



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Verletzungen Kieferklemme

Der Notfall: Frische Unterkieferfraktur

bearbeitet von Professor Dr. Dr. V. Freitag

Symptomatik:

Schwellung des Untergesichtes, Hämatom, schmerzhafte Einschränkung der Kieferöffnung = Kieferklemme, Schmerz im Frakturbereich bei Stauchung auf das Kinn, Störung der exakten Verschlüsselung der Zahnreihen von Oberkiefer und Unterkiefer, Stufenbildung in der Zahnreihe des Unterkiefers, abnorme Beweglichkeit im Unterkieferkörper, eventuell mit Krepitation, grobe Deformität des Untergesichtes. Sichere Frakturzeichen sind: abnorme Beweglichkeit, grobe Deformität

Bei schweren Frakturen des Kiefergelenkfortsatzes kann es zu Blutung aus dem Gehörgang durch Eintauchung kommen.

Anamnese:

Schwellung am Unterkiefer, Kieferklemme, Schmerzen zumindest bei Kieferbewegungen, Störung des Zahnreihenschlusses. Das Unfallereignis läßt sich in der Regel eindeutig angeben. Pathologische Frakturen sind selten (Tumoren, große Zysten, senile Atrophie).

Sofortdiagnostik:

1. Verletzungen des ZNS und/oder anderer Körperregionen sind durch allgemeine Untersuchung auszuschließen oder festzustellen.

2. Abtasten der Konturen des Unterkieferrandes

3. Stauchung auf des Kinn

4. Prüfung der Kieferöffnung

5. Prüfung des Zahnreihenschlusses

6. Bimenuelle Prüfung auf abnorme Beweglichkeit durch Fassen des Unterkieferkörpers zwischen Zeigefinger auf der Zahnreihe und Daumen am Unterkieferrand

7. im gegebenen Fall Prüfung der Funktion des Nervus facialis

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

1. Indikation zu Intubation:

- Instabiler Unterkiefer durch Stückeusbruch des Kinns oder Trümmerfrakturen; es besteht die Gefahr der Atemwegsverlegung durch Absinken der Mundbodenweichteile und der Zunge in den Pharynx, insbesondere beim bewußtseinsgetübten Patienten in Rückenlage (Erste Hilfe: Bauchlage)
- Sehr ausgedehnte submendibuläre Weichteilzerreibungen und/oder Hämatom: Gefahr der Atemwegsobstruktion
- Anhaltende, nicht stillbare Intraorale (Sicker)-Blutung bei bewußtseinsgetübten Patienten: Aspirationsgefahr

2. Bei Blutungen, Weichteilzerreibungen: Blutstillung, Adaptationsnähte, ersatzweise Druckverband. Die Versorgung sollte möglichst nach kieferchirurgischen Regeln „von Innen nach außen“ erfolgen, d. h. zunächst Versorgung des Knochens und der Zahnreihenokklusion, danach der Weichteile.

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

Offene Frakturen sollten ohne Verzug kieferchirurgisch versorgt werden. Stark dislozierte und/oder mobile Frakturen erfordern zumindest provisorische Reposition und Ruhigstellung binnen 24 Stunden in Abhängigkeit von den übrigen Verletzungen und vom Allgemeinzustand. Bei geschlossenen, wenig mobilen Frakturen kann die Versorgung bis zu einer Woche aufgeschoben werden.

**Zusätzliche
Maßnahmen:**

Je nach Allgemeinzustand Analgetika

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Weichteilverletzungen im Untergesicht ohne Knochenbeteiligung, Prellungen und Hämatome ohne Fraktur sind durch sorgfältige Diagnostik abzugrenzen, begleitende Oberkiefer- (Mittelgesichts-)Frakturen auszuschließen oder festzustellen.

Die Röntgendiagnostik ist schwierig. Schädelaufnahmen in zwei Ebenen haben bei Gesichtschädelfrakturen eine eingeschränkte Aussagekraft. Seitliche Aufnahmen sind wenig ergiebig. Aufnahmen im sagittalen Strahlengang, p. e. besser als e. p., zeigen Frakturen im horizontalen Ast bei Dislokation oder klaffendem Bruchspalt. Frakturen des Gelenkfortsatzes, Frakturen der Kinnregion, Frakturen im horizontalen Ast ohne Dislokation werden in der Regel nicht deutlich wiedergegeben. Zur weiteren Klärung müßten schrägliehere Halbseitenaufnahmen des Unterkieferkörpers, Intraorale Aufblaufnahmen des Kinns und Spezialaufnahmen oder Tomogramme der Kiefergelenke eingesetzt werden.



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

August 1980

Zur Kenntnis genommen:

Für die August-Ausgabe unseres „Bayerischen Ärzteblattes“ habe ich – in Anbetracht der hochsommerlichen Hitze – bisher gerne vermieden, ein schwieriges oder brisantes Thema zu wählen. Erstens, weil der Leser in der heißen Urlaubszeit nicht strepreziert werden soll, und zweitens, weil die Zahl der Leser in diesem Monat besonders gering ist. Daß letzteres zutrifft, hat uns die pharmazeutische Industrie gelehrt, die für den Hochsommer nur wenig Anzeigen aufgibt. Deshalb leiden die ärztlich-medizinischen Blätter um diese Zeit durchwegs an der Megersucht.

Leider läßt das Wetter an meinem heutigen Schreib-Sonntag keinerlei sommerlich/sonnige Gedanken aufkommen. Es ist so recht geeignet zum Nachdenken über Probleme, die mich schon lange bewegen.

In einem Informationsdienst stieß ich auf eine Meldung, wonach der Vorbereitende Ausschuß der Konzertierte Aktion schon wieder teigt, um die Thematik der November-Sitzung abzuklären. Es soll ein Thema behandelt werden, das man schon etwas länger vor sich herschiebt, die „humane Krankenversorgung“. Dazu habe das Bundesarbeitsministerium den Beteiligten eine vom INFAS (Institut für angewandte Sozialwissenschaften) erstellte Studie zugeleitet, die einen Berichtsband von 223 Seiten sowie drei Materialbände mit insgesamt 762 Seiten umfaßt. Diese Studie scheint sich nur auf das Krankenhaus zu beziehen, denn das Ministerium habe die Absicht geäußert, diese Studie auch auf den ambulanten Sektor zu erweitern, was die ärztlichen Vertreter im Vorbereitenden Ausschuß wiederum zu der Forderung veranlaßte, auch den öffentlichen Gesundheitsdienst einzubeziehen.

Sie erinnern sich: „Humanität im Krankenhaus“ ist seit längerer Zeit eine beliebte Schlagzeile für Zeitungen und Zeitschriften aller Provenienzen.

Gemeint ist natürlich die angeblich fehlende, also vermißte Humanität. So kam das Thema auch zunächst auf die Tagesordnung der Konzertierte Aktion. Nachdem eine so einseitige Betrachtungsweise dem engstammten Gerechtigkeitsinn in unserem Lande widerspreche, wurde das Thema erweitert, damit auch der Doktor in der Praxis – und nicht nur der im Krankenhaus – sein „Fett“ abbekommt. Der Gipfel der Gerechtigkeit wurde mit der Forderung erklimmt, nun auch noch den öffentlichen Gesundheitsdienst unter Scheinwerferlicht und humanitäre Lupe zu nehmen. Also nicht nur Humanität, nein, auch Objektivität um jeden Preis – koste es, was es wolle. INFAS hat sicher nichts dagegen. So ein Institut will je schließlich auch leben und seine Mitarbeiter ernähren. Sie werden gut und gerne zu den rund tausend Seiten noch weitere tausend-fünfhundert liefern. Die gerade für Gesundheit und Wohlbefinden so prall gefüllten (Forschungsmittel-)Zitonen unserer Bundesregierung müssen je schließlich irgendwie leergesaugt werden, bevor andere auf den Geschmack kommen. Wie schnell sich nämlich das Bild ändern kann, hat man gerade mit den vielen Psychiatrie-Millionen erlebt, welche die Bundesregierung ursprünglich für Modelle zur psychiatrischen Beglückung unserer Bevölkerung bereitgestellt hatte. Sie sollen jetzt – wie man hört – zum größten Teil in die Kassen der Europäischen Gemeinschaft fließen. Möglicherweise verdanken wir es also „Maggie“, der Premierministerin des Vereinigten Königreiches, wenn wir vorerst von sozial-psychiatrischen Großambulatorien verschont bleiben.

Aber schnell zurück zum Thema „Humanität“ in der Krankenversorgung. Ihren Anfang nahm diese Thematik schon viel

früher. Erinnern Sie sich noch? Es begann eigentlich mit dem Schlagwort „Weil du arm bist, mußt du früher sterben.“ Damit wer bald kein Hund mehr vor die Hütte zu locken, weil die Versicherten sehr rasch merkten, daß ihnen in unserem Lande die gleichen medizinischen Möglichkeiten zur Verfügung ständen wie dem „Großkopferten“. Da schaltete die Agitation schnell um: die Ärzte, so hieß es nun, haben nur noch Apparate im Sinn. Das Gespräch gäbe es nicht mehr, die „Drei-Minuten-Medizin“ beherrsche das Verhältnis Arzt-Patient. Auch aus ärztlichen Quellen hörte man Stimmen, welche von mehr Hinwendung an den Patienten statt Apparate-Medizin sprachen. Inzwischen beginnt man einzusehen, daß es ein solches Entweder-Oder niemals geben darf. Der Kranke muß sich darauf verlassen können, daß ihm die modernen Erkenntnisse und Methoden der Medizin – also auch der Apparate-Medizin – zur Verfügung stehen. Er kann aber ebenso erwarten, daß der Arzt mit ihm redet, sich ihm zuwendet, für seine Nöte aufgeschlossen ist. Beides gehört also zusammen und schließt sich nicht – wie manche derzustellen versuchen – gegenseitig aus! Dabei kommt es überhaupt nicht auf die Zeit an, die Arzt und Patient miteinander verbringen. Der Patient merkt auch schon nach Minuten, ob er einem Arzt oder einem „Maschinenmediziner“ gegenübersteht. Das läßt sich tagtäglich beweisen.

Nun sind also in der Publizistik die Krankenhäuser an der Reihe. Kein Wunder: sie sind immer größer und für den Patienten unübersehbarer geworden. Wer in ein Großklinikum eingeliefert wird, kennt weder Arzt noch Schwester.

Wenn er gehfähig ist und zur Röntgenabteilung oder einer sonstigen zentralen Einheit muß, verläuft er sich nicht selten auf den Gängen. Die Schwester, welche am Morgen Fieber mißt, wird abgelöst von der nächsten, welche am Vormittag Medizin ausstellt. Und am Nachmittag kommt wieder eine andere, um die „Abend“-Temperatur zu registrieren.

Der Versuch, die angeblich fehlende Humanität mit Arbeitsüberlastung und Zeitmangel zu erklären, wer wenig glücklich. Klagen über mangelnde Humanität sollte man nicht zum Treibstoff für Vermehrung von Planstellen machen. Ob das notwendig ist oder nicht, soll hier im übrigen nicht untersucht werden. Das ist ein Thema für sich. Man sollte aber Zeitmangel nicht mit Mangel an „Humanität“ zu identifizieren versuchen. Der Patient erwartet gar nicht, daß sich die „liebe Schwester“ beim Teblättenausteilen an sein Bett setzt und ein Schwätzchen mit ihm hält. Er erwartet auch nicht, daß der Doktor jedesmal bei der Visite besonders lange an seinem Bett stehenbleibt. Für ein nettes Wort, eine freundliche Geste sollte es aber immer reichen. Und allein das ist es, was der Kranke erwartet. Nur wenn der Arzt ihm erklärt, was ihm eigentlich fehlt und was dagegen zu tun ist, dann muß ausreichend Zeit sein. Das dürfte aber auch schon der heutige Stellenplan erlauben.

Ich denke dabei daran, wie ich selbst zweimal als Patient in den Operationssaal gefahren wurde. Weder Anästhesist noch Operateur hatten die Zeit, mit mir viele Worte zu wechseln. Aber sie zeigten mit wenigen aufmunternden Sätzen und einer freundlichen Geste ihre menschliche Zuwendung. Damit war die Angst genommen, das Gefühl des Geborgenseins geweckt. Nur darum geht es. Weder Gutachten noch Parteiprogramme, weder Konzertierte Aktion noch Planstellen können hier helfen. Im Gegenteil – sie stören nur! Menschliche Zuwendung läßt sich nicht programmieren. Wir sollten sie gemeinsam wieder selbst entdecken.

Professor Dr. Sewering

33. Bayerischer Ärztetag in Rothenburg ob der Tauber

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer 10. bis 12. Oktober 1980

Eröffnung:

*Freitag, 10. Oktober, 19 Uhr, im Kaisersaal im Rathaus
Rothenburg ob der Tauber*

Ort und Zeit der Arbeitstagen:

*Samstag, 11. Oktober, 9 Uhr s. t., und Sonntag, 12. Oktober,
9 Uhr c. t., Reichsstadthalle*

*Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt,
zu denen eußer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als
Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben.*

*Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zu-
lässig.*

Tagesordnung:

- 1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer*
- 2. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer*
 - 2.1 Rechnungsabschluß 1978*
 - 2.2 Entlastung des Vorstandes 1979*
 - 2.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1980*
 - 2.4 Haushaltsvoranschlag 1981*
- 3. Änderung der Weiterbildungsordnung
(Beschlüsse des 83. Deutschen Ärztetages 1980 in Berlin)*
- 4. Satzung und Wahlordnung der Bayerischen Landesärzte-
kammer*
 - 4.1 Änderung der Satzung der Bayerischen Landesärzte-
kammer (§ 15, Abs. 2)*
 - 4.2 Änderung der Wahlordnung der Bayerischen Landes-
ärztekammer (Beschluß des 32. Bayerischen Ärzte-
tages)*
- 5. Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim
Oberlandesgericht München; hier: Nachfolger des ver-
storbenen ehrenamtlichen Richters Dr. Wolf Strohmeyer,
München*
- 6. Festlegung des Termins des 34. Bayerischen Ärztetages
1981 in Lindau*
- 7. Wahl des Tagungsortes des 35. Bayerischen Ärztetages
1982*

Therapiebesonderheiten der chronischen Herzinsuffizienz im höheren Alter*

von P. Polzien

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg
(Direktor: Professor Dr. H. Franke)

1. Die Bedeutung der Polyopathie

Besonderheiten einer Therapie mit Herzglykosiden im höheren Alter sind wesentlich durch Polyopathie bedingt, und zwar einmal durch die Polyopathie des Herzens, zum anderen durch die Polyopathie des Gesamtorganismus.

