



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptome: Sehstörungen

Der Notfall: Akute traumatisch bedingte Sehverschlechterung

bearbeitet von Dr. med. A. Högel und Dr. med. K. Heckenhahn

Symptomatik:

1. Schmerzen, Lichtscheu, Tränenträufeln, Schwellung der Lider, rotes Auge
2. Geringe Sehverschlechterung bis Erblindung innerhalb von Sekunden oder Minuten
3. Gesichtsfeldausfälle

Anamnese:

Verletzungen jeglicher Art im Kopfbereich, besonders im Augenbereich. Auch bei Fernwirkung (Bauch, Thorax, z. B. Fettembolie) möglich. Bei Bagatelltraumen Anamnese oft leer

Sofortdiagnostik:

Bei hellem Licht Inspektion des Auges mit Prüfung der Motilität. Pupillenreaktion und des Gesichtsfeldes (bei Fixation der Nasenspitze des Untersuchers langsames Heranführen eines Fingers von peripher nach zentral zu)

Visus

Bei Lidkrampf oder starken Schmerzen Lokalanästhetika als Tropfen, z. B. *Novesine*, *Chibro-Kerakain*, eventuell Öffnen der Lidspalte mittels Desmarres-Halter

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Bei Verätzungen Spülen mit Wasser (Kopf unter den Wasserhahn). Cave: Kalk- und Gaspistolenverletzungen sind ätzend. Bei Perforationen: Steriler Verband ohne Druck (keine Salbe ins Auge)

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

Jede Augenverletzung muß bei einem augenärztlichen Kollegen bzw. in einer Augen-Klinik abgeklärt werden („Kleine Ursache, große Wirkung“, z.B. gedeckte Perforation mit späterer Verrostung des Auges durch intraokularen Eisensplitter)

Mit Vorabinformation der betreffenden Stelle: Perforetion, „Blut im Auge“ (außer Bindehaut-Blutung)

Sterker Visusverlust, Gesichtsfeldausfälle

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

Je nach Schwere der Verletzung RÖ: Schädel in zwei Ebenen, Orbita in zwei Ebenen, insbesondere bei jedem Perforetions- und Frakturverdacht (dabei stets trische RÖ-Folien nehmen, da die Fremdkörper häufig sehr klein sind und eventuell mit Folienteilern verwechselt werden können). Bei Verdacht auf Optikusschäden RÖ-Aufnahme nach Rhese

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

1. Subtarsaler Fremdkörper: Häufigste Lokalisation unter dem Oberlid (Doppel-Ektropionieren)
2. Hornhaut-Fremdkörper: Schwarzer Punkt auf der Hornhaut, rotes Auge. Makroskopisch häufig keine Verletzung sichtbar
3. Hornhaut weiß: Nach Verätzung, Prellung (ceve: Fotoelektrische Verletzungen haben eine Latenz von vier bis acht Stunden)
4. Vorderkammer: Blut oder weißliche Massen (Zellen bzw. Fibrin – wenn etwas älter –)
5. Iris/Pupille: Abgeflacht oder eutgehoben, dringender Verdacht auf Perforetion bzw. wenn Auge breiweich, Pupille weit, entrundet, ohne Lichtreaktion, Riß (monokulare Doppelbilder möglich)
6. Linse: Subluxiert bzw. total luxiert, monokulare Doppelbilder möglich, Iris schlottert, weiß: Prellungsverletzung
7. Glaskörper: Rotlicht, schwarze Schlieren: Blutung
8. Netzhaut: Blutungen, weiße Herde, Löcher, Felten. Ceve: Blick in die Sonne, ötter Mekulaödem und sogar Makulaloch
9. Aderhaut: Massive Blutung, Riß
10. Retrobulbäre Blutung: Motilität herabgesetzt, eventuell schmerzhaft eingeschränkt. Protrusio bulbi, Druck erhöht
11. Optikus: Optikusprellung, Scheidenhämatom, bei Abriß sofortige Erblindung
12. Zerebrale Verletzung jeglicher Art
13. Frakturen im Schädel- bzw. Orbitabereich: RÖ (bei Pfählungsverletzungen häufig zerebrale Schäden)
14. Doppelbilder: Hinweis auf
 - e) zerebral-nervele Störung (eventuell akute Schielstellung)
 - b) muskuläre Störung
 - c) frakturbedingt mit Muskel- bzw. Nerveneinklemmung (blow-out-Fraktur)
15. Schädelbasisbruch: Brillenhämatom, Protrusio bulbi



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Jul 1980

Zur Kenntnis genommen:

Die „Zehn Gebote“, welche einst Moses den Menschen vom Berge Sinai mitbrachte, sind – völlig unabhängig von Religionen, Rassen oder Staatsformen – das Grundgesetz für ein Zusammenleben der Menschen schlechthin. Daß gegen sie über die Jahrtausende hinweg immer wieder verstoßen wurde, daß sie bis hin zum Messenmord an Völkern, Volksstämmen oder gesellschaftlichen Gruppen mißachtet wurden und werden, ändert nichts an der Erkenntnis, daß diese Zehn Gebote irgendwie im Bewußtsein – oder doch zumindest im Unterbewußtsein – der Menschen Leitlinie ihres Verhaltens geblieben sind. Die Schöpfung – oder wie immer Sie es nennen wollen – hat den Menschen mit hohen geistigen Kapazitäten ausgestattet und ihm die Gabe des Sprechens – wenn auch in sehr vielfältigen Sprachen – geschenkt. Es ist beklemmend, erleben zu müssen, wie oft diese geistigen Gaben der Vernichtung der Menschen durch ihresgleichen dienstbar gemacht worden sind. Es wird manchmal davon gesprochen, daß wir seit dem Ende des sogenannten zweiten Weltkrieges das Glück einer besonders langen Friedenszeit genießen dürfen. Das trifft für Europa im großen und ganzen zu, wenn man die Augen vor den grausamen Morden verschließt, die fast alltäglich aus angeblichen politischen, ja selbst aus vorgetäuschten religiösen Motiven begangen werden. Nordirland, Italien oder Spanien könnte man stellvertretend nennen. In der übrigen Welt gibt es nur wenige Inseln des Friedens, aber ganze Kontinente, in denen der Krieg permanent ist und unzählige Opfer fordert, vom menschlichen Elend ganz abgesehen, das ganze Völker heimsucht.

Bei uns reden die Politiker tagtäglich von ihren Bestrebungen, den Frieden zu erhalten und zu sichern. Die „Gemeinsamkeit“ der Friedensliebe in beiden Machtblöcken, welche sich in unserer Welt von heute gegenüberstehen, wird geradezu wie ein sanftes Beruhigungsmittel auf uns kleine Erdenbürger herabgeträufelt. Hüten wir uns davor, nicht beruhigungsmittelsüchtig zu werden. Milliarden werden auf beiden Seiten ausgegeben für die Rüstung. Armeen mit modernsten Waffen stehen sich gegenüber, die Trägerraketen mit Atomsprengeköpfen sind abschießbereit, um Kontinente in Wüsten zu verwandeln und Hekatomben von Menschen zu vernichten. Freilich – jeder von uns sagt sich, das dürfte doch nicht sein. Menschliche Vernunft müßte es verhindern. Moses und sein Gebot „Du sollst nicht töten“ vermochten es bisher nicht. Auch die Zukunft verspricht keinen Wandel. Es gibt dafür jedenfalls keine Anzeichen.

Was können wir Ärzte tun? Die Welt ändern? Mit Sicherheit nicht. Uns bleibt – sei es im Einzelfall oder in der Katastrophe – nur die Aufgabe, zu helfen. Ich möchte hinzufügen: So gut wir können. Ob uns bei der „großen Katastrophe“, die nur dem Wehnsinn einiger Menschen entspringen könnte, dazu noch eine Chance bleibt, kann niemand voraussagen. Aber Überlebende wird es immer geben. Sie sind es, die der Hilfe der mit ihnen überlebenden Ärzte bedürfen.

Zögernd, vielleicht allzu zögernd, versuchen wir, unseren Kollegen die „Katastrophenmedizin“ in der Fortbildung nahe zu bringen. Es kommt einem manchmal ein bißchen wie ein Sandkastenspiel vor. Von der großen Katastrophe spricht eigentlich niemand gerne. Wir sollten aber nicht zögern, uns mit diesen Fragen zu beschäftigen, gewissermaßen „klein“ anfangen. Schließlich ist ja der Begriff „Katastrophe“ sehr weit gespannt. Wir müssen uns auf alle Fälle vorbereiten, die des besonderen Einsetzes und besonderer Maßnahmen der Ärzte bedürfen.

Solange es um Einzelmenschen geht, etwa die Opfer unserer (jetzt wieder bevorstehenden) Schlicht auf den Autobahnen und Landstraßen, müssen möglichst viele von uns lernen, mit Monitor, Herzmassage, Beatmung, Intubation, Blutstillung, Schockbekämpfung vertraut zu sein. Am anderen Ende der Skala stünde allerdings das Leben ohne Wasserleitung, elektrischen Strom, moderne Medizin und ohne Dach über dem Kopf.

Es liegt aber nicht nur an unserer Fortbildung, die wir intensivieren müssen. Der Staat müßte endlich bereit sein, mit uns gemeinsam darüber zu reden, was gemacht werden könnte und wie man sich vorbereitet. Bei allem Verständnis für „geheime Verschlussachen“: Es kann nicht genügen, daß staatliche Stellen bis zu den Landräten Pläne haben (oder auch nicht). Wir Ärzte fordern keineswegs, vorsorgliche Überlegungen „auf dem Marktplatz“ anzustellen. Aber wenn es um den Kampf gegen Not oder gar Elend unserer Menschen geht, dann kann der Staat nicht auf die verantwortliche Mitarbeit der Sprecher der Ärzte verzichten. Seit 1969 haben allein fünf Deutsche Ärztetage gefordert, für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Katastrophenfall zu sorgen und ein Gesundheitssicherstellungs-Gesetz zu verabschieden. Es wäre höchste Zeit, daß etwas geschieht.

Professor Dr. Sewering

Zur Problematik und Diagnostik des Harnwegsinfektes *

von Ch. Vorburger

Die Einführung der Objektträger-eintauchnährböden (Tauchkultur) hat die quantitative Urinbakteriologie stark vereinfacht und sie hat deshalb auf breiter Basis Einzug in Klinik und Praxis gefunden. Wie dies oft mit Vereinfachungen in der Medizin geschieht, geraten die Limitierungen der Aussagekraft einer vereinfachten Methode in Vergessenheit; vor allem in der Klinik wird der Laboratoriumsbefund „signifikante Bakteriurie“ (mehr als 10^5 Keime pro ml Mittelstrehlurin) der Diagnose „Harnwegsinfekt“ gleichgesetzt und ungestüm eine antiinfektiöse Chemotherapie eingeleitet, da wir nach Kass Harnwegsinfekte in ursächlichen Zusammenhang mit atrophisierender chronischer Pyelonephritis und Niereninsuffizienz bringen. Zweck dieser Ausführungen ist es, einerseits, quasi als Vorspann, auf die fehlende Beziehung zwischen Harnwegsinfekt bzw. rezidivierender Harnwegsinfekte und chronischer nicht-obstruktiver Pyelonephritis hinzuweisen, andererseits die Bedeutung einer signifikanten Bakteriurie kritisch zu durchleuchten.

In den Fünfzigerjahren hielt man die chronische, nicht-obstruktive Pyelonephritis (= CNOP) für eine häufige Ursache einer terminalen Niereninsuffizienz. Da im Laufe einer CNOP gelegentlich akute Pyelonephritisschübe auftreten können und im Intervall asymptomatische signifikante Bakteriurien festgestellt werden konnten, glaubte man an eine primär infektiöse Genese der CNOP. Kass und seine Anhänger nahmen an, daß eine asymptomatische Bakteriurie ein Menetekel der oft oligosymptomatisch bis ins Stadium der Urämie verlaufenden CNOP sein könnte. Unter seiner Aegide erscholl der Ruf nach Massenuntersuchungen auf Bakterlurien und nach energiereicher

antiinfektiöser Chemotherapie. Diese Ansichten sind heute kaum mehr vertretbar. Zwar ist die Ursache der CNOP noch immer unklar. Freedman glaubt, daß primär vaskuläre Veränderungen im Nierenmark eine Rolle spielen. Tatsache ist aber auf jeden Fall, daß mit verbesserter histopathologischer Technik die Häufigkeit der CNOP stetig abnimmt. Nach dem Register der Europäischen Dialyse- und Transplantationsgesellschaft ist die Pyelonephritis lediglich in 21,1 Prozent der dialysierten oder transplantierten Patienten verantwortlich für die terminale Niereninsuffizienz (Tab.).

Inzidenz der primären Nephropathie bei dialysierten bzw. transplantierten Erwachsenen

Glomerulonephritis	55,7 %
Pyelonephritis	21,2 %
Zystennieren	7,5 %
Vesikuläre Nephropathie	4,4 %
Analgetika-Nephropathie	2,9 %
Andere Ursachen	8,3 %

Tabelle
(EDTA 1972)

Daß kein Zusammenhang zwischen Harnwegsinfekten und chronisch atrophisierender Pyelonephritis besteht, zeigen auch die folgenden numerischen Daten: Man rechnet mit jährlich 50 Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz pro eine Million Einwohner. Gemäß der Tabelle wäre bei 21,2 Prozent, also ungefähr bei 10 von 50 Patienten, mit terminaler Niereninsuffizienz eine chronische Pyelonephritis die Ursache der terminalen Niereninsuffizienz, was eine Inzidenz der chronisch atrophisierenden Pyelonephritis von 0,001 Prozent ergibt. Die Harnwegsinfektinzidenz liegt bei 100 000 pro einer Million Einwohner, also bei zehn Prozent. Der Vergleich der beiden Inzidenzzahlen würde ergeben, daß jeder 10 000. Patient mit Harnwegsinfekten mit einem Ausgang in terminaler Niereninsuffizienz rechnen müßte.

Außerdem gibt es eine Reihe von Langzeitstudien (bis zu zwölf Jahren), die eindeutig zeigen, daß asymptomatische Bakteriurien oder interkurrente, wiederholte Harnwegsinfekte, ja sogar einzelne ekute Pyelonephritisepisoden, weder zur Nierenatrophie noch zu einer Nierenfunktionsverschlechterung, gemessen am Verlauf der Serum-Harnstoff- oder Serum-Kreatinin-Konzentration, führen. Abbildung 1 stellt schematisch die heute gültige Auffassung dar. Ein erstmaliger, ausgeheilter Harnwegsinfekt bedeutet für den Träger kein Risiko für eine atrophisierende, chronische Pyelonephritis. Dasselbe gilt auch für wiederholte Harnwegsinfekte unter der Voraussetzung, daß keine Urinstase obstruktiver oder nicht-obstruktiver Natur vorliegt. Liegt eine Urinstase vor, erhalten Harnwegsinfekte eine gravierende Bedeutung; die Prognose wird im wesentlichen davon abhängen, ob es gelingt, die Urinstase zu beseitigen. Vollständigkeitshalber muß erwähnt werden, daß diese Darstellung nur für Erwachsene gilt. Bei Kindern, insbesondere im Vorschulalter, haben Harnwegsinfekte eine wesentlich ernstere Bedeutung. Aus Abbildung 1 geht ferner hervor, daß wiederholte Harnwegsinfekte eine Abklärung auf das Vorliegen einer obstruktiven oder nicht-obstruktiven Urinstase unbedingt notwendig machen. In die Risikogruppe gehören auch Patienten mit Zirkulationsstörungen im Nierenmarkbereich (Diabetes mellitus, Analgetikamißbrauch, Gicht, Nephrokalzinose und Nephrosklerose). Hier schafft die vorbestehende Krankheit erst die Voraussetzung dafür, daß wiederholte Infektionen zu einer detrimentalen atrophisierenden Nephropathie mit Niereninsuffizienz führen können.

Die preisgünstige Herstellung von Objektträger-eintauchnährböden (Teuchkulturen) und ihre recht einfache Interpretation hat die quantitative Urinbakteriologie in der Klinik und in der Praxis erleichtert. Die Grundlagen sind von Kass erarbeitet worden. Spontan gelöste Urinproben sind oft kontaminiert mit komensalen und fäkalen Keimen aus der äußeren Genitalregion, vor allem bei der Frau. Nach Kass kann man durch Auszählung der Urinkelme zwischen *signifikanter Bakteriurie* (über 10^5 Keime pro ml Urin) und *Kontamination* (weniger als 10^4 Keime pro ml Urin) unterscheiden. Anstelle von spontan gelösten Urinproben müssen so ge-

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

Die Referate dieser Veranstaltung werden im Band 51 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)

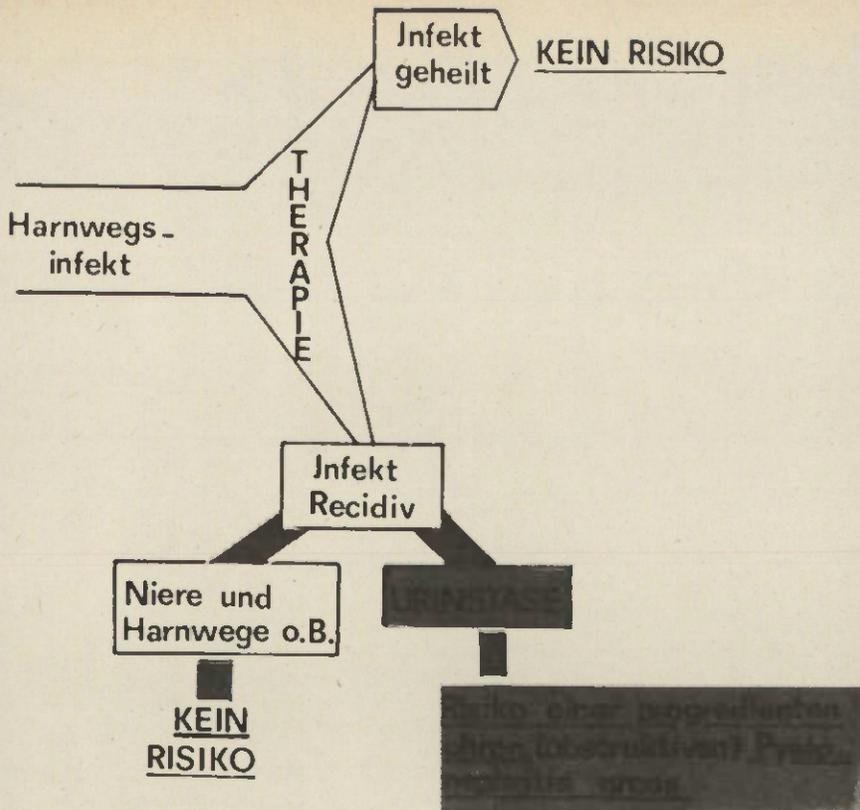


Abbildung 1 zeigt eine schematische Darstellung der Bedeutung eines Harnwegsinfektes bei Erwachsenen. Nur beim Vorliegen einer obstruktiven bzw. nicht-obstruktiven Urinstase besteht das Risiko für eine Entwicklung in Richtung atrophisierender chronischer Pyelonephritis und Niereninsuffizienz. In diese Risikogruppe gehören ebenfalls Patienten mit Diabetes mellitus, Analgetikaabusus, Gicht, Nephrokalzinosis und Nephrosklerose

nannte Mittelstrahlurinproben untersucht werden. Da Katheterurin oder Blasenpunktionsurin keimfrei sind, ist der Nachweis einer signifikanten Bakteriurie ein pathologischer, allerdings vorläufig ein pathologischer Laboratoriumsbefund. Bevor man daraus die Diagnose Harnwegsinfekt ableitet, muß man sicher machen, daß man nicht das Opfer der verschiedenen Fehlerquellen geworden ist. Die Fehlerquellen liegen in der Art der Urinprobengewinnung, der Verweildauer der Urinprobe bei Zimmertemperatur bis zur Beschickung der Tauchkultur, der Interpretation des Tauchkulturbefundes und der Zerstörung der Nährböden durch Austrocknung. Die letzten beiden Fehlerquellen sind in der Arbeit von Thiel ausführlich besprochen. Die Art der Urinprobengewinnung ist die häufigste Fehlerquelle. Es ist eine bedauerliche Tatsache, daß trotz sorgfältiger Instruktion des Patienten und instruktiver Zeichnungen in den Toiletten die Mehrzahl der Patienten nicht imstande ist, einen einwandfreien Mittelstrahlurin abzugeben. Wir sind dazu übergegangen,

die Patienten zur Mittelstrahlurin-Probengewinnung durch speziell instruiertes Pflegepersonal begleiten zu lassen, um eine einwandfreie Urinprobengewinnung zu gewährleisten. Seitdem ist die Häufigkeit der (echten) Harnwegsinfekte auf 26 Prozent der früheren Inzidenz zurückgegangen. Augustin und Mitarbeiter haben bei 398 Patienten mit Verdacht auf Harnwegsinfekt eine quantitative Urinbakteriologie aus simultan gewonnenem Blasenpunktat- und Mittelstrahlurinproben durchgeführt.

Eine signifikante Bakteriurie fand sich in 96,5 Prozent der Mittelstrahlurinproben, hingegen nur in 38,2 Prozent der Blasenpunktionsurinproben. Die Mittelstrahlurinprobe ergab also hier in zwei Drittel der Fälle ein falsch-positives Resultat. Die hohe Zahl der artifiziiell signifikanten Bakteriurien (pseudosignifikante Bakteriurie) ist tatsächlich das Problem des Mittelstrahlurins. Daraus die Forderung abzuleiten, alle Urinproben müßten bei der Frau durch Blasenpunktion gewonnen werden, wäre meiner Ansicht nach nicht



Rheuma –
Jetzt auch preiswert behandeln!

Indometacin **50 mg**

Hochdosierung,
individuelle Darreichungsform
durch teilbare Tablette

**Indo-
Tablinen**®

neu
von Sanorania

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 Hamatopoese, Sehstörung, Retina- und Makulaveränderungen.

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



SANORANIA Dr.G.Strohscheer
1 Berlin 28

praxisgerecht. Wir benützen zwar gelegentlich bei rezidivierender signifikanter Bakteriurie und Pyurie im Urinsediment (!) Blasenpunktionsurin bei Frauen unter 40 Jahren. Bei Patientinnen über 40 Jahren geben wir der sorgfältig durchgeführten Katheterurinprobe den Vorzug, da bei älteren Patientinnen wegen einer Blasenptose die Blasenpunktion oft mißlingt. Indessen gibt es aber leicht faßbare Hinweise auf eine artifiziell signifikante Bakteriurie. Ein Hinweis dafür ist eine Mischflora auf der Tauchkultur, die bereits von Auge erkennbar ist. Weitere Hinweise bringt die mikroskopische Untersuchung des Urinsedimentes, falls dieses vaginale Verunreinigungszeichen, Plattenepithelien, filiforme Laktobazillen, Candida oder Trichomonaden enthält. Mit dieser Aussage ist auch bereits klar gemacht, daß zur Sicherung der Diagnose Harnwegsinfekt ein Urinsediment untersucht werden muß. Eine Pyurie im zentrifugierten Urinsediment (mehr als 10 Lc pro Gesichtsfeld bei einer Vergrößerung von 400) zeigt im übrigen bereits in 87 Prozent der Fälle das Bestehen eines Harnwegsinfektes an. Die 13 Prozent falsch-negativen Resultate aus dem Urinsediment, dann aber auch der bekannte Befund der sogenannten sterilen Pyurie bei Steinträgern oder Nierentuberkulose sind der Grund, warum wir für die Diagnose des Harnwegsinfektes nicht nur auf das Urinsediment abstellen, sondern eben auch gleichzeitig eine Tauchkultur für notwendig erachten. Dies nicht zuletzt deshalb, weil bei rezidivierenden oder bei komplizierten Harnwegsinfekten die Tauchkultur Ausgangsmaterial für eine Antibiotika-Resistenzprüfung liefert. Die Forderung, daß zur Sicherung des Harnwegsinfektes die Tauchkultur und die Untersuchung des Urinsedimentes gehört, gibt die Möglichkeit, die Tauglichkeit eines dritten Elementes zur Diagnose Harnwegsinfekt, nämlich die Symptome des Patienten, kritisch zu durchleuchten. Harnwegsinfektsymptome stellen in der Allgemeinpraxis 1,0 bis 1,3 Prozent das Krankengutes dar. Bis vor einigen Jahren wurde in England und wahrscheinlich auch in der Schweiz fast ausschließlich aufgrund der Symptome des Patienten die Diagnose „Harnwegsinfekt“ gestellt. Wie steht es um die Treffsicherheit der Harnwegsinfektsymptome? Maskell und Pollak haben 389 Patienten, die ihnen von Kollegen in der Praxis wegen Verdachts auf Harnwegsinfekt

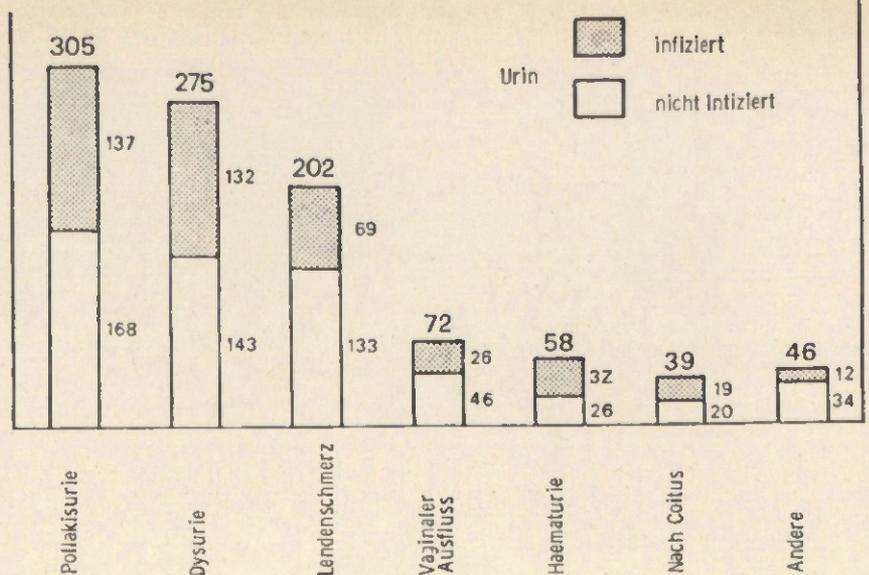


Abbildung 2
Häufigkeit der Symptome von 389 Patienten mit Verdacht auf eine Harnwegsinfektion. Die Höhe des weißen Teils der Säulen entspricht der Häufigkeit nicht-signifikanter Bakteriurien (negativ), die Höhe des punktierten Teils der Häufigkeit signifikanter Bakteriurien (positiv) – Einzelheiten s. Text (aus Maskell und Pollak)

zugewiesen worden sind, untersucht. 305 Patienten klagten über Pollakisurie, aber nur bei 137 davon ließ sich eine signifikante Bakteriurie nachweisen, also 55 Prozent der Exploranden mit Pollakisurie hatten keine Harnwegsinfektion. Das Symptom Dysurie fand sich 275mal, aber eine signifikante Bakteriurie war nur bei 132 Patienten nachweisbar (Abb. 2). Die Treffsicherheit wird etwas besser, wenn Pollakisurie und Dysurie vorhanden sind. Indessen leiden immer noch ungefähr 50 Prozent der Patienten mit dem Pollakisurie-

Dysurie-Syndrom an keinem Harnwegsinfekt und benötigen deshalb auch keine antiinfektiöse Chemotherapie.

Eine weitere Fehlerquelle, die aber vorwiegend in der Klinik und weniger in der Praxis eine Bedeutung hat, ist das Stehenlassen der Urinprobe bei Zimmertemperatur. Thiel hat gezeigt, daß nach eineinhalb Stunden Stehenlassen bei Zimmertemperatur bereits ein Prozent der ursprünglich keimfreien Urinproben sich in artifiziell signifikante Bakteriurien umwandeln,

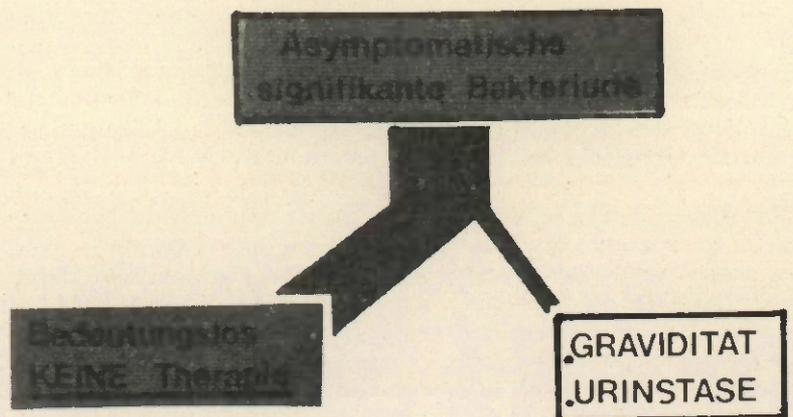


Abbildung 3
Eine asymptomatische Bakteriurie (signifikante Bakteriurie ohne Pyurie und ohne Pollakisurie-Dysurie) stellt einen klinisch bedeutungslosen Laborbefund dar; sie muß nur während der Schwangerschaft oder beim Vorliegen einer Urinstase behandelt werden

H. Kletzko, Pharmareferent

"Wenn's um die
Haut geht,
ist Jellin die
Nr. 2, Nr. 1
ist Ihre
Erfahrung."

Zusammensetzung (1 g bzw. 1 ml): Jellin-Salbe, -Creme: 0,25 mg Fluocinolonecetonid, 4,83 mg Neomycin-Sulfat (entspr. 3,5 mg Neomycin); Jellin s.N-Salbe, s.N-Creme, Lotion, Gel, Scheum, Lösung: 0,25 mg Fluocinolonecetonid; Jellin Gemma: 0,1 mg Fluocinolonecetonid, 4,83 mg Neomycin-Sulfat (entspr. 3,5 mg Neomycin); Jellin Gemma s.N.: 0,1 mg Fluocinolonecetonid; Jellin ultra: 2 mg Fluocinolonecetonid; Jellin polyvalent: 0,25 mg Fluocinolonecetonid, 3,45 mg Neomycin-Sulfat (entspr. 2,5 mg Neomycin), 0,25 mg Gremidicin, 100.000 E. Nystatin; Myco-Jellin Creme: 0,25 mg Fluocinolonecetonid, 50 mg Chlorimidazolhydrochlorid; Myco-Jellin Lösung: 0,25 mg Fluocinolonecetonid, 50,0 mg Chlorimidazolhydrochlorid, 10,0 mg Salicylsäure; Procto-Jellin Salbe: 0,1 mg Fluocinolonecetonid, 2,5 mg Menthol, 50 mg bas. Wismutgelellat, 20,0 mg Lidocainhydrochlorid; Procto-Jellin Zäpfchen: 0,1 mg Fluocinolonecetonid, 5,0 mg Menthol, 100,0 mg bas. Wismutgelellat, 40,0 mg Lidocainhydrochlorid. **Indikationen:** Jellin, s.N., Gemma, ultra: entzündliche, allergische und juckende Dermatosen, Jellin polyvalent: bakteriell und/oder mykotisch (HefePilze) infizierte Dermatosen, Myco-Jellin: mykotisch bedingte oder überlegerte Dermatosen, Procto-Jellin: Hämorrhoiden, Analekzem, Pruritis ani, Proktitis. **Kontraindikationen:** Tuberkulose, luische und virusbedingte Hauterkrankungen, Vakzinationsreaktionen, Anwendung im Auge. Für Jellin-Formen ohne antibakterielle und antimykotische Zusätze: bakteriell bzw. mykotisch infizierte Dermatosen. **Nebenwirkungen:** Lokale Unverträglichkeitserscheinungen bzw. allergische Reaktionen wurden nur selten beobachtet. Von kortikoidhaltigen Dermatika sind u.a. folgende Nebenwirkungen bekannt: Hautatrophie, Striae distensae, Teleangiektasien, Steroid-Akne, Hypertrichosis. Bei langfristiger und großflächiger Behandlung, besonders unter Okklusivverband, ist an die Möglichkeit einer erhöhten perkutanen Resorption des Kortikoids und deren Konsequenz zu denken. **Handelsformen und Preise:** Jellin-Salbe, -Creme, s.N-Salbe, s.N-Creme, Gel, Tube zu 15 g DM 10,75, 50 g DM 27,85; Lotion: Flasche zu 20 ml DM 15,20; Schaum: Sprühdose zu 15 g DM 14,75; Jellin Gemma (s.N.): Tube zu 30 g DM 10,95, 60 g DM 18,95; Jellin ultra: Tube zu 5 g DM 18,61; Jellin polyvalent: Tube zu 15 g DM 14,60, 50 g DM 39,10; Jellin Lösung: Flasche zu 15 ml DM 11,45, 50 ml DM 29,96; Myco-Jellin Creme: Tube zu 15 g DM 11,45, 30 g DM 19,98; Myco-Jellin Lösung: Flasche zu 10 ml DM 9,09, 30 ml DM 22,50; Procto-Jellin Salbe: Tube zu 15 g DM 7,06, 30 g DM 13,32; Procto-Jellin Zäpfchen: Packung zu 10 Stück DM 6,81; Procto-Jellin Kombipackung: Packung zu 10 g Salbe, 10 Zäpfchen und 10 Fingerlinge DM 11,20.

 GRÜNENTHAL

GRÜNENTHAL GMBH 5190 STDLBERG IM RHEINLAND

Stand: März 1980

nach fünf Stunden zwei Prozent und nach acht Stunden fünf Prozent. Diese Fehlerquelle ist leicht durch sofortiges Beschicken der Tauchkultur nach der Gewinnung der Urinprobe zu beseitigen.

