenresektionen, Thoraxdrainagen u. a. (B)

Gruppe 3:

Bauchwand und Bauchhöhle:

100 größere Eingriffe, davon
- 5 Magenresektionen (A)
- 15 Vagotomien, Gastroentero-Anastomosen, Pyloroplastiken u. a. (A)
- 30 Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, z. B. Cholezystektomien, Choledochotomien, Papillotomien u. a. (A)
- 5 Eingriffe am Dünndarm (A)
- 10 Eingriffe am Dick- und am Mastdarm, z. B. Resektionen und Exstirpationen (A)
- 35 Eingriffe an Leber, Milz, Narbenhernien u. a. sowie Noteingriffe an Niere, Harnleiter, Harnblase und weiblichem Genitale (B)

100 Eingriffe, davon
- 20 Appendektomien (A)
- 20 Hernienoperationen (A)
- 10 Enterostomien (A)
- 10 Eingriffe in der Proktologie (A)
- 40 weitere Operationen, z. B. am männlichen Genitale (B)

Gruppe 4:

Stütz- und Bewegungssystem:

30 Operationen, davon
- 3 Amputationen großer Gliedabschnitte (A)
- 27 Eingriffe, z. B. Einsetzen von Endoprothesen, Arthrotomien, Exartikulationen, Osteotomien, Entfernung von Weichteil- und Knochengeschwülsten sowie von Implantaten, Eingriffe an der Wirbelsäule, an der Hand, an Sehnen u. a. (B)

Gruppe 5:

Gefäß-, Nerven- und Lymphsystem:

20 Operationen, davon
- 5 Gefäßnähte (A)
- 15 Thromb- oder Embolektomien, Eingriffe am Venensystem, am sympathischen und peripheren Nervensystem, am Lymphsystem u. a. (B)

Gruppe 6:

Unfallchirurgie:

130 Eingriffe, davon
- 15 Osteosynthesen langer Röhrenknochen (innere und äußere Schienungen) (A)
- 10 Eingriffe bei frischen Verletzungen großer Gelenke und bei gelenknahen Frakturen (A)
- 20 Eingriffe bei ausgedehnten Verletzungen von Weichteilen, Gefäßen, Nerven, Sehnen (A)
- 10 Eingriffe an der Hand (A)
- 5 Eingriffe in der septischen Knochenchirurgie: Sequestrotomien, Stabilisierungen u. a. (A)
- 40 Repositionen an der oberen und an der unteren Extremität von Schaftfrakturen mit Extension oder Ruhigstellung im Gips, sowie von gelenknahen Frakturen und von Luxationen großer Gelenke (A)
- 30 weitere Operationen (B)

Gruppe 7:

Plastische und wiederherstellende Chirurgie:

20 Operationen: freie Transplantationen von Knochen und Haut (B)

5.1 Teilgebiet: Gefäßchirurgie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   - 1.1 in der Anatomie, Pathologie, Physiologie und Pathophysiologie des Kreislaufsystems
   - 1.2 in den Untersuchungsmethoden

     dazu gehören:
     - 1.2.1 Erhebung eines angiologischen Befundes
     - 1.2.2 in der Röntgendiagnostik des Gefäßsystems
     - 1.2.3 in speziellen Untersuchungsverfahren der Durchblutungsmessung, besonders an den Extremitäten
   - 1.3 in der konservativen und operativen Therapie, in der Indikationsstellung zu gefäßchirurgischen Eingriffen, in der Vor- und Nachbehandlung, einschließlich der postoperativen Phase
   - 1.4 in der Indikationsstellung und selbständigen Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade
   - 1.5 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

Operationsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden, selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

Gruppe 1:

Kopf und Hals:

25 Operationen, davon
- 5 Eingriffe (A)
- 10 Eingriffe (B)
- 10 gefäßrekonstruktive Eingriffe an den supraaortischen Ästen (C)

Gruppe 2:

Brustwand und Brusthöhle:

20 Operationen, davon
- 5 Eingriffe (A)
- 15 Eingriffe (B)
- (C) entfällt

Gruppe 3:

Bauchwand und Bauchhöhle:

130 größere Eingriffe, davon
- 65 Eingriffe (A)
- 15 Eingriffe (B)
- 50 rekonstruktive Eingriffe im aorto-iliakalen Bereich (C)

90 Eingriffe, davon
- 60 Eingriffe (A)
- 30 Eingriffe (B)
- (C) entfällt

Gruppe 4:

Stütz- und Bewegungssystem:

25 Operationen, davon
- 3 Eingriffe (A)
- 22 Eingriffe (B)
- (C) entfällt

Gruppe 5:

Gefäß-, Nerven- und Lymphsystem:

80 Operationen, davon
- 5 Eingriffe (A)
- 25 Eingriffe (B)
- 50 rekonstruktive Eingriffe im femoro-poplitealen Bereich (C)

Gruppe 6:

Unfallchirurgie:

100 Operationen (A)
- (B) entfällt
- (C) entfällt

Gruppe 7:

Plastische und wiederherstellende Chirurgie
- (A) entfällt

20 Operationen (B)
- (C) entfällt

5.2 Teilgebiet: Kinderchirurgie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   - 1.1 in der Anatomie, Pathologie, Physiologie und Pathophysiologie
   - 1.2 in den Untersuchungsmethoden

     dazu gehören:
     - 1.2.1 allgemeine Diagnostik und Differentialdiagnostik, insbesondere instrumentelle Untersuchungsverfahren
     - 1.2.2 Röntgendiagnostik des Stütz- und Bewegungsapparates, röntgenologische Notfalldiagnostik der Schädel-, Brust- und Bauchhöhle sowie die intraoperative Röntgendiagnostik
   - 1.3 in der Indikationsstellung und Durchführung der operativen und konservativen Behandlung kinderchirurgischer Erkrankungen, Fehlbildungen und Verletzungen
   - 1.4 in den Verfahren der Wiederbelebung, der Schocktherapie, sowie der Leitungs- und Lokalanästhesie des Kindes
   - 1.5 in der Indikationsstellung und selbständigen Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade
   - 1.6 in der Begutachtung. Dazu gehören mindestens 5 wissenschaftlich begründete Gutachten.
2. Vermittlung und Erwerb
   - 2.1 des pädiatrischen Basiswissens über
     - 2.1.1 Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik der angeborenen und im Kindesalter auftretenden Störungen und Erkrankungen, sowie der Behandlung von Früh- und Neugeborenen
     - 2.1.2 Therapie dieser Störungen und Erkrankungen

Operationsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden, selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

Gruppe 1:

Kopf und Hals:

20 Operationen, davon
- 5 Strumen (A)
- 5 Trepanationen, Tracheotomien, äußere Geschwülste u. a. (B)
- 10 Eingriffe bei Tumoren des Halses, Tracheotomien, äußere Geschwülste (C)

Gruppe 2:

Brustwand und Brusthöhle:

20 Operationen, davon
- 5 Mammaamputationen mit Drüsenausräumung (A)
- 5 Thorakotomien, Rippenresektionen, Thoraxdrainagen (B)
- 10 Eingriffe bei äußeren und inneren Geschwülsten, Ösophagusatresien, -fisteln, -stenosen (C)

Gruppe 3:

Bauchwand und Bauchhöhle:

125 größere Eingriffe, davon
- 5 Magenresektionen (A)
- 15 Vagotomien, Gastroentero-Anastomosen, Pyloroplastiken u. a. (A)
- 15 Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, z. B. Cholezystektomien, Choledochotomien, Papillotomien u. a. (A)
- 5 Eingriffe am Dünndarm (A)
- 5 Eingriffe am Dickdarm und Mastdarm, z. B. Resektionen und Exstirpationen (A)

15 Eingriffe an Leber, Milz, Narbenhernien u. a., sowie Noteingriffe an Niere, Harnblase, Harnleiter, weiblichem Genitale (B)
15 Pyloromyotomien, Eingriffe bei Magenfisteln, Hiatushernien, Hellersche Kardiomyotomie (C)
15 Duodenostomien und duodenale Anastomosen (C)
10 Eingriffe am Dickdarm und Rektum, z. B. Analatresie-Durchzugsoperation, Kolonresektion wegen Hirschsprung-Erkrankung (C)
25 Eingriffe an Leber, Milz, Narbenhernien u. a., Eingriffe an Niere, Harnleiter, Harnblase, männlichem und weiblichem Genitale (C)

120 Eingriffe, davon
15 Appendektomien (A) und weitere 15 Appendektomien (C)
15 Hernienoperationen (A) und weitere 15 Hernienoperationen (C)
5 Enterostomien (A) und weitere 5 Enterostomien (C)
5 proktologische Operationen (A) und weitere 5 proktologische Operationen (C)
20 weitere Operationen z. B. am weiblichen und männlichen Genitale (B) und weitere 20 Operationen dieser Art (C)

Gruppe 4:

Stütz- und Bewegungssystem:

30 Operationen, davon
3 Amputationen großer Gliedmaßenabschnitte (A)
10 Arthrotomien, Einsetzen von Endoprothesen, Exartikulationen, Osteotomien, Entfernung von Weichteil- und Knochengeschwülsten sowie von Implantaten, Eingriffe an der Wirbelsäule, an der Hand, an Sehnen u. a. (B) und weitere 17 Eingriffe dieser Art (C)

Gruppe 5:

Gefäß-, Nerven- und Lymphsystem:

20 Operationen, davon
5 Gefäßnähte (A)
7 Thromb- oder Embolektomien, sowie Operationen am Venensystem, am sympathischen und peripheren Nervensystem, am Lymphsystem u. a. (B) und weitere 8 Eingriffe dieser Art (C)

Gruppe 6:

Unfallchirurgie:

135 Operationen, davon
10 Osteosynthesen langer Röhrenknochen (innere und äußere Schienungen) (A) und weitere 5 Eingriffe dieser Art (C)
10 Eingriffe bei frischen Verletzungen großer Gelenke und gelenknahen Frakturen (A) und weitere 5 Eingriffe dieser Art (C)
10 Eingriffe bei ausgedehnten Verletzungen von Weichteilen, Gefäßen, Nerven, Sehnen (A) und weitere 10 Eingriffe dieser Art (C)
5 Eingriffe an der Hand (A) und weitere 5 Eingriffe an der Hand (C)
5 Eingriffe in der septischen Knochenchirurgie: Sequestrotomien, Stabilisierungen u. a. (A)
20 Repositionen von Schaftfrakturen an der oberen und an der unteren Extremität mit Extension oder Ruhigstellung im Gips, sowie von gelenknahen Frakturen und von Luxationen großer Gelenke (A) und weitere 25 Eingriffe dieser Art (C)
15 weitere Operationen (B)
10 weitere Operationen (C)

Gruppe 7:

Plastische und wiederherstellende Chirurgie:

40 Operationen, davon
(A) entfällt
20 Eingriffe (B)
20 Eingriffe (C)

5.3 Teilgebiet: Plastische Chirurgie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der normalen und pathologischen Anatomie, Teratologie und Entwicklungsgeschichte des Gesichtes, des Halses, der Brüste, der äußeren Genitalien und Extremitäten

1.2 in der Untersuchung und Diagnose von Defekten, Form- und Funktionsstörungen des Gesichtes, der Brust, der Extremitäten und der äußeren Genitalien

1.3 in der Wundheilung und den Heilungsvorgängen und deren möglichen Komplikationen bei der Transplantation von autoplastischen Geweben (freie Transplantation von Haut, Epidermis, Cutis, Fett, Faszie, Muskel, Sehnen, Nerven, Venen, Knorpel, Knochen und Hautlappen, gestielte Transplantation defektnaher und defektferner Haut- und Unterhautlappen), homoplastischen und heteroplastischen Geweben und von alloplastischem Material

1.4 in der Indikationsstellung und Planung der ein- oder mehrzeitigen Operationsverfahren zur Wiederherstellung oder für den Ersatz der geschädigten anatomischen Strukturen

1.5 in den speziellen Verbänden und Techniken der Ruhigstellung, insbesondere bei den Transplantationen

1.6 der psychosomatischen Störungen bei Patienten mit angeborenen Fehlbildungen sowie erworbenen Defekten

1.7 in der spezifischen Aufklärung bei dem Vorliegen relativer Indikationen, insbesondere bei formverändernden Operationen

1.8 in der sozialen und beruflichen Rehabilitation von Patienten mit erworbenen Defekten

1.9 in der Indikationsstellung und selbständigen Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade

1.10 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

Operationsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden, selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

Gruppe 1:

Kopf und Hals:

70 Operationen, davon
- 5 Eingriffe (A)
- 5 Eingriffe (B)
- 60 Eingriffe bei Geburtsanomalien, operative Versorgung von Gesichtsverletzungen, rekonstruktive Chirurgie im Gesichtsbereich, ästhetische Chirurgie im Gesichtsbereich (C)

Gruppe 2:

Brustwand und Brusthöhle:

45 Operetionen, davon
- 5 Eingriffe (A)
- 10 Eingriffe (B)
- 30 Mammareduktionen, Mammaaugmentationen, Mammarekonstruktionen nach Tumor (C)

Gruppe 3:

Bauchwand und Bauchhöhle:

90 größere Eingriffe, davon
- 65 Eingriffe (A)
- 15 Eingriffe (B)
- 10 Dermolipektomien, Bauchwandplastiken u. a. (C)

80 Eingriffe, davon
- 60 Eingriffe (A)
- 20 Eingriffe (B)
- (C) entfällt

Gruppe 4:

Stütz- und Bewegungssystem:

58 Operationen, davon
- 3 Eingriffe (A)
- 20 Eingriffe (B)
- 35 spezielle handchirurgische Eingriffe, Operationen von Haut-Weichteiltumoren mit Rekonstruktion u. a. (C)

Gruppe 5:

Gefäß-, Nerven- und Lymphsystem:

35 Operationen, davon
- 5 Eingriffe (A)
- 20 Eingriffe (B)
- 10 Neurolysen, Nervennähte, Eingriffe bei Lymphödemen u. a. (C)

Gruppe 6:

Unfallchirurgie:

160 Operationen, davon
- 100 Eingriffe (A)
- 15 Eingriffe (B)
- 45 Weichteildefektdeckungen, operative Versorgung frischer Handverletzungen u. a. (C)

Gruppe 7:

Plastische und wiederherstellende Chirurgie:
- (A) entfällt
- (B) entfällt

110 Operationen (C), davon
- 20 Nah- und Fernlappenplastiken
- 10 Transplantationen von Knochen, Knorpel, Sehnen, Nerven und Kunststoffen
- 20 plastisch-chirurgische Behandlungen von Verbrennungen, Verätzungen, Strahlenschäden und Narben
- 10 mikrochirurgische Eingriffe an Nerven und Gefäßen
- 50 weitere Eingriffe

5.4 Teilgebiet: Thorax- und Kardiovaskularchirurgie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   - 1.1 in der Anatomie, Pathologie, Physiologie und Pathophysiologie der Brustkorborgane
   - 1.2 in den Untersuchungsmethoden

     dazu gehören:
     - 1.2.1 Erhebung von kardiologischen, pulmologischen und angiologischen Befunden
     - 1.2.2 Röntgendiagnostik des Thorax, des Herzens und der großen Gefäße
     - 1.2.3 Beurteilung der Herz-, Kreislauf- und Lungenfunktion
     - 1.2.4 in den speziellen Untersuchungsverfahren, wie Bronchoskopie, Thorakoskopie, Mediastinoskopie sowie Punktionen der Pleura und der Lunge, des Perikards, des Herzens und der thorakalen Gefäße
   - 1.3 in der speziellen klinischen Diagnostik bei Fehlbildungen, Geschwulstkrankheiten, Verletzungen, degenerativen und entzündlichen Erkrankungen des Thorax, des Herzens und der thorakalen Gefäße
   - 1.4 in der konservativen und operativen Tätigkeit im Teilgebiet, in der Indikationsstellung zu thorax- und kardiovaskulären Eingriffen, in der Vor- und Nachbehandlung, einschließlich der postoperativen intensiv-medizinischen Phase
   - 1.5 in der Indikationsstellung und selbständigen Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade
   - 1.6 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

Operationsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden, selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

Gruppe 1:

Kopf und Hals:

20 Operationen, davon
- 10 Eingriffe (A)
- (B) entfällt
- 10 rekonstruktive Gefäßoperationen an supraaortalen Ästen (ohne Thorakotomie) (C)

Gruppe 2:

Brustwand und Brusthöhle:

135 Operationen, davon

5 Eingriffe (A)
(B) entfällt

60 Eingriffe am Thorax (Rippen-, Brustbeinresektionen, Thorakoplastiken, Trichterbrust, Lungenresektionen, Pleurektomien, Dekortikationen, Exstirpationen von Fremdkörpern, Eingriffe am Tracheo-Bronchialsystem (C)

70 Eingriffe an Herz und herznahen Gefäßen, davon:

30 geschlossene Eingriffe (geschlossene Kommissurotomie, Perikardresektion, epi- und myokardiale Schrittmacherimplantationen, Anastomosen und Rekonstruktion an herznahen Gefäßen) (C)

30 offene Eingriffe (Eingriffe mit der Herz-Lungenmaschine oder in tiefer Hypothermie, Korrektur von angeborenen und erworbenen Herzfehlern, einschließlich der Erkrankungen des Koronarsystems) (C)

10 weitere Eingriffe (C)

Gruppe 3:

Bauchwand und Bauchhöhle:

73 größere Eingriffe, davon

53 Eingriffe (A)
(B) entfällt

20 rekonstruktive Eingriffe am arteriellen und venösen Gefäßsystem (Bauchaortenaneurysma, Nierenarterienstenose, Vena cava-Verschlüsse u. a.) (C)

60 Eingriffe (A)
(B) entfällt
(C) entfällt

Gruppe 4:

Stütz- und Bewegungssystem:

18 Operationen (A)
(B) entfällt
(C) entfällt

Gruppe 5:

Gefäß-, Nerven- und Lymphsystem:

55 Operationen, davon

15 Eingriffe (A)
(B) entfällt

40 rekonstruktive Eingriffe am arteriellen und venösen Gefäßsystem der oberen und unteren Extremitäten (C)

Gruppe 6:

Unfallchirurgie:

80 Operationen, davon

60 Eingriffe (A)
(B) entfällt

20 Versorgungen von Verletzungen des Thorax, des Herzens, der herznahen Gefäße und ihrer Folgen (C)

Gruppe 7:

Plastische und wiederherstellende Chirurgie:

20 Operationen (A)
(B) entfällt
(C) entfällt

5.5 Teilgebiet: Unfallchirurgie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Pathophysiologie des Stütz- und Bewegungssystems sowie der inneren Organe

1.2 in den Untersuchungsmethoden dazu gehören:

1.2.1 Untersuchungstechnik

1.2.2 Röntgendiagnostik des Teilgebietes

1.2.3 spezielle diagnostische Verfahren bei Verletzungen und Verletzungsfolgen

1.3 in der Erstversorgung aller Verletzungen, einschließlich typischer Notfalleingriffe bei Schädel-Hirntraumen, Gesichtsverletzungen, Körper-, Stamm-, Organ- und Extremitätenverletzung

1.4 in der Intensivbehandlung Schwer-, Mehrfach- und Brandverletzter

1.5 in der Indikation und Durchführung aller unfallchirurgischen Operationsverfahren und Behandlungstechniken bei Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der Körperhöhlen, in der Handchirurgie, in der plastischen und wiederherstellenden Chirurgie sowie bei Verletzungsfolgen und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

1.6 im Durchgangsarztverfahren, in der Nachsorge und Rehabilitation

1.7 in der Indikationsstellung und selbständigen Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade

1.8. in der Begutachtung. Dazu gehören mindestens 5 wissenschaftlich begründete Gutachten.

Operationsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden, selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

Gruppe 1:

Kopf und Hals:

15 Operationen, davon
5 Eingriffe (A)
6 Eingriffe (B)
4 Eingriffe (C)

Gruppe 2:

Brustwand und Brusthöhle:

15 Operationen, davon
5 Eingriffe (A)
7 Eingriffe (B)
3 Eingriffe (C)

Gruppe 3:

Bauchwand und Bauchhöhle:

90 größere Eingriffe, davon
65 Eingriffe (A)
20 Eingriffe (B)
5 Eingriffe bei Organverletzungen (C)

80 Eingriffe, davon
60 Eingriffe (A)
20 Eingriffe (B)
(C) entfällt

Gruppe 4:

Stütz- und Bewegungssystem:

40 Operationen, devon
3 Eingriffe (A)
27 Eingriffe (B)
10 Eingriffe (C)

Gruppe 5:

Gefäß-, Nerven- und Lymphsystem:

20 Operationen, davon
5 Eingriffe (A)
15 Eingriffe (B)
(C) entfällt

Gruppe 6:

Unfallchirurgie:

235 Eingriffe, davon
15 Osteosynthesen langer Röhrenknochen (innere und äußere Schienungen) (A) und weitere 20 Eingriffe dieser Art (C)
10 Eingriffe bei frischen Verletzungen großer Gelenke und bei gelenknahen Frakturen (A) und weitere 30 Eingriffe dieser Art (C)
20 Eingriffe bei ausgedehnten Verletzungen von Weichteilen, Gefäßen, Nerven, Sehnen (A) und weitere 20 Eingriffe dieser Art (C)
10 Eingriffe an der Hand (A) und weitere 20 Eingriffe dieser Art (C)
10 korrigierende Gelenkoperationen, z. B. Osteotomien, Arthrodesen, Endoprothesen (C)
5 Eingriffe bei Pseudarthrosen (C)
5 Eingriffe in der septischen Knochenchirurgie: Sequestrotomien, Stabilisierungen u. a. (A) und weitere 10 Eingriffe dieser Art (C)
40 Repositionen u. a. (A)
20 weitere Operationen (B)

Gruppe 7:

Plastische und wiederherstellende Chirurgie:

30 Operationen, davon
(A) entfällt
20 Eingriffe (B)
10 Hautplestiken (C)

6. Dermatologie und Venerologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in nachfolgenden Sparten:

1.1 Haut, Hautenhangsgebilde und sichtbare Schleimhäute

1.1.1 Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie

dazu gehören:

1.1.1.1 mikrobiologische, serologische, hämatologische und mykologische Laboratoriumsdiagnostik, einschließlich der Materialentnahme

1.1.1.2 Allergologie (Technik und Beurteilung der epikutanen, kutanen und intrakutanen Teste, Bestimmung der Alkalineutralisationszeit, Alkaliresistenz)

1.1.1.3 Untersuchung und Beurteilung der peripheren Durchblutung und der Funktionen der tieferen Venengeflechte, einschließlich Meßverfahren

1.1.1.4 Hautchirurgie und Hautkryotherapie (Nagelextraktionen, Probeexzisionen, Exzisionen kleinerer Hautgeschwülste, dermatokosmetische, -kaustische und -kryotherapeutische Eingriffe)

1.1.1.5 dermatologische Strahlenbehandlung (Wärmestrahlung, Ultravioletstrahlung, hochfrequente Ströme)

1.1.1.6 Behandlung von Hautkrankheiten mit ionisierenden Strahlen sowie die notwendigen Kenntnisse in den physikalischen und strahlenbiologischen Grundlagen, einschließlich des Strahlenschutzes

1.1.1.7 Beurteilung und Begutachtung von Berufsdermatosen und Allergien. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

1.2 Chronisch venöse Insuffizienz

1.2.1 Kompressionsverbände

1.2.2 Varizenverödung

1.2.3 Spaltung oberflächlich gelegener Varizen

1.3 Analer Symptomenkomplex

1.3.1 Proktoskopie

1.3.2 Therapie von Hämorrhoiden

1.4 Geschlechtskrankheiten

1.4.1 Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer und anderer Erkrankungen der äußeren Geschlechtsorgane

dazu gehören:

1.4.1.1 mikrobiologische und serologische Laboratoriumsdiagnostik, einschließlich der Technik der Materialentnahme

1.4.1.2 Technik der Subokzipital- bzw. Lumbalpunktion

1.4.1.3 Infektionsquellenforschung und Aufklärung der Patienten sowie die Kenntnis der gesetzlichen Bestimmungen

1.5 Andrologie und Sexualstörungen

1.5.1 Ejakulatuntersuchung (Mengenmessung, ph-Wert-Bestimmung, Zählkammerzählung, Nativpräparat, Vitalitätsprüfung, Ausstrichfärbung, Spermiogramm, Fruktosebestimmung)

1.5.2 Probeexzision aus den Hoden

1.5.3 medikamentöse Behandlung von Fertilitätsstörungen

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 der feingeweblichen Untersuchung bei Hautkrankheiten

2.2 auf dem Gebiet der in vivo-Diagnostik

2.3 auf dem Gebiet der Klima-, Bade- und Bädertherapie

2.4 in der Galenik

2.5 der hormonellen Zusammenhänge

7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Inhalt der Weiterbildung

A. Frauenheilkunde

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der Diagnostik und konservativen Behandlung gynäkologischer Erkrankungen

1.2 in der operativen Gynäkologie, einschließlich der postoperativen Behandlung und der Komplikationen

dazu gehören:

Indikationsstellung und selbständige Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade

1.3 in der gynäkologischen Früherkennungsuntersuchung

1.4 in der Kolposkopie

1.5 in den zytologischen Untersuchungsverfahren

1.6 in der gynäkologischen Sterilitätsberatung, der Familienplanung und Geburtenregelung, der Sexualberatung

1.7 in der fachspezifischen Indikationsstellung und Beratung im Zusammenhang mit der Frage eines Schwangerschaftsabbruches. Indikationsstellung und Beratung unter besonderer Berücksichtigung der Risiken

1.8 in den präventiven, psychosomatischen und psychosozialen Problemen

1.9 in der gynäkologischen Endokrinologie

1.10 in der Nachsorge gynäkologisch behandelter Patientinnen, insbesondere in der gynäkologischen und interdisziplinären Tumorbehandlung sowie der Rehabilitation

1.11 in der Durchführung von Infusionen und Bluttransfusionen

1.12 in der Röntgendiagnostik des Gebietes, einschließlich des Strahlenschutzes

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in den gebräuchlichen Narkose- und Anästhesieverfahren, der Schockbehandlung und Wiederbelebung

2.2 in der Thromboseprophylaxe und der Behandlung von Gerinnungsstörungen

2.3 in der gynäkologischen Urologie

2.4 in der gynäkologischen Strahlenbehandlung

2.5 der Möglichkeiten rekonstruktiver Eingriffe an Genitale und Mamma

B. Geburtshilfe

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der Diagnostik der Schwangerschaft, in der Diagnostik und Differentialdiagnostik von Schwangerschaftserkrankungen, einschließlich der Erkennung von Risikoschwangerschaften

1.2 in der Schwangerenbetreuung (Mutterschaftsvorsorge), Prophylaxe und Behandlung von Schwangerschaftserkrankungen und -komplikationen sowie der gesundheitlichen und psychologischen Führung während der Schwangerschaft

1.3 in der Beherrschung der geburtshilflichen Diagnostik, einschließlich der Röntgendiagnostik und Ultraschalldiagnostik des Gebietes sowie der Methoden der ante- und intrapartalen Überwachung des Kindes

1.4 in der Leitung der normalen und regelwidrigen Geburt, einschließlich der Behandlung von Blutungen und Gerinnungsstörungen; dazu gehört die Leitung von mindestens 350 Geburten.

1.5 in der Indikationsstellung und selbständigen Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten geburtshilflichen Operationen, einschließlich der gebräuchlichen lokalen und regionalen Anästhesie

1.6 in der Wiederbelebung des Neugeborenen, einschließlich der Intubation und Infusionsbehandlung

1.7 in der Erkennung der Unreife und Durchführung der erforderlichen Sofortmaßnahmen

1.8 in der Erkennung von Anpassungsstörungen, äußeren Fehlbildungen und Erkrankungen, insbesondere auch der Blutgruppenunverträglichkeit

1.9 in der Betreuung des gesunden Neugeborenen für die Dauer des Wochenbettes gemeinsam mit dem Pädiater

1.10 in der Betreuung der Wöchnerinnen, einschließlich der Kenntnis und Behandlung der Wochenbettstörungen

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in den Grundlagen der Genetik

Operationsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden, selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

A. Gynäkologie

270 Operationen, davon

Abdominale bzw. vaginale Hystarektomien	30
Abdominale Eingriffe im Genitelbereich bei Belassung des Uterus	15
Descensus-Operationen mit oder ohna gleichzeitiga Hysterektomie	15
Kleinera gynäkologische Eingriffa am äußaren Genitale, an Vagina und Uterus sowia an der weiblichen Brust	50
Kürattagen	75
Endoskopien (Zystoskopie, Rektoskopia, Hysteroskopia, Laparoskopie)	50
Größere operative Eingriffe an der weiblichen Brust	10

B. Geburtshilfe

60 Operationen, davon

Schnittentbindungen, von denen mindestens eine 1 Re-Sectio sein soll	15
Operative vaginala Entbindungen (Vakuumextraktionan, Forzeps, Beckanendlagenentwicklung)	10
Versorgung von Episiotomien, Dammrissen und anderen Verletzungen unter dar Geburt	100
Manuelle Lösung der Plazenta oder Nachtastung nach Geburt der Plazenta	10

8. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehander Kenntnisse und Erfahrungen
   - 1.1 in der Anatomie und Physiologia des Gehör- und Gleichgewichtsorgans, der Organe der Nase und ihrer Nebenhöhlan, des Rachens, des Kehlkopfes, des Tracheo-Bronchialsystems und der Speiseröhre
   - 1.2 in der Pathologie, Ätiologia, Symptomatologia und Diagnostik der Erkrankungen des Ohres, der Nase und ihrer Nebenhöhlen, des Rachens und des Kehlkopfes sowie der Organe oder Körperregionen, die sich durch Nachbarschaft oder als Fortsetzung an Ohr, Nase, Rachen und Kehlkopf anschließen

     dazu gahören:

     - 1.2.1 Spiegeluntersuchung des Ohres, der Nase, des Nasenrachenraumes, des Rachens und des Kehlkopfes
     - 1.2.2 direkte Untersuchung der Kieferhöhle, des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Speiseröhre
     - 1.2.3 Untersuchung der Funktion des Gehörorgans, einschließlich der elektroakustischen Methoden sowie Deutung der Ergebnisse und Anpassung von Hörgeräten
     - 1.2.4 Untersuchung des Glaichgewichtsorgans mit den gebräuchlichen otonaurologischen Methodan und Deutung der Ergebnissa
     - 1.2.5 Prüfung des Geruchs- und Geschmackssinnes
     - 1.2.6 Röntgendiagnostik des Gebietas, einschließlich des Strahlenschutzes
   - 1.3 in der Anästhesie des Gebietes
   - 1.4 in der konservativen und operativen Therapia des Gebietes sowie der Nachbehandlung und Überwachung nach operativen Eingriffen. Dazu gehören Indikationsstellung und selbständiga Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade sowohl bei hörverbessarnden Eingriffen als auch bei Eingriffen bei den Geschwulstkrankheiten des Gebietes
2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen
   - 2.1 in der Pädaudiologie und Logopädie
   - 2.2 in der allgemeinen Anästhesie, Schockbehandlung und Wiederbelebung
   - 2.3 in der Allergologia
   - 2.4 in der Durchführung von Infusionen und Bluttransfusionen, einschließlich der Blutgruppanbestimmung

Operetionsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden, selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außardem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwiarigkeitsgrade)

Ohr und Ohrschädal:

40 Operationen, davon

- 20 Eingriffe am äußeren Ohr (Verletzungen, Othämatome, Ohrmuschelplastiken u. a.)
- 20 Eingriffe am Mittelohr (Parazentese, Paukendrainage, Trommelfellplastik, Aufmeißalung bei akuten und chronischen Entzündungen und Cholesteatomen)

Gesicht und Gasichtsschädel:

85 Operationen an Nasa, Nasennebenhöhlen und im Gesicht, davon

- 25 Eingriffe in der Nasenhöhla (Polypen, Muschelerkrankungen u. a.) und bei Blutungan (Koagulationen, vordere und hintere Tamponade u. a.)
- 20 Eingriffe am knöchernen und knorpeligen Nasenskelett (Nasenscheidewandoperationen, Rhinoplastiken u. a.)
- 20 Eingriffe der Nasennebenhöhlen (Kieferhöhle, Siebbein, Stirnhöhle)
- 20 Eingriffe an den Gesichtsweichteilen

Rachan und Mundhöhla:

130 Operationen im Rachen, in der Mundhöhle und an den Speicheldrüsen, davon

- 20 Entfernungen der Rachenmandal

80 Ausschälungen der Gaumenmandeln bei Erwachsenen und bei Kindern

10 Eingriffe bei Peritonsillar-, Retropharyngeal- oder Zungengrundabszeß

20 Eingriffe bei Verletzungen, Entzündungen, Geschwülsten, Zysten oder Steinbildungen in der Mundhöhle, am Gaumen, an der Zunge, der Wange oder an den Speicheldrüsen

Halsorgane und äußerer Hals:

85 Operationen an Kehlkopf, Luft- und Speiseröhre und dem äußeren Hals, davon

5 Tracheotomien

40 Intubationen oder Tracheobronchoskopien

20 endolaryngeale Eingriffe (Laryngoskopien, einschließlich Mikrolaryngoskopie, Probeexzisionen, Polypenabtragung u. a.)