Die Notwendigkeit einer Glykosidtherapie ist etwa direkt proportional zu Anzahl und Dauer der Herzerkrankungen sowie ihren kardialen Komplikationen.

Die Polyopathie des Gesamtorganismus beeinflusst eine notwendige Therapie der Herzinsuffizienz dann, wenn es durch weitere Erkrankungen zu veränderter Pharmakokinetik der Glykoside kommt:

Eine gleichzeitig bestehende Nieren-erkrankung mit nur geringfügiger Serumkreatininerhöhung erfordert Dosisreduktion bei Digoxinmedikation.

Malabsorptionssyndrome führen zur Störung der Resorption von Glykosiden.

Alle Erkrankungen im Alter, die mit Erniedrigung des Albuminspiegels einhergehen, verändern die Pharmakokinetik der Digitaliskörper mit hoher Elweißbindung.

Verändert wird die Pharmakokinetik der Herzglykoside auch durch hormonelle Veränderungen bei Schilddrüsenerkrankungen. Bei Hypertyreosen wird der notwendige Glykosidspiegel nicht erreicht, während man bei der Hypothyreose schon mit üblichen therapeutischen Dosen im toxischen Bereich liegt. Eine besondere Schwierigkeit stellt die Erkennung gerade dieser beiden Erkrankungen im höheren Alter dar, da sie hier gewöhnlich mitgetriggert oder monosymptomatisch verlaufen.

Darüber hinaus hat die Polyopathie des Gesamtorganismus auch wesentliche Bedeutung für die iatrogene Herzinsuffizienz, worauf später noch einzugehen ist.

2. Die Bedeutung des Alters für die Glykosidbedürftigkeit Herzkranker

Bei einer Stichprobe von 1301 Patienten, die in der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg stationär behandelt wurden, fanden sich 506 Herzkranker.

Die Altersverteilung der digitalisierten Herzkranken zeigte, daß mit zunehmendem Alter immer mehr Patienten mit Herzglykosiden behandelt wurden, während das Gros der nicht digitalisierten Herzpatienten gewöhnlich jünger war. Interessant ist das Verhältnis der digitalisierten zu den nicht-digitalisierten Herzpatienten, bezogen auf die einzelnen Lebensdekaden. Stellt man diesen Quotienten logarithmisch auf der Ordinate und die Lebensdekaten geometrisch auf der Abszisse dar, so scheint sich ein exponentieller Zusammenhang zu ergeben. Betrachtet man aber die prozentuale Häufigkeit von digitalisierten Patienten zur Gesamtzahl der Herzkranken pro Lebensdekade, so ergibt sich ein direkt proportionaler Zusammenhang von linearem Charakter.

Biologisch gesehen ist wohl die zweite Darstellung sachgerecht. Nicht unerwähnt soll hier bleiben, daß Diagnostik und Therapie der in dem bestimmten Zeitraum stationären Patienten von fünf verschiedenen Assistenzärzten, drei Oberärzten und einem Chef bestimmt wurden.

3. Klinisch-pharmakologische Besonderheiten bei der Glykosidbehandlung im höheren Alter

3.1 Herabgesetzte Glykosidtoleranz

Auf die altersunabhängige erhöhte Glykosidempfindlichkeit, z. B. bei Hypokaliämie, Hyperkalzämie, Hypoxämie (Cor pulmonale), Myokarditis und ischämischer Kardiomyo-



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 Polyarthrit, Arthrosis deformans, Spondylarthrose, Koxarthrose, Spondylitis ankylopoetica (M. Bechterew), Weichteilaffektionen wie Bursitis, Synovitis, Tendinitis, Tendovaginitis, Lumbalgie, Entzündungshemmung und Schleimhautabschwellung nach zahnärztlichen Eingriffen.

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

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

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



SANORANIA Dr.G.Strohscheer
1 Berlin 28

* Vortrag anlässlich der 19. Bayerischen Internistenagung 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 Herbst 1980)

pathie, soll hier nicht näher eingegangen werden.

Von klinischer Seite wird immer wieder berichtet, daß manche der älteren Patienten gegenüber Herzglykosiden besonders empfindlich reagieren. Deswegen wird auch bei der Digoxin-Medikation empfohlen, mit der Erhaltungsdosis aufzusättigen.

Eine Altersabhängigkeit der Anzahl von Glykosidrezeptoren am Herzen wurde nicht gefunden.

Für eine herabgesetzte Glykosidtoleranz im höheren Alter sprechen aber mehrere Untersuchungen. Auf einer Intensivstation konnte eine eindeutige Altersabhängigkeit der Glykosidintoxikationen beobachtet werden, am häufigsten trat diese bei Patienten zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr auf. Außerdem konnte im Akutversuch mit gleicher Glykosiddosis bei älteren Menschen ein etwas höherer Digoxinspiegel als bei jüngeren gefunden werden. Schließlich fiel bei einer weiteren Untersuchung auf, daß von zwei Patientengruppen mit erhöhtem, aber vergleichbarem Digoxinspiegel i. S. in dem Kollektiv der älteren Patienten die kardialen und extrakardialen Digitalisintoxikationszeichen reell höher lagen.

Diese klinisch zu beobachtende herabgesetzte Glykosidtoleranz im höheren Alter ist bisher nicht geklärt. Streng trennen hiervon muß man das subjektive Empfinden der Patienten, Herzglykoside nicht zu vertragen. Hierbei handelt es sich um eine fixierte Überzeugung und nicht um das Auftreten kardialer oder extrakardialer Digitalisintoxikationszeichen.

3.2 Dosierungsprobleme

Die notwendige Glykosiddosis zur Rekompensation einer Herzinsuffizienz läßt sich bis heute durch keine objektive Messung vorherbestimmen. Dies gilt für jede Altersstufe, ebenso wie die schmale therapeutische Breite der Herzglykoside überhaupt.

Die klinisch bekannte herabgesetzte Glykosidtoleranz im höheren Alter erfordert eine einschleichende Glykosidtherapie der chronischen Herzinsuffizienz bei Betagten. Mit Digoxin sättigt man, besonders bei ambulanten Patienten, mit der zu erwartenden Erhaltungsdosis auf, womit nach etwa zehn Tagen ein konstanter Wirkspiegel erreicht ist. Bei gleichem Vorgehen mit Digito-

xin hätte man aber erst nach etwa vier Wochen einen konstanten Wirkspiegel erreicht, so daß für dieses Glykosid eine langsame Aufsättigung zu bevorzugen ist. Leicht erhöhtes Serumkreatinin und erniedrigtes Körpergewicht fordern weitere Reduktion der Erhaltungsdosis von Digoxin. Als Faustregel gilt, daß die Digoxindosis etwa den reziproken Wert des Serum-Kreatinins betragen soll: Bei einem Serum-Kreatinin-Spiegel von 2 mg/dl also die halbe Dosis, bei einem Serum-Kreatinin-Spiegel von 3 mg/dl ein Drittel der üblichen Dosis. Serum-Kreatinin-Werte über 3 mg/dl erfordern Umstellung auf Digitoxin.

Wenn trotz einwandfreier Glykosidtherapie kardiogene Restödeme bestehen, sollte man mild wirkende Saluretika in Kombination mit Spironolacton im Intervall geben. Letzteres ist gleichzeitig der beste Schutz gegen hypokalämisch bedingte Glykosidintoxikation.

Bei Schrittmacherpatienten entziehen sich die Zeichen einer beginnenden Glykosidintoxikation oft dem Nachweis: AV-Blockierungen sind schwer erkennbar, auch sollen Extrasystolen offenbar durch die elektrische Stimulation überspielt werden. Diese Patientengruppe sollte also auch im Hinblick auf Intoxikationserscheinungen besonders sorgfältig überwacht werden.

3.3 Iatrogene Herzinsuffizienz

Diese tritt sicher bei älteren Patienten häufiger auf als bei jüngeren, da mit zunehmendem Alter eine Vor-

schädigung des Herzens immer wahrscheinlicher wird und auch die behandlungsbedürftige Polyopathie des Gesamtorganismus zunimmt. Hier kann durch Medikamente mit negativ-inotropem Nebeneffekt eine latente Herzinsuffizienz manifest oder eine bereits vorliegende Insuffizienz verschlechtert werden.

An erster Stelle seien hier die Beta-Blocker genannt, die wir bei Betagten zur Langzeitbehandlung nicht geben. Kalziumantagonisten haben eine geringere negativ-inotrope Wirkung, von diesen steht das Verapamil aber an erster Stelle. Viele Antiarrhythmika sind im Nebeneffekt negativ-inotrop. Von den Psychopharmaka ist bei den trizyklischen Aminen die negativ-inotrope Wirkung am längsten und besten bekannt. Heute sind Antidepressiva ohne diese Nebenwirkungen bereits im Handel. Weniger negativ-inotrop sind Meprobamate und manche Phenothiazine.

Die Epinephrin-Myokarditis ist seit über 50 Jahren bekannt und experimentell, aber auch klinisch nach Adrenalin-, Noradrenalin-, Aludrin- und Alupentgaben in Form von kleinen Nekrosen im Herzmuskel belegt. Bradykarde Herzinsuffizienz ist immer eine Indikation für die Schrittmacherimplantation, aber auch Grenzfälle sollte man nicht mit Alupent behandeln.

Die Adriblastin-Kardiomyopathie kommt seltener im höheren Alter vor. Nicht unerwähnt soll die Cortison-Myopathie bleiben. Von pathologisch-anatomischer Seite wurde eine sogenannte Cortison-Kardiomyopathie beschrieben, welche ein charakteristisches histologisches Bild haben soll. Im Tierversuch ließ sich ebenfalls mit Cortison eine Corticoid-Kardiomyopathie bei der Ratte erzeugen.

3.4 Belastungsinsuffizienz

Die Diagnostik der sogenannten Belastungsinsuffizienz ist und bleibt in jedem Lebensalter ein noch ungeklärtes Problem, solange die myokardiale Wandspannung nicht direkt meßbar ist. Bei älteren Patienten treten darüber hinaus folgende Probleme auf: Auch die Herzinsuffizienz macht mit zunehmendem Alter weniger und diskretere Symptome, sie entwickelt sich schleichend. Einige Symptome, die richtungweisend sein können, sollen genannt wer-

22 Satz d. dig. Pat.

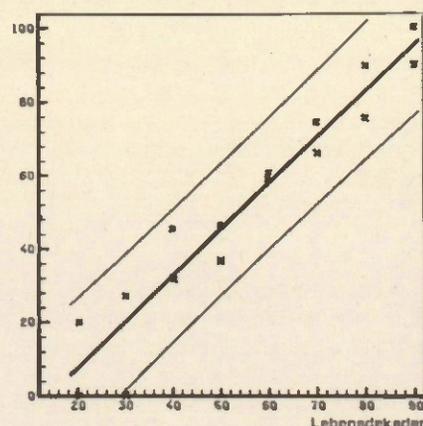
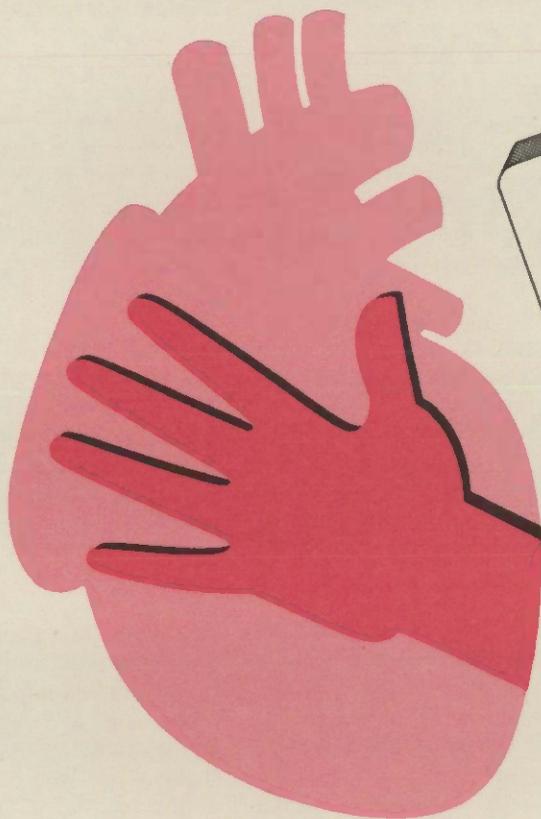


Abbildung
Prozentuale Häufigkeit der mit Herzglykosiden behandelten Herzkranken in den einzelnen Lebensdekaden (eine direkte proportionale Beziehung, $p < 0,01$)

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. **Hinweise:** 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)

den: Zunehmende Belastungsdyspnoe, zunehmende Belastungstachykardie, Husten nach Belastung, zunehmende Leistungsminderung, zunehmende Müdigkeit, Einschlafstörungen, Nykturie nach Belastung.

Bei Verdacht auf eine Belastungs-herzinsuffizienz sollte eine probatorische Glykosidtherapie mit durchschnittlicher Erhaltungsdosis auf alle Fälle erfolgen. Allerdings muß dabei beachtet werden, daß der Patient während dieser Therapiephase seine übliche körperliche Alltagsbelastung beibehält.

4. Langzeitbehandlung und Compliance

Jede einwandfreie Langzeitbehandlung ist nur dann erfolgreich, wenn eine aktive, verständnisvolle Mitarbeit des Patienten erreicht werden kann. Anderenfalls ist die Langzeittherapie ineffektiv und komplikationsträchtig. Durch Sachinformation – über Krankheit, Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente und Behandlungsziel – sowie Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient wird der chronisch Kranke zum aktiven und höchst zuverlässigen Mitarbeiter bei der Durchführung einer notwendigen Dauertherapie.