Haben wir einen Patienten mit Dysurie, Pollakisurie, einer echt signifikanten Bakteriurie und einer Pyurie vor uns, steht die Diagnose eines Harnwegsinfektes fest und die Indikation für eine entzündliche Chemotherapie ist einwandfrei gegeben. Was ist zu tun, wenn wir bei einem Patienten ohne Harnwegsinfektsymptome und ohne Pyurie im Urinsediment eine echte signifikante Bakteriurie (asymptomatische Bakteriurie) nachweisen? Sie stellt in den allermeisten Fällen einen pathologischen Laboratoriumsbefund ohne klinische Bedeutung dar, der auch keine therapeutischen Konsequenzen hat! Wird dieser Befund bei einer Schwangeren oder bei einem Patienten mit bekannter obstruktiver oder nicht-obstruktiver Urinostase festgestellt, muß eine antiinfektiöse Chemotherapie eingeleitet werden. Bereits Kass, später auch Brumfitt haben zeigen können, daß Schwangere mit einer asymptomatischen Bakteriurie gegenüber gleichaltrigen Schwangeren ohne asymptomatische Bakteriurie ein 30 bis 40 Prozent höheres Risiko für eine akute Pyelonephritis tragen. Aus dem Gesagten geht hervor, daß es sinnlos ist, beschwerdefreie Exploranden auf eine asymptomatische Bakteriurie hin zu untersuchen, daß diese Untersuchung aber im Laufe einer Schwangerschaft und bei Patienten mit einer Urinostase durchgeführt werden müßte (Abb. 3). Es ist zwar unbestritten, daß Patientinnen mit einer asymptomatischen Bakteriurie etwas häufiger Harnwegsinfekte durchmachen als ihre Altersgenossinnen ohne Bakteriurie, aber dieser Umstand ist im Langzeitverlauf bedeutungslos. Bei allen zufällig entdeckten asymptomatischen signifikanten Bakteriurien im Erwachsenenalter darf man also zuwerten und die Patienten anweisen, bei Auftreten von Harnwegsinfektsymptomen zur Kontrolle zu kommen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Ch. Vorburger, Chefarzt der Medizinischen Klinik im Kantonshospital Baden, CH-5404 Baden

Therapie chronisch-entzündlicher Darm-erkrankungen*

von H. Kasper

Aus der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg
(Direktor: Professor Dr. H.-A. Kühn)

Unter den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen im engeren Sinne versteht man die Colitis ulcerosa und die Enteritis regionalis Crohn. Da die Ätiologie beider Krankheiten unbekannt ist, gibt es keine Möglichkeit der kausalen Therapie.

Colitis ulcerosa

Durch groß angelegte Vergleichsstudien konnte der therapeutische Effekt von Salazosulfapyridin (Colopleon®, Azulfidine®) einer Azoverbindung von Sulfapyridin (= SP) mit 5-Aminosalizylsäure (= 5-AS) einer Substanz, die 1941 in die Therapie eingeführt wurde, gesichert werden. Salazosulfapyridin (= SASP) hat sich besonders als Langzeittherapeutikum zur Rezidivprophylaxe bewährt. SASP wird unter dem Einfluß von Darmbakterien in SP und 5-AS gespalten. 80 Prozent der 5-AS werden mit dem Stuhl ausgeschieden, SA hingegen zu etwa zwei Drittel resorbiert. Der Wirkmechanismus von SASP ist noch nicht im Detail bekannt. Neuere Befunde sprechen dafür, daß 5-AS den positiven Effekt bewirkt, während SA nur als Träger-substanz dient.

Nebenwirkungen der SASP-Therapie, die bei etwa 20 Prozent der Patienten in Form von Druckgefühl im Oberbauch, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Methämoglobinbildung, Heinz-Körper-Anämie usw. auftreten können, werden durch SP ausgelöst. Bei Tagesdosen von mehr als 3 bis 4 g SASP steigt die Nebenwirkungsrate. Es wird deshalb empfohlen, anstelle der früher üblichen, hoch dosierten Gabe die

tägliche SASP-Menge auf 2 bis 3 g zu beschränken.

Durch vergleichende Untersuchungen konnte eindeutig belegt werden, daß Corticosteroide die Letalität bei der Colitis ulcerosa verringern. Bei akuter, fulminanter Colitis ulcerosa wird die Behandlung mit 100 mg Prednisolon täglich eingeleitet. Beim akuten Schub der chronischen Colitis ulcerosa beträgt die Initialdosis 50 bis 60 mg täglich. Je nach Rückgang der Symptomatik wird die Corticosteroid-Dosis reduziert. — Im Doppelblindversuch konnte der positive Effekt rektal applizierter Corticosteroide bei der Proktitis und der Proktosigmoiditis belegt werden.

Ob Immunsuppressiva, insbesondere Azathioprin, einen positiven therapeutischen Effekt bei der Colitis ulcerosa haben, konnte bisher durch vergleichende Studien nie exakt belegt werden. In einer Reihe unkontrollierter Untersuchungen und von Einzelbeobachtungen wurde dann, wenn sich Corticosteroide und SASP als wirkungslos erwiesen, ein positiver Effekt unter Azathioprin beobachtet. Nicht eindeutig belegt ist ebenfalls der Effekt des Dinatriumsalzes der Cromoglycinsäure.

In zunehmendem Maße wird über positive Behandlungsergebnisse mit vollresorbierbaren, ballastfreien Formeldiäten (Elementardiät, Astronautenkost) berichtet. Unter ausschließlicher Ernährung mit einer solchen Formeldiät während drei bis sechs Wochen kommt es auch dann, wenn die übliche medikamentöse Therapie versagt, häufig zu einer Rückbildung der Symptomatik. Entsprechend positive Ergebnisse können mit einer ausschließlichen parenteralen Ernährung erzielt werden. Die Ergebnisse groß angelegter vergleichender Studien zur Sicherung der ausschließlichen diäteti-

*) Vortrag erlänlich der 19. Bayerischen Internistentagung in München

Die Referate dieser Veranstaltung werden in 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 Spätherbst 1980)

schen Behandlung mit Elementardiät bzw. parenteraler Ernährung stehen noch aus.

Jeder Kranke mit Colitis ulcerosa sollte dem Psychosomatiker vorgestellt und falls sich Therapieansätze ergeben, einer *psychosomatischen Behandlung* zugeführt werden.

Die Colitis ulcerosa wird, im Gegensatz zum Morbus Crohn des Kolons, durch totale *Proktokolektomie* geheilt. Absolute und relative Indikationen sind: Schwere, nicht oder nur unzureichend auf die konservative Therapie ansprechende Verlaufsformen einschließlich der toxischen Kolondilatation, erhebliche Wachstums- und Entwicklungsstörungen im Kindesalter, das etwa ab dem zehnten Krankheitsjahr zunehmende Karzinomrisiko, starke Blutungen, Kolonperforationen und die bei der Colitis ulcerosa seltenen Strikturen.

Enteritis regionalis (Morbus Crohn)

Beim Morbus Crohn wird im wesentlichen mit den gleichen Substanzen wie bei der Colitis ulcerosa therapiert. Hier beruht die medikamentöse Therapie in noch höherem Maße auf Ergebnissen unkontrollierter Studien als bei der Colitis ulcerosa. Nach Befunden der amerikanischen National Cooperative Crohn's Disease Study, einer randomisierten prospektiven Doppelblind-Multicenter-Therapiestudie, hat SASP beim aktiven Morbus Crohn des Kolons und Prednisolon beim aktiven Morbus Crohn des Dünndarms einen signifikant positiven Effekt gegenüber Placebo. SASP wirkt demnach nicht in der aktiven Phase des Dünndarm-

Crohns. Wichtig für die Beurteilung der Therapieergebnisse bei der Enteritis regionalis ist die Tatsache, daß 34 Prozent der Kranken unter Placebo in die Remission kamen!

Zur Frage der Langzeitbehandlung (Rezidivprophylaxe) ergab die genannte Studie, daß Patienten, die unter Prednisolon in die Remission kamen, unter Fortführung der Prednisolonbehandlung länger rezidivfrei blieben als solche, die unter Placebo bzw. SASP symptomfrei wurden und Placebo bzw. SASP als Monotherapie beibehielten. Hinsichtlich der Rezidivprophylaxe bestand kein signifikanter Unterschied zwischen Placebo und SASP.

Ähnlich wie bei der Colitis ulcerosa sind die Ergebnisse vergleichender Therapiestudien mit *Azathioprin* auch bei der Enteritis regionalis widersprüchlich. Nach neueren Befunden darf angenommen werden, daß chronisch aktive Verlaufsformen, die sich weder mit SASP noch mit Prednisolon beeinflussen lassen, in einem hohen Maße positiv auf *Azathioprin* ansprechen. Es scheint somit gerechtfertigt bei den Kranken, die auf die übliche medikamentöse Therapie nicht ansprechen, eine immunsuppressive Therapie mit *Azathioprin* einzuleiten.

Negativ verlaufen sind kontrollierte Studien mit *Levamisol* und mit *Dinatriumcromoglykat*. — Offen ist die Frage, inwieweit *Antibiotika* bzw. *Metronidazol* den Verlauf des Morbus Crohn positiv beeinflussen. Ausgehend von der Vorstellung, daß die bakterielle Besiedlung erkrankter Darmabschnitte mit am Zustandekommen der klinischen Symptomatik beteiligt ist, wurden Behandlungsversuche, insbesondere mit

Metronidazol, aber auch mit Breitbandantibiotika durchgeführt, die zum Teil positive Ergebnisse zeigten. Jedoch fehlen auch hier Ergebnisse groß angelegter vergleichender Therapiestudien.

Nicht eindeutig belegt ist ebenfalls der therapeutische Effekt einer ausschließlichen Ernährung mit *Elementardiät* bzw. einer ausschließlichen *parenteralen Ernährung*. Auch hier existieren eine Vielzahl positiver Einzelbeobachtungen, so daß im allgemeinen am therapeutischen Effekt dieser beiden diätetischen Behandlungsverfahren nicht gezweifelt wird. Insbesondere bei Kindern mit einer durch Morbus Crohn bedingten Wachstumsverzögerung konnte sowohl mit Elementardiät als auch einer konsequenten parenteralen Ernährung eine eindeutige Besserung des klinischen Bildes und eine Normalisierung des Körperwachstums erzielt werden.

Wegen der beim Morbus Crohn hohen postoperativen Rezidivrate, die mit zunehmendem zeitlichen Abstand von der Resektion 50 bis 80 Prozent betragen kann, sollte vor einer *Resektion erkrankter Darmabschnitte* sämtliche konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein. Indikationen für eine Resektion sind der Ileus, erhebliche Beeinträchtigungen des Allgemeinzustandes, ausgedehnte Fistelbildungen, ein erheblicher mit Hypoproteinämie einhergehender intestinaler Eiweißverlust und die seltenen Perforationen und massiven Blutungen.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. H. Kasper, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg

Glomeruläre
Nephropathien,
chronisch
renale
Hypertonie,
Entzündungen
und Spasmen
der Harnwege.

SOLIDAGO® › Dr. Klein ‹

die Kapillarpermeabilität normalisieren, die Kapillarresistenz erhöhen.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. fl. aus Herb. Solidag. virg. 50 g (stand. auf 1 mg Quercitrin pro ml), -Potentill. anserin. 17 g, -Equiset. arv. 12 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.

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

Handelsnormen und Preise incl. MWSt.: Tropfen: Flasche mit 20 ml DM 6,50; 50 ml DM 12,98; 100 ml DM 22,—.

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



Therapie der chronischen Pyelonephritis*

von A. E. Lison

Aus der Medizinischen Poliklinik der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
(Direktor: Professor Dr. med. H. Losse)

— Professor Dr. med. Heinz Losse zum 60. Geburtstag gewidmet —

Die chronische Pyelonephritis ist Folge einer bakteriellen Entzündung im pyelo-renalen Grenzgebiet. Ohne die Existenz sogenannter prädisponierender Faktoren konnte die Diagnose der chronischen Pyelonephritis bisher nicht glaubhaft gemacht werden. Als prädisponierende Faktoren gelten Harnwegsobstruktionen unterschiedlicher Ursache, der sogenannte vesico-ureterorenale Reflux, Schwangerschaft, Analgetikaabusus, Diabetes mellitus, Gicht, chronische Hypokaliämie und chronische Hyperkalzämie. Sie werden als prädisponierende Faktoren bezeichnet, da sie dem Beginn einer bakteriellen Nephritis Vorschub leisten und den Übergang in die chronische Entzündung unterhalten können.

Vor Beginn einer möglichen Therapie muß das Ziel aller diagnostischen Bemühungen sein, die Tatsache einer bakteriellen Infektion und die Beteiligung des oberen Harntraktes bzw. des Nierenparenchyms an der Entzündung zu sichern.

Wenn die Existenz einer chronischen Pyelonephritis bewiesen ist, müssen im Rahmen der Therapie grundsätzlich zwei Ziele verfolgt werden:

— Beseitigung der prädisponierenden Faktoren

— Beseitigung der bakteriellen Infektionen

Grundsätzlich gilt, daß jeder behandlungsfähige prädisponierende Faktor beseitigt sein muß, falls überhaupt Aussicht auf einen dauerhaften Erfolg einer antibakteriellen

Therapie bestehen soll. Realistischerweise muß man jedoch schon an dieser Stelle aufkommende Zuversicht dämpfen, da selbst diese häufigen mechanischen Faktoren nur höchst selten erfolgreich und dauerhaft zu beheben sind. Sollten solche therapeutischen Maßnahmen, z. B. die Entfernung von Konkrementen oder postrenalen Abflußhindernissen, doch einmal gelingen, erschweren in aller Regel lokale Veränderungen im Operationsgebiet die Stabilisierung des Behandlungseffektes.

Wer muß behandelt werden?

Eigentlich gibt es nur für zwei Krankheitsgruppen eindeutige Therapieempfehlungen, die heute als allgemein anerkannt gelten dürfen. Das gilt einmal für die antibiotische Behandlung aller symptomatischen Infektionen, bei denen die Begrenzung der Entzündung und die schnellere subjektive Beschwerdefreiheit die Grundlage dieser Empfehlung sind. Das heißt aber auch, daß alle symptomlosen (d. h. zufällig oder im Rahmen der routinemäßigen Überwachung nachgewiesenen bakteriellen Besiedlungen der Harnwege) nicht therapiert werden. Außerdem gibt es allgemein keinen Zweifel, daß jede symptomlose bakterielle Infektion in der Schwangerschaft konsequent behandelt werden muß, da über 40 Prozent dieser Frauen ohne eine entsprechende Therapie später in der Schwangerschaft symptomatische Infektionen entwickeln.

Die symptomlose Infektion bei nichtschwangeren Menschen stellt nach Untersuchungen der letzten zehn Jahre keine Indikation zur Behandlung mit Antibiotika mehr dar. Selbst bei Kranken mit einer unspezifisch geschwächten Abwehrlage (alte Menschen, Tumorkranke) kann durch die Behandlung symptomloser bakterieller Infekte keine eindeutige Verbesserung im Behandlungsergebnis er-

zielt werden. Man kann daher heute nicht mehr guten Gewissens dazu raten, die symptomlose Infektion der Harnwege einer antibakteriellen Therapie zuzuführen.

Wie muß man behandeln?

Bei einer symptomatischen Infektion sollte unmittelbar nach der Fixation des bakteriologischen Status — mit Hilfe eines Eintauchnährbodens — mit der Behandlung begonnen werden. Für die Behandlung stehen drei große Gruppen von Medikamenten zur Verfügung. Das sind einmal die mit einer hohen Plasma- und hohen Harnkonzentration, die mit einer niedrigen Plasma-, aber hohen Harnkonzentration und schließlich die mit hoher Plasma- und niedriger Harnkonzentration, wobei die letzteren in aller Regel für die Behandlung bakterieller Infekte im Bereich der Nieren und ableitenden Harnwege wenig geeignet sind. Zu der ersten Gruppe, also die mit hohem Serum- und hohem Harnspiegel, sind die Ampicilline und die Cephalosporine zu zählen. Zur zweiten Gruppe gehören Nalidixinsäure, Nitrofurantoin und die Kombinationspräparate Trimethoprim-Sulfamethoxazol.

Nach unserer Erfahrung sind bei unkomplizierten bakteriellen Infektionen die Medikamente der Gruppe 1 oder 2 problemlos gegeneinander austauschbar. Wir empfehlen, das Medikament einzusetzen, mit dem man persönlich die größte Erfahrung hat und dessen Wirkung und Nebenwirkungen am sichersten überschaubar sind. In unserer Hand haben sich hier besonders die Ampicilline (z. B. Binotal, Amblosin) und Nitrofurantoin (z. B. Furadantin) sowie Trimethoprim-Sulfamethoxazol (Bactrim, Eusaprim) bewährt.

Der Einsatz von Aminoglykosiden (Refobacin), die ebenfalls zur Gruppe der Medikamente mit hohem Plasma- und hohem Harnspiegel zu zählen sind, sollte der komplizierten Infektion und nach Möglichkeit der stationären Betreuung vorbehalten bleiben.

Das in unserer Hand bewährte Therapieschema sieht wie folgt aus:

Allgemeinmaßnahmen

Der Kranke mit einem symptomatischen Schub der chronischen Pyelonephritis sollte angewiesen werden,

*) Vortrag anlässlich des 30. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer in Nürnberg

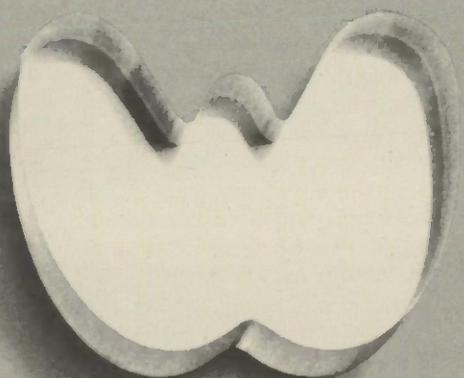
Die Referate dieser Veranstaltung werden im Band 51 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über ihre Bezirksstelle der KVB erhalten (voraussichtlich im Herbst 1980)

Novothyral[®]

bevorzugt

bei blander

Struma



Reine Schilddrüsenhormone Novothyral[®] · Novothyral[®] mite

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Levothyroxin-Natrium, T₄) und 20 µg L-Trijodthyronin (= Liothyronin-Natrium, T₃).
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 thyreo-statischer Behandlung der Hyperthyreose. **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykardie Herzinsuffizienz. Die angegebenen Gegenanzeigen sind im Kindesalter mit Ausnahme der Myokarditis nicht relevant. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechsel-steigernden 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 Antikoagularzien kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßige Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Novothyral-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substituiertherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindensuffizienz zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Novothyral in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermindert wird. Novothyral sollte deshalb 4–5 Stunden vor der Colestyramin-Applikation eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Novothyral-Therapie sollte Diphanylhydantoin 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
MERCCK



MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

gleichmäßig über 24 Stunden verteilt eine große Flüssigkeitsmenge mit dem Ziel aufzunehmen, einen gleichmäßigen Harnstrom zu erreichen, damit die körpereigenen Abwehrmechanismen gegen eine bakterielle Infektion aktiv unterstützt werden. Gleichzeitig muß er angewiesen werden, daß die verordneten Medikamente in einem gleichmäßigen Intervall eingenommen werden müssen. Schließlich ist die wichtigste Allgemeinmaßnahme die Beratung des Kranken darüber, die letzte Einzeldosis vor Beginn der Nachtruhe nach Entleerung der Harnblase einzunehmen, damit sichergestellt ist, daß während des Schlafes eine hohe antibakteriell wirksame Konzentration im Gewebe und im Harntrakt erzielt wird.

Zusätzlich zu den allgemeinen Empfehlungen an den Kranken sollte man eine *gezielte antibakterielle Therapie* durchführen. Wir empfehlen hier, mit hohen Dosen von z. B. Ampicillin zu beginnen (also z. B. 3 g Binotal oder Amblosin/die), da man mit dieser Dosierung im Krankengut des niedergelassenen Arztes bei 80 bis 90 Prozent der Keime einen vollen therapeutischen Erfolg erzielt. Im Krankengut einer urologischen oder nephrologischen Klinik besteht dagegen nur eine 50prozentige Wahrscheinlichkeit, mit diesem Antibiotikum einen ausreichenden therapeutischen Erfolg zu erreichen. Hier sollte man die Erregeridentifikation und die Bestimmung des Resistenzverhaltens nach Möglichkeit abwarten.

In jedem Falle empfehlen wir, drei Tage nach Behandlungsbeginn mit einem Eintauchnährboden den Therapieerfolg zu kontrollieren. Findet sich in dieser Phase eine erhebliche Keimreduktion oder gar ein steriler Urin, kann man die Behandlung weiterführen, anderenfalls sollte man — dem zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Resistogramm entsprechend — die antibakterielle Therapie umstellen. Die Überwachung des Therapieerfolges kann man geeigneten Kranken auch selbst durchführen lassen, in dem man sie in den Gebrauch des Nährbodenträgers einweist.

Stellt sich kein ausreichender Therapieerfolg ein, empfehlen wir weitergehende diagnostische Maßnahmen und eine kritische Neubewertung von Diagnose und Indikation.

Im Regelfalle sollte die Behandlung nicht weniger, aber auch nicht länger als zehn Tage dauern, da der positive Effekt solcher Maßnahmen nicht ausreichend belegt werden kann. Eine abschließende bakteriologische Urinuntersuchung empfehlen wir zehn Tage nach Therapieende durchzuführen, um dann gegebenenfalls weitere therapeutische Maßnahmen zu veranlassen. Kommt es kurzfristig nach der ersten Behandlung zu einem neuen Infekt, sollte das erste Behandlungsschema nach Möglichkeit mit höherer Dosierung oder auf das dann vorliegende Resistogramm bezogen wiederholt werden. Sollten häufige symptomatische Rezidive auftreten, die auch mit Hilfe der bisher empfohlenen Maßnahmen und nach entsprechender kritischer diagnostischer Untersuchung des Kranken nicht unterbunden werden können, empfiehlt es sich, abends, vor Beginn der Nachtruhe, eine Einzeldosis einer antibakteriell wirksamen Substanz zu verabreichen. Wir selbst haben gute Erfahrungen mit niedrig dosiertem Nitrofurantoin (Furadantin) oder z. B. mit einer halben Tablette Trimehoprim-Sulfamethoxazol (Bactrim) gemacht. Es steht jedoch außer Zweifel, daß die Indikation zu einer solchen Langzeittherapie extrem selten gestellt werden muß.

Nach mehreren, dem bisher vorgestellten Schema folgenden vergeblichen Therapieversuchen sollte eine stationäre Aufnahme zur hochdosierten parenteralen Therapie in Erwägung gezogen werden, da in diesem Falle angenommen werden muß, daß mit Hilfe der oralen Therapie der Entzündungsherd nicht ausreichend erreicht werden konnte, da die antibakteriell wirksame Substanz offensichtlich überwiegend von gesunden und nicht von kranken Nephronen ausgeschieden wird.

Sollte mit all diesen Maßnahmen eine symptomlose unbeeinflussbare Bakteriurie fortbestehen, beenden wir die antibakterielle Chemotherapie und beschränken uns auf regelmäßige Überwachungsuntersuchungen. Auch in diesen Fällen werden heute nur noch symptomatische Rezidive therapiert.

Was kann Ursache für Therapieversager sein?

Neben der Wahl des falschen Antibiotikums kommt am häufigsten die zu gering gewählte Dosis vor. Damit

schadet man jedoch — in sicher gut gemeinter Absicht — unnötig den betroffenen Kranken. Allerdings sind sicherlich genauso oft auch die Kranken geneigt, von sich aus die Dosis zu vermindern oder die Medikamente nicht ausreichend lange einzunehmen.

Ein weiterer Grund für ein Versagen der antibakteriellen Therapie ist das bereits angesprochene Phänomen, daß bei niedriger Dosis das Antibiotikum überwiegend durch gesunde Nephronen ausgeschieden wird und in den infizierten Arealen kaum wirksam werden kann. Diesem nur scheinbaren Therapieversagen kann man jedoch durch eine ausreichend hohe Dosis an antibakterieller Wirksubstanz entgegenwirken.

Außerdem können Antibiotika, die den Stoffwechsel der Zellmembran der Bakterien beeinträchtigen (z. B. Penicilline) und dadurch die Bakterien abtöten, Ursache für die Entstehung sogenannter „L-Formen“ sein, die im hypertonen Nierenmark entstehen und dort die Zerstörung ihrer Zellmembran überleben können. Diesem Phänomen kann man dadurch vorbeugen, daß man durch eine Erhöhung der Trinkmenge auf 1,5 bis 2 Liter, über 24 Stunden gleichmäßig verteilt, den osmotischen Druck im Nierenmark herabsetzt und damit die Basis für den Untergang der Bakterien durch eine osmotische Explosion schafft.

Zusammenfassung

Das Ziel der therapeutischen Bemühungen bei der Behandlung der chronischen Pyelonephritis muß sein, prädisponierende Faktoren zu beseitigen. Anschließend ist es empfehlenswert, alle symptomatischen Infektionen bei Nichtschwangeren und alle symptomlosen Infektionen in der Schwangerschaft antibakteriell zu behandeln. Alle anderen symptomlosen Infektionen sollten lediglich einer fortlaufenden Beobachtung unterzogen werden. Sie sollten keinesfalls Anlaß sein, sich möglicherweise gar zu einer Langzeittherapie zu entschließen, da der positive Effekt einer solchen Behandlung für den Kranken nicht belegt werden konnte.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. A. E. Lison, Westring 3, 4400 Münster

Herzrhythmusstörungen bei Gesunden *

von A. Dietz

Rhythmusstörungen sind neben Veränderungen der Kammerendschwankung die häufigsten EKG-Anomalien. Auch in medizinischen Fachdisziplinen, die vorrangig der Erforschung und Beurteilung der menschlichen Leistung unter den verschiedenen Lebens- und Umweltbedingungen dienen, also in der Arbeits-, Sport-, Leistungs-, Verkehrs-, Flugmedizin wirft ihr Auftreten nicht selten Probleme auf. Dabei sind vor allem drei Fragen zu beantworten:

1. Können diese Arrhythmien *hämodynamische* Folgen, also vor allem zerebrale Minderdurchblutung oder Herzinsuffizienz, haben?
2. Sind die Rhythmusstörungen *Symptome* einer *kardialen* oder *extrakardialen* Erkrankung?
3. Müssen diese Rhythmusstörungen als *Vorläufer* einer später sich manifestierenden Herzerkrankung aufgefaßt werden?

Rhythmusstörungen, wie sie unter 1. genannt werden, kommen normalerweise mit noch zu nennenden Ausnahmen beim Gesunden nicht vor. Die zweite Frage ist schwieriger zu beantworten: Es gibt keine krankheitsspezifischen Rhythmusstörungen, außerdem kann eine schwere Herzkrankheit ohne Arrhythmien ablaufen. Was den dritten Punkt betrifft, so sind in den letzten Jahren eine Reihe von Langzeitstudien abgeschlossen worden, die zur Klärung dieser Frage beitragen.

In den letzten beiden Jahrzehnten haben die Möglichkeit der telemetrischen Übertragung und der direkten Speicherung der Herzstromkurve mittels tragbarer und stationärer Magnetbandrecorder, die Belastungselektrokardiographie und die Verwendung intrakardialer EKG-Ableitungen unser Wissen über Vorkommen und Bedeutung von Rhythmusstörungen bei Herzgesunden wesentlich erweitert. Dabei hat sich herausgestellt, daß die aus der kli-

nischen Empirie stammenden Beurteilungskriterien in vielen Punkten revisionsbedürftig sind.

Häufigkeit von Herzrhythmusstörungen

In großen, nicht selektierten Populationen sind Rhythmusstörungen im Routine-EKG relativ selten. Die Zahlen schwanken in den verschiedenen Studien zwischen zwei und acht Prozent. Langzeitspeicher-EKG-Untersuchungen bei einem entsprechenden Personenkreis zeigen dagegen ganz andere Prozentsätze, nämlich eine Arrhythmiehäufigkeit von zum Teil über 90 Prozent.

Extrasystolie

Die häufigste Rhythmusstörung bei asymptomatischen Personen ist die *Sinusarrhythmie* und *-bradykardie*, der keinerlei Bedeutung zukommt. Zweithäufigste Arrhythmie ist die *Extrasystolie*, die wir in über zwei Prozent des fliegenden Personals der Deutschen Luftwaffe im Routine-EKG sahen, Averill fand sie in über ein Prozent in der US-Air-Force, Blackburn in fünf Prozent einer männlichen Population. In Langzeit-EKG-Studien sind die Zahlen wesentlich höher, nämlich 33 bis 76 Prozent für die supraventrikulären, 29 bis 62,2 Prozent für die ventrikulären und noch immer 8 bis 33,2 Prozent für polytope ventrikuläre Extrasystolen. Grundsätzlich ist zu sagen, daß alle Ursprungsorte von Extrasystolen auch bei Herzgesunden gefunden werden. Die Tatsache des gleichzeitigen Vorkommens mehrerer Herde ist weniger von Bedeutung als deren häufige Aktivität. Das entspricht nicht den Erfahrungen der Klinik, die polytope ventrikulären und auch supraventrikulären Extrasystolen eine ernste Bedeutung zumessen.

Wir fanden bei Gesunden nicht selten ein gemeinsames Auftreten von supraventrikulären und ventrikulären Extrasystolen, von polytopen ventrikulären und supraventrikulären

Extrasystolen, die allerdings dann nur vereinzelt bei Langzeitbeobachtung erfaßt wurden.

Die Bedeutung von polytopen und polymorphen Extrasystolen bei asymptomatischen Personen liegt wahrscheinlich weniger in der Tatsache ihres Vorkommens als in der Häufigkeit ihres Auftretens.

Bei dem von uns beobachteten Personenkreis traten Extrasystolen von verschiedenen Ursprungsarten oder von wechselnder Konfiguration kaum in einem Zeitpunkt auf, den die Schreibung eines Routine-EKGs erforderte, sondern sie wurden sehr selten, nur bei Langzeit-EKG-Schreibung gefunden.

Auf die Möglichkeit, daß mehrere ektope Herde bei Herzgesunden vorkommen können, weist auch das relativ häufige gleichzeitige Vorkommen von supraventrikulären und ventrikulären Extrasystolen beim gleichen Individuum hin.

Auffallend war bei unseren Untersuchungen, daß diese Art der Extrasystolie bei einem Drittel der Altersgruppe über 40 Jahre vorhanden war, bei den Jüngeren nur bei einem Zehntel. Ein ventrikulärer Fokus überwog in den meisten Fällen, bei einigen kam es sogar hier noch zu einer Polytopie. Bei der überwiegenden Zahl, nämlich bei knapp 60 Prozent der Untersuchten mit ventrikulären Extrasystolen, lag nur ein ektopter Herd vor, der meist in den rechten Ventrikel zu lokalisieren war. Auch die Konfiguration, QRS-Breite erwies sich nicht als ein zuverlässiges Kriterium zur Abgrenzung einer Myokardschädigung.

Auch die Häufigkeit und Art des Auftretens der Extrasystolie ließ keine Rückschlüsse auf den Zustand des Myokards zu. Bei einem Viertel der Untersuchten bestanden zu irgendeinem Zeitpunkt des Untersuchungsprogramms Allorhythmien in Form eines Bigeminus, eines Trigemini, einer 2 : 1- bzw. 3 : 1-Extrasystolie. Vereinzelt fanden sich sogar Zweier- und Dreiersalven, die amerikanische Autoren bereits zu den ventrikulären Tachykardien zählen.

Ein weiteres wichtiges klinisches Kriterium für die prognostische Bedeutung von Extrasystolen ist das sogenannte *R- auf T-Phänomen*. Beobachtungen des EKGs in mobilen

*) Vortrag auf der 5. Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Sportärzteverbandes - Bezirksgruppe München/Oberbayern -

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.

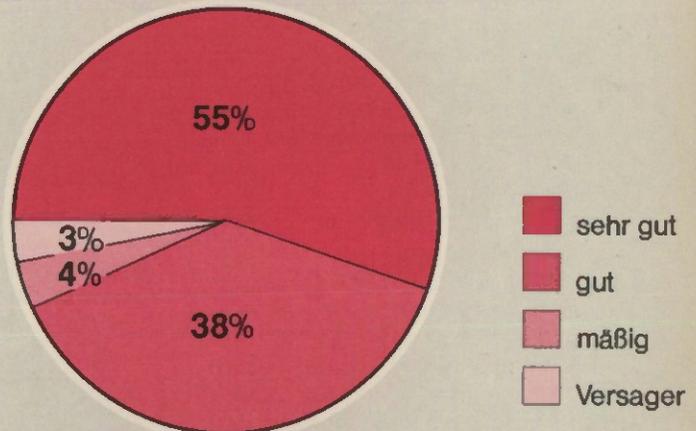
Taluvian® steigert die Herzleistung
 ökonomisiert die Herzarbeit
 wirkt normalisierend auf Herzrhythmus und Blutdruck
 verbessert die Myokard- und Hirndurchblutung

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

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

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

Die Verträglichkeit von Taluvian® war ausgezeichnet.



Taluvian® im Urteil des Prüfarztes.

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

Taluvian® beseitigt glykosidinduzierte Koronarspasmen

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

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

Taluvian® bessert deutlich die Symptomatik

K. Thönelt prüfte Taluvian® bei 92 Patienten mit Herzinsuffizienz unter Koronarbeteiligung, Cor pulmonale und Koronarinsuffizienz.

Dosierung:

3 x 1 Dragée Taluvian® 0,5 mg bzw.

4 x 1 Dragée Taluvian® 0,25 mg pro Tag.

Taluvian® das therapeutische Team

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 0,25 mg bzw. 0,5 mg reines, kristallisiertes Proscillaridin und 40 mg Verapamilhydrochlorid. **Indikationen:** Simultanbehandlung der chronischen Herzinsuffizienz mit Koronarinsuffizienz, insbesondere sogenanntes Altersherz mit ausgeprägter Koronarinsuffizienz, Nachbehandlung des Herzinfarktes, zerebrale Durchblutungsstörungen bei kardiovaskulärer Insuffizienz. **Kontraindikation:** Hyperkalzämie. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich können während der Behandlung gastrointestinale Beschwerden auftreten. Unerwünschte Effekte auf die AV-Überleitung und den Blutdruck sind prinzipiell möglich.

Wirkungsweise: Taluvian normalisiert die Kontraktionskraft des Herzens durch den positiv inotropen Effekt von Proscillaridin, einem Glykosid, welches unabhängig vom Funktionszustand der Niere dosiert werden kann. Taluvian senkt aufgrund der kalziumantagonistischen Eigenschaften der Verapamil-Komponente den peripheren Widerstand und damit die Druckarbeit des Herzens; es verhindert Gefäßspasmen (Koronarien, Mesenterial- und Hirngefäße) und zeigt ausgeprägt antiarrhythmische Eigenschaften. **Dosierung und Anwendungsweise:** Bei Herzinsuffizienz mit Koronarinsuffizienz richtet sich die Dosierung in erster Linie nach dem Glykosidbedarf des Herzens. Je nach dem Schweregrad der Koronarinsuffizienz ist die benötigte Glykosidmenge in Form von Taluvian 0,5 mg (leichte Koronarinsuffizienz) oder Taluvian 0,25 mg (schwere Koronarinsuffizienz) zu verabreichen. Im letzteren Fall erhält der Patient bei gleicher Talusin®-Dosis die doppelte Isoptin®-Menge. Richtdosen: Bei Vorwiegen der Herzinsuffizienz Taluvian 0,5 mg 2-4mal täglich, das entspricht 1,0-2,0 mg Talusin® und 80-160 mg Isoptin® pro Tag. Bei Vorwiegen der Koronarinsuffizienz Taluvian 0,25 mg 3-6mal täglich, das entspricht 0,75-1,50 mg Talusin® und 120-240 mg Isoptin® pro Tag. Ist in Ausnahmefällen durch diese Dosen eine befriedigende Besserung der Herzinsuffizienz bzw. Koronarinsuffizienz nicht zu erreichen, so kann zusätzlich Talusin® oder Isoptin® gegeben werden. **Wechselwirkungen:** Bei gleichzeitiger Gabe von Taluvian und Pharmaka, die die AV-Überleitung hemmen, ist auf mögliche additive Effekte zu achten. Von parenteralen Kalziumgaben ist während der Therapie mit Taluvian abzuraten. Die Wirkung blutdrucksenkender 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 Dragées (0,5 mg) O.P. DM 29,27.