10 Ösophagoskopien (diagnostisch oder therapeutisch)

10 Eingriffe bei Abszessen, Geschwülsten, Zysten, Mißbildungen und Verletzungen am äußeren Hals

8.1 Teilgebiet: Phoniatrie — Pädaudiologie

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1. in der Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik bei Stimmstörungen, Sprachstörungen und Hörstörungen im Kindesalter

   dazu gehören:

   1.1 Untersuchungen der Phonationsatmung mittels Pneumographie, Pneumotachographie, Spirometrie

   1.2 Schwingungsanalysen mittels Stroboskopie, Glottographie

   1.3 direkte und indirekte Larynxmikroskopie

   1.4 Stimmanalysen mittels Schallaufzeichnungen, Schallspektralanalysen

   1.5 auditive differentialdiagnostische Stimmanalysen

   1.6 Stimmeignungsuntersuchungen bei Sprechberufen

   1.7 Stimmhygiene

   1.8 Sprachschallanalysen mittels Sonographie, Spektralanalysen

   1.9 auditive differentialdiagnostische Sprachanalysen

   1.10 Diagnostik der Fein- und Mundmotorik im Zusammenhang mit Sprech- und Sprachstörungen

   1.11 Diagnostik und Differentialdiagnostik von zentralen Stimm- und Sprachstörungen (Dysphasien, Aphasien, Dysarthrien) sowie von Stimm- und Sprachstörungen bei neurologischen und internistischen Erkrankungen

   1.12 Kinderaudiometrie, einschließlich Impedanzprüfungen und Auswertung der elektrischen Reaktionsaudiometrie (ERA)

   1.13 Untersuchungen bei zentralen Hörstörungen und Wahrnehmungsstörungen

   1.14 in der Therapie der zum Teilgebiet gehörenden Stimm-, Sprech-, Sprach- und Hörstörungen

   dazu gehören:

   1.14.1 medikamentöse und physiotherapeutische Behandlungen der zum Teilgebiet gehörenden Störungen

   1.14.2 Übungsverfahren bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen

   1.14.3 Anpassung von Hörgeräten bei Kindern

   1.14.4 Indikationsstellung von operativen Maßnahmen im Rahmen der Störungen des Teilgebietes sowie deren postoperative Behandlung

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

   2.1 in den Verfahren der kleinen Psychotherapie

   2.2 in der Beratung und Führung von Patienten bzw. deren Eltern

   2.3 in den medizinischen, physikalischen, technischen, naturwissenschaftlichen sowie sozial- und geisteswissenschaftlichen Grundlagen des Teilgebietes wie Neurologie, Pädiatrie, Sozialmedizin, Elektroakustik, Biokybernetik, Psychologie, Behindertenpädagogik sowie in den Gebieten Phonetik, Linguistik und Audiologie

   2.4 in Rehabilitationsmaßnahmen der Störungen des Teilgebietes

   2.5 in der Begutachtung

9. Innere Medizin

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

   1.1 in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik interner Erkrankungen, einschließlich der Erkennung und Auswertung psychosomatischer Zusammenhänge, wichtiger Laboratoriumsmethoden und ihrer Qualitätssicherung, gebräuchlicher Funktionsproben und der Röntgendiagnostik des Gebietes, einschließlich des Strahlenschutzes

   dazu gehören:

   1.1.1 EKG, Phonokardiographie, Ergometrie und Lungenfunktionsprüfung, Oszillographie, Sonographie, Sonden- und endoskopische Untersuchungen innerer Organe und Körperhöhlen

   1.1.2 Pleura-, Aszites-, Liquor-, Knochenmark-, Lymphknoten-, Leber- und andere Organpunktionen

   1.1.3 Störungen des Stoffwechsels, des Säure- und Basenhaushaltes, des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes

1.1.4 außer den üblichen Laboruntersuchungen Ausführung und Deutung folgender Untersuchungsverfahren: Einfache mikrobiologische Untersuchungen und Färbungen (Direktpräparate), Methoden zur Bestimmung der Gerinnungsverhältnisse, elektrophoretische, photometrische und flammenphotometrische Untersuchungsverfahren, Liquoruntersuchungen, Blutgruppenbestimmungen, Stuhluntersuchungen

1.1.5 Immunologie

1.1.6 Teilnahme an Röntgendemonstrationen während der gesamten Weiterbildungszeit

1.1.7 Aufnahmetechnik und Durchleuchtung der Brustorgane, des Magen-Darm-Traktes, des Gallen- und uropoetischen Systems sowie des Skeletts bei internen Erkrankungen, einschließlich des Strahlenschutzes. Diese Kenntnisse sind während der einjährigen ganztägigen Weiterbildung zu erwerben.

Diese einjährige Weiterbildung in der Röntgendiagnostik des Gebietes kann durch eine ständige stationsgebundene Röntgentätigkeit während der gesamten Weiterbildungszeit ersetzt werden.

1.2 in der Therapie der zum Gebiet gehörenden Gesundheitsstörungen

dazu gehören:

1.2.1 Pharmakotherapie innerer Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Neben- und Wechselwirkungen

1.2.2 Schockbekämpfung, endogene und exogene Intoxikationen, konservative Intensivmedizin (z. B. künstliche Beatmung, Defibrillation, Behandlung mit dem Schrittmacher)

1.2.3 Physikalische Therapie und Diätetik

1.2.4 Theorie und Praxis der Infusions- und Transfusionstherapie

1.2.5 Durchführung und Überwachung risikoreicher konservativer Behandlungsverfahren (z. B. Onkologie)

1.2.6 Indikationsstellung zu operativen Eingriffen

1.2.7 Indikationsstellung zur Dialysebehandlung

1.3 in der Pathologie und Pathophysiologie interner Erkrankungen; dazu gehört die Teilnahme an pathologisch-anatomischen Demonstrationen.

1.4 in der Vorsorge, Früherkennung und Rehabilitation interner Erkrankungen, der Seuchenbekämpfung, dem Versicherungs-, Fürsorge- und Rentenwesen und der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in der Indikation und Beurteilung der Diagnostik und Therapie mit radioaktiven Substanzen, einschließlich des Strahlenschutzes

2.2 in der Beurteilung schwieriger Leboratoriumsmethoden (z. B. Hormonbestimmung)

2.3 in der Bewertung histologischer und zytologischer Befunde

2.4 in der Durchführung der Dialysebehandlung

2.5 in der Erkennung und Behandlung von Nerven- und Geisteskrankheiten

2.6 in der Onkologie

2.7 in der Allergologie

2.8 in der Humangenetik

2.9 in der psychosozialen Betreuung von Schwerkranken und chronisch Kranken

2.10 in der Arbeits- und Sozialmedizin

9.1 Teilgebiet: Endokrinologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik endokriner Erkrankungen und Stoffwechselleiden, einschließlich der wichtigsten Funktionsprüfungen und Laboratoriumsmethoden, sowie des Strahlenschutzes

dazu gehören:

1.1.1 Ausführung und Überwachung biochemischer Hormon- und Metabolitanalysen, einschließlich der radioimmunologischen Methoden und der Verfahren der Qualitätssicherung

1.1.2 Anwendung hormoneller und metabolischer Funktionsprüfungen, z. B. Glukose-Belastungen (oral und intravenös, mit Wachstumshormon- und Insulinbestimmung), Kalzium-Belastung (Parathormon-Bestimmung, Phosphat-Clearance), Belastungsteste mit synthetischen Releasing-Hormonen (TRH, LH-RH)

1.2 in der Therapie endokrinologischer Gesundheitsstörungen, einschließlich der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen und nuklearmedizinisch/radiologischen Behandlungsverfahren

dazu gehören:

1.2.1 therapeutische Versorgung langfristig zu behandelnder und zu überwachender Patienten (medikamentöse Therapie der Schilddrüsenerkrankungen, Beratung, Behandlung und Schulung bei Diabetes mellitus, Substitution der Hypophysenvorderlappen-Insuffizienz, Dauerbehandlung bei Funktionsstörungen anderer endokriner Organe, einschließlich metabolischer Osteopathien, Therapie der endokrin aktiven Hypophysenvorderlappen-Adenome)

1.2.2 Intensivtherapie von endokrin- und stoffwechselbedingten Krisen (Coma diabeticum, thyreotoxische und hyperkalzämische Krise)

1.3 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen
   2.1 in Röntgenuntersuchungen des Teilgebietes (Tracheal- und Skelettaufnahmen, venöse Katheter zur Lokalisation von endokrin-aktiven Tumoren)
   2.2 in nuklearmedizinischen in vivo-Untersuchungen (Schilddrüsenszintigraphie) sowie den einschlägigen in vitro-Testen des Teilgebietes
   2.3 in arbeits- und sozialmedizinischen Bezügen

9.2 Teilgebiet: Gastroenterologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   1.1 in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie und Diagnostik der Krankheiten der Verdauungsorgane
   1.2 in der Röntgendiagnostik der Verdauungsorgane, einschließlich des Strahlenschutzes
   1.3 in der Durchführung und Beurteilung von Untersuchungsmethoden und Funktionsprüfungen der Organe des Verdauungstraktes, einschließlich mikroskopischer, chemischer und Ferment-Diagnostik

   dazu gehören:

   1.3.1 Sekretionsanalysen von Magen und Pankreas
   1.3.2 Absorptionsprüfungen des Dünndarms sowie die Bestimmung des Stuhlfettes
   1.3.3 parasitologische Untersuchungen von Darminhalt und Stuhl
   1.3.4 blutchemische Untersuchungen (Enzyme, Elektrophorese, Bilirubin, Bromthalein, Elektrolyte, Blutfette)
   1.3.5 Sonographie

   1.4 in der Endoskopie, einschließlich der Entnahme von Gewebeproben

   dazu gehört die selbständige Durchführung und Auswertung von mindestens:

   1.4.1 Ösophago-, Gastroduodenoskopien und gezielten Biopsien (150)
   1.4.2 endoskopisch-retrograden Cholangio-Pankreatikographien (ERCP) (50)
   1.4.3 Koloskopien (80)
   1.4.4 Rektoskopien und Biopsien (80)
   1.4.5 Laparoskopien mit gezielter Biopsie (80)
   1.4.6 Leberblindpunktionen (50)
   1.4.7 Perkutanen transhepatischen Cholangiographien (20)
   1.4.8 Polypektomien/Schlingenbiopsien (20)

   1.5 in der medikamentösen, diätetischen und physikalischen Behandlung von Verdauungskrankheiten und -störungen
   1.6 in der Indikationsstellung und prognostischen Beurteilung der operativen und Strahlenbehandlung im Bereich des Verdauungstraktes
   1.7 in der Arbeits- und Sozialmedizin, im Versicherungs-, Fürsorge- und Rentenwesen. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen
   2.1 in der Beurteilung zytodiagnostischer Befunde
   2.2 in der Immunologie
   2.3 in der Szintigraphie

9.3 Teilgebiet: Hämatologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   1.1 in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie und Diagnostik der Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe

   dazu gehören:

   1.1.1 Bestimmung und Beurteilung der wesentlichen Testverfahren zur Feststellung der qualitativen und quantitativen Zusammensetzung des Blutes, insbesondere die Beherrschung der Auswertung von Blut- und Knochenmarkausstrichen, einschließlich der Zytochemie
   1.1.2 Beurteilung von Röntgenaufnahmen (z. B. Milz, Knochen, Lymphknoten, einschließlich Lymphographie)
   1.1.3 nuklearmedizinische Verfahren zur Beurteilung der Zellkinetik, Funktionsdiagnostik und Größenbestimmung von Organen sowie Resorptionsvorgängen
   1.1.4 Punktionen und Biopsien (z. B. Milz, Knochenmark, Lymphknoten)
   1.1.5 Beurteilung immunologischer und serologischer Untersuchungen
   1.1.6 Durchführung und Beurteilung von hämostaseologischen Untersuchungen

   1.2 in der Therapie der zum Teilgebiet gehörenden Gesundheitstörungen

   dazu gehören:

   1.2.1 medikamentöse Therapie, einschließlich der Behandlung mit zytostatischen Substanzen und Hormonpräparaten
   1.2.2 Intensivbehandlung, einschließlich Blutzellersatz bei lebensbedrohlichen Störungen
   1.2.3 Indikationsstellung und prognostische Beurteilung chirurgischer Eingriffe, einschließlich Strahlen- und Isotopentherapie
   1.2.4 Behandlung thromboembolischer Erkrankungen
   1.2.5 Behandlung angeborener und erworbener hämorrhagischer Diathesen

   1.3 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

9.4 Teilgebiet: Kardiologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   1.1 in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik bei Herz-Kreislauf-Erkrenkungen, teilgebietsgebundenen Laboratoriumsmethoden und Funktionsproben, Röntgendiagnostik des Teilgebietes, einschließlich des Strahlenschutzes

   dazu gehören:

   1.1.1 Perikard- und Arterienpunktionen

   1.1.2 EKG, Belastungs-EKG, Phonokardiographie, Mechenokardiographie, Verdünnungsmethoden, Ergometrie, Oxymetrie, Telemetrie, Katheterisierung des rechten und linken Herzens, Messung des zentralen Venendruckes, Angiokardiographie

   1.1.3 selbständige Auswertung von mindestens 3000 Elektrokardiogrammen

   1.1.4 selbständige Durchführung und Auswertung von mindestens 50 Herzketheterisierungen und Angiokardiographien

   1.1.5 Ausführung und Beurteilung von Leboruntersuchungen des Teilgebietes

   1.1.6 Durchleuchtung, Aufnahmetechnik und Beurteilung der Röntgenbefunde des Teilgebietes, einschließlich der Kontrastmittelinjektionen in das Herz, die Koronar- und großen Körpergefäße

   1.2 in der Therapie der zum Teilgebiet gehörenden Gesundheitsstörungen, einschließlich der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen am Herzen und an den großen Körpergefäßen

   dazu gehören:

   1.2.1 Theorie und Praxis der medikamentösen Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankheiten, einschließlich der Schockbehandlung

   1.2.2 Theorie und Praxis der Elektrotherapie von Herz-Kreislauferkrankungen, die Behandlung der akuten, lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen, die Intensivpflege, einschließlich der künstlichen Beatmung, Defibrillation und Behandlung mit Schrittmachern

   1.2.3 selbständige Applikation von 50 Schrittmachersonden

   1.2.4 Beratung und Führung der Herz-Kreislaufkranken (Präventivkardiologie und Rehabilitation)

   1.3 in der pathologischen Anatomie und Pathophysiologie der Herz-Kreislauferkrenkungen; dazu gehört die regelmäßige Teilnahme an pathologisch-anatomischen Demonstrationen und an kardio-chirurgischen Kolloquien.

   1.4 in der Arbeits- und Sozialmedizin sowie im Versicherungs-, Fürsorge- und Rentenwesen. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

9.5 Teilgebiet: Lungen- und Bronchialheilkunde

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   1.1 in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik der Krankheiten der Lunge, des Bronchialsystems, des Mediastinums und der Pleura

   dazu gehören:

   1.1.1 Pathologie der Atmungsorgane, Pathophysiologie der Atmung und einschlägige Funktionsprüfungen

   1.1.2 Röntgendiagnostik der Thoraxorgane, einschließlich Strahlenschutz

   1.1.3 Bronchoskopie und Thorakoskopie, einschließlich Entnahme von Untersuchungsmaterial

   1.1.4 Punktion der Lunge und Pleura mit Entnahme von Untersuchungsmaterial

   1.1.5 einschlägige Laboratoriumsuntersuchungen

   1.1.6 Allergentestungen, Schleimhautprovokationstests und Tuberkulinproben

   1.2 in der Therapie, einschließlich der Indikationsstellung zur operativen und Strahlenbehandlung

   dazu gehören:

   1.2.1 medikamentöse Behandlung, einschließlich der Anwendung antituberkulöser Mittel

   1.2.2 Punktion und Drainage der Pleurahöhle

   1.2.3 Bronchoskopische Behandlungsmethoden

   1.2.4 Behandlung des Spontanpneumothorax

   1.2.5 Physikalische Therapie

   1.2.6 Hyposensibilisierungsbehandlung allergischer Erkrenkungen des Gebietes

   1.2.7 Prä- und postoperative Behandlung von Krankheiten der Lunge und Pleura

   1.3 in der Epidemiologie, Prophylaxe und Bekämpfung der Lungen- und Bronchialkrankheiten, einschließlich der Seuchen- und sozialmedizinischen Gesetzgebung

   1.4 in der Arbeits- und Sozialmedizin, im öffentlichen Gesundheitswesen und Versicherungswesen, einschließlich der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

9.6 Teilgebiet: Nephrologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   1.1 in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie und Diagnostik der Nierenkrankheiten

   dazu gehören:

   1.1.1 Harndiagnostik und gebräuchliche Nierenfunktionsproben, einschließlich Clearence-Verfahren

1.1.2 Bestimmung und Beurteilung der Funktionsdaten des Wasser-, Elektrolyt- und Säurebasenhaushaltes

1.1.3 Röntgendiagnostik der Niere und ableitenden Harnwege, sowie Indiketionsstellung und Beurteilung nuklearmedizinischer Verfahren

1.1.4 Nierenbiopsie (Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung des histologischen Befundes)

1.1.5 Ultraschalluntersuchung der Nieren

1.2 in der Therapie der Gesundheitsstörungen des Teilgebietes, einschließlich der Indikationsstellung und prognostischen Beurteilung urologischer und gefäßchirurgischer Eingriffe, sowie der Nierentransplantation und der Beurteilung der Operabilität von Nierenkranken

dazu gehören:

1.2.1 medikamentöse, diätetische und apparative Behandlung, einschließlich der Intensivtherapie akut lebensbedrohlicher Störungen sowie von Vergiftungen mit dialysablen Substanzen

1.2.2 selbständige Durchführung von mindestens 1000 Hämodialysen

1.2.3 Betreuung chronisch Nierenkranker, einschließlich der Heimdialyse-Patienten

1.2.4 Nachbehandlung und Kontrolle von nierentransplantierten Patienten

1.3 in der Arbeits- und Sozialmedizin, im Versicherungs- und Rentenwesen und der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

10. Kinderheilkunde

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der Beurteilung der körperlichen, sozialen, psychischen und intellektuellen Entwicklung des Kindes

dazu gehören:

die biologischen, technisch-diagnostischen und testpsychologischen Grundlegen für die Beurteilung der normalen Entwicklung und ihrer Störungen

1.2 in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik der angeborenen und im Kindesalter auftretenden Störungen und Erkrankungen

dazu gehören:

1.2.1 pathophysiologische, pathoanatomische und biochemische Grundlagen der Entwicklungsstörungen im Wachstumsalter

1.2.2 Entstehungsbedingungen, klinische Symptomatologie und Verlaufsformen von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen im Wachstumsalter

1.2.3 Ausführung und Beurteilung der wichtigsten Laboratoriumsmethoden (Blut, Liquor, Urin, Stuhl, Schweiß, Sekrete)

1.2.4 Gewinnung von Untersuchungsmaterial, Biopsien, Sondierungen, Punktionen

1.3 in der Therapie der zum Gebiet gehörenden Gesundheits- und Entwicklungsstörungen

dazu gehören:

1.3.1 die pharmakodynamischen Besonderheiten und Dosierungen von Arzneimitteln in den einzelnen Phasen des Wachstumsalters

1.3.2 die biologischen und physikalischen Behandlungsmethoden

1.3.3 die Säuglingsernährung und Diätetik

1.3.4 die Infusionstherapie, Schock- und Vergiftungsbehandlung

1.3.5 die Behandlung der Früh- und Neugeborenen

1.3.6 die Intensivpflege

1.3.7 die Theorie und Praxis der Transfusionen und Austauschtransfusionen

1.3.8 die Intubation und künstliche Beatmung

1.4 in den erforderlichen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

dazu gehören:

1.4.1 Durchführung der Früherkennungs- und Vorsorgeprogramme

1.4.2 Maßnahmen zur Verhinderung oder Abschwächung von Infektionen (Immunprophylaxe, Impfungen)

1.4.3 Maßnahmen zur Verhütung oder Eindämmung von Seuchen und Infektionskrankheiten

1.4.4 Mütterberatung

1.4.5 Ernährungsberatung

1.4.6 Analyse und Verwertung von familiären, schulischen und anderen umweltbedingten Fektoren von Krankheitswert

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in der Röntgendiagnostik des Gebietes, einschließlich der Technik und des Strahlenschutzes

2.2 auf seuchenhygienischem und sozialmedizinischem Gebiet, einschließlich des Versicherungs-, Fürsorge- und Rentenwesens

2.3 in der Sozialisation, Habilitation und Rehabilitation

2.4 in der Erkennung und Behandlung von Verhaltens- und Leistungsstörungen

2.5 in diagnostischen Verfahren:

2.5.1 EEG und Echoenzephalographie

2.5.2 EKG und Phonokardiographie

2.5.3 differenzierte Blutgruppenserologie, Gerinnungsanalyse, Immunkörperbestimmung, Blutgasanalyse, Hormonbestimmungen

10.1 Teilgebiet: Kinderkardiologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   - 1.1 in der Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik der angeborenen und erworbenen Herz- und Gefäßanomalien, in den wichtigsten Untersuchungsmethoden wie:
     - 1.1.1 Kardiologische Röntgenologie
     - 1.1.2 Elektrokardiographie und Phonokardiographie
     - 1.1.3 selbständige Durchführung und Auswertung von 75 Angiokardiographien und Herzkatheterisierungen
     - 1.1.4 Sonographie des Herzens
   - 1.2 in der konservativen Therapie der Herzinsuffizienz und der entzündlichen Herzerkrankungen

     dazu gehören:
     - 1.2.1 Theorie und Praxis der medikamentösen Herzbehandlung
     - 1.2.2 Elektrotherapie (elektrische Defibrillation und Schrittmacherbehandlung)
     - 1.2.3 Beratung und Führung der Kinder und ihrer Eltern
     - 1.2.4 Theorie und Praxis der medikamentösen Prophylaxe und Behandlung bei erworbenen Herzerkrankungen, dem rheumatischen Fieber und der bakteriellen Endokarditis
     - 1.2.5 Indikationsstellung zu allen operativen Eingriffen am Herz- und Gefäßsystem unter regelmäßiger Teilnahme an kardiologisch-chirurgischen Konferenzen, sowie postoperative Behandlung in Zusammenarbeit mit einem herzchirurgischen Zentrum und weitere Betreuung der Kinder
2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in den pathologisch-anatomischen und pathophysiologischen Grundlagen kardiovaskulärer Erkrankungen unter regelmäßiger Teilnahme an pathologisch-anatomischen Demonstrationen

11. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   - 1.1 in den theoretischen Grundlagen

     dazu gehören:
     - 1.1.1 Entwicklung, Anatomie, Physiologie und Pathologie des Nervensystems
     - 1.1.2 Endokrinologie, Reifungsbiologie und -pathologie
     - 1.1.3 Humangenetik, Stoffwechsel-Pathologie
     - 1.1.4 Umwelt und Epidemiologie psychiatrisch-neurologischer Krankheitsbilder
     - 1.1.5 Entwicklungspsychologie, Psychosomatik, Neurosenlehre und Psychotherapie
     - 1.1.6 allgemeine und spezielle Psychopathologie
     - 1.1.7 Jugendrecht und Jugendfürsorge
   - 1.2 in der klinischen Praxis

     dazu gehören:
     - 1.2.1 Methodik biographischer Anamneseerhebung, Verhaltensbeobachtung und Explorationstechnik
     - 1.2.2 Klärung des Ursachenbündels einer krankhaften Verhaltensstörung im Kindes- und Jugendalter zur Aufstellung eines Behandlungsplanes
     - 1.2.3 Methodik der wichtigsten psychologischen Testverfahren und Beurteilung psychologischer Befunderhebungen
     - 1.2.4 spezifische neurologische Untersuchungsmethoden
     - 1.2.5 Technik spezifischer Punktionsmethoden und Beurteilung labordiagnostischer Befunde
     - 1.2.6 Indikationsstellung, Methodik und Technik neuroradiologischer und elektrophysiologischer Verfahren sowie deren Beurteilung
     - 1.2.7 Krankheitslehre und Differentialdiagnostik psychiatrischer und neurologischer Krankheitsbilder und Störungen, psychischer und sozialer Verhaltensauffälligkeiten
     - 1.2.8 Indikationsstellung und Technik der Psychotherapie-Methoden (Individual- und Gruppentherapie), Heil- und Gruppenpädagogik, Eltern- und Milieutherapie, Erziehungsberatung, Spiel-, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie
     - 1.2.9 Indikationsstellung zur „großen Psychotherapie"
     - 1.2.10 indirekte kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung durch Modifikation des Verhaltens von engen Bezugspersonen
     - 1.2.11 Grundlagen der phasenspezifischen Psychohygiene, der Prävention und der Rehabilitation
     - 1.2.12 Pharmako- und Somatotherapie psychiatrischer und neurologischer Krankheiten, Psychotherapie
     - 1.2.13 Begutachtung von Kindern und Jugendlichen für Schule, Erziehungs- und Jugendfürsorge, alle Jugendrechtsbereiche und im Versicherungswesen. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

12. Laboratoriumsmedizin

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   - 1.1 in den theoretischen Grundlagen

     dazu gehören:

1.1.1 allgemeine Laboratoriumsmedizin: organische und anorganische Chemie, einschließlich physikalische Chemie, Nuklearchemie, soweit sie Grundlage für die klinische Biochemie und klinische Chemie sind, Physiologie, klinische Mikrobiologie, klinische Immunologie

1.1.2 spezielle Laboratoriumsmedizin: Stoffwechsel, Funktionsabhängigkeit, Nachweisbarkeit und Mengenverhältnisse der für die Diagnostik und Verlaufskontrolle bedeutsamen körpereigenen Stoffe und Zellen, der Fremdstoffe und Mikroorganismen, einschließlich Auswertung und Deutung der Befunde

1.1.3 wichtige Laboratoriumsverfahren zur Differentialdiagnose und zur Früherkennung von Krankheiten

1.1.4 Prinzipien medizinisch-physikalischer und medizinisch-chemischer Meßmethoden, Mikroskopier- und Färbeverfahren, medizinisch-chemischer Trennungen, qualitativer und immunologischer Nachweisverfahren, der Dosimetrie von Substanzen, der Züchtung und Differenzierung von Mikroorganismen und Viren, der Präparation und Differenzierung, der Sterilisation und Desinfektion

1.1.5 statistische Methoden zur Durchführung der Qualitätskontrolle und andere Verfahren zur Beurteilung der methodischen Verläßlichkeit, Identitätssicherung und diagnostischen Gültigkeit, Dokumentation, Apparatekunde (Nachweis und Meßprinzipien)

1.1.6 gesetzliche Vorschriften (z. B. Strahlenschutzgesetz, Bundesseuchengesetz, Unfallverhütungsvorschriften, Arzneimittelgesetz)

1.1.7 Methodikgrundlagen des quantitativen Nachweises von körpereigenen Substanzen bzw. eingebrachten Fremdstoffen sowie des qualitativen Nachweises von Eigenschaften der Körpersubstanzen und eingebrachter Fremdstoffe, ferner des Nachweises von Störfaktoren beim qualitativen und quantitativen Nachweis von Körpersubstanzen

1.2 in der praktischen Tätigkeit

1.2.1 Medizinische Mikrobiologie: Anzüchtung von Bakterien, Mykoplasmen, Chlamydien, Viren, Pilzen und Protozoen, Herstellung von Nährmedien und biochemischen Differenzierungsreihen, Keimdiagnostik aufgrund kultureller, mikroskopischer, biochemischer, immunologischer und Phagentypisierungseigenschaften, Resistenzprüfung gegen Antibiotika, Auswertung und Befundung

1.2.2 Medizinische Immunologie, einschließlich der Blutgruppenserologie: Antigen-Antikörper-Reaktionen mittels Methoden der Agglutination, Lysis, Präzipation, Elektrophorese, Komplementbindung, Fluoreszenz sowie Bindungsanalysen und Migrationsteste, Auswertung und Befundung

1.2.3 Medizinische Chemie: Trennverfahren mittels Zentrifugation, Extraktion, Absorption, quantitative Bestimmungen mittels Photometrie und Spektrometrie zur Substratbestimmung und Aktivitätsmessung, Atomabsorptionsspektralphotometrie, Elektrodenmessungen, Titration, qualitativer Stoffnachweis, Auswertung und Befundung

1.2.4 Medizinische Mikroskopie: Hellfeld-, Dunkelfeld-, Phasenkontrast-, Polarisations-, Fluoreszenzmikroskopie zur Partikel- und Zellzählung, deren Differenzierung ohne und mit Färbeverfahren

1.2.5 Gutachtliche Tätigkeit

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in spezielleren Untersuchungsmethoden der medizinischen Mikrobiologie, medizinischen Immunologie, medizinischen Chemie, medizinischen Mikroskopie, einschließlich der Funktionsprüfungen

2.2 in nuklearmedizinischen diagnostischen Verfahren

2.3 in der allgemeinen Hygiene, Toxikologie, Parasitologie, Tropen-, Arbeits- und Sozialmedizin

2.4 im Bluttransfusionswesen, einschließlich der Präparation und Herstellung von Blutbestandteilen

2.5 in der Gewinnung und Prüfung von Antigenen, Antiseren und Impfstoffen

13. Lungen- und Bronchialheilkunde

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik der Krankheiten der Lunge, des Bronchialsystems, des Mediastinums und der Pleura

dazu gehören:

1.1.1 Pathologie der Atmungsorgane, Pathophysiologie der Atmung und einschlägige Funktionsprüfungen

1.1.2 Röntgendiagnostik der Thoraxorgane, einschließlich Strahlenschutz

1.1.3 Bronchoskopie und Thorakoskopie, einschließlich Entnahme von Untersuchungsmaterial

1.1.4 Punktion der Lunge und Pleura mit Entnahme von Untersuchungsmaterial

1.1.5 einschlägige Laboratoriumsuntersuchungen

1.1.6 Allergentestungen, Schleimhautprovokationstests und Tuberkulinproben

1.2 in der Therapie, einschließlich der Indikationsstellung zur operativen und Strahlenbehandlung

dazu gehören:

1.2.1 Medikamentöse Behandlung, einschließlich der Anwendung antituberkulöser Mittel

1.2.2 Punktion und Drainage der Pleurahöhle

1.2.3 Bronchoskopische Behandlungsmethoden

1.2.4 Behandlung des Spontanpneumothorax

1.2.5 Physikalische Therapie

1.2.6 Hyposensibilisierungsbehandlung allergischer Erkrankungen des Gebietes

1.2.7 Prä- und postoperetive Behandlung von Krankheiten der Lunge und Pleura

1.3 in der Epidemiologie, Prophylaxe und Bekämpfung der Lungen- und Bronchialkrankheiten, einschließlich der Seuchen- und sozialmedizinischen Gesetzgebung