Auch im höheren Alter kann auf eine Compliance nicht verzichtet werden. Vorteilhaft beeinflusst werden dann die Basistherapie der chronischen Herzinsuffizienz (Gewichtsreduktion bei Übergewicht und Einschränkung der körperlichen Leistung), ferner die Sicherung der Tablettenaufnahme und die Kontrolle des Behandlungseffekts.

Zusammenfassung

Die Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz im höheren Alter ist sicher aus vielerlei Gründen wesentlich aufwendiger und diffiziler als bei Jüngeren. Dem Aufwand auf der einen Seite steht ein relativ großer Gewinn auf der anderen Seite gegenüber, der mit zu den größten therapeutischen Erfolgen auf dem Gebiet der Geriatrie gehört.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. P. Polzien, Klinikstraße 6–8, 8700 Würzburg

Stoffwechselkrankheiten in Klinik und Praxis

63. Fortbildungstagung in Regensburg

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

Begrüßung

Ärztliche Fortbildung ist schwierig geworden, weil das Anspruchsniveau der Zuhörer ständig steigt, und die Referenten immer mehr Mühe aufwenden müssen, ihre Vorträge vorzubereiten. Diese Entwicklung ist nachhaltig zu unterstützen, weil sie unmittelbar dem Patienten zugute kommt.

Es war immer ein wichtiges, anstrengbares Ziel von Dietrich Jahn, die leiblich-seelisch-geistige Einheit des Menschen im Blickfeld zu behalten. Dieser Leitgedanke des Gründers der Regensburger Fortbildung sollte auch diesmal verwirklicht werden. Dies gilt auch dann, wenn immer mehr Einzelwissen in uns aufgenommen werden muß, um der Forderung nach einer Ganzheitsmedizin gerecht zu werden. Im übrigen sei gegenüber unqualifizierten Angriffen zahlreicher Gruppen und Institutionen hervorgehoben, daß die labortechnische und apparative Diagnostik keineswegs „inhuman“ ist, sondern die exakt erhobenen labortechnischen und apparativen Befunde überhaupt erst eine Bekämpfung der Krankheit und damit eine Leidbefreiung des Patienten ermöglichen.

Uns Ärzten muß allerdings auch die Gefahr bewußt sein, die sich im Alltag in Dienstleistungsbetrieben – etwa röntgen- oder laborchemischen Abteilungen – ergeben können. Die verschiedenen medizinischen Situationen erfordern eine besonders geartete psychische Zuwendung des Arztes und des Assistenzpersonals. Diese psychische Führung des Patienten muß einen zentralen Stellenwert in der Therapie behalten. Nur der Arzt wird freilich eine sichere und damit erfolversprechende Führung erreichen, der sich in seinem Fach genau auskennt. Nicht das allgemein anzuwendende psychotherapeutische Verfahren mit seinem oft genug geforderten Alleinigkeitsanspruch ist in der gegenwärtigen Medizin angemessen, sondern das auf den einzelnen Patienten, auf

seine besondere Krankheit und auf die jeweilige medizinische Situation abgestimmte psychotherapeutische Vorgehen ist erfolversprechend.

Dr. A. v. Schlichtegroll, Frankfurt, als Vertreter der pharmazeutischen Industrie:

Einführungsworte

Mitteilungen über Trends und Entwicklungen im pharmapolitischen Bereich sind derzeit mindestens ebenso zahlreich wie die Entwicklungen im rein wissenschaftlichen Sektor der Medizin. Hier sei in diesem Zusammenhang auf das Problem der pharmazeutischen Qualität unserer Arzneimittel eingegangen.

Anlaß dazu ist ein Artikel in der letzten Ausgabe der pharmazeutischen Zeitung. Er stammt aus dem Zentrallaboratorium deutscher Apotheker in Eschborn. Dieses Labor untersucht routinemäßig verschiedene gleich oder ähnlich zusammengesetzte Präparate in vergleichender Weise auf ihre pharmazeutische Qualität. Gegenstand der erwähnten Publikation sind 43 Acetylsalicylsäure-haltige Fertigarzneimittel in Form von Mono- oder Kombinationspräparaten. Mit einer Ausnahme waren sämtliche Arzneimittel den gängigen Arzneibuchvorschriften konform, d. h., bezüglich Verfallzeit, Gewichtsabweichung sowie dem Gehalt an freier oder ungebundener Salicylsäure genügen sie dem geforderten Standard. Daraus ergibt sich, daß bei Arzneimitteln mit Problemstoffen, selbst wenn sie in großer Zahl auf dem Markt sind, die pharmazeutische Qualität der Produkte durchaus als gut bezeichnet werden kann. Auch sind bei berechtigten Beanstandungen Maßnahmen zur Abwehr möglicher Risiken möglich.

Für den Arzt werden Angaben zur pharmazeutischen Qualität in systematischer Form erstmals in den Transparenzlisten der Transparenzkommission mitgeteilt. Hierin werden sogenannte Qualitätskennzeichen zu Identität, Gehalt, Reinheit, Haltbarkeit, Freisetzung und Biover-

füßbarkeit gegeben. Auch ohne Kennzeichen können aufgeführte Produkte durchaus noch die erforderliche Qualität aufweisen, zum anderen bieten Arzneimittel mit den relevanten Qualitätskennzeichen ein äußerst hohes Maß an pharmazeutischer Qualität.

Es sind zwischenzeitlich Zweifel an der Zuverlässigkeit dieser Angaben in den Transparenzlisten laut geworden, zusammen mit der Forderung, diese Daten durch Behörden oder andere Institutionen experimentell nachprüfen zu lassen. Nach dem Ergebnis der eingangs angeführten Studie brauchen die Hersteller diese Überprüfung sicher nicht zu scheuen. Vielmehr zeigt das Ergebnis, daß man den mit der Nachprüfung verbundenen Kostenaufwand vermeiden kann.

Professor Dr. H. Mehnert, München:

Einführung

Es sollte zunächst nicht die Frage gestellt werden, was Stoffwechselerkrankungen im engeren Sinne sind, sondern welche Leiden den Stoffwechsel nicht in irgendeiner Weise berühren würden. Zumindest müßten Leber-, Nieren- und Schilddrüsenerkrankungen im weiteren Sinne als Stoffwechselprobleme aufgefaßt werden. Hier sollen jedoch nur die klassischen Stoffwechselerkrankungen abgehandelt werden, zu denen die Fettsucht, die Gicht, die Hyperlipoproteinämien und der Diabetes mellitus gerechnet werden.

Die Fettsucht sitzt wie die Spinne im Netz der Risikofaktoren für die Entwicklung von Gefäßschäden. Schon eine ausgeprägte Adipositas allein begünstigt die Arteriosklerose, weil praktisch immer eine Hyperlipoproteinämie, gestörte Glukosetoleranz und ein Hypertonus die Folge sind. Der Diagnose, dem Verlauf und der Therapie der Fettstoffwechselstörungen und Gicht kommt im Rahmen dieses Gesamtproblems ein wichtiger Stellenwert zu. Aus der Pathogenese heraus muß schließlich auch die Arteriosklerose selbst als Stoffwechselleiden aufgefaßt werden. Dabei kommt besonders den angiologischen Problemen eine große Bedeutung zu.

Nach wie vor stellt uns die Behandlung des Diabetes mellitus vor schwierige Probleme. Dies gilt um so mehr seit der weitgehenden Be-

schränkung der Therapiemöglichkeiten auf Sulfonylharnstoffpräparate und Insulin. Besondere Beachtung muß bei der Langzeittherapie den diabetischen Spätkomplikationen, wie der Polyneuropathie und Mikroangiopathie, eingeräumt werden. Diese stellen neben der allgemeinen Arterioskleroseförderung immer noch die größte Crux der Diabetesbehandlung dar.

Dr. R. Petzoldt, Frankfurt:

Pathogenese und Therapie der Fettsucht

Durch ihre krankheitsauslösenden und -verstärkenden Einflüsse beansprucht die Adipositas das therapeutische Interesse des Arztes. Bei ihrer steigenden Häufigkeit rückten die therapeutischen Probleme aber auch mehr und mehr in das Bewußtsein der nichtärztlichen Öffentlichkeit, seit erkannt wurde, daß das Übergewicht (eingebettet in die veränderten Lebensgewohnheiten der Industriegesellschaft) eine wesentliche Ursache für eine eingeschränkte Lebensqualität und -erwartung ist.

Die Häufigkeit wird unter der erwachsenen Bevölkerungsgruppe heute mit 50 bis 60 Prozent angegeben, bei Kindern zwischen dem zweiten und 14. Lebensjahr beträgt sie schon etwa 20 Prozent. Meist wird die Adipositas im prozentualen Vergleich zu dem jeweils zugrunde gelegten Normgewicht angegeben; nur zum Teil ist sie durch Untersuchungen über das Risiko bei der Überschreitung eines bestimmten Körpergewichtes genauer abgegrenzt. Die Adipositas wird als pathologischer Zustand charakterisiert, der durch Akkumulation von Fettgewebe zu einer Beeinträchtigung optimaler Körperfunktionen mit dem Risiko einer eingeschränkten Lebenserwartung führt. Umgekehrt wird als Idealgewicht das „Gewicht mit der besten Lebenserwartung“ bezeichnet, das nach den Erfahrungen und Untersuchungen amerikanischer Lebensversicherungsgesellschaften genauer festgelegt wurde. Im allgemeinen wird bei einem Übergewicht von mehr als 20 Prozent mit einer Zunahme des Risikos gerechnet.

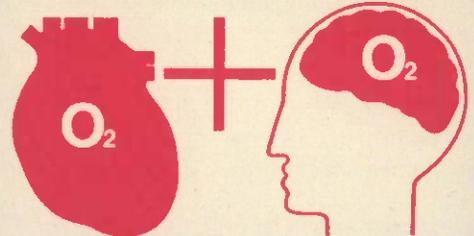
Aufgrund ihrer Häufigkeit stellt die Fettsucht eine der großen Volkskrankheiten unserer Zeit dar, auch wenn ihre Einordnung als „Krankheit“ gelegentlich kritisch diskutiert und relativiert wird. Übergewicht för-

dert eine große Anzahl von Leiden und ist unbestritten der Schrittmacher vieler sogenannter Zivilisationskrankheiten. Die Auswirkungen dieser Folgekrankheiten haben zu dem bekannten hohen Anstieg der koronaren Herzkrankheit mit ständig steigender Infarkt mortalität geführt. Schon die Adipositas für sich allein muß über die häufige Koinkidenz mit bekannten Risikofaktoren (Kohlenhydratstoffwechselstörungen, Hyperlipoproteinämien, Gicht und Hypertonie) die Entwicklung vaskulärer Erkrankungen begünstigen.

Pathogenese und therapeutische Möglichkeiten bei der Adipositas können im Modell der Energiebilanz gesehen werden. Auch wenn dies einseitig erscheint, wenn andere Aspekte vernachlässigt bleiben, so steht die Energiebilanz im Alltag der ärztlichen Praxis notwendigerweise dennoch im Mittelpunkt, wenn man dem übergewichtigen Patienten die Entstehung und Behandlung „seiner“ Fettsucht darstellen will. Die jedem einsichtige Deutung, daß eine zu geringe oder eine zu große Energiezufuhr, also eine Störung der Energiebilanz, auf der Einnahmeseite entweder zur Gewichtsabnahme oder zur Gewichtszunahme führt, beruht nicht nur auf diesen Überlegungen oder auf der Beobachtung in Notzeiten und darauf folgenden Wohlstandsphasen. Diese Deutung findet ihre statistische Bestätigung auch im Ernährungsbericht 1976 der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Dieser weist entsprechend der Häufung des Übergewichtes in der Bevölkerung ein Zuviel in der täglichen Energiezufuhr von fast 500 Kalorien für Männer und 400 Kalorien für Frauen aus (bei Männern betrug die effektive Zufuhr 3100 Kal., während die Sollzufuhr mit 2600 Kal. errechnet wurde; bei Frauen betrug der Istwert 2600, der Sollwert 2200 Kal.).

Die Erklärung der Adipositas allein aus dem Bilanzprinzip würde als logische Therapiekonsequenz eine Negativierung der Energiebilanz verlangen, die isoliert wohl nur als Symptomtherapie anzusehen ist. Sicher ist für eine bleibende Gewichtsabnahme auch eine erfolgreiche Beeinflussung jener Ernährungsgewohnheiten notwendig, die ursprünglich einmal zur Gewichtszunahme geführt haben. Die subjektiven Gefühle von Hunger und Appetit lassen den Menschen essen, das subjektive Gefühl der Sättigung führt zum Ende

Das Team



Mehr Sauerstoff für Herz + Hirn

Die synergistische Herz-Kreislauf-Therapie

Taluvian®

Weil Ihre Patienten mit 60 noch aktiv sein wollen

Patienten ab 60 mit kardiozirkulatorischen Störungen zeigen oft eine komplexe Symptomatik: Neben einer leichten bis mittelschweren Myokardinsuffizienz treten häufig Herzrhythmusstörungen, Stenokardien, erhöhter Blutdruck und zerebrale Durchblutungsstörungen in unterschiedlich ausgeprägtem Maße auf. Die Digitalisverträglichkeit ist bei diesen Patienten nicht selten reduziert.

Die Wirkstoffkombination in Taluvian® entspricht der heutigen Forderung nach einer synergistischen Therapie leichter bis mittelschwerer Formen der Herzinsuffizienz, die mit kardiozirkulatorischen Beschwerden einhergehen. Taluvian® kompensiert rasch und zuverlässig das insuffiziente Herz, wirkt normalisierend auf Herzrhythmus und Blutdruck und beseitigt zielgerichtet auch die zerebralen Durchblutungsstörungen.

Taluvian® beherrscht die komplexe Symptomatik

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

Taluvian®

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

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

Taluvian® verbessert die zerebrale Durchblutung

L. W. Diehl prüfte Taluvian® bei 100 älteren Patienten mit zerebralen Durchblutungsstörungen. Durchschnittsalter über 70 Jahre, durchschnittliche Dosierung 3 x 1 Dragée 0,25 mg/Tag.