Herzinfarktambulanzen, auf den Intensivstationen, die Registrierung des Langzeit-EKGs bei ambulanten Koronarpatienten, besonders aber auch epidemiologische Studien, haben eindeutige Hinweise erbracht für den Zusammenhang „ventrikuläre Extrasystolen, besonders mit kurzem Kupplungsintervall, und plötzlicher Tod“.

Wir haben ventrikuläre Extrasystolen mit positivem Vorzeitigkeitsindex, Salven von ventrikulären Extrasystolen und polytope ventrikuläre Extrasystolen, also Extrasystolieformen, die bei Koronarpatienten eine schlechte Prognose bedeuten, bei Langzeitbeobachtungen auch bei gesunden Piloten gefunden. Eine Auslösung einer ventrikulären Tachykardie oder eine gleichzeitige Existenz solcher höhergradiger ventrikulärer Rhythmusstörungen haben wir nicht gesehen.

Offensichtlich spielen derartige Mechanismen unter normalen Umständen am gesunden Myokard keine Rolle. In der militärischen Hochleistungsflyerei muß jedoch mit den Auswirkungen von Hypoxie, Hyperventilation, intrathorakalem Überdruck oder ähnlichen unphysiologischen Bedingungen gerechnet werden, die möglicherweise auch bei anderen Tätigkeiten mit Überdruck, also beim Tieftauchen, eine Rolle spielen. Unter solchen Einflüssen kann es zu vorübergehenden Verlängerungen der elektrischen Systole, also der QT-Dauer, kommen. Dann ist es zumindest theoretisch vorstellbar, daß eine kurzgekoppelte Extrasystole noch früher als üblich in die Repolarisation des Ventrikels einfällt und zu einer ventrikulären Tachykardie, sogar Kammerflattern, führen kann. Wenngleich das nie bewiesen werden konnte, sollten Piloten, bei denen bereits Extrasystolen mit kurzer Kupplungszeit vorliegen, aus diesen Überlegungen heraus zumindest nicht mehr ohne Copilot fliegen. Das gleiche wäre für Sporttaucher, eventuell auch Langstreckenschwimmer, zutreffend.

Auch das Kriterium der unter Belastung zunehmenden Extrasystolie wurde früher überbewertet. Extraschläge, die unter adrenergen Stimuli zunehmen, werden auch unter der Sympathikotonie der Belastung häufiger. Das Verschwinden von Extrasystolen unter Belastung hängt dagegen mehr mit dem Kupplungs-

intervall zusammen, da sich bei einer Herzfrequenzerhöhung die refraktärfreie Diastole verkürzt. Extrasystolen mit einem langen Kupplungsintervall fallen dann in die Refraktärzeit des folgenden Normalschlages.

Die im Belastungsversuch des Koronarpatienten zunehmenden ventrikulären Extrasystolen sind häufig durch eine Myokardhypoxie bedingt und selbstverständlich als pathologisch zu werten. Bei 29 bis 43 Prozent der untersuchten gesunden Männer unter submaximaler Belastung fand Mc Henry ventrikuläre Extrasystolen, Triebwasser bei 34 Prozent.

Die während Belastung persistierenden oder zunehmenden Extrasystolen haben ein deutlich niedrigeres Kupplungsintervall als die bei Belastung abnehmenden, polymorphen Extrasystolen. Der Nachweis einer Polytopie ist wegen der kurzen Kupplungsintervalle bei hohen Pulsfrequenzen schwer. Eine Formänderung der Extrasystolen bei Belastung kann auch durch das Entstehen von Kombinationssystolen, durch den Wegfall der Delta-Welle bei Extrasystolen vom WPW-Typ und durch funktionelle intraventrikuläre Leitungsstörungen entstehen. Langzeitstudien ergaben keinen Hinweis auf eine höhere Sterblichkeit bei asymptomatischen Personen mit ventrikulären Extrasystolen, dagegen eine eindeutig höhere Mortalität bei Koronarpatienten mit diesen Arrhythmien. Lediglich Hinkle zeigte in einer randomisierten Langzeituntersuchung, daß ventrikuläre Extrasystolen auch ohne sonstigen Herzbefund die Sterblichkeit steigerten.

Die hämodynamischen Folgen von Extrasystolen bei Gesunden können vernachlässigt werden: Corday bezifferte in Tierexperimenten die Verringerung des Blutflusses in der Arteria carotis interna bei häufigen supraventrikulären Extrasystolen auf sieben Prozent, bei häufigen ventrikulären Extrasystolen auf zwölf Prozent. Der koronare Blutfluß nahm um fünf bzw. zwölf Prozent ab.

Supraventrikuläre Extrasystolen werden bei jüngeren seltener als bei älteren Jahrgängen gefunden, ihr Auftreten steht möglicherweise mit dem Alterungsprozeß des Myokards in Zusammenhang. Ein häufiges Vorkommen und ein kurzes Kupplungsintervall deutet auf eine mögliche Auslösung supraventrikulärer Tachykardien hin.

Das Herzjagen wurde in unseren Patientenbeobachtungen wesentlich häufiger durch vorzeitig einfallende supraventrikuläre Extrasystolen ausgelöst als auf der anderen Seite ventrikuläre Tachykardien durch vorzeitig einfallende ventrikuläre Extrasystolen. Das kurze Kupplungsintervall spielt also für die supraventrikulären mindestens die gleiche, wenn nicht eine größere Rolle als für die ventrikulären Extrasystolen.

Die Parasystolie ist im Ruhe-EKG von Gesunden extrem selten. Das liegt wahrscheinlich daran, daß nur eine kurze Zeitspanne zur Auswertung kommt. Wir fanden eine derartige Rhythmusstörung bei zwei der 100 Untersuchten. Im übrigen zeigen auch monotope ventrikuläre Extrasystolen deutlich schwankende Kupplungsintervalle.

Wenngleich also alle Typen der Extrasystolie bei Herzgesunden vorkommen, muß hinsichtlich ihrer Bedeutung individuell entschieden werden. Wahrscheinlich kommt dem Kriterium des häufigen Auftretens eine vorrangige Bedeutung zu.

Tachykardien

1. Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardien

Bei zwei Drittel aller Fälle handelt es sich um *Herzgesunde*, oft vegetativ labile, asthenische Persönlichkeiten. Auslösend wirken körperliche Belastungen, psychische Einflüsse, Verdauungsstörungen und ähnliche Mechanismen. Eine Bereitschaft zu solchen Arrhythmien besteht bei Personen mit häufigen, kurz gekoppelten supraventrikulären Extrasystolen, bei Trägern eines WPW- oder eines LGL-Syndroms. Bei den letzteren liegt ebenfalls eine abnormale, also paranodale Leitung vor, elektrokardiographisch findet sich ein kurzes PQ-Intervall bei normal konfigurierter QRS-Komplex. Hier sind allerdings auch an gesunden Herzen die hämodynamischen Auswirkungen deutlicher, das Herzzeitvolumen sinkt im Tierversuch frequenzabhängig um 30 bis 70 Prozent, der durchschnittliche koronare Blutfluß um 35 Prozent, der zerebrale um etwa 15 Prozent. Die Betroffenen klagen vor allem über Palpitationen, Angstgefühle, Schwindel. Das gleiche trifft auf die Träger eines paroxysmalen Vorhofflimmerns zu, das gar nicht sel-

ten bei gesunden, sehr leistungsfähigen Personen gefunden wird. In der flugmedizinischen Literatur gibt es eine Reihe von Beobachtungen, bei denen Piloten mit paroxysmale Vorhofflimmern ihre frühere Flugfähigkeit voll wieder aufnehmen. Warnsymptome in Richtung auf das mögliche Auftreten eines solchen Vorhofflimmerns sind wie bei den paroxysmalen supraventrikulären Tachykardien häufige, kurzgekoppelte supraventrikuläre Extrasystolen und Präexzitationssyndrome, häufig fehlen aber Rhythmusstörungen im Intervall. Die koronare Durchblutung wird im Anfall um 30 Prozent, die zerebrale um 23 Prozent vermindert, abhängig von der Kammerfrequenz und der Dauer der Rhythmusstörung. Der Betroffene fühlt sich meistens beeinträchtigt durch den schnellen unregelmäßigen Herzschlag, gelegentlich macht der Umschlag von Vorhofflimmern in den Sinusrhythmus eine längere Pause, die als besonders unangenehm empfunden wird. Neben diesen hämodynamischen Folgeerscheinungen und den subjektiven Beschwerden beeinträchtigt auch die klinische Erfahrung einer ungenügenden medikamentösen Beeinflussbarkeit die Träger einer solchen Rhythmusstörung. Auch ist ein Therapieerfolg nur schlecht zu beurteilen, da die Arrhythmie nur paroxysmal und häufig auch nur selten auftritt. Für den Leistungssport sind solche Personen also kaum geeignet.

2. Paroxysmale ventrikuläre Tachykardien

Das gleiche gilt für die Träger von kurzen ventrikulären Tachykardien, die ebenfalls bei Herzgesunden beschrieben sind. Sie machen den deutlichsten Abfall der Gehirndurchblutung mit 40 bis 74 Prozent, des koronaren Blutflusses mit 52 Prozent. Der vom Entstehungsmechanismus her mögliche Übergang in Kammerflattern und -flimmern wurde auch bei Langzeitbeobachtung von asymptomatischen Personen nicht nachgewiesen.

Bradykardien

Die Sinusbradykardie ist vorwiegend konstitutionell oder trainingsbedingt, die Frequenz kann bei Sportlern auf weniger als 40/min absinken, das Einspringen eines sekundären Zentrums wird häufig durch dessen Mitbeeinflussung durch den Vagus ver-

hindert. Die Sinusknotenautomatie ist häufig unregelmäßig, nicht immer atemabhängig. Meist sind die Frequenzschwankungen doch periodisch, also respiratorisch, und verstärken sich in vegetativen Umschaltphasen, z. B. unmittelbar nach Belastung oder bei bestimmten Provokationstesten. Im Langzeit-EKG beobachtet man häufig kurzfristige, atem- und lageunabhängige Verlangsamungen des Sinusrhythmus, überwiegend bei Jugendlichen. Sie scheinen durch bruske Schwankungen im vegetativen Tonus, möglicherweise auch durch Preßatmung bedingt zu sein. Derartige Bradykardien gehen sehr häufig mit einer P-Abflachung bzw. P-Negativierung einher, eine Veränderung, die sich auch in den bradykarden Phasen einer Sinusarrhythmie findet. Im Ruhe-EKG findet man diese P-Veränderungen bei 0,3 bis 2,2 Prozent aller Jugendlichen, bei Langzeitbeobachtungen wesentlich häufiger, besonders in Schlaf- und Ruhephasen.

Offensichtlich neigen besonders jüngere, hochgewachsene Astheniker mit derartigen Rhythmusstörungen zu Kollapserscheinungen mit bradykardem Puls, weil sie eine vermehrte Ansprechbarkeit ihres Kreislaufsystems gegenüber vagusstimulierenden Einflüssen besitzen. Die Bradykardie verschlechtert dabei die durch die fehlende Gegenregulation der Peripherie verursachte Störung der Hämodynamik. Diese Kollapsbereitschaft scheint mit zunehmendem Alter und Körpergewicht nachzulassen. Im übrigen kommen Bradykardien bei Herzgesunden spontan nicht in einem Ausmaß vor, das das Herzzeitvolumen erheblich vermindern

würde. Sie sind meist vom Tonus des vegetativen Nervensystems abhängig. Man beobachtet kurzfristige sinuatriale Blockierungen, den AV-Block ersten Grades, bei dem das Kriterium der Überleitungsbesserung oder -normalisierung unter Belastung nicht immer ein Zeichen der funktionellen Genese ist. Wesentlich ist bei den gesamten AV-Blockierungen der durch das His-Bündel-EKG lokalisierbare Sitz der Verzögerung vor oder nach dem His'schen Bündel. Das gilt ebenso für die Wenckebach-Form des AV-Blockes zweiten Grades. Wir fanden diese Störung unter Langzeitbeobachtung, insbesondere bei Gesunden, die bereits eine verlängerte PQ-Zeit im Ruhe-EKG aufwiesen. Funktionelle, reversible und prognostisch günstigere Blockierungen scheinen aufgrund der Erfahrungen mit dem intrakardialen EKG vor dem His'schen Bündel zu liegen, der Typ II des AV-Blockes zweiten Grades und die Wenckebachsche Blockierung bei organischer Herzschädigung ist dahinter zu lokalisieren. Diese Lokalisationen und der AV-Block dritten Grades kommen bei Herzgesunden nicht vor. Beim Wenckebach-Phänomen, SA-Block, überbrückt ebenso wie in den langsame Phasen der ausgeprägten Sinusarrhythmie nicht selten kurzfristig ein tieferliegendes Zentrum in Form von Ersatzsystolen die Pause bis zum nächsten Normalschlag.

Mit Einschränkung lassen sich extreme Bedingungen, z. B. der intrathorakale Überdruck und andere vagale Reflexe, durch die sogenannten Provokationsteste simulieren, die sich allerdings nicht als Eignungsteste zur Selektion von Personen

Führen von Arztbezeichnungen

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer weist die Kolleginnen und Kollegen Bayerns vorsorglich auf folgende Rechtslage hin: § 19 Abs. 1 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978 legt fest:

„Die bisher ausgesprochenen Anerkennungen von Bezeichnungen bleiben gültig mit der Maßgabe, daß 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 Jahren läuft am 31. Dezember 1980 ab. Daneben muß jeder Arzt in Bayern, der eine Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung führt, diese in der Fassung der Weiterbildungsordnung vom 1. Januar 1978 auf Praxischild, Briefkopf, Rezeptvordruck und Stempel führen.

Die wesentliche Änderung besteht darin, daß ab 1. Januar 1981 somit das Führen der Bezeichnung „Fächerarzt für ...“ nicht mehr statthaft ist.

eignen, die zu Kollapszuständen neigen. Vagale Einflüsse beim Karotis- und Bulbusdruckversuch, in der Hockstellung, beim Hinlegen im Orthostaseversuch, in der postpressorischen Phase des Valsalva-Manövers führen bei Disponierten zu ausgeprägten Sinusarrhythmien und -bradykardien, zu SA- und AV-Blokierungen mit Ersatzsystemen, zu Extrasystolen, zu Vorhof- und AV-Rhythmen, zu AV-Dissoziation und zum Schrittmacherwandern. Starke Schmerzreize können bei Disponierten zum Sinusstillstand führen.

Schluß und Zusammenfassung

1. Herzrhythmusstörungen sind bei Gesunden bzw. asymptomatischen Personen viel häufiger, als man früher annahm.

2. Fast alle Rhythmusstörungen mit Ausnahme höhergradiger AV-Blokierungen und des Kammerflatterns und -flimmerns werden bei Herzgesunden gefunden. Deshalb sind die aus der Klinik stammenden Kriterien der Arrhythmiebewertung nicht ohne weiteres übertragbar.

3. Bei vielen Arrhythmien ist weniger die Tatsache ihres Vorkommens als vielmehr die Häufigkeit ihres Auftretens von Bedeutung.

4. In der Genese von Arrhythmien bei Herzgesunden spielt das autonome System und seine Beeinflussung durch externe und interne Faktoren die überragende Rolle.

Besonders in der Sportmedizin sollte die Einstufung einer Rhythmusstörung als Normvariante ohne klinische Bedeutung eine Ausschlußdiagnose sein. Notfalls müssen sogar invasive diagnostische Verfahren zum Einsatz kommen, falls gewisse Verdachtsmomente, z. B. auf eine koronare Herzkrankheit oder eine Myokarditis, bestehen. Aber weil fast alle Rhythmusstörungen auch bei Gesunden vorkommen, sollte man besonders in der Sportmedizin eine Abklärung anstreben, um nicht einen gesunden Menschen, der seinen Sport liebt, aus zu großer Vorsicht zu invalidisieren.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. A. Dietz, Chefarzt der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses, 8263 Burghausen

Arzneimittel in der Schwangerschaft

Wir werden immer wieder von Kolleginnen und Kollegen befragt, ob es nicht eine Zusammenstellung der unerwünschten Wirkungen von Medikamenten auf den Feten gibt. Wir haben die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gebeten, uns eine solche Liste zusammenzustellen, die wir nachstehend veröffentlichen.

Medikamente im 1. Trimenon der Schwangerschaft

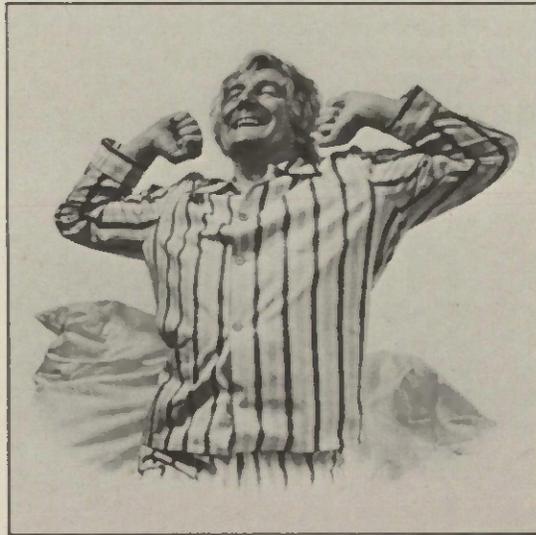
Medikamente	Wirkung auf den Feten
Tetrazykline	Beeinflussungen des Skelettwachstums, Syndaktylie, Fehlbildungen und Verfärbungen der Zähne
Streptomycin	Hörnervenschädigung, Skelettanomalien
Amphetamin	Gaumenspalte
Antiepileptika	Verschiedene Fehlbildungen, besonders Hasenscharte, häufiger nach Phenytoin, weniger oft nach Phenobarbital
Zytostatika, besonders Folsäureantagonisten	Fehlbildungen
Jodpräparate	Angeborener Kropf, Hypothyreoidismus
Chloroquin	Netzhaut- und Hörnervschäden
Androgene	Virilisierung weiblicher Feten
Stilboestrol	Nach hohen Dosen kann im späteren Leben ein Vaginalkarzinom auftreten
Warfarin	Skelett- und Gesichtsfehlbildungen
Dicumarol	wie Warfarin
Azetazolamid	Extremitäten-Fehlbildungen
Sulfamethoxazol-Trimethoprim	Hemmung der Folsäuresynthese
Antidiabetika	Fehlbildungen im Tierversuch
Pyrimethamin	Thrombozytopenie, Hemmung der Folsäuresynthese
Alkohol	Erhöhte Abortrate, postnataler Minderwuchs, Mikrozephalie

Medikamente im 2. und 3. Trimenon der Schwangerschaft

Medikamente	Wirkung auf den Feten
Chloroquin	wie im 1. Trimenon
Aminoglykoside	Akustikus- und Vestibularisschäden
Chloramphenicol	Grey-Syndrom
Amphetamin	Thrombozytopenie
Azetylsalizylsäure	Blutungen, vorzeitiger Verschuß des Ductus arteriosus
Reserpin	Verstärkte Sekretion der Respirationswege beim Neugeborenen, Zyanose und Anorexie
Thiazide	Icterus neonatorum, Thrombozytopenie
Thyreostatika	Neugeborenenkropf, Hypothyreoidismus
Chinin	Thrombozytopenie
Diazoxid	Neugeborenenhyperglykämie, Neugeborenenanaloepzie
Benzodiazepine	Entzugssyndrom beim Neugeborenen
Sulfonamide	Methämoglobinbildung, Kernikterus
Tetrazyklin	Verfärbung der Zähne

Von morgens bis morgens

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

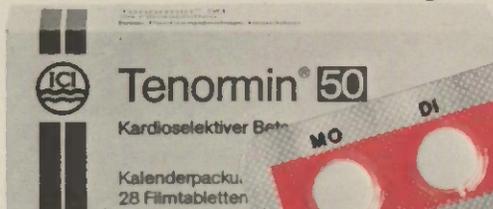


Ausgeprägt
kardioselektiv

Täglich
1x1
Tablette

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 (essenzielle 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 Anästhesist 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 Bronchodilatoren 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 51,16, 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

Aktuelle Probleme der Neurologie in der Praxis

63. Fortbildungstagung in Regensburg

(Schluß)

Professor Dr. K.-E. Kezner,
München

Die zerebrale Computertomographie: Indikation – Grenzen

Im Oktober des vorigen Jahres erhielt Gofrey Newbold Hounsfield den Nobelpreis für Medizin für seine epochemachende Erfindung der zerebralen Computertomographie (= CT). Dies unterstreicht die enorme Bedeutung, welche dieses für den Patienten so schonende Untersuchungsverfahren innerhalb weniger Jahre erlangt hat. Eine vergleichbare Revolution in der Diagnostik intrakranieller Erkrankungen hat es bisher nicht gegeben, keine andere Methode wurde so schnell weltweit akzeptiert. Auch in unserem Lande stehen sieben Jahre nach der Einführung der CT in die Klinik das Untersuchungsverfahren in zahlreichen Kliniken und auch bei niedergelassenen Radiologen in ausreichendem Umfang zur Verfügung. Das Problem, das sich heute stellt, heißt in erster Linie, bei welchen Krankheitsbildern ist die CT indiziert, welche Krankheitszeichen sollten uns zur CT veranlassen, welche Voruntersuchungen sind notwendig, welcher Arzt darf die Indikation stellen? Grundsätzlich jeder approbierte Arzt, der exakt neurologisch untersuchen kann. Genaue Erhebung der Vorgeschichte und des neurologischen Befundes sind die einzig wirklich relevanten Voraussetzungen für einen sinnvollen Einsatz der zerebralen Computertomographie. Alle anderen technischen Zusatzuntersuchungen, wie Elektroenzephalographie, Echoenzephalographie und statische Hirnzintigraphie, erreichen nicht im entferntesten die Aussagemöglichkeiten der CT, stellen also keine Alternativen dar. Im Bereich der funktionellen Hirndiagnostik behält das EEG sicher seine Bedeutung. Die beiden anderen Methoden wird man in Kürze wohl in die Kategorie Geschichte der Medizin einordnen müssen, von ganz wenigen Indikationen abgesehen. Will man die Indikation zur zerebralen CT im Detail besprechen, so

gleichet sie einer Aufzählung der meisten neurologischen Krankheitsbilder mit Gehirnbeteiligung. Es gibt in der Tat nur wenige intrakranielle Erkrankungen, die nicht den Einsatz der CT sinnvoll erscheinen lassen. Deshalb ist es sinnvoll, etwas über die Grenzen der CT zu sagen. Da die technische Entwicklung der Methode noch keineswegs abgeschlossen ist, dürfen wir mit Einführung der hochauflösenden Computertomographie, die in den Millimeterbereich vorstößt, erwarten, daß die heutigen diagnostischen Möglichkeiten noch erheblich verbessert werden können. Damit dürfte z. B. der jetzt noch vorhandene geringe Prozentsatz negativer Befunde bei Patienten mit Hirntumoren von 1,6 Prozent auf weit unter ein Prozent sinken. Bei den Untersuchungen in den letzten fünf Jahren mit CT-Geräten der ersten und zweiten Generation, also noch ohne den schnellen Scanner, entzogen sich vor allem kleine Tumoren an der Schädelbasis der Diagnostik. In erster Linie handelte es sich dabei um Akustikusneurinome unter 1,5 cm Durchmesser. Bei zwei Prozent gelang der Tumornachweis erst nach wiederholten Untersuchungen. Ein negatives CT schließt also einen Hirntumor nicht mit 100prozentiger Sicherheit aus. An die Grenze der Methode stoßen wir auch vielfach beim Schlaganfall. Veränderungen im CT sind nur zu erwarten, wenn ein umschriebenes Infarktödem auftritt. Passagere Hirndurchblutungsstörungen im Sinne einer flüchtigen Ischämie mit rascher Rückbildung der neurologischen Ausfälle hinterlassen keine computertomographisch erfaßbaren Dichteveränderungen. Hier kann man sich von der zerebralen Sequenzsintigraphie eine wesentlich aufschlußreichere Aussage erwarten. Die CT ist auch nicht geeignet, um kleine Kontusionsherde unter 5 mm Durchmesser nachzuweisen, bzw. in der Begutachtung aus einem negativen Befund die Schlußfolgerung zu ziehen, daß keine substantielle Hirnschädigung stattgefunden haben kann. Dies würde eine Überbewertung und Überforderung der CT zumindest in

ihrer derzeitigen technischen Leistungsfähigkeit bedeuten. An die Grenzen der CT-Diagnostik stoßen wir in der Klinik vielfach, wenn es um die exakte Vorhersage der Art-diagnose eines raumfordernden intrakraniellen Prozesses geht. Dies trifft vor allem auf die Differentialdiagnose Glioblastom – Hirnabszeß bzw. Solitärmetastase zu. Auch raumfordernd wirkende Hirninfarkte können im Stadium der Bluthirnschrankenstörung das Bild eines Hirntumors vortäuschen. Hier helfen nur CT-Verlaufsuntersuchungen im Verein mit Seriensintigraphie und zerebraler Angiographie.

Die grassierende Computereuphorie darf uns nicht dazu verleiten, die zerebrale CT indikationslos einzusetzen und damit die Methode in Mißkredit zu bringen. Besonders verantwortungsvoll ist sicher die Auswahl unter den zahlreichen Kopfschmerz-Patienten, die unsere Arztpraxen bevölkern. Eine Konsequenz müssen wir uns allerdings stets vor Augen halten – die CT hat zahlreiche andere Untersuchungsverfahren überflüssig gemacht.

Wenn Hirntumorverdacht besteht, brauchen wir kein Szintigramm mehr. Auch in der Klinik verzichten wir vielfach auf früher zum Routineprogramm gehörende Untersuchungen. Die Pneumenzephalographie hat keine echten Indikationen mehr. Selbst die Karotisangiographie ist nur noch bei bestimmten zerebralen Gefäßerkrankungen und vor der Operation stark vaskularisierter Hirntumoren indiziert.

Professor Dr. D. Soyka, Kiel:

Antikoagulantien und Thrombozytenaggregationshemmer bei zerebralen Gefäßprozessen

Antikoagulantien sind Substanzen, die die Gerinnungsfähigkeit des Blutes herabsetzen und deswegen zur Prophylaxe sowie zur Therapie bereits in Gang befindlicher thromboembolischer Vorgänge herangezogen werden. *Heparin* kommt in kleinen Mengen bereits physiologisch im Organismus vor und führt bei intravenöser Applikation praktisch sofort zu einer Gerinnungshemmung. Für eine längere Behandlung steht die Notwendigkeit einer parenteralen Applikationsform im Wege. Die synthetischen *Cumarinderivate* sind

Vitamin K-Antagonisten und wirken im wesentlichen auf plasmatische Gerinnungsfaktoren. Im Gegensatz zu Heparin können sie oral angewendet werden und eignen sich deswegen für eine Langzeittherapie. Eine ausreichende Wirkung wird erst nach einer Latenz von ca. 36 bis 48 Stunden erzielt. Wird klinisch eine Antikoagulation mit dem Ziel einerseits einer Sofortwirkung und andererseits einer längeren Wirkungsdauer angestrebt, so muß die Therapie mit parenteralen Gaben von Heparin eingeleitet werden. Gleichzeitig wird mit der oralen Applikation von Cumarinderivaten begonnen.

Zu den allgemeinen Kontraindikationen gehören: Blutungsneigungen der verschiedensten Provenienz, Ulzera im Magen-Darmtrakt, Lebererkrankungen, soweit diese mit Veränderungen des Gerinnungssystems einhergehen, Hypertonie mit diastolischen Blutdruckwerten über 105 mm Hg, ausgeprägte Niereninsuffizienz, mangelnde Kooperation des Patienten. Speziell auf das abzuhandelnde Thema bezogene Kontraindikationen sind alle intrakraniellen Blutungen. Wird heute bei einem akuten zerebrovaskulären Syndrom der Einsatz von Antikoagulantien erwogen, so sollte vorher eine Computertomographie veranlaßt werden. Die Therapie mit Antikoagulantien ist ein diffiziles, hochwirksames und daher auch risikobelastetes Verfahren. Wird die Therapie sorgfältig und konsequent überwacht, so hält sich das Risiko von Blutungskomplikationen im Rahmen. Nach verschiedenen Autoren ist eine Langzeittherapie mit größeren Blutungen alle 5 $\frac{1}{2}$ bis 16 Behandlungsjahre zu rechnen. Im Einzelfall ist das Risiko also gering, es erhöht sich mit der Länge der Behandlungsdauer.

Thrombozytenaggregationshemmer sind Pharmaka, wie Azetylsalicylsäure, Sulfinpyrazon, Dipyridamol und Indomethazin. Am besten erforscht ist im Hinblick auf das gegebene Thema die Azetylsalicylsäure. Der Anwendungsbereich deckt sich teilweise mit dem der Antikoagulantien. Da diese Präparate nicht wie die Antikoagulantien auf den eigentlichen Gerinnungsvorgang wirken, entfällt die Notwendigkeit einer Überwachung des Gerinnungsstatus, und das Behandlungsverfahren ist entschieden risikoärmer. Relativ

häufig sind Nebenwirkungen, wie Sodbrennen, Oberbauchbeschwerden, Übelkeit und Erbrechen. Mit derartigen Intoleranzerscheinungen ist bei etwa zehn Prozent der Patienten zu rechnen. Blutungen im Bereich des Magen-Darmtraktes als einzige wirklich ernsthafte Komplikation treten bei etwa zwei Prozent der Patienten auf. Als Kontraindikationen für die Anwendung gelten hämorrhagische Diathesen, aktive peptische Ulzera sowie eine bereits bekannte Überempfindlichkeit gegenüber Aspirin.

Bei einer *asymptomatischen Karotisstenose* kommt eine aktive Therapie nur in Betracht, wenn das Lumen um mehr als 50 Prozent eingeengt ist und der Patient damit als unmittelbar zerebral gefährdet angesehen werden muß. Methode der Wahl ist die gefäßchirurgische Intervention. Kommt diese aus irgendwelchen Gründen nicht in Frage, so können Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmer prophylaktisch eingesetzt werden.

Bei *transitorischen ischämischen Attacken* läßt sich folgendes therapeutisches Konzept empfehlen: handelt es sich um eine singuläre hämodynamisch relevante Stenose bzw. Plaquebildung in einer der vom Aortenbogen ascendierenden Arterien, speziell im Halsteil der Arteria carotis interna, so sollte zunächst eine rekonstruktive gefäßchirurgische Maßnahme veranlaßt werden. An diese schließt sich eine Antikoagulantientherapie von etwa drei Monaten Dauer an, nachfolgend werden langfristig Thrombozytenaggregationshemmer eingesetzt. Ergibt sich keine Operationsindikation, so kann initial für ca. drei Monate antikoaguliert und dann mit Thrombozytenaggregationshemmern nachbehandelt werden. Sofern es sich um angiographisch gesicherte Gefäßbefunde im Karotisstromgebiet handelt, ist es vertretbar, von vornherein Thrombozytenaggregationshemmer einzusetzen.

Bei einem *progredienten Hirninfarkt*, bei dem sich die neurologische Symptomatik kontinuierlich oder schubweise über Stunden oder sogar Tage hinweg intensiviert und ausbreitet, kann innerhalb der ersten sechs bis acht Stunden eine Thrombarterektomie durchgeführt werden, allerdings sind die Ergebnisse wenig ermutigend. Besser da-

gegen sind die Chancen der Antikoagulantientherapie. Eine Studie zeigte eine weitere Progredienz nach erfolgter Einleitung der Antikoagulantientherapie in 20 bis 32 Prozent, bei den nicht mit Antikoagulantien behandelten Kontrollgruppen aber von 46 bis 55 Prozent. Beginnt man aber erst nach acht Stunden, so kommt es eher zu einer Verschlechterung. Da zu einer richtigen Indikation aber eine Computertomographie notwendig ist, wird diese Indikation selten sein.

Bei einem *vollendeten Hirninfarkt* wird die Prognose durch eine Antikoagulantientherapie eher verschlechtert. Ein anderer wichtiger Aspekt im frischen Infarktstadium ist die notwendige Prophylaxe peripherer Venenthrombosen bei den zunächst plegischen und immobilen Patienten. Hierfür hat sich eine regelmäßige subkutane Applikation von Heparin in kleinen Dosen bewährt, auch in Kombination mit Dihydroergotamin. Dabei wird die Dosis so niedrig gehalten, daß es zu keiner tiefgreifenden Veränderung des Gerinnungsstatus kommt, andererseits aber doch ein ausreichender Schutz gegenüber venösen Thrombosen gegeben ist. Das zerebrale Infarktgeschehen wird unter diesen Bedingungen nicht negativ beeinflusst. Unter den gleichen Gesichtspunkten lassen sich auch Thrombozytenaggregationshemmer einsetzen.

Professor Dr. H. G. Mertens,
Würzburg:

Immunsuppressiva

Prinzip und Bedeutung der immunsuppressiven Therapie mit Zytostatika sind seit ca. 20 bis 30 Jahren bekannt. Wenn sie erst heute breiter angewendet werden, so daß sich auch der praktische Arzt mit solchen Behandlungsregimen auskennen muß, so ist dafür in erster Linie die nur langsam wachsende Erfahrung, die erst jetzt Risiko und Nutzen besser abschätzen läßt, maßgeblich. Folgende Gründe erschweren die Einführung der zytostatischen immunsuppressiven Therapie:

1. Die Gefahren sind schlecht überschaubar und werden erheblich überschätzt.
2. Die Behandlung ist als Dauertherapie zu planen, auch wenn sie

oft nach Monaten bis Jahren beendet werden kann.