1.4 in der Arbeits- und Sozialmedizin, im öffentlichen Gesundheitswesen und Versicherungswesen, einschließlich der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 der pulmonal bedingten Erkrankungen des kleinen Kreislaufs

2.2 in der zytostatischen Behandlung

2.3 in der Intensivbehandlung respiratorischer Insuffizienzen

2.4 in den operativen Verfahren des Gebietes

2.5 in der Mediastinoskopie und der offenen Lungen- und Pleurabiopsie

2.6 in der Lungenszintigraphie

2.7 in der Bewertung histologischer und zytologischer Befunde

2.8 in der Bewertung von Kulturverfahren und Resistenzbestimmungen von Erregern

2.9 der extrathorakalen Tuberkulose

2.10 in der Röntgendiagnostik beim sinubronchialen Syndrom

14. Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der allgemeinen medizinischen Mikrobiologie (Bakteriologie, Virologie, Mykologie, Parasitologie): Morphologie, Physiologie, Ökologie, Genetik und Systematik der Krenkheitserreger

1.2 in der speziellen medizinischen Mikrobiologie: Gewinnung und Transport des Untersuchungsmaterials. Nachweis und Identifizierung der Krankheitserreger. Immunologische und serologische Nachweise von Infektionskrankheiten und deren Auswertung. Verfahren der Qualitätskontrolle, Dokumentation und Statistik

1.3 in der Infektionslehre und Epidemiologie: Wechselwirkungen zwischen Mikro- und Makroorganismen, Pathogenitätslehre, Immunbiologie und -pethologie der Infektionskrankheiten, Auftreten, Ausbreitung, Bekämpfung und Verhütung von Infektionskrankheiten, insbesondere von nosokomialen Infektionen. Aktive und passive Immunisierung, Impfungen

1.4 in der antimikrobiellen Chemotherapie, einschließlich der Resistenzprüfung, Desinfektion und Sterilisation

1.5 über Gesetze, Verordnungen und Vorschriften

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in speziellen Untersuchungsmethoden der medizinischen Mikrobiologie

2.2 im Aufbau neuer Untersuchungsverfahren

2.3 in den Infektionskrankheiten der Tropen

2.4 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

15. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der Entwicklungsgeschichte, Anatomie, Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik der Krankheiten des Mundes, der Kiefer und der angrenzenden Hartgewebe und Weichteile des Gesichts sowie Kenntnisse in den Grenzgebieten zur Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde und Dermatologie

1.2 in den speziellen Untersuchungsmethoden der Kieferhöhlen mit Punktion und Probespülung, der Speicheldrüsen mit Sondierung der Ausführungsgänge, der Gesichtsnerven (Nervus trigeminus und Nervus facialis)

1.3 in der Röntgendiagnostik des Gebietes (Gesichtsskelett, Zähne), einschließlich des Strahlenschutzes

1.4 in der speziellen Anästhesie des Gebiets

1.5 in der lokalen und allgemeinen konservativen Therapie

1.6 in der Reanimation, Schockbehandlung, einschließlich der Technik von Infusionen und Bluttransfusionen

1.7 in der Indikationsstellung und der Durchführung operativer Eingriffe der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, dazu gehört die selbständige Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade

1.8 in der plastischen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

1.9 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in der Indikation und Anwendung chirurgisch-prothetischer und orthopädischer Hilfsmittel und Maßnahmen (Operationspelotten, chirurgische Prothesen, Epithesen, Platten und Verbände zur Blutstillung und Adaption von Spalthaut, Zystenpilz, kieferorthopädische Geräte, Platten und Schienenverbände für die kieferorthopädische prä- und postoperative Behandlung von Dysgnathien, Deformitäten und Defekten)

2.2 des Gesichtswachstums, der Maße und ästhetischen Beziehungen des Gesichts und Gesichtsschädels, der Anfertigung von Kiefermodellen und Gesichtsmasken, der Durchführung von Modelloperationen und der Fernröntgenbildanalysen und Beurteilung von Fotostataufnahmen als Voraussetzung für die Indikation und Planung oberflächenverändernder Operationen

Operationsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

Gruppe 1:

150 dentoalveoläre Operationen:

Entfernung retinierter, verlagerter, frakturierter und luxierter Zähne und Zahnkeime mit Osteotomien, Wurzelspitzenresektionen, Zystostomien, Gingivektomien

Gruppe 2:

100 Operationen der septischen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie:

Extra- und intraorale Eröffnung von Abszessen und Phlegmonen, Kieferhöhlenoperationen, Speichelsteinentfernungen, Speicheldrüsenexstirpationen

Gruppe 3:

50 Eingriffe bei Mund- und Kieferverletzungen:

Primäre und sekundäre Wiederherstellungschirurgie bei Gesichtsverbrennungen, Gesichtswunden und intraoralen Weichteilverletzungen, konservative und operative Behandlung von Alveolarfortsatz- und Kieferbrüchen mit Anlagen und intra- und extraoralen Schienenverbänden, operative Versorgung von zentralen, zentrolateralen und lateralen Mittelgesichtsbrüchen mit kraniofazialer und zygomatiko-maxillärer Ruhigstellung, Durchführung von Osteosynthesen, primäre Knochentransplantationen sowie Behandlung von kombinierten Weichteil-Knochenverletzungen, Sekundärbehandlung von Verletzungsfolgen, einschließlich Osteotomien, Transplantationen und zugehöriger Maßnahmen

Gruppe 4:

20 Operationen von Mund- und Kiefermißbildungen:

Operationen von Lippen-Kiefer-Gaumenspaltformen, Korrekturoperationen nach vorausgegangenen Spaltoperationen, primäre und sekundäre sprachverbessernde Operationen, Zungenverkleinerung, sonstige Eingriffe bei intra- und extraoralen angeborenen Fehlbildungen, spaltbedingten Nasendeformitäten und Wachstumsstörungen

Gruppe 5:

10 kieferorthopädische Operationen und Kiefergelenkoperationen:

Osteotomien bei angeborenen und erworbenen Dysgnathien, dazu Schienen- und Stützverbände, Kiefergelenk- und Ankyloseoperationen mit orthopädischer Nachbehandlung, modellierende Osteotomien, Segment- und Blockosteotomien an den Alveolarfortsätzen

Gruppe 6:

20 Eingriffe der präprothetischen Chirurgie:

Operationen von Narbenhyperplasien, Lappenfibromen und Schlotterkämmen, korrigierende Eingriffe zur Beseitigung von Falten, Bändern und Exostosen, Mundvorhofplastik, Mundbodenplastik, Tuberplastik, aufbauende Alveolarkammplastik mit dazugehörigen Maßnahmen (Schleimhaut- bzw. Hauttransplantationen, Knorpel- und Knochentransplantationen, postoperative prothetische Sicherung des Operationsergebnisses)

Gruppe 7:

30 Tumoroperationen:

Probeexzisionen, Schnellschnitte, Eingriffe bei Präkanzerosen, Exstirpation bei gutartigen und Radikaloperation bei bösartigen Geschwülsten der Mundschleimhaut, der Lippen, der Speicheldrüsen, der zahnbildenden Gewebe, der Kieferknochen und der Gesichtsweichteile, einschließlich der Radikalentfernung der regionären submandibulären und Halslymphknoten, partielle und totale Glossektomien, Verödungsbehandlung von Hämangiomen, Exstirpation von Naevi flammei und Naevi pigmentosi mit Hautersatz, plastische und wiederherstellende Maßnahmen im Zusammenhang mit Tumoroperationen

Gruppe 8:

5 Operationen an peripheren Gesichtsnerven:

Exhairese an Trigeminusästen, Nervenverlagerung, Anastomosenbildung, Ersatzplastik an Ästen des Nervus facialis und trigeminus, Dekompression

Gruppe 9:

30 Eingriffe der plastischen und Wiederherstellungschirurgie im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich als besondere Eingriffe bei mehrphasigen Operationsplänen der Gruppe 1 bis 8:

Wundbettvorbereitung, Anlegen oder Umschneidung von Fern- und Nahlappen, Einschneiden von Rundstiellappen, Entnahme und Überpflanzung von Schleimhaut-, Voll- und Spalthauttransplantaten, Knorpel und Knochen, Lappenwanderung, Stielrücklagerung, plastischer Verschluß von oroantralen Verbindungen (Mundantrumfisteln)

Gruppe 10:

5 sonstige Eingriffe im Zusammenhang mit Mund- und Kieferoperationen:

Tracheotomie, Fremdkörperentfernung, Arterienfreilegung und Unterbindung, direkte und indirekte Kathetereinführung im Karotisbereich, Freilegung und Unterbindung von Venen, Gefäßersatz

16. Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)

A. Neurologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   - 1.1 in den theoretischen Grundlagen
     - 1.1.1 Anatomie, Physiologie und Biochemie des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems sowie der Muskulatur
     - 1.1.2 Neuropathologie und pathologische Neurophysiologie
     - 1.1.3 Psychopathologie und Neuropsychologie
     - 1.1.4 neurologisch-psychiatrische Genetik
     - 1.1.5 in der fachgebundenen Mikrobiologie, Immunologie, Epidemiologie und Pharmakologie
   - 1.2 in der klinischen Praxis
     - 1.2.1 Methodik und Technik der neurologischen und psychiatrischen Untersuchung
     - 1.2.2 Differentialdiagnostik neurologischer Krankheitsbilder und Defektzustände, einschließlich traumatischer und anderer Notfälle
     - 1.2.3 Indikationsstellung und Technik der neurologischen Behandlungsverfehren und Rehabilitationsmöglichkeiten sowie Indikationsstellung in der Akut- und Intensivversorgung neurologischer Erkrankungen
     - 1.2.4 Technik der fachspezifischen Punktionsmethoden und Nachweis von mindestens 50 Lumbalpunktionen
     - 1.2.5 Technik der allgemein gebräuchlichen Laboratoriumsmethoden, z. B. für die Untersuchung von Blut und Urin; Technik der speziellen Laboratoriumsmethoden, insbesondere hinsichtlich der Liquordiagnostik und Auswertung der Befunde
     - 1.2.6 Grundlagen der neuropathologischen Untersuchungstechnik und Bewertung einfacher neuropathologischer Befunde
     - 1.2.7 Indikationsstellung und Methodik neuroradiologischer Verfahren, wie Übersichtsaufnahmen von Schädel und Wirbelsäule, Hirnangiographie, kraniale und spinale Computer-Tomographie, Myelographie sowie die Beurteilung neuroradiologischer Befunde bei typischen Krankheitsbildern, einschließlich des Strahlenschutzes
     - 1.2.8 Indikationsstellung, Methodik und Technik der Elektroenzephalographie und selbständige Beurteilung von 900 Elektroenzephalographieableitungen
     - 1.2.9 Elektrodiagnostik von Muskeln und peripheren Nerven; Indikationsstellung, Methodik, Technik und Aussagekraft der Elektromyographie und Elektroneurographie
     - 1.2.10 Indikationsstellung, Methodik und Technik der Dopplersonographie der hirnversorgenden Gefäße
     - 1.2.11 neurologische Begutachtung bei üblicher und typischer Fragestellung in allen Zweigen der Gerichtsbarkeit, einschließlich Personenrechtsfragen der Sozialhilfe, der Verwaltung und des Versicherungswesens. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten.
     - 1.2.12 Indikationsstellung für nur klinisch-stationär durchzuführende Maßnahmen der Diagnostik und Therapie, einschließlich der operativen Behandlungsmaßnahmen. Reihenfolge und Zeitpunkt apparativer und invasiver Diagnostik, exakte Todeszeitbestimmung
2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen in
   - 2.1 den theoretischen Grundlagen der Strahlenbiologie und Isotopenphysik
   - 2.2 der klinischen Praxis
     - 2.2.1 Methodik psychiatrischer Anamneseerhebung und Exploration
     - 2.2.2 Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie psychischer Erkrankungen und Störungen (klinische Psychiatrie)
     - 2.2.3 Grundzüge der Psychosomatik
     - 2.2.4 Isotopendiagnostik
     - 2.2.5 Echoenzephalographie
     - 2.2.6 Indikationsstellung und Beurteilung von evozierten Potentialen

B. Psychiatrie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in
   - 1.1 Methodik (Theorie und Technik) der Anamnese- und Befunderhebung im Hinblick auf biologisch-somatische, psychologische, psychopathologische, psychodynamische und soziale Gesichtspunkte
     dazu gehören:
     - 1.1.1 deskriptive Erfassung des psychopathologischen Befundes
     - 1.1.2 Erhebung der biographischen und sozialen Anamnese
     - 1.1.3 tiefenpsychologisch orientierte Gesprächsführung
     - 1.1.4 Methodik der neurologischen Untersuchung
     - 1.1.5 Indikation und Bewertung der Ergebnisse der unter 1.1.3 und 1.1.4 sowie 2.1.2 bis 2.1.5 aufgeführten Verfahren bzw. Untersuchungen
   - 1.2 Beschreibende Klassifikation, Diagnose und Differentialdiagnose psychischer Krankheiten und Störungen unter besonderer Berücksichtigung ihrer Häufigkeit und Erscheinungsformen außerhalb klinischer Institutionen und ihrer Abhängigkeit von bestimmten Lebensphasen
     dazu gehören:
     - 1.2.1 psychiatrische Nosologie, einschließlich der Klassifikation, insbesondere der ICD

1.2.2 allgemeine und spezielle Psychopathologie

1.2.3 Symptomatologie organischer Erkrankungen und Störungen des zentralen Nervensystems (klinische zerebrale Neurologie)

1.2.4 Verlaufsformen psychischer Erkrankungen und Störungen unter besonderer Berücksichtigung chronischer Verläufe

1.3 Entstehungsbedingungen psychischer Krankheiten und Störungen unter besonderer Berücksichtigung somatischer, psychologisch-psychodynamischer und sozialer Faktoren mit disponierender, auslösender und verlaufsbestimmender Wirkung

dazu gehören:

Klinische, epidemiologische oder experimentelle Forschungsergebnisse auf ausgewählten Gebieten, z. B. Genetik, Bereiche der Entwicklungspsychologie, Familienforschung, Persönlichkeitstheorien, neurochemische, neurophysiologische und neuropathologische Fragestellungen

1.4 Behandlung psychischer Krankheiten und Störungen unter Einfluß der Definition von Behandlungszielen, der Festlegung eines Therapieplanes, der Indikationsstellung für verschiedene Therapieverfahren usw. sowie ihre Anwendungstechnik und der Erfolgskontrolle

dazu gehören:

1.4.1 somatotherapeutische Verfahren

1.4.1.1 psychiatrische Pharmakotherapie

1.4.1.2 andere somatische Verfahren, z. B. elektrische Heilkrampfbehandlung

1.4.1.3 Behandlung psychiatrischer Notfälle

1.4.2 psychotherapeutische Verfahren einzeln und in der Gruppe, aufdeckende und stützende psychotherapeutische Gesprächsführung, Kenntnisse in weiteren psychotherapeutischen Techniken (z. B. autogenes Training, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, therapeutische Gemeinschaft)

1.5 Primärer und sekundärer Prävention

dazu gehören:

1.5.1 Familienberatung, Krisenintervention bei Risikogruppen, Sucht- und Suizidprophylaxe, medikamentöse Prophylaxe bei endogenen Psychosen, Vermeidung von sekundären Behinderungen durch gezielte Milieugestaltung

1.6 Konsiliartätigkeit und Beratung anderer Institutionen

1.7 der Begutachtung von Sozial-, Zivil- und Strafsachen und des Versicherungswesens. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

1.8 der Anwendung von Rechtsvorschriften bei der Unterbringung und Behandlung psychisch Kranker unter besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in

2.1 diagnostischen Methoden

dazu gehören:

2.1.1 standardisierte Befunderhebung, einschließlich der Anwendung von Schätzskalen sowie psychiatrisch und neurosenpsychologisch orientierter Beschwerdelisten

2.1.2 die für die psychiatrische Praxis relevanten psychologischen Testverfahren und klinische Bewertung ihrer Ergebnisse

2.1.3 spezielle klinische Untersuchungsverfahren zur Erfassung zerebraler Funktionsstörungen und Leistungseinbußen

2.1.4 die Entnahme und Untersuchung des Liquors

2.1.5 Methodik der Elektroenzephalographie, Dopplersonographie sowie Indikationsstellung zu neuroradiologischen Verfahren und kraniale Computer-Tomographie, Myelographie

2.2 therapeutischen Verfahren

dazu gehören:

2.2.1 Grundzüge der Krankengymnastik und Bewegungstherapie

2.2.2 spezielle Verfahren zur Detoxifikation. Herz-Kreislauf-Behandlung und zum Ausgleich von Stoffwechselstörungen

2.2.3 soziotherapeutische Verfahren

2.2.3.1 Kenntnis der in der psychiatrischen Versorgung mitwirkenden Berufsgruppen, ihrer berufsspezifischen Aufgaben sowie Erfahrungen in Zusammenarbeit mit diesen Gruppen

2.2.3.2 Indikationsstellung zu einzelnen soziotherapeutischen Verfahren, Maßnahmen der Rehabilitation und Nachsorge (z. B. Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Arbeitstraining)

2.2.3.3 Grundzüge der rechtlichen und administrativen Voraussetzungen für Rehabilitation und Nachsorge

C.

Für die Anerkennung ats Neurologe bzw. Psychiater muß das 1 Jahr in Psychiatrie bzw. Neurologie bei einem vollermächtigten Weiterbilder abgeleistet werden.

17. Neurochirurgie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in Neuroanatomie, Neurophysiologie, allgemeiner Neurologie, Neuropathologie, allgemeiner Psychopathologie

1.2 in folgenden Untersuchungsmethoden

1.2.1 Erheben eines neurologischen Befundes

1.2.2 Erheben eines psychopathologischen Befundes

1.2.3 Untersuchung mit Augenspiegel

1.2.4 Lumbal- und Subokzipitalpunktion sowie Liquordiagnostik

1.2.5 periphere Elektrodiagnostik

1.2.6 Echoenzephalographie

1.2.7 Röntgendiagnostik des Schädels und der Wirbelsäule, einschließlich Tomographie, Computer-Tomographie, Myelographie, Angiographie, Pneumenzephalographie, einschließlich des Strahlenschutzes

1.3 in der Deutung und Bewertung der Elektroenzephalographie, der Elektromyographie und der Isotopendiagnostik

1.4 in der speziellen klinischen Diagnostik folgender Krankheitsbilder

1.4.1 intrakranielle Krankheiten:

Mißbildungen, Geschwulstkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Gefäßmißbildungen und -geschwülste, Verletzungen und deren Komplikationen, entzündliche Erkrankungen und Infektionen, Trigeminusneuralgie und andere Krankheiten der Hirnnerven, Anfallsleiden, Systemerkrankungen und Degenerationen

1.4.2 spinale Erkrankungen:

Mißbildungen, Geschwulstkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Gefäßmißbildungen und -geschwülste, Verletzungen und deren Komplikationen, entzündliche Erkrankungen und Infektionen, Bandscheibenvorfälle, Wurzelkompressionen, Systemerkrankungen und Degenerationen

1.4.3 periphere Nerven:

Verletzungen und deren Komplikationen, Tumoren und andere Erkrankungen

1.4.4 vegetatives Nervensystem und endokrines System:

Erkrankungen des vegetativen Nervensystems und des endokrinen Systems, die durch chirurgische Eingriffe behandelt werden können.

1.5 in der Indikationsstellung und Durchführung der operativen und konservativen Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen des Gebietes, einschließlich der Vor- und Nachbehandlung bei Operationen. Dazu gehört die selbständige Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade.

1.6 in den Verfahren der Wiederbelebung und der Schocktherapie, der Intubation, der Infusions- und Bluttransfusionstherapie

1.7 in der Nachsorge und Rehabilitation

1.8 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in der allgemeinen Chirurgie und Unfallchirurgie

2.2 in der Neuro-Ophthalmologie, -Otologie, -Orthopädie, Kieferchirurgie

2.3 in der Strahlenbiologie, der Strahlentherapie am zentralen Nervensystem und Isotopenphysik

2.4 in der allgemeinen Anästhesie

2.5 in der physikalischen Therapie

Operationsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden, selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

100 diagnostische Eingriffe (Myelographie, Enzephalographie, Ventrikulographie, Angiographie)

5 Eingriffe an peripheren Nerven und am vegetativen Nervensystem

50 Eingriffe an der Wirbelsäule und am Rückenmark

40 Eingriffe bei Schädel-Hirn-Verletzungen

40 Eingriffe bei Hirntumoren und anderen intrakraniellen raumfordernden Prozessen

20 Eingriffe bei Trigeminusneuralgie, Hydrozephalus und bei Hirnschädelmißbildungen

18. Neurologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

   im Abschnitt A (Neurologie) der Weiterbildung Nr. 16 Nervenheilkunde

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

   im Abschnitt B (Psychiatrie) der Weiterbildung Nr. 16 Nervenheilkunde

3. Für die Anerkennung als Neurologe muß das 1 Jahr Psychiatrie bei einem zur vollen Weiterbildung ermächtigten Arzt abgeleistet werden.

19. Nuklearmedizin

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der Diagnostik

1.1.1 Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie

1.1.2 Radiochemie, Radioimmunologie und Radiopharmakologie

1.1.3 Meßtechnik, einschließlich Befundanalyse und Datenverarbeitung

1.1.4 Diagnostikplanung, Wahl geeigneter Radionuklide, Dosisberechnung

1.1.5 Funktions- und Lokalisationsdiagnostik von Organen, Geweben und Systemen,

einschließlich in vitro-Verfahren mit Befunddeutung und Behandlungsvorschlägen

1.1.5.1 Zentralnervensystem

1.1.5.2 Skelett- und Gelenksystem

1.1.5.3 Kardiovaskuläres System

1.1.5.4 Respirationssystem

1.1.5.5 Gastrointestinaltrakt, einschließlich der Speicheldrüsen, Leber, Gallenblase, Pankreas

1.1.5.6 Urogenitalsystem

1.1.5.7 Endokrine Organe

1.1.5.8 Hämatopoetisches System

1.1.5.9 Lymphatisches System, einschließlich Milz

1.1.5.10 Tumoren

1.2 in der Therapie

1.2.1 Indikationsstellung zur Therapie, einschließlich ihrer Kombination mit anderen Behandlungsarten

1.2.2 Technik der Therapieverfahren

1.2.3 Dosisberechnung, einschließlich der erforderlichen dosimetrischen Untersuchungen während der Therapie

1.2.4 Stationäre Versorgung der mit offenen radioaktiven Substanzen behandelten Patienten sowie radioaktiv kontaminierter Personen

1.3 im Strahlenschutz

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in speziellen diagnostischen Verfahren

2.1.1 invasive Verfahren zur Bestimmung von Hirndurchblutung, Koronardurchblutung, Nierendurchblutung, peripherer Durchblutung

2.1.2 Liquorraumszintigraphie

2.1.3 Wasser- und Elektrolythaushalt

2.1.4 Radionukliddakryographie

2.2 in Indikation und Bewertung komplementärer Verfahren, insbesondere der Röntgendiagnostik und Sonographie

2.3 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

20. Öffentliches Gesundheitswesen

Die Weiterbildung erfolgt nach staatlichen Richtlinien.

21. Orthopädie

Inhalt der Weiterbildung

A. Weiterbildung in der Chirurgie

Vermittlung und Erwerb von operativen Kenntnissen, insbesondere der Unfallchirurgie und in der Intensivbehandlung

B. Weiterbildung in der Orthopädie

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Funktionsstörungen, Erkrankungen und Verletzungen der Stütz- und Bewegungsorgane

1.2 in einschlägigen speziellen Untersuchungstechniken (Funktionsdiagnostik, Analyse von Statik und Dynamik, Meßmethoden) und Dokumentation

1.3 in der Röntgendiagnostik der Stütz- und Bewegungsorgane, einschließlich des Strahlenschutzes; dazu gehören die Aufnahme- und Einstellungstechnik und die Lagerung, die Handhabung der dazu notwendigen Apparate, einschließlich des Röntgenbildverstärkers, die Auswertung von Röntgenaufnahmen der Stütz- und Bewegungsorgane, die Röntgenuntersuchung während konservativer und operativer Behandlungen des Gebietes und die einschlägige Kontrastdiagnostik

1.4 in den präventiven, konservativen und operativen Maßnahmen des Gebietes und seiner Indikationsstellung; dazu gehört die selbständige Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade.

1.5 in den konservativen Behandlungsmethoden

1.5.1 Ruhigstellung, Lagerung, Stützung, Extension

1.5.2 Verband- und Gipstechnik (Wundverbände, Schutz-Kompressions-, Stütz-, Schienen- und fixierende Verbände u. a.)

1.5.3 Redression, Reposition, Mobilisation (z. B. Reposition der dysplastischen Hüftluxation, der angeborenen und erworbenen Fußdeformitäten, konservative Behandlung von Frakturen und Luxationen)

1.5.4 spezielle Injektionstechniken (Infiltration, intraartikuläre Injektion, perineurale und epidurale Blockade u. a)

1.6 in der physikalischen Therapie (Massagearten, Elektro-, Hydro- und Balneotherapie), Krankengymnastik, einschließlich der funktionellen und sensomotorischen Entwicklungs- und Übungsbehandlung, Beschäftigungstherapie, Schulung des Gebrauchs orthopädischer und anderer Hilfsmittel, Anwendung orthopädischer Spezialgeräte

1.7 in der technischen Orthopädie (Indikation, Konstruktionsprinzipien und -pläne, Herstellungsmethoden von Prothesen, Orthesen, Einlagen und orthopädischem Schuhwerk, Verordnung und Herstellung von Gipsabdrücken, Prüfung der Hilfsmittel bei Anproben und nach Fertigstellung auf Material, Paßform, Funktion und therapeutischen Effekt, Abnahme), Anwendung anderer orthopädischer Heil- und Hilfsmittel (diese Kenntnisse und Erfahrungen können in Verbindung mit einer klinikeigenen oder einer angeschlossenen orthopädischen Werkstatt oder während einer dreimonatigen Tätigkeit in einer orthopädischen Versorgungsstelle vermittelt werden)

1.8 in der orthopädischen Rehabilitation

1.9 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenscheftlich begründeten Gutachten.

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in Anästhesieverfahren

2.2 in neurologischer Diagnostik

2.3 in angiologischer Diagnostik

2.4 in Laboratoriumsdiagnostik

2.5 in Chirotherapie

2.6 in Arbeits- und Sportmedizin

Operationsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden, selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrede)

Gedeckte Eingriffe:

Modellierende, redressierende, reponierende, korrigierende und mobilisierende Eingriffe an Gliedmaßen und Wirbelsäule (Reposition der dysplastischen Hüftluxation, des Klumpfußes, der Frakturen und Luxationen u. a.) 100

Offene Eingriffe:

Muskeln, Sehnen, Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Nerven und Gefäße der Haltungs- und Bewegungsorgane 30

Offene Knochenbrüche, Gelenkverletzungen, Versorgung von Weichteil-, Gefäß- und Nervenverletzungen an den Gliedmaßen und an der Wirbelsäule, einschließlich ihrer Folgezustände 50

Osteotomien mittlerer und kleinerer Knochen 30

Osteotomien großer Röhrenknochen, Osteosynthesen und Epiphyseodesen 30

Arthrotomien, operative Gelenkrepositionen, Arthroplastiken, habituelle Luxationen 40

Plastische Operationen an Haut, Sehnen, Bändern, Knorpel, Knochen, einschließlich freier Transplantationen und Nervenersatzoperationen, Amputationen, Nachamputationen, Stumpfkorrekturen 25

Eingriffe bei Osteomyelitis, Entfernung von Tumoren im Bereich der Extremitäten 15

Operationen an der Wirbelsäule 5

Entfernung von Fremdkörpern (Nägel, Platten, Schrauben, Klammern, Drähte) 30

22. Pathologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der bioptischen Tätigkeit

1.1.1 mikroskopisch-gutachtliche Auswertung von mindestens 15000 histologischen Präparaten und maßgebliche Mitwirkung bei deren Herrichtung mit folgenden Richtzehlen:

Operations- und Biopsiematerial aus der allgemeinen und speziellen Chirurgie 4500

Operations- und Biopsiematerial eus der Frauenheilkunde 4500

Operations- und Biopsiematerial anderer operativer Fächer 2000

Biopsie und Punktatmaterial aus der Inneren Medizin 3500

Bioptische Schnellschnittuntersuchungen 500

1.2 in der Zytodiagnostik

1.2.1 mikroskopisch-gutachtliche Auswertung von mindestens 8000 zytologischen Präparaten aus der Exfoliativ- und Aspirationszytologie mit folgenden Richtzahlen:

Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie 6000

Aspirations- und Punktatzytologie von Körperflüssigkeiten sowie Sputumzytologie 2000

1.3 in der Obduktionstätigkeit

1.3.1 Sektionstechnik, einschließlich spezieller Präparations- und Nachweismethoden und der makroskopischen und mikroskopischen Diagnostik

1.3.2 katalogmäßiger Nachweis über mindestens 300 selbständig durchgeführte Obduktionen, einschließlich histologischer Untersuchungen und epikritischer Auswertung, unter denen auch Obduktionen eus der perinatalen und postnatalen Periode, aus dem Kindesalter und dem Greisenalter enthalten sein müssen.

1.3.3 Notwendigkeit und Möglichkeiten der Asservierung für ergänzende histologische, mikrobiologische, parasitologische, virologische und chemische Untersuchungen

1.3.4 Herrichtung von obduzierten Leichen und Konservierung von Leichen

1.3.5 Gesetze und Verwaltungsvorschriften zum Leichenwesen, zur Strahlenschutzverordnung, über die Arbeitsstätten und die Abfallbeseitigung

1.4 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten zu versicherungsmedizinischen Zusammenhangsfragen im Bereich des Versicherungswesens, insbesondere der gesetzlichen und privaten Unfallversicherung, dem Versorgungswesen nach dem Bundesversorgungsgesetz und der Sozielgerichtsbarkeit.

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in der mikroskopischen Technik, einschließlich Apparatekunde und den für die Diagnostik notwendigen speziellen Methoden

2.2 in der fotografischen Dokumentation

2.3 in der Qualitätssicherung in allen Bereichen des Gebietes sowie in der Dokumentation und Statistik

2.4 in der Vorbereitung und Durchführung von pathologisch-anatomischen Demonstretionen

22.1 Teilgebiet: Neuropathologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   - 1.1 in der bioptischen Tätigkeit

     dazu gehören:

     der Nachweis über maßgebliche Mitwirkung bei der Herrichtung und der diagnostischen Auswertung histologischer Präparate in einer Größenordnung von mindestens 1000 Untersuchungen aus dem Gebiet der Neuropathologie
   - 1.2 in der Obduktionstätigkeit

     dazu gehören:

     der Nachweis von mindestens 300 selbständig durchgeführten Sektionen von Gehirnen und Rückenmarkspräparaten, einschließlich der Spinalganglien und peripherer Nervenanteile
   - 1.3 in Spezialgebieten, z. B. Histochemie, Elektronenmikroskopie, Autoradiographie, Gewebekultur, der klinischen experimentellen oder vergleichenden Anatomie und Pathologie des Nervensystems
   - 1.4 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.
2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen
   - 2.1 in der mikroskopisch-anatomischen Technik, einschließlich der Apparatekunde und der für die Diagnostik notwendigen speziellen Methoden
   - 2.2 in der fotografischen Dokumentation
   - 2.3 in der Asservierung für ergänzende histologische, mikrobiologische, parasitologische und chemische Untersuchungen

23. Pharmakologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   - 1.1 in den theoretischen Grundlagen
     - 1.1.1 allgemeine Pharmakologie:
       Gesetzmäßigkeiten für Resorption, Verteilung, Wirkung, Stoffwechsel und Ausscheidung von Pharmaka und Giften
     - 1.1.2 spezielle Pharmakologie:
       Resorption, Verteilung, Wirkungsweise, Wirkungsort, Dosis-Wirkungsbeziehung, Stoffwechsel und Ausscheidung der gebräuchlichen Arzneimittel, einschließlich der Chemotherapeutika und der Hormone
     - 1.1.3 medizinisch wichtige Gifte und ihre Antidote
     - 1.1.4 biometrische Methoden
     - 1.1.5 Analyse und Bewertung pharmakologischer und toxikologischer Wirkungen am Menschen
     - 1.1.6 Gesetze und Verordnungen für den Umgang mit Arzneimitteln
   - 1.2 in der praktischen Tätigkeit
     - 1.2.1 Technik der tierexperimentellen Forschung zur Wirkungsanalyse von Arzneimitteln und Giften nach den Richtlinien für die Prüfung neuer Arzneimittel
     - 1.2.2 experimentelle Erzeugung von Krankheitszuständen beim Tier zur Wirkungsanalyse von Pharmaka
     - 1.2.3 biologische Test- und Standardisierungsverfahren
     - 1.2.4 die wichtigsten enzymatischen Arbeitsmethoden
     - 1.2.5 die in der Pharmakologie gebräuchlichen chemischen Extraktions-, Isolierungs- und Nachweisverfahren, sowie physikalische und physikalisch-chemische Meßmethoden
   - 1.3 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 3 wissenschaftlich begründeten Gutachten.
2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen
   - 2.1 in der Züchtung, Haltung und Ernährung von Laboratoriumstieren
   - 2.2 in der Isotopentechnik, einschließlich des Strahlenschutzes
   - 2.3 in den Grundzügen der Histologie, einschließlich der Histochemie und der elektronenmikroskopischen Methoden
   - 2.4 in den Grundzügen der elektrophysiologischen Methoden
   - 2.5 über Stoffe, die in der Luft, im Wasser oder in Lebensmitteln entweder als unvermeidbare Rückstände vorkommen oder wegen spezieller Wirkungen zugesetzt werden.