Taluvian® normalisierte Herzfrequenz und Blutdruck. Wichtig: Abrupte Blutdrucksenkungen, die zu einer Mangeldurchblutung von Hirn, Herz und Niere führen können, traten unter Taluvian® nicht auf.

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 Druckerhellung 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 2-4-mal täglich, das entspricht 1,0-2,0 mg Talusin® und 80-160 mg Isoptin® pro Tag. Bei Vorwiegen der Koronarinsuffizienz Taluvian 0,25 mg 3-6-mal 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.

Die folgende Tabelle zeigt weitere Behandlungsergebnisse mit Taluvian®

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

Die Untersuchungen von Diehl bestätigen: Taluvian® bessert deutlich die Symptomatik zerebraler Mangel-durchblutung.

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

Wenn 40% Nierenfunktionsleistung zum Problem wird

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

Sinnvolle Glykosidbehandlung mit Taluvian®

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

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



der Nahrungsaufnahme. Dies gilt für schlanke und adipöse Menschen, sie werden durch Hunger-, Appetit- und Sättigungsgefühl in ihrer Nahrungsaufnahme reguliert. Hier setzt die Verhaltensforschung bei Übergewichtigen an. Störungen der Appetit- und Sättigungsregulation werden als ätiologisch bedeutsame Faktoren angesehen. Diese in ihren Ursachen nicht geklärte primäre Regulationsstörung wird daran deutlich, daß physiologische Körpersignale nur noch eine geringe Rolle spielen. Das Appetit- und Sättigungserleben der Übergewichtigen ist in erheblichem Maße durch äußere Umweltsignale beeinflussbar und davon abhängig. Aus dieser Erkenntnis wurde ein symptomatisches Verhaltenstraining entwickelt, bei dem der Übergewichtige lernt, sein Verhalten zu beobachten und zu analysieren und sich aufgrund dieser Selbstbeurteilung für eine Verhaltensalternative zu entscheiden. Zur Verstärkung wird bei Erfolgen eine Selbstbelohnung angesetzt.

Ausgehend von dem umfassenden Konzept der Regulation des Energieverhaltens des Menschen sind im Prinzip mehrere Ansatzpunkte für eine Behandlung denkbar:

- Mechanische Entfernung der Fettdspots
- Verringerung der aufgenommenen Energiemenge
- Beeinflussung der Nahrungsaufnahme durch Änderung des Appetitverhaltens und der Umweltbedingungen
- Beeinflussung der Energieabgabe durch Steigerung der Muskeltätigkeit bzw. durch Beschleunigung und Erhöhung der Stoffwechsellarbeit

Alle dabei angewandten diätetischen, medikamentösen, operativen und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen können als Versuch der Beeinflussung der Energiebilanz verstanden werden. Sie führen entweder zu einer Einschränkung der Energiezufuhr oder zu einer Erhöhung des Energieverbrauchs.

Für die Reduktion der Energiemenge gibt es viele Möglichkeiten: Mit der Reduktionsdiät werden in einer ausgewogenen Mischkost Energiemengen angeboten, die unter dem Erhaltungsbedarf liegen. Bei den Formula-Diäten sind diese Nährstoffe als auflösbares Pulver in genau de-

finierter Nährstoff- und Energiezusammensetzung verfügbar. Dagegen bieten Diäten mit extremen Nährstoffrelationen die Möglichkeit, den Kohlenhydrat- und Fettanteil zu variieren und dabei bei isokalorischer Ernährung unterschiedliche Gewichtsverluste zu erzielen. Mit dem totalen Fasten, der Null-Diät, über einen begrenzten Zeitraum sind die größten Gewichtsverluste zu erreichen. Ähnlich groß ist die Gewichtsabnahme nur nach operativer Verringerung der intestinalen Resorptionsstrecke bei der Jejunioileostomie, die jedoch nur unter größten Vorbehalten in Ausnahmesituationen diskutiert werden kann. Füll- und Quellstoffe, die zur Herstellung energiereduzierter Nahrungsmittel verwendet und vom Organismus nicht energetisch verwendet werden, führen zu einer qualitativen Änderung der Nahrung. Der quantitative Eindruck eines bestimmten großen Nahrungsvolumens bleibt. Durch eine Überfüllung des Gastrointestinaltraktes sollen die Quellstoffe zur Unterdrückung des Hungergefühls führen.

Eine medikamentöse Behandlung der Fettsucht ist nur selten sinnvoll und indiziert. Die sogenannten Appetitzügler stammen vom Amphetamin oder vom Ephedrin ab und wirken hauptsächlich über eine Freisetzung von Noradrenalin aus den sympathischen Speichern. Sie bieten nur bei einer begrenzten Patientengruppe und nur in Kombination mit diätetischen Maßnahmen Erfolge, dafür aber ein wechselnd großes Risiko, das zur Zurückhaltung gegenüber diesen Substanzen zwingt. Schilddrüsenhormone sind nur bei endogenem Hormonmangel zur Substitution indiziert. Die für eine Gewichtsabnahme über eine Stoffwechsellanregung erforderlichen ho-

hen Hormondosen führen zu einer Hyperthyreosis factitia mit allen, insbesondere kardialen Komplikationsmöglichkeiten.

Für die überwiegende Mehrzahl aller Übergewichtigen ist vorrangig eine diätetische Fettsuchtbehandlung angezeigt. Wird bei der hierfür notwendigen Diätberatung der tatsächliche Energiebedarf berechnet, muß das Idealgewicht und nicht das aktuelle Gewicht zugrunde gelegt werden. Für die Berechnung des Energiebedarfs wird auch die körperliche Leistung berücksichtigt. Danach kann man eine Mischkost mit reduziertem Energiegehalt empfehlen. Der prozentuale Anteil der Grundnahrungsstoffe liegt darin für Kohlenhydrate bei 40 bis 45 Prozent, für Fett bei etwa 35 bis 40 Prozent und für Eiweiß bei etwa 15 bis 20 Prozent.

Bei einer 1000-Kalorien-Reduktionsdiät sind die täglichen Nahrungsmittelmengen damit deutlich eingeschränkt. Die Empfehlung zur Reduktionsdiät, verbunden mit der Aushändigung eines Diätplanes und mit der Versicherung, daß bei Einhalten dieser schmackhaften Mischkost das Abnehmen von 1 kg/Woche nicht schwer fallen dürfte, reicht aber nicht aus, um eine erfolgreiche Gewichtsreduktion sicherzustellen. Der Patient benötigt in der Regel Aufklärung, Schulung, kontrollierte Übung und oft wiederholte Ermutigung, um seine liebgewonnene Ernährungsweise wirklich umzustellen.

Am kürzesten wird erfahrungsgemäß eine Formula-Diät mit täglich 600 Kalorien durchgehalten, die nach zwei Wochen zu einer Gewichtsabnahme von etwa sechs Kilogramm führt. Die Reduktionsdiät mit einer täglichen Einsparung von rund 1000 Kal. führte zu einer Gewichtsabnahme von 4,7 kg nach einem Monat und 7,7 kg nach zwei Monaten. Auffällig ist der Unterschied isokalorischer Diäten mit verschiedenen Nährstoffrelationen. Für die Ergebnisse der intestinalen Bypass-Operationen sind mit acht bzw. 17 kg nur Annäherungswerte bekannt. Am größten ist die akute Gewichtsabnahme unter totalem Fasten mit 13 bzw. 25 kg nach ein und zwei Monaten.

Entscheidend sind jedoch nicht die momentan erreichten Gewichtsabnahmen, sondern die Langzeiterfol-

Brot für die Welt



ge. Ohne Zweifel sind gerade im Hinblick auf die zugrunde liegenden Verhaltensstörungen die entscheidenden Kriterien für eine erfolgreiche Adipositas-therapie eine positive Motivation und die gezielte Verhaltenstherapie. Ohne eine grundlegende Änderung des Ernährungsverhaltens läßt sich eine zunächst erreichte Gewichtsreduktion nicht halten.

Professor Dr. G. Wolfram, München:
Aktuelle Gichtprobleme

Die Gicht stellt ein Stoffwechselproblem dar, das von der symptomlosen Hyperurikämie als Risikoindikator bis zur Beteiligung vieler Organe an der manifesten Arthritis urica reicht. Der primären Hyperurikämie liegt ein angeborener Stoffwechseldefekt zugrunde. Hinzukommt eine Beeinflussung durch Umweltfaktoren, insbesondere durch Über- und Fehlernährung. Das Krankheitsbild der Gicht umfaßt Gelenke, aber auch Weichteilorgane und hierbei insbesondere Gichtnieren. Über Nierenfunktionsstörungen und Hypertonie kommt es dann konsekutiv zu Gefäßschäden mit arteriosklerotischen Veränderungen und Myokardinfarkthäufungen.

Aufgrund veränderter Ernährungsgewohnheiten hat die Hyperurikämie in den sechziger und siebziger Jahren erheblich zugenommen. Allein in den sechziger Jahren war bei Frauen ein Anstieg von durchschnittlich 4,0 auf 4,4 und bei Männern von 5,0 auf 6,0 mg % zu verzeichnen. Inzwischen ist eine weitere Steigerung erfolgt. Mit zunehmendem Harnsäurespiegel steigt das Risiko erheblich an, klinische Komplikationen zu erleiden. Bei einem Serumharnsäurespiegel von 7,0 mg % müssen bereits zehn bis 20 Prozent der betroffenen Männer mit Gichtanfällen rechnen, bei einem Serumharnsäurespiegel von 9 mg % und mehr sind über 90 Prozent betroffen. Eine ähnliche Korrelation besteht im Hinblick auf die Entwicklung von Nierensteinen. Zwischen der Hyperurikämie und der Entwicklung der Arteriosklerose und des Myokardinfarktes fehlt außer einer über die Gichtniere laufenden Hypertonie bisher der pathogenetische Zusammenhang. Trotzdem besteht an der Epidemiologie, wie sie in der Framingham-Studie aufgezeigt wurde, kein Zwei-

fel: Mit zunehmendem Harnsäurespiegel steigt auch das Infarktrisiko.

Die Diagnosestellung ist durch eine enzymatische Harnsäurebestimmung im Serum leicht möglich. Will man eine erhöhte Harnsäuresynthese ausschließen (eine seltene, aber gefährliche Stoffwechselstörung, da sie sehr frühzeitig zu Komplikationen führt), so benötigt man den Harnsäure/Kreatinin-Quotienten im Morgenurin. Zum Ausschluß einer sekundären Hyperurikämie ist eine große Blutbild, eine Untersuchung der Nierenfunktion und eine BKS zum Ausschluß maligner Erkrankungen mit erhöhtem Purinstoffwechsel nötig. Bei Verdacht auf Gichtnieren und Harnsäurelithiasis wird die Diagnostik durch ein i. v.-Pyelogramm und urologische Maßnahmen ergänzt.

Nur in seltenen Fällen ist für die Entwicklung einer Hyperurikämie eine gesteigerte Harnsäuresynthese verantwortlich. Während noch vor einigen Jahren bei etwa 30 Prozent der Patienten ursächlich eine vermehrte Harnsäureproduktion angenommen wurde, liegen die Zehnen heute bei unter fünf. Die endogene Harnsäuresynthese und die exogene Harnsäurezufuhr über die Nahrung (= Harnsäurepool) liegt normalerweise bei täglich einem Gramm und kann bei Gichtkranken auf das 20- bis 30fache ansteigen. Ein Harnsäureabbau ist im Körper nicht möglich, sondern nur eine Ausscheidung, vorwiegend über die Nieren. Daraus resultiert die weitere Komplikation der Harnsäuresteinbildung. Entsprechend den heutigen pathogenetischen Vorstellungen liegt bei den meisten Gichtpatienten eine Hemmung der renalen Harnsäureelimination vor. Entsprechend diesen Vorstellungen bestehen die therapeutischen Möglichkeiten in einer diätetischen Beschränkung der Harnsäurezufuhr, einer Harnsäuresynthesehemmung durch Urikostatika (Allopurinol) oder in einer Förderung der Harnsäureausscheidung mit den Urikosurika (Benzbromaron und ältere Präparate). Bei Verwendung der Urikosurika ist auf die Schaffung eines vermehrten Harnvolumens und Einhaltung eines neutralen Harn-pH zu achten. Bei der Ernährung sind drei Faktoren zu berücksichtigen: Die Purinzufuhr sollte nicht zu hoch liegen (Innereien sollen gemieden werden), auf Alkohol ist zu verzichten und ein häufi-

ges Übergewicht sollte abgebaut werden. Durch Anstieg der Azetonkörper (Ketoazidose) beim Fasten kommt es ebenfalls zu einer Hemmung der Harnsäureelimination und damit zu einer passageren Hyperurikämie. Auch unter gesteigertem Alkoholkonsum ist eine Ausscheidungshemmung und damit eine Begünstigung von Gichtanfällen zu erwarten. Eine medikamentöse Langzeittherapie mit Urikosurika oder Allopurinol ist erforderlich bei jeder manifesten Arthritis urica und bei der asymptomatischen Hyperurikämie mit Werten über 8 bis 9 mg %. Die Koupierung des Gichtanfalles erfolgt weiterhin mit Colchicin- und Antiphlogistika Gaben.

Dr. G. Klose, Heidelberg:

Diagnose und Verlauf der Hyperlipoproteinämien

Cholesterine, Triglyzeride und Phospholipide sind die wichtigsten Fettfraktionen, die mit der Nahrung aufgenommen werden und im wäßrigen Milieu des Plasmas unlöslich sind. Sie werden deswegen zum Transport an Eiweiße gebunden und in Lipoproteine umgewandelt. Von diesen werden vier Hauptklassen unterschieden: Entsprechend ihrer Dichte spricht man von Chylomikromen, VLDL, LDL und HDL (= high density Lipoproteine). Die Chylomikromen transportieren die exogen mit der Nahrung aufgenommenen Triglyzeride, die VLDL enthalten vorwiegend Triglyzeride, die in der Leber synthetisiert werden und die LDL sind möglicherweise Abbauprodukte der Chylomikromen und VLDL unter Einwirkung hypolytischer Enzyme. Die LDL werden zumindest zum Teil rezeptorgesteuert in den peripheren Zellen abgebaut. Ein Cholesterinabbau ist hier allerdings nicht möglich; er erfolgt nur in der Leber. Voraussetzung hierfür ist die Möglichkeit, daß das in den extrahepatischen Parenchymzellen abgelagerte Cholesterin wieder zurück zur Leber gebracht wird. Man glaubt heute, daß die HDL hierzu erforderlich sind. Die bisherige übliche Typisierung der Hyperlipoproteinämien nach Fredrickson findet heute keine so starke Beachtung mehr wie noch vor wenigen Jahren, da hierdurch keine Krankheitsklassifizierungen möglich sind, sondern nur Phänotypen bestimmter Lipoproteinverteilungen beschrieben werden.