3. Die Behandlung ist teuer.

4. Daß der Erfolg oft lebensentscheidend ist, wird nur langfristig erkennbar.

Erfahrungen bei der Myasthenie können das erläutern: Die Überlebensraten bei 259 Patienten in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer lassen unter zytostatischer Behandlung mit Azathioprin in dem Behandlungszeitraum eine fast normale Lebenserwartung erkennen, während bei den nur mit Mestinon oder mit Thymektomie und Mestinon behandelten Kranken etwa die Hälfte nach sieben bis zehn Jahren verstorben ist. Eine ausreichende Wirkung der zytostatischen Therapie ist erst nach monatelanger Behandlung zu erwarten – ein Wirkungsoptimum nach ein bis zwei Jahren. Wird die Therapie nach längerer Zeit unterbrochen, so dauert es wieder Monate, in Einzelfällen sogar ein bis zwei Jahre, ehe die Immunkrankheit wieder aufflackert. Das bedeutet, der Kranke muß monatelang konsequent mit ausreichender Dosierung bei regelmäßiger Blutkontrolle die Behandlung durchführen, ehe sich eine Besserung zeigt. Die Krankheit kann sogar anfangs noch wochenlang nach Beginn der Therapie fortschreiten, ehe die Prozeßenergie nachläßt, stagniert und schließlich, anfangs kaum merklich, eine Rückbildung einsetzt. Ist es erstaunlich, wenn der nach einem Viertel- oder halben Jahr Behandlung noch ungebesserte Kranke nicht mehr an Versprechungen des Arztes glaubt und vorzeitig aufgibt? Besonders schlimm ist, daß er dies oft heimlich tut, um Schwierigkeiten aus dem Weg zu gehen. Der getäuschte Arzt zweifelt schließlich selbst am Nutzen der Behandlung, für deren korrekte Durchführung ihm fast jede Kontrollmöglichkeit fehlt. Nebenwirkungen und selbst die angestrebte Leukozytendepression können durchaus fehlen. Der Erfolg oder Mißerfolg einer Behandlung ist keineswegs an einer Lymphopenie oder Leukozytendepression abzulesen. Trotzdem beginnt sich die Immuntherapie bei einer Reihe von Krankheiten durchzusetzen. Es handelt sich durchweg um Krankheiten, die zumindest langfristig eine ungünstige Prognose haben und für die eine andere zuverlässige Therapie nicht bekannt ist. Dazu gehören u. a. Kol-

lagenkrankheiten, rheumatoide Arthritis, Thrombozytopenie bei Purpura, autoimmune hämolytische Anämien, chronisch progressive Hepatitis, Formen der chronischen Glomerulonephritis, Myasthenia gravis und Multiple Sklerose.

Die notwendige immundeprimierende Dauertherapie muß möglichst frei von ungünstigen Nebenwirkungen sein. Die sehr wirksamen, an vielen Punkten in den Immunprozeß einwirkenden Glucocorticoide haben bei ausreichender Dosierung beträchtliche Nebenwirkungen, die um so stärker ins Gewicht fallen, je länger die Behandlung dauert. Daher besteht in der Behandlung von Immunkrankheiten allgemein die Tendenz, andere Zytostatika zu bevorzugen, obwohl ihr Erfolg meist langsamer einsetzt. Bei der Verwendung von Zytostatika zur Immunsuppression ist abzuwägen zwischen den erwünschten Hemmwirkungen auf das Immunsystem und den unerwünschten Nebenwirkungen. Das Risiko einer erhöhten Infektgefährdung ist gering, wenn die notwendigen Blutkontrollen durchgeführt werden. Berichtet wird über Eskalationen von Herpes zoster, Zytomegalie sowie Pilzkrankungen, im allgemeinen nur bei zytostatischer Behandlung bösartiger Geschwülste. Die Ausbreitung bakterieller Infektionen ist nur bei Trägern chronischer Infekte, insbesondere bei produktiver Tuberkulose zu befürchten. Bei entsprechenden Patienten muß im Notfall gleichzeitig eine tuberkulostatische Behandlung durchgeführt werden. Da eine belangvolle Minderung der Thrombozytenzahl nicht vor einer Granulozytopenie beobachtet wird, müssen die Leukozyten in erster Linie kontrolliert werden, Anfangs acht-, später 14tägig. Bei Absinken unter 3000 soll die Dosis reduziert, bei 2000 die Behandlung unterbrochen werden bis zum Wiederanstieg. Dabei empfiehlt sich gleichzeitig Corticoidgabe und Kontrolle des Differentialblutbildes. Eine Unterbrechung der Therapie ist auch bei jeder fieberhaften Erkrankung nötig. Sie braucht aber nur kurzfristig zu dauern. Bei Kinderwunsch sollte als Vorsichtsmaßnahme eine Zeugungspause für Männer und Frauen von sechs Monaten nach Beendigung der zytostatischen Therapie angesetzt werden. Im übrigen bestehen Bedenken gegen eine Dauertherapie bei Verwendung von Azathioprin nicht.

Privatdozent Dr. K. Christiani, Kiel:

Die Therapie der Migräne

Nach Soyka (1979) läßt sich die Migräne wie folgt beschreiben: „Bei der Migräne handelt es sich um eine gehäuft familiär und besonders bei Frauen vorkommenden Neigung zu anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen, die bezüglich der Lokalisation und Intensität, der Begleiterscheinungen, der Dauer und Häufigkeit eine erhebliche Variabilität aufweisen. Die Attacken kommen häufiger einseitig als beidseitig vor und sind mit vegetativen Symptomen, wie Übelkeit und Erbrechen, vergesellschaftet. Bei einer Reihe von Fällen treten in einem Prodromalstadium oder auch während der eigentlichen Kopfschmerzattacke passagere ophthalmo-neurologische oder andere zerebrale Symptome auf. Die Schmerzanfälle korrelieren mit speziellen vaskulären und biochemischen Vorgängen. Ein pathologischer Organbefund wird vermißt“.

Nach dem gegenwärtigen Wissensstand darf als gesichert gelten, daß die klinische Symptomatik der Migräne Folge einer umschriebenen, funktionellen ischämischen zerebralen Krise ist. In der Pathogenese wirken vaskuläre, humorale und zentralnervöse Faktoren mit. Ätiologisch ist wahrscheinlich ein anlagebedingtes Reaktionsmuster vorhanden, das von endogenen und exogenen Komponenten beeinflusst wird. Der Grundstein für eine erfolgreiche Therapie der Migräne ist eine gesicherte Diagnose mit der möglichen Erfassung von auslösenden Faktoren, wobei ein Anfallskalender sehr hilfreich sein kann.

Jede Migränetherapie hat sich zum Ziel zu setzen, die Dauer und Intensität der einzelnen Anfälle herabzusetzen und die Häufigkeit der Kopfschmerzattacken zu mindern. Die pharmakologische Therapie hat ihre Grenzen, weil die pathophysiologischen Abläufe der Migräne nur zum Teil geklärt sind. Zu unterscheiden ist die Behandlung des Migräneanfalls von der Intervalltherapie. Bei der Behandlung des Migräneanfalls steht an erster Stelle das Ergotamin (1 Ampulle Gynergen®) subkutan oder intramuskulär, oder eine Ampulle Dihyergot® i. m. oder i. v. Kontraindikationen des Ergotamins sind Gefäßerkran-kungen, Hypertonie, schwere Leber- und Nierenstörungen, Gavidität, Laktation und

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack Retard



Seda Nitro Mack Retard



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

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)

Angina pectoris. Ergotaminpräparate in Kombination mit anderen Substanzen, wie Coffein, Barbituraten, Belladonnaextrakten, Antihistaminika, stehen in Form von Dragees und Zäpfchen (Avamigran®, Cafargot®, Migrexa®, Ergo-sanol®) zur Verfügung. Sprechen diese Präparate nicht an, so kann man Indometacin (Amuno®) versuchen. Ist der Migräneanfall voll ausgeprägt und eine Kupierung nicht mehr möglich, kann durch die orale Gabe von 20 mg Furosemid (Lasix®) die Dauer der Schmerzen vermindert werden.

Die Indikation zur Intervalltherapie ist gegeben, wenn die Kopfschmerzattacken sehr häufig oder aus dem Schlaf heraus auftreten, so daß eine rechtzeitige Kupierung nicht möglich ist, wenn die Patienten auf eine Anfallskupierung nicht ansprechen, oder aber ein Nachlassen der Wirkung der Medikation nach mehrjähriger Anwendung vorliegt. Ausgehend von der guten Wirksamkeit der Mutterkornalkaloide bei der Kupierung des Anfalls wurden zunächst überwiegend Pharmaka mit konstriktorischer Wirkung, auch zur Intervalltherapie, eingesetzt, wie das hydrierte Ergotamin (Dihyergot®, DETMS®) und bei Patienten mit erhöhtem Blutdruck die hydrierten Verbindungen der Ergotoxinalkaloide (Hydergin®, DCCK). Die Kurdauer sollte etwa drei Monate betragen.

Ergibt sich nicht der gewünschte Therapieerfolg, so gibt man heute Serotoninantagonisten, wie Methysergid (Deseril retard®), Dimetotiazin (Migristene®), Oxetoron (Nocertone®), Cyproheptadin (Periactinol®) und Pizotifen (Sandomigran®). Psychopharmaka sind indiziert, wenn zusätzlich eine depressive Symptomatik vorliegt. Da nicht selten bei Frauen eine deutliche Abhängigkeit der Migräneattacken vom Menstruationszyklus besteht, hat man daraus therapeutische Konsequenzen gezogen. Lauritzen (1979) kommt aufgrund des gegenwärtigen Wissens-

standes zu dem Ergebnis, daß bei der Behandlung der zyklusgebundenen Migräne davon auszugehen sei, daß sehr wahrscheinlich der Abfall der Östrogene, in manchen Fällen vielleicht auch das Progesteron migräneauslösend sein können. Es empfiehlt sich dann folgendes praktisches Vorgehen: handelt es sich um eine zyklusgebundene Migräne und treten die Beschwerden im Intervall des Zyklus oder der orelen Kontrazeption auf, so soll eine Substitution mit Östrogen während der Zeit des Eintretens der Migräne mit z. B. 1,25 mg Presomen® pro die für die Dauer von fünf bis sieben Tagen vorgenommen werden. Bleibt ein Therapieerfolg aus, wäre die Gabe eines Gestagens oder einer Östrogen-Gestagen-Kombination zu versuchen.

Bei der nichtmedikamentösen Therapie kommen, neben einer Regelung des Tagesablaufes, eventuell eine Änderung der Schlafgewohnheiten (Ferien- oder Sonntagsmigräne) und einer ausreichenden körperlichen Bewegung ohne Leistungssport, hydrotherapeutische Maßnahmen und krankengymnastische Übungen in Frage. Werden Migräneattacken durch bestimmte Nahrungs- oder Genußmittel ausgelöst, so sind diese selbstverständlich nicht mehr einzunehmen. Darüber hinaus sind jedoch allgemeine diätetische Maßnahmen nicht notwendig. Weitere Möglichkeiten der Intervalltherapie bestehen in der Durchführung der Neuraltherapie nach Huneke, der transkutanen Nervenstimulation und der Akupunktur. Die mittels Akupunktur erzielten Erfolge werden sehr unterschiedlich beurteilt. Sie sollte insbesondere dann angewandt werden, wenn andere Behandlungsmethoden versagt haben. So konnten Baust und Stürzbecher (1978) durch eine Akupunkturbehandlung bei 21 von 44 Patienten mit bisher therapieresistenter Migräne gute bis sehr gute Behandlungserfolge erzielen.

Professor Dr. H. Lechner, Graz:

Moderna Therapie des Parkinsonsyndroms

Das Parkinsonsyndrom stellt nicht nur eine häufige neurologische Erkrankung des mittleren und höheren Lebensalters mit einer relativ hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrate dar, sondern ist auch sozialmedizinisch insofern von Bedeutung, als gezeigt werden konnte, daß nach fünf Jahren 25 Prozent, nach zehn Jahren 65 Prozent, nach 14 Jahren 80 Prozent der Erkrankten arbeitsunfähig sind.

Neue Erkenntnisse der biochemischen und neuropharmakologischen Forschung haben den Einblick in die Pathophysiologie der extrapyramidalen Bewegungsstörungen wesentlich erweitert. Während unter physiologischen Bedingungen die extrapyramidale Motorik durch ein im biochemischen Fließgleichgewicht stehendes antagonistisches Neurotransmittersystem (Dopamin-Acetylcholin) reguliert wird, kommt es beim Parkinsonsyndrom durch den progredienten Untergang, vor allem der Melanin-haltigen Nervenzellen der Substantia nigra, zum Verlust nigrostriärer Bahnen. Damit fehlt die Dopamin-vermittelnde Hemmung des cholinergen Systems, und es kommt durch die cholinerge Präponderanz zur motorischen Hemmung und Tonuserhöhung mit den typischen klinischen Symptomen der Akinese und des Rigors. Beim Tremor handelt es sich wahrscheinlich um synchronisierte Pyramidenbahnimpulse infolge der fehlenden Hemmwirkung der Stammganglien auf den motorischen Vorderhornapparat. Nachdem erkannt war, daß bei dieser Erkrankung in den Basalganglien ein Mangel an Dopamin vorliegt, führte man therapeutisch L-Dopamin zu, wobei sich aber herausstellte, daß der überwiegende Teil der Substanz bereits in der Peripherie u. a. zu Noradrenalin metabolisiert wird. Diese Metaboliten

RECORSAN®

RECORSAN-HERZSALBE

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

Cor. nervos., coronaria und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g.-Valerian. 1,7g. Tinct. Convall. 0,8g. -Castor. 0,6g. Camph. 1,0g. Menthol. 0,5g. Nicotin. 0,155g. O.P. 30g DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

sind für eine Reihe von Nebenwirkungen verantwortlich. Es gelang jedoch durch die Entwicklung eines die Bluthirnschranke nicht penetrierenden Dekarboxylasehemmers (Benserazid, Carbidopa), die Konzentration von L-Dopa im Gehirn wesentlich zu erhöhen, wodurch auch die L-Dopadosis und die damit verbundenen Nebenwirkungen verringert werden konnten. Die durchschnittliche Dosis bei der L-Dopatherapie liegt zwischen 2 und 4 g, bei der Kombinationstherapie mit einem Dekarboxylasehemmer zwischen 0,5 und 1,5 g. Der Grad der jeweiligen erreichbaren Besserung ist individuell verschieden, wobei klinische Besserungen auch noch nach Monaten verzeichnet und nach Langzeitbeobachtungen übereinstimmend mit 70 Prozent angegeben wurden. Die besten Therapieerfolge werden innerhalb der ersten drei Behandlungsjahre, vor allem in Hinblick auf Rigor und die Akinese, erzielt. Danach kommt es langsam wieder zu einer Verschlechterung der Grundsymptomatik, wobei dann auch eine weitere Dosiserhöhung keinen Gewinn, sondern lediglich eine Verstärkung der Nebenwirkungen bringt. Dabei unterscheidet man zentrale und periphere Nebenwirkungen, wobei unter den zentralen Nebenwirkungen Hyperkinesien, Myoklonismen und Funktionspsychosen beobachtet werden.

Weitere moderne Parkinsonmittel stellen Dopaminantagonisten, wie Amantadin und Bromocriptin, dar, die meist in Form einer Kombinationstherapie mit L-Dopa verwendet werden. Die Wirkung beider Substanzen ist bis heute nicht eindeutig geklärt. Aufgrund der vorhandenen Langzeituntersuchungen kann geschlossen werden, daß die neuen Antiparkinsonmittel die Mortalität und Invalidität von Parkinson-Kranken um mehrere Jahre hinauschieben vermögen. Es kann zwar durch die angegebenen Therapeutika das Leiden in seiner Progredienz nicht aufgehalten, jedoch ein entscheidender Gewinn an Lebensqualität erzielt werden, wobei infolge der höheren Lebenserwartung nunmehr häufige dementielle Zustandsbilder als Ausdruck des fortschreitenden degenerativen Prozesses beobachtet werden.

Referent:

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

86. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Die Wiesbadener Rhein-Main-Halle war in der dritten Aprilwoche Treffpunkt von etwa 5000 Internisten aus dem In- und Ausland, die unter der Leitung von Professor E. Buchborn, München, ein Mammutprogramm von fast 400 Referaten und freien Vorträgen zu bewältigen hatten. Thematisch ging es u. a. um Themen aus der Nephrologie, um Präventivmedizin (am Beispiel des Hochdrucks) sowie um Nutzen und Gefahren des prophylaktischen Denkens und Handelns in der Medizin.

Aus dem Vortrag von Professor U. C. Dubach, Basel, über **toxisch-bedingte interstielle Nephritiden** war zu entnehmen, daß etwa 20 Prozent dieser Nephropathien heute durch Analgetikabusus verursacht werden. Wenn hierbei den Phenazetin-haltigen Analgetika eine besondere Bedeutung beigemessen wird, so ist dies nur teilweise berechtigt. Wenn Verdacht auf eine Analgetika-Nephropathie (= AN) besteht, kann die Untersuchung auf den Hauptmetaboliten des Phenazetin, nämlich auf N-Acetyl-Peraminophenol (NAPAP), zur Aufdeckung eines verborgenen Mißbrauchs Phenazetin-haltiger Schmerzmittel führen. Deshalb sollte diese Untersuchung regelmäßig in größeren Krankenhäusern und diagnostischen Laboratorien durchgeführt werden. Die Untersuchung auf Salizylate kann unter Praxisbedingungen mit Hilfe von Phenistix leicht vorgenommen werden.

Dubach vertrat den Standpunkt, daß die bei Menschen heute als häufige chronische Nierenkrankheit erkannte AN nicht leichthin als „Phenazetin-Nephritis“ bezeichnet werden sollte, denn die meisten Patienten nehmen eine Analgetikamischung ein. Man weiß, daß eine chronische AN oder eine Papillennekrose der Niere als Resultat eines Analgetikamißbrauchs bei einer Vielzahl von schmerzstillenden Mitteln vorkommen kann. Ein längerer Gebrauch von Phenazetin als Monosubstanz ist nicht bekannt, hingegen wurden wiederholt Patienten beschrieben, die lediglich Pare-

cetamol, den Hauptmetaboliten des Phenazetin, oder nur Aspirin über längere Zeit eingenommen haben. Wenn man lediglich Phenazetin als schädigende Komponente herausstellt, so kann dies zu der falschen Schlußfolgerung führen, daß die übrigen Komponenten in Analgetikamischungen unschädlich seien.

Die Therapie einer AN, so betonte Dubach, besteht im Verbot jeglicher Analgetika, im allfälligen Verschreiben von Tranquilizern sowie in der ärztlichen Führung des Patienten unter Kontrolle des Urins auf Metaboliten. Auch wenn vor einem längeren Gebrauch von Analgetika gewarnt werden muß, bestehe doch kein Grund zur Annahme, daß Schmerzmittel, auch Phenazetin-haltige, wenn sie kurzfristig (etwa bis zu 14 Tagen) mit Indikation und im Rahmen pharmakologischer Vorschriften eingenommen werden, zu irreversiblen Nierenschädigungen führen.

Professor A. Distler, Mainz, machte einige Angaben zur **Pathobiochemie der essentiellen Hypertonie**. Wenn von manchen Autoren ein erhöhter Plasma-Noradrenalin-Spiegel für die Hochdruckpathogenese in den Vordergrund gestellt wird, so gelte es zu bedenken, daß auch bei Patienten mit endogener Depression oder mit Hyperthyreose, die normoton sind, erhöhte Plasma-Noradrenalin-Spiegel vorkommen. Nach den Untersuchungen von Distler besteht bei Normotonikern sowie bei Patienten mit essentieller Hypertonie eine inverse Beziehung zwischen einem Indikator der Sympathikusaktivität, nämlich der Konzentration von Plasma-Noradrenalin während Ergometerbelastung, und der Empfindlichkeit gegenüber exogenem Noredrenalin.

Da etwa 60 bis 70 Prozent der Patienten mit essentieller Hypertonie normale Reninwerte aufweisen, während bei den anderen teils subnormale, teils erhöhte Werte gefunden werden, wurde die eine zeitlang vermutete Bedeutung des Renin-Angiotensin-Systems für die Pathogenese

des Bluthochdrucks angezweifelt. Nachdem es jedoch mit dem neuen „Converting-Enzym-Inhibitor“ Captopril gelungen ist, bei der Mehrzahl der essentiellen Hypertoniker deutliche Blutdrucksenkungen zu erreichen, muß nach Ansicht des Vortragenden die Bedeutung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems für die Pathogenese dieser Hochdruckform erneut überdacht werden.

In seinem Vortrag über **Diagnostik und Therapie der sogenannten Grenzwerthypertonie** gab Dozent Dr. E. Held, München, zu bedenken, daß die sich nur am Blutdruckwert orientierende Definition kritikbedürftig ist, denn sie läßt offen, ob es sich um Gelegenheits- oder Wiederholungsmessungen handelt. Außerdem wird das Alter nicht berücksichtigt, wodurch junge Probanden fälschlicherweise noch dem normotonen und alte unnötigerweise schon dem hypertonen Bereich zugeordnet werden. Wenn die Festlegung der diastolischen Grenze zur manifesten Hypertonie zwischen 95 und 100 mm Hg schwankt, so werden durch diesen zunächst gering erscheinenden Spielraum dennoch fast 50 Prozent der Hypertoniker entweder dem Grenzwertbereich oder dem Bereich manifeste bzw. milder Hypertonie zugeordnet. Dies bringt nicht unerhebliche therapeutische Konsequenzen mit sich.

Das Postulat, wonach wegen früh einsetzender irreversibler Gefäßschäden eine Hypertonie grundsätzlich in ihrem Beginn behandelt werden sollte, ist nach Ansicht von Held nur sinnvoll, wenn geklärt ist, ob eine antihypertensive Pharmakotherapie bei ausreichend großem Kontrollintervall und Verlaufszeitraum auch bei Einschluß jüngerer Personen die kardiovaskuläre Mortalität senkt und eventuell arteriosklerotisch bedingte Krankheitsmanifestationen verhindert oder zumindest verzögert.

Zu dieser wichtigen Frage wurde Ende 1979 ein zwar noch unvollständiges, aber doch bereits als wegweisend angesehenes Ergebnis des Hypertension Detection and Follow up Program (HDFP) publiziert. Mehr als 7800 Hochdruck-Patienten mit milder oder grenzwertiger Hypertonie (diastolisch 90 bis 104 mm Hg) wurden nach Randomisierung entweder der üblichen Behandlung durch Hausärzte zugeführt oder in ein spezielles Hypertoniezentrum

überwiesen, wo das Hauptgewicht in der antihypertensiven Pharmakotherapie bestand. Nach fünfjähriger Dauer ergaben sich bei den intensiv Behandelten (gegenüber den üblicherweise Behandelten) als Hauptbefunde:

– Blutdrucknormalisierung in 64 Prozent (gegenüber 43 Prozent)

– Mittlerer diastolischer Druckabfall von 96 auf 83 mm Hg (gegenüber 96 auf 88 mm Hg)

– Rückgang der Gesamtmortalität um 20 Prozent, speziell der kardiovaskulären Mortalität um 26 Prozent

Die Prophylaxe bakterieller Infektionen war das Thema von Professor W. Siegenthaler, Zürich, der mit dem Hinweis begann, daß keine anderen so potenten, teuren, aber auch mit Nebenwirkungen belasteten Substanzen so oft kritiklos eingesetzt werden wie die Antibiotika. Nicht selten überdeckt der Vorwand der Prophylaxe diagnostische und therapeutische Unsicherheiten. So habe eine Untersuchung an einer chirurgischen Klinik ergeben, daß 58 Prozent der durchgeführten Infektprophylaxen nicht indiziert und die übrigen 42 Prozent zwar indiziert waren, aber bezüglich der Anwendung des Antibiotikums und der Dauer der Prophylaxe nicht richtig durchgeführt wurden. Eine der häufigsten Fehlindikationen ist die Chemoprophylaxe bei Dauerkatheträgern, die das Entstehen einer Bakteriurie nicht verhindern kann und die Selektion von resistenten Bakterien im Urin fördert.

Für die nichtchirurgische Chemoprophylaxe bakterieller Infektionen hat die amerikanische Veterans Administration 1977 folgende gesicherte oder zumindest sehr wahrscheinliche nützliche Indikationen angeführt:

Rheumatisches Fieber (Streptokokkeninfekt)

Rezidivprophylaxe des rheumatischen Fiebers

Meningokokken-Meningitis

Tuberkulose

Endokarditis

Granulozytopenie

Bei der Besprechung der verschiedenen Indikationen erwähnte Siegenthaler, daß die Cotrimoxazol-Prophylaxe des rezidivierenden, symptomatischen Harnwegsinfekts bei

der Frau eine optimale Maßnahme darstellt, deren Nutzen gesichert, deren Risiko vernachlässigbar ist und deren Kosten gering sind. Zur Durchführung der Cotrimoxazol-Prophylaxe hat es sich als ausreichend erwiesen, eine halbe Tablette der handelsüblichen Präparate dreimal wöchentlich vor dem Schlafengehen zu nehmen, wenn häufig rezidivierende Harnwegsinfekte bei ansonsten gesunden und nichtschwangeren Frauen auftreten.

In seinem Vortrag über **prophylaktische Maßnahmen in der Gastroenterologie** wies Professor K. Ewe, Mainz, darauf hin, daß der Dickdarmpolyp eine potentielle Vorstufe des kolorektalen Karzinoms ist. Zwar wird nicht jeder Polyp zum Karzinom, man schätzt das Verhältnis auf 10 : 1, wobei der Zeitraum bis zur malignen Entartung Jahre bis Jahrzehnte betragen kann. Hier liegt jedoch die große Chance für eine Karzinomprophylaxe. Wenn man der Theorie über die Polypenkarzinomfrequenz folgt, bedeutet jeder entfernte Polyp ein verhindertes Karzinom. Mit dem Anfang 1977 in die gesetzliche Krebsvorsorge in der Bundesrepublik eingeführten Haemoccult-Test gelingt es einmal, zwei Drittel bis drei Viertel der Karzinome aufzuspüren, aber auch etwa 50 Prozent aller größeren Polypen, welche dann endoskopisch abgetragen werden können. Wie sich dies auf die Rate von Rektumkarzinomen auswirken kann, hat Gilbertsen in einer umfangreichen Studie dargelegt: Er hat mehr als 18 000 Patienten über 25 Jahre lang jährlich rektoskopiert und alle Polypen abgetragen, deren er habhaft werden konnte. Statistisch wären in diesem Zeitraum 75 bis 80 Rektumkarzinome zu erwarten gewesen, es wurden aber nur elf gefunden, alle in einem frühen Stadium.

Die Mehrzahl der **Kurzvorträge** des Wiesbadener Internistenkongresses war sehr speziellen Themen gewidmet (Beispiel: „Xenotransplantation menschlicher Dickdarmkarzinome in thymuseplestische Nacktmäuse und deren Chemotherapie“). Daneben gab es aber einige Beiträge, die das Interesse des niedergelassenen Allgemeinarztes und Fecharztes beanspruchen könnten.

So war zu erfahren, daß

– die Eliminationshalbwertszeit von Diazepam (Valium) und seines Meta-

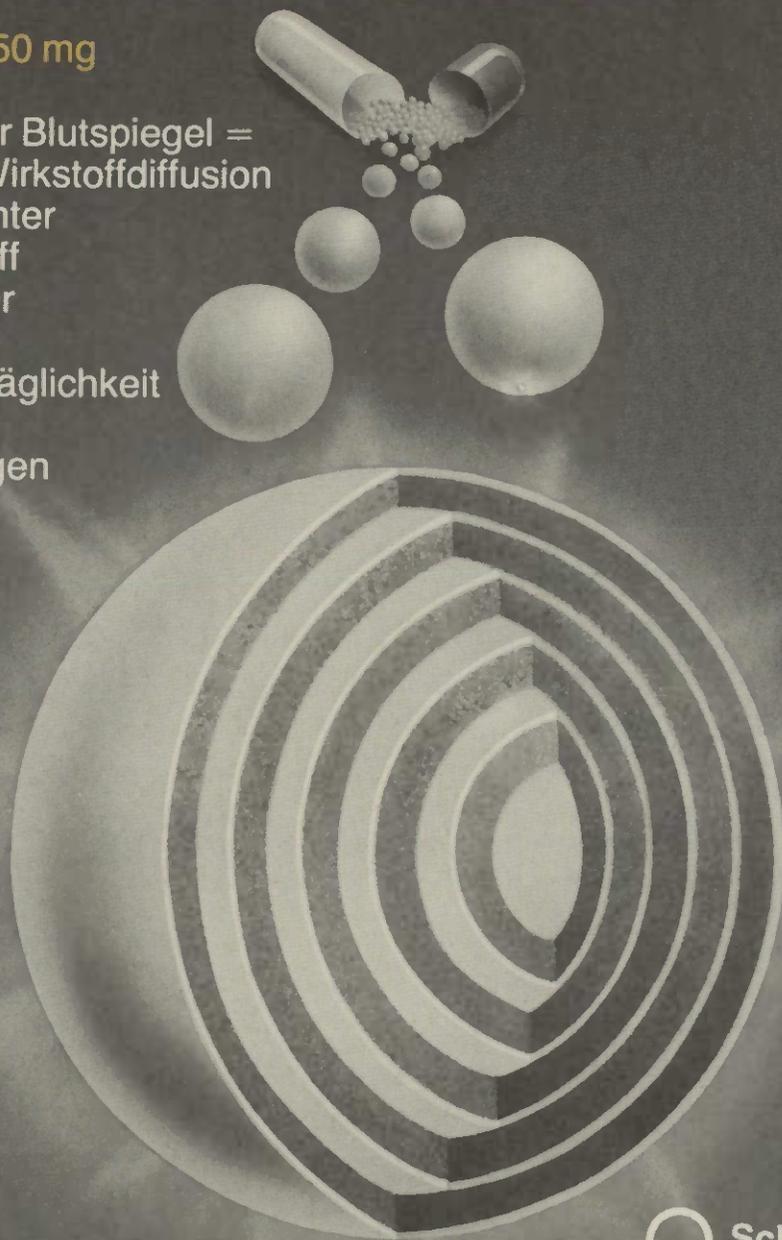
Remicyclin[®]

das Dosis-reduzierte Depot-Tetracyclin

Tagesdosis 750 mg

Gleichmäßiger Blutspiegel =
verbesserte Wirkstoffdiffusion
und permanenter
Wirkstoffangriff
auf die Erreger

Bessere Verträglichkeit
verminderte
Nebenwirkungen



 **Schaper & Brümmer**
Salzgitter · Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Zusammensetzung:

1 Kapsel enthält 250 mg Tetracyclinhydrochlorid in Depotform.

Indikationen:

Remicyclin ist ein Breitspektrumantibiotikum und wirkt gegen alle Erreger, die von Tetracyclin beeinflusst werden.

Kontraindikationen:

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

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

Dosierung:

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

Nebenwirkungen:

Magen- und Darmlörungen - wie weiche voluminöse Stühle, vermehrte Stuhleentleerungen, leichte Diarrhöen - und Photo-dermatosen werden bisweilen beobachtet. Weitere Nebenwirkungen können Erbrechen, Brechreiz, Fieberschübe, Icterus, Hamatome, Melaena, Azolämie und Verlängerung der Prothrombinzeit sein, die zu einem Absetzen des Präparates führen können.

Besondere Hinweise:

Bei Kindern unter 12 Jahren ist Remicyclin nicht anzuwenden.

Handelsformen:

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

boliten mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt, gleichzeitig nimmt das mittlere Verteilungsvolumen zu, während die totale Diazepam-Clearance nur geringfügig beeinflusst wird. Diese altersbedingte Änderung der Kinetik ist bei Männern besonders ausgeprägt, weshalb zur Verhinderung von Akkumulation eine Dosisreduktion dieses Tranquillizers im höheren Alter zu empfehlen ist (Dr. G. Ochs, Bonn);

– Farbsehstörungen unter Digoxintherapie häufiger vorkommen, als dies allgemein angenommen wird. Sie sind bei einem Viertel der Patienten bereits bei therapeutischen Digoxinspiegeln nachweisbar, im Bereich toxischer Konzentrationen steigt die Häufigkeit auf 80 Prozent an, wobei zwischen Beta-Methyl-Digoxin und Beta-Acetyl-Digoxin offenbar keine Unterschiede bestehen. Da solche Farbsehstörungen zu Fehlleistungen

im Alltag führen und auch die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen können, sollten sie entsprechend berücksichtigt werden (Dr. R. Alken, Frankfurt/Main);

– Domperidon (Motilium), welches die Motilität des Gastrointestinaltrakts anregt, die Heilungsrate des Magengeschwürs erhöht und rascher zur Beschwerdefreiheit führt als Placebo. Bisher ist ungeklärt, ob dieser Effekt durch eine Beschleunigung der Magenentleerung (Verkürzung der Kontaktzeit zwischen Ulkus und Säure bzw. Pepsin) oder durch eine Verringerung des duodenogastrischen Refluxes zustande kommt. Hinsichtlich der vollständigen Ulkushheilung konnte in einer Placebo-kontrollierten Doppelblindstudie zwischen Domperidon und Placebo kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (Professor T. R. Weihrauch, Mainz);

– eine konservative Behandlung der Refluxösophagitis mit Cimetidin (Tagamet) nur in etwa 20 Prozent zu einer vollständigen Abheilung führt. Sie ist am ehesten bei niedrigem endoskopischen Schweregrad I und II (einzelne runde oder lineare, oberflächliche Erosionen) der Ösophagitis zu erwarten. Patienten mit einer komplizierten Ösophagitis sollten unmittelbar einer chirurgischen Behandlung zugeführt werden, solange keine besseren konservativen Methoden zur Verfügung stehen. Nach wie vor ist die Endoskopie die Basis für jede therapeutische Entscheidung, wobei der makroskopische Befund das wichtigste Entscheidungskriterium darstellt (Dr. A. Sonnenberg, Düsseldorf).

Referent:

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

**DIE BAYERISCHE LANDESÄRZTEKAMMER VERANSTALTET
MIT DEM ÄRZTLICHEN BEZIRKSVERBAND SCHWABEN 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 Straße 10, Kongreßhalle - Mozartsaal

Zeit: Samstag, 19. Juli 1980

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

Noch mehr Sicherheit für den Herzpatienten



Das umfassende Herzmittel-Programm von Boehringer Mannheim

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

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

Personalia



Foto: Fritz Kuhn, München

Dr. med. Erwin Stetter 65 Jahre

Der Vorsitzende der KV-Bezirksstelle Oberpfalz, unser Kollege Erwin Stetter, Prechtstraße 9, 8450 Amberg, kann am 13. Juli seinen 65. Geburtstag feiern. Der Jubilar, ein gebürtiger Oberfranke, wurde nach seinem Abitur 1934 wegen hervorragender Leistungen in das Maximilianeum aufgenommen. Er entschied sich für den Dienst als aktiver Offizier und wurde im zweiten Weltkrieg fünfmal, davon einmal schwer verwundet. Zuletzt Major im Generalstab, mußte er wie viele seiner Kameraden nach dem Kriege eine neue Existenz aufbauen. Er studierte in Bonn und Erlangen Medizin und promovierte 1951. Nach mehreren Jahren Tätigkeit im Krankenhaus begründete Erwin Stetter seine Praxis als praktischer Arzt in Amberg. Dort ist er auch heute noch tätig, seit einigen Jahren in Gemeinschaftspraxis mit seinem Sohn.