23.1 Teilgebiet: Klinische Pharmakologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen
   - 1.1 in den theoretischen Grundlagen
     - 1.1.1 allgemeine Pharmakologie:
       Gesetzmäßigkeiten für Resorption, Verteilung, Wirkung, Stoffwechsel und Ausscheidung von Arzneimitteln und Giften
     - 1.1.2 spezielle Pharmakologie:
       Resorption, Verteilung, Wirkungsweise, Wirkungsort, Dosis-Wirkungsbeziehung, Stoffwechsel und Ausscheidung der gebräuchlichen Arzneimittel, einschließlich der Chemotherapeutika und der Hormone
     - 1.1.3 medizinisch relevante Gifte und ihre Antidote
     - 1.1.4 biometrische Methoden
   - 1.2 in der tierexperimentellen Tätigkeit
     - 1.2.1 Technik in der tierexperimentellen Forschung zur Wirkungsanalyse von Arzneimitteln und Giften nach den „Richtlinien für die Prüfung neuer Arzneimittel"

1.2.2 experimentelle Erzeugung von Krankheitszuständen beim Tier zur Wirkungsanalyse von Arzneimitteln

1.2.3 biologische Test- und Standardisierungsverfahren

1.2.4 die wichtigsten enzymatischen Arbeitsmethoden

1.2.5 die in der Pharmakologie gebräuchlichen chemischen Extraktions-, Isolierungs- und Nachweisverfahren, sowie physikalische und physikalisch-chemische Meßmethoden

1.2.6 Isotopentechnik

1.3 in der klinisch-pharmakologischen Tätigkeit

1.3.1 Arzneimittelbestimmungen im Blut zur Überwachung und Steuerung der Therapie

1.3.2 erste klinische Erprobung neuer Arzneimittel em Menschen (Phase I)

1.3.3 Erkennung und Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen (Schocktherapie, Reanimation, Beatmung, Defibrillation)

1.3.4 Behandlung von Vergiftungsfällen

1.3.5 Auffinden der therapeutischen Dosierung und der Indikationsgebiete neuer Pharmaka (Phase II)

1.3.6 pharmakokinetische Untersuchungen am Menschen (biologische Verfügbarkeit, Metabolismus, Ausscheidung)

1.3.7 Planung und Durchführung kontrollierter klinischer Arzneimittelprüfungen am Menschen (Phase III)

1.3.8 Planung multizentrischer Langzeitprüfungen

1.3.9 klinische Untersuchungsverfahren und Bewertungskriterien für die Wirksamkeitsprüfung der wichtigsten Arzneimittelnebenwirkungen und -interferenzen

1.3.10 Erkennung und Bewertung von Arzneimittelrisiken, insbesondere Arzneimittelnebenwirkungen und -interferenzen

1.3.11 Erfassung und Bewertung von Arzneimittelrisiken nach der Zulassung (Phase IV)

1.3.12 Begutachtung der Wirksamkeit sowie der Unbedenklichkeit, einschließlich der Risiken von Arzneimitteln. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 über das Meldesystem von Arzneimittelrisiken

2.2 über epidemiologische Fall-Kontroll-Studien und Cohort-Studien

2.3 in der Intensivüberwachung der klinischen und ambulanten Arzneitherapie mit zugelassenen Arzneimitteln

2.4 in ärztlicher Verordnungsweise und Einnahmegewohnheiten der Patienten

2.5 im Arzneimittelrecht

2.6 über ethische und sonstige Voraussetzungen für klinische Prüfungen am Menschen

24. Psychiatrie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

   im Abschnitt B (Psychiatrie) der Weiterbildung Nr. 16 Nervenheilkunde

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

   im Abschnitt A (Neurologie) der Weiterbildung Nr. 16 Nervenheilkunde

3. Für die Anerkennung als Psychiater muß das 1 Jahr Neurologie bei einem zur vollen Weiterbildung ermächtigten Arzt abgeleistet werden.

25. Radiologie

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

   1.1 in den physikalischen und strahlenbiologischen Grundlagen

   1.2 im Strahlenschutz

   1.3 in der Strahlendiagnostik

   1.3.1 Röntgenuntersuchung des Skeletts und des Schädels

   1.3.2 Röntgenuntersuchungen der Thoraxorgane

   1.3.3 Röntgenuntersuchungen des Verdauungskanals, einschließlich des Gallensystems

   1.3.4 Röntgenuntersuchungen der Nieren und der ableitenden Harnwege

   1.3.5 röntgendiagnostische Meß- und Lokalisationsverfahren

   1.3.6 Röntgenuntersuchung der Blut- und Lymphgefäße mittels spezieller Verfahren

   1.3.7 Röntgenuntersuchung der Weichteile und Brustdrüse

   1.4 in der Strahlentherapie

   1.4.1 Grundlagen und Indikationen, einschließlich Behandlungsplanung und Dosimetrie

   1.4.2 Oberflächen- und Nahbestrahlungstherapie

   1.4.3 Therapie mit sehr harten und ultraharten Röntgen- oder Gamma-Strahlen und energiereichen Elektronen

   1.4.4 Erkennung und Behandlung von Strahlenwirkungen und -reaktionen

   1.4.5 therapeutische Anwendung von umschlossenen radioaktiven Substanzen, einschließlich der Bestimmung der Organdosis

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

   2.1 in röntgendiagnostischen Spezialverfahren

   2.1.1 des Herzens und der Lunge

2.1.2 des Magen-Darmtraktes, des Gallensystems und des Pankreas

2.1.3 der Neuroradiologie

2.1.4 der Arthrographie

2.1.5 von Körperhöhlen und Gangsystemen

2.1.6 Computer-Tomographie

2.1.7 Kinematographie, Kymographie und Densitometrie

2.2 in der Dosimetrie von Elektronen- und Quantenstrahlen

2.3 in der diagnostischen und therapeutischen Anwendung von Radionukliden

2.4 in der Sonographie und Thermographie

2.5 in der allgemeinen Onkologie

2.6 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

Für den Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen gelten folgende Richtzahlen von nachzuweisenden, selbständig durchgeführten und befundeten Röntgenuntersuchungen:

Gruppe 1:	
Skelett:	
Schädel	2000
Wirbelsäule	2000
Becken	1000
Extremitäten	3000
Gruppe 2:	
Thorax und Thoraxorgane	6000
Gruppe 3:	
Verdauungskanal:	
Ösophagus, Magen und Duodenum	800
Dickdarm-Kontrast	400
Gruppe 4:	
Gallensystem und Pankreas	800
Gruppe 5:	
Nieren, Harnwege, Nebennieren	1000
Gruppe 6:	
Mamma	600
Gruppe 7:	
Gefäße	100

25.1 Teilgebiet: Strahlentherapie

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in den physikalischen und strahlenbiologischen Grundlagen der Strahlentherapie, einschließlich der Grundzüge der Tumorbiologie

1.2 in den Indikationen und Methoden der Behandlung bösartiger Tumoren

1.3 in der computerunterstützten Bestrahlungsplanung, einschließlich Ultraschall und Computer-Tomographie und Simulartechnik

1.4 in der Oberflächen- und Nahbestrahlung

1.4.1 Indikation zur Strahlentherapie

1.4.2 klinische und methodische Grundlagen der Strahlentherapie, einschließlich Behandlungsplanung und Dosimetrie

1.5 Fernbestrahlung mit radioaktiven Stoffen, Photonen- und Elektronen-Therapie mit Beschleunigern

1.6 in Erkennung und Behandlung von Strahlenwirkungen und -reaktionen, Kenntnis der Toleranzgrenzen von Geweben

1.7 in der therapeutischen Anwendung von geschlossenen und offenen radioaktiven Substanzen

1.8 in der Versorgung von stationär mit ionisierenden Strahlen behandelten Patienten

1.9 in der Nachsorge strahlenbehandelter Patienten und der interdisziplinären Tumorbehandlung

1.10 in den Strahlenschutzvorschriften und -methoden

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in der Dosimetrie von Quanten- und Korpuskularstrahlen

2.2 in der therapeutischen Anwendung anderer Strahlen (z. B. Neutronen)

2.3 in der kombinierten Therapie (Strahlentherapie, Chirurgie, Chemotherapie, Methoden der Strahlensensibilisierung)

2.4 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

26. Rechtsmedizin

Inhalt der Weiterbildung

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der gerichtsärztlichen Tätigkeit

1.1.1 Tat- und Fundortexpertisen sowie Leichenschauexpertisen

1.1.2 Sektionstechnik, einschließlich der wichtigsten Präparations- und Nachweismethoden, sowie der makroskopischen und mikroskopischen Diagnostik

1.1.3 verantwortliche Teilnahme an mindestens 300 Obduktionen an einem Rechtsmedizinischen Institut mit Begutachtung zwischen morphologischem Befund und Geschehensablauf (Unfall- bzw. Tathergang)

1.1.4 verantwortliche Durchführung von mindestens 100 gerichtlichen Obduktionen an einem Institut für Rechtsmedizin unter Einschluß der erforderlichen weiterführenden, insbesondere der histologischen Untersuchungen mit abschließendem Gutachten

1.1.5 mindestens 30 schriftliche ausführliche Kausalzusammenhangsfälle im Rahmen der Todesermittlung unter Verwertung der Ermittlungsakten sowie aller Untersuchungsergebnisse, insbesondere der histologischen Untersuchungen eines jeden Falles

1.1.6 200 mündliche Gutachten vor Gericht

1.1.7 20 schriftliche Gutachten zu forensischen psychopathologischen Fragestellungen

1.1.8 Asservierung von Spuren und Kenntnis von Schnellmethoden

1.1.9 Beurteilung von Verletzungen bei Lebenden und Toten, insbesondere unter Berücksichtigung strafrechtlicher-, versicherungs- und verkehrsmedizinischer Probleme

1.1.10 Beurteilung von Intoxikationen bei Lebenden wie an Leichen und Kenntnis der Materialsicherung, der Untersuchungsverfahren, der Methodenkritik sowie der Auswertung von Untersuchungsbefunden

1.1.11 Rechtsstellung des medizinischen Sachverständigen, insbesondere auch der Beweisanforderungen vor Gericht (Strafrecht und Sozialrecht)

1.1.12 Rechtsstellung des Arztes und rechtliche Konsequenzen ärztlichen Handelns

1.1.13 forensische Serologie, einschließlich der gerichtsmedizinischen Spurenkunde

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in der Versicherungsmedizin

2.1.1 in der privaten und sozialen Versicherungsmedizin sowie in den Grundlagen versicherungsmedizinischer Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 10 wissenschaftlich begründeten Gutachten zu Kausalitätsfragen.

2.2 in der Pathologie

2.2.1 Sektionstechnik, einschließlich der Präparations- und Nachweismethoden, sowie der makroskopischen Diagnostik und der Beziehungen zwischen Krankheitsbild und morphologischem Befund

2.2.2 verantwortliche Teilnahme an mindestens 100 Obduktionen

2.3 in der Psychiatrie

2.3.1 Praxis der psychiatrischen Krankheitsbilder

2.3.2 Beziehungen psychiatrischer Krankheitsbilder zu forensischen Fragestellungen

27. Urologie

Inhalt der Weiterbildung

A. Weiterbildung in der Chirurgie

Vermittlung und Erwerb von operativen Kenntnissen, insbesondere in der Bauchchirurgie

B. Weiterbildung in der Urologie

1. Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen

1.1 in der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Pharmakologie

1.2 in den Untersuchungsmethoden (Blasen- und Harnröhrenspiegel, urodynamische Verfahren, Sonographie)

1.3 in den Laboratoriumsuntersuchungen

1.4 in der Indikationsstellung und Durchführung der Röntgendiagnostik des Gebietes und der Indikationsstellung der Strahlentherapie bei urologischen Erkrankungen, einschließlich des Strahlenschutzes

1.5 in den präventiven, konservativen und operativen Maßnahmen des Gebietes und seiner Indikationsstellung; dazu gehört die selbständige Durchführung der im Operationsverzeichnis aufgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade.

1.6 in den Verfahren der Wiederbelebung und der Schocktherapie, der Intubation, der Infusions- und Bluttransfusionstherapie

1.7 in der Nachbehandlung nach operativen Eingriffen

1.8 in der Leitungsanästhesie

1.9 in der Begutachtung. Dazu gehört die Anfertigung von mindestens 5 wissenschaftlich begründeten Gutachten.

1.10 in der Andrologie

2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen

2.1 in der Indikationsstellung und Durchführung der Isotopendiagnostik des Gebietes, einschließlich des Strahlenschutzes

2.2 in der allgemeinen Anästhesie

2.3 in der Technik der Stanz- und Saugbiopsie

Operationsverzeichnis

(Art und Mindestzahl der nachzuweisenden, selbständig durchgeführten operativen Eingriffe, außerdem Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

50 Operationen an Niere und Harnleiter

25 Operationen an Blase und Blasenhals

25 Operationen an der Prostata

35 Operationen an Penis und Skrotum

75 transurethrale Operationen (Harnleiter, einschließlich instrumenteller Steinextraktionen)

5 große Operationen der Tumorchirurgie

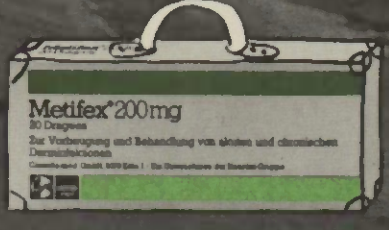
(Operationen durch Schnitt können bis zur Hälfte gegen transurethrale Operationen ausgetauscht werden)

Metifex.® Die Reiseversicherung für den Darm.

Der plötzliche Klimawechsel, ungewohnte Speisen, die große Hitze ... vieles kann im Urlaub schnell zu Diarrhöen führen.
Metifex schützt vor Reisediarrhöen.

Denn es eignet sich hervorragend zur Prophylaxe, und es stoppt dank seiner antibakteriellen, spasmolytischen und adstringierenden Wirkung auch hartnäckige Diarrhöen zuverlässig.

Metifex ist ein echtes Kontakt-Therapeutikum – es wird praktisch nicht resorbiert. Sondern wirkt nur dort, wo es soll: im Darm. Sie können Metifex also jederzeit empfehlen. Zumal es für jede Altersstufe die adäquate Wirkstoffmenge gibt.



Metifex.® Wirkt gezielt im Darm – verschont den Kreislauf.

Zusammensetzung: 1 Dragee 200 mg/100 mg/25 mg enthält Ethacridinlactat 200 mg/100 mg/25 mg. Indikationen: Prophylaxe oder Behandlung akuter und chronischer Darminfektionen sowie unspezifischer Diarrhöen. Dosierung und Anwendung: Metifex 200 mg: Erwachsene am 1. und 2. Krankheitstag jeweils 3mal 1 Dragee mit Flüssigkeit nach dem Essen. Ab 3. Krankheitstag kann meist auf täglich 2mal 1 Dragee reduziert werden. Kinder von 10 bis 14 Jahre täglich 2mal 1 Dragee. Zur Prophylaxe täglich 1 Dragee. Metifex 100 mg: Kinder von 5 bis 10 Jahre am 1. und 2. Krankheitstag jeweils bis zu 4mal täglich 1 Dragee mit Flüssigkeit nach dem Essen. Ab 3. Krankheitstag kann meist auf täglich 3mal 1 Dragee reduziert werden. Metifex 25 mg: Kleinkinder von 6 Monaten bis zum vollendeten 1. Lebensjahr täglich 3–4mal 1 Dragee. Kinder vom 2. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr täglich 3–4mal 2 Dragees. Nebenwirkungen: Vereinzelt rasch vorübergehendes Druckgefühl in der Magengegend. Besondere Hinweise: Spezifische Infektions- und Invasionskrankheiten wie Ruhr, Salmonelleninfektionen, Cholera und Amoebiasis mit speziellen Therapeutika behandeln. Handelsformen und Preise: Metifex 200 mg: OP mit 20 Dragees DM 8,60, OP mit 50 Dragees DM 19,85, Anstaltspackung. Metifex 100 mg: OP mit 20 Dragees DM 7,45. Metifex 25 mg: OP mit 20 Dragees DM 3,30.

Cassella-med. GmbH, 5000 Köln 1
Ein Unternehmen der Hoechst-Gruppe

cassella med

Die Problematik einer Selbstbeteiligung

von Professor Dr. Hans J. Sewering

Im Leitartikel wurde schon vermerkt, daß im Blätterwald und im politischen Raum überwiegend die Forderung des Deutschen Ärztetages in Berlin nach Selbstbeteiligung der Versicherten berichtet und kommentiert wurde.

Ich meine, man sollte mit dem Begriff „Selbstbeteiligung" sehr sorgsam und zurückhaltend umgehen.

Niemand wird bestreiten wollen, daß sie dort ihre Berechtigung hat – und, wenn auch ungenügend, praktiziert wird –, wo dem Patienten etwas „in die Hand" gegeben wird. Medikamente werden zuverlässiger eingenommen, Brillen oder Zahnersatz sorgfältiger behandelt, wenn der einzelne dafür etwas bezahlt hat. Der Aufenthalt im Kurort – Geschenk und Verordnung zugleich – wird sicherlich intensiver zur Erreichung eines Heilerfolges genutzt, wenn man weiß, daß die Kur auch eigenes Geld kostet. In der Durchführung gäbe es keine Probleme. Am Ladentisch zahlt der Versicherte ja heute schon, an der Kasse des Kurheimes ginge es ohne Aufwand.

Beim Krankenhausaufenthalt wäre die Durchführung leicht möglich, aber hier beginnt es bereits problematisch zu werden. Die Einsparung an Verpflegung bei Aufenthalt eines Familienangehörigen im Krankenhaus wird meist ausgeglichen durch Mehraufwendungen – vom neuen Nachthemd bis zu den Fahrtkosten bei jedem Besuch. Im Gegensatz zur Kur – die meist primär vom Versicherten gewünscht wird – gehört es wohl zu den Ausnahmen, daß ein Patient gerne ins Krankenhaus geht. Die Selbstbeteiligung wäre also auch nur selten ein „Regulativ".

Wie sieht es bei der kassenärztlichen Behandlung aus? Kann es ein ärztlicher Wunsch sein, den Zugang zum Arzt zu erschweren? Wohl kaum! Deshalb war wohl auch die Rede davon, man solle die erste Inanspruchnahme frei lassen von einer Selbstbeteiligung. Gilt das nur für den in einem Quartal zuerst in Anspruch genommenen Arzt? Wie steht es mit der Überweisung? Wie hoch soll die Selbstbeteiligung an den Arztkosten sein? Soll der Versicherte „kräftig" zuzahlen? Dann nutzt die Aussparung der ersten Inanspruchnahme – zum Beispiel des Hausarztes – nicht. Wenn dieser nämlich „unklare Oberbauchbeschwerden" feststellt und die notwendigen Untersuchungen vom Röntgen bis zur Gastroskopie veranlaßt, dann entstehen die Kosten nach der ersten Inanspruchnahme. Wenn das Krankenhaus von der Kostenbeteiligung ausgespart bliebe – worauf Sie sich verlassen können –, stünde sich der Versicherte besser, wenn er sich „zur Abklärung" einweisen ließe. Dann würde es allerdings für die Kasse – dank Selbstbeteiligung – wesentlich teurer. Der Kassenarzt, welcher normalerweise auf Überweisung in Anspruch genommen worden wäre, könnte sich – je nach Betrachtungsweise – über die Schonung seiner Kräfte und Geräte freuen oder auch über den Sinn einer von den Ärzten selbst geforderten Selbstbeteiligung nachdenken.

Macht man eine sehr milde Selbstbeteiligung, die keinem Versicherten weh tut, dann käme es als erstes darauf an, wer sie einzieht. Den Kassen würde es mit Sicherheit niemand zumuten. Auch darauf können Sie eine Wette abschließen. Bei kleinen Beträgen wäre das auch völlig unvertretbar, weil die Verwaltungskosten mehr auffressen würden, als eingezogen wird. Schon der CDU-Arbeitsminister Blank hat deshalb Ende der fünfziger Jahre erklärt, daß die von ihm geplante „Inanspruchnahme-Gebühr" vom Kassenarzt einzuheben sei. Das löste seinerzeit einen Sturm der Entrüstung bei den Kassenärzten aus. Erinnern Sie sich noch an das Reizwort von der „Registrierkasse in der Arztpraxis"? Genau das käme aber erneut auf die Kassenärzte zu, wenn die gewünschte Selbstbeteiligung eingeführt würde. Jeder könnte sich dann überlegen, ob die Arzthelferin gleich kassiert, was bei prozentualer Selbstbeteiligung schon technisch fast unmöglich ist, ob man für vier Mark fünfundneunzig eine Rechnung schickt oder lieber gleich darauf verzichtet.

Die Befürworter der Selbstbeteiligung weisen auch gerne darauf hin, daß in Ländern wie Frankreich oder den Vereinigten Staaten nach wie vor erfolgreich das Kostenerstattungsprinzip angewendet werde. Daß es Anwendung findet, trifft zu. Als ich vor wenigen Wochen für den Weltärztebund in den USA war, fragte ich Taxifahrer, wo sie oder ihre Familie hingingen, wenn sie krank würden. Jeder gab die gleiche Antwort: Natürlich in das Ambulatorium, denn einen Privatarzt könne man sich nicht leisten. Auch Gruppenpraxen sind dort schon recht „moderat" geworden bei ihrer Rechnungstellung. Der Blick ins Ausland bringt uns – so meine ich – keine positiven Erkenntnisse.

Auch das angeblich nicht mehr zu bremsende Wachstum der Ausga-

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 angewendet 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, 214,08 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

ben für die Krankenbehandlung wird als Argument für die Selbstbeteiligung ins Feld geführt. Man darf wohl darauf hinweisen, daß der Anteil der Kosten für ambulante kassenärztliche Behandlung an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung seit Jahren rückläufig ist. Zwanzig Prozent der Ausgaben für ambulante kassenärztliche Behandlung war jahrelang unsere gewohnte „Leitlinie". Daß wir schon einmal zweiundzwanzig Prozent hatten, sei lediglich erwähnt. Heute liegen wir zwischen sechzehn und siebzehn Prozent. Selbst wenn wir alle Möglichkeiten der ambulanten Diagnostik und Therapie ausschöpfen, bleiben wir preiswert, wenn es uns gelingt, dadurch ein bis zwei Tage Krankenhausverweildauer einzusparen. Das aber liegt im Rahmen des Möglichen, wenn alle sich gleichermaßen bemühen.

Die Selbstbeteiligung der Versicherten an den Arztkosten bringt uns keinen Schritt weiter. Viel wichtiger ist das kooperative Verhalten der Kassenärzte, die ihnen **gemeinsam** zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie auszuschöpfen. Das erfordert natürlich gegenseitiges Vertrauen und die Bereitschaft, an den niedergelassenen Nachbarkollegen zu überweisen statt in das Ambulatorium oder stationär ins Krankenhaus. Damit entlasten wir den teuersten Aufgabenbereich „Krankenhaus" und machen ihn zugleich frei für Patienten, die solcher Behandlung bedürfen.

Der bayerische Gesamtvertrag hat diese Grundsätze in den Mittelpunkt gestellt. Sie werden von Kassenärzten und Krankenkassen gemeinsam getragen. Selbstbeteiligung der Versicherten en der kassenärztlichen Behandlung sollte deshalb für uns kein Thema sein.

Het die Selbstbeteiligung an den Arztkosten, eine erzieherische Wirkung? Dafür gibt es bisher keine Beweise. Die größte Gruppe der Selbstzehler, die Angehörigen des öffentlichen Dienstes, können nicht als „Beweisgruppe" ins Feld geführt werden, Ihr Selbstbehalt aus der Rückerstattung der privaten Krankenversicherung wird durch die Beihilfe überkompensiert. Im übrigen wird wohl niemand daran zweifeln, daß der Einführung einer generellen Selbstbeteiligung der Versicherten sofort das Angebot auf Abschluß einer Zusatzversicherung für Selbstbeteiligung folgen würde. Das Ergebnis wäre also bestenfalls mehr Beitragsaufwendung, aber sonst kein Effekt. Für die stationäre Behandlung sind solche Zusatzversicherungen ja längst üblich, wenngleich sie hier weniger der Verbesserung der ärztlichen Betreuung als dem Bedürfnis besserer Unterbringung dienen. Die „Imagepflege" – man wird im Krankenhaus besucht – darf dabei nicht vergessen werden.

Finanzielle Anreize für „gesundheitsbewußtes" Verhalten sind insgesamt problematisch. Man kann nicht nachschnüffeln, wer Nichtraucher ist. Der „Normalgewichtige" raucht möglicherweise vierzig Zigaretten. Da ließe sich schon eher darüber reden, einen Teil der Tabak- und Alkoholsteuer in die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung zu leiten. Kein Mensch glaubt ernsthaft daran, daß das realisierbar wäre. Unfallversicherung für Skifahrer, sonstige Sportler oder Autofahrer? Es führt ins uferlose, wenn man ernsthaft darüber nachdenkt.

Für die Ermunterung zur gesundheitsbewußten Lebensweise muß man sich schon was besseres einfallen lassen. Gesundheitsbewußtsein, oder einfach gesagt Vernunft zu wecken, ist ein Programm auf lange Sicht. So lange die Zigarette für den „Held" auf Leinwand, Bildschirm und Plakat noch Statussymbol ist, wird es zum Beispiel schwer sein, die Jugendlichen von der Zigarette abzubringen.

Ins Gespräch gebrecht wurden auch „Wahltarife". Einfach ausgedrückt: Der Versicherte kann einen billigeren Beitrag wählen mit der Folge, deß er im Krankheitsfall einen entsprechenden Anteil der Kosten selbst bezehlen muß.

Dieser Vorschlag verkennt völlig das Grundprinzip, das „Solidarprinzip" der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie kann ihren finanziellen Verpflichtungen bei einem angemessenen Beitragssatz überhaupt nur nachkommen, wenn bei gleichem Beitragssatz für elle Versicherten – ob jung oder elt, ob verheiratet mit Kindern oder ledig – jeder Versicherte den gleichen Beitrag bezahlt. Die Krankenversicherung lebt davon, daß rund dreißig Prozent der meist wohl jüngeren Versicherten keine Leistungen in Anspruch nehmen. Gerade diese Gruppe würde aber nach aller Wahrscheinlichkeit den billigeren Beitrag bevorzugen und die Selbstbeteiligung riskieren.

Dann geht aber die Rechnung nicht mehr auf. Höhere Beiträge für diejenigen, welche das Risiko der Selbstbeteiligung nicht auf sich nehmen können – also die Älteren – wäre die Folge.

Die Möglichkeit einer Versicherungsberechtigungsgrenze könnte man ansprechen. Ins Gespräch bringen kenn man sie nicht, weil man dafür keinen Gesprächspartner findet. Die Versicherten oberhalb einer bestimmten Einkommensgrenze unter Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung in ein „Kostenerstattungsprinzip" überzuleiten, läßt sich mit deren Grundsätzen nicht vereinbaren und verstößt auch gegen das Subsidiaritätsprinzip. Dann wäre es logischer, diese Versicherten aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu entlassen und sie an die private Krankenversicherung zu verweisen. Der Gedanke hat im übrigen politisch keine Chance.

Es bleibt zu hoffen, daß die verantwortlichen Gremien der deutschen Ärzte, vor allem der Kassenärzte, sich nun sehr bald in die „Studierstube" begeben und das Thema „Selbstbeteiligung der Versicherten" in Ruhe und Nüchternheit durchdenken.

Es geht darum, zu den Realitäten zurückzufinden und die Glaubwürdigkeit in der deutschen Öffentlichkeit nicht unnötig aufs Spiel zu setzen.

Paracelsus-Medaille für Professor Zenker

Auf der Eröffnungsveranstaltung des 83. Deutschen Ärztetages in Berlin überreichte Dr. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. med. Rudolf Zenker, Hauensteinstraße 14, 8000 München 90, die diesem vom Präsidium des Deutschen Ärztetages verliehene Paracelsus-Medaille. Nachstehend veröffentlichen wir die Laudatio:

„Die deutschen Ärzte ehren in Rudolf Zenker einen bedeutenden Chirurgen, der sich durch seine Forschungen auf dem Gebiet der Bauch-, Thorax- und Herzchirurgie und durch sorgfältige experimentelle Vorbereitung für die Transplantationschirurgie auch international hervorragende Verdienste erworben hat.

Rudolf Zenker begann seine ärztliche Tätigkeit am Pathologischen Institut der Universität München und der Medizinischen Klinik der Universität Heidelberg, arbeitete dann bei Professor Kirchner zunächst in Tübingen und seit 1934 in der Chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg. Nach der Habilitation im Jahre 1937 übernahm Rudolf Zenker 1942 die kommissarische Leitung der Chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg, 1943 die Leitung der Chirurgischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten in Mannheim. Im April 1951 folgte Rudolf Zenker einem Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie an der Universität Marburg/Lahn, 1958 wurde er Ordinarius für Chirurgie und Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in München.

Bereits in Mannheim beschäftigte sich Rudolf Zenker mit der gerade aufkommenden Herzchirurgie. Neben einer großen Zahl von erfolgreichen Eingriffen bei der schwierigen Perikarditis führte er dort auch schon die ersten Eingriffe bei angeborenen Herzfehlern durch. In Marburg war er zunächst besonders auf dem Gebiet der Bauch- und Thoraxchirurgie tätig. Damals entstanden seine wissenschaftlichen Hauptwerke im Rahmen der ‚Kirchner'schen Operationslehre'.

Rudolf Zenker wandte sich dann der Entwicklung und Förderung der Herzchirurgie Deutschlands zu. Durch die Einführung des extrakorporalen Kreislaufs in Deutschland mit der ersten erfolgreichen Operation im Jahre 1958 setzte er einen Meilenstein in der Fortentwicklung herzchirurgischer Operationsmethoden. Unter den herzchirurgischen Abteilungen nimmt die von ihm in München gegründete heute einen bedeutenden Platz in der Bundesrepublik Deutschland ein.

Weitere Arbeitsschwerpunkte von Rudolf Zenker sind die Probleme der Organverpflanzung, der Immunologie und der ärztlichen Ethik.

Unermüdlicher Arbeitseinsatz, Ideenreichtum und Autorität, verbunden mit Bescheidenheit und Demut, verschafften Rudolf Zenker Hochachtung bei Patienten, Mitarbeitern und Schülern.

Rudolf Zenker hat sich um die deutsche Medizin und die Gesundheit der Menschen besondere Verdienste erworben."