Hyperlipoproteinämien können sich einmal sekundär entwickeln. Dabei ist unwesentlich, welches Lipoproteinmuster vorliegt. Zu beachten sind lediglich die auslösenden Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, Unterfunktionen der Schilddrüse, Leberparenchymschäden, Pankreatitis und Nierenerkrankungen. Darüber hinaus gibt es exogene Ursachen, wie Alkoholabusus oder die Einnahme von Ovulationshemmern.

Bei den primären, d. h. genetisch fixierten und familiär gehäuft vorkommenden Hyperlipoproteinämien werden für die Praxis drei relevante Formen unterschieden: Die familiäre Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie und die familiäre kombinierte Hyperlipidämie. Bei den Koronarkranken findet man die familiäre Hypercholesterinämie am häufigsten. Etwa jeder zwanzigste Herzinfarkt wird durch diese genetisch fixierte Stoffwechselstörung ausgelöst. Damit wird allgemein die Bedeutung der Hypercholesterinämie für die Entwicklung der Arteriosklerose deutlich. Die familiäre Hypercholesterinämie (früher als Typ II A Hyperlipoproteinämie bezeichnet) hat ihre Ursache in einem zellständigen extrahepatischen Rezeptordefekt, durch den der physiologische Abbau der LDL gestört wird. Die daraus resultierende Hypercholesterinämie führt dann u. a. an den Entwicklung der Arteriosklerose beteiligten glatten Muskelzellen zu stärkeren Aktivitäten und Überlastungen.

Neben den familiären Hypercholesterinämien, Hypertriglyceridämien und den gemischten Verlaufformen werden drei weitere Krankheitsbilder unterschieden, die sehr selten sind: Der familiäre Lipoproteinlipasemangel, die Typ III-Hyperlipoproteinämie und die familiäre Typ V-Hyperlipoproteinämie.

In der Praxis wird zur Diagnose der Fettstoffwechselstörungen folgendes Vorgehen empfohlen: Nach Blutebnahme im nüchternen Zustand sollten Gesamtcholesterin und Serumtriglyceride bestimmt werden und bei Cholesterinkonzentrationen über 220 sowie Triglyceridkonzentrationen über 350 mg % sollte das HDL-Cholesterin bestimmt werden. Diese Lipoproteinfraktion wurde bereits 1953 erkannt. Frauen haben höhere Konzentrationen als Männer, bei Patienten mit koronarer

Herzkrankheit ist der Gehalt besonders niedrig. Der HDL scheint eine Schutzfunktion gegenüber der Entwicklung der Arteriosklerose insofern zuzukommen, als sie die nicht-rezeptorgesteuerte Aufnahme der LDL-Moleküle an der Zellwand kompetitiv zu hemmen und bereits in der Zelle eingelagertes Cholesterin wieder herauszuziehen und dem Leberstoffwechsel zuzuführen vermag. Die HDL-Konzentration im Plasma kann durch eine Reihe von äußeren und auch schnell reversiblen Faktoren erniedrigt oder erhöht sein. Zur HDL-Senkung trägt eine kohlenhydratreiche und eine an gesättigten Fettsäuren reiche Kost sowie eine größere Zahl von Erkrankungen (Niere, Leber, Pankreas) bei. Auch können alle Stoffwechselstörungen, die mit einer Erhöhung der Triglyceride einhergehen, zu einer Verminderung der HDL-Fraktion beitragen. Über die Friedewald-Formel ermöglicht die Bestimmung der HDL auch die Ermittlung der LDL-Anteile. Erst die Ermittlung dieser LDL-Fraktion gibt einen Aufschluß über das im Einzelfall vorliegende Arterioskleroserisiko.

Dr. P. Schwandt, München:

Therapie der Hyperlipoproteinämien

Sowohl im Hinblick auf die Diagnostik als auch auf das therapeutische Vorgehen bei Hyperlipoproteinämien sind die Dinge derzeit im Fluß. Dies betrifft sowohl den HDL/ LDL-Cholesterin-Quotienten und die Plasma-Apo A I-Konzentration als auch die zu empfehlende Diät und das medikamentöse Vorgehen. Bis weiterführende Daten vorliegen, die eine ausreichende wissenschaftliche Grundlage für eine Änderung bisherigen Vorgehens rechtfertigen, sollte Bewährtes nicht sofort umgestoßen und die Patienten nicht weiter verunsichert werden. Wenn alle Welt aufgrund des gegebenen Wissensstandes eine nicht optimale Diätbehandlung der Patienten mit Hypercholesterinämie über Jahrzehnte durchgeführt hat, kann man das auch einige Monate länger vertreten und die neuen Daten abwarten. Deshalb sollte weiterhin folgendes Diätschema gelten:

- Beseitigung des Übergewichtes
- Bei Chylomikronämie: Extrem fettarm, MCT-Fette, Alkoholkarenz

- Bei Hyper-VLDLämie: Kohlenhydratarm (vor allem Oligosaccharide), Alkoholeinschränkung

- Bei Hyper-LDLämien: Cholesterinzufuhr weniger als 300 mg/die, Anteil der gesättigten Fette weniger als zehn der Gesamtkalorien mit Ersatz durch mehrfach ungesättigte Fette, Reduktion des Gesamtfettanteiles auf 35 Prozent der Gesamtkalorien

Leider gibt es genügend Patienten, bei denen diese Maßnahmen unzureichend sind oder gar nicht greifen. Dies liegt daran, daß der Patient die Diät nicht einhält oder die Hyperlipoproteinämieform nur mäßig auf Diät anspricht (was besonders für die Hypercholesterinämie gilt). Dann ist unter Beibehaltung der diätetischen Auflagen eine Pharmakotherapie erforderlich. Die Auswahl des Hypolipidämiakums richtet sich unter Berücksichtigung eventueller Nebenwirkungen und Wechselwirkungen nach seinem Haupteffekt, so daß man zwischen ausschließlich oder überwiegend Cholesterin-senkenden sowie Triglycerid-senkenden Pharmaka zu unterscheiden hat.

Stellvertretend für die Cholesterin- oder besser LDL-Cholesterin-senkenden Pharmaka seien Cholestyramin, Beta-Sitosterol, D-Thyroxin und Nikotinsäurepräparate genannt, wobei letztere auch die Triglyceride senken. Das am schwächsten wirksame Beta-Sitosterol ist weitgehend frei von Nebenwirkungen und Interaktionen mit anderen Medikamenten, lediglich bei Kindern wird es in nennenswertem Ausmaß resorbiert. Für Cholestyramin sind an Nebenwirkungen Obstipation und bei Langzeittherapie mögliche Resorptionsstörungen fettlöslicher Vitamine sowie ein Anstieg der Triglyceride zu nennen. Wegen des möglichen Einflusses auf die Vitamin K-Absorption und der Bindung von Cumarinen an Cholestyramin ist eine gleichzeitige orale Antikoagulantientherapie nicht zu empfehlen. Da generell saure Pharmaka an Cholestyramin gebunden werden, sollten diese etwa drei Stunden vor Einnahme des Austauschharzes gegeben werden. Für D-Thyroxin muß ein max. 0,3%iger L-Anteil sowie die Jodzufuhr berücksichtigt werden. Bei den Depot-Nikotinsäurepräparaten und Beta-Pyridylcarbinol sind Flushreaktionen, gastrointestinale Beschwerden und eine negative

Progredienz verhindern
kausal behandeln

Venalot®

bei venös-lymphatischen Erkrankungen

„Dickes Bein“ • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

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



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

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

Dosierung: Oral: Venalot®-Depot: morgens und/oder abends 1 Dragee. Venalot®-Kapseln: 3 x täglich 1-2 Kapseln. Parenteral: 2-5 ml i.v. oder i.m. Venalot®-Liniment: mehrmals täglich über den erkrankten Stellen einreiben. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Kapseln 30 St. DM 10,95, 75 St. DM 23,65, AP 500 St., Ampullen 5 x 2 ml DM 9,10, AP 100 x 2 ml, 5 x 5 ml DM 18,29, 10 x 5 ml DM 28,60, AP 100 x 5 ml, Liniment 40 ml DM 7,88, 70 ml DM 12,26, AP 400 ml, Depot-Dragees 20 St. DM 14,40, 50 St. DM 30,89, AP 500 St. Stand: 1. Juni 1980
Schaper & Brümmer Salzgitter · Ringelheim

Wirkung auf die Glukosetoleranz zu nennen.

Bei einem Vergleich der Wirkung von Cholestyramin, Beta-Pyridylcarbinol und D-Thyroxin auf die Lipoproteinlipide ist nach allen Medikamenten ein signifikanter Abfall der LDL-Lipide zu verzeichnen. Bei den HDL-Lipiden besteht nur unter Cholestyramin ein geringer (wenn auch signifikanter) Abfall des Cholesterins und Anstieg der Triglyzeride. Auch in den VLDL waren nur beim Cholestyramin Veränderungen festzustellen im Sinne eines Anstiegs aller drei Lipidanteile.

Für die medikamentöse Behandlung der Hypertriglyzeridämien seien hier nur Clofibrat und Bezafibrat genannt. Für beide gelten im wesentlichen die gleichen Nebenwirkungen (gastrointestinale Symptome, vereinzelt auftretende allergische Reaktionen und möglicherweise Potenzstörungen) und Kontraindikationen (Schwangerschaft und Stillzeit, schwere Lebererkrankungen und nephrotische Syndrome sowie eine deutlich eingeschränkte Nierenfunktion). Clofibrat ist darüber hinaus nicht bei einer vorbestehenden Cholelithiasis einzusetzen. Die Neigung zu Gallensteinbildungen ist nach bisherigen Vorstellungen unter Clofibrat deutlich ausgeprägter als unter Bezafibrat. Antikoagulantien vom Cumarintyp werden von beiden Substanzen potenziert, Clofibrat erhöht darüber hinaus möglicherweise die Sulfonylharnstoffwirkung.

Ziel der blutfettsenkenden Behandlung muß es sein, die bei Infarktpatienten nachgewiesenen Lipoproteinkonstellationen im Sinne einer Normalisierung zu beeinflussen. Damit ist die berechtigte Hoffnung verbunden, das Arteriosklerose-Risiko von Seiten des Risikofaktors Hyperlipoproteinämie zu verringern, wenn nicht gar auszuschalten. Grundlage für diese optimistische Prognose sind die erheblich verbesserten analytischen Möglichkeiten bei der Erfassung der einzelnen Lipoproteinkomponenten sowie die ebenfalls in den letzten Jahren erheblich größer gewordenen Erkenntnisse bei der Pathogenese.

(Schluß folgt)

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, Perkstraße 27, 8501 Schweig

Prästationäre Voruntersuchungen durch niedergelassene Ärzte

von W. Weißauer

Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten bei der Behandlung des Patienten ist ebenso ein berufspolitisches Anliegen der Ärzteschaft wie ein allgemeines gesundheitspolitisches Anliegen. Der naht- und bruchlose Übergang von der ambulanten zur stationären und zurück zur ambulanten Versorgung, eine enge wechselseitige Information und Konsultation, verringert die Risiken der Behandlung und vergrößert ihre Erfolgsaussichten. Eine zielbewußte Kooperation hilft, Doppeluntersuchungen mit ihren zusätzlichen Belastungen für den Patienten sowie ihrem Mehraufwand an Arbeitszeit und Sachkosten zu vermeiden. Sie entspricht damit auch einem dringenden Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Der Anteil des Sozialprodukts, den die Gesellschaft für die medizinische Versorgung zur Verfügung stellen kann, ist limitiert. Was durch Koordinationsmängel zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhaus an überflüssigem Aufwand entsteht, fehlt bei den indizierten Leistungen.

Das Appendektomieurteil des Bundesgerichtshofs vom 23. Oktober 1979 hat deutlich gemacht, daß die Einweisung des Patienten in das Krankenhaus zur Operation ohne Begründung und Befundhinweis zu mißbilligen ist. Kommt der Patient dadurch zu Schaden, etwa weil der operierende Arzt und der Anästhesist wegen der Eilbedürftigkeit der Operation die erforderlichen Befunde nicht mehr erheben können, so muß der einweisende Arzt, falls er aus Nachlässigkeit die ausreichende Information unterlassen hat, mit Schadensersatzansprüchen und selbst mit strafrechtlichen Sanktionen rechnen¹⁾.

Der Beschluß der KVB zur prästationären Untersuchung

Der Beschluß der KVB zur ärztlichen Untersuchung vor Operation und Anästhesie (BayerÄbl. 1980, S. 342)

ist ein bedeutsamer Schritt in Richtung auf eine engere Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhausärzten. Dies wird schon aus seiner Entstehungsgeschichte erkennbar: Die Initiative zu dem Beschluß ging von der Anästhesiologie und den spezifischen Anforderungen aus, die sich ihr im Rahmen ihrer stationären Tätigkeit stellen²⁾. Gegenstand der Beratungen war die Frage, was die Kassenärzte zur Sicherung des Patienten gegen die operativen Risiken im Bereich der Anästhesie beitragen können.

Der Aufgaben- und Verantwortungsbereich des Anästhesisten

Der Anästhesist ist intraoperativ im Rahmen einer strikten Arbeitsteilung für das Betäubungsverfahren und für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen zuständig. Er trägt damit — wie jeder Spezialist — die ärztliche und rechtliche Verantwortung für sein Verfahren oder seine Methode. Er trägt damit die Verantwortung aber auch für eine ausreichende präoperative Untersuchung und Vorbehandlung des Patienten sowohl hinsichtlich der spezifischen Anästhesierisiken als auch der Doppelbelastung, die sich für die Vitalfunktionen aus dem speziellen Eingriff und dem Betäubungsverfahren ergeben. Er allein hat zu entscheiden, welche Befunde er dafür benötigt, ob die ihm vorliegenden Befunde ausreichen, ob sie ergänzt oder wiederholt werden müssen.