Seit 1955, also nunmehr ein Vierteljahrhundert, widmet Kollege Stetter Freizeit und Arbeitskraft der ärztlichen und kassenärztlichen Selbstverwaltung. Ärztlicher Kreisverband Amberg, Ärztlicher Bezirksverband Oberpfalz, Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, KV-Bezirksstelle Oberpfalz, Vertreterversammlung und Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sind Stationen seines Wirkens. Seit 1975 leitet er als Vorsitzender die KV-Bezirksstelle Oberpfalz. Auch der bayerische Hartmannbund weiß Erwin Stetter seit 1955 als wertvollen Mitarbeiter zu schätzen.

Wer Erwin Stetter würdigen will, kann sich nicht darauf beschränken, die Abschnitte seiner berufspolitischen Laufbahn darzustellen und auf die große Leistung hinzuweisen, die dahintersteht. Was uns mit diesem Kollegen so besonders verbindet, ist seine Menschlichkeit, seine Toleranz, seine aufrichtige Freundschaft und sein Humor. Erwin Stetter gehört zu den Kollegen, mit denen zusammenzuarbeiten eine aufrichtige Freude ist, deren Freundschaft zu besitzen, man zu den besonders positiven Eindrücken des eigenen Lebensweges zählen kann. Ihn als Schriftstellerarzt zu würdigen, darf getrost den Kollegen überlassen bleiben, in deren Wiege gleich ihm die Lust und die Begabung zum „Fabulieren“ gelegt worden ist.

Unser Wunsch ist es, diesen prächtigen Kollegen noch lange in unserer Mitte zu haben.

Professor Dr. Sewering

Bayerischer Verdienstorden

Am 12. Juni 1979 überreichte der Bayerische Ministerpräsident Dr. Franz Josef Strauß an nachstehend aufgeführte Ärzte den Bayerischen Verdienstorden:

Professor Dr. med. Hans Blömer, Direktor der I. Medizinischen Klinik und -Poliklinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80;

Professor Dr. med. Dr. phil. Siegfried Borelli, Direktor der Dermatologischen Klinik und -Poliklinik der Technischen Universität München, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40;

Dr. med. Fritz Flath, MdL, Allgemein- arzt, Neuenmuhler Weg 10, 8823 Altenmuh;

Dr. med. Ernst Holzer, Chefarzt der 4. Medizinischen Abteilung im Städtischen Krankenhaus München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München 40;

Professor Dr. med. Werner Kliner, Direktor der Herzchirurgischen Klinik der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70;

Professor Dr. med. Werner Rudolph, Direktor der Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen, Deutsches Herzzentrum München, Lothstraße 11, 8000 München 2;

Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Josef Ströder, Direktor der Kinderklinik und -Poliklinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Professor Dr. med. Hens-Joachim Florian, Wendelsteinstraße 7, 8021 Großhesselohe;

Obermedizinalrat a. D. Dr. med. Dietrich Klug, Blumenstraße 28, 8013 Haar.

Fakultät

München - Universität

Professor Dr. med. Wolfgang Forth, bisher ordentlicher Professor an der Ruhr-Universität Bochum (Pharmakologie), wurde zum Professor-C 4 (Ordinarius) ernannt.

Professor Dr. med. Karlekkehard Kazner, Neurochirurgische Klinik, wurde zum Professor-C 4 (Ordinarius) an der Freien Universität Berlin ernannt.

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Michael Illert, Physiologisches Institut; Privatdozent Dr. med. Gebhard von Jagow, Institut für Physiologische Chemie und Physikalische Biochemie; Privatdozent Dr. rer. nat. Wolfgang Krietsch, Institut für Physiologische Chemie und Physikalische Biochemie.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. Heiko Denecke für Chirurgie; Dr. med. Wolfgang Müller-Holve für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Zum Akademischen Oberrat wurden ernannt: Dr. rer. nat. Gundolf Beier, Institut für Rechtsmedizin; Dr. med. Leo Wallrapp, Chirurgische Klinik.

Zum Akademischen Rat z. A. wurden ernannt: Dr. med. Brigitte Carrier, Kinderchirurgische Klinik; Dr. rer. nat. Ernst Schmidbauer, Physiologisches Institut.



**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 Bau-
finanzierung 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 ange-
sprochen 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 pri-
vaten 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.

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



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, Schwannthalerstr. 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 aber um aktuelle Informationen zum Thema Baufinanzierung - Vorteile, Kosten.

Schrift:

Anfang vom Ende für die Transparenzliste?

von Dr. jur. Gerhard TILL, München

Bekanntlich fehlt es dem Kassenarzt bei seiner Arzneimittelverordnung nicht an „Listen“, die ihm mehr oder minder hilfreich die Auswahl auf dem üppigen Arzneimittelmarkt der Bundesrepublik unter therapeutischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten erleichtern sollen. Im April hat nun das Oberverwaltungsgericht Berlin eine bedeutsame Entscheidung in Sachen Transparenzliste gefällt.

Konkreter Anlaß für diesen Rechtsstreit war die Vergabe bestimmter Qualitätskennzeichen durch die Transparenzkommission, die sich auf die Identität, Reinheit, Gehalt, Freisetzung, Haltbarkeit und Bioverfügbarkeit der Fertigarzneimittel für das Indikationsgebiet koronare Herzerkrankungen bezogen. Dabei sollten diese Kennzeichen auf eine Qualität hinweisen, die über die für die Verkehrsfähigkeit des Medikaments erforderlichen Mindestanforderungen hinausgeht. Zu diesem Zweck wurden die Hersteller aufgefordert, der Kommission Unterlagen über die therapeutische Wirksamkeit und die pharmazeutische Qualität zur Verfügung zu stellen. Die Vergabe eines Qualitätskennzeichens erfolgte nach dem Ergebnis einer Prüfung über die Plausibilität der eingereichten Unterlagen. Stellte das Pharmaunternehmen keine Unterlagen zur Verfügung, war vorgesehen, das Medikament ohne Qualitätskennzeichen in die Liste aufzunehmen.

Letzteres wiederum rief einen betroffenen Arzneimittelhersteller, der die umsatzschädigenden Auswirkungen für sein Medikament beim Fehlen eines Qualitätskennzeichens befürchtete, auf den Plan. Auf dessen Antrag hin erließ in zweiter Instanz das OVG Berlin eine einstweilige Verfügung, mit der der Bundesrepublik Deutschland (die Transparenzkommission ist eine Einrichtung des Bundesgesundheitsministers beim Bundesgesundheitsamt Berlin) untersagt wurde, in der Transparenzliste für das Indikationsgebiet koronare Herzerkrankungen Qualitätskennzeichen zu veröffentlichen, wenn Arzneimitteln diese Qualitätskennzeichen versagt werden, ohne daß nachprüfbar wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, die diese Vergabung rechtfertigen.

Das Gericht geht davon aus, daß gewerbliche Erzeugnisse in einem öffentlichen Warenvergleich nicht in ihrem Wert herabgesetzt werden dürfen, wenn sich die Kritik nicht auf zureichende sachliche Gründe stützen kann. Es führte aus: „Werden in einer Transparenzliste für Fertigarzneimittel Qualitätskennzeichen vergeben, die auf eine über die für die Verkehrsfähigkeit erforderlichen Mindestanforderungen hinausgehende Qualität hinweisen sollen, so erscheinen die nicht mit Qualitätskennzeichen versehenen Erzeugnisse gegenüber den ausgezeichneten Erzeugnissen als minderwertig.“

Weiter wird festgestellt, daß der Transparenzkommission eine gesetzliche Grundlage fehlt, den Arzneimittelhersteller zu verpflichten, in irgendeiner Weise an der pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz des Arzneimittelmarktes mitzuwirken. Insbesondere können keine Angaben über die Fertigarzneimittel und deren laufende Qualitätssicherung gefordert werden. Das Gericht ist der Auffassung, daß es vielmehr Sache der Transparenzkommission sei, sich – erforderlichenfalls durch eigene oder durch von ihr in Auftrag gegebene Untersuchungen – die notwendigen wissenschaftlich begründeten Kenntnisse über die pharmazeutische Qualität und biologische Verfügbarkeit des Arzneimittels zu verschaffen, wenn sie diese Arzneimittel unter den vorgenannten Qualitätsmaßstäben miteinander vergleichen und das Ergebnis mit wettbewerbspolitischer Zielsetzung veröffentlichen will. Diesen Schwierigkeiten darf die Transparenzkommission auch nicht dadurch ausweichen, daß sie die betreffenden Arzneimittel überhaupt nicht in die Transparenzliste aufnimmt. Denn wenn schon eine amtliche Übersicht über die auf dem Markt befindlichen Medikamente eines Indikationsgebiets erstellt und veröffentlicht wird, so hat ein Hersteller auch Anspruch darauf, mit seinen Präparaten aufgeführt zu werden.

Die Feststellungen des Gerichts trafen Bundesregierung und Transparenzkommission nicht ganz überraschend. Verfassungsrechtliche Zweifel an der Bildung und dem Verfah-

ren der Kommission waren schon zuvor laut geworden. Nicht nur ein ehemaliges Kommissionsmitglied hatte derartige Rechtsbedenken erhoben. Ein Abgeordneter der FDP-Bundestagsfraktion veranlaßte ein Rechtsgutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags, das im Februar dieses Jahres vorgelegt wurde. Jenes Gutachten gelangte zu dem Ergebnis, daß bereits die Bildung einer solchen Transparenzkommission mit behördlichem Charakter nur durch formelles Gesetz, das heißt durch ein in dem verfassungsrechtlich vorgesehenen Gesetzgebungsverfahren zustandegewonnenes Gesetz, erfolgen könne. Darüber hinaus unterliege eine hoheitliche Tätigkeit, wie sie die Transparenzkommission ausübt, stets dem Gesetzesvorbehalt, wenn und soweit sie in die verfassungsmäßig geschützte Rechtssphäre Betroffener (hier Arzneimittelhersteller) eingreift.

Der Beschluß deutet nunmehr also schwerwiegende Konsequenzen für die künftige Tätigkeit, ja für den Fortbestand der Transparenzkommission an. Es erscheint mehr als fraglich, ob diese Einrichtung ihre über einen reinen Preisvergleich hinausgehende Zielsetzung weiterhin noch verwirklichen können. Mit der Auflage, notfalls ohne die Hilfe der pharmazeutischen Industrie, ohne deren Forschungs- und Entwicklungsergebnisse, ohne deren Qualitätsunterlagen eine über die arzneimittelrechtlichen Mindestanforderungen hinausgehende pharmazeutische Qualität und biologische Verfügbarkeit durch hinreichend fundierte, wissenschaftliche Erkenntnisse festzustellen, dürfte diese Kommission oder eine andere von ihr beauftragte Stelle schlicht überfordert sein. Die Bundesregierung steht jetzt vor der konkreten Frage, die Transparenzkommission ohne den notwendigen rechtlichen Rückhalt ihrem Schicksal zu überlassen oder als gesetzliche Institution, als Bundesoberbehörde, zu etablieren. Staatssekretär Zander vom Bundesgesundheitsministerium konnte sich auf Anfrage aus dem Bundestag, welche Konsequenzen die Bundesregierung aus der Entscheidung zu ziehen gedenke, allerdings noch nicht schlüssig werden, ob schon dieser erste Gerichtsbeschluß in einem vorläufigen Verfahren zur Grundlage für grundsätzliche Entscheidungen hinsichtlich der Transparenzkommission genommen werden sollte.

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Wir empfehlen Ihnen, sich in jedem Fall vor Ihrer Niederlassung mit der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Verbindung zu setzen und sich wegen der Möglichkeiten und Aussichten einer kassenärztlichen Tätigkeit beraten zu lassen. Dort erfahren Sie auch, wo und in welchem Umfang Förderungsmöglichkeiten bestehen.

Oberfranken

Coburg-West:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Himmelkron, Lkr. Kulmbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof-Neuhof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Michelau, Lkr. Lichtenfels:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neustadt b. Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Schwarzenbach/Seale, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weidenberg, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Augenarzt

Bamberg:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Orthopäde

Kronach:

1 Urologe

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

Unterfranken

Großostheim, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbrits, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Eltmann, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rauhenebrech, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kleinheubach, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ostheim v. d. Rhön,

Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schweinfurt,

Stedteila Deutschhof/Hochfeld-Steinberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadtteil Bergl:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenerzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:

1 Augenarzt

Haßfurt/oder Ebern, Lkr. Heßberge:

1 HNO-Arzt

Karlstadt oder Marktheidenfeld, Lkr.

Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Heßberge:

1 Heutarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Nervenerzt

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

Oberpfalz

Frelhung, Lkr. Amberg-Weizsach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Fuchsmühi, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Leonberg, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neukirchen-Balbini, Lkr. Schwend-

dorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Pechbrunn, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Weizsach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Vilseck, Lkr. Amberg-Weizsach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Amberg:

1 Heutarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hauterzt

Weiden:

1 Hautarzt

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

Niederbayern

Roßbach, Lkr. Rottal-Inn:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Viechtach, Lkr. Regen:

1 Augenerzt

Deggendorf-Stadt:

1 Hautarzt

Dingolfing-Stedt:

1 Heutarzt

Regen-Stadt:

1 Hautarzt

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

Schwaben

Eurasburg, Lkr. Alchach-Friedberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Höchstädt/Donau, Lkr. Dillingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Wandel der Frauenpolitik

Kaum ein politisches Gremium, das sich nicht den differenzierten „Frauenproblemen“ zuwendet: das Europäische Parlament befaßt sich mit eingehenden Studien über den „Rollenwandel“ der Frau in Familie und Gesellschaft, „Beschäftigungs- und Ausbildungsfragen“ sowie „Rechte der Frauen“; – im Bundestag steht an, das Bürgerliche Gesetzbuch durch neue Paragraphen zu ergänzen, um die Gleichberechtigung der Frau im Arbeitsleben zu fixieren; – alle Parteien ziehen Konsequenzen aus der Tatsache, daß nach Umfrageergebnissen die Gleichberechtigung im Berufsleben in den letzten zehn Jahren sich trotz und möglicherweise sogar wegen vielfältigen gesetzgeberischen Maßnahmen nicht zum Positiven gewandelt hat: 1969 hielt sich in der Bevölkerung die Gruppe, die den Frauen Chancengleichheit einräumte, die Waage mit jener, die Männer als bevorzugt ansehen. 1979 hat nur noch jeder vierte Mann und jede zehnte Frau die Chancengleichheit bejaht, jeder zweite Mann und drei von vier Frauen sahen die Männer bevorzugt.

Unsicherheit und Unzufriedenheit ergreift junge Mädchen und ihre Eltern: die Rolle der Hausfrau und Mutter ist in Mißkredit gebracht, wirtschaftlich unerträglich benachteiligt; die Ausbildungsmöglichkeiten konzentrieren sich auf traditionelle Berufsbilder, vor „typisch männlichen“ Berufen sind Hürden aufgebaut; in einer zunehmend technisierten und damit männlichen Arbeitswelt gibt es offenbar nur in „Hilfsbereichen“ für Frauen ökologische Nischen, allenfalls ein Mauerblümchendasein, geringe Aufstiegschancen. Immer größer wird die Gruppe jener Personen, die zwischen den beiden Übeln einer immer ungerechter werdenden Familienpolitik sich dafür entscheiden, steuerzahlende Doppelverdiener zu sein, anstatt das Mehrfache der Steuer für Kindererziehung und -bildung aufzuwenden. Die höhere Arbeitslosigkeit bei Frauen und der Mangel an adäquaten Teilzeitschäftigungen sind nun schon geraume Zeit ein Faktum.

Natürgemäß potenzieren sich die verschiedenen Probleme in der Gruppe der jüngeren Frauen. Und sie beeinflussen ihre Wahlentscheidung für die politischen Parteien. Damit wird die Gruppe der jüngeren Frauen, die selbstbewußter und politisch interessierter als ihre älteren Geschlechtsgenossinnen geworden sind, die Zielgruppe schlechthin beim Buhlen um Wählerstimmen. Spektakuläre parteipolitische Auftritte, wie etwa das Hearing der SPD-Fraktion im Bayerischen Landtag zur Schaffung einer „Gleichstellungsstelle“ in der Staatskanzlei oder einem Ministerium, haben Wahlkampffunktion. Als Beispiel dienen ähnliche Einrichtungen der Bundes- und einiger Länderregierungen. Ihre personelle und finanzielle Ausstattung und vor allem der eingeeengte Kompetenzbereich machen deutlich, wie wenig ernst es den Politikern damit ist, Frauenprobleme in die Verantwortung von Politikerinnen zu geben. Das Argument, daß Frauen Politikerinnen mißtrauen, scheint widerlegt: mehr als eine Kommunalpolitikerin verdankt ihren Senkrechstart aus aussichtsloser Position ihrem Engagement für Frauenfragen.

Die Probleme der Ärztinnen unterscheiden sich nicht grundsätzlich: obwohl zu den traditionellen Frauenberufen zählend und in anderen Län-

dern zunehmend von Frauen ausgeübt, sinkt hierzulande der Anteil. Im Studium zu ca. ein Drittel vertreten, schrumpft der Anteil bei der Berufsausübung auf ein Fünftel. Der Prozentsatz der Rückkehr in den Beruf aus dem Familienbereich ist denkbar gering und wird auf Randbereiche abgedrängt. Ohnehin in typisch männlichen Arbeitsbereichen – wie den operativen Fächern – offen unerwünscht, werden sie in der Weiterbildung auch in ihren traditionellen ökologischen Nischen wie Kinderheilkunde, Gynäkologie und Anästhesie verdrängt. Die standespolitischen Statistiken schweigen über diese Entwicklung, in ärztlichen Verbänden ist davon nie die Rede. Die konstante Situation, eine Minderheit zu sein, gibt nicht einmal die Möglichkeit angemessener Repräsentanz in den standespolitischen Gremien. Hier und da gibt es eine Alibi-Kollegin. Aus Kandidatenlisten werden sie offen durch „Stammhalter“ verdrängt, vom Wahlsystem sind sie eindeutig benachteiligt.

Alle Initiativen im öffentlichen und politischen Leben den Auftrag des Grundgesetzes zu Gleichberechtigung und Gleichstellung der Frau in allen Lebens- und Berufssituationen sind deshalb zu begrüßen. Nur so kann es dahin kommen, daß Regierungen und auch verantwortliche Selbstverwaltungsorgane ihre Aufgabe wahrnehmen, und nur dann kann erwartet werden, daß dem politischen Engagement von Ärztinnen eine gleiche Chance gegeben wird.

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

Information zu den „Stern“-Artikeln: „Das Geschäft mit der Abtreibung“ und „Abtreibungsskandal“

(Nr. 23 vom 19. 5. 1980 und Nr. 24 vom 4. 6. 1980)

In den beiden zitierten „Stern“-Artikeln werden drei bayerische Ärzte namentlich genannt, die mit einer Wiener praktischen Ärztin, Dr. Mihaela Radauer, zusammengearbeitet und Patientinnen in ihre Abtreibungs-Praxis geschickt haben sollen.

Die jeweils zuständigen Ärztlichen Kreisverbände haben sich nach Veröffentlichung unverzüglich mit diesen Ärzten in Verbindung gesetzt und eine Stellungnahme zu den Angaben im „Stern“ verlangt, um dann gegebenenfalls in die berufsaufsichtliche Prüfung einzutreten.

Gegen die hier genannten Ärzte sind laut Pressemeldungen auch staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren im Gange. Die Ärzte ihrerseits haben nach unserer Kenntnis zivilrechtliche Schritte gegen den „Stern“ eingeleitet.

Akademiker ohne Arbeit

Im kommenden Jahrzehnt werden lediglich ein Drittel bis etwa die Hälfte der Hochschulabsolventen ausbildungsadäquate Arbeitsplätze finden. Zu dieser Überzeugung kam der bayerische Arbeitsminister Dr. Fritz Pirkl bei der Vorlage einer Analyse über die „Akademikerarbeitslosigkeit“ in Bayern. Auch Präsident Josef Stingl von der Bundesanstalt für Arbeit sorgt sich um die Akademikerschwemme, die für Ende der 80er Jahre aufgrund der Expansion des Bildungssystems erwartet wird. Auf der Jahresversammlung der Westdeutschen Rektorenkonferenz wies er darauf hin, daß der öffentliche Dienst, der Mitte der 70er Jahre vor allem im Bildungsbereich noch bis zu 60 Prozent des Neuzugangs an Akademikern untergebracht habe, nur noch beschränkt aufnahmefähig sei. Einer deutlichen Personalvermehrung im öffentlichen Dienst stehe auch die angespannte Haushaltssituation entgegen. Zudem seien vor allem für Geisteswissenschaftler die vorhandenen Planstellen in Verwaltung, Schulen und Hochschulen größtenteils bereits mit jungen Leuten besetzt, so daß auch vom altersbedingten Ersatzbedarf keine Entlastung des Arbeitsmarktes erwartet werden könne. Während auch der Präsident des Bundesverbandes der Deutschen Industrie, Rolf Rodenstock, von einem bedrohlichen Anstieg von arbeitslosen Akademikern in bestimmten Bereichen sprach, beurteilte Staatssekretär Günter Hartkopf vom Bundesinnenministerium die Beschäftigungssituation für Hochschulabsolventen in überschaubarer Zukunft als generell günstig. Er warnte vor übertriebenem Pessimismus und kritisierte parteiisch motivierte Kassandrarufer über Heere arbeitsloser Akademiker.

Nach der vom Arbeitsministerium vorgelegten Analyse, die auf Daten der Bundesanstalt für Arbeit beruht, stellt sich die Situation der arbeitslosen Akademiker in Bayern heute so dar: Zwischen September 1974 hat sich die Zahl der Arbeitslosen mit Hochschulabschluß mehr als verdoppelt. Gleichzeitig erhöhte sich die Zahl arbeitsloser Fachhochschüler um 37 Prozent. Pirkl wies allerdings darauf hin, daß die Arbeitslosigkeit

bei beiden Gruppen deutlich unter der allgemeinen Quote liege und die niedrigste aller Qualifikationsebenen sei. Die Akademikerarbeitslosigkeit erweise sich so als Teilaspekt. Wenn er sie trotzdem herausgreife, so aus drei Gründen: Die Akademikerarbeitslosigkeit habe seit 1978 leicht ansteigende Tendenz, der allgemeine volkswirtschaftliche Verlust erweise sich bei ihr besonders groß und die Aussichten auf dem Akademikerarbeitsmarkt erscheinen selbst bei einer günstigen Konjunktorentwicklung relativ trüb und beunruhigend.

Das Spezifische an der Akademikerarbeitslosigkeit ist nach Angaben Pirkl heute in weit höherem Maße als noch vor wenigen Jahren ein Problem des Frauenarbeitsmarktes. Dies sei auf einen „emanzipatorischen Nachholbedarf“ der studierwilligen Mädchen im akademischen Bereich zurückzuführen. Gleichzeitig sei der Arbeitsmarkt für Akademiker äußerst eng geworden: Wie Stingl wies Dr. Pirkl in diesem Zusammenhang auf den kaum mehr aufnahmefähigen Bildungssektor, auf die Situation im öffentlichen Dienst und schließlich auf die Tatsache hin, daß sowohl in der Wirtschaft als auch im öffentlichen Dienst die meisten Akademikerstellen mit vergleichsweise jungen Einstelljahrgängen besetzt seien.

Diese Entwicklung treffe vor allem Frauen mit Hochschulabschluß, zumal sich deren Tätigkeitswünsche hauptsächlich auf den öffentlichen Dienst konzentrieren. Dies zeige der innerhalb der letzten fünf Jahre von 29 auf 43 Prozent gestiegene Anteil der Frauen unter den Arbeitslosen und vor allem auch ihre berufsfachliche Aufgliederung: So liegen bei den Arbeitslosen mit Hochschulabschluß die Lehrer mit über 1000, das ist mehr als ein Viertel aller Arbeitslosen an der Spitze. Von diesen arbeitslosen Lehrern wiederum sind 63,2 Prozent Frauen. Erst an zweiter Stelle kommen dann in Bayern – ähnlich wie im Bund – die Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler mit knapp 700 Arbeitslosen, davon immerhin noch über 38 Prozent Frauen. Unter dieser Gruppe fallen wieder die Psychologen mit 200 Arbeitslosen, darunter 61,2 Prozent Frauen, besonders auf.

Bei den Arbeitslosen mit Fachhochschulabschluß konzentriert sich die generelle Arbeitslosigkeit noch stärker auf wenige Berufsgruppen. Dort bilden die sozialpflegerischen Berufe mit etwa einem Drittel aller Arbeitslosen bei weitem den größten Anteil. Von ihnen sind fast 78 Prozent Frauen. Der Arbeitsminister kommt zu dem Schluß, daß sich die Akademikerarbeitslosigkeit heute primär auf die Berufe des Bildungsbereichs sowie auf sozialpflegerische Berufe und in beiden wiederum auf Frauen konzentriert. Überdurchschnittlich hoch sei auch der Anteil der arbeitslosen Berufsanfänger unter den jungen Akademikern mit einer relativ langen Dauer der Arbeitslosigkeit. So war Ende 1979 in Bayern jeder vierte arbeitslose Chemiker und Künstler länger als ein Jahr arbeitslos, bei den arbeitslosen Juristen, Maschinenbauingenieuren, Architekten und Soziologen war es immerhin noch jeder fünfte. Die künftige Entwicklung beurteilte der Minister wenig günstig, obwohl bei den Abiturienten eine gewisse Ernüchterung festzustellen sei, was der Rückgang der Studierwilligkeit zeige. Trotzdem werde sich die Zahl von Hochschulabgängern in den kommenden Jahren noch weiter erhöhen. Pirkl sagte: „Es zeichnet sich eine Entwicklung ab, bei der wir auf der einen Seite ein deutliches Überangebot an akademischen Qualifikationen mit entsprechender Arbeitslosigkeit und auf der anderen Seite einen nicht zu befriedigenden Fachkräftemangel in der Wirtschaft haben werden.“

Weniger pessimistisch als Minister Pirkl hatte Staatssekretär Günter Hartkopf die künftige Beschäftigungssituation beurteilt. Neue Bedürfnisse und Technologien vor allem im Umwelt- und Energiebereich sowie durch Umstellungsprozesse der Wirtschaft und der öffentlichen Haushalte würden zwar bestehende Arbeitsplätze zum Teil überflüssig, zugleich würden aber in höherem Maße andere, vor allem höherqualifiziertere Arbeitsplätze geschaffen und weitere Berufsfelder erschlossen. Wie Stingl, Rodenstock, Pirkl, war jedoch auch Hartkopf der Ansicht, daß die Möglichkeiten der öffentlichen Verwaltung begrenzt seien, arbeitsmarktpolitisch zu regulieren. Ja noch mehr: Der öffentliche Dienst dürfe nicht „Auffangbecken“ für beschäftigungslose Akademiker werden.

Michael Gscheidle

Selbstbeteiligung und die Parteien

Der 83. Deutsche Ärztetag hatte bislang ein recht mageres und sicherlich auch unbefriedigendes politisches Echo. Wer den Zeitplan der Politik kennt, wird sich nicht darüber wundern. Während in Berlin die Delegierten des Ärztetages über das „Blaue Papier“ diskutierten, war die Bonner Politik mit ihren eigenen Problemen beschäftigt, mit Olympia-Boykott und Moskaureise, mit Nachtragshaushalt und Steuerpaket, mit Krankenhausfinanzierung und Lärmschutz, mit der Künstler-Sozialversicherung und dem Datenschutz im Sozialgesetzbuch. Die Liste ließe sich noch beliebig erweitern.

Kein Wunder also, daß man sich in Bonn bislang nicht intensiv mit den Ergebnissen des Ärztetages befaßt hat. Die Ärzteschaft wird wohl noch nacharbeiten müssen, zumal das Reizwort „Selbstbeteiligung“ alle anderen Themen verdrängt hat. Das „Blaue Papier“ enthält die Grundsätze ärztlicher Standespolitik für die achtziger Jahre; es ist nicht für den Wahlkampf 1980 gedacht. Nach dem Wahltag im Oktober wird sich unbefangener als heute mit der Politik das Gespräch führen lassen, selbst über das umstrittene Thema Selbstbeteiligung.

Daß dies vor allem mit der SPD schwierig sein wird, ist nicht erst seit dem Ärztetag bekannt. Schon vor dem Ärztetag hatten sich Ehrenberg und sein parlamentarischer Staatssekretär Buschfort abweisend geäußert, nach dem Ärztetag meldeten sich die führenden Sozialpolitiker der SPD-Bundestagsfraktion, Glombig und Egert, zu Wort. Für Glombig sind Selbstbeteiligung und Wahltarife keine „diskussionswürdigen“ Themen. Damit werde die Axt an das Grundprinzip der sozialen Krankenversicherung, nämlich das der Solidarität, gelegt. Glombig beschränkt sich auf diese Behauptung, den Nachweis versucht er nicht zu führen. Er nennt es einmalig, daß ausgerechnet ein Ärztetag ernsthafte Erwägungen über ein solches Problem anstelle. Die Kassenärzte hätten – unter Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit – die Versorgung der Patienten sicherzustellen. „Der Selbstbeteiligungsgriff in die Tasche der

Versicherten“ könne die Erfüllung des Gesetzesauftrags nicht ersetzen, wes von den Autoren des „Blauen Papiers“ nicht bestritten werden dürfte. Glombig spricht dann von dem Versuch der Ärzte, die eigene Honorarpolitik durch „direkten Zugriff auf die Versicherteneinkommen profitabler zu gestalten“. Es ist Wahlkampfzeit ...

Egert, Obmann seiner Fraktion im Sozialausschuß, sprech von dem Griff der Ärzte in die gesundheitspolitische Mottenkiste. Der Ärztetag habe eine Selbstbeteiligung mit sozialer Komponente verfangt, also eine Selbstbeteiligung, die soziale Ungerechtigkeiten vermeide. Dies sei die Forderung nach der „Quadraturre des Kreises“. Es gebe keine Selbstbeteiligung, die nicht gegen das tragende Prinzip der sozialen Krankenversicherung verstoße, nämlich das des Solidarausgleichs. Für Sozialdemokraten seien Selbstbeteiligung oder Wehltarife „unannehmbar“.

Daß die Freien Demokraten mit Mischnick und Schmidt (Kempten) an der Spitze die Beschlüsse des Ärztetages als Unterstützung ihrer Politik werten und die CDU/CSU die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten unterstützt, war zu erwarten. Berlin hat Denkanstöße für die Politik gebracht. Wenn die Sozialdemokraten das nicht ernst nähmen, hätten sie wohl nicht so heftig reagiert.

Die SPD-Führung ist im übrigen bemüht, die Partei gegen die Selbstbeteiligung festzulegen. So hat die Antragskommission für den Essener Parteitag, der erst nach Redaktionsschluß dieser Ausgabe beendet war, eine Ergänzung des Wahlprogramms vorgeschlagen. Darin heißt es, daß eine zusätzliche Selbstbeteiligung „in jedem Fall“ abgelehnt wird. Aufgabe der Antragskommission ist es, die Fülle der Anträge zu filtern und dafür zu sorgen, daß extreme Anträge, insbesondere aus der „linken Ecke“, schon im Vorfeld des Parteitages blockiert werden. Diesem sieht es eher danach aus, als wenn die Antragskommission bemüht gewesen sei, die Vorschläge des Parteivorstandes

auch für die Parteilinke akzeptabel zu machen. Der Antragskommission gehörten unter Wehners Leitung u. a. die Minister Ehrenberg, Apfel und Matthöfer, aber auch Anke Fuchs, Horst Ehmke und Hans-Jürgen Wischneski an. In der Regel wird beschlossen, was die Antragskommission empfiehlt.

Die Kommission hat dem Kapitel über die Gesundheitspolitik einen reformerischen Anstrich gegeben, auch wenn es bei der alten Überschrift geblieben ist: „Gesundheitspolitik hat für sinnvolle Leistungen zu tragbaren Kosten zu sorgen.“ Was in diesem Zusammenhang sinnvolle Leistungen und tragbare Kosten sind, wird nicht gesagt. Jedenfalls soll künftig der Prävention im weitesten Sinne Priorität gegeben werden. So sollen die Voraussetzungen für gesundheitsgerechte Lebens- und Arbeitsbedingungen verbessert werden. Der Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt steht oben an.

Weiter heißt es dann: „Notwendig ist eine qualitativ hochwertige, kostengünstig erbringende medizinische Versorgung mit erheblich verstärkten Anstrengungen auf den Gebieten der Vorsorge, Früherkennung und Rehabilitation.“ Es bleibt bei der Vorstandsformulierung, daß die Kosten im Gesundheitswesen weiterhin gebremst werden müssen. Wie dies geschehen soll, wird nicht gesagt. Die SPD hält sich in diesem Punkt alle Wege offen. Die SPD setzt sich dafür ein, so heißt es wörtlich, „daß Krankheiten, vor allem Krebs-, Herz- und Kreislauferkrankungen, früh erkannt und geheilt werden können“. Wer täte dies wohl nicht? Für die psychiatrische Versorgung werden mehr ambulante und gemeindenahere Einrichtungen angestrebt. Damit hat sich der Reformanspruch der SPD im Wahlprogramm schon erschöpft.