Verdienstkreuz am Bande

Dr. med. Otto Fahrnholz, Prinz-Ludwig-Straße 10, 8390 Passau, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Dr. Hermann Braun im Präsidium Bundesverband der Freien Berufe

Die Delegiertenversammlung des Bundesverbandes der Freien Berufe, Bonn, wählte am 28. April 1980 Dr. Hermann Braun, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, in das Präsidium.

Professor Dr. med. Wolfgang Spann, Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München, Frauenlobstraße 7, 8000 München 2, wurde zum neuen Vorsitzenden des ADAC-Ärztekollegiums gewählt.

Professor Dr. med. Wolfgang Mauermayer, Direktor der Urologischen Klinik im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde in Anerkennung seiner Verdienste um die Urologie vom italienischen Staatspräsidenten mit dem Grande Ufficiale, einem der höchsten zivilen Orden, ausgezeichnet.

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

Bayerns Notarztversorgung

Ab 1. Juli 1980 auf gesicherter Grundlage

Am Mittwoch, den 7. Mai 1980 wurde der Presse ein „Rahmenvertrag zur Regelung des Einsatzes von Ärzten mit Notarztwagen" in konstruktivem Zusammenwirken von Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns, Krankenkassenverbänden und Rettungsorganisationen vorgestellt. Die Beteiligten: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungs- sowie Landwirtschaftlichen Krenkenkassen und Ersatzkassen, Bayerisches Rotes Kreuz als Betreiber der Rettungsleitstellen, sowie alle Hilfsorganisationen (Arbeiter-Samariterbund, Johanniter-Unfallhille, Melteser-Hillsdienst, Deutsche Lebensrettungsgesellschaft und Landeshauptstadt München) haben mit dieser Regelung der Noterztversorgung die ärztliche Betreuung der Bevölkerung Bayerns weiter ergänzt.

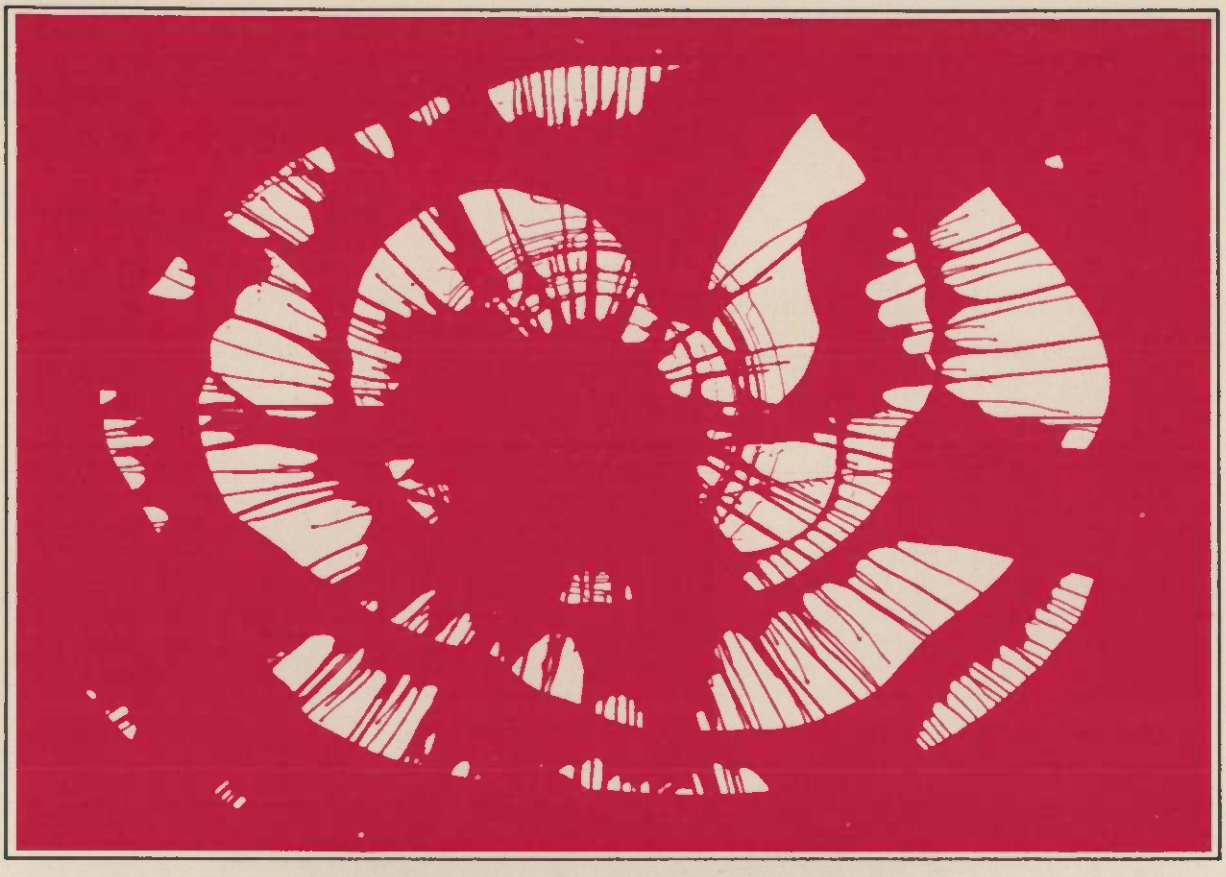
Professor Sewering führte auf der Pressekonferenz einleitend aus, daß für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung Bayerns derzeit rund 11 300 Kessenärzte bzw. an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte Ärzte zur Verfügung stehen. Nach dem durch das Gesetz vorgeschriebenen Bederlsplen wären für eine umfassende und eusreichende ambulante ärztliche Versorgung des Freistaates rund 8400 Kassenärzte erlorderlich. Wenn dennoch nach dem geplanten Bedarfsplan derzeit noch 219 Stellen zu besetzen sind, so liege das an der ungleichmäßigen Verteilung der zugelassenen Kassenärzte. Nachdem die Kassenärzte netürlich nicht das ganze Jahr über rund um die Uhr zur Verfügung stehen können, wurde, so erläuterte Professor Sewering der Presse, für sprechstundenfreie Zeiten ein Notfall-Bereitschaftsdienst eingerichtet, der über Rufnummern erreichbar war, die fortlaufend in der Presse bekanntgegeben worden sind.

Über die Veränderungen äußerte Professor Dr. Sewering:

„Mit der Inbetriebnahme der Rettungsleitstellen nutzt die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns deren Personal und Einrichtung auch für die Vermittlung der Einsätze des kassenärztlichen Notfall-Bereitschaftsdienstes. Ein Kooperationsvertrag mit dem Bayerischen Roten Kreuz ist die Grundlage einer hervorragenden mehrjährigen Zusammenarbeit. Die Nutzung der in ihrem Betrieb zwangsläufig aufwendigen Rettungsleitstellen sowohl für die Einsätze von Rettungs- und Krankentransportfahrzeugen und auch für den kassenärztlichen Notfall-Bereitschaftsdienst bewirkt sowohl eine im Interesse der Kostenträger liegende Kosteneinsparung als auch eine Koordinierung in der Vermittlung ärztlicher Hilfe. Die Orts-, Betriebs-, Innungs-, Landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen in Bayern, das Bayerische Rote Kreuz und die übrigen Rettungsorganisationen (Johanniter-Unfallhilfe, Malteser-Hilfsdienst, Arbeiter-Samariterbund, Deutsche Lebensrettungsgesellschaft und Landeshauptstadt München) sowie die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns haben nun einen weiteren Schritt zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Notfällen geten. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat es übernommen, die ärztliche Besetzung der Notarztwagen, die mit Blaulicht und Sirene zum Einsatzort fahren, zu gewährleisten. Sie wird dafür Kassenärzte und Krankenhausärzte gewinnen, die sich für diese besondere Form des ärztlichen Einsatzes zur Verfügung stellen. Das Bayerische Rote Kreuz, ggf. eine andere Rettungsorganisation, stellen Fahrzeuge und Sanitätspersonal für die Einsätze zur Verfügung. Die Standorte der Notarztwagen werden von den Vertragspartnern vereinbart. Es wird eine gemeinsame Aufgabe der Kessenärztlichen Vereinigung Bayerns und des Bayerischen Roten Kreuzes, das die Rettungsleitstellen betreibt, sein, das Personal an Telefon und Funkgerät so zu schulen, daß jeweils der richtige Arzt für die Hilfeleistung vermittelt wird.

Das bayerische Sozialministerium hat den Abschluß des Vertrages außerordentlich begrüßt. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat sich bereiterklärt, den Rettungszweckverbänden den Beitritt zu diesem Rahmenvertrag zu empfehlen. Er wird mit jedem Rettungszweckverband entsprechend den örtlichen Bedingungen abgeschlossen werden. Die beteiligten Vertragspartner sind überzeugt, damit einen erneuten Beitrag für die Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Bürger des Freistaates Bayern geleistet zu haben."

wenn der Stress stärker ist als die Psyche



PRAXITEN®

EIN GANZ VERNÜNFTIGER TRANQUILIZER

wegen seiner besonders guten Verträglichkeit
wegen seiner relativ kurzen Halbwertszeit
wegen seiner unkomplizierten Inaktivierung

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 15 mg Oxazepam.

Anwendungsgebiete: Praxiten ist bei allen Zustandsbildern angezeigt, bei denen Erscheinungen wie Angst, Spannung, Unruhe, Erregbarkeit, erhöhte Reizbarkeit und Schlaflosigkeit im Vordergrund stehen oder die damit einhergehen.

Gegenanzeigen: Myasthenia gravis. Anwendung in der Schwangerschaft nur bei strenger Indikationsstellung.

Nebenwirkungen: Zu Beginn der Behandlung und bei höherer Dosierung kann Müdigkeit auftreten, die meist nach wenigen Tagen von selbst oder spätestens nach Herabsetzen der Dosis verschwindet.
Sonstige, jedoch seltene, meist dosisabhängige Nebenwirkungen sind Benommenheit, Schwindel, leichte Übelkeit, Mundtrockenheit, Appetitverminderung, Gewichtszunahme, Libidoabnahme. Bei hohen Dosen sind infolge des muskelrelaxierenden Effektes Gangunsicherheit, ataktische Erscheinungen, Doppelbilder und Artikulationsstörungen möglich.

Wechselwirkungen: Zwischen Praxiten und anderen zentraldämpfenden Pharmaka (z.B. Analgetika, Schlafmittel, Psychopharmaka) ist eine wechselseitige Wirkungsverstärkung möglich.

Besondere Hinweise: Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol.

Packungsgrößen und Preise:

O.P. 20 Tabletten DM 6,19
O.P. 50 Tabletten DM 14,61
A.P. 500 Tabletten

Wyeth

Prax 1/79 AGer

WYETH-PHARMA GMBH · POSTFACH 8808 · 4400 MÜNSTER

Moralrichter wachen über die Wahlschlacht

Eigentlich war es allen schon seit Jahren klar, aber die Wahl in Nordrhein-Westfalen hat es vollends wieder deutlich gemacht: Bundespolitik und Bundestagswahlkampf werfen ihre Schatten auch auf die Landespolitik, und die Ausläufer der Bonner Beben reichen hinein bis in die Parlamente der Länder. Im bayerischen Parlament ist das derzeit nicht anders. In den Monaten vor der großen Wahl in Bonn wird auch das kleine parlamentarische Geschehen im Maximilianeum hektischer, die Sprache polemischer, das politische Gerangel verbissener.

Während die Opposition keine Galegenheit ausläßt, den Wählern immer wieder die vermeintliche Mängelliste der Regierung und die Entschlußlosigkeit des Regierungschefs Strauß vor Augen zu führen, ist die CSU-Fraktion bemüht, unpopuläre Themen möglichst schnell über die Bühne zu bringen, um sich den Rükken für den Herbstwahlkampf freizuhalten. So geschehen erst jüngst, als die CSU nach monatelangem Zaudern gleich zwei Gesetze vom Tisch brachte. Ab 1. Januar 1981 erhält der Freistaat eine neue Feiertagsregelung. Es reichte zwar nicht zu der von allen Seiten gewünschten Vereinheitlichung der Festtaga, aber, wie Regierungssprecher nicht müde wurden zu betonen, das „politisch Machbare" wurde erreicht. Auch die gesetzliche Verankerung der schulischen Sexualerziehung, wegen vehementer Kritik katholischer konservativer Laienverbände seit Jahren ein leidiges Thema, kann nun in Kraft treten. Und zwar bereits zum 1. Juni, um dem Staat vor den Gerichtsschranken peinliche Niederlagen zu ersparen.

Ein übriges für die aufgeladene Atmosphäre im Maximilianeum tut die Kanzlerkandidatur des bayerischen Ministerpräsidenten Franz Josef Strauß. Die damit zusammenhängenden Termine und Verpflichtungen lassen zwangsläufig für die heimischen Regierungsgeschäfte wenig Zeit. SPD und F.D.P. sprechen deshalb von einem „Stillstand" in der bayerischen Landespolitik. Bestätigt sahen sie sich bei der fünfstündigen Plenumsdebatte über das Feiertagsgesetz, als Strauß zwar anwesend war, sich aber nicht einschaltete.

Doch wenn im Sommer die heiße Zeit des Bundestagswahlkampfes beginnt, und die Parteikämpen zum letzten Schlagabtausch vor dem 5. Oktober in den Ring steigen, werden über ihre politische Fairness diesmal fünf Schiedsrichter zu wachen haben. Nach elf Jahren haben sich die vier Bundestagsparteien erstmals wieder auf ein Wahlkampfabkommen geeinigt, diesmal auch mit einer gemeinsamen Schiedsstelle, wie sie beim österreichischen Nachbarn schon Tradition ist.

Einer der Wächter über die Kampfesmoral der Partaien ist der langjährige bayerische Landtagspräsident Rudolf Hanauer, dar sich vor zwai Jahran aufs Altenteil zurückgezogen hatta. Fast ain Vierteljahrhundert war er CSU-Abgeordneter im weißblauen Parlament, 18 Jahra lang lenkta „Herzog Rudolf" mit straffer Hand die Verhandlungen im Maximilianeum vom Präsidentenstuhl aus. Seine unparteiischa Strenge, sein stetes Pochen auf dia Würda des Hohen Hauses und dia Einhaltung parlamentarischer Spialregeln mögen Anlaß gewesen sein, dem 72jährigen den zwar ahrenvollen, aber auch undankbaren Posten anzutragen.

Estmals hat Hanauer damit ein politisches Ehrenamt in die Bundeshauptstadt Bonn gerufen, wo im Bundestag die Arbeitsräume der Schiedsstelle sind. Dort soll er, zusammen mit drei weiteren Parteiveteranen und einem evangelischen Bischof ein wachsames Auge werfen auf die Werbeschlacht der Parteien, für die zudem von den Parteibeauftragten strenge Spielregeln ausgeknobelt wurden.

Den Vorsitz der Schiedsstelle übernimmt der evangelische Bischof D. Hermann Kunst (73). Er erfuhr von seinem Glück erst aus der Zeitung. Kunst war als Beauftragter seiner Kirche von 1947 bis 1977 in der Bundeshauptstadt stets nahe am Zentrum des politischen Geschehens. Seine Neutralität ist berühmt, so daß sich SPD und CDU schnell auf seine Person als unparteiischen Schiedsrichter einigen konnten.

Zur Schiedskommission gehören auch zwei Männer der ehemaligen Bonner Polit-Prominenz: Alex Möller, 1969 bis 1971 Finanzminister und als „Genosse Generaldirektor" von linken Parteifreunden beargwöhnt, und der langjährige Bundestagspräsident und CDU-Abgeordnete Eugen Gerstenmaier, der sich mit dem Abgeordnetenhaus „Langer Eugen" ein recht profanes Denkmal setzta. Weniger bekannt ist der F.D.P.-Vertreter in der Schiedsstelle, Bernhard Leverenz, 1958 bis 1964 stellvertretender Bundesvorsitzender seiner Partei und 1954 bis 1967 Justizminister in Kiel.

Dia Schiedsstelle kann Mehrheitsentscheidungen treffen. Sie muß dies innerhalb einer Woche nach Anrufung durch eine Partei tun. Die betroffene Partei muß die Entscheidung unverzüglich in ihrem Pressedienst veröffentlichen. Darüber hinaus gelobten sich die Parteien, die Ausgaben für die unvermeidliche Propagandaschlacht zu begrenzen. Und zwar soll nicht mehr als 1976 ausgegeben werden, so daß wegen der Preissteigerungen die Ausgaben um etwa ein Viertel sinken dürften. Der CDU stehen 36 Mio. DM zu Verfügung, der CSU 9, der F.D.P. 8 und der SPD 40 Mio. DM. SPD-Bundesgeschäftsführer Bahr bei der Unterzeichnung des Abkommens: „Das Ganze ist keine Garantia für fairen Wahlkampf, aber eine gute Chance."

Michael Gscheidle

Brief aus Bonn

Im Wahljahr

Das Parlament tritt zum Endspurt in dieser Legislaturperiode an. Anfang Juli sollen die Sommerferien beginnen und Anfang Oktober wird gewählt. Diese Wahl wirft ihre Schatten voraus, wie dies nicht anders zu erwarten war. Vorwahlstimmung haben schon die Landtagswahlen an der Saar und in Nordrhein-Westfalen in den Bundestag gebracht. Der parlamentarischen Behandlung wichtiger Gesetze ist dies nicht gut bekommen. Die Bereitschaft zum Kompromiß schwindet dahin. Die Unvernunft derjenigen, die glauben, mit kleineren und größeren Gefälligkeiten Wahlen gewinnen zu können, nimmt rapide zu.

Dafür einige Beispiele: Unmittelbar vor den Landtagswahlen an der Saar und an der Ruhr ist die Bergmannsprämie, die für jede Untertagschicht aus dem Staatshaushalt gezahlt wird, auf 10 DM verdoppelt worden. Als wenn es eine Aufgabe des Staates wäre, für eine angemessene Entlohnung der Bergarbeiter zu sorgen. Auch den gemeinnützigen Vereinen werden Steuerhilfen angeboten; Zahlungen bis zu 200 DM monatlich an ehrenamtliche Helfer werden als Aufwandsentschädigung gewertet. Schachspielen im Verein wird als Sport deklariert. Was da wohl alles noch folgen wird? Doch das sind kleine Fische.

Mehr Gewicht hat schon das vom Bundestag verabschiedete Lärmschutzgesetz. Lärmschutz ist sicherlich nötig. Deshalb braucht man noch nicht den Gesetzentwurf für gut zu befinden, den der Bundesrat vernünftigerweise zunächst einmal in den Vermittlungsausschuß geschickt hat. Da werden mit einem Zeithorizont von 20 Jahren (in Worten: zwanzig) Lärmschutzhöchstgrenzen vorgegeben, perfektionistische Auflagen für die Verwaltungen gegeben und individuelle Ansprüche geschaffen, auf deren Einlösung die Betroffenen dann bis zu zwanzig Jahren warten müssen. Die Kosten werden mit jährlich einer Milliarde prognostiziert. In Wirklichkeit kann niemand sagen, welche Folgekosten hier wirklich entstehen und was unsere Bürger wirklich sagen werden, wenn in 10 oder 20 Jahren alle größeren Straßen mit gewaltigen Schallschutzzäunen abgeschottet sind. Vernünftiger wäre es wohl, alle Mittel und Anstrengungen darauf zu konzentrieren, die Kraftfahrzeuge leiser und anderen Lärmerzeugern strengere Auflagen zu machen.

An mehreren Gesetzesvorhaben läßt sich, wie beim Lärmschutz, ablesen, daß der Bund zwar Gesetze erlassen und Kompetenzen haben will, die Kosten aber auf Länder und Kommunen abwälzen möchte. Das verschärft die Konflikte zwischen der Bundestagsmehrheit der Koalition und der Bundesratsmehrheit der Union. Bei einer Reihe von Gesetzen, das darf man unterstellen, sind die SPD-regierten Länder froh, daß die CDU/CSU-regierten Länder ihnen das Neinsagen abnehmen. Einerseits will der Bund in die Kompetenzen der Länder mit viel Geld hineinregieren, andererseits fordert er massiv einen höheren Anteil an den Mehrwertsteuereinnahmen und bleibt dort seinen finanziellen Beitrag schuldig, wo er in früheren Jahren die Länder mit Finanzzusagen dazu gebracht hat, auf Kompetenzen zu verzichten.

In der nächsten Legislaturperiode wird man sich nicht nur Gedanken über die Steuerverteilung, sondern auch über die Aufgabenverteilung zwischen den Gebietskörperschaften machen müssen. Dazu gehört dann auch das Thema Krankenhausfinanzierung. Insofern wäre es nicht so schlimm, wenn das anstehende Vermittlungsverfahren scheitern würde. An den tatsächlichen Verhältnissen würde sich auch bei einer Verabschiedung des vorliegenden Entwurfs nicht sehr viel ändern. Auch sollte man nicht übersehen, daß bislang ein Ausgleich der legitimen Interessen der am Krankenhaus Beteiligten – Bund, Länder, Krankenhäuser, Ärzte und Krankenkassen – nicht gelungen ist.

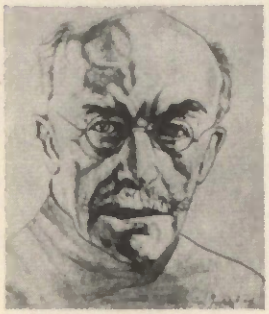
Die Krankenhäuser haben wohl die berechtigte Sorge, daß der Grundsatz der Selbstkostendeckung eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses ausgehöhlt werden könnte. Der Entwurf enthält Ansätze dazu. Die Kassenärzte beklagen sich, was verständlich ist, darüber, daß bei einem Scheitern des Gesetzes die Krankenhäuser nicht denselben Grundsätzen der Kostendämpfung unterworfen wären wie die Kassenärzte. Dazu meinte vor dem Bundesrat der CDU-Sozialminister Gölter (Rheinland-Pfalz), daß es bereits die geltende Fassung des Kostendämpfungsgesetzes zulasse, in der Konzertierten Aktion zum Krankenhaus Stellung zu nehmen. Das sei unbestritten. Die Frage sei doch nur, ob man auch den Krankenhäusern einen festen Prozentsatz für die Kostensteigerung vorgeben wolle oder nicht. 1979 hätte eine solche Empfehlung kostentreibend wirken müssen. Hinzu komme, daß rund 70 Prozent der Kosten des laufenden Betriebs eines Krenkenhauses Personalkosten seien, die von den Empfehlungen der Konzertierten Aktion kaum beeinflußt werden könnten. Gölter nannte den Streit über diesen Punkt „recht vordergründig".

In diesem Punkt hat Ehrenberg, wenn auch ungewollt, Gölter bestätigt. Empfehlungen der Konzertierten Aktion brauchten nicht Prozentsätze zu enthalten, meinte der Minister. Wenn sie in der Konzertierten Aktion verlangt würden, werde er dem nicht nachgeben. Das läßt dann freilich die Frage zu, warum dann überhaupt eine Änderung des Paragraphen 405 a der RVO angestrebt wird. Im übrigen machte sich Ehrenberg in dieser Frage voll die Argumentation der Kassenärzte zu eigen. Ärzte, Zahnärzte und Pharma-Industrie hätten einen legitimen Anspruch darauf, daß nicht nur sie ausdrücklich in die Konzertierte Aktion einbezogen würden, sondern auch jener Teil, auf den fast ein Drittel aller Ausgaben der Krankenkassen entfielen.

Der Bremer Senator Brückner (SPD) wandte sich ebenfalls gegen Empfehlungen über die Krankenhausausgaben. Dies wäre für den Krankenhausbereich nicht möglich. „Wir dürfen die Pflegesatzbemessung nicht mit Honorarvereinbarungen, also mit Einkommensverhandlungen, verwechseln." Hier gehe es nicht um Einkommen sondern um Gebühren, die die Kosten für das abdecken sollen, was im Krankenhaus an Leistungen erbracht werde. Die Kassenärzte werden also mit oder ohne Neuformulierung des Paragraphen 405 a RVO nicht damit rechnen können, daß Krankenhäuser und Ärzte mit der gleichen Elle gemessen werden. Eine andere Schlußfolgerung läßt sich jedenfalls aus der Debatte im Bundesrat nicht ziehen.

Ehrenberg hat in einem Bericht für die Regierung über die Finanzentwicklung der Krankenversicherung den weiteren Ausbau der bisher „insgesamt erfolgreichen" Politik der Kostendämpfung angekündigt. Gesetzliche Regelungen fehlten noch für die stationäre Versorgung sowie für Heil- und Hilfsmittel. Überprüft werden müßten auch die Vergütungsvereinbarungen für zahntechnische Leistungen. In diesem Zusammenhang verweist der Minister auch auf die ungünstige Risikostruktur der Ortskrankenkassen. Daraus läßt sich ablesen, daß Ehrenberg in der nächsten Legislaturperiode entweder die Risikostrukturen der Kassen an die Kassenarten angleichen oder die bestehenden Finanzausgleichs-Regelungen ausbauen will. In Richtung Einheitsversicherung wird dies allemal gehen.

bonn-mot



Prof. Grashey

Der Röntgenologe Rudolf Grashey als Dichter

Wer von der älteren Ärztegeneration kennt nicht den „Atlas typischer Röntgenbilder vom normalen Menschen", den Grashey 1905 schuf und der in ständig immer wieder verbesserten Auflagen zusammen mit dem später erschienenen „Atlas chirurgisch-pathologischer Röntgenbilder" zum Standard-Nachschlagwerk für jeden röntgenologisch oder chirurgisch tätigen Arzt wurde! Grashey zählte auch zu den neun Gründungsmitgliedern der „Deutschen Röntgengesellschaft", bekam 1907 eine Dozentur für Chirurgie an der Universität München und 1911 dort eine außerordentliche Professur, 1924 wurde sein Lehrauftreg auf Röntgenologie erweitert und 1928 folgte er einem Ruf an die Universität Köln als Leiter des Universitäts-Röntgen- und Lichtinstituts als erster Ordinarius für das Fach der Röntgenologie und medizinischer Strahlenkunde. Nach Totalzerstörung, 1944, von Institut und Wohnung nahm er als Nachfolger von Professor Frick die Arbeit an der Charité in Berlin wieder auf. Rastlos wirkte er in jenen schweren Jahren, bis ihn 1949 ein Leiden zwang, sich zurückzuziehen. Am 24. September 1950 starb er in Bad Tölz, wo er Besserung zu finden hoffte. Er wurde in München zur letzten Ruhe gebettet. Die Stadt Deggendorf, in der er em 24. Februar 1876 zur Welt kam, hat ihm vor seinem Geburtshaus ein Denkmal errichtet. Der Stein zeigt Äskulapstab und Eule, sowie die Inschrift eines seiner klugen Aphorismen: „Die Logik wird vom Talent als Brücke, vom Genie als Geländer benützt". Soweit in Kürze der Lebenslauf eines berühmten Gelehrten, der eine halb-theoretische und nüchterne Wissenschaft lehrte und diese in zahlreichen Werken in der Welt bekanntmachte.

Daß dieser international enerkannte Universitätsprofessor auch eine humorvolle poetische Ader besaß und er infolgedessen ständiger Mitarbeiter in den führenden satirischen Zeitschriften, den „Münchener Fliegenden Blättern" und den „Meggendorfer Blättern", war, würde wohl niemand bei Betrachtung des fast strengen Gelehrtenporträts erwarten. In der „Altbayerischen Heimatpost", XV. Jahrgang, Nr. 7, S. 10, vom 17. Februar 1963 wird in einem mit EM gezeichneten Artikel „Als Dichter hieß er ‚O Jegerl'" seine Dichtkunst gewürdigt: „In seinen Mußestunden (vielleicht sind dies die Augenblicke im menschlichen Leben, die das Eigentliche des einzelnen am deutlichsten zeigen) brachte er die heitersten Verse aufs Papier, Zeilen voll dankbaren ‚Über den Dingen stehen', voll des gütigen Erkennens des Menschlichen. Grashey war ein direkter Nachkomme des großen Matthias Claudius; hat der Ahn im Ururur-enkel nochmals angepocht? In den ‚Münchener Fliegenden Blättern' fanden sich in jenen Jahren häufig aus Grasheys Feder Verse von liebenswürdiger Heiterkeit und echtem Verstehen, Gedankensplitter voll tiefer, lächelnder Weisheit — nicht von ungefähr zeichnete der Altbayer Grashey mit dem Pseudonym ‚O Jegerl', das der Nichtbayer überhaupt nicht, der Altbayer vielleicht gerade noch mit dem Ausdruck ‚O mei, o mei' übersetzen könnte ..., wenn's überhaupt übersetzbar ist. Jedenfalls wurde der Name ‚O Jegerl' in den Kreisen der Fliegenden Blätter bald ein fester Begriff, und euch alle Leser freuten sich über die besinnlich-fröhlichen Reime."

Aber Grashey hat nicht nur die Redaktion der „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen", sondern auch eine zeitlang die Schriftleitung der „Münchener Fliegenden Blätter" geleitet. Außerdem wurde im Jahre 1925 auf seine Veranlassung von der „Münchener Medizinischen Wochenschrift" ein belletristischer Teil „Die Insel" eingeführt, die er mit folgendem Gedicht vorstellte:

„Auf diese Insel rette sich, wer kenn —
Aus der Annoncen wässeriger Flut
Wie aus der Wissenschatten Sonnenglut
Und aus des Alltagswerkes Kettenbann.
Hier winken Blumen schöner Poesie
Und alter Meister weisheitstiefes Wort.
Hier scheuchen euch
die schwarzen Grillen fort
Manch kecker Witz und kühle Ironie.
Man kenn nicht leben
nur von Wissenschatt,
Man kann ersticken auch in „Medizin" —
Humor, das lebenswicht'ge Vitamin,
Befreit den Geist
und weckt ihm neue Kreft."

In der „Insel" zeichnete Grashey mit „S. Kuhlapp". Die „Insel" hat sich im Gegensatz zu den „Fliegenden und Meggendorfer Blättern" bis heute erhalten und wird derzeit von unserem Confrère Professor Gerhard Jörgensen, Göttingen, redigiert.

So fruchtbar, wie Grashey in der medizinischen Wissenschaft war, war er es auch in seinen humoristischen und zeitkritischen Gedichten. Er verfaßte viele kurze Texte zu Bildern, pointierte Zwei- und Vierzeiler, Gedichte auch in Mundart, Lieder, Gedankensplitter, Wortspiele, Erzählungen und Märchen. Seine Tochter, unsere Kollegin Dr. med. Lisa Hall, Gautinger Straße 16, 8035 Stockdorf, hat die dichterischen Werke ihres Vaters in zehn Bänden gesammelt. Die besten davon wären es wert, in einem Buch veröffentlicht zu werden; es sind humorvolle Gedichte von seltener Lebensweisheit, die ein erfahrener Arzt und bekannter Hochschullehrer verfaßt hat und die von einer Originalität zeugen, wie sie heute wohl selten mehr zu finden sein wird. Daß auch strenge Wissenschaftlichkeit die intensive Beschäftigung mit Kunst und Dichtung nicht ausschließt, das hat uns

Progredienz verhindern
kausal behandeln

Venalot®

bei venös-lymphatischen Erkrankungen

„Dickes Bein" • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

- Baut lokale eiweißreiche Ödeme ab
- „Entsumpft" das Interstitium
- Mobilisiert den Lymphfluß

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

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Extr. Melilot. stand. sicc. 25 mg, (Cumaringehalt 5 mg), Rutin 25 mg. **1 Ampulle** zu 2 ml/5 ml enthält: Extr. Melilot. aquos. stand. 10 mg/25 mg (Cumaringehalt 3 mg/7,5 mg). Rutinschwefelsäureester-Natriumsalze 50 mg/125 mg. **1 Depot-Dragée** enthält: Cumarin 15 mg, Troxerutin 90 mg. **100 ml Liniment** anthalten: Extr. Melilot. stand. 50 ml (Cumaringehalt 500 mg), Heparin 5000 I. E. **Kontraindikationen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** wurden bisher nicht beobachtet. Schaper & Brümmer Salzgitter · Ringelheim

Dosierung: Oral: Venalot®-Depot: morgens und/oder abends 1 Dragée. **Venalot®-Kapseln:** 3 x täglich 1–2 Kapseln. **Perenteral:** 2–5 ml i.v. oder i.m. **Venalot®-Liniment:** mehrmals täglich über den erkrankten Stellen einreiben. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Kapseln 30 St. DM 10,40, 75 St. DM 22,50, AP 500 St., Ampullen 5 x 2 ml DM 8,84, AP 100 x 2 ml, 10 x 5 ml DM 28,60, AP 100 x 5 ml, Liniment 40 ml DM 7,35, 70 ml DM 11,35, AP 400 ml. Depot-Dragées 20 St. DM 13,85, 50 St. DM 29,40, AP 500 St. Stand: 1. September 1979
Schaper & Brümmer Salzgitter · Ringelheim

Professor Grashey als „O Jegerl" bewiesen.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Literaturhinweise

1. Bayerische Röntgenvereinigung: „Programm der Herbsttagung 1960"
2. EM: „Als Dichter hieß er ‚O Jegerl'" in „Allbeyerische Heimatpost", XV. Jhrg., Nr. 7
3. Wastl Heinrich: „Rudolf Greshey Leben und Werk". Sonderdruck aus dem Jahresbericht 1962/63 der Oberrealschule Deggendorf

Wir bringen im folgenden einige Auszüge aus dem dichterischen Schaffen Grasheys, für deren Überlassung wir seiner Tochter, Dr. med. Lisa Hall, herzlichen Dank sagen.