Der einweisende Arzt muß dem Patienten sowohl unter dem Gesichtspunkt der Sorgfaltspflichten als auch unter dem der Wirtschaftlichkeit die ihm vorliegenden Befunde mitgeben und die Krankenhausärzte auf alle ihm bekannten Umstände hinweisen, die für die Beurteilung

1) vgl. WEISSAUER, *BayerÄbl.* 1980, S. 219/220.

2) vgl. dazu auch K. UNERTL und K. PETER, *Präoperative Befunderhebung und Risikoeinstufung im Rahmen der Anästhesievorbereitung*, *BayerÄbl.* 1980, 334.

des operativen und des anästhesiologischen Risikos Bedeutung gewinnen können.

Auf die Befunde der einweisenden Ärzte darf der Anästhesist sich im Rahmen des Vertrauensgrundsatzes verlassen, also solange nicht Mängel oder Fehler offenkundig sind. Der einweisende Arzt haftet für die Sorgfalt seiner Untersuchungen und Befundungen. Das gleiche gilt für jeden anderen niedergelassenen Arzt, der an prästationären Untersuchungen mitwirkt. Dies ist die notwendige Konsequenz aus dem Vertrauen, das seinen Leistungen entgegengebracht werden darf.

Keine Verpflichtung des niedergelassenen Arztes zur umfassenden prästationären Befunderhebung

Dagegen gibt es keine Verpflichtung des niedergelassenen Arztes, unter haftungsrechtlichen Aspekten alle Befunde prästationär zu erheben, die der Anästhesist und der Operateur für die stationäre Behandlung benötigen. Daß die Verantwortung für die Durchführung der erforderlichen Untersuchungen zur Beurteilung der Anästhesiefähigkeit nur beim Anästhesisten liegen kann, ist schon deshalb evident, weil er in Abhängigkeit vom Operationsprogramm über die Wahl des Anästhesieverfahrens, über die Anästhetika und Anästhesieadjuvantien entscheidet und danach auch die Risiken abschätzen muß.

Die alleinige Verantwortung des Anästhesisten für die Prüfung und Beurteilung der Anästhesiefähigkeit und damit auch für die Entscheidung, welche Befunde dazu benötigt werden, stand in den Beratungen zwischen der Anästhesiologie und dem Vorstand der KVB von Anfang an außer jedem Zweifel. Sie ist nach der Veröffentlichung des Vorstandsbeschlusses in einem Schriftwechsel zwischen dem Präsidenten der wissenschaftlichen Gesellschaft und dem Vorstandsvorsitzenden der KVB noch einmal ausdrücklich bestätigt worden.

Die Bedeutung des Beschlusses für den Kassenarzt

Der Hinweis im Beschluß der KVB, daß der einweisende Arzt in der Rubrik „Weitere Bemerkungen“ des Protokollblattes zur Befunddomen-

tation dazu Stellung nimmt, ob aufgrund seiner Untersuchungen ein erhöhtes anästhesiologisches oder operatives Risiko besteht, hält sich im Rahmen der bereits erwähnten Informationspflicht. Damit übernimmt der einweisende Arzt weder die Verantwortung für die Beurteilung der Anästhesiefähigkeit, noch entlastet er den Anästhesisten von seiner Verpflichtung zur eigenverantwortlichen Prüfung. Art und Umfang der erforderlichen Voruntersuchungen bestimmen sich nach den Umständen des Einzelfalles.

Es gibt innerhalb der Anästhesie keine Kunstregel, die ein bestimmtes Untersuchungsprogramm verbindlich vorschreiben würde. Es wäre auch nicht Sache der KVB, eine solche Kunstregel zu schaffen und für die Kassenärzte das dazu erforderliche Untersuchungsprogramm festzuschreiben. Der Beschluß der Vertreterversammlung der KVB am 3. Mai 1980 stellte, um Mißverständnissen entgegenzuwirken, im vollen Einvernehmen mit dem Vorstand fest, daß das im Dokumentationsblatt vorgesehene Untersuchungsprogramm keine diagnostische Reglementierung darstellt, sondern eine Empfehlung im Rahmen der Wirtschaftlichkeit, die das Ermessen des Kassenarztes im Einzelfall unberührt läßt.

Der Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit

Der Anästhesist befindet sich in der Zusammenarbeit mit dem Operateur seit jeher in der mißlichen Lage, daß er den Patienten meist erstmals bei der Prämedikationsvisite am Nachmittag oder am Abend vor dem festgesetzten Operationstermin sieht. Die Zeit für weitere Voruntersuchungen, Befunderhebungen und vor allem auch für eine etwa erforderliche Vorbehandlung ist damit äußerst knapp. Notfalls muß, soweit es sich nicht um besonders dringliche Eingriffe handelt, der Operationstermin verschoben werden. Dies führt jedoch zu einer erheblichen Störung des Operationsprogramms, zu einer Verlängerung der Liegezeit und damit zu erheblichen Kosten, vor allem aber auch zu einer schwerwiegenden psychischen Belastung des Patienten.

Andererseits ist die gründliche Voruntersuchung eine unerläßliche Vor-

Jetzt

mit

Doxyremed

(100 mg Doxycyclin)
Breitspektrum-Antibiotikum

hochqualitativ
und
kostenbewußt
verordnen

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

Doxyremed

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

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

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

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

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

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

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

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

Remed Econerica

Arzneimittel GmbH
Kirchheim bei München · Postfach 1242

aussetzung für jede Narkose und zumindest für jede Regionalanästhesie. Selbst die Lokalanästhesie im engeren Sinne ist keineswegs ungefährlich. Daß es große und kleine Operationen, aber keine kleine Narkose gibt, ist eine Binsenweisheit. Es entspricht einer allgemeinen Erfahrung, daß gerade die ambulanten Kurznerkosen besonders risikoträchtig sind. Der Grund liegt darin, daß der Patient meist schlechter voruntersucht und vorbereitet ist. Dazu noch eine Faustregel: Je kleiner der Eingriff und je schwerer der Zwischenfall ist, desto wahrscheinlicher sind forensische Konsequenzen für den Arzt.

Um die Dimensionen des Haftungsrisikos wenigstens anzudeuten:

In der amerikanischen Haftungsstatistik liegt die Anästhesie bei der Häufigkeit der Kunstfehleransprüche an vierter und bei der Höhe der Schadensersatzansprüche an erster Stelle. Dies dürfte bei uns ähnlich sein; vermutlich stehen die Anästhesiezwischenfälle aber auch an erster Stelle bei den strafrechtlichen Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung und fahrlässiger Tötung.

Die Anästhesiologie versucht auf verschiedenen Wegen, das Problem der gründlichen Voruntersuchung zu lösen. Es gibt dazu freundschaftliche Konsultationen zwischen den Berufsverbänden der Chirurgen und der Anästhesisten, die bei der Verkürzung der Liegezeiten aber nicht zu durchgreifenden Verbesserungen führen können; es gibt das Konzept der prästationären Anästhesieambulanz, dem auf dem letzten Zentreleuropäischen Kongreß der Anästhesiologengesellschaften eine ganze Sitzung gewidmet war; und es gibt umfangreiche Diskussionen auf nahezu allen anästhesiologischen Tagungen und Kongressen, die sich mit Fragen der anästhesiologischen Sorgfalt befassen.

Der Initiative von Professor Peter verdanken wir den Vorschlag, die niedergelassenen Ärzte stärker und zielgerichteter als bisher in die Voruntersuchungen und in die Vorbehandlung einzubeziehen. Diesen Vorschlag hat sich der Vorstandsbeschluß zu eigen gemacht. Er dient zumindest zwei Zielen: Er will die Sicherheit der Patienten verbessern; ein gezieltes prästationäres Unter-

suchungsprogramm soll dem Anästhesisten als Grundlage für die Beurteilung des Anästhesierisikos Befunde in die Hand geben, auf die er sonst vielleicht wegen der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit schweren Herzens verzichten müßte. Andererseits geht es dem Vorstand ersichtlich um das berufspolitische Ziel, daß Leistungen, die von den niedergelassenen Ärzten erbracht werden können, nicht auf das Krankenhaus verlagert werden sollten.

Dies ist zugleich ein Aspekt der Wirtschaftlichkeit. Die ambulante Voruntersuchung ist im Ergebnis kostengünstiger als die stationäre. Zwar werden die stationären Voruntersuchungen voll durch den Pflegesatz abgegolten, sie wirken sich damit aber selbstverständlich auch auf die Höhe des Pflegesatzes aus, und bei Verlängerungen der Liegezeit fallen im stationären Bereich erhebliche zusätzliche Kosten an. Selbst wenn aber die ambulanten Untersuchungskosten zusätzlich anfielen, würden sie sich wirtschaftlich lohnen, weil sie helfen, Zwischenfälle zu vermeiden, deren Behandlungskosten und Folgeschäden weit höher sind als die Kosten der ambulanten Voruntersuchung. Welch unsagbares menschliches Leid etwa ein Herzstillstand in Anästhesie mit schweren hypoxischen Hirnschäden bedeutet, bedarf keiner Erörterung.

Der Beschluß des Vorstands ist so nach eine Empfehlung an die Kassenärzte, im Interesse der Wirtschaftlichkeit ein Untersuchungsprogramm, das der Sicherheit des Patienten dient, *ambulant* durchzuführen, statt es unter den skizzierten Erschwerungen stationär durchführen zu lassen.

Die Bedeutung des Beschlusses für den Anästhesisten

Auch für den Anästhesisten hat das Untersuchungsprogramm des Vorstandsbeschlusses weder unmittelbar noch mittelbar die Bedeutung einer Kunstregel. Formal steht dies schon deshalb außer Zweifel, weil sich der Beschluß nicht an ihn wendet, sondern an den einweisenden Kassenarzt, und weil er auch diesen nicht zu einem bestimmten Leistungsstandard verpflichtet, sondern sich als eine Empfehlung zur Wirtschaftlichkeit versteht. Ein verbindliches Untersuchungsprogramm

könnte nur vom Fach selbst entwickelt werden, wo jedoch jeder Versuch, solche Kataloge festzuschreiben, auf entschiedenen Widerstand stoßen würde.

Andererseits sollten aber doch dem Anästhesisten, der an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt oder ermächtigt ist, in der Abrechnung jedenfalls die Leistungen nicht streitig gemacht werden, die er im Rahmen seiner fachlichen Zuständigkeit innerhalb des von der KVB als wirtschaftlich empfohlenen Untersuchungsprogramms erbringt, sei es, daß der einweisende Arzt diese Untersuchungen nicht durchgeführt hat oder ausnahmsweise einzelne Befunde wiederholt werden müssen.

Mit ihrer Mitwirkung an den Beratungen haben der Landesverband der wissenschaftlichen Gesellschaft und der Landesverband des Berufsverbandes der deutschen Anästhesisten bewiesen, daß das Fach übergeordneten Interessen den Vorrang vor den finanziellen Interessen an einer Ausweitung der ambulanten fachanästhesiologischen Voruntersuchung und Vorbehandlung einräumt.

Anschrift des Verfassers:

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

Fakultät

München -- Technische Universität

apl. Professor Dr. med. Wolfram Delli, Oberarzt an der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik, wurde auf eigenen Antrag aus dem Beamtenverhältnis entlassen.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. habil. Max v. Ciarmann für Innere Medizin; Dr. med. habil. Heinz Präuer für Chirurgie; Dr. med. habil. Peter Roggenkämper für Augenheilkunde; Dr. med. habil. Ekkehard Sauer für Innere Medizin; Dr. med. habil. Wolfram Theiss für Innere Medizin; Dr. med. habil. Georg Vogel für Innere Medizin;



Die DÄV-Treffs der Deutschen Ärzteversicherung ein neuer Weg zum schnellen, umfassenden Überblick über wichtige Bereiche der finanziellen Sicherheit. Durch unabhängige, kompetente Experten.

Wenn das Thema Geldanlage Sie interessiert, kommen Sie am 17. 9., 18.30 Uhr, zum DÄV-Treff der Deutschen Ärzteversicherung. Treffpunkt ist das Novotel, Münchener Str. 340, 8500 Nürnberg. Als Experten des Abends konnten wir Dipl.-Kfm. W. Meissner, Generalbevollmächtigter des Bankhauses Sal. Oppenheim jr. & Cie., Köln/Frankfurt - gewinnen. Er wird zunächst das Wichtigste im Umgang mit Geld- und Kapitalanlagen aus seiner Erfahrung besprechen. Anschließend haben Sie ausreichend Gelegenheit, mit Ihren Kollegen, Dipl.-Kfm. W. Meissner und einem Steuerexperten der Ärztlichen Verrechnungsstelle Büdinger e.V. das Thema eingehend aus Ihrer Sicht zu diskutieren.

Und wenn vielleicht auch nicht alle Ihre ganz persönlichen Fragen angesprochen werden können, bekommen Sie doch in kürzester Zeit einen aktuellen, objektiven Überblick.

Damit hätte sich der DÄV-Treff für Sie schon ausgezahlt. Denn mit diesem neuartigen Konzept möchte die Deutsche Ärzteversicherung Ihnen einen neuen, unkonventionellen Informations-Service anbieten. Und so fortsetzen, was mit der DÄV-Infothek begonnen wurde: Ihnen die Gelegenheit geben, sich umfassend und neutral über alle Bereiche im privaten Vorsorgeplan zu informieren.

Denn wir meinen, Sie sollten wirklich wissen, woran Sie sind, bevor Sie weitreichende Entscheidungen treffen. Darum werden noch andere DÄV-Treffs folgen. Jeweils mit einem anderen wichtigen Thema, mit unabhängigen, kompetenten Experten. Wir werden Sie weiter unterrichten.