Von integrierter Versorgung, Medizinisch-Technischen Zentren, regional gegliederten Kassen, Risiko-Ausgleich unter den Kassen, Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ist nicht die Rede. Dennoch darf man daraus nicht schließen, daß diese Themen in der nächsten Legislaturperiode nicht zur Diskussion stehen werden. Nur sagen möchte man das jetzt noch nicht. Dafür wird eine Reform der ärztlichen Gebührenordnung angekündigt, die Ehrenberg in dieser Legislaturperiode nicht mehr zustande bringen wird. Nun sollen nach 1980 die Bedingungen dafür geschaffen werden, „daß die Ärzte sich wieder stärker um den Patienten kümmern können, statt immer mehr Geräte einsetzen zu müssen“. Man wird sehen, was daraus wird.

bonn-mot

Confrère Erwin Stetter 65 Jahre

Am 13. Juli dieses Jahres wird der Sekretär unserer bayerischen Landesgruppe im BDSÄ 65 Jahre alt. Im Jahre 1915 kam er in Kronach/Ofr. zur Welt, und unser Jubilar hat alle Tugenden, die man bisweilen den Franken nachsagt: einfach, arbeitsam und zuverlässig. Er liebt seine Heimat, wie das Gedicht bezeugt, das er im Jahre 1931 mit sechzehn Jahren verfaßt hat. Niemand würde hinter unserem bescheidenen Confrère einen ehemaligen Maximilianerschüler und einen hochdekorierten Offizier des zweiten Weltkrieges vermuten. Selbst wenn er einmal Kritik übt, so tut er dies sachlich, zurückhaltend und ohne verletzende Schärfe. Sein Parallelstudium in Philosophie und Psychologie mag viel zur Formung seiner Persönlichkeit beigetragen haben, ebenso wie auch in seinen schriftstellerischen Werken philosophische Überlegungen oft die Grundlage seiner Gedanken bilden. Dies gilt besonders auch für sein Buch *) „Ein Menschenleben“, das eine wertvolle philosophische Dichtung über den Sinn unseres Lebens ist und in die Hand aller geistig interessierten jungen Menschen gehören sollte. Wir haben im „Bayerischen Ärzteblatt“ 10/1978, Seite 1160 f., einen Ausschnitt daraus veröffentlicht. Zu alledem kommt noch ein seltenes Kunstverständnis, das ihn schon oft zu formschönen, aber auch manchmal zu kritischen Gedichten angeregt hat. Wie es bei Franken üblich ist, braucht man einige Zeit, um zu ihm Kontakt zu finden, dann aber hat man das Gefühl, einen verlässigen Kameraden sein eigen zu nennen.

Nun noch ein kurzes Wort zu den Verdiensten des Jubilars um unseren Verband. Seine vielseitige Arbeit in der Ärzteschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung werden an anderer Stelle gewürdigt.

Sofort nach der Gründung der bayerischen Landesgruppe am 19. April 1969 in Regensburg trat er unserem

*) Auf das Buch Erwin Stettens „Ein Menschenleben“, Europäischer Verlag, Pramergasse 1, A-1090 Wien, DM 25,-, sei empfehlend hingewiesen.

Verbande bei. An einer Lesung anläßlich einer Vorstandssitzung am 28. Februar 1970 in Nürnberg wurden bereits Gedichte von ihm verlesen, da er selbst leider am Kommen verhindert war. Bei der ersten Generalversammlung und Jahrestagung des BDSÄ vom 28. bis 30. August 1970 in Jagsthausen war er anwesend und las aus seinen Werken. Als dann 1974 der bisherige „Schriftführer des Bayerischen Landesverbandes der Schriftstellerärzte“ Hans Weigold, Regensburg, nach Irland übersiedelte, übernahm er dieses Amt unter Erweiterung desselben zu einem Sekretariat. Dies war notwendig geworden, weil unsere Landesgruppe bald eine vielfältige Initiative auf vielen Gebieten entwickelte, die durch Schriftwechsel, regelmäßige Rundschreiben, Manuskriptausswahl bei öffentlichen Lesungen usw. weit über die Tätigkeit eines Schriftführers hinausging. Unser Confrère Stetter ist als Sekretär zusammen mit unserem Vorsitzenden Professor Schmid zum Mittelpunkt der bayerischen Landesgruppe und zum ruhenden Pol desselben geworden. Das hat ihm viel Mühe und Arbeit gekostet. Dafür wollen wir ihm an seinem 65. Geburtstag aufrichtig Dank sagen, verbunden mit der Bitte, daß er, wenn auch nun im Pensionsalter des normalen Bürgers, weiterhin so erfolgreich wie bisher das Amt des Sekretärs unserer Landesgruppe ausüben möge. Und dafür wünschen wir ihm für die kommenden Jahre alles Gute und Schöne, vor allem aber recht viel Gesundheit!

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Die Vorstellung Confrères Stetter erfolgte im „Bayerischen Ärzteblatt“ 3/1971, Seite 286 f.

Anschließend bringen wir einige Gedichte des Jubilars.

Oberfranken

Ich liebe Dich,
Mein Heimatland.
Du hast nicht Reben,
Hast nicht viel vom Weizengold;
Doch Arbeit hat Dir Gott gegeben,
Harte Arbeit,
Kargen Sold.

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.

Handelstorten 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

Ich liebe Dich
Im Schmucke
Deiner Fichten, Tennen;
Die Berge und die Täler
Liebe ich in Dir.
Ich liebe
Deine Männer, Deine Frauen,
Ich liebe
Deine Töchter, Deine Zier.

Ich liebe Dich,
Du bist so erm;
Muß täglich schauen Deine Not.
Ich sehe Dich im Alltagskleide –
Und Deine Söhne haben oft kein Brot.
Dann liebe ich Dich tiefer,
Wünsche Dir viel Glück –
und hoff',
Wenn ich dereinst zurück,
ich finde Dich in Armut,
Doch nicht mehr in Not.
Ich hoffe,
Deine Söhne und Töchter,
Sie haben dann doch alle Brot.
Ich hoff',
Sie lieben Dich
Und wollen Dich behalten;
Die Du gebarst,
Nur sie verstehen Dich.

Deutschfiend

Du wirst gelästert und gelobt.
In Dir hat viel sich ausgetobt.
Du wirst gefürchtet und gehaßt
Und trägst so manche schwere Last.

Dein Zeitenlauf war niemals glatt.
Gar Schlimmes Deinen Namen hat.
Und doch bist Du das Heimatland,
Dem meine Seele zugewandt.

Soweit darüber ich euch senn,
Ich nehm Dich mit den Fehlern an,
Und will behutsam drauf verweisen,
Daß vieles auch an Dir zu preisen.

Weil Deiner Sprache Kind ich bin, –
In ihr lernst du des Lebens Sinn –
Weil von Geburt ich Dir gehöre,
Meln Leben lang mich Dir verschwöre.

Der alte Kreuzgang von Douales

(9. September 1978)

Aus Tegen, die längstens entflohen,
Da konnten allein die drei Mauern
Mit schönen romantischen Bogen
Die Zeiten bis heut überdauern.

Ein Brunnen dazu in der Mitten
Mit weit offener steinerner Schale –
Du ehnst noch des Beten, die Bitten,
Gesprochen unzählige Male.

Zerstäubt wohl zu glitzernden Tröpfchen
Aus Mündchen, so flossen die Bronnen.
Verwittert sind stark schon die Köpfechen,
Das Lächeln für immer zerronnen.

So blieb nun nicht viel mehr erhalten,
Dem Untergang gnädig entzogen;
Das Brunnenfregat und die alten
Romantischen steinernen Bogen.

Doch bunte Hortensienstauden
Und Wände voll rötlichem Wein,
Sie ziehn die vertellenen Bauten
In unsere Tage mit ein.

Ger viele und gute Gedanken,
Dereinst von den Schwestern gedacht,
Noch immer die Mauern umrenken –
Gebete als dauernde Macht.

Du nimmst, an den Baumstamm gelehnt,
Nun Abschied von Garten und Stein,
Und weißt es, wie alles sich sehnt,
Auch weiter dabei noch zu sein.

Impressionismus

Jeu de Beaume

(31. August 1978)

Ferbtupfer glitzern,
Sie schwirren und beben,
Licht weckt Bekanntes
Zu ganz neuem Leben.
Ferbige und glutvoll
Dem Eindruck gegeben,
Frucht der Sekunde,
Geboren soeben.
Der Schein, er ist alles,
Das Ding nur sekundär,
Nur das allein zählt,
Was jetzt es gibt her
An Farbe und Licht,
An bunter Umhüllung –
Der Ratio nicht,
Dem Auge Erfüllung!

Verstand, vernunftgepeert

Verstand, vernunftgepaart –
mit Herz und Sinn,
Das ist die fernere Notwendigkeit.
Exaktes Wissen ist wohl ein Gewinn;
Es richtig einzuordnen – Schwerarbeit!

Wenn werden Wissenschaftler
fertig bringen
Durch Forschung drohende Gefehre
zu zähmen,
Verantwortungsbewußt
sich zu bezwingen,
Jedoch den Schwung, die Freiheit
nicht zu lähmen?

Der Wissenschaften Freiheit
zu beschneiden
Gilt's nicht. Erkenntnisdrang
ist stets gerichtet
Weithin. Doch forschend
so nach allen Seiten
Derf es nicht sein,
daß vieles er vernichtet.

Die innre Last wiegt schwer
im Weitergeben
Des neu Erkannten.
Bei den Möglichkeiten
Man denke immer dran,
daß man das Leben
In der Substanz bedroht
für alle Zeiten.

Intelligenz, neutrales Instrument,
Der Mensch gebrauch'ts,
sei gut er oder schlecht.
Wie men Verbrecher voller Schläue kennt,
So kommt manch Braver ohne sie zurecht.
Wenn alle Wissenschaftler Engel wären,
Dann stünd es besser
um die Zukunftssorgen.
Doch sind sie eben
Menschen aller Sphären –
Und hier genau liegt die Gefahr
für's Morgen.
Der Mensch bleibt immer
gleich in seinem Wesen.
Appelle bringen leider selten weiter.
Oh, könnte doch der Mensch genesen!
Würd er in der Vernunft,
nicht im Verstand gescheitert!

Hochhäuser

(Zu diesem Gedicht angeregt durch La
Grende Motte)
Nun stehen wir da als nacktes Skelett,
Von niemand geliebt,
allein zum Gebrauch,
Nach außen nicht schön,
so glatt wie ein Brett,
Nur Wände und Glas,
von Leben kein Hauch.
Im Inneren, je,
da gibt es schon Leben –
Und manchmal ein Raum
wird gut sein und traut;
Doch außen steril,
man mög uns vergeben!
Wir sind nur Produkt;
Ihr habt uns gebaut.
Wenn mittags die Ffüt
von brendendem Leben
Umspült uns,
dann fällt von ihr euch ein Heuch
Auf unser Skelett;
will Täuschung uns geben,
Als lebten selbst wir
für Stunden nun euch.
Doch dann ist's vorbei;
die Brandung läuft aus
Und wieder ganz nackt,
so stehn wir umher.
Wir trauern dahin, gar vielen ein Graus.
Das Antlitz ist starr und öde und leer.
Uns fehlt Resonanz in Euerem Innern.
Die Kälte des Plans, sie lähmt das Gefühl
Und tötet den Sinn.
Der Mensch will erinnern
Im Neuen Vertrautes;
sonst bleibt es steril.
Natur, sie erfindet unendliche Formen
Lebendiger Fülle, organisch entaltet.
Die Ratio jedoch ermöglicht nur Normen,
Nur Schemen uns gebend,
vom Gelste gestaltet.
So stehen wir hier und über uns zog
Der Geist sein Skelett.
Sie hatten Vertrauen
Zur Linie allein, – die Planung betrog
Die Kunst –, statt in Formen
des Lebens zu bauen.
Ihr seht uns nun de als necktes Skelett,
Von niemand geliebt, allein zum Gebrauch,
Nach außen steril, so glatt wie ein Brett,
Nur Wände und Gles –
von Leben kein Hauch.

Dichterlesung

am 10. Dezember 1980

16.00 Uhr – Ärztehaus Bayern,
München

Doch fair jetzt gefragt:
Was sollten sie machen,
Beauftragt zum Bau solch riesiger Städte,
Dem Moloch von Blech
zu stopfen den Rachen?
Nur Altes erneuern in heuchelnder Glätte?

Es fehlt halt das Band, der geltende Stil,
Der alles umschließt, die ganze Kultur.
Die Zeit wäre reif; doch mangelt noch viel:
Des wahre Erkennen der Menschennatur.

Der nüchterne Geist nicht ist es allein;
Das Menschliche liegt viel mehr im Gemüt.
Nur dann berührt sie sein wirkliches Sein,
Wenn Kunst sich um mehr
als um Retio bemüht.

Wir öden jetzt hier auf Euer Geheiß.
Der fertige Bau, er zeigt, was er wert!
Er muß erst mal stehn,
demit man dann weiß,
Was wieder ein Genius
der Menschheit beschert!

So regen wir da als nacktes Skelett,
Von niemand geliebt,
halt nur zum Gebrauch,
Nach außen steril,
so glatt, wie ein Brett.
Nur Wände und Glas,
von Leben kein Heuch.
So stehen wir da als nacktes Skelett,
Nur Mauern und Glas,
von Kunstwerk kein Hauch.

Kongresse

4. Fortbildungstagung der Notärzte des gemeinsamen Notarztdienstes der Landeshauptstadt und des Landkreises München

am 12. Juli 1980 in München

Leitung: Dr. J. Konzert-Wenzel, München
Thema: Aktuelle Probleme im Notarztdienst (Organisatorische Probleme beim Notarzt-Einsatz im Rettungsdienst – Bilanz und Perspektiven des Münchener Notarztdienstes – Vergleichende Untersuchungen über die Gefährdung von Fußgängern, Zweiredfahrern und Autofahrern im Straßenverkehr – Differentialtherapeutische Aspekte bei verschiedenen Schockformen – Diagnostik und Differentialdiagnose intraabdomineller Blutungen – Reanimationsergebnisse, Begleitverletzungen und Überlebensquoten – Verätzungen und Verbrennungen, Sofortmaßnahmen durch den Notarzt – Kardiologische Notfallsituationen – Komatöse Zustände: Fehlermöglichkeiten in der Differentialdiagnostik und Initialtherapie beim Notarzt-Einsatz – Differentialdiagnostische Probleme und therapeutische Gefahren bei Intoxikationen und Drogen-

notfällen im Notarztdienst – Die überstürzte Geburt als Notfall – Ophthalmologische Probleme bei der außerklinischen Versorgung von Notfällen – Verhalten der Körpertemperatur bei Schwerverletzten – Problematik der Leichenschau – Juristische Aspekte zur Qualifikation des Notarztes – Probleme bei der Bewältigung psychiatrischer Notfallsituationen – Kompetenzwirrwarr und Desorganisation bei Katastrophen? – Schmerzbehandlung und Narkosen in der Notfall- und Katastrophenmedizin)

Zeit und Ort: 8.30 Uhr – Hörsaal A im Hörsaalgebäude des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft:
Dr. J. Konzert-Wenzel, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-20 17 oder 41 40 - 21 17

TIEFENWIRKUNG

hyperämisiertes Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-Therapie

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

Marament[®]
Balsam N



mit dem
Vorzug der
besonderen
Wirtschaftlichkeit
100 ml
DM 8,94

Indikationen:

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

Gegenanzeigen:

Bei Schwangeren, Säuglingen
und Kleinkindern Langzeit-

behandlung auf großen Flächen
vermeiden; ebenso bei vor-
geschädigter Niere.

Zusammensetzung:

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

Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:

O.P. Flasche mit 100 ml DM 8,94
O.P. Flasche mit 250 ml DM 18,27

WIDER



Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

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, Mühlbauerstraße 16,
8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 288

Augenärztliche Fortbildung

Augen- und Poliklinik im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München und der Augenabteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching

Ort: Konferenzraum Nord (Urologische Klinik) des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität, Ismaninger Straße 22, München 80

Donnerstag, 10. Juli 1980

16.00 bis ca. 18.45 Uhr:

Adaptometrie und Mesoptometrie mit praktischen Übungen – Klinische Demonstrationen

Donnerstag, 17. Juli 1980

16.00 bis ca. 18.45 Uhr:

Heterophorie – Klinische Demonstrationen

Donnerstag, 24. Juli 1980

16.00 bis 19.00 Uhr:

Entstehung, Aufbau und Funktion der Kammerwinkelregion – Tonometrie und Tonographie

Donnerstag, 31. Juli 1980

16.00 bis ca. 18.45 Uhr:

„Harte“, „weiche“ und „kurative“ Kontaktlinsen: Indikationen und Anpassung – Praktische Übungen zum Thema (in der Poliklinik)

Echokardiographie

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

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

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Beginn: Freitag 9.15 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,-

Letzter Anmelde Termin: Posteingang am 28. Oktober 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 Stadtmeurerstraße 29, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 39 18

Phonokardiographie

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

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

Beginn: Freitag 9.15 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,-

Letzter Anmelde Termin: 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“

2. Kurswoche: Bewegungstherapie – Krankengymnastik

vom 20. bis 25. Oktober 1980 in Höxter

Auskunft: Professor Dr. R. Fricke, 4370 Höxter, Telefon (0 52 71) 6 41

Juli 1980 bis Januar 1981

7. bis 12. Juli
Physikalische Therapie, Stuttgart

10. Juli
Augenärztliche Fortbildung,
München

17. Juli
Augenärztliche Fortbildung,
München

24. Juli
Augenärztliche Fortbildung,
München

31. Juli
Augenärztliche Fortbildung,
München

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
Radioogie, München

19. bis 24. Januar
Physikalische Therapie, München

3. Kurswoche: Massage – Mechanotherapie, apparative Methoden
vom 7. bis 12. Juli 1980 in Stuttgart

Auskunft: Dr. K. Widmer, Berufsverband der Ärzte für physikalische Medizin und Rehabilitation, Hirschstraße 36, 7000 Stuttgart 1, Telefon (07 11) 22 59 83

4. Kurswoche: Elektrotherapie – Lichttherapie – Uftraschalltherapie

vom 19. bis 24. Januar 1981 in München

Auskunft: Professor Dr. H. Drexei, Institut für Medizinische Baineologie und Klimatologie der Universität München, Marchioninstraße 17, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 38 24

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 Teilnehmerzahl

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, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 27 50

6. Jahreskongreß der Internationalen Gesellschaft für Präventivmedizin

vom 8. bis 12. September 1980 in Berlin

Themen: Perinatale Medizin – Dermatopathien – Geriatrie und Prophylaxe – Humangenetik und Praxis – Klinische Visiten in der Dermatologischen Universitätsklinik – wissenschaftliches Filmprogramm

Kongreßgebühr: DM 200,-; Mitglieder DM 160,-

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. Dr. D. Schlegel, Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie, Goethestraße 70, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-1

20. Bayerische Internistentagung

vom 14. bis 16. November 1980 in München

Themen: Allgemeine und spezielle Pharmakotherapie in der Gastroenterologie – Internistische Therapie des Mammakarzinoms – Erkennung dringlicher Situationen in der internistischen Praxis

Auskunft:

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

Internationaler Luftrettungskongreß

vom 16. bis 19. September 1980 in München

Veranstalter: Allgemeiner Deutscher Automobil-Club e. V., München

Leitung: Dr. H. Burghart – Professor Dr. K. H. Fischer – Privatdozent Dr. P. Krueger, München

Themen: Bestandsaufnahme der Luftrettung in aller Welt – Flugmedizin – Medizinische und technische Anforderungen an Fluggerät und Ausstattung – Organisation und Operation – Flugführung und Flugsicherheit – Luftrecht

Auskunft:

ADAC-Zentrale, Sekretariat Internationaler Luftrettungskongreß, Baumgartnerstraße 53, 8000 München 70, Telefon (0 89) 12 00 51

VIII. Fortbildungstage des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. Landesgruppe Bayern

vom 6. bis 13. Dezember 1980 in Oberlech am Arlberg

Themen: Qualitätsanforderung an Ultraschall – Vor- und Nachteile verschiedener Klinikstrukturen – Bauchdeckenplastik – Geburtshilfliche Anästhesie – Beratung vor Schwangerschaftseintritt – Genetische Aspekte für den Geburtshelfer – Kontraindikationen bei hormonaler Kontrazeption aus der Sicht des Internisten – Beiträge des Verhaltensforschers zur Geburtshilfe – Hygiene in der Geburtshilfe – Bringt die Novellierung des Mutterschutzgesetzes für die Schwangere Vorteile? – Intrauterinpepsar, Möglichkeiten und Grenzen – Praxisorganisation, Kniffe und Tricks – Filmprogramm – Gelegenheit zur Teilnahme an einer themenzentrierten Balint-Gruppe für Anfänger und Fortgeschrittene

Ort: Oberlech am Arlberg, Hotel Sonnenburg

Auskunft:

Dr. F. Conrad, Marienplatz 2/IV, 8000 München 2, Telefon (0 89) 22 14 22

Symposium über „Forensische Probleme in der Anästhesiologie“

am 24./25. Oktober 1980 in Nürnberg

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und Berufsverband Deutscher Anästhesisten
Thema: Forensische Probleme in der Anästhesiologie

Am 23. Oktober 1980 findet ein „Refresher Course“ für Anästhesisten statt.

Ort: Messezentrum, Nürnberg

Auskunft:

Privatdozent Dr. H. W. Opderbecke, Vorstand des Instituts für Anästhesiologie des Städtischen Klinikums Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90, Telefon (09 11) 33 32 41

Koloskopiekurs

am 29./30. November 1980 in München

Leitung: Dr. H. Grottl, Erlangen – Dr. W. Frank, München

Es wird ein Propädeutik- und Trainingskurs der praktischen Koloskopie abgehalten.

Beginn: Samstag, 9.00 Uhr – Ende: Sonntag, 12.00 Uhr

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat des Berufsverbandes der Coloproktologen Deutschlands, Prinzenstraße 22, 8000 München 19, Telefon (0 89) 17 50 14

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

27. September 1980

22. November 1980

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

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-793, Frau Klockow, zu richten bis 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 700 f.).

Bausparen für morgen – nur mit Dynamik

Bausparer legen heute Geld für einen bestimmten Zweck zurück, den sie nach ein paar Jahren verwirklichen wollen. Dafür erzielen sie als Vorteile die Bausparprämie bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe, alternativ die Steuervergünstigung, falls die Sonderausgaben nicht schon für andere Zwecke voll genutzt werden, in jedem Fall aber ohne jene Einschränkungen den Rechtsanspruch auf ein konkurrenzlos zinsgünstiges Darlehen zur Finanzierung wohnungswirtschaftlicher Zwecke, also vom Neubau bis zur Modernisierung.

Von Jahr zu Jahr wird es teurer, sich seine eigenen vier Wände hinzustellen auf ein Grundstück mit ebenfalls während der Wartezeit gestiegenem Preis. Von Jahr zu Jahr hat man aber auch mit höheren Beträgen für die Handwerker zu rechnen, die sein Haus aus- oder anbauen oder eben modernisieren.

Also ist es nur folgerichtig, die Rücklagen für solche Zwecke stetig zu erhöhen. Sonst reichen sie eines späteren Tages nicht. Das haben inzwischen auch die Bausparkassen erkannt. Einige wenige von ihnen bieten Verträge mit ständig steigenden Beiträgen nach unterschiedlichen Methoden.

Bayerns größte, die Bayerische Landesbausparkasse (LBS), hat jetzt ein System des dynamischen Bausparens eingeführt, das sich fugenlos auch den sich verändernden finanziellen Möglichkeiten wie Absichten des Bausparers anpaßt. Es ist nur nicht für Schnellfinanzierer mit aktuellem Finanzbedarf, sondern vielmehr für den mittelfristigen Planer gedacht.

Zur Orientierung bietet die Bayerische Landesbausparkasse neun Standardprogramme mit Monatsbeiträgen von DM 52 bis zu DM 237 und für die einzelnen Beiträge wiederum jährliche Steigerungen von DM 10, DM 20 oder DM 30 an. Dementsprechend erhöht sich die ursprüngliche Bausparsumme. Dazu ein Beispiel:

Für einen Monatsbeitrag von DM 200 lautet die Bausparsumme DM 32000. Durch eine jährliche Beitragserhöhung von DM 30 steigt die Bausparsumme in sechs Jahren auf DM 54000. Das heißt, sie hat sich von Jahr zu Jahr um rund neun Prozent erhöht. Das reicht nach aller Erfahrung sehr gut aus, die Entwicklung der Baupreise auszugleichen und auch dem Wunsch nach höheren Ansprüchen im Lauf der Zeit gerecht zu werden.

Der Bausparer muß sich nur klar sein: Für die DM 54000 hat er nach sechs Jahren in etwa die Leistungen zu erwarten, die er heute für DM 32000 geboten bekommt, je nach Ausmaß der Preisveränderungen auch etwas mehr, hoffentlich nicht weniger.

Durch den absolut gleichbleibenden Erhöhungsbetrag ermäßigt er sich relativ zum Beitrag. Die erste Steigerung um DM 30 macht 15 Prozent des DM 200-Beitrages aus, die zweite um DM 30 nur noch 13 Prozent vom sodann DM 230 hohen Beitrag, und im zehnten Jahr beträgt die letzte Erhöhung von DM 440 auf DM 470 gerade noch 6,88 Prozent des Ausgangsbetrages von DM 440.

Die Bausparsumme ist in diesem Beispiel auf DM 115000 angestiegen. Das heißt, sie hat sich jährlich um 13,65 Prozent erhöht. Das Bausparguthaben liegt bei DM 45700. Das sind praktisch die 40 Prozent, die zur Auszahlung von 60 Prozent der Bausparsumme angesammelt sein müssen.

Je nach den finanziellen Entwicklungen kann natürlich stufenweise die Beitragserhöhung mit DM 10 monatlich anfangen, in einem der folgenden Jahre auf DM 20 und schließlich auf DM 30 erhöht werden. Die Bayerische Landesbausparkasse berechnet jeden Einzelwunsch und steht auch zur Beratung bei zwischenzeitlichen Umstellungen zur Verfügung.

Horst Beloch

Bremersversuch

Noch bevor über die konkreten Erfolge des Bayern-Vertrages zwischen KV und LdO gesprochen werden kann, kamen die Querschüsse aus dem Bundesgesundheitsministerium. Dort kennt man natürlich die positive Tendenz. Daher versucht man, Erfolge zur Kostendämpfung abzublocken, die weit besser als durch das KVKG erzielt worden sind.

In einem Brief wies denn auch der Ministerialdirigent Hoiler auf Empfehlungen der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ hin, die zu beeichten und wonach andersartige Aktionen nicht fortzusetzen seien.

Nun hatten „empfehlen“ und „befehlen“ noch im Mittelhochdeutschen die gleichartige Bedeutung, aber nicht von „anordnen“, sondern vielmehr von „raten“, „anvertrauen“. Heute spricht man noch davon, seine Seele Gott zu befehlen.

Erst im Neuhochdeutschen hat sich für „befehlen“ die Bedeutung „gebieten“, „anordnen“, entwickelt. Wer indes versucht, Empfehlungen in Befehle umzumünzen, offenbart damit nur seine Hilflosigkeit gegenüber einem Phänomen, das nicht sein könne, weil es nicht sein dürfe. Der Bayern-Vertrag ist und wird auch trotz amtlicher Bedeutungsverwirrungsversuche bleiben.

Prosper

Kurz über Geld

STEUERVORTEILE DURCH BERLIN-DARLEHEN können noch bis zum 31. Juli wahrgenommen werden.

14 PROZENT ZINSEN p. a. bietet eine in Liechtenstein angesiedelte Bank. Die Einlagen sind nicht gesichert.

30 Prozent billiger wird der Urlaub in Jugoslawien nach Abwertung des Dinar.

SINKENDE SILBERPREISE auch wegen Absatzschwierigkeiten durch Rezession in den USA.

GOLD ZU TEUER in Eingrammplättchen, wie jetzt in der Schweiz für 43 Franken angeboten. Zugleich Grammpreis im Kilogrammbarren Gold: 30 Franken.

Schnell informiert

Forschungsmittel für die Kinderklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Zur Weiterführung des Forschungsvorhabens „Frequenzspektren und sensorisch evozierte Potentiala im EEG von normalen Neugeborenen sowie von Kindern mit zerebralen Anfällen“, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft und dem Universitätsbund Erlangen-Nürnberg gefördert wird, wurden Professor Dr. K.-H. Plattig, Institut für Physiologie und Biokybernetik, weitere DM 64 250 bewilligt. Die gesamte Fördersumme seit 1978 beträgt damit DM 247 140.

Bekanntmachung der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 16. Mai 1980 — Nr. I E 11 — 5126/1 — 17/80 —

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 29. September 1980 bis 27. März 1981 in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst (Amtsarztlehrgang) abhalten. Die Teilnahme daran ist Voraussetzung für die Zulassung zur Amtsarztprüfung.

Zu dem Lehrgang können 30 Ärzte zugelassen werden. Zulassungsgesuche müssen bis spätestens 10. Juli 1980 bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, eingehen. Dem Gesuch sind beizugeben:

1. Die Approbation als Arzt in Urschrift
2. Die Promotionsurkunde in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift
3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit

Eine Lehrgangsgebühr wird nicht erhoben.

Bereits im amtsärztlichen oder landgerichtsarztlichen Dienst des Freistaates Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich abgeordnet.

Preise

Verleihungen

Ferdinand-Bertram-Preis 1980 — Die Deutsche Diabetesgesellschaft verlieh Privatdozent Dr. Peter Schauder, Göttingen, diesen von Boehringer Mannheim GmbH gestifteten und mit DM 10 000 dotierten Preis für seine Arbeiten zur Aufklärung der Somatostatinsekretion in Pankreasperfusionsversuchen und aus isolierten Rattenzellen sowie für seine seit 1975 laufenden Untersuchungen der Wechselbeziehungen von Insulin- und Glukagonwirkung.

Huleland-Preis 1979 — Das Kuratorium der Stiftung „Huleland-Preis“ verlieh Dr. Holger Altenkirch, Berlin, diesen mit DM 20 000 dotierten Preis für seine Arbeit über „Neurotoxische Schäden bei Kindern und Jugendlichen durch kohlenwasserstoffhaltige Lösungsmittel“.

Carol-Nachman-Preis — Anlässlich der 13. Wiesbadener Rheumatagung wurde Dr. Heinar Manninger, Hannover, und Professor Dr. Winfried Mohr, Ulm, dieser mit DM 50 000 dotierte Preis für ihre gemeinsame Arbeit über „Die Rolle neutrophiler Granulozyten bei der entzündlich-rheumatischen Knorpeldestruktion — Ergebnisse einer interdisziplinären Zusammenarbeit“ verliehen.

Ausschreibung

Johann Lukas Schönlein-Preis — Das Kuratorium der Stiftung „Johann Lukas Schönlein“ schreibt hiermit an von der Firma Immuno gestifteten und mit DM 10 000 dotierten Wissenschaftspreis zur Förderung der klinischen Forschung auf dem Gebiet chronischer Blutungskrankheiten — insbesondere der Hämophilie — aus. — Einsendeschluß: 1. Mai 1981. Weitere Auskünfte erteilt Dir. H. P. Stolte, Immuno GmbH, Slevogtstraße 3-5, 6900 Heidelberg.

Hormonfrei therapieren
mastodynnon®

bei MASTODYNIE und fibrozystischer
MASTOPATHIE

Bionorica KG,
Apotheker Popp, 8500 Nürnberg 1

Resultat der Mastodynnon-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 Zyklusstörungen, 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 Candurango 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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat April 1980 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der Salmonellose-Erkrankungen stieg im April wieder an, und zwar, auf 100 000 Einwohner bezogen und jeweils auf ein Jahr umgerechnet, von 33 Fällen im März auf 47. Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leber-

entzündung) treten dagegen in etwa gleicher Häufigkeit wie im Vormonat auf, nämlich 20 auf 100 000 der Bevölkerung.

Nur gering nahm im April die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirn-

hautentzündung zu, und zwar an den durch andere Erreger als Meningokokken verursachten Formen. Hier stieg die Erkrankungsziffer gegenüber dem Vormonat von 5 auf 6, jeweils auf 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. März bis 27. April 1980 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen															
E ¹⁾ ST ²⁾		E ¹⁾ ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	-	-	-	-	-	-	4	-	6	-	1	-	3	-	-	1	10	-	208	-	-	-	-	
Niederbayern	-	-	-	-	-	-	3	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	
Oberpfalz	-	-	-	-	-	-	1	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	
Oberfranken	-	-	-	-	-	-	1	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52	-	1	-	1	
Mittelfranken	-	-	-	-	-	-	6	3	6	1	-	-	-	-	1	-	4	-	35	-	-	-	-	
Unterfranken	-	-	-	-	-	-	-	-	9	1	-	-	1	-	-	-	1	-	37	-	6	-	-	
Schwaben	-	-	-	-	-	-	2	-	9	1	-	-	1	-	-	-	2	-	28	1	7	-	-	
Bayern	-	-	-	-	-	-	17	3	52	3	1	-	5	-	1	1	18	-	394	1	14	-	1	
München	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3	-	-	-	7	-	68	-	-	-	-	
Nürnberg	-	-	-	-	-	-	1	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	
Augsburg	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	
Regensburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Würzburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4	-	4	-	-	
Fürth	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	
Erlangen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose		Brucellose		Malaria		Q-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Gasbrand		Keuchhusten						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	E	ST
Oberbayern	57	-	1	-	-	-	-	-	1	-	3	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	8
Niederbayern	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Oberpfalz	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Oberfranken	9	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	17
Mittelfranken	32	-	-	-	-	-	5	-	-	-	5	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
Unterfranken	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32
Schwaben	25	-	-	-	3	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Bayern	170	1	2	-	3	-	5	-	1	-	10	-	1	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	86
München	30	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	4
Nürnberg	11	-	-	-	-	-	3	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

²⁾ „ST“ = Sterbefälle.

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

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

Pharmaindustrie

Neues Medikament für die Dritte Welt

Bayer AG, Leverkusen, und E. Merck, Darmstadt, haben gemeinsam in rund zehnjähriger Forschungsarbeit ein Medikament gegen die Bilharziose, eine in der Dritten Welt verbreitete Infektionskrankheit, entwickelt. Dieser neue Wirkstoff und erste überzeugende Befunde bei Tierexperimenten tänden das Interesse der Weltgesundheitsorganisation. Sie wer an der klinischen Erprobung von Biltricide maßgeblich beteiligt. Das neue Präparat, das auch gegen Bandwurminfektionen eingesetzt werden soll, ist ein Beitrag der fortschreitenden deutschen Pharmaindustrie zur Lösung von Gesundheitsproblemen in der Dritten Welt.

Das Medikament kann aufgrund seiner Wirkung und Verträglichkeit zur Therapie ganzer Bevölkerungsgruppen eingesetzt werden. Eine Eintagesbehandlung zeigt bereits eine sehr gute Wirkung.

Broschüre: Kopfschmerz – Diagnostik und Therapie

In der „Praxisreihe Sandoz“ ist vor kurzem diese Broschüre von Professor Dr. R. Heitmann, Bonn, erschienen. Sie wird kostenlos an Ärzte abgegeben.

Broschüre: Pepilla Veteri – Gallenwege – Pankreas

In der wissenschaftlichen Informationsreihe der Wander Pharma GmbH, Nürnberg, ist vor kurzem diese Broschüre von Professor Dr. F. W. Ossenberg, Hamburg, und Professor Dr. M. Classen, Frankfurt, erschienen. Diese Monographie wurde inzwischen an Praktiker, Internisten, Pädiater und Pulmologen versandt.

Auriculine 234

Schwerhörigen mit starkem Hörverlust kann jetzt besser geholfen werden, und zwar durch moderne Computertechnologie. IC-Bausteine in einem leistungstarken und wirtschaftlichen Verstärker, ein platzsparender Schaltungsautbau und ein hochempfindliches Richtmikroton kennzeichnen dieses Hörgerät der Siemens AG, München 1.