Gestandnis

Wenn ich mich so recht entsinne,
Bin ich doch ein Idealist,
Einer der den Erdenjammer
Noch zur rechten Zeit vergißt,

Einer der durch rosa Brille
Sich besieht, was kriecht und läuft,
Der auf das, was nicht zu ändern,
Frisch und frei und fröhlich pfeift.

Der sich vorsagt, daß die Menschen
Doch nicht ger so böse sind,
Der sich freut an Kleinigkeiten
Und sich fühlt als großes Kind.

Aber merken derf's halt keiner,
Denn sonst werd' ich ausgelacht,
Ausgenützt und übertölpelt
Durch reale Übermacht.

Höchstens wenn ich einen finde,
Der verwandt ist meinem Sinn,
Dann gesteh' ich scheu und leise,
Was für ein Kamel ich bin.

Ein Esel

Du bist im Leben oft versucht,
Die breite Gasse zu beschreiten,
Im Strome treibend recht bequem
Ans meterielle Ziel zu gleiten.
Tu's nicht! Bisweilen kommt zwar einer
Von denen, dies's bequem sich machen,
Um überlegen-freundlich dich
Als großen Esel auszulachen.
Der „Esel" ist das größte Lob,
Des je dir konnte widerfahren,
Der schönste Lohn datür, daß du
Die bess're Art dir konnt'st bewahren.

Granti'

Heut bin i granti' saxendi
A jede Muck'n ärgert mi'.
's is alles rein als wie verhext,
Wes in die Hand grad nehme mögst.
Des Gas bleibt aus. Die Post kimmt z'spät
Die Trambahn und der Lift geht net
Die Zeitung is e wahrer Graus
Mei Bua der tragt an Vierer z'Haus
Mei' Hemster is mer abg'tangt wor'n
Mein Schlüssel hab' i' aa' verlorn
Wenn all's auf oanmel so trifft ei',
Bleibt oans nur über: Granti sei'.
I' kann's net ändern. G'wöhnt's euch Leut'
Und lass mir halt die oanz'ge Freud'!

Opti-Pessimist

Der Opti und der Pessimist
Sind Fälscher alle zwei
Der eine schießt über's Ziel hinaus
Der andr're dran vorbei.

Erziehung

Die Lust zum Erziehen ist angeboren. Schon der Säugling sucht seine Amme zu erziehen, oder wenigstens seine Mutter.

●

Erziehung des Geistes ist leicht; des Willens schwer; des Herzens am schwersten.

●

Schlimme Erfahrungen erziehen besser als gute Lehren.

●

Viele Mütter erziehen ihre Töchter für den Mann, statt fürs Leben.

●

Mit Erziehung experimentiert jeder, und wenn er dann soviel gelernt het, daß er weiß, wie er's hätte machen sollen, ist das Leben zu Ende; höchstens ist noch Zeit, ein dickes Buch darüber zu schreiben, das dann kein Mensch liest.

●

Massenerziehung erzeugt Herdenmenschen – Kieselsteine, schön einförmig, rund und glatt.

●

Dreiviertel der Erziehung ist Theorie.

●

Der zu Erziehende darf's nicht merken – besonders in der Ehe.

●

Wir erziehen unsere Kinder enders als wir erzogen wurden. Denn wir sind unzufrieden mit uns und was soll denn sonst schuld sein, als die Erziehung?

●

Erziehe erst eine Pflenze, dann einen Hund, und dann ein Kind!

Erziehung und Bildung wird so oft verwechselt: Wieviele Gebildete sind ungezogen, wieviele Wohlerzogene ungebildet.

●

Mit erzieherischen Ratschlägen sind wir verschwenderisch – und neugierig, wes der andre damit enfängt.

●

Wenn die Erziehung beendet, muß die Selbsterziehung anfengen; sonst ist die erstere vergeblich.

●

Am besten erzieht das Beispiel – ohne viele Worte.

Medicynisches Alphabet

Zuweilen stört des Darmes Frieden
Ein Wurm vom Stamm der **A**skariden.
Der Jungfrau Feuerblick macht frön.
Ist's ein verkeppter Besedow?
Die Caries am Zahne frist.
Darüber freut sich der Dentist.
Ein ekliges, verwormes Ding
Ist doch der endokrine Ring!
Der **F**ötus heust in utero,
Der Gynäkologe ebenso.
Hormone nützen Mensch und Vieh
und auch der chem'schen Industrie.
Der **K**ropf tragt uns: Wo kam ich her?
Der **K**rebs, der fregt noch viel, viel mehr!
Der **L**arynx ist zum Spiegeln de,
Lord **L**ister ist der Wundpapa.
Ins **M**ittelohr gelengt man schnell,
Macht man ein Loch ins Trommelfell.
Es ist ganz sicher keine Fabel,
Die Eva hatte keinen **N**abel.
Gar lieblich blüht die Orchidee,
Doch die **O**rchitis tut sehr weh.
Der **P**fuscher freut sich ganz besonders
Beim Anblick eines Hypochonders.
Das böse **Q**uinckesche Ödem
Ist Arzt und Kranken unbequem.
Rhabarber putzt den Menschen eus,
Der Ruminant bleibt besser z'haus.
Die Spirochäte, fahl und schmel,
Ist's dicke End' vom Karneval.
Der Teufel hol' den **T**etanus,
Die Tabes macht gar viel Verdruß.
Zum lieben Gott um Steine beten
Die tüchtigen **U**ro-Poeten.
Frau **V**enus führt so manchen Schlag –
Der **W**assermann bringt's an den Tag.
Der Xenophon hat uns geschunden,
Des **X**erotorm ist gut tür Wunden.
Der Schurke Amor witt entfliehn –
Da holt ihn ein das **Y**ohimbin.
Die **Z**irbel im Gehirn versteckt,
Denkt drüber nach, wes sie bezweckt.

(erschienen im Kongreßführer „Deutscher Röntgenkongreß 1962", vom 7. bis 10. Mei 1962 in Köln)

Der Sulten und die beiden Dökter

Der Sultan Abdul Omirgangst
Erbebte bleich in Todesangst,
Er fühlte sich melede.
In schlimmster Leune rief er zwei
Der besten Ärzte sich herbei
Und zog sie streng zu Rate.

Der erste sprach: „O Omirgangst!
Du hast nicht Grund, daß du so bangst,

Du hast dich über – gessen."
Da wies der Sultan wutentbrannt
Den armen Doktor aus dem Lend,
Der sich so kühn vermessen.

Der zweite Doktor macht' 'nen Knix,
„Gastritis", sprach er ernsten Blicks;
„Nur Mut! Ich will dich heilen!"
Und eh' die Sonna dreimal schien,
Da seh men stolz von dannen ihn
Mit einem Orden eilen.

Die beiden Ärzte d a c h t e n g l e i c h;
Der machte einen dummen Streich
Und d e r gewann die Sache;
W a s einer sagt, dreut kommt's nicht an;
Des W i e, die Posa macht den Mann,
Und elles macht – dia „Meche".

Mai' Bankerl

I woass am Berg, net weit vom Wegl,
a Bankerl unta 'n Dannabaam;
vergeht koa Tag net in der Regel,
dass I net euf dös Benkerl kaam'.

Vo' durt aus siehgst die Fels'nspitz'n
und unter dir ins greana Tal,
glei halbetagweis' bleib' I sitz'n
aut söllan' Bankerl jedesmal.

O liawa God, schier möcht' I moana,
du hätt'st dir 's bsunders überlegt
und hätt'st die Welt für unseroana
dem Bankerl gred zu Füass'n g'legt.

Dös hoasst –,
streng nach der Wahrheit g'numma,
Z'erscht wer die Welt mit eller Pracht,
die Bank het erscht im letzt'n Summa
der Schreinamoasta Huawa g'macht!

Splitter

Das ist die schleue Kunst so vieler Nullen,
Daß sie's versteh'n,
im bunten Zahlenraigen
Sich endern,
besser'n Größen anzuhängen
Und harmlos,
unvermerkt im Wert zu steigen.

Poesia und Prosa

O Dichterherz,
wer deinen edlen Schmerz ermißt,
Wenn eine Kuh
dein zart besung'nes Veilchen frißt!

Kongresse

6. Murnauer Unfalltagung

am 14. Juni 1980 in Murnau

Thema: Nervenverletzungen (Pathophysiologie, Diegnostik, Nervenneht, Nerventransplantation, Ersatzoperationen, Plexusverletzung, Behendlungsschäden, krenkengymnastische Behendlung, Hilfsmittel, Begutechtung)

Zeit und Ort: 9.00 bis 17.00 Uhr – Kurgästehaus, Murneu

Auskunft:

Professor Dr. J. Probst, BG-Unfallklinik, 8110 Murnau, Telefon (0 88 41) 19-1

43. DKD-Fortbildungstagung

am 21. Juni 1980 in Wiesbaden

Thema: Speziella Probleme der Proktologie

Beginn: 8.30 Uhr – Ende: 13.00 Uhr

Ort: Aukammhotef, Aukammallee 31, Wiesbaden

Auskunft:
Frau H. Huppers, DKD-Kongreßsekretariat, Deutsche Klinik für Diegnostik, Aukammallee 33, 6200 Wiesbadan, Telefon (0 61 21) 577-298 (nur vormittags)

Radiologie-Forum

am 24. Juni 1980 in München

Thema: Bildgebende Verfahren: Pankreas

Zeit und Ort: 18.00 Uhr s. t. – Klinikum Großhedern, Hörsaaf VI, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:

Professor Dr. U. Büll, Radiologische Klinik im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70

Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins

am 27./28. Juni 1980 in Nördlingen

Freitag, 27. Juni 1980

9.00 Uhr:

Erötfnung durch den Lendesvorsitzenden Medizinaldirektor Dr. K. Käfer, Starnberg

Sucht: Schuld – Krenkheit
Professor Dr. H. J. Bochnik, Frenkfurt

Die staatlichen Möglichkeiten und Grenzen der Bekämpfung des Suchtmittelmißbrauchs
Ministerialrat K. Kleemann, München

Rauschgiftsituation aus der Sicht der Polizei
Kriminaloberrat K. Beer, München

Nachweis der Rauschmittel
N. N.

Rechtsfragen der Suchtbekämpfung
Dr. H. Grader, Starnberg

Praktische Möglichkeiten der Suchtkrankenarbeit am Gesundheitsamt
Dr. F. Stimmer, Starnberg

Samstag, 28. Juni 1980

9.00 Uhr:

Mitgliederversemmlung (geschlossena Veranstaltung)

Auskunft:

Medizinaldirektor Dr. K. Käfer, Dempfschiftstreße 2 a, 8130 Starnberg, Telefon (0 81 51) 1 23 09 oder 43 44

Internationales Symposion „New Trends in Allergy"

vom 1. bis 3. August 1980 in München

Ort: Sheraton Hotel, München

Auskunft:

Privatdozent Dr. J. Ring, Frauenlobstraße 9, 8000 München 2, Teleton (0 89) 53 97-660

Leichte und mittelschwere Herzinsuffizienzen

CONVASTABIL®

zur risikofosen Dauertherapie in der embufenten Praxis.

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

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

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer
– Akademie für ärztliche Fortbildung –

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (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

Stiftskiinik Augustinum, München
Direktor: Professor Dr. D. Michei

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

Leitung: Oberarzt Dr. Aiber

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

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

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenkranke der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, Hörsaal

Direktor: Professor Dr. M. E. Wigand

13. HNO-Fortbildungsseminar am 14./15. Juni 1980

Beginn: 9.30 Uhr – Ende: 16.00 Uhr

Praktische Kurse in Audiologie, Neurootologie, Endoskopie und Phoniatrie. Plastische Operationen und endonasale Nebenhöhlenchirurgie.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Wigand, Frau von Gregory, Klinik und Poliklinik für HNO-Kranke der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 31 41

Juni 1980 bis Januar 1981

14. Juni
Innere Medizin, Oberammergau
14. Juni
Augenheilkunde, Würzburg
14./15. Juni
Ergometrie, Höhenried
14./15. Juni
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Erlangen
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

Rheumaklinik Oberammergau

Leitung: Dr. H. J. Albrecht

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

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

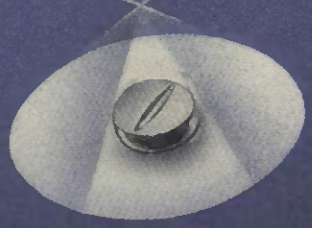
20./21. 10. 1980: Echokardiographie-Kurs
22./23. 10. 1980: EKG-Kurs
24./25. 10. 1980: Vorträge zu aktuellen Themen in der Kardiologie

Auskunft:

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

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

Erfolg durch Forschung

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

Physikalische Therapie

Kurs über Grundlagen und Techniken der Physikalischen Medizin unter Berücksichtigung der Prävention und Rehabilitation zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie"

1. Kurswoche: Thermo-/Hydrotherapie
war im März 1980 in Bad Berleburg

2. Kurswoche: Bewegungstherapie — Krankengymnastik
vom 20. bis 25. Oktober 1980 in Höxter

Auskunft: Prof. Dr. R. Fricke, 4370 Höxter, Tel. (0 52 71) 6 41

3. Kurswoche: Messege — Mechanotherapie, apparative Methoden
vom 7. bis 12. Juli 1980 in Stuttgart

Auskunft: Dr. K. Widmer, Berufsverband der Ärzte für physik. Medizin und Rehabilitation, Hirschstr. 36, 7000 Stuttgart 1, Tel. (07 11) 22 59 83

4. Kurswoche: Elektrotherapie — Lichttherapie — Ultraschalltherapie
vom 19. bis 24. Januar 1981 in München

Auskunft: Prof. Dr. H. Drexel, Institut für Med. Balneologie und Klimatologie der Univ. München, Marchioninistr. 17, 8000 München 70, Tel. (0 89) 70 38 24

Radiologie

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

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

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

a) Radiologische Diagnostik des Skeletts

b) Moderne, nichtinvasive Röntgendiagnostik des Herzens

c) Moderne Röntgendiagnostik des Gefäßsystems

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

Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

21. Juli bis 2. August 1980 in Davos:
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:
Theme: 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

Sonographie

Stiftsklinik Augustinum, München

Direktor: Professor Dr. D. Michel

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

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann

Beginn: Freitag 9.00 Uhr — Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: **DM 40,—**

Begrenzte Teilnehmerahl

— Kurs ausgebucht —

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 kassenärztliche 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 Seite 614 f.).

5. Oberstaufener Symposion für praktische Onkologie

am 5. Juli 1980 in Oberstaufen

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. in Verbindung mit dem Tumorzentrum München, Schloßbergklinik Oberstaufen GmbH, Ärztlicher Kreisverband Oberallgäu

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Ort: Kurhaus, Obersteufen

Themen: Nachsorge onkologischer Patienten in Praxis und Klinik — Onkologisches Seminar mit praktischen Übungen und Aussprache

9.05 — 13.00 Uhr:

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

Ist eine medikamentöse Nachbehandlung nach Operation der Magen- und Darmkarzinome sinnvoll?
Dr. M. Lochar, Dr. J. Overkamp, Dr. H. Reichelt, Dr. K. Rieche, Obersteufen

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

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

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

Soziale Aspekte in der onkologischen Nachsorge
Chr. Gebhardt, München

14.30 — 16.00 Uhr:

Das Blutbild bei Leukämien
Dr. W. Klaubert, München

Diagnostik und Therapie paraproteinämischer Erkrankungen
Professor Dr. A. Fateh, München

Alternativ (14.30 — 16.00 Uhr):

Klinische Demonstrationen in der Schloßbergklinik Obersteufen durch die Ärzte der Klinik

Auskunft:

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Beyern e. V., Mühlbaurstraße 18, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 268

Fort- und Ausbildung für Notärzte

Veranstalter: Institut für Anästhesiologie der Universität Würzburg in Zusammenarbeit mit der KVB-Bezirksstelle Unterfranken

Leitung: Professor Dr. K. H. Weis, Privatdozent Dr. P. Sefrin, Würzburg

Ort: Chirurgische Universitäts-Klinik Würzburg, Großer Hörsaal, B 6, Josef-Schneider-Straße 2, Würzburg

Zeit: jeweils samstegs, 10.30 bis 13.00 Uhr

---

14. Juni 1980

Notfälle in der Neurologie — Notfälle in der Psychiatrie

5. Juli 1980

Seltene Notfälle (Tauchen — Ertrinken — Luftembolie u. e.)

26. Juli 1980

Aspekte der Rechtsmedizin — Zusemmenfassung und Einführung in weitere Ausbildung

Auskunft:

Privatdozent Dr. P. Sefrin, Institut für Anästhesiologie der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 201 - 34 51

Fortbildungslehrgänge des Bayerischen Sportärzteverbandes

vom 27. bis 29. Juni 1980 in Erlangen

EKG-Kurs für Sportärzte (Fortgeschrittene)

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:
Fräulein Bergmann, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-37 02

vom 14. bis 18. Juli 1980 in München-Grünwald

Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes

Leitung: Dr. P. Lenhert — Dr. H. Pabst, München

Thema: Sportmedizin in Theorie und Praxis

Auskunft und Anmeldung:
Dr. H. Pebst, Ebertstreße 1, 8022 Grünwald, Telefon (0 89) 64 96 26

vom 26. Juli bis 3. August 1980 in Chamonix

Hochalpiner Kurs (Bergsteigen, Fels- und Eisklettern in Theorie und Praxis)

Leitung: Professor Dr. P. Bernett — F. Zintl, München

Auskunft und Anmeldung:
Professor Dr. P. Bernett, Conollystreße 32, 8000 München 40, Telefon (0 89) 3 51 87 57

57. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e. V.

vom 17. bis 19. Juli 1980 in München

Vorsitzender: Professor Dr. F. Stelzner, Bonn-Venusberg

17. Juli 1980, nachmittags:
Ausschußsitzung und klinische Demonstretion

Ort: Klinikum Großhadern, Sitzungszimmer bzw. Hörsaal der Chirurgischen Klinik im Klinikum Großhadern, Merchioninistraße 15, München 70

18. Juli 1980, vormittags:
Entwicklung in der Chirurgie des Gastro-Duodenal-Ulkus — Chirurgie der Beuchspeicheldrüse — früher und heute

Ort: Hörsaal des Pharmakologischen Instituts, Nußbaumstreße 26 (Eingang Schillerstreße), München 2

nachmittags:
Entwicklung der Chirurgie des Kindeselters — Individualisierende Therepie bei Kolonadenomen und bei den Kleinstkrebsen des Dickderms und Mastdarms — Mitgliederversammlung

19. Juli 1980 vormittags:
Die Transplantation von Geweben und Organen — Wendlungen in der Knochenbruchbehandlung

Ort: siehe 18. Juli

Auskunft:

Professor Dr. F. Holle, Chirurgische Universitätspoliklinik Innenstadt, Pettenkoferstraße 8 e, 8000 München 2

Koiloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 17. Juli 1980 in München

Theme: Ophthelmoiogische Probleme der Arbeit en Datensichtgeräten (Bildschirm-Arbeitsplätze mit besonderen Anforderungen en des visuelle System — Anforderungen an das Sehorgan für Tätigkeiten en Arbeitsplätzen mit Bildschirmgeräten — Tetigkeiten en Bildschirmgeräten in augenerztlicher Sicht) — Diskussion

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

Leo von Zumbusch-Gedächtnisvorlesung

am 22. Juli 1980 in München

Thema: Pharmakokinetik und Effektivität von Hauttherapeutike

Zeit und Ort: 12.15 Uhr — Großer Hörsael der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität, Frauenlobstraße 9-11, München 2

Messen Sie Hypotheken-Angebote nur an der tatsächlichen Belastung

Die Sparkassen und Banken müssen es Ihnen einfach machen, damit Sie erkennen, was sie zu bieten haben, und was sie verlangen. Gut sichtbar in ihren Schalterhallen hängen Tafeln mit ihren Spar- und Kreditzinsen und ihren Gebühren. Den tatsächlichen oder effektiven Jahreszins für Kredite haben die Institute nach einer gleichartigen Methode zu errechnen. So können Sie problemlos vergleichen.

Vergeblich suchen Sie auf diesen Tafeln die Bedingungen für die ersten Hypotheken. Schon im August 1975 haben Sachverständige der Kreditwirtschaft unter dem Vorsitz des Bundesfinanzministeriums abgelehnt, sie auf jenen Aushängen zu nennen.

Bei Hypotheken müßten viele fiktive, also lediglich angenommene, Elemente zugrundegelegt werden, begründeten die Experten ihre Bedenken. Daher würde ein so errechneter effektiver Jahreszins der Preiswahrheit kaum entsprechen, ja, im Gegenteil Kunden möglicherweise zu falschen Entscheidungen veranlassen. Die EG-Kommission zur Harmonisierung der Verbraucherkreditbestimmungen vertrat übrigens dieselbe Auffassung.

Dennoch verordnete der Bund-Länderausschuß „Preisauszeichnung" im letzten Jahr, daß vom 1. Juli dieses Jahres an auch effektive Jahreszinssätze für erste Hypotheken anzugeben seien. Doch als schon vorher das Land Baden-Württemberg eine Hypothekenbank zur Nennung des effektiven Jahreszinses zwingen wollte, erteilte ihm das Verwaltungsgericht Stuttgart am 24. Januar dieses Jahres eine Abfuhr.

Die Angabe eines effektiven Jahreszinses sei bei Hypothekenkrediten nicht notwendig, urteilten die Stuttgarter Verwaltungsrichter und meldeten Zweifel über eine zutreffende Errechnung für solche Realkredite mit kurzfristig veränderbaren Konditionen, also mit variablen Zinsen, an.

Tatsächlich laufen erste Hypotheken mit einem Prozent Anfangstilgung bei monatlicher Tilgungsverrechnung zwischen 24,1 Jahren bei zehn- und 32,5 Jehren bei sechsprozentigem Zinssatz. Und selbst wenn der Zinssatz nicht nach unbestimmten Zeiträumen veränderbar, also variabel, ist, sondern beispielsweise auf fünf Jahre fest und anschließend neu vereinbart wird, trifft ein effektiver Jahreszins eben nur bis zur Neufestsetzung zu.

Die Bund-Länderkommission wird sich mit diesem Problem noch einmal auseinandersetzen und berücksichtigen müssen, daß sich der Effektivzins für eine Hypothek eus rund zwanzig Einzelpositionen zusammensetzen kann. Davon ist nicht einmal die Hälfte durch eine Effektivzinsformel mathematisch zu erfassen.

Lessen Sie sich also bis zu einer Klärung über den Vergleich von Hypothekenbedingungen von verschiedenen Sparkassen und Banken auf Mark und Pfennige genau sagen:

– alle Gebühren, Verwaltungs- und weitere Kosten sowie Bereitstellungszinsen für einen bestimmten Zeitraum, also elle Forderungen an Sie, die nicht in die Annuität eingehen, in die während der Festzins-Laufzeit gleichbleibende, regelmäßige Zahlung, die Sie zu leisten haben;

– die genaue Höhe Ihrer monatlichen Belastung, die sich aus der Annuität ergibt;

– das genaue Datum, von dem an diese Bedingungen durch eine Neufestsetzung des Zinssatzes geändert werden können – übrigens zu Ihren Ungunsten wie auch zu Ihren Gunsten;

– die Höhe Ihrer Restschuld exakt zu dem Datum, zu dem eine Zinsveränderung zulässig sein wird.

Ich habe Ihnen die Unterschiede bei monatlicher Annuitätenrate und jährlicher Verrechnung, ein Prozent Anfangstilgung und 100 Prozent Auszahlung errechnet (die Ziffern bedeuten: 1 Hypotheken-Zinssatz, 2 Gesamtlaufzeit in Jehren, 3 Tilgungs- und 4 Zinsanteil in der Annuitätenrate, 5 Summe aller bis dahin gezahlten Zinsanteile und 6 Höhe der Darlehens-Restschuld):

nach 5 Jahren

1	2	3	4	5	6
8	28,5	1,4	7,6	39,1	94,1
9,5	25,9	1,4	9,1	46,5	93,9
10	25,3	1,5	9,5	48,9	93,8

nach 15 Jahren

1	2	3	4	5	6
8	28,5	2,9	6,1	107,8	72,8
9,5	25,9	3,6	6,9	127,0	69,5
10	25,3	3,8	7,2	133,2	68,2

Natürlich sind nur Bedingungen mit gleichlanger Bindungsfrist des gegenwärtigen Zinses miteinander vergleichbar. Variable Zinsforderungen machen jede längere Berechnung unmöglich. Erst die Zeit erweist, ob Sie mit Festzins- oder variablen Hypotheken besser weggekommen sind oder wären.

Horst Beloch

Co-Mandat statt Postulat

In der gesetzlichen Krankenversicherung könne eine Beitragsstabilität erzielt werden, wenn sich die Ärzte in den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen „vernünftig" zeigen, die Krankenhäuser ihre Organisations-Strukturen mit dem Ziel einer kostengünstigeren Auslastung überprüten, und die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel relativ eingeschränkt werden, so Landesverbandsleiter der DAG in Bayern, Konstantin Müller, kürzlich.

Forderungen weisen ihren Urheber als kritischen Menschen mit dem Willen nach Veränderungen aus, die er für Verbesserungen hält. Er kann freilich damit auch offene Türen einrennen, denn:

Der Bayern-Vertrag zwischen LdO und KV hat sich nach dem Urteil beider Partner schon nach zehn Monaten seit seinem Abschluß bewährt. Diese Wirkung wird sich auf die Dauer noch verstärken. Sie ist u. a. auch bei den Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel bereits zu konstatieren.

Die DAG verfügt über die publizistischen Mittel, das Verständnis ihrer Mitglieder dafür zu fördern und ihnen ein Verhalten im Sinne des Bayern-Vertrages zu empfehlen. Die Zeit der Postulate aneinander muß endlich durch ein Miteinander aller Sachkundigen unter den Beteiligten im Gesundheitswesen abgelöst werden, unerläßliches Gegengewicht gegen Ignoranz in Legislative und Exekutive.

Mit dem Bayern-Vertrag ist der Anfang erfolgreich gemacht. Die DAG ist herzlich eingeladen.

Prosper

Kurz über Geld

ZWISCHEN 100 und 300 PROZENT über ihrem Metallwert kosten Olympia-Münzen. Kursbildung nach einer „Spartekiade" fraglich.

VERSICHERUNG FÜR DIE FOTO- und Filmausrüstung kostet p. e. vier Prozent des Wertes mit Europa-, sechs Prozent mit Weltgeltung.

STEUERRATGEBER für Investmentsparer kostenlos vom BVI, Postfach 2406, 6000 Frankfurt 1.

MIT KREDITAUFNAHME WARTEN, bis Zinsen wieder sinken.

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. 10623. Bitte fordern Sie wissenschaftliche Informationen an.

Cilag-Chemie
Postfach 32 · 6146 Alsbach an der Bergstraße

© C-C 1979

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat März 1980 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Salmoneliose wurden im März ebenso häufig wie im Februar gemeldet, nämlich 33 je 100 000 Einwohner, umgerechnet auf ein Jahr. Gleichzeitig ging die Zahl der Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) zurück, und zwar von 26 auf 20 Fälle je 100 000 Einwohner.

Übertragbare Hirnhautentzündung trat im März geringfügig häufiger als im Februar und damit wieder gleich häufig wie im Januar auf. Die Erkrankungsziffer an Meningitis sonstiger infektiöser, nicht durch Meningokokken verursachter Formen stieg von 4 auf 5 Fälle je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. März 1980 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Kinderlähmung		Übertragbare Hirnhautentzündung Meningokokken-Meningitis		Übertragbare Hirnhautentzündung übrige Formen		Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa Salmonellose		Enteritis infectiosa übrige Formen		Botulismus	
	E[1]	ST[2]	E[4]	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	–	–	–	–	–	–	3	–	10	1	–	–	2	–	1	–	6	–	109	–	–	–	–	–
Niederbayern	–	–	–	–	–	–	2	–	7	1	–	–	–	–	–	–	1	–	26	–	–	–	–	–
Oberpfalz	–	–	–	–	–	–	–	–	8	–	–	–	–	–	1	–	1	–	16	–	–	–	–	–
Oberfranken	–	–	–	–	–	–	1	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	28	1	4	–	–	–
Mittelfranken	–	–	–	–	–	–	4	–	5	–	–	–	–	–	–	–	14	–	26	–	1	–	–	–
Unterfranken	–	–	–	–	–	–	1	–	4	–	–	–	1	–	–	–	–	–	48	–	4	–	–	–
Schwaben	–	–	–	–	–	–	5	1	3	–	1	1	–	–	1	–	2	–	20	–	2	–	–	–
Bayern	–	–	–	–	–	–	16	1	43	2	1	1	3	–	3	–	24	–	273	1	11	–	–	–
München	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–	–	–	1	–	–	–	3	–	43	–	–	–	–	–
Nürnberg	–	–	–	–	–	–	1	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5	–	–	–	–	–
Augsburg	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–	2	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9	–	2	–	–	–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–
Erlangen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24
	Hepatitis infectiosa		Ornithose Psittacose		Ornithose übrige Formen		Brucellose		Leptospirose		Malaria		Toxoplasmose										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	–	–	–	–	–	–	1	–	4	–	2	–									16
Niederbayern	11	1	–	–	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–									1
Oberpfalz	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–									28
Oberfranken	20	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									11
Mittelfranken	20	1	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–									20
Unterfranken	12	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									10
Schwaben	26	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									1
Bayern	165	3	–	–	–	–	1	–	2	–	6	–	3	–									87
München	36	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–									2
Nürnberg	9	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–
Augsburg	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–
Regensburg	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									1
Fürth	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–
Erlangen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–

*) 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.

Schnell informiert

Kräutertee — ein zeitgemäßes Medikament?

Die Chancen und Grenzen des Einsatzes von Kräutertee in der modernen Medizin hat jetzt der Münchener Drogenkundler Professor Hildebert Wagner abgesteckt. Bei der von ihm geleiteten „Deutschen Tee-Stunde 1980" in München erklärte der Wissenschaftler: „Der Griff in die Tee-Schublade ist nicht ein nostalgisches Zurück-zur-Natur, sondern eine Rückbesinnung auf eine alte Arzneiform, die durch die moderne Arzneipflanzenforschung sicherer, effektiver und in ihrer Wirkung vorhersehbarer geworden ist."

Professor Dr. Wagner, Direktor des Instituts für Pharmazeutische Arzneimittellehre der Universität München, stellte mit Nachdruck fest: „Es ist keine Frage, daß man eine Lungenentzündung nicht erfolgreich mit Tee behandeln kann, und es ist wohl jedem klar, daß sich die Anti-Baby-Pille niemals wohl durch Einnahme eines Tees ersetzen lassen wird."