**Wann ist eine Geldanlage riskant - wann sicher?
Diskutieren Sie über aktuelle Fragen der Geldanlage
mit Kollegen u. dem Experten Dipl.-Kfm. W. Meissner.
Die Deutsche Ärzteversicherung lädt Sie ein.
DÄV-Treff am 17. 9. Nürnberg**



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 Nürnberg, Blumenstr. 6, 8500 Nürnberg.
 Ich möchte am DÄV-Treff in Nürnberg teilnehmen und melde mich hiermit an. Ich kann an diesem DÄV-Treff nicht teilnehmen, bitte aber um aktuelle Informationen zum Thema Geld- und Kapitalanlage.

Krankheitsfrüherkennung bei Kindern

Zur Qualität des Krankheitsfrüherkennungsprogrammes für Kinder in der Bundesrepublik Deutschland

Anlässlich der gemeinsam mit der Akademie für Sozialmedizin veranstalteten Tagung des Zentralinstituts über Qualitätssicherung ärztlicher Maßnahmen im Mai 1980 in Hannover wurden auch Ergebnisse der statistischen Qualitätssicherung

der jährlich gesammelten Daten aus dem Früherkennungsprogramm vorgetragen. Für medizinisch relativ klar definierte Diagnosen wurde ein Vergleich mit bekannten Literaturwerten durchgeführt:

DKZ*)	Diagnose	Häufigkeit pro 10 000 Kinder	
		Krankheitsfrüherkennung Kinder	Literaturwerte
(19)	Anfallsleiden	3,4	2,2-4,8
(10)	Hypothyreose	5,1	5
(05)	Mucoviscidose	2	2
(35)	Myopathien	2	2
(06)	PKU	1	1

*) Diagnosekennziffer gemäß dem gelben Untersuchungsheft nach den Kinderfrüherkennungsrichtlinien vom 1. Januar 1977

Zugrunde gelegt wurden die Entdeckungsraten des kassenärztlichen Kinder-Screenings, bezogen auf jeweils 10 000 untersuchte Kinder. Der Übereinstimmungsgrad ist gut bis sehr gut. Diese hohe Übereinstimmung spricht für die Qualität der von den Kassenärzten erhobenen Daten.

Diese Tatsache macht die jährliche Auswertung für ein Monitoring zur diagnostischen Effektivität des Kinder-Screenings geeignet. Über weitere Auswertungen wird in späteren Mitteilungen berichtet werden.

F. W. Schwartz

Eine Idee hat Jubiläum:

25 Jahre Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Am 2. Mai feierten im Studentenwohnheim der Stiftung in Berlin die Berliner Schützlinge mit einem kleinen Kreis von Gästen aus dem ganzen Bundesgebiet das 25jährige Bestehen der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“.

In einem kurzen Rückblick legte der Gründer und Vorsitzende der Stiftung, Professor Dr. Siegfried Häußler, die damaligen Motive und die Entwicklung dar. Die 17 Mill. DM Spenden in dieser Zeit dokumentierten die Einstellung der Heilberufe zur Verantwortung ohne Mithilfe des

Staates. Kein anderer Berufsstand kenne eine solche Institution. Über 2200 Kollegenkinder – Kinder von Ärzten, Zahn- und Tierärzten – hätten damit die von ihnen gewünschte Berufsausbildung mit Hilfe durchschnittlicher Unterstützungsbeiträge von DM 5500,- abschließen können. Dabei sei die Belastung der Schützlinge aus der DDR besonders stark: Unzureichende schulische Voraussetzungen, Verlust des Elternhauses, Aussichtslosigkeit der Rückkehr usw. Die Gründe, die damals zur Stiftung geführt hätten, seien auch heute noch in vollem Umfang gültig: Die

Sorge um Kollegenkinder, die unserer Hilfe bedürfen, gleichgültig, ob sie „von drüben“ kommen oder aus der Bundesrepublik. Die konkrete Erinnerung daran, daß die Spaltung unseres Vaterlandes nicht nur ein politisches Problem ist, sondern persönliche Not für viele Menschen bedeutet. Die Stiftung sei aber aus einer ursprünglich als Hilfsorganisation auf Zeit gedachten Einrichtung zu einer Institution auf Dauer geworden, weil die Bedürfnisse dazu konstant geworden sind und eine permanente Versorgungslücke dadurch geschlossen wird. Über die notwendige finanzielle Hilfe hinaus habe sich die Stiftung zu einem Ort menschlicher Begegnung und mitverantwortlicher Aktivierung entwickelt. Dies habe auch alle berufspolitischen Auseinandersetzungen der vergangenen 25 Jahre überbrückt. Auch in Zukunft werde die Spenden- und Hilfsbereitschaft der Kollegen nicht aufhören, das Vertrauen und die Aufgeschlossenheit der Schützlinge aus der DDR und der Halb- und Vollwaisen aus der Bundesrepublik sich nicht ändern und die treue Mitarbeit aller ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiter den Bestand der Stiftung gewährleisten.

Konten:

Dresdner Bank Stuttgart, Nr. 1 222 387 00
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Stuttgart, Nr. 00 919 190

Landessparkasse-Girokasse Stuttgart, Nr. 1 268 267

Postscheckkonto Stuttgart Nr. 41533-701

Wahl im Arbeitskreis der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser

Anlässlich der Frühjahrstagung des Arbeitskreises der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin („Bundesdirektorenkonferenz“) in Düren wurde die Vorstandschaft wieder gewählt:

Erster Vorsitzender:

Dr. Sebastian Maier, Direktor des Bezirkskrankenhauses Regensburg

Zweiter Vorsitzender:

Professor Dr. Eberhard Lungershausen, Direktor des Bezirkskrankenhauses Günzburg und Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Ulm

Zum Notarzdienst in München

erklärte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, es sei zu begrüßen, daß sich die Notärzte Münchens zu ihrer vierten Fortbildungstagung (12. Juli 1980) zusammengefunden haben.

Referenten und Grußredner, die zum Notarzt-Rahmenvertrag der KVB mit Krankenkassen und Rettungsverbänden Stellung genommen haben, seien aber weitgehend von falschen Voraussetzungen ausgegangen, die KVB habe stets betont, daß der Blaulichtdienst der Ärzte eine gemeinsame Aufgabe aller Ärzte sei, die sich dafür zur Verfügung stellen. Auf Ärzte aus Krankenhäusern könne überhaupt nicht verzichtet werden. Es sei aber, so betonte Professor Dr. Sewering, völlig abwegig und äußerst bedenklich, den Eindruck erwecken zu wollen, als brächten Klinikärzte bessere fachliche Voraussetzungen für den „Blaulichtdienst“ mit als niedergelassene Ärzte. Niemand denke daran, funktionierende Notarzdienste zwangsweise umzufunktionieren. Angesichts der alarmierenden Berichte von der Überlastung der Krankenhausärzte sei es aber doch mehr als verwunderlich, wenn sie sich schon vorsorglich dagegen wehren, gegebenenfalls für Nächte oder Wochenenden durch andere freiwillige Ärzte entlastet zu werden. Das gemeinsame Ziel der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und der Rettungsverbände sei es — so betonte Professor Dr. Sewering —, in Bayern einen funktionierenden Notarzdienst für Unfälle und besonders schwere Notfälle aufzubauen, der den Notfall-Bereitschaftsdienst der Kassenärzte sinnvoll ergänzt. Das Ziel der Vertragspartner sei es auch, durch Zusammenführung aller Hilferufe an zentralen Stellen sicherzustellen, daß dem Hilfesuchenden jeweils die angemessene Hilfe zuteil werde.

Wahl im Landesverband der Deutschen HNO-Ärzte

Innerhalb der Landesgruppe Bayern des Berufsverbandes der Deutschen Hals-, Nasen-, Ohrenärzte e. V. wurden für die nächsten vier Jahre gewählt:

Landesobmann:

Dr. Gert Bienias, München, zugleich Obmann für München-Land und Oberbayern

Stellvertretender Landesobmann:

Dr. Frenz-Josef Krüger, München, zugleich Obmann für München-Stadt

Obmann für Oberfranken:

Dr. Hens-J. Klein, Coburg

Obmann für Mittelfranken:

Dr. Georg Wüstmann, Rothenburg o. T.

Obmann für Unterfranken:

Dr. Fritzheinz Sprenger, Würzburg

Obmann für Oberpfalz:

Dr. E. Wunderle, Sulzbach-Rosenberg

Obmann für Niederbayern:

Privatdozent Dr. Oskar Bandtlow, Passau

Obmann für Schwaben:

Dr. Jürgen Maier, Nördlingen

Wahlen bei den Anästhesisten

Anläßlich der 10. Bayerischen Anästhesisten-Tagung wurden die Landesvorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten gewählt:

Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin

Landesvorsitzender:

Professor Dr. Joachim Eckert, Augsburg

1. Stellvertreter:

Professor Dr. Robert Enzenbach, München

2. Stellvertreter:

Chefarzt Dr. Dietrich Wörner, Kempten

Berufsverband Deutscher Anästhesisten

Landesvorsitzender:

Chefarzt Dr. Othmar Zierl, München

1. Stellvertreter:

Chefarzt Dr. Eike Kipka, Ansbach

2. Stellvertreter:

Chefarzt Dr. Stefan Schmidinger, Landsberg

Schädigung durch „passives“ Rauchen bei Erwachsenen und Kindern bewiesen

Eine wesentliche Folge des Rauchens ist eine zunächst vorübergehende, später chronische Schädigung der kleinen Lungenwege. Die Funktionseinbußen lassen sich physikalisch messen. Anhand einer methodisch gut angelegten Studie der University of California in San Diego konnte erstmals (an einer Population von 2100 Personen) überzeugend gezeigt werden, daß Nichtraucher, die regelmäßig an ihrem Arbeitsplatz dem Tabakrauch von Kollegen ausgesetzt sind, die gleichen Schäden entwickeln wie leichte oder nicht inhalierende Raucher; signifikant bes-

sere Werte hatten Nichtraucher, schlechtere die starken Raucher. Die Studie könnte für zukünftige rechtliche Auseinandersetzungen über Regelungen des Rauchens am Arbeitsplatz oder in öffentlichen Räumen bedeutungsvoll werden. Die Studie referiert auch Untersuchungen an Kindern, die zeigen, daß diese ebenfalls schlechtere Lungenfunktionswerte aufweisen, wenn die Eltern im gleichen Haushalt rauchen. Die Unterschiede sind signifikant und hängen von der Zahl der rauchenden Erwachsenen ab.

F. W. Schwartz



RECORSAN-LIQUID.

**Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Crataegue-Adonietherapie des Altersherzens**

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

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g. Adonis, Visc. alb. ää 87 g. Aplum grav. Auricul. ää 7,5 g. Val. 13 g. Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

Mitteilung über freie und besetzbare Kassenarztsitze in Bayern nach dem Bedarfsplan für die kassenärztliche Versorgung – Stand 31. 12. 1979

Orte / Stadtteile je Lkr. / Krsfr. Stadt	K	I	F	O	C	N	AU	HN	D	R	U	A/Pr.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Regierungsbezirk Oberbayern												
Krsfr. Stadt Ingolstadt												1
Gerolfing												1
Oberhaunstadt												1
Mailing												1
Lkr. Altötting												
Altötting									1			
Relachach												1
Lkr. Eichstätt												
Eichstätt						1			1	1		
Lkr. Landsberg												
Landsberg								1	1			
Lkr. Mühldorf												
Waldkraiburg									1			
Lkr. Neuburg-Schrobenhausen												
Aresing												1
Stengeheim/Königsmoos												1
Neuburg						1						
Schrobenhausen								1				
Lkr. Pfaffenhofen												
Manching												1
Pfaffenhofen							1		1			
Krsfr. Stadt Rosenheim												
Fürstätt												1
Lkr. Wallheim-Schongau												
Pöding												1
Regierungsbezirk Oberfranken												
Lkr. Bayreuth												
Bayreuth									1			
Weidenberg												1
Krsfr. Stadt Coburg												
Coburg-West												1
Coburg									1			
Lkr. Coburg												
Neustadt b. Coburg	1											1
Lkr. Forchheim												
Forchheim										1		
Krsfr. Stadt Hof												
Hof-Neuhof												1
Hof				1			1	1				
Lkr. Hof												
Naila	1											
Rehau			1									
Lkr. Kronach												
Kronach							1				1	
Lkr. Kulmbach												
Himmelkron												1
Kulmbach							1		1			
Lkr. Lichtenfels												
Lichtenfels							1					
Lkr. Wunsiedel												
Marktredwitz									1			
Wunsiedel		1										
Regierungsbezirk Mittelfranken												
Lkr. Ansbach												
Gde. Aurach												1
Stadt Feuchtwangen							1	1				1
Gde. Flachslanden												
Stadt Rothenburg			1									
Krsfr. Stadt Ansbach												
Stadt Ansbach							1					
Lkr. Erlangen-Höchstadt/Aisch												
Gde. Münchaurach												1
Stadt Höchstadt/Aisch							1					
Krsfr. Stadt Erlangen												
Anger/Schönfeld												1
Lkr. Nürnberger Land												
Ode. Offenhausen												1

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



Nichts
ist schwerer zu ertragen
als ein verdauungsschwacher
Magen.

Pankreaplex®

- stimuliert die physiologische Verdauungsleistung
- stabilisiert die Funktionen von Magen und Darm ohne Enzymsubstitution
- beseitigt störende intestinale Symptome in jedem Lebensalter



Unbekannter
ital. Meister des 18. Jh.

Indikationen: Akute und chronische Magen- und Darmstörungen, funktionelle Sekretionschwäche der Verdauungsorgane, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meliorismus, Inappetenz, intestinale Beschwerden bei Diabetes mellitus. **Zusammensetzung:** Percolat. 1-10: Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml, Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml, Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin. hydrol. 0,5 g, Corridentia ed 20 ml. 1 Dregée entspricht 10 Tropfen Liquidum.