Defibrillator Alpha II

Dieses batteriebetriebene Gerät der DeGo GmbH, 7270 Nagold, ist sekundenschnell einsatzbereit. Der Hochleistungs-Ni-Cd-Akkumulator hält eine Energie für ca. 40 Defibrillationen pro Batterieladung bereit. Für die Defibrillation stehen Speicherenergien von 50 bis 400 Joule (Ws) zur Verfügung. Das kleine handliche Gerät (18 cm x 32 cm x 26 cm) kann in der Praxis und Klinik, in Notarztwagen und Rettungshubschraubern oder als Bereitschaftsgerät für Ergometriemeßplätze eingesetzt werden.

medl-metic-Untersuchungsstühle von Schmitz

Diese Untersuchungsstühle wurden erheblich verbessert. Alle Teile, die einer höheren Beanspruchung unterliegen, werden serienmäßig in Edelstahl 4301 gefertigt oder verchromt. Früher extra berechnete Zubehöreile gehören jetzt zur Grundausstattung.

Bezugsquellennachweis durch die ZMT-Zentralvereinigung Medizin-Technik, Sachsenring 89, 5000 Köln 1.

Buchbesprechungen

Migräne und Kopfschmerzen sind heißer

Verf. Dr. B. Bäker, 120 S., Paperback, DM 14,80. Ehrenwirth Verlag, München.

Auf 115 Seiten entwirft der Autor die vielfachen differentialdiagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zum Symptomenkomplex „Kopfschmerz“, wobei besonders dem Krankheitsbild der Migräne, ihrem Antallscharakter, ihrer Differentialdiagnose, dem Migräne-Patienten und den Heilversuchen großer Raum eingeräumt wird. Es handelt sich um ein klinisches Buch. Der Autor zeigt in umfassender, allgemein verständlicher Form in einer Reihe von Beispielen die recht komplexen Ursachen und gibt zahlreiche praktikable Verhaltensrichtlinien. Die Grundlage jeder Therapie ist für ihn die sorgfältig ermittelte Diagnostik. Daher wird die Differentialdiagnostik besonders hervorgehoben und insbesondere die oft vernachlässigte Untersuchung der Halswirbelsäule mit Nachdruck empfohlen. Er klärt über Wesen und Wirkweise der gebräuchlichen Medikamente auf, stellt die medikamentöse Behandlung jedoch nicht in den Mittelpunkt, sondern tritt für eine an den Ursachen orientierte, individuell abgestimmte ganzheitliche Behandlung ein. Das Buch richtet sich vor allem an den praktischen Arzt, kann aber auch wegen seiner einfachen Schreibweise von Laien gelesen werden.

Dr. med. R. Bläsek, Amberg

Pädagogik der Behinderten

Grundzüge einer Theorie der Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher

Vert.: Prof. Dr. U. Bleidick, 604 S., davon 17 Abb., 34 Tab., Groß-Oktav. Ln. i. Schuber DM 96,-, Paperback DM 82,-. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin.

Dies ist ein Werk für Fachleute, für pädagogische Wissenschaftler, was schon im Untertitel zum Ausdruck kommt. Doch da die Beschäftigung mit und die Sorge um Behinderte ein interdisziplinäres Anliegen ist, müssen sich auch Mediziner spezieller Arbeitsgebiete mit pädagogischen Grundkenntnissen vertraut machen.

Dazu bietet besonders der 1. Teil des Werkes Gelegenheit, die „Begriffslehre“ mit den Kapiteln über Heilpädagogik und Sonderpädagogik. Die Gegenstandslehre ist das Thema des 2., die Wissenschaftstheorie das des 3. Teiles. – Ein Lehrbuch, das zum vertiefenden Studium in die Bibliothek aller medizinischen Institutionen gehört, die sich um die Betreuung Behinderter bemühen.

Dr. med. I. Döker, Unterhaching

Das Röntgenbild

Hereausgeber: Prof. Dr. R. Felix / Dr. B. Ramm, 255 S., 95 Abb., in 107 Einzelderst., 11 Tab., flex. Taschenbuch, DM 19,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Zunächst werden die physikalischen Grundlagen der Röntgendiagnostik erklärt und eine Basis für das Verständnis der neuen Technologien vermittelt. Moderne Verfahren, wie z. B. Xeroradiographie, Ultraschall, Computer-Tomographie, werden ausführlich beschrieben und in ihrer klinischen Bedeutung gewürdigt. Weitere Kapitel befassen sich mit Detailfragen von Meßtechnik.

Autogenes Training

Erlebnisstufe für Fortgeschrittene

Verf.: Dr. W. Dogs, 94 S., 9 Abb., kart., DM 12,—. Kerl F. Haug Verlag, Heidelberg.

Jeder, der einmal mit dem Autogenen Training begonnen hat, soll durch dieses Büchlein in die Lage versetzt werden, von der Trainings-Lernphase in die Erlebnisstufe zu gelangen. Begriffe wie Angst, Depression, Einsamkeit, Partnertherapie der Störungen im Sexualverhalten, Schlatstörungen, Schmerztherapie, Störungen des vegetativen Nervensystems (Im Magenbereich, die sogenannte Colitis ulcerosa, Meger- bzw. Fettsucht), die Sucht schlechthin, Enuresis, Kreislaufstörungen, die Autogene Meditation und die bionome Lehre nach J. H. Schultz werden eingehend besprochen.

Fazit: Das Üben des Autogenen Trainings soll keine Trainingsverpflichtung oder Routine sein, sondern zum Erlebnis der Selbsterfahrung und der eigenen Gefühlswelt führen. — Bilder aus Wilhelm Busch, Die tromme Helene, Das Pustrohr, Ehehliche Ergötlichkeiten u. e., erfreuen als sinnvolle Ergänzungen.

Dr. med. H. Kleinschmitt, Bad Wiessee

Nachbehandlungsfibel

Verbände, Lagerung und Procedere nach traumatologisch-orthopädischen Operationen

Herausgeber: F. Hardegger / D. Bianchini, 153 S., 99 Abb. in 206 Teildarstellungen, geh., DM 24,60. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Jeder Arzt, der bereits als Gutachter vor Gericht tätig war, weiß, welche entscheidenden Fehler nach traumatologischen oder orthopädischen Eingriffen durch unsachgemäße, oder gar versäumte, Nachbehandlung begangen werden können! Vorliegende Nachbehandlungsfibel stellt deshalb eine wichtige Informationsquelle für den jüngeren, chirurgisch oder orthopädisch tätigen Assistenten dar. Es werden die Nachbehandlungsrichtlinien, wie sie sich seit Jahren in der Klinik für orthopädische Chirurgie in St. Gallen unter Professor Dr. B. G. Weber bewährt haben, dargestellt. Für jede Körperregion (außer dem Rücken) werden die postoperativen Maßnahmen beim Erwachsenen und jugendlichen Patienten (Verband, Lagerung und weiteres Procedere) stichwortartig besprochen und fotografisch dokumentiert. Diese Fibel ist klein und handlich und kann deshalb in jeder Manteltasche Platz finden.

Professor Dr. med. W. L. Brückner, München

Medizinisch und wirtschaftlich rationale Arzneimitteltherapie

Herausgeber: H. Kewitz, 358 S., 55 Abb., 69 Tab., geh., DM 38,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Das Buch ist aus Fortbildungsvorträgen hervorgegangen. Es enthält kurzgefaßte Übersichten über die Anwendung von Pharmaka, geordnet nach Indikationsgebieten (z. B. Hochdruckbehandlung, Rheumatherapie). Zusätzlich finden sich Kapitel über den Wirksamkeitsnachweis bei neuen Arzneimitteln und über unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln sowie ein kurzes Arzneimittelverzeichnis und die Arzneimittelrichtlinien. Die Zahl der Themen wurde bewußt beschränkt. Hervorzuheben ist ein kritisches Kapitel über die Anwendung von Medikamenten im Alter. Die Autoren bemühen sich mit besonderer Sorgfalt um eine Bewertung des therapeutischen Nutzens von Arzneimitteln.

Privatdozent Dr. med. J. Remien, München

Orthopädische Operationen

Herausgeber: Prof. Dr. F. Loeffler † / Prof. Dr. P. F. Metzger / Doz. Dr. E. W. Knöfler, 586 S., 558 Abb., z. T. farbig, Leinen, DM 168,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

In der 2. Auflage wurde eine Reihe von älteren und kaum mehr angewandten Operationsmethoden weggelassen, neue Methoden wurden aufgenommen oder ausführlicher geschildert. Die Zusammenfassung des gesamten Stoffes in einem Band erleichtert das Lesen und Nachschlagen. Zahlreiche Bilder wurden ersetzt oder korrigiert. In dem den einzelnen Themenkomplexen vorangestellten Kapitel ist die Meinung der Verfasser zur Wertigkeit der verschiedenen dargestellten Operationsmethoden bzw. wann was zu tun angebracht erscheint, präzisiert. Die Operationsmethoden selbst wurden neutral dargestellt.

Rezidivierende Schulterluxation

Verf.: Prof. A. K. D. Sahe, aus dem Englischen von Dr. B. Rauchenberger, bearbeitet von Prof. Dr. P. Otte, 88 S., 54 Abb., 13 Tab., kart., DM 33,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Aufgrund langjähriger Behandlung rezidivierender Schulterluxationen kommt der Autor zum Ergebnis, daß der Typ der jeweils erforderlichen Operation exakt festgelegt werden kann. Dazu sind drei Größen von Bedeutung: Die Kraft der horizontalen Steuermuskeln, die Neigung der Gelenkpfanne und die Retrotorsion des Humerus. Sind bei rezidivierender Luxation die beiden letzten Faktoren normal, muß eine Insuffizienz der Steuermuskeln vorliegen. Der Hauptteil des Buches beschäftigt sich mit der Wiederherstellung des Muskelgleichgewichts, wobei der Verstärkung der hinteren Steuermuskeln durch Transfer des Latissimus dorsi überragende Bedeutung zuerkannt wird. Die Beschreibung dieser wichtigen Operation ist allerdings schwer verständlich, die Zeichnungen dazu sind kläglich. 92 derartige Operationen wurden mit sehr guten Ergebnissen durchgeführt.

Dr. med. G. Schneble, Eching

Sexualität und Medizin

Verf.: V. Sigusch, 356 S., geb., DM 38,—. Kiepenheuer & Witsch Verlag, Köln.

Es handelt sich um eine Sammlung von Beiträgen aus der Frankfurter Abteilung für Sexualmedizin, die erwertungsgemäß sozialkritisch engagiert ist und zum Großteil auf psychoanalytischer Basis beruhen. Wesentliche Themen der Sexualmedizin werden fundiert und zum Teil auf hohem Abstraktionsniveau dargelegt. Das Spektrum reicht vom Selbstverständnis der Sexualmedizin über Fortbildungstragen zu Problemen der Kontrazeption und des Schwangerschaftsabbruchs, von der Physiologie des Orgasmus zu den sexuellen Funktionsstörungen, von der Transsexualität über die weibliche Homosexualität bis zu dem brisanten Thema Psychochirurgie. Eine anspruchsvolle und lesenswerte Artikelammlung zur Einführung in sexualmedizinische Fragestellungen.

Dr. med. V. Geiger, München

Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe

Eine Einführung in die allgemeine Medizin in 86 Artikeln, herausgegeben von Eduard Seidler, Band 706, 368 S., DM 12,90. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Die 86 Artikel, von Ätiologie bis Wunderheilungen, bieten eine Einführung in die Heilkunde, nicht nur für Studienanfänger der Medizin, sondern auch für Krankenpflegeberufe, Sozialberufe, Pädagogen und die Seelsorger beider Konfessionen.

Neugeborenen-Infektionen

Herausgeber: Prof. Dr. C. Simon / Prof. Dr. V. v. Loewenich, 256 S., 107 Abb., 103 Tab., kart., DM 55,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die Herausgeber legen hier die auf einem Symposium in Schlengenbad gehaltenen Vorträge kompetenter Fachleute vor. Es war das Ziel der Vortragenden, den derzeitigen Stand des Wissens über Neugeborenen-Infektionen aus der Sicht verschiedener Fachdisziplinen zu rekapitulieren. Damit erhält das Buch den Vorzug aktueller Information. Neben neuen Erkenntnissen, die spezielle Organinfektion des Neugeborenen betreffend, findet der Leser Wissenswertes über neue Diagnostik-Methoden, neue Antibiotika und deren Wirkungsweise bei Neugeborenen, die Therapie von Meningitis, Enteritis, Augen-, Haut- und Atemwegsinfektionen, um nur einige Themen zu nennen. Jedem Beitrag ist ein Literaturverzeichnis angegliedert, das eine Vertiefung des Wissens ermöglicht. Das empfehlenswerte Buch wendet sich vor allem an Pädiater und Geburtshelfer, sollte aber auch von den Ärzten gelesen werden, die in der Praxis die Nachbehandlung und Betreuung solcher Kinder übernehmen. Sie alle werden aus der Lektüre großen Nutzen ziehen.

Dr. med. M. Wolf, Waldkraiburg

Funktion der Niere

Herausgeber: H. Valtin, M. D., 184 S., 61 Abb., 24 Tab., kart., DM 48,-. Schettauer Verlag, Stuttgart.

Die Monographie über die komplizierten Mechanismen zur Regulation des Wasser- und Elektrolythaushaltes durch die Niere im gesunden Organismus muß im Vergleich zu der umfangreichen vorhandenen Literatur als ungewöhnlich glücklich bezeichnet werden. Aufbau und Inhalt des Buches sind so übersichtlich, daß ohne Schwierigkeiten die Verknüpfungen von Funktionsebenen eigenständig als ideale Ergänzung zum akademischen Unterricht durchdacht werden können. Die einzelnen Kapitel werden jeweils mit Aufgabstellungen abgeschlossen, um das Erlernete an praktischen klinischen Beispielen zu überprüfen. Die Lösungen der Aufgaben sind im Anhang angegeben. Seiten kann ein nicht zu umfangreiches Werk wärmer empfohlen werden.

Professor Dr. med. K. H. Welsch, München

Hans Carossa Briefe II (1919 - 1936)

Herausgeber: E. Kempmann-Carossa, 562 S., mit einem Bild Carosses, Leinen, DM 48,-. Insel Verlag, Frankfurt.

Der zweite Band der Briefe, ebenfalls wieder mit ausführlichen Anmerkungen versehen, zeigt zwei wichtige Lebensabschnitte: erstens die langsame und schwierige Loslösung des Dichters von seinem ärztlichen Beruf und zweitens die Erhaltung seiner Selbständigkeit gegenüber dem 3. Reich. Wie schwierig beides selbst bei einem Dichter vom Range Carossas war, zeigen uns die Briefe und Anmerkungen. Zu den schon in der Besprechung des ersten Bandes erwähnten Dichtern kommen noch interessante Briefe an Paul Alverdes, E. Bertrem, Paul Ernst, Hermann Hesse, Thomas Mann, E. Penzoldt und R. M. Rilke. Briefe an seinen Verleger Kippenberg vom Insel Verlag nehmen einen breiten Raum ein, dessen großzügiges Verhalten erst die finanzielle Grundlage Carosses als freischaffender Dichter ermöglichte. Der negative Einfluß seines ärztlichen Berufes auf seine Dichtkunst beschättigen ihn immer wieder: „Mit meinem ärztlichen Beruf hängt es wohl auch zusammen, daß mir, d. h. meiner Dichtung, der Sinn für die Tragik einzelner menschlicher Schicksale abhanden gekommen ist. Vielleicht habe ich ihn auch, aus einer Art Notwehr heraus, unterdrückt. Für den ganz großen Gestalter ist er unerläßlich; was wäre Shakespeare ohne ihn?“ (1936 an Isolde Kurz). Dr. med. Paschka, Emskirchen

Jetzt
bringt

Indoremed
(25 mg und 50mg Indometacin)
Antirheumatikum
Antiphlogistikum

Bewegung

in Preis und Therapie

Indoremed 25 mg

20 Kps nur DM **5,70**

100 Kps nur DM **25,50**

Indoremed 50 mg

20 Kps nur DM **7,85**

50 Kps nur DM **16,80**

Anwendungsgebiete: Entzündliche und degenerative (rheumatische) Erkrankungen des Bewegungsapparates einschl. der Wirbelsäule und entzündliche Weichteilaffektionen.

Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegenüber Indometacin und Acetylsalicylsäure sowie deren Derivate, Schwangerschaft, Stillzeit, Alter unter 14 Jahren, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre (auch in der Anamnese).

Nebenwirkungen: Gelegentlich Magen-Darm-Unverträglichkeiten, gastrointestinale Blutungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Somnolenz, psychische und hämatopoetische Störungen, Retina- und Makula-Veränderungen; allergische Reaktionen sind selten.

Dosierung: Zur Einleitung der Therapie empfehlen sich 2-3 mal täglich 25 mg bis 50 mg zu den Mahlzeiten; die Maximaldosis von 200 mg täglich sollte nur ausnahmsweise überschritten werden.

Remed Econerica

Arzneimittel GmbH
Kirchheim bei München · Postfach 1242

Des Buch über die Freude

Verf.: Prof. Dr. H. Wagenführ, 515 S., Leinen, DM 49,—. Forkel-Verlag, Stuttgart.

Der Verfasser geht davon aus, daß in unserer hochzivilisierten und hochtechnisierten Zeit Experten und Spezialisten mehr und mehr geschätzt würden. Im Erziehungs- und Bildungsgange würde der Verabsolutierung des Fachwissens eher ein Vorrang eingeräumt. Demgegenüber meine er, nun sei es eher wichtig, den Blick auf das Gesamtmenschliche zu richten. Sein Anliegen ist es, den Gemütskräften in uns aufzuhelfen, dann werde euch wieder das Gefühl der Freude in die Menschen einziehen. Nur so könne einer Inneren Verhärtung entgegengewirkt werden.

Der Autor befaßt sich mit Fragen des Alltages: Lebensengst statt Lebensfreude, die Verzweckung des Lebens usw. — Er gibt Hilfestellungen und Hinweise, wie man wieder zu innerer Ausgeglichenheit und Harmonie kommen könne. Das Buch eignet sich dafür, in Mußestunden gelesen zu werden. Patienten, denen man es empfiehlt, dürften von der Lektüre Gewinn haben.

Dr. med. S. Maier, Regensburg

Definitive chirurgische Erstversorgung

Verf.: Priv.-Doz. Dr. G. H. Willital, 266 S., 136 Abb., geb., DM 32,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Vorliegendes Taschenbuch stellt für den in der chirurgischen Notaufnahme tätigen jungen Arzt zweifellos eine wertvolle Informationsquelle dar: Übersichtlich, in knapper Form, werden ihm eine Fülle von Informationen über Diagnose, Indikation und chirurgische Erstversorgung geliefert. So eignet sich dieses Taschenbuch zur schnellen Orientierung bei eiligen Entscheidungen: Blutstillung, Schock, Herzstillstand, ekutes Abdomen u. a. — Ein weiteres Kapitel ist der Behandlung der wichtigsten Frakturen gewidmet. Im Kapitel Handchirurgie dagegen werden infektiöse Erkrankungen, sowie oberflächliche und tiefe Verletzungen etwas ausführlicher abgehandelt. Es folgen einige kurze Bemerkungen über Antibiotika (sechs Seiten) und einige Ausführungen über allgemeine chirurgische Technik sowie über die Röntgentechnik bei der Untersuchung des Skeletts. — Da die vorliegende Auflage den Inhalt des Gegenstandskatalogs berücksichtigt, kann dieses Büchlein deshalb als zusätzliches Repetitorium für Examenssemester empfohlen werden. — Die Benützung des Sachregisters wird nicht empfohlen, da zahlreiche Fehler gefunden wurden: Anscheinend stammt dieses noch von einer früheren Auflage!

Professor Dr. med. W. L. Brückner, München

Arabische Malerei

Herausgeber: R. Ettinghausen, aus dem Englischen von K. G. Hemmerich, 212 S., 81 Farbabb., kart., DM 30,—. Klett-Cotte Verlagsgemeinschaft, Stuttgart.

Die arabische Malerei wurde erst durch Forschungen in neuester Zeit wiederentdeckt und zeigt die gemeinsame, fest unbekanntere kulturelle Vergangenheit einer heute politisch zerrissenen Landschaft.

Das Gebiet dieses künstlerischen Universums umfaßt alte Kulturen, die durch den Siegeszug des Islams „arabisiert“ worden waren; Die zeitlichen Grenzen der Darstellung liegen zwischen dem späten 7. und dem 14., dem Jahrhundert der Mongoleninvasion.

Die Kunst, die dieses Buch vermittelt, ist trotz der Seltenheit ihrer Werke der Spiegel einer wundervollen und glänzenden, zu früh verschwundenen Kultur.

Der junge Mensch

Seine Eltern, Lehrer und Vorgesetzten — Zum Problem des Verstehens und der Führung im Jugendalter

Verf.: K. Widmer, 400 S., Teb. u. Stetistiken, Leinen, DM 43,—, brosch., DM 39,—. Rotepfel Verlag, Stuttgart-Zürich.

Der bekannte Schweizer Pädagoge und Psychologe beantwortet sehr sorgfältig, eingehend und aus einer verständnisvollen konservativen Grundhaltung heraus die Fragen: welche Denkschritte es uns ermöglichen, junge Menschen zu verstehen, in welcher gesellschaftlichen und entwicklungs-spezifischen Situation sich die jungen Menschen heutzutage befinden, welche Faktoren der gegenwärtigen Gesellschaftsstruktur das Erleben und Verhalten des jungen Menschen beeinflussen und wie wir als Erwachsene uns gegenüber den jungen Menschen verhalten sollen, um ihm die notwendige pädagogische Hilfe leisten zu können. Das Buch vermittelt bewußt Denkestöße und gibt dem Interessierten Gelegenheit, anhand von Diskussionsfragen die einzelnen Abschnitte und ihre Inhalte zu rekapitulieren.

Dr. med. W. Rulffs, Nürnberg

Geschichte der religiösen Ideen

Band 2: Von Gautama Buddha bis zu den Anfängen des Christentums

Herausgeber: M. Ellade, 464 S., geb., DM 76,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Dem Religionswissenschaftler gelingt es auch im 2. Band seines Standardwerkes, kenntnisreich und behutsam zugleich die großen Religionen dieser Erde zu beschreiben und dem Leser zugänglich zu machen. Er behandelt alle großen Religionen in der Zeit der klassischen Antike: in China, in Indien, in der griechisch-römischen, hellenistischen und germanischen Welt, das Judentum und das frühe Christentum. Einbezogen in die Darstellung sind auch die Religionen der Thraker, Kelten und Perser. Die heute noch lebendigen Religionen von Gautama Buddha bis hin zu den Anfängen des Christentums werden von ihrer Entstehung her beschrieben. Auch weist der Autor auf, wie es den unterschiedlichen Religionen ein Anliegen war und ist, das rein Naturhafte zu transzendieren und das Geheimnis des eigenen Daseins zu verstehen.

Die schönsten Ferienküsten Europas

308 S., 4-farb. Abb., DM 69,—. Weka-Verlag, Kissing.

Dieses Werk beschreibt ausführlich 33 Erlebnisrouten entlang europäischer Meeresküsten von Skandinavien bis Griechenland. Es gibt dem Leser eine Vielzahl überreschender Tips über Urlaubsorte und herrliche Reiserouten. Abgerundet wird dieses Buch durch einen Auto-Atlas „Europe“, der den derzeitigen Stand geographischer und kartographischer Entwicklungen beinhaltet.

Der Rheingau — eine paradisiische Landschaft

Herausgeber: O. E. Fink / U. Pfistermeister, 96 S., 70 Abb., davon 30 Farbabb., Leinen, DM 38,—. Verlag W. Weidlich, Frankfurt — Vertrieb durch Umschau Verlag, Frankfurt.

Zahllose Dichter und Denker haben den Rheingau besungen und mit einem Paradies verglichen. Diese Landschaft wird hier in Bild und Text vorgestellt. Die Fotografien sprechen für sich und beschreiben die von Rheinstrom und Weinbergen beherrschte Gegend. Der Text führt ausführlich in die wechselvolle Geschichte dieses Ländchens ein.

Griegen-Autoreiseführer „Schweiz“

256 S., 35 mehrfarb. Stadtpläne und einer Übersichtskarte, DM 19,80. Verlag Karl Thiemig, München.

Dieser Autoreiseführer wurde unter Mithilfe des ADAC-Touristikdienstes und in enger Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Verkehrszentrale in Zürich sowie dem Schweizer Verkehrsbüro in Frankfurt zusammengestellt. Kernstück ist die graphische Darstellung der 18 wichtigsten Reiserouten kreuz und quer durch die Schweiz mit Angaben über Autobahn-Servicestationen. Beigeordnete Hinweise auf rund 240 Orte und Reisestationen und nahe den Routen leiten über zu deren ausführlicher Besprechung, die wiederum bei gut 150 davon durch die Adressen der einschlägigen lokalen Hilfsleistungseinrichtungen ergänzt wird.

Das deutsche Alpenland

Reihe: Die deutschen Lande farbig

112 S., 64 Farbabb., Texte (deutsch, englisch, französisch), geb., DM 36,-. Umschau Verlag, Frankfurt.

Das deutsche Alpenland beginnt links (von München aus gesehen) mit dem geographischen Alpenzipfel, in dem Berchtesgaden und Bad Reichenhall liegen. Vom Chiemsee bis an den Kochelsee etwa reicht das Gebiet der bayerischen Voralpen, mit Chiemgau, Inntal, Mangfall und Iserwinkel. Vom Inn- bis zum Isartal erstrecken sich die Schliersee- und Tegernseeberge mit Wendelstein, Wallberg, Hirschberg, Benediktenwand, Welchenseegebirge und Kesselbergpaß schließen sich an. Das Gebiet zwischen dem Loisachtel bis zum Zugspitzabbruch, dem Mittenwalder Talbecken und dem Hochland von Ettal-Oberammergau bilden das Werdenfeller Lend. Hier sind Deutschlands höchste Berge zu finden: Zugspitze und Alpspitze. Mit dem Allgäu bis hin zum Bodensee endet das deutsche Alpenland und bildet damit eine der schönsten Regionen Mitteleuropas.

Archäologische Wanderungen im Ries

Reihe: „Führer zu archäologischen Denkmälern in Bayern“ Schwaben 2

Herausgeber: H. Frel / G. Krahe, 256 S., 100 Abb., kart., DM 19,80. Konrad Theiss Verlag GmbH, Stuttgart.

Die Herausgabe dieses Führers ist eingebettet in die menigfachen Bemühungen um die Erhaltung und Erforschung der archäologischen Denkmäler im Ries durch die Heimat- und Denkmalpflege. Der Band besteht aus einem allgemeinen Teil A (Kapitel zur Erd- und Landschaftsgeschichte) und einem Exkursionsteil B (aufgegliedert in fünf Exkursionsrouten). Zahlreiche Abbildungen, Karten und Pläne tragen zur Veranschaulichung bei. Eine Karte mit den eingezeichneten Routen ist beim Aufsuchen der einzelnen Objekte hilfreich.

Der Magische Pfell

Magie und Medizin

Verf.: T. Ott, 250 S., 64 Abb., davon 24 Farbabb., Leinen, DM 58,-. Atlantis-Verlag AG, Zürich.

Der Autor hat sich seit vielen Jahren mit dem Wirken und den Praktiken der südamerikanischen Medizinmänner beschäftigt. Mehrere Expeditionen führten ihn in die Regionen der Anden, wo unzählige Hexer ihre Wunder vollbringen, und wo es immer wieder zu medizinisch-wissenschaftlich nicht erklärbaren Heilungen kommt. Dabei ging es ihm vorwiegend um die Frage, welche Bedeutung der Magie bei den Heilungen der sogenannten Primitiven zukommt.

Bei Hyperhidrosis

besonders an den Füßen und damit in Zusammenhang stehende Hauterkrankungen

Antihydral

Antihydral®

trocknet die gequollene Haut ab und kräftigt sie. Dadurch wird die Schweißsekretion normalisiert. Dieser Vorgang ist biologisch gesteuert. Sobald eine Normalisierung erreicht ist, hört dieser Effekt auf.

Antihydral »M«®

In feuchtwarmer Atmosphäre sieden sich gerne Pilze an. Deshalb sind Körperstellen mit übermäßiger Schweißabsonderung vielfach mykotisch infiziert. In diesem Fall ist Antihydral »M« das Mittel der Wahl. Es entzieht den Pilzen durch Abtrocknen das günstige Milieu und enthält Schwefel als Fungistatikum. Der unangenehme Juckreiz wird rasch beseitigt.

Antihydral und Antihydral »M« trägt man 1-2mal täglich dünn auf und läßt es antrocknen.

Zusammensetzungen:

Antihydral enthält 13% Hexamethylen-tetramin in fettfreier, abtrocknender Salbengrundlage.
Antihydral »M« enthält 10% Sulfur praec. und 10% Hexamethylen-tetramin in fettfreier, abtrocknender Salbengrundlage.

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Zur Beachtung: Nicht auf offene Wunden auftragen!

Preise: Tuben mit 70 g DM 4,75

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N



ET6874

Maßlose Medizin?

Antworten auf Ivan Illich

Herausgeber: R. Flöhl, 161 S., 5 Abb., 8 Tab., geh., DM 19,80. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Nachdem I. Illich die Symptoma unserer kranken Gesellschaft teilweise sehr treffend diagnostiziert hat, antworten hier namhafte Mediziner und Soziologen auf diese Kritik. Da die technische, medizinische und soziale Entwicklung eng miteinander verknüpft sind, läßt sich das Unbehagen an der Medizin nicht allein durch die Ärzte überwinden. Es werden jedoch Wege aufgezeigt, die uns wieder zu mehr Gesundheit verhelfen und unnötiges Leid ersparen können.

Erfolgreich verhandeln und streiten vor dem Arbeitsgericht

Herausgeber: H. J. Blum, 160 S., DM 24,80. Verlag für Verwaltungspraxis Frenz Rahm, München.

Durch das Gesetz zur Beschleunigung und Bereinigung des arbeitsgerichtlichen Verfahrens vom Mai 1979 ist das Arbeitsgerichtsgesetz in wichtigen Punkten geändert worden. Das Verfahren wurde konzentriert und durch eine Reihe von Maßnahmen beschleunigt.

Dieser Leitfaden wendet sich mit zahlreichen Beispielen an Unternehmer, Geschäftsführer, Personalleiter, Prokuristen und leitende Angestellte.

Pflanzenführer in Farbe

Herausgeber: Th. Schauer / C. Caspari, 417 S., 1020 Abb. auf 183 Farbtafeln, 202 Zeichn., kart., DM 16,80. BLV Verlagsgesellschaft, München.

Die Sonderausgabe des BLV-Pflanzenführers bietet über 1400 Pflanzenarten Deutschlands und der Nachbarländer – davon 1020 farbige abgebildet. Bei der Auswahl wurden alle Gruppen der Blütenpflanzen erfaßt. Die Reihenfolge basiert auf Standorten. Innerhalb dieser werden die Mitglieder gleicher Pflanzenfamilien zusammengefaßt. Die Texte zu den Abbildungen nennen deutsche und botanische Namen, Merkmale, Blütezeit, Standort, Verbreitung und erstmals in einem Bestimmungsbuch den Gefährdungsgrad der Art aufgrund der Roten Liste für Deutschland. Der Text beschreibt über 400 weitere, nicht abgebildete Arten.

Krabat

Verf.: O. Preußler, 232 S., 64 Abb., DM 24,80. Arena-Verlag Georg Popp, Würzburg.

Der 14jährige Krabat verdingt sich in einer Zaubermühle als Lehrjunge. Sein Meister wählt ihn in die Geheimnisse der „Schwarzen Kunst“ ein. Seine Abenteuer und Erlebnisse sind ungemein packend. Dramatischer Höhepunkt der fesselnden Geschichte: der entscheidende Zauberkampf zwischen Krabat und seinem ehemaligen Lehrmeister.

Das Buch ist so spannend, daß Kinder es mehr als einmal lesen werden, und literarisch von solchem Rang, daß auch Erwachsene es mit Gewinn lesen können.

Der Geisterjäger

Verf.: P. Dickinson, 180 S., DM 14,80. Boja Verlag, Stuttgart.

Dieses Buch beinhaltet nicht nur eine Abenteuer- und Geistergeschichte, sondern erzählt auch von einem blinden Jungen, der durch die Sensibilisierung seiner übrigen Sinne seiner Umgebung in mancher Hinsicht überlegen ist.

Zeugnisse des vertrauenden Glaubens

Herausgeber: Prof. Dr. W. Jaeger, 80 S., 53 Abb., davon 24 farb., Lainen, DM 29,50. Jan Thorbecke Verlag, Sigmaringen. Dieses Buch gibt einen systematischen Überblick über Augenvotiva vom ausgehenden Mittelalter bis ins 19. Jahrhundert. Auf Fahrten durch Bayern und Österreich hat der Autor gezielt nach solchen Votiven gesucht. Neben Aufnahmen in Wallfahrtsorten und Kirchen hatte er die Möglichkeit, ein besonders reichhaltiges Material aus vier Privatsammlungen zu fotografieren. Die ausführlichen Bilderklärungen bringen Hinweise auf die gesamte einschlägige kunsthistorische, medizinhistorische und volkskundliche Literatur. Mit aller Vorsicht versucht der Herausgeber, diese Votivbilder auch als medizinhistorische Quelle zu nutzen und daraus etwas über Art, Häufigkeit und Verbreitung bestimmter Augenkrankheiten in früheren Jahrhunderten zu erfahren. Zunächst werden die Herkunft dieser Augenvotiva aus christlichen, antiken und magischen Quellen geschildert. Eine ausführliche Darstellung finden dann die Votive des 17. bis 19. Jahrhunderts aus Wachs, Silber und Holz sowie die gemalten und gedruckten Votivbilder, teils aus Marienwallfahrtsorten stammend, teils aus Gnadenstätten der speziellen Nothelfer bei Augenkrankheiten.

Die Rosenfenster der gotischen Kathedralen

Herausgeber: P. Cowen, aus dem Englischen von I. Schmid, 144 S., 141 Abb., davon 59 farbig, geb., DM 39,50. Verlag Harder, Freiburg-Basel-Wien.