Demgegenüber hob der Referent die Anwendungsmöglichkeit schwach oder mild wirkender Phyto-Präperate bei sogenannten Bagatellerkrenkungen des Alltags, wie z. B. Magen- oder Darmstörungen, leichten Intekten der oberen Luftwege, Nervosität, Schlafstörungen und Spennungszuständen, hervor. Angezeigt ist nach den Ertahrungen Wagners auch die kurmäßige Anwendung von Tees bei chronischen Erkrankungen, bei denen starke Arzneimittel ott nicht ensprechen. Wagner: „Die Wirkung von Drogen beruht hier oft auf einer Umstellung von Stoffwechselmechenismen, auf einer Stimulierung körpereigener Abwehrkräfte bzw. einer Unterstützung der Selbstheilungstendenzen des Orgenismus."

Ein weiteres Anwendungsgebiet liegt — so Wagner — in der Behendlung von Altersbeschwerden, also in der Vorbeugung von Degenerationserscheinungen. Von Wagner erwähnt wurde schließlich die Tee-Medikation els flankierende Maßnahme zu anderen therepeutischen Methoden oder els Fortsetzung einer Behandlung nach Abklingen der akuten Erscheinung.

Der Wissenscheftler wies in diesem Zusammenheng euf die Erfolge der systemetischen Arzneipflenzenforschung im Verleuf der letzten 20 bis 30 Jahre hin. Mit Hilfe neuer Analyseverfahren sei es hier gelungen, viele chemische Wirkprinzipien von Arzneipflanzen zu isolieren und chemisch in ihren Strukturen aufzuklären. Die Wirksamkeit der isolierten Wirkstoffe könne im Tierversuch und denn klinisch am Menschen geprüft werden. Wagner fügte hinzu: „Mit Hilfe der Radioaktivmerkierung sind wir in der Lege, die Verteilung der Wirkstoffe Im Orgenismus, ihren Wirkungsmechanismus und die Pharmakokinetik ebzuklären."

Speziell euf die entzündungshemmende Wirkung einiger Pflanzensubstanzen ging Wagner in einem eigenen Tegungsbeitrag ein.

Forschungsförderung für die Universität Erlengen

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft unterstützt wiederholt das Forschungsprogremm „Gastrointestinale Hormone und Calciumstoffwechsel" der Arbeitsgruppe um Professor Dr. Dr. P. O. Schwille, Experimentelle Abteilung und Hormon-Forschungslabor der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen, für die Dauer von zwei Jahren mit DM 120 000. Das Projekt hat die Aufgabe, hormonelle Zusammenhänge zwischen Magen-Darm-Kanal, Schilddrüse und Nebenschilddrüsen sowie den Nieren bei Gesunden zu klären und deren Veränderungen nach bestimmten operetiven Eingriffen am Verdauungstrakt zu charakterisieren.

Ein Laxans soll nur hier wirken

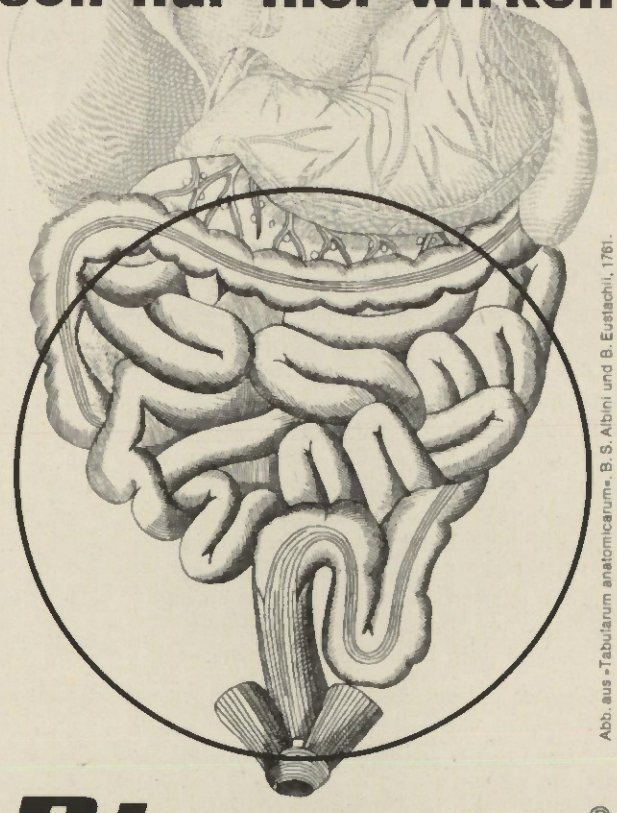


Abb. aus »Tabularum anatomicarum«, B. S. Albini und B. Eustachii, 1761.

Rheogen®

Rein pflanzliches Abführmittel

tut es!

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

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

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

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.
Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens. Kontraind. der Tropa-Alkaloide.
Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.

Handelsformen und Preise:
OP mit 30 Dragees DM 2,85
OP mit 75 Dragees DM 4,90
AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Musiksommer zwischen Inn und Salzach

vom 1. Juni bis 23. August 1980

Veranstalter: Musiksommer zwischen Inn und Salzach e. V.

Schirmherr: Landrat Leonhard Schmucker, Traunstein

Musikalische Beratung: Bibliotheksdirektor Dr. Robert Münster und Kirchenmusikdirektor Alois Kirchberger

Sekretariat: Dr. med. Franz Zach, Rosengassa 10, 8217 Grassau

Daten und Orte:

1. Juni 1980: Harrenchiemsee – Matinee
8. Juni 1980: Baumburg – Kirchenkonzert (1)
15. Juni 1980: Seeon – Kammerkonzert (1)
21. Juni 1980: Sachreng – Kirchenkonzerte
22. Juni 1980: Frauenchiemsee – Kirchenkonzert
28. Juni 1980: Traunstein – Kirchenkonzert
29. Juni 1980: Grassau – Kirchenkonzert
10. Juli 1980: Rosenheim – Kammerorchesterkonzert
12. Juli 1980: Inzell – Kirchenkonzert
13. Juli 1980: Rott am Inn – Kirchenkonzert
13. Juli 1980: Baumburg – Chorkonzert (2)
19. Juli 1980: Seeon – Kammerkonzert (2)
20. Juli 1980: Ruhpolding – Kirchenkonzert
21. Juli 1980: Prien – Militärmusikkonzert
25. Juli 1980: Tittmoning – Bläsersarenade
26. Juli 1980: Reisach – Kirchenkonzert
3. August 1980: Au am Inn – Kirchenkonzert

Konzerte auf Schloß Amerang in der Zeit vom 28. Juni bis 23. August 1980

– Näheres bei den örtlichen Vorverkaufsstellen –

Autogenes Training setzt sich durch

Das autogene Training ist eine bewährte Entspannungsmethode mit guten Erfolgen bei bestimmten inneren Krankheiten, Kinder- und Frauenkrankheiten sowie bei manchen psychoneurotischen und psychosomatischen Krankheitsbildern. Sie ist eine weitverbreitete psychotherapeutische Methode und hilft vielen Menschen wegen der erholsamen, streßmindernden Wirkung bei der Bewältigung ihres Alltags. Das darf jedoch nicht zu der falschen Vorstellung verleiten, daß unerwünschte Nebenwirkungen beim autogenen Training nicht vorkämen. Deshalb sind bei der Vermittlung dieser Methode ärztliche Sorgfalt und gründliche Kenntnisse der psychologischen und physiologischen Fakten, auf die sich das autogene Training stützt, notwendig.

Preise

Verleihungen

Theodor-Frerichs-Preis – Anläßlich der Eröffnung der 86. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin wurden u. a. Privatdozent Dr. Hansjörg Sauer und Dr. Andreas Schalhorn, beide München, mit diesem Preis ausgezeichnet für ihre Arbeit über biochemische Untersuchungen zum Wirkungsmechanismus der Vitamine B_{12} und Folsäure bei der Regulation des Zellwachstums (z. B. Blutbildung).

Sebastian-Kneipp-Preis 1980 – Professor Dr. Kurt Franke, Bad Lauterberg, und Apotheker Rainer Scheer, Tübingen, erhielten diesen mit DM 10 000 dotierten Preis.

Buchbesprechungen

Allgemeine Anatomie

Band 1: Spezielle Anatomie I – Extremitäten-Rumpfwand
Herausgeber: Prof. Dr. H. Frick / Prof. Dr. H. Leonhardt / Prof. Dr. D. Starck, 620 S., 216 meist farb. Abb. in 324 Einzeldarstellungen, flex. Taschenbuch, DM 29,80.

Band 2: Spezielle Anatomie II – Kopf – Hals – Eingeweide – Nervensystem
Herausgeber: Prof. Dr. H. Frick / Prof. Dr. H. Leonhardt / Prof. Dr. D. Sterck, 748 S., 250 meist farb. Abb. in 327 Einzeldarstellungen, flex. Taschenbuch, DM 29,80.

Band 3: Histologie, Zytologie und Mikroanatomie des Menschen
Herausgeber: Prof. Dr. H. Leonhardt, 476 S., 246 Abb., 7 Tab., flex. Taschenbuch, DM 19,80.

Band 4: Medizinische Embryologie
Herausgeber: Prof. J. Langman, 415 S., 283 Abb., flex. Taschenbuch, DM 18,80.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Dieses vierbändige Anatomie-Taschenbuch liegt nunmehr nach Erscheinen des zweiten Bandes vollständig vor. In sehr detaillierter übersichtlicher Form wird das gesamte Gebiet der „normalen" Anatomie des Menschen behandelt. Die Darstellung vermittelt dem Leser, speziell dem Studenten, das notwendige Verständnis für die normale und gestörte Funktion der Organe. So umfassend alle vier Bände anmuten, so relativ begrenzt ist aber dann doch wiederum die Darstellung, daß es der Student in der in der Zwischenzeit, ja gekürzten Studienzeit erfolgreich durcharbeiten kann.

Im zuletzt erschienenen zweiten Band sind Kopf, Hals, Brust, Bauch- und Beckeneingeweide sowie das zentrale Nervensystem und die Sinnesorgane zusammengefaßt dargestellt. Besonders sind die ungemein instruktiven Zeichnungen, zum Teil farbig, hervorzuheben.

Die traditionelle Trennung von topographischer und funktioneller Anatomie wird in diesem Taschenlehrbuch durch eine sinnvolle Kombination beider Betrachtungsweisen ersetzt. Die für das Verständnis der Funktion wesentlichen Baumerkmale und Lagebeziehungen werden jeweils eingehend beschrieben. Dabei finden sich auch Hinweise auf klinische Befunde, so daß eine Umsetzung theoretischer Kenntnisse in ärztliches Handeln angeregt wird. – Schließlich gewinnen diese vier Bände noch an Aktualität dadurch, daß jedem Band der Schlüssel zum Gegenstandskatalog beigefügt wurde.

Dr. med. S. Maier, Regensburg

Ergebnisse der Angiologie

Band 17: Chronisch periphere Ödeme

Herausgeber: Dr. W. Hach, 256 S., 109 Abb., 25 Tab., kart., DM 40,–. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Der Band enthält die Referate des 5. Fortbildungskongresses für Angiologie in Bad Nauheim. Das Thema wird von Anatomen, Physiologen, Dermatologen, Internisten, Chirurgen und Röntgenologen beleuchtet und offenbart gerade aus dieser interdisziplinären Zusammenfassung heraus für den Kliniker, der sich mit chronischen peripheren Ödemen und ihren Komplikationen auseinandersetzen muß, eine Fülle neuer Aspekte.

Dr. med. W. Ruffs, Nürnberg

Nichts ist schwerer zu ertragen als ein verdauungsschwacher Magen.

Pankreaplex®

- stimuliert die physiologische Verdauungsleistung
- stabilisiert die Funktionen von Magen und Darm ohne Enzymsubstitution
- beseitigt störende intestinale Symptome in jedem Lebensalter

Unbekannter ital. Meister des 18. Jh.

Indikationen: Akute und chronische Magen- und Darmstörungen, funktionelle Sekretionsschwäche der Verdauungsorgane, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meteorismus, Inappetenz, intestinale Beschwerden bei Diabetes mellitus. **Zusammensetzung:** Percolat. 1 = 10: Fruct. Cerdui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml, Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml, Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin. hydrol. 0,5 g, Corrigentia ad 20 ml. 1 Dragée entspricht 10 Tropfen Liquidum.

Preise: Packungen: 60 Dragées 6,06 DM, 150 Dragées 12,16 DM, 20 ml Liquidum 6,06 DM, 50 ml Liquidum 12,16 DM (Stand: 1. September 1979).

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

Kinderheilkunde – Diegnostik, Therepie, Prophyfexe

Verf.: Prof. Dr. E. Grundler / Dr. G. Selge, 1104 S., 128 Abb., 85 Teb., davon 40 Abb.-Tafeln zum Röntgenteil, Balacron, DM 98,–. Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgart.

Die Verfasser setzen sich mit allen Fragen der Kinderheilkunde auseinander, engefangen mit der Physiologie und Prophylaxe, dem großen Abschnitt der Krankheiten und schließlich der Therapie. Die Abhendfung der einzelnen Krankheitsbilder beinhaltet kurz die Ätiologie mit Darstellung der pathologischen Anatomie, Symptometik, Diagnose und Differentieldiegnose und wird vom Therapievorschleg ebgeschlossen. Dieses sorgfältig und präzis ebgefeßte Lehrbuch orientiert schnell und doch umfassend über die Kinderheilkunde. Es kann dem Praktiker wie dem Spezielisten, eber auch zur Vorbereitung für das Exemen empfohlen werden.

Der Ärztestand

Herausgeber: E. Freidson, übersetzt aus dem Amerikanischen von H. Nuffer, 338 S., kart., DM 39,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Der Autor versucht in dieser Studie über die Anwendung (medizinischen) Wissens, zu zeigen, daß die gesellschaftliche Organisation der medizinischen Profession einer Analyse unterworfen werden muß. Erst dann kenn ein volles Verständnis dessen erreicht werden, daß der gesellschaftliche Wert ärztlicher Tätigkeit letztlich von ihrer Struktur und Organisation abhängt und nicht nur von medizinischer Wissenschaft und der ihr verfügbaren Technologien.

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. (0 89) 7 14 32 00 oder (09 11) 83 42 98

Meine Anschrift

Ich erwarte Ihren Anruf unter Telefon

Ein Beratungsbesuch ist erwünscht

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE
Außendienstbeauftragter
BAYERISCHE VERSICHERUNGSKAMMER Bayerischer Versicherungsverband

1000 Merksätze Innere Medizin

Hereusgeber: Prof. R. Gross / Prof. P. Schölmerich, 223 S., kert., DM 14,80. Schatteuer Verlag GmbH, Stuttgart.

Es handelt sich um 1000 einzelne Kapitel der Inneren Medizin, also nicht um einen Fragenkatalog. In Anlehnung an den Gegenstendskatalog des Mainzer Zentralinstitutes wurde in Zusammenarbeit mit fest 20 der bekanntesten deutschen Verfage in 50 Kapiteln eine vollständige, alle internistischen Krankheiten erfassende Liste erstellt. Der Hauptakzent liegt auf der Derstellung von Symptomatik und Diagnostik, wobei die Therepie nur gelegentlich erwähnt wird. Der Auffassung der erfahrenen Herausgeber, Professor Gross und Professor Schölmerich entsprechend, werden Merksätze dargelegt, die als Extrakte in Kurzform immer wieder ein neues Kapitel der Inneren Medizin beleuchten. Vom Lesenden wird die Fähigkeit erwartet, bei Unsicherheiten im eigenen Wissen euf Lehrbücher zurückzugreifen. Bei Aufbringen dieser Disziplin kann nach Durcharbeiten des Taschenbuches ein wirklich umfassendes Wissen erreicht sein.

Die Absicht der Herausgeber, ein übersichtliches Repetitorium für Ärzte und Examenskandidaten zu erstellen, ist voll gelungen.

Dr. med. M. Hausel, Gießen

Sehbehindert – Blind

Verf.: Dr. R. Kaden, 212 S., 4 Abb., 3 Tab., flex. Taschenbuch, DM 19,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die Aufgaben des Augenarztes gehen heute über das reine Feststellen und Behandeln von Sehschädigungen hinaus. Vielmehr ist er euch verpflichtet, seine Petienten über elle schulischen, beruflichen und sozielen Möglichkeiten für Behinderte zu beraten. Das vorliegende Buch stellt diese Möglichkeiten in übersichtlicher Weise dar. Der Autor hat die vielfältigen gesetzfichen Bestimmungen sowie alle derzeit verfügberen Hilfsmittel und die Anschriften der Schulen und Ausbildungszentren dargestellt. Deshalb ist dieses angenehm lesbare Buch nicht nur für den Augenarzt, sondern auch für die Betreuer von Sehgeschädigten und für die Petienten selbst sehr zu empfehlen.

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

Heffung von Innen

Verf.: G. u. T. Sartory, 144 S., Band 676, DM 5,90. Herder Verlag, Freiburg-Basel-Wien.

Krankheit gehört mit Schmerz, Leid und Tod mitten in das Mysterium des Lebens hinein: sie sind Teile jenes „Schicksals", das nicht nur zum Werdeprozeß des Menschen hinzugehört, sondern diesen Werdeprozeß fundamental bestimmt. – Soweit ein Zitet aus dem Büchlein von dem Ehepaar Sartory.

In dem Buch wird sehr viel über diesen eingangs zitierten Satz nechgedacht. Wie kann men sich mit einer Krankheit auseinandersetzen, inwieweit muß die Krankheit engenommen werden, gibt es auch Möglichkeiten, auf die Wechselwirkung zwischen psychischer und somatischer Krankheit Einfluß zu nehmen? Zum Schluß ist von der „Bruderschaft vom guten Tod" die Rede. fn diesem Abschnitt wird sehr schön entfaltet, wie der Tod letztlich euch zum „Freund" des Menschen werden kann. Insgesamt ein lesenswertes Büchlein, das viele Anregungen zum Weiterdenken gibt und Möglichkeiten eufzeigt, wie eine „Heilung von innen" erreicht werden kann.

Dr. med. B. Deininger, Gerching

Atomkraftwerksgefahren aus ärztlicher Sicht

Verf.: Dr. H. Keter, 218 S., DM 16,—. Adolf Sponholtz Verlag, Hameln.

Dieses Buch will keine Panik machen. Es ist der Diskussionsbeitrag eines erfahrenen Arztes und Publizisten zu der aktuellen Auseinandersetzung um die Gefahren der Kernenergie. Es ist der Versuch, objektiv und emotionsfrei Informationen zu vermitteln. Informationen, die als Beitrag zur Versachlichung einer Debatte zu sehen sind, die sich häufig leider durch das Gegenteil auszeichnet.

Dieses Buch kann nicht als „Manifest" gegen die Kernenergie mißverstanden werden, vielmehr dient es der Information, mit dem Ziel, Risiken zu erkennen, Gefahren für Leben und Gesundheit richtig einzuschätzen und — soweit überhaupt möglich — abzuwenden.

Der engeborene Plattfuß mit Talus verticalis

Herausgeber: Dr. Chr.-Fr. Pick / Dr. F. Chicote-Campos, 192 S., 110 Abb., 7 Teb., kart., DM 59,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

In der vorliegenden Monographie werden in ausgreifender Zusammenschau der Weltliteratur zu diesem Thema die bisher verstreut veröffentlichten Fälle kritisch zusammengefaßt und ausgewertet. Die bisher geübten verschiedenen Therapieverfahren und -erfolge, sowie die eigenen Erfahrungen der Autoren werden vorgestellt. Aus der ausführlichen Darstellung der Entwicklung und des gegenwärtigen Wissenstandes über den angeborenen Plattfuß mit talus verticalis ergibt sich für den Leser die Möglichkeit einer eigenen Stellungnahme zur Definition, Ätiopathogenese und zur Behandlung dieses Krankheitsbildes, wobei auf noch offene Fragen in der Forschung hingewiesen wird.

Notfallmedizin

Herausgeber: Prof. Dr. H.-P. Schuster, 236 S., kart., DM 22,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

In dem Band werden die pathophysiologischen Grundlagen sowie die Sofortmaßnahmen zur Erkennung und Behandlung der Notfälle durch Versagen der Atmung, durch Versagen der Zirkulation und durch Störungen des Wasser-Elektrolyt-Säure/Basen-Haushaltes dargestellt. Den Vergiftungen und kometösen Zuständen sowie den speziellen Sofortmaßnahmen bei Unfällen sind eigene Abschnitte gewidmet.

Die Naturwunder der Erde

Ein Bildlexikon von A bis Z

448 S., 354 Farbfotos, 70 Karten, 10 großformatige Übersichtskarten, 63 erklärende Zeichn., 16seitiges Glossar, geb., DM 56,—. Verlag Das Beste — Vertrieb durch Umschau Verlag, Frankfurt.

In 377 alphabetisch angeordneten Artikeln werden die ausgefallendsten Naturwunder unserer Welt ausführlich vorgestellt. Selbst die entlegendsten Winkel unseres Planeten werden dabei nicht vergessen. Über die Lage der behandelten Naturwunder informieren die farbigen Karten eines vorangestellten Atlasteils sowie die zahlreichen Karten im Text. Um das Verständnis der erläuterten Zusammenhänge zu erleichtern, wurden anschauliche Skizzen zur Geologie beigefügt. Ein umfassendes Wörterbuch der verwendeten Fachausdrücke sorgt dafür, daß keine Fragen offenbleiben. Einen unvergleichlichen Eindruck von der Großartigkeit der behandelten Naturwunder vermitteln die ausgewählten Farbfotos.

Nomen est Omen:

MIGRÄNEX®
SPEZIAL
kupiert zuverlässig den herannahenden Migräneanfall

MIGRÄNEX®
hilft bei migräneartigen Beschwerden und starkem Kopfschmerz

Migränex® Spezial Suppositorien

Zusammensetzung: 1 Suppositorium enthält: Ergotamintartrat 1,5 mg, Phenyläthylbarbitursäure 15,0 mg, Extr. Rhiz. Gelsemii spir. sicc. (8 : 1) Gehalt mind. 1,5% Alkaloide (0,15% Gelsemin) 15,0 mg, Papaverinum hydrochloricum 20,0 mg, Carbromal 50,0 mg, Coffeinum citricum 50,0 mg, Inositolnicotinat 100,0 mg, Propyphenazon 300,0 mg.
Anwendungsgebiete: Migräne und -ähnliche Kopfschmerzen, Spasmen im Darm- und Gallenbereich, Menstruationsbeschwerden.
Kontraindikationen: Gravidität, Laktation, Gefäßerkrankungen, schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Angina pectoris, Hypertonie, akute hepatische Porphyrien, dekompensierte Herzinsuffizienz, frischer Myokardinfarkt, akute Blutungen.
Nebenwirkungen: Parästhesien, Durchblutungsstörungen in den Akren (Langzeittherapie), Flush, Pruritus, Urtikaria, Exantheme, Hyperacidität, Dyspepsie. Bei höherer Dosierung und länger dauernder Anwendung: Verminderte KH-Toleranz, Leberfunktionsstörungen, Blutdruckabfall. Allergische Reaktionen (Hautreaktionen, Leukopenie, Agranulozytose).
Wechselwirkungen, unerwünschte:

Kombination:	Wirkung:
a) Zentraldämpfende Pharmaka	a) Gegenseitige Wirkungsverstärkung
b) Cumarin-Derivate	b)–d) beschleunigter Wirkungsverlust der angeführten Substanzen
c) Griseofulvin	
d) Orale Kontrazeptiva	e) Blutzuckersenkung vermindert
e) Antidiabetika	

Dosierung und Anwendungsweise: Wenn nicht anders verordnet, beim Nahen eines Migräneanfalles 1 Supp., bei Bedarf bis zu 3mal täglich 1 Supp. einführen.
Hinweise: Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen so weit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol.
Handelsform und Preis: Originalpackung mit 10 Suppositorien DM 10,09.

Migränex® Dragées

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: Extr. Rhiz. Gelsemii spir. sicc. (8 : 1) Gehalt mind. 1,5% Alkaloide (0,15% Gelsemin) 0,01 g, Extr. Herb. Hyperici aquos. sicc. (6 : 1) Gehalt mind. 0,12% Hypericin 0,02 g, Magnesiumzitrat 0,05 g, Dehydrocholsäure 0,05 g, Phenyldimethylpyrazolon. cum Coffeino citrico 0,40 g.
Anwendungsgebiete: Migräne und -ähnliche Kopfschmerzen, Spasmen im Gallen- und Darmbereich, Menstruationsbeschwerden.
Kontraindikationen: Photosensibilisierung, akute hepatische Porphyrien.
Nebenwirkungen: Wie bei allen pyrazolonhaltigen Medikamenten, können bei pyrazolonempfindlichen Personen folgende Nebenwirkungen auftreten: Photosensibilisierung, allergische Reaktionen (Hautreaktionen, Leukopenie, Agranulozytose).
Dosierung und Anwendungsweise: Wenn nicht anders verordnet, 3mal täglich 1–2 Dragées mit Wasser unzerkaut einnehmen.
Handelsform und Preis: Originalpackung mit 30 Dragées DM 10,54.

TOSSA ARZNEI
Arzneimittel so natürlich wie möglich
KURT MERZ · 6497 STEINAU

Stand: Februar 1980

Deutsche Ärztebriefe des 19. Jehrhunderts

Vert.: Stürzbecher, 216 S., DM 48,—. Musterschmidt-Verleg, Göttingen.

Ein Quellenlesebuch in dem versucht wird, enhand von Arztbriefen einen Einblick in die Lebensverhältnisse von Ärzten des vorigen Jehrhunderts zu geben. Geschöpft wird aus den Beständen des ehemeligen Preußischen Geheimen Staatsarchivs, des Literetur-Archivs der Berliner Akademie der Wissenscheften, der Sammlung Darmstädter, der Staatsbibliothek in Berlin und dem Ernst-Haeckel-Haus in Jene. Demit wurden bisher unveröffentlichte Briefe einem größeren Leserkreis zugänglich gemacht, derunter viele von und an Rudolf Virchow, Max Pettenkofer, Christoph Wilhelm Hufeland u. v. e.

Wer Anthologien wie diese schätzt, wird sehr vieie medizinhistorische und sozialkritische Erkenntnisse vermittelt bekommen und erstaunt sein, welche starken persönlichen Beziehungen zwischen einzelnen Ärzten und den leitenden Beemten des Kultusministeriums bestanden und wehmütig Vergleiche mit der Gegenwart ziehen.

Dr. med. M. Wolf, Waldkraiburg

Deutsche Geschichte

Hereusgeber: W. Conze / V. Hentschel, 352 S., 64 Bildtafeln, devon 32 in Farbe, geb., DM 29,80. Verlag Ploetz, Freiburg-Würzburg.

Das Buch ist ein Nachschiagewerk, des den Ansprüchen Rechnung trägt. Es liefert eine historische Grundorfentierung über ein Jehrtausend deutscher Geschichte auf der Basis gesicherter Tetsechen, die die Urteiisbildung fördern, ohne des Urteil vorweg zu nehmen. Den Rahmen bildet eine Chronik der deutschen Geschichte in Deten und Fekten von den Anfängen bis zur Gegenwert nech dem heutigen Kenntnis- und Forschungsstand. Sie erfaßt neben der politischen euch die wichtigsten Phesen der Wirtschefts- und Sozialgeschichte.

Herders prektisches Gartenbuch

Herausgeber: B. Brinkfort / N. Mathey, 256 S. mit über 200 z. T. farb. Fotos, Zeichn. und Teb., Polyleinen, DM 29,80. Verleg Herder, Freiburg-Besel-Wien.

Über 200 zum Teil ganzseitige Fotos, Tebellen und Zeichnungen, darunter 87 vierferbige Fotos, eriäutern enscheuiich sowohl den eligemeinen Teil, der sich mit Grundstück, Gartenformen und Gertengestaltung befaßt, els euch den umfangreichen prektischen Teil, in dem alles über die Umsetzung von der idee in die Realität gesagt, gezeigt und erklärt wird. Geneue Arbeitsanweisungen, Aufrisse und Piäne ermöglichen es euch dem Anfänger, einen Gerten nech seinen Bedürfnissen enzulegen.

Der unbekannte Bruder Grimm

Herausgeber: G. Hoffmenn / H. Röiieke, 144 S., 2 Bilder, Peppbend, DM 19,80. Eugen Diederichs Verleg, Düsseldorf.

Diese Segen sind erstmals eus dem Nechiaß der Grimms transkribiert und hereusgegeben: eine für die Voikskunde besonders interessente, weil sehr frühe Segensammiung. — Das Besondere en diesem Buch: die Geschichten eus ellen deutschen Lenden sind prechtvoil erzähit. Ferdinend Grimms eigene Diktion wird derin deutiich, sie wirkt um einiges kecker, treulicher els die „Deutschen Sagen" der äiteren Brüder.

Hans Carosse Briefe t

1886–1918

Hereusgeber: E. Kampmenn-Cerosse, 335 S., mit einem Bild Carossas, Leinen, DM 48,—. Insel Verlag, Frenkfurt.

Die Herausgabe der Briefe Carosses ist in drei Bänden geplant. Der vorliegende erste Band reicht bis zum 40. Lebensjahr des Dichters und enthält die Zeit seines iyrischen Scheffens und die Erlebnisse eus seiner Anfangszeit ais Arzt und seiner militärischen Tätigkeit im 1. Weltkrieg, eus denen dann die „Schicksale Doktor Bürgers" und „Das rumänische Tagebuch" entstanden sind. Aus den Briefen und den umfassenden Anmerkungen der Herausgeberin geht hervor, mit weicher Akribie der Dichter en seinen Werken feilt und wie sehr er bemüht ist, kritische Bemerkungen debei zu verwerten. Er stand im Briefwechsel mit tonangebenden Dichtern wie Richard Dehmel, H. v. Hofmannsthal, Alfred Kubin und Stefan Zweig. Seinen ärztlichen Beruf empfindet er els hemmend für seine dichterische Entfeltung: „das ewig Gestörtwerden, ja das Gefühl des ‚Jeden Moment gestört werden Könnens' ists, was so selten ein Gebilde der Phantesie zum Auskristallisieren kommen läßt" (1907).

Dr. med. R. Paschke, Emskirchen

Merienwellfehrt in Bayern und Österreich

Herausgeber: F. Meingast, 268 S., devon 20 Farbs., DM 29,60. Ehrenwirth Verieg GmbH, München.

Es gibt keinen Kontinent ohne marienische Kultstätte. Marie hat vieie Gesichter, das der Jungfrau, der Trösterin, der Patronin, der Nothelferin und der Wundertäterin. Eines jener christlichen Gebiete, in denen sich der Marienkuft besonders ausprägte, ist der beyerisch-österreichische Raum. Beyern verehrt seit Jahrhunderten Maria als Schutzfreu des Landes. Merienheiiigtümer stehen in allen Landesteilen. Merienwaiifehrten gibt es noch eflerorten in Bayern und Österreich. 25 eus der reichen Fülle stellt das Buch in Wort und Bild vor.

Die große Zeit der itelienischen Malerei

Herausgeber: G. Leinz, 304 S., 264 Farbabb., 16 einferb. Abb., Leinen, DM 98,—. Verlag Herder, Freiburg-Besel-Wien.

Wer sich einen Überblick über die italienische Malerei über mehr els tausend Jahre, begfnnend bei der frühchristfichen Ketakombenmalerei und endend um 1750, scheffen, euch eine Kunstreise vorbereiten oder sie „nacherleben" möchte, dem sei dieses Werk empfohien.

Der Autor, Dr. Gottlieb Leinz (geb. 1945), spezialisierte sich in mehrjährigen Italienaufenthalten, vor ellem in Rom und Florenz, auf itafienische Kunst. In diesem Werk zeichnet er einerseits die großen Entwicklungslinien der italienischen Malerei nach, beieuchtet eber euch die Regionafentwickiungen (Siena, Florenz, Venedig, Rom, Neepei, Umbrien, Oberitelien), die für die italienische Melerei so charakteristisch sind und ihre Vielfalt und ihren besonderen Reiz ausmechen.

Den bedeutendsten Künstlern und Künstlergruppen sind eigene Kapitel gewidmet, beispielsweise Giotto, den Gründern der florentinischen Frührenaissance Fra Angelico, Veneziano, Lippi u. e., und den Malern Piero della Frencesca, Andree Mentegne und, zusemmengefaßt, Perugino und der Malerei Umbriens. Die Großen der Reneissance, Leonardo, Reffeel und Michefangelo, nehmen breiten Raum ein, ebenso „Des goldene Zeitalter der venezianischen Maierei" — von Giorgione über Tizian bis zu Tintoretto — und „Triumph und Ende der Republik Venedig — Des Jahrhundert Tiepolos".

Die richtige Baufinanzierung. Vorteile. Kosten?

Diskutieren Sie mit Kollegen und den Experten über die optimale Baufinanzierung. Die Deutsche Ärzteversicherung lädt Sie ein.

DÄV-Treff am 9.7. Augsburg

Die DÄV-Treffs der Deutschen Ärzteversicherung: ein neuer Weg zum schnellen, umfassenden Überblick über wichtige Bereiche der finanziellen Sicherheit. Durch unabhängige, kompetente Experten.

Über die vielen Aspekte bei der Baufinanzierung Bescheid zu wissen, zahlt sich aus. Kommen Sie deshalb zum DÄV-Treff der Deutschen Ärzteversicherung am 9.7. Treffpunkt ist Augsburg.

Für diesen Abend haben wir namhafte, unabhängige Experten gewonnen, die aus ihrer Praxis aktuelle Fälle besprechen werden.

Anschließend haben Sie ausreichend Gelegenheit, mit Ihren Kollegen und den Experten das Thema aus Ihrer Sicht zu diskutieren.

Und wenn vielleicht auch nicht alle Ihre ganz persönlichen Fragen angesprochen werden können, bekommen Sie doch in kürzester Zeit einen aktuellen, objektiven Überblick.

Damit hätte sich der DÄV-Treff für Sie schon ausgezahlt. Denn mit diesem neuartigen Konzept möchte die Deutsche Ärzteversicherung Ihnen einen neuen, unkonventionellen Informations-Service anbieten. Und so fortsetzen, was mit der DÄV-Infothek begonnen wurde: Ihnen die Gelegenheit geben, sich umfassend und neutral über alle Bereiche im privaten Vorsorgeplan zu informieren.

Denn wir meinen, Sie sollten wirklich wissen, woran Sie sind, bevor Sie weitreichende Entscheidungen treffen. Darum werden noch andere DÄV-Treffs folgen. Jeweils mit einem anderen wichtigen Thema, mit unabhängigen, kompetenten Experten. Wir werden Sie weiter unterrichten.

Deutsche Ärzteversicherung
Eine Colonia-Versicherung

Ihr kompetenter Partner. In allen Fragen finanzieller Sicherheit.

Coupon bitte schnell einsenden (begrenzte Teilnehmerzahl, Bestätigung nach Eingang). Ausschneiden und senden an:
Deutsche Ärzteversicherung, Filialdirektion München, Schwanthalerstr. 69, 8000 München 1.

☐ Ich möchte am DÄV-Treff in Augsburg teilnehmen und melde mich hiermit an.

☐ Ich kann an diesem DÄV-Treff nicht teilnehmen, bitte oder um aktuelle Informationen zum Thema Baufinanzierung – Vorteile, Kosten.

Name:

Unterschrift:

Kongreßkalender

De die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, emptehlen wir, euf jeden Fall vor dem Besuch einer Tegung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Juli 1980

6.–9. **München:** 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie. – Auskunft: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.

6.–11. **London:** 1. Weltkongreß für Fertilität. – Auskunft: M. Kendall, Int. Statisticel Inst., 35-37 Grosvenor Gardens, London SW 1.

6.–13. **Leipzig:** 22. Internationaler Kongreß für Psychologie. – Auskunft: Dr. J. Rückert, Am Kuplergreben 7, DDR-108 Berlin.

7.–10. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strehlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

7.–11. **Brüssel:** 2. Internationaler Kongreß für Toxikologie. – Auskunft: Ms. Shenni, Keness Belgium S. A., Rue de L'Industrie 17, B-1040 Brüssel.

13.–19. **Budepest:** XXVIII. Internationaler Kongreß lür Physiologische Wissenscheften. – Auskunft: XXVIII. Inter. Congr. of Physiologicel Sciences, Motesz, Congress Bureau, P. O. B. 32, H-1361 Budapest.

14.–17. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strehlenschutz in der Therapie mit Röntgenstrehlen, Gemma-Bestrahlungsanlagen und beim Umgang mit umschlossenen redioektiven Stoften. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strehlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstreße 1, 8042 Neuherberg.

14.–18. **Grünweld:** Welterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes .– Auskunft: Dr. H. Pebst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.

14.–18. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz in der Therepie mit Röntgenstrehlen, Gemma-Bestrahlungsanlagen und beim Umgang mit umschlossenen redioektiven Stoften und bei Therapie mit Beschleunigern. – Auskunft: Kurssekreteriet des Instituts für Strehlenschutz der GSF, Ingolstädter Lendstraße 1, 8042 Neuherberg.

14. 7.–8. 8. **Bertin:** Arbeitsmedizinischer Einführungslehrgang in den betriebsärztlichen Dienst. – Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstreße 84, 1000 Berlin 19.

18. **Fürth:** Fortbildungsverenstaltung „Oberbauchbeschwerden – Diagnostik und Therapie". – Auskunft: Dr. J. Mertens, Brendenburger Streße 11, 8510 Fürth.

17.–19. **London:** 5. Internationele Tegung über Erkrenkungen der Leber. – Auskunft: Prolessor Dame Sheile Sherlock, Royel Free Hospital, Pond Street, London NW3 2QG.

17.–19. **München:** 57. Tegung der Vereinigung der Beyerischen Chirurgen e. V. – Auskunft: Professor Dr. F. Stelzner, Sigmund-Freud-Streße 25, 5300 Bonn-Venusberg.

21.–26. **Peris:** 4. Internetioneler Kongreß für Immunologie. – Auskunft: IUIS-Congres Services, 1, Rue Jules Lefevre, F-75 009 Paris.

21. 7.–2. 8. Davos: X. Internetioneler Seminerkongreß für prektische Medizin, verensteltet von der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekemmer. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekemmer, Postfech 41 02 20, 5000 Köln 41.

25.–27. **Tübingen:** 2. Arbeitstagung „Dopplersonographie der hirnversorgenden Arterien". – Auskunft: Dr. H. Ch. Diener, Neurologische Universitäts-Klinik, Liebermeisterstraße 18-20, 7400 Tübingen.

26.–31. **London:** 4. Internationeles Symposion der Internationelen Forschungsgruppe über Entdeckung und Verhütung des Krebses. – Auskunft: Dr. G. Bennette, Royal Soc. of Medicine, Wimpole Street, London W 1.

27.–31. **Konstenz:** 13. Symposion des Internationelen Kollegiums für Allergologie. – Auskunft: Dr. P. Dukor, Collegium Int. Allergologicum – CIA, Cibe-Geigy Ltd., CH-4002 Basel.

28. 7.–8. 8. **Montreux:** 7. Internationaler Seminar-Kongreß für ärztliche Fortbildung. – Auskunft: Deutsche Gesellschalt zur Förderung der Medizinischen Diegnostik e. V., Jehnstraße 32, 7000 Stuttgert 70.

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

Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung".

Leserbriefe stetten keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreis monatlich DM 5,– einschließlich Postzeitungsgebühr und 6½ % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52 - 802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt"). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 77 - 1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke.

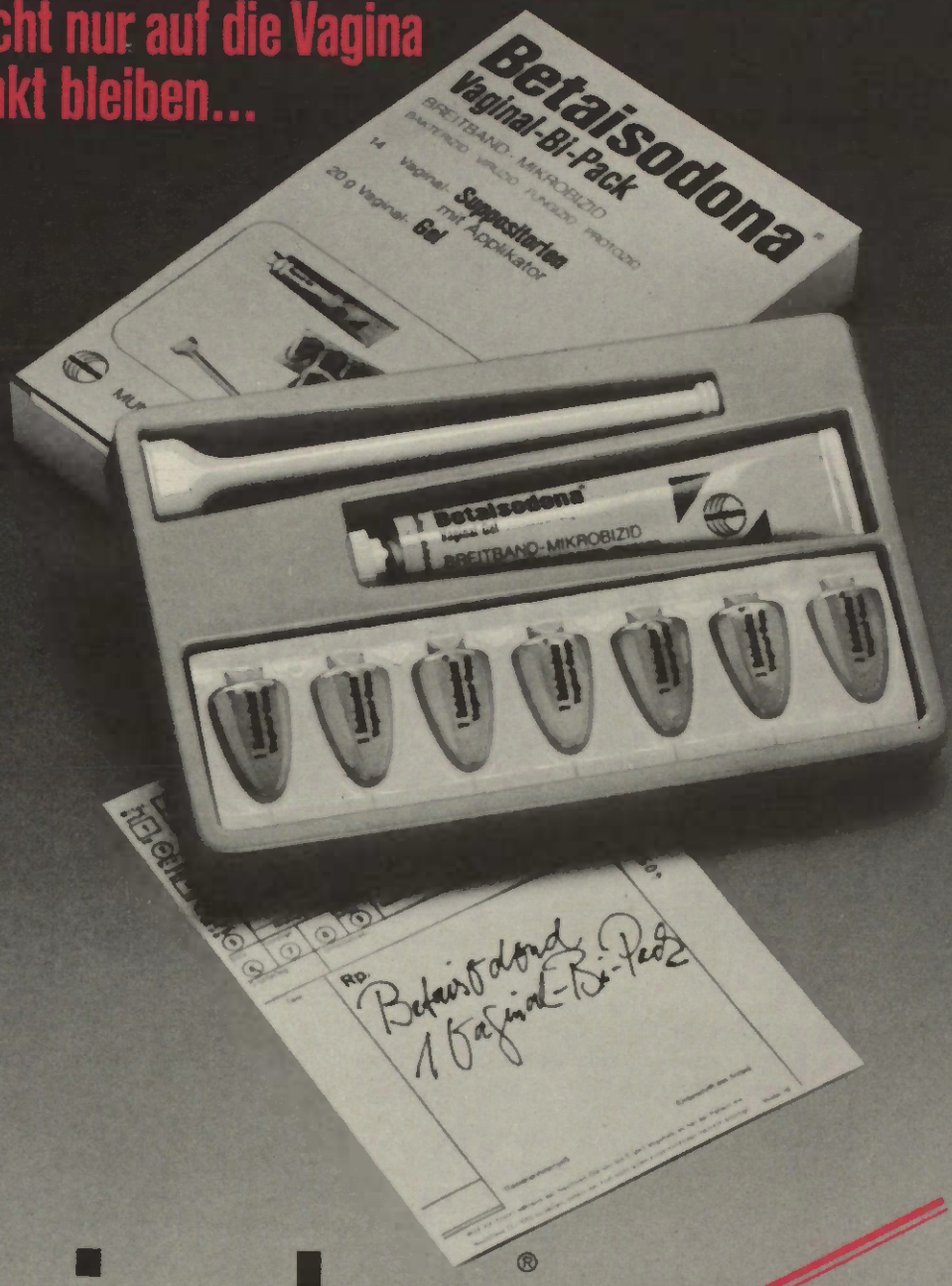
Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., Augsburger Straße 9, 8060 Dachau.

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

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

ISSN 0005-7126

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-Pack**
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

Das

Kreiskrankenhaus Eschenbach i. d. Opf.

Grundkrankenhaus mit zur Zeit 151 Betten, den drei Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, sucht zum baldmöglichsten Zeitpunkt einen

Oberarzt

für die Innere Abteilung

(78 Betten), der möglichst Arzt für Innere Medizin sein sollte oder kurz vor der Arztanerkennung steht.

Der Chefarzt ist für 4 Jahre zur Weiterbildung ermächtigt. Die Assistentenstellen sind besetzt. Das Labor, Endoskopie und die Röntgendiagnostik besitzen jeweils modernste Ausstattung. Erfahrungen in der Endoskopie (Gastroskopie, Laparoskopie, Koloskopie) sowie in der Röntgendiagnostik werden erwartet.

Die Vergütung erfolgt nach BAT und den im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen sowie Rufbereitschaftsdienstvergütung und Chefarztzuwendung.

Die Stadt Eschanbach i. d. Opf. liegt in einer landschaftlich schönen Gegend mit hohem Freizeitwert, besitzt ein Gymnasium, Wirtschafts-, Berufs- und Grundschule und hat verkehrsgünstige Verbindungen nach Nürnberg, Bayreuth und Weiden i. d. Opf. Bei der Beschaffung einer Wohnung ist das Landratsamt behilflich.

Bewerbungen werden erbeten an das
Landratsamt 8482 Neustadt a. d. Waldnaab
oder an
Herrn Chefarzt OMD Dr. Nebe, Kreiskrankenhaus, 8481 Eschenbach i. d. Opf., Telefon (0 96 45) 5 41.

Der Landkreis Dingolfing-Landau a. d. Isar

sucht ab 1. 1. 1981 eine(n)

deutsche(n) Arzt (Ärztin) für Geburtshilfe und Gynäkologie

Der (die) Bewerber(in) soll als

Oberarzt (-ärztin)

in der Geburtshilflich/Gynäkologischen Abteilung (leitender Arzt Dr. med. Bernd Probach) tätig sein.

Das Kreiskrankenhaus Landau a. d. Isar (Inbetriebnahme 10. 2. 1979) ist ein Haus der Grundversorgung mit den Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Geburtshilfe/Gynäkologie, Anästhesie und zwei Belegabteilungen (Augen, HNO), sowie einer interdisziplinären Intensivabteilung mit insgesamt 209 Planbetten.

Die Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung verfügt über 36 Planbetten (1-1-1, 1-1-2 beantragt), sowie eine große Ambulanz, modarne Geburtshilfe, sowohl perinatologisch wie psychosomatisch, Peridural- und Caudalanästhesie, umfangreiche operative Möglichkeiten (abd., vag., Pelviskopie, Mammachirurgie, Gyn. Urologie).

Die Vergütung erfolgt tarifgemäß nach BAT, sowie den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen und Chefarztzulagen.

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, mit verkehrsgünstigen Verbindungen nach München und Salzburg. Alle weiterführenden Schulen und Einrichtungen für Freizeit und Daseinsvorsorge sind vorhanden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend erbeten an die

Verwaltung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar Beyerweidring 17, 8380 Landau a. d. Isar.

Die Fachklinik Heselbach bei Straubing

— Fachkrankenhaus für suchtkranke Frauen — zur Zeit 34 Betten — Erweiterung ist geplant, sucht zum baldmöglichsten Eintritt für die Leitung der Klinik eine(n)

Arzt (Ärztin) für Psychiatrie

der/die Interesse an der Arbeit mit Suchtkranken hat. Das übrige Therapiepersonal ist vorhanden. Als Leiter kommen vorwiegend Bewerber in Frage, die über Erfahrungen im Suchtbereich verfügen.

Wir bieten Vergütung nach AVR (ähnlich BAT/VKA), zuzüglich den üblichen Leistungen nach Vereinbarung.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf, Ausbildungs- und Befähigungsnachweisen sind zu richten an den Caritasverband für die Diözese Regensburg e. V., Von-der-Tann-Straße 7, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 5 30 16.

Die

Landesversicherungsanstalt Oberbayern — Körperschaft des öffentlichen Rechts —

sucht für ihre ärztliche Abteilung einen

Internisten

Aufgabenbereich:

Durchführung von Untersuchungen zur Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie für Heilmeßnahmen im Untersuchungszentrum München-Neuperlach

Voraussetzungen:

Gute medizinische Weiterbildung. Kenntnisse auf sozialmedizinischem Gebiet sind erwünscht.

Vergütung:

Bezahlung nach BAT i b/l e bzw. bei Übernehme in des Beamtenverhältnis Bes.-Gr. A 14 (Medizinaloberrat).

Ausübung einer Privatpraxis als Nebentätigkeit ist möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die

Landesversicherungsanstalt Oberbayern Ärztlicher Dienst
z. H. Herrn ärztl. Abt.-Direktor Dr. Deckstein, Thomas-Dehler-Straße 3, 8000 München 83, Telefon (0 89) 67 81 21 33

Der Landkreis Schwandorf sucht für das Kreiskrankenhaus Burglengenfeld zum 1. 1. 1981

1 Oberarzt (-ärztin) für Chirurgie

gleichzeitig Chefarztvertreter

Das Krankenhaus ist als Grundversorgungskrankenhaus der Versorgungsstufe I im Bedarfsplan des Landes Bayern zur dauerndan Förderung ausgewiesen. Neben der Chirurgischen Abteilung (68 Betten) ist eine Interne Abteilung (63 Betten), eine Geburtshilflich-gynäkologische Belegabteilung (26 Betten), eine HNO-Belegabteilung (8 Betten) und eine Intensivabteilung (5 Betten) vorhandan. Neben der tariflichen Vergütung und einer beitragsfreien zusätzlichen Altersversorgung wird eine hohe Bereitschaftsdienstvergütung geboten. Umzugskosten werden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen erstattet. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis Schwandorf behilflich.

Burglengenfeld (ca. 12 000 Einwohner) liegt im herrlichen Naabtal, und bietet viele Sport- und Erholungsmöglichkeiten (Skilaufen im nahe gelegenen Bayerischen Wald). Am Ort befinden sich eine staatliche Realschule und ein staatliches Gymnasium. Die Universitätsstadt Regensburg liegt ca. 20 km südlich von Burglengenfeld.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermines erbeten an die Personalverwaltung des Landratsamtes Schwandorf, Wackersdorfer Straße 80, 8460 Schwandorf. Bewerber können sich auch mit dem Leiter der Chirurgischen Abteilung, Herrn Chefarzt Dr. Bleckmann, Kreiskrankenhaus, 8412 Burglengenfeld, Dr.-Sauerbruch-Straße 1, Telefon (0 94 71) 63 63, in Verbindung setzen.

Die Stadt Nürnberg sucht

für die Tbc-Beratungs- und Fürsorgestelle des Städt. Gesundheitsamtes einen

Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde

oder

Internisten

Die Einstellung erfolgt zunächst im Angestelltenverhältnis mit Bezahlung nach dem Bundesangestelltentarifvertrag. Die Übernahme in das Beamtenverhältnis als Medizinalobarrat der BGr. A 14 ist nach Vorliegen der Voraussetzungen möglich. Nebentätigkeit im üblichen Rahmen wird genehmigt.

Die städtischen Mitarbeiter erhalten neben den monatlichen Bezügen ein 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld, vermögenswirksame Beträge, Beihilfen im Krankheitsfall, eventuell Darlehen zur Wohnraumbeschaffung und eine zusätzliche Altersversorgung. Umzugskostenvergütung und Trennungsgeld werden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gewährt.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen baldmöglichst an

Stadt Nürnberg, Personalamt
Postfach, 8500 Nürnberg 1

Benötigen Sie vorab noch weitere Informationen, erreichen Sie uns unter Telefon (09 11) 18 - 28 06.

Für diese Tätigkeit sind Damen und Herren als Bewerber erwünscht.

Kreiskrankenhaus Mallersdorf/Niederbayern

Der Landkreis Straubing-Bogen sucht für das 1975 völlig neu erbaute Grundkrankenhaus mit 5 Hauptabteilungen (Chirurgie, Innere, Gynäkologie/Geburtshilfe, Urologie und Anästhesie) zum nächstmöglichen Termin oder in den nächsten Monaten einen (eine)

Assistenzarzt (-ärztin)

für die Chirurgische Abteilung

Die Chirurgische Abteilung mit 70 Betten bietet vielseitige Operationsmöglichkeit in Allgemein- und Unfallchirurgie, einschließlich TEP. Zulassung als D-Arzt und zum Variatzungsverfahren, sowie die Weiterbildungsermächtigung für 4 Jahre liegen vor.

Die Stelle ist wegen dee großen Operationsgutes sowohl geeignet zur chirurgischen Weiterbildung als auch zur Ausbildung zum Allgemeinarzt, da in der Ambulanz mitgearbeitet werden kann. Tarifgemäße Vergütung wird geboten, Zuzahlung vom Chefarzt, sowie gute Wohnmöglichkeiten, auch Beschaffung von preisgünstigen Wohnmietshäusern.

Stallanplan: Chefarzt, Oberarzt, 5 Assistentan.

Oas Krankenhaus liegt verkehrsgünstig, 100 km von München und 30 km von Regensburg entfernt.

Schriftliche Bewarbungen mit den Unterlagen an den **Landkreis Straubing-Bogen oder Chefarzt Dr. H. Picki. Telefon im Krankenhaus (0 87 72) 7 11, privat nach 21.00 Uhr (0 87 72) 3 41.**

Kreiskrankenhaus Sulzbach-Rosenberg/Oberpfalz (200 Betten)

In dar Chirurgischen Abtallung (Chefarzt Dr. Vonhof) ist die Stalla

1 Assistenzarztes

ab sofort zu besetzen.

Wir suchen einen jungen Kollegen, der eine intensiva und breitbasige Weiterbildung anstrebt. Der Chefarzt ist zur Weiterbildung für 3 Jahre ermächtigt. Die Stelle ist auch gut geeignat für einan angehanden Arzt für Allgamainmedizin. Die Abteilung (80 Batten) ist nach modernstan Gesichtspunkten eingarichtet.

Sehr umfangreiches Operationagut mit Schwerpunkt in der Bauch-, Kropf- und Unfallchirurgie. Zulassung zum Schwerverletzten-Verfahren.

Anästhasieabteilung mit Intensivstation vorhanden.

Oie Vergütung erfolgt nach BAT II zuzüglich Bereitschaftsdienstzulage (Stufe C) und Poolbeteiligung.

Sulzbach-Rosanberg, ca. 19 000 Einwohner, liegt in landschaftlich schönar und noch lebenswarter Umgabung im Dreieck Nürnberg/Ragensburg/Bayreuth. Alle Schulen vorhanden.

Bawerbungan mit den üblichen Unterlegen (Labenslauf, Lichtbild, beglaubigte Zeugnisabschriften) erbeten an das

Personalamt des Landkreises Amberg-Sulzbach, Postfach 211, 8450 Amberg.

In der **Neurochirurgischen Abteilung im Bezirkskrankenhaus Günzburg – Abteilung Neurochirurgie der Universität Ulm** – sind wegen Übernahme einer Chefarztposition des bisherigen Stelleninhabers zu besetzen:

1 Neurochirurg
1 Assistenzarzt

Die modern eingerichtete Abteilung verfügt über drei Op's, eigene Intensivabteilung, Kinderabteilung, Neuroanästhesie, Neuroradiologie einschließlich zwei Computertomographen (Schädel- und Ganzkörper), Isotopenabteilung, EEG und EMG, großer Ambulanz mit Schmerzambulanz sowie Tieroperation für wissenschaftliche Arbeiten. Etwa 1800 Operationen jährlich einschließlich Stereotaxie. 15 Arztstellen.

Die Assistenzarztstelle ist auch für (angehenden) Chirurgen, Unfallchirurgen, Naurologen und Orthopäden zur Weiterbildung geeignet. Der leitende Arzt besitzt die Weiterbildungsermächtigung. Vergütung nach BAT, Bereitschaftsdienstvergütung und Überstundenvergütung, Nebeneinnahmen durch den leitenden Arzt.

Bewerbungen erbeten an

Professor Dr. Klaus Schmidt, Neurochirurgische Klinik am Bezirkskrankenhaus Günzburg, 8870 Günzburg.

Landkreis Amberg-Sulzbach
– Kreiskrenkenheus Sulzbach-Rosenberg –

sucht baldmöglichst für die Gynäkologie/Oeburtshilfe (Chefarzt Dr. M. Kurz)

1 Assistenzarzt (-ärztin)

Die Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung ist modern eingerichtet und verfügt über 45 Betten und 20 Säuglingsbetten (mit Rooming-in-System). Jährliche Geburtenzahl ca. 400. Moderne Perinatologie (CTG-Ultraschall-MBU-Peridurelanästhesie). Sehr hohe Operationsfrequenz (ca. 1500 Eingriffe). Bevorzugt werden vaginale Operationsverfahren. Diagnostische und therapeutische Pelviskopie, Mammachirurgie, Mammographie, Sterilitätsdiagnostik.

Stellenplan: 1 / 1 / 2

Der Chefarzt ist 3 Jahre zur Weiterbildung ermächtigt.

Wir bieten:

Vergütung nach BAT; Bereitschaftsdienstvergütung Stufe C, Poolbeteiligung.

Sulzbach-Rosenberg mit ca. 19000 Einwohnern liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung in der Oberpfalz. Autobahnentfernung nach Nürnberg 50 km.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das

Personalamt des Landkreises Amberg-Sulzbach, Schloßgraben 3, 8450 Amberg.

Fernmündliche Anfragen unter Telefon (0 96 61) 40 71.

Beim Kreiskrankenhaus Neumarkt i. d. Opf. ist baldmöglichst die Stelle eines

Chefarztes der Chirurgischen Abteilung

zu besetzen.

Das neu erstellte Kreiskrankenhaus Neumarkt verfügt über insgesamt 460 Betten mit zur Zeit vier Fachabteilungen (Chirurgie, Innere Abteilung, Gynäkologie und Geburtshilfe und Anästhesie) und vier Belegabteilungen (Augen, HNO, Urologie, Kinder).

Es ist beabsichtigt, die Chirurgische Abteilung mit insgesamt 180 Betten zu teilen und zwar soll eine Chirurgische Abteilung für Allgemeinchirurgie und eine Chirurgische Abteilung für Unfallchirurgie gebildet werden.

Vergütung und Arbeitsbedingungen werden durch Vertrag geregelt. Die Bewerber sollen eine langjährige und umfassende Erfahrung auf dem Gebiet der allgemeinen Chirurgie, der Bauchchirurgie, der Gefäßchirurgie sowie der Unfallchirurgie mitbringen und zur Facharztweiterbildung berechtigt sein.

Das Kreiskrankenhaus Neumarkt i. d. Opf. ist vor sechs Jahren in Betrieb genommen worden und ist mit den modernsten technischen und med. technischen Geräten ausgestattet.

Neumarkt i. d. Opf. (30000 Einwohner) liegt verkehrsgünstig in reizvoller Juralandschaft an der Strecke Nürnberg–Regensburg, 36 km von Nürnberg entfernt und hat Autobahnanschluß. Die Stadt besitzt alle weiterführenden Schulen. Für die Freizeitgestaltung sind verschiedene Einrichtungen vorhanden, wie Freibad, Hallenbad, Tennisplätze, Reitbahn, Skilifte usw.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Zeugnisabschriften usw.) werden bis spätestens 30. 6. 1980 erbeten an den Landrat des Landkreises, Landratsamt 8430 Neumarkt i. d. Opf., Nürnberger Straße 1 a.

LANDKREIS Nürnberger Land

Der **Landkreis Nürnberger Land** sucht für sein **Kreiskrenkenhaus in Lauf a. d. Pegnitz**

Assistenzarzt (-ärztin) für die innere Abteilung.

Der ärztliche Leiter der Abteilung ist zur Weiterbildung für 3 Jahre ermächtigt.
Die Abteilung verfügt über 80 Betten und über moderne diagnostische Möglichkeiten.
Der Landkreis bietet: tarifliche Höchstvergütung, geregelte Arbeitszeit, Bereitschaftsdienstvergütung und alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.
Bewerbungen werden erbeten an **Ärztlichen Direktor, Chefarzt Dr. med. Leniger, Kreiskrankenheus Lauf d. d. Pegnitz oder an das Landratsamt Nürnberger Land – Personalverwaltung – 8560 Lauf a. d. Pegnitz.**

Das Fachkrankenhaus für alkoholkranke Männer (40 Betten) Nähe Kempten/Oberallgäu, welches auf freiwilliger Basis sechsmonatige AE-Behandlungen durchführt, sucht ab sofort

1 leitenden Arzt/Ärztin

erwünscht ist ein Internist oder Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie

1 Assistenzarzt/-ärztin

mit interner Weiterbildung. Für angehende Allgemeinärzte besteht die Möglichkeit der Weiterbildung bis zu 18 Monate und Fortbildung in psychologischer Gesprächsführung.

Wir bieten neben tarifgemäßer Bezahlung Vergütung für Rufbereitschaft, bezahlten Fortbildungsurlaub, Altersversorgung, Umzugskostenerstattung. Eine familiengerechte Neubauwohnung wird im Oktober 1980 bezugsfertig.

Interessenten mit bewußt christlicher Grundhaltung wollen sich wenden an:

Diakonissen Mutterhaus „Hensoltshöhe", 8820 Gunzenhausen, Telefon (0 98 31) 40 71.

Stimulans der körpereigenen Abwehrsysteme

Esberitox®

Steigerung der zellulären und humoralen Abwehr

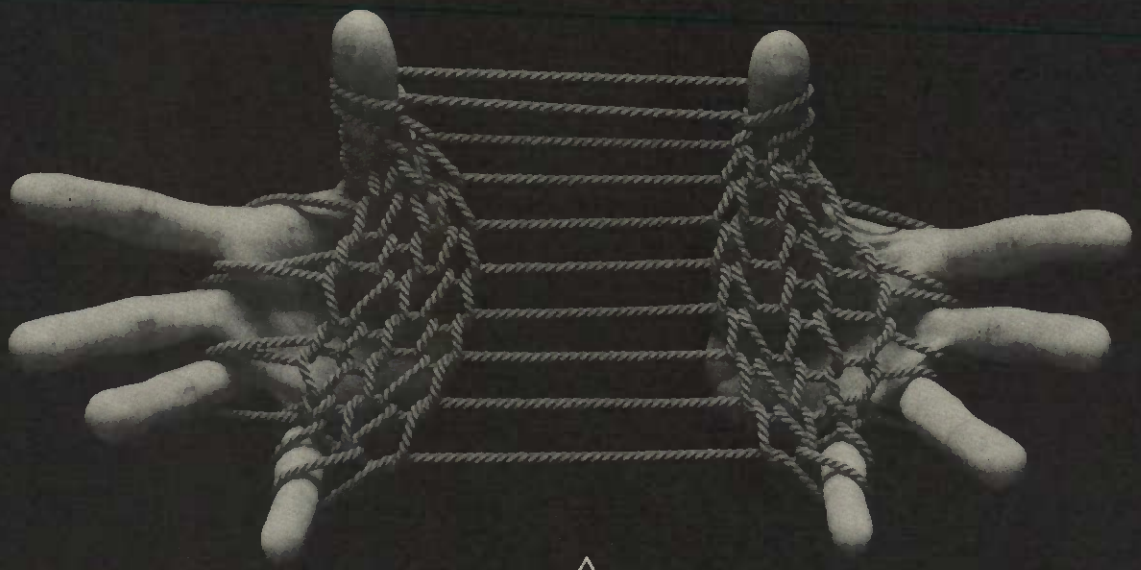
Indikationen Esberitox® dient zur Prophylaxe bzw. Therapie akuter und chronischer Infektionskrankheiten bakterieller oder virusbedingter Art, wie banale Infekte und Virusgrippe; Bronchitiden, Pneumonien, Anginen, Laryngitiden, Otitiden, Adnexitis, Parametritis, Cystopyelitis, Rheumatische Erkrankungen; Eingriffe in der Zahnheilkunde. Chronische und allergische Dermatosen, Akne, Verrucae vulgares und juveniles. 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. eng. 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, Leches. 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 perlinguel 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 trifft vorwiegend bei i. v. Applikation ein; diese empfiehlt sich daher insbesondere bei chronischen Erkrankungen, die eine stärkere Reizwirkung erfordern. Rektal: Säuglingen 1–2 Zäpfchen, Kindern eb 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

Neue
Monosubstanz

Biarison®

optimiert
die
Rheumatherapie



SANDOZ

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.)
– extraartikulare 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