Wer je die Sainte-Chapelle in Paris, das Straßburger Münster oder die Kathedrale von Chartres besuchte, wird sich ihrer Rosenfenster erinnern, dieser eindrucksvollsten Schöpfungen der Gotik, deren Bedeutung in den Kathedralen stets durch eine bevorzugte Platzierung in der Westfassade oder in den Fassaden der Querhäuser gekennzeichnet ist. Für alle, die die Originala bisher nicht sehen konnten oder mehr über Rosenfenster wissen möchten, liegt nun ein besonders preiswerter Band vor, in dem diese Höhepunkte der Glasmalerei in den gotischen Kathedralen Europas in einem umfangreichen Bildteil und informativen Text über ihre Struktur, ihr ikonographisches Programm und ihren Symbolgehalt vor Augen geführt und analysiert werden.

Painton Cowen, langjähriger Mitarbeiter an der Encyclopaedia Britannica, würdigt im ersten Abschnitt seines Buches die Bedeutung des Lichts und den Symbolwert, den die Fenster im Kirchengebäude besitzen. Der zweite Abschnitt befaßt sich mit der Entstehung der Rosenfenster, zeigt die Entwicklung vom Rad- zum Flamboyantfenster und erklärt kurz die Herstellung, Farben und Bemalung der Gläser. Der dritte, umfangreichste Abschnitt ist der Bedeutung der Rosenfenster im Symbolgehalt des Kreises gewidmet.

Kinder begegnen dem Tod

Verf.: M. Leist, 192 S., DM 19,80. Gütersloher Verlagshaus Gard Mohn, Gütersloh.

Sprechen wir mit unseren Kindern über den Tod? Wie trösten wir sie, wenn ein Freund stirbt? Wie können wir selbst einem sterbenden Kind beistehen? Wie jeder von uns, so hat auch das Kind Angst vor dem Tod und trauert um einen toten Freund oder Verwandten. Wir können unseren Kindern nur dann helfen, wenn wir uns ernsthaft mit dem Tod auseinandersetzen.

Dieses Buch bietet Hilfen für Eltern und Erzieher. Es informiert und orientiert umfassend alle, die sich für Kinder verantwortlich fühlen.

Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

August 1980

- 1.-3. **München:** Internationales Symposium „New Trends in Allergy“. — Auskunft: Privatdozent Dr. J. Ring, Frauenlobstraße 9, 8000 München 2.
- 3.-8. **Kopenhagen:** VII. Internationaler Kongreß für Gruppenpsychotherapie. — Auskunft: Dr. G. A. Leutz, Uhlandstraße 8, 7770 Überlingen.
- 3.-9. **London:** Weltkongreß für klinische Pharmakologie und Therapie. — Auskunft: Secretariat, First Worlds Conference on Clinical Pharmacology & Therapeutics, Conference Associates CPT, 34 Stanford Road, London W 8 5PZ.
- 4.-7. **Washington:** 18. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde. — Auskunft: Dr. K. O. Johnson, 10 801 Rockville Pike, Rockville, Md. 2085/USA.
- 4.-8. **Hamburg:** Internationaler Kongreß für Erziehung und Bildung Hörgeschädigter. — Auskunft: German Convention Service, Dammtorstraße 12, 2000 Hamburg 36.
- 16.-22. **Montreal:** 18. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Hämatologie gemeinsam mit 16. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Bluttransfusion. — Auskunft: ISH/ISBT Congress — Montreal, 772 Sherbrooke Str. West Montreal, Quebec, Canada, H3A 1G1.
- 17.-23. **Mexico-City:** 11. Internationaler Anatomie-Kongreß. — Auskunft: A. M. Zaragoza, Sociedad Mexicana de Anatomía, P. O. Box 70-278, Mexico 20, D. F.
- 18.-22. **Hamburg:** 15. Weltkongreß für Innere Medizin. — Auskunft: Hamburger Messe und Kongress GmbH, Jungiusstraße 18, 2000 Hamburg 36.
- 21.-28. **Brixen:** 8. Internationaler und interdisziplinärer Herbst-Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie. — Auskunft: Aktion Sonnenschein München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.
- 24.-30. **Boston:** 8. Internationaler Transplantationskongreß. — Auskunft: Dr. A. P. Monaco, Deaconess Hospital, 185 Pilgrim Road, Boston, Mass. 02 215/USA.
24. 8.-6. 9. **Grado:** XIV. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

24. 8.-6. 9. **Pörrschach:** Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Kongreßbüro, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.

24. 8.-7. 9. **Ischia:** Internationales Rheuma- und Vorsorge-Symposium. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, ADAC Reise GmbH, Frau V. Hölzer, Baumgartnerstraße 53, 8000 München 70.

25.-31. **Sao Paulo:** 8. Internationaler Kongreß für Diätetik. — Auskunft: Verband Deutscher Diätassistenten e. V., Bismarckstraße 96, 4000 Düsseldorf 1.

25. 8.-6. 9. **Meran:** XXVIII. Internationaler Fortbildungskongreß der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

26.-30. **Oxford:** 7. Internationaler Chromosomen-Kongreß. — Auskunft: O. C. C. Dept. of Medical Genetics, Old Road, Headington, Oxford OX3 7 LE.

30. 8.-5. 9. **Karlsruhe:** 32. Deutsche Therapiewoche und 32. Hellmittelausstellung. — Auskunft: Dr. P. Hoffmann, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe.

31. 8.-5. 9. **Berlin:** 2. Internationaler Kongreß für Zellbiologie. — Auskunft: German Convention Service, Congreß Organization, Joachimstaler Straße 19, 1000 Berlin 15.

31. 8.-6. 9. **Norderney:** 18. Fortbildungskongreß der Ärztekammer Nordrhein. — Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 31, 4000 Düsseldorf 30.

31. 8.-13. 9. **Velden:** Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin. — Auskunft: Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg.

September 1980

2.-5. **Barcelona:** 7. Europäischer Kongreß für Perinatalmedizin. — Auskunft: Dr. H. Bossart, Hospital Cantonal Universitaire, Lausanne/Schweiz.

2.-6. **Berlin:** VI. Internationaler Kongreß für psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. — Auskunft: Professor Dr. M. Stauber, Pulsstraße 4, 1000 Berlin 19.

2.-6. **Krakau:** XV. Internationaler Kongreß für Audiologie. — Auskunft: Dr. A. R. Halama, Kopernika 23 a, Pl-31-501 Krokow.

4.-6. **Belgrad:** 15. Tagung der Europäischen Gesellschaft zum Studium der Leber. — Auskunft: Sava centar, Milentija Popovicá 9, Organizer Lj. Imamovic, R-11 000 Beograd.

7.-12. **Athen:** XII. Weltkongreß für Angiologie. — Auskunft: XII. World Congress of Angiology, 17, Sisini Str., Athan 612.

- 7.-23. **Südamerika:** Ärztlicher Fortbildungskongreß für Tropanmadizin. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, ADAC Reise GmbH, Frau V. Hölzer, Baumgartnerstraße 53, 8000 München 70.
- 8.-11. **Montreal:** 28. Internationaler Kongreß für Luft- und Raumfahrtmedizin. — Auskunft: Int. Academy of Aviation & Space Med., 935 Ouest, Rue de la Gauchetiere West, Montreal H3C 3N4/Canada.
- 8.-12. **Berlin:** 6. Jahreskongreß der Internationalen Gesellschaft für Präventivmedizin. — Auskunft: Professor Dr. Dr. D. Schlegel, Goethestraße 70, 8000 München 2.
- 8.-13. **Berlone:** XVI. Internationaler Kongreß für Pädiatrie. — Auskunft: 16 IPA Congress, Apartado de Correos 29 036, Berlone.
- 8.-20. **Isny-Neutrauchburg:** Manuelle Therapie der Extremitätengelenke (E₁ u. E₂). — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für manuelle Medizin, Argental-Klinik, 7972 Isny-Neutrauchburg.
- 9.-12. **Nürnberg:** 18. Internationale Jahrestagung der Gesellschaft für Nuklearmedizin. — Auskunft: Institut und Poliklinik für Nuklearmedizin der Universität Erlangen, Kongreßsekretariat, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 10.-12. **Berlin:** 14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für biomedizinische Technik. — Auskunft: Kongreßsekretariat Fachgebiet biomedizinische Technik der TU Berlin, Dovestraße 6, 1000 Berlin 10.
- 10.-13. **Berlin:** XXXII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie. — Auskunft: Professor Dr. K.-F. Albrecht, Heusnerstraße 40, 5600 Wuppertal.
- 10.-13. **Freudenstadt:** 22. Kongreß für Neuraltherapie nach Huneke. — Auskunft: Dr. J. Huneke, Am Müllerberg 24, 4934 Horn-Bad Meinberg 2.
- 11.-13. **Bad Tarasp-Vulpera:** 7. Leber-Symposion. — Auskunft: Dr. M. S. Meier, Medical Center, CH-7552 Vulpera.
- 12.-13. **München:** Eintührungs- und Fortbildungskurs für Sonographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80.
- 12.-14. **Linz:** 5. Doneusymposion für Nephrologie. — Auskunft: Professor Dr. B. Watschinger, Untere Doneulände 20, A-4020 Linz.
- 13.-14. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 13.-21. **Freudenstadt:** 59. Fortbildungskongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. — Auskunft: ML-Verlag, Postfach 120/140, 3110 Uelzen 1.
- 14.-21. **Hamburg:** 7. Weltkongreß über Anästhesiologie. — Auskunft: Hamburger Messe und Kongreß GmbH, Jungiusstraße 18, 2000 Hamburg 36.
- 15.-18. **Montpellier:** 3. Internationaler Fortbildungskurs in Angiographie. — Auskunft: Service Central de Radiodiagnostic, Hôpital Saint-Elou, F-34 059 Montpellier.
- 15.-19. **Paris:** 13. Internationaler Kongreß der Internationalen Akademie für Pathologie. — Auskunft: Groupe de Pathologie Pédiatrique, Hôpital Nacker-Enfants, 149, Rue de Sevres, F-75 730 Paris Cedex 15.
- 15.-19. **Warschau:** 5. Europäischer Kongreß für Klefer- und Gesichtschirurgie. — Auskunft: Reisebüro ORBIS, Bracka Str. 16, P. O. B. 67, Warszawa 10/Polen.
- 15.-20. **Klagenfurt:** 27. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. — Auskunft: Generalsekretariat der SIMG, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 16.-18. **Lübeck-Trevesmünde:** Gemeinsame Tagung der Skandinavischen und Deutschen Gesellschaften für Pharmakologie. — Auskunft: Hansisches Verlagskontor, Postfach 30 45, 2400 Lübeck 111.
- 16.-19. **München:** Internationaler Luftrettungskongreß des ADAC e. V. — Auskunft: ADAC-Zentrale, Sekretariat Internationaler Luftrettungskongreß, Baumgartnerstraße 53, 8000 München 70.
- 16.-20. **Wasterland:** 32. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. E. Christophers, Schittenhelmstraße 7, 2300 Kiel.
17. **Fürth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth. — Auskunft: Dr. J. Mertens, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth.
- 17.-20. **Münster:** 67. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. — Auskunft: Professor Dr. H. H. Matthieß, Hüfferstraße 27, 4400 Münster.
- 18.-19. **Hannover:** Fechtagung „Textorganisation und Textspeicherverfahren in Medizin und Verwaltung“. — Auskunft: G. Steiner, Medizinische Hochschule, Abt. 1100, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61.
- 18.-20. **Salzburg:** Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaften für Innere Medizin und für Angiologie. Auskunft: Professor Dr. E. Deutsch, Lazarettgasse 14, A-1090 Wien.
- 21.-24. **Kiel:** 78. Versammlung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. W. Böka, Hegewischstraße 2, 2300 Kiel 1.
- 21.-25. **Hamburg:** 111. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. — Auskunft: Geschäftsstelle der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, Friedrich-Ebert-Straße 217, 5600 Wuppertal 1.
- 22.-27. **Kleppholtel/Sylt:** Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge. — Auskunft: Frau Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.
22. 9.-4. 10. **Isny-Neutrauchburg:** III. Kurs der Deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin. — Auskunft:

Deutsche Gesellschaft für manuelle Medizin, Argentalklinik, 7972 Isny-Neutrauchburg.

22. 9.–17. 10. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. – Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 24.–27. **Würzburg:** XXII. Symposion „Immunzytochemie“. – Auskunft: Professor Dr. Ch. Pilgrim, Postfach 4066, 7900 Ulm.
- 24.–29. **Würzburg:** XXII. Symposion der Gesellschaft für Histochemie. – Auskunft: Sekretariat Professor Thiessen, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61.
- 25.–27. **Berlin:** 13. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. – Auskunft: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Mantred-von-Richthofen-Straße 2, 1000 Berlin 42.
- 26.–28. **Augsburg:** IX. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (ZMA), veranstaltet von der Bundesärztekammer. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 26.–28. **Augsburg:** 66. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. – Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 26.–28. **Bad Neuenahr:** 1. Fortbildungskongreß „Krebsnachsorge“. – Auskunft: Friedrich-Thieding-Stiftung des Hertmennbundes, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2.
- 26.–30. **Riva/Gerdensee:** 4. Verheltenstherapiewoche. – Auskunft: VT-Woche Riva 1980, IFT-Therapieforschung GmbH, Perzlvelstraße 25, 8000 München 40.
27. **Bad Alexandersbad:** Fortbildungstagung „Grundlagen der Homöopathie“. – Auskunft: Frau Dr. A. Wandi, Nelkenstraße 3, 8458 Sulzbech-Rosenberg.
27. **München:** Einführungslehrgänge für die kessenärztliche Tätigkeit. – Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 27.–28. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. – Auskunft: Dr. H. Pebst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
28. 9.–12. 10. **V. R. China:** Informationsreise für Chirurgen. – Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
29. 9.–24. 10. **München:** C-Kurs für Arbeitsmedizin. – Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
29. 9.–3. 10. **Hamburg:** 43. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. – Auskunft: Professor Dr. H. Schmidt-Matthiesen, Theodor-Stern-Kai 7, 6000 Frankfurt 70.
30. 9.–4. 10. **Tokyo:** 3. Weltkongreß für Medizinische Informatik. – Auskunft: Medis-DC, Hongo P. O. Box 40, Bunkyo-Ku- Tokyo 113-91/Japan.

- 9.–12. **Regensburg:** 65. Fortbildungstagung des Kollégiums für ärztliche Fortbildung Regensburg. – Auskunft: Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 e, 8400 Regensburg.
- 19.–22. **Würzburg:** XIV. Symposion der Gesellschaft für Nephrologie. – Auskunft: Professor Dr. A. Heidland, Joset-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 20.–25. **Erlangen:** Fortbildung in praktischer Kardiologie. – Auskunft: Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 24.–25. **München:** 32. Fortbildungskurs für Phonokardiographie (Teil I). – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 24.–25. **Nürnberg:** Symposion über „Forensische Probleme in der Anästhesiologie“. – Auskunft: Privatdozent Dr. H. W. Opderbecke, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90.
- 25.–26. **Bernried:** Ergometrie-wochenende. – Auskunft: Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried.

Beliegenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der **Fe. Bequem-Schuh, Hamburg**, sowie einer Teillautliege ein Prospekt des **Gustav Fischer Verleges in Stuttgart** bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.

„**Bayerisches Ärzteblatt**“. Inhaber, Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordaur – verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

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

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke.

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zauner jr., Augsburger Straße 9, 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

Der Landkreis Schwandorf sucht

1 Oberarzt für Innere Medizin

und

1 Oberarzt für Chirurgie,

und für die Kreiskrankenhäuser Nabburg (185 Betten), Oberviechtach (150 Betten), Neunburg v. W. (88 Betten), Nittenau (78 Betten)

Assistenzärzte für Chirurgie und Innere Medizin

Geboten werden für die Oberärzte Vergütung nach Vereinbarung und für die Assistenzärzte tarifliche Vergütung und über tarifliche Bereitschaftsdienstvergütung. Hinzu kommt in allen Fällen eine zusätzliche beitragsfreie Altersversorgung neben den üblichen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Umzugskosten werden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen übernommen. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermines erbeten an das Landratsamt, Postfach 1549, 4860 Schwandorf (zuständiger Personalsachbearbeiter Herr Fischer, Telefon [0 94 31] 4 73 60).

Kreiskrankenhaus Lichtenfels

In unserer Chirurgischen Abteilung – leitender Abteilungsarzt Dr. med. Kurt Benz – ist ab sofort die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Unser Krankenhaus verfügt über 404 Betten: Fünf Hauptfachabteilungen (Chirurgie mit 154 Betten, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie, Radiologie) und zwei Belegabteilungen (HNO und Augen).

Wir führen alle Eingriffe der mittleren und großen Chirurgie und Unfallchirurgie durch, ferner Urologie, Gefäßchirurgie und Rekonstruktive Chirurgie (Totalendoprothesen). Die Abteilung ist von den Berufsgenossenschaften zur Behandlung von § 6-Fällen zugelassen.

Volle Weiterbildung möglich.

Wir bieten ein gutes Betriebsklima und geregelte Arbeitszeit. Bezahlung nach BAT, Bereitschaftsdienstvergütung und Nebeneinnahmen. Es besteht Unterrichtsmöglichkeit an unserer Schwesternschule.

Bewerben Sie sich bitte sofort.

Anschrift:
Kreiskrankenhaus Lichtenfels, Prof.-Arnth-Straße 2,
8620 Lichtenfels, z. Hd. Dr. med. Kurt Benz,
Telefon (0 95 71) 1 23 82.

Das Kreiskrankenhaus Wunsiedel im Fichtelgebirge (Fachkrankenhaus für Innere Medizin – 80 Betten) sucht zum baldmöglichsten Eintritt eine(n)

Assistenzarzt oder -ärztin

Wunsiedel ist Kreisstadt (10700 Einwohner) und Sitz sämtlicher weiterführender Schulen. Stadt und Umland bieten aufgrund der Mittelgebirgslage hohen Wohn- und Freizeitwert.

Das Krankenhaus ist sehr gut ausgestattet und verfügt über alle modernen Einrichtungen für Diagnostik und Patientenüberwachung. Der leitende Arzt ist zu fünf Jahren Interner Weiterbildung ermächtigt.

Wir bieten Vergütung nach BAT zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe C und Chefarztzulage aus dem Mitarbeiterpool.

Anfragen und Bewerbungen richten Sie bitte an Leitenden Arzt Dr. Herbart Hohenberger, Kreiskrankenhaus, Postfach 148, 8592 Wunsiedel 1, Telefon (0 92 32) 3577 oder Landratsamt, 8592 Wunsiedel 1.

Der Landkreis 8482 Neustadt a. d. Waldnaab sucht für die

Stadt Eschenbach i. d. Opf.

einen Augenarzt

mit Belegerztätigkeit im örtlichen Krankenhaus (Grundkrankenhaus mit drei Fachabteilungen und 151 Betten).

Die Stadt Eschenbach i. d. Opf. als Mittelzentrum hat selbst 4000 Einwohner und ein großes Einzugsgebiet von ca. 20000 Einwohnern.

Sie liegt in einer landschaftlich schönen Gegend mit hohem Freizeitwert. Sämtliche Schulen am Ort. Die Stadt Eschenbach ist bei der Vermittlung der benötigten Räumlichkeiten behilflich.

Anfragen bitte an die

KV Bayern – Regensburg, Landshuter Straße 49,
8400 Regensburg

MYKOSEX

DAS HERVORRAGEND BEWAHRTE ANTIMYCOTICUM

APOTHEKER BERNSDORF K.-G., 8132 TUTZING – OBB.

SALBE
PUDER
FLÜSSIG

BEI ONYCHO- UND BLASTOMYKOSEN, DERMATOMYKOSEN MYKOTISCHEN EKZEMEN, EPIDERMOPHYTIEN, MIKROSPORIE, TRICHOPHYTIEN, ERYTHRASMA U. MISCHINFESTIONEN.

MYKOSEX-FUSS-SPRAY

mit der Doppelwirkung für die Fuß-, Körper- u. Schuh-Hygiene. Desinfiziert und desodoriert! Verkauf nur DM 9.35

Bitte beachten Sie unser

DERMAREX WAS

die alkalifreie, außerordentlich milde, flüssige Seife, auf Basis waschaktiver Stoffe mit fungizid. und bakterizid. Wirkstoffen, die ideale „Ekzemwäsche“ selbst in desolaten Fällen, auch für besonders empfindliche, wunde, trockene und spröde Haut das überzeugende Waschmittel!

Das Krankenhaus in 8783 Hammelburg/Unterfranken bietet

1 Arzt

für Hals-, Nasen- und Ohrkrankheiten
stationäre Krankenhausstätigkeit auf Belagartzbasis.

Das Krankenhaus ist in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern als bedarfsnotwendiges Krankenhaus aufgenommen und umfaßt 156 Planbetten. Es ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen, wurde 1952-1954 erbaut, 1964-1966 erweitert und wird in nächster Zeit umfassend saniert.

Hammelburg ist eine Garnisonstadt mit rund 12000 Einwohnern, liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung am Südrand der Rhön. Günstige Verkehrslage nahe der Universitätsstadt Würzburg und der Kreisstadt des Großlandkreises Bad Kissingen. Alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das
Landratsamt - Zentralverwaltung der Krankenhäuser und Altenheime - 8730 Bad Kissingen.

Auskunft erteilt: Oberamtsrat Pöschl, Telefon (0 97 32) 40 02.

Das Krankenhaus in 8783 Hammelburg/Unterfranken
sucht zum baldigen Eintritt

1 Arzt für Anästhesiologie

als Oberarzt und stellvertretenden Chefarzt

2 Assistenzärzte

Vergütung erfolgt nach BAT-Vka mit zusätzlicher Altersversorgung und Beihilfenversicherung.

Das Krankenhaus ist in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern als bedarfsnotwendiges Krankenhaus aufgenommen und umfaßt 156 Planbetten für die Disziplinen „Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie mit Geburtshilfe“. Es ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen, wurde 1952-1954 erbaut, 1964-1966 erweitert und wird in nächster Zeit umfassend saniert.

Hammelburg ist eine Garnisonstadt mit rund 12000 Einwohnern, liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung am Südrand der Rhön. Günstige Verkehrslage nahe der Universitätsstadt Würzburg und der Kreisstadt des Großlandkreises Bad Kissingen. Alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das
Landratsamt - Zentralverwaltung der Krankenhäuser und Altenheime - 8730 Bad Kissingen.

Auskunft erteilt: Oberamtsrat Pöschl, Telefon (0 97 32) 40 02.

Im Kreis Krankenhaus 8482 Neustadt a. d. Waldnaab

ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines

Assistenzarztes

auf der Chirurgischen Abteilung - Leitung OMD Dr. F. Meyer -
neu zu besetzen.

Das Kreis Krankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab, Grund Krankenhaus mit zur Zeit 174 Betten und den drei Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe ist seit 1978 erweitert und auf den modernsten technischen Stand gebracht.

Eine gute Weiterbildung in der Allgemein- und Unfallchirurgie ist gewährleistet. Der leitende Chefarzt ist zur Weiterbildung für zwei Jahre ermächtigt.

Bei Interesse besteht auch die Möglichkeit geburtshilflich-gynäkologisch tätig zu sein.

Die Bezahlung erfolgt bei einer 5-Tage-Woche nach den tarifrechtlichen Bestimmungen des BAT einschließlich aller sozialen Leistungen und Vergütungen der Beschäftigten im öffentlichen Dienst. Der Bereitschaftsdienst wird nach Stufe D der SR 2 c zum BAT vergütet.

Neustadt a. d. Waldnaab liegt in einer landschaftlich reizvollen Gegend in unmittelbarer Nähe der kreisfreien Stadt Weiden.

Alle weiterführenden Schulen befinden sich am Ort. Gute Verkehrsverbindungen nach allen Richtungen.

Bei der Wohnungsbeschaffung ist das Landratsamt behilflich.

Bewerbungen sind zu richten an den

Leitenden Arzt des Kreis Krankenhauses Neustadt a. d. Waldnaab, OMD Dr. F. Meyer, bzw. an das Landratsamt Neustadt a. d. Waldnaab, Telefon (0 96 02) 7 92 54.

Stadt Kaufbeuren

Für das Städtische Krankenhaus suchen wir einen

Arzt für Anästhesiologie

oder

Assistenzarzt

Unser Krankenhaus verfügt über 280 Betten mit den Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesie, Strahleneinschließlich Nuklearmedizin und Pädiatrie, sowie den Belegabteilungen für Gynäkologie/Geburtshilfe, HNO, Urologie, Orthopädie und Ophthalmologie.

Neben der Vergütung nach dem BAT werden Beteiligung an den Liquidationseinnahmen des Chefarztes, sowie die sonstigen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes wie Weihnachts- und Urlaubsgeld, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen und dergleichen geboten.

Die kreisfreie Stadt Kaufbeuren (42 000 Einwohner) besitzt einen hohen Freizeitwert. Eine Fahrstunde nach München oder 45 Minuten zur alpinen Skipiste kennzeichnen die ideale Lage der traditionsreichen Stadt im Allgäuer Vorarlpengebiet. Weiterführende Schulen befinden sich am Ort.

Bewerbungen bitten wir an das Personalamt der Stadt Kaufbeuren, Postfach 1752, 8950 Kaufbeuren, zu richten.

CEIP

Der leistungsstarke
Partner des Arztes.
Ihr ORG-Spezialist.

- Praxiseinrichtungen
- Praxisrenovierungen
- Patientenkarteiführung
- Praxisbedarf
- Med.-wissenschaftl. Literatur
- Sonderprogramme

Ingolstädter Str. 172 · 8000 München 46
Tel. (089) 31 61 71 · Tag + Nacht

BA 7

Wir suchen für ein neues
Arzte- und Geschäftshaus
einen Arzt für

Innere Medizin Kinderkrankheiten Allgemeinmedizin

In Pfaffenberg-Mellarsdorf, 5900 Einwohner, Landkreis Straubing, Einzugsgebiet über 10 000 Einwohner, mit allen Freizeitanlagen und Schulen, Unterstützung der Merktgemeinde, zwei Allgemeinärzte am Ort. Die Fertigstellung der Praxen mit einer Fläche von 200 qm, Lift, Parkplatz etc. erfolgt im Herbst 1980 und werden zu sehr günstigen Bedingungen angeboten.

Zuschriften erbeten an

Apothekar K. Nagelstutz, 8317 Mengkofen,
Telefon (0 87 33) 205.

M·A·N

Unternehmensbereich Nutzfahrzeuge

Wir sind einer der bedeutendsten Nutzfahrzeughersteller Europas. Wir bauen Lastkraftwagen und Omnibusse. Fahrzeuge mit international anerkannter Qualität.

Wir suchen für den ärztlichen Dienst in unserem Werk München einen

Betriebsarzt

Zu betreuen sind rund 11 000 Mitarbeiter einschließlich unserem Werk in Penzberg. Funktionsgerechte Räume mit den erforderlichen Einrichtungen und gut ausgebildete Mitarbeiter ermöglichen eine individuelle Betreuung unserer Betriebsangehörigen.

Wir erwarten eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem bei uns bereits tätigen Betriebsarzt und den innerbetrieblichen Partnern.

Voraussetzung ist auch eine Genehmigung, die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ zu führen.

Die Konditionen wollen wir in einem persönlichen Gespräch festlegen.

Zur ersten Kontaktaufnahme steht Ihnen Herr Hladky, Telefon (0 89) 14 80 2363, 2343 zur Verfügung.

Schriftliche Bewerbungen erbitten wir an Personal Angestellte, Dachauer Straße 667, 8000 München 50.

MASCHINENFABRIK AUGSBURG-NÜRNBERG AG

Deutscher Arzt

(HNO) sucht laufend Vertretungen in mittelgroßen Praxen oder auch Zusammenarbeit mit älteren Kollegen.

Anfragen unter Chiffre 2064/133.

Deutsche Ärztin

4 Jahre Berufserfahrung (4 Monate Chirurgie, 2 1/2 Jahre Innere, 1 1/2 Jahre Labor), Promotion (summa cum) in ungekündigter Stellung sucht **Halbtagsstelle in München.**

Anfragen unter Chiffre 2064/208.

Junger deutscher Arzt, zweites Weiterbildungsjahr Allgemeinmedizin, möchte Ende 1982 eine

Allgemein- (Land-) Praxis

Im süddeutschen Raum übernehmen. (Gegebenenfalls in einer Gemeinschaftspraxis mitarbeiten.) Klinische Erfahrung in Innere, Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie sowie im ärztlichen Notfalldienst. Einarbeitung erwünscht.

Anfragen unter Chiffre 2064/197.



KLEINTRESOR
80 od. 120 x 48 x 55
feuersicher, Einbautresore ab DM 313,-
Katalog „BY“ freil
W. Dreisörner
8000 Frankfurt/M. 50
Postfach 50 10 49
Tel. (06 11) 52 48 44

Der Kleinanzelgenteil des BAYERISCHEN ARZTEBLATTES genießt hohe Beachtungswerte.

Radiologe

mit Erfahrung in Sonographie als Partner für großes modernes Röntgeninstitut in Nordbayern gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/198.

Zuschriften auf Kennzifferanzeigen nur an

ATLAS VERLAG UND WERBUNG
Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 5177-1

Deutscher Arzt für Allgemeinmedizin (32 Jahre) möchte ab Frühjahr/Sommer 1981

Allgemeinpraxis

In den Umgebungen von München oder Augsburg übernehmen, gerne auch Praxisgemeinschaft.

Anfragen unter Chiffre 2064/195.

Deutscher HNO-Arzt

Uni-Ausbildung, Mikrochirurgie, sucht Praxisübernahme ab 1. 1. 1981. Belegbetten und Anästhesie Bedingung. Zusammenarbeit mit bisherigem Inhaber in der Übergangsphase erwünscht.

Anfragen unter Chiffre 2064/176.

Stellenanzeigen im Bayerischen Ärzteblatt

Bei einem mm-Prela (1-spaltig 41 mm) von:
DM 3,80 Stellenangebote (siehe Tabelle)
DM 2,80 Stellengesuche

Gängige Anzeigenformate:

Anzeigenhöhe in mm	1-spaltig 41 mm	2-spaltig 82 mm	4-spaltig 172 mm
50	DM 190,-	DM 380,-	DM 760,-
60	DM 228,-	DM 456,-	DM 912,-
70	DM 266,-	DM 532,-	DM 1064,-
80	DM 304,-	DM 608,-	DM 1216,-
90	DM 342,-	DM 684,-	DM 1368,-
100	DM 380,-	DM 760,-	DM 1520,-
120	DM 456,-	DM 912,-	DM 1824,-
125	DM 475,-	DM 950,-	DM 1900,-
140	DM 532,-	DM 1064,-	DM 2128,-
160	DM 608,-	DM 1216,-	DM 2432,-
180	DM 684,-	DM 1368,-	DM 2736,-
200	DM 760,-	DM 1520,-	DM 3040,-

Selbstverständlich sind auch kleinere und Zwischenformate möglich.

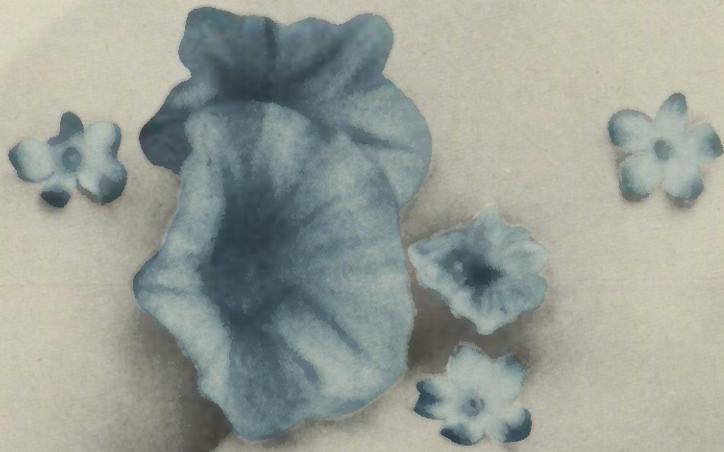
Fordern Sie Unterlagen an bei:

ATLAS VERLAG UND WERBUNG GMBH & CO. KG
Anzeigenmarketing BAYERISCHES ARZTEBLATT
Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Tel. (0 89) 5 17 71



Zusammensetzung: Es enthalten 1 inimur® Dragee 200 mg Nifuratel (INN), 1 inimur® Stäbchen 250 mg Nifuratel (INN), 1 g inimur® Salbe 100 mg Nifuratel (INN). Gleichartige Infektionen der ableitenden Harnwege bei Mann und Frau. Durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien bedingte Entzündungen des Penis und Präputium, Kontrindikationen und Hinweise: Kontrazeptiva sind besser nicht bekannt. Während der oralen Behandlung ist wie bei allen Nitrofuram-Derivaten, Alkohol zu meiden. Bei einer bestehenden Schwangerschaft können inimur-Vaginalstäbchen und inimur-Salbe verordnet werden. Eine Anwendung von inimur bei bestehender Gravidität, insbesondere im ersten Trimenon, wird im Sinne der heute anerkannten Richtlinien nicht empfohlen. inimur ist nicht vorgesehen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten. Weilm Pharmazie GmbH & Co. Eschwege

Handelsformen und Preise: 21 Dragees AVP m. MwSt. DM 21,75; 10 Vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 14,10; Kombipackung mit 21 Dragees, 10 Vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 31,95; 50 ml Salbe AVP m. MwSt. DM 23,90. *Stand: Januar 1980



Zurück
zur Döderlein-
Flora

inimur®

● trichomonazid ● antimykotisch ● antibakteriell

Überzeugende Therapieerfolge durch breites Wirkspektrum

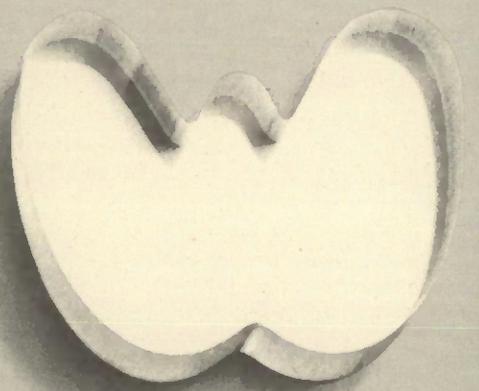
Trichomonaden-Infektion	bis 96% ¹⁾
Candide-Infektion	bis 87% ²⁾
Mischinfektion	über 90% ³⁾
Vulvitis	97% ⁴⁾
Pertnerbehandlung	über 90% ⁵⁾

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

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

Novothyral®

bevorzugt bei blander Struma



Reine Schilddrüsenhormone Novothyral® · Novothyral® mite

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Levothyroxin-Natrium, T₄) und 20 µg L-Trijodthyronin (= Liothyronin-Natrium, T₃).
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 Herzkrankung sollte die Therapie mit niedriger Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Die Wirkung von Antikoagulantien kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßig Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Novothyral-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindensuffizienz zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermieden wird. Novothyral sollte deshalb 4–5 Stunden vor der Colestyramin-Applikation eingenommen 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 Hormon-gehalt 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



MERCK: Kompetent für die Schilddrüse