Preise: Packungen: 60 Dragées 6,29 DM, 150 Dragées 12,70 DM, 20 ml Liquidum 6,35 DM, 50 ml Liquidum 12,75 DM Stand: 1. Juni 1980

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

Orte / Stadtteile je Lkr. / Krsfr. Stadt	K	I	F	O	C	N	AU	HN	D	R	U	A/Pr.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Krsfr. Stadt Nürnberg												
Schwalbau												1
Rennweg												1
Langwasser/Süd												1
Worzeldorf/Herpersdorf/ Gaulnhofen												1
Gelsmannshof/Muggenhot/Höfen												1
Wetzendorf/Schniegling												1
Lkr. Neustadt/Alsch- Bad Windsheim												
Stadt Bad Windsheim	1											
Gde. Münchsteinech												
Stadt Neustadt/Alsch			1						1			
Lkr. Roth												
Stadt Roth							1					
Gde. Wendelstein												1
Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen												
Stadt Gunzenhausen									1			
Regierungsbezirk Unterfranken												
Lkr. Aschaffenburg												
Alzenau							1					
Großostheim												1
Mömbrits												1
Krsfr. Stadt Aschaffenburg												
Aschaffenburg									1			
Lkr. Bad Kissingen												
Elfershausen												1
Lkr. Rhön-Grabfeld												
Bad Neustadt						1						
Ostheim v. d. Rhön												1
Lkr. Haßberge												
Haßfurt/Ebern							1	1				
Haßfurt						1			1			
Reuhenebrach												1
Lkr. Kitzingen												
Großlengheim												1
Lkr. Miltenberg												
Erlenbach							1					
Kleinheubach												1
Miltenberg	1					1						
Lkr. Mein-Spessert												
Gräfendorf												1
Karlstadt/Merktheidenfeld									1			
Krsfr. Stadt Schweinfurt												
Bergl												1
Deutschhof-Hochfeld-Steinberg												1
Schweinfurt							1					
Regierungsbezirk Oberpfalz												
Lkr. Amberg-Weizbach												
Sulzbach-Rosenberg						1						
Ursensollen												1
Krsfr. Stadt Amberg												
Amberg									1			
Lkr. Chem												
Chem												
Furth im Wald							1	1	1			
Furth im Wald/Waldmünchen	1											
Kötzting	1			1								
Roding	1	1					1	1				
Runding												1
Waldmünchen			1									
Lkr. Neumarkt												
Neumarkt			1						1	1		2
Lkr. Neustadt/WN												
Eschenbach	1	1					1					
Kohlberg/Etzenricht												1
Vohenstrauß	1		1				1					
Krsfr. Stadt Weiden												
Hammerweg												1
Lkr. Regensburg												
Deuerling/Laeber												1
Lappersdorf												2
Krsfr. Stadt Regensburg												
Kumpfmühl												1
Regensburg									2			
Lkr. Schwandorf												
Burglengenfeld											1	
Leonberg/Maxhütte												1
Nebburg-Oberviechtach	1	1					1					
Schmidgeden												1
Schwandorf						1			2	1		

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

Orte / Stadtteile je Lkr. / Krsfr. Stadt	K	I	F	O	C	N	AU	HN	O	R	U	A/Pr.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Lkr. Tirschenreuth Fuchsmühl Tirschenreuth Weidsassen	1					1			1	1	1	1
Regierungsbezirk Nieder- bayern												
Lkr. Deggendorf Auerbach oder Grettersdorf Deggendorf-West Deggendorf Fischerdorf/Oeggendorf Gräfing Mietreching/Deggendorf Offenberg Osterhofen									1			1 2 1 1 1 1
Lkr. Freyung-Grefeneu Freyung v. Wald									1			
Lkr. Kelheim Abensberg Kelheim	1		1				1					
Lkr. Landshut Wörth/Isar												1
Krsfr. Stadt Landshut Landshut Schönbrunn									1			1
Lkr. Pesseu Heuzenberg Pocking	1									1		
Krsfr. Stadt Pesseu Pesseu								1				
Lkr. Regen Regen Viechtech						1						
Lkr. Rottel-Inn Eggenfelden Pfarrkirchen Roßbach	1		1						1			
Lkr. Straubing-Bogen Bogen	1											1
Lkr. Dingolfing-Landau Dingolfing Moosthenning		1				1	1	1	1			1
Regierungsbezirk Schwaben												
Krsfr. Stadt Augsburg Heunstetten/Süd Hochzoll/Nord Lechhausen												1 1 1
Lkr. Dillingen Oillingen						1						
Lkr. Günzburg Günzburg Kammeltei Krumbech	1						1			1		1
Lkr. Neu-Ulm Nersingen Weißenhorn								1				1
Lkr. Ostetigäu Buchloe							1					
Krsfr. Stadt Memmingen Memmingen								1	1			
Lkr. Donau-Ries Deiningen Rein												1 1

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

Anmerkung:

Nähere Auskünfte ertellen die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns:

Oberbayern, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1

Oberfranken, Brendenburger Straße 4, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 2 92-1

Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 49 62-1

Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-1

Oberpfalz, Lendshuter Straße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71

Niederbayern, Lilienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 70 53

Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 31 30 31

Personalia

Bergmann-Plakette für Dr. Schloßer

Am 9. Juli 1980 überreichte Professor Dr. Sewering in Prien anlässlich eines Fortbildungsabends der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“ Dr. med. Otto Schloßer, Salinstraße 10, 8200 Rosenheim, die ihm vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Seit 1952 ist Dr. Schloßer als Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Rosenheim intensiv um die ärztliche Fortbildung bemüht. Er gründete schon 1956 zusammen mit Professor Dr. W. Hirsch, Traunstein, und Dr. Matusczyk, Prien, im Rahmen eines Zusammenschlusses von vier Ärztlichen Kreisverbänden (Rosenheim, Bad Aibling, Bad Reichenhall und Laufen) die „Ärztliche Fortbildung im Chiemgau“, ein erfolgreiches Modell für überregionale ärztliche Fortbildung. In allen Bereichen seines Wirkens in Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung — seit 1956 Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer, Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und von 1968 bis 1976 deren Vorsitzender, seit 1966 Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer —, ebenso wie als Stellvertretender Vorsitzender der „Akademie der Fachärzte“ der Bundesärztekammer und im Vorstand der Vereinigung der bayerischen Internisten hat sich Dr. Schloßer durch sein Engagement um die ärztliche Fortbildung sehr verdient gemacht.

Dr. Böhm 65 Jahre

Dr. med. Alfred Böhm, Leitender Medizinaldirektor, Edisonweg 4, 8031 Neusting, hat am 28. Juni 1980 seinen 65. Geburtstag gefeiert und ist am 1. Juli 1980 in den Ruhestand getreten. Dr. Böhm war Leiter des Sachgebietes „Human-Medizin“ bei der Regierung von Oberbayern und hat neben dieser amtsärztlichen Tätigkeit zahlreiche Ehrenämter bekleidet. Für die Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat sich Dr. Böhm mit aller Kraft eingesetzt; seit 1971 ist er Mitglied des Bundeshauptvorstandes des Deutschen Beamtenbundes. Er vertritt den Deutschen Beamtenbund in der „Konzertierten Aktion“ im Gesundheitswesen. In der Weltföderation für öffentliches Gesundheitswesen wurde Dr. Böhm 1974 zum Präsidenten des „Executive Board“ gewählt und bekleidet das Amt des Europaspöchers dieser Institution. Im Bayerischen Landesgesundheitsrat übt er seit Jahren das Amt des Schriftführers aus; im Fachbereich Erziehungswissenschaft an der Universität München hat er einen Lehrauftrag für Gesundheitserziehung inne.

Die bayerischen Ärzte wünschen Dr. Böhm für die vor ihm liegende Zeit einen „aktiven Ruhestand“ und noch viele schöne und erfüllte Jahre.

Dr. Relter Ministerialdirigent

Der Bayerische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Fritz Pirkel, hat den kürzlich zum Leiter der Abteilung Sozialversicherung bestellten Dr. jur. Heiner Relter, Winzererstraße 9, 8000 München 40, mit Wirkung vom 1. Juli 1980 zum Ministerialdirigenten ernannt.

Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft für Assessor Jahn

Am 10. Mai 1980 hat der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Vilmar, anlässlich der Marburger Bund-Hauptversammlung in Berlin dem Leiter der Abteilung Ärzteversicherung der Winterthur-Versicherungen Deutschlands, Assessor Wolfgang Jahn, Leopoldstraße 34/38, 8000 München 40, das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft überreicht.

In der Laudatio würdigte Dr. Vilmar die Arbeit und die Leistungen von Assessor Jahn insbesondere auf dem Arzthaftpflichtsektor. Er habe nicht nur maßgeblich an der Gestaltung der Regulierungspraxis gegenüber Patienten mitgewirkt, sondern sich auch für die Klärung der Ursachen von Schädigungsmöglichkeiten eingesetzt, „um mehr Sicherheit in die Medizin zu bekommen“. Auf diese Weise habe Assessor Jahn entscheidend mit dazu beigetragen, daß die ärztliche Versorgung der Patienten verbessert, die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient gefestigt werden konnte, und sich somit für das Ansehen der Ärzteschaft Verdienste erworben.

Die Auszeichnung galt aber nicht nur dem eigentlichen geschäftlichen Einsatz von Assessor Jahn, sondern auch seiner menschlichen Verbundenheit zur Ärzteschaft.

Professor Dr. med. Wolf Müller-Limmroth, Vorstand des Instituts für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität München, Barbarastraße 16, 8000 München 40, wurde anlässlich des Internationalen Umwelttages 1980 die Umweltmedaille verliehen.

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.

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



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

ARUMALON®

hemmt die Progredienz der Arthrose*
weil es die Chondrozyten reaktiviert

Arthrose

ARUMALON
ARUMALON
ARUMALON
ARUMALON
ARUMALON
ARUMALON



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

Indikationen: Degenerative Gelenkerkrankungen wie Kniegelenkarthrose, Hüftgelenkarthrose, Fingergelenkarthrose, Wirbelgelenkarthrose. **Dosierung:** Intramuskuläre Injektionen. Zur Prüfung der Verträglichkeit gibt man Testdosen von 0,3 ml am ersten und 0,5 ml am zweiten Tag, dann 5-6 Wochen lang zweimal 2 ml oder drei- bis viermal 1 ml Arumalon wöchentlich (insgesamt 25 ml). **Kontraindikationen:** Neigung zu allergischen Reaktionen auf Medikamente. **Nebenwirkungen:** Bei entsprechend disponierten Patienten können Unverträglichkeitserscheinungen (starke Rötung und/oder Pruritus an der Injektionsstelle, Urticaria, Unwohl-

sein, Schwindel und Hitzegefühl, leichter Kopfschmerz) auftreten. In solchen Fällen muß die Behandlung abgebrochen werden. **Hinweis:** Klinische Langzeituntersuchungen (10 Jahre) haben bestätigt, daß bei zweimaliger Kurzbehandlung im Jahr das Fortschreiten des arthrotischen Prozesses entscheidend gehemmt wird. **Zusammensetzung:** 1 ml Injektionslösung enthält 0,4986 ml Extr. aquos. ex 0,25 g Cartilago sternocostalis, 0,4986 ml Extr. aquos. ex 0,15 g Medulla ossis rubra, 0,0028 ml m-Kresol (Stabilisator). **Handelsformen und Preise** (Stand 16. 1. 80): 5 Ampullen zu 1 ml DM 14,85; 25 Ampullen zu 1 ml DM 63,45; 50 Ampullen zu 1 ml (Anstaltspackung).

PHARM
ROBAPHARM

Deutsche ROBAPHARM GmbH
7847 Badenweiler 3

Weitere Informationen, Literatur und Muster werden auf Wunsch zugestellt.

6086 0 80 116

Professor Dr. Maurer †

Am 4. Juli 1980 verstarb Professor Dr. Georg Maurer, emeritierter Ordinarius für Chirurgie und Gründer der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München, im 72. Lebensjahr.

Professor Maurer wurde am 29. Mai 1909 in München geboren. Er studierte Medizin von 1928 bis 1933. Nach kurzer Assistenzarztstätigkeit bei Geheimrat von Romberg wendete er sich der Chirurgie zu und war Schüler von Geheimrat Lexer, Professor Magnus und Professor Frey. Während des Krieges arbeitete er als leitender Chirurg in Front- und Heimatlazaretten.

Der Verstorbene habilitierte sich 1940 und wurde 1941 zum Privatdozenten, 1948 zum apl. Professor für Chirurgie ernannt. 1946 übernahm er die Leitung des Kreiskrankenhauses München-Perlach. 1953 berief ihn die Stadt München zum Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München rechts der Isar, zu dessen Direktor er 1959 ernannt wurde. Mit der Errichtung der Fakultät für Medizin an der Technischen Hochschule München wurde Georg Maurer ordentlicher Professor und anschließend zum Dekan der Fakultät gewählt.

Seit 1955 gehörte Professor Maurer dem Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie an. 1974 wählte ihn diese Gesellschaft zum Ehrenmitglied und dankte ihm damit „für seine besonderen Leistungen auf vielen Gebieten der Chirurgie und für seine verantwortungsbewußte Förderung des chirurgischen Nachwuchses“.

Schon während seiner Tätigkeit als Chefarzt des Kreiskrankenhauses München-Perlach stellte Professor Maurer seine großen organisatorischen Fähigkeiten unter Beweis und brachte dieses Haus zu hohem Ansehen. Nach seiner Berufung an das Krankenhaus rechts der Isar erblickte er seine Aufgabe in dem Aufbau einer modernen chirurgischen Abteilung, die er zu einer der angesehensten chirurgischen Kliniken

entwickeln konnte. Dabei förderte er ganz besonders die verschiedenen chirurgischen Teilgebiete. Auch die Anästhesieabteilung dieses Hauses verdankt ihr hohes Niveau seinen intensiven Bemühungen.

Professor Maurer war zutiefst davon überzeugt, daß das Klinikum rechts der Isar eine ideale Schule für angehende Ärzte werden könnte. Er bemühte sich deshalb viele Jahre darum, eine medizinische Fakultät auf der Grundlage des Klinikums zu errichten. Seine fortschrittlichen und konstruktiven Ideen fanden nach jahrelangen Bemühungen Widerhall, und es kam deshalb im Jahre

1967 zur Errichtung der Fakultät für Medizin an der Technischen Hochschule München, jetzt Technischen Universität München.

Zwanzig Jahre lang, von 1952 bis 1972, gehörte Professor Maurer der CSU-Fraktion im Münchener Stadtrat an, wo er sich vor allem um Probleme des Gesundheitswesens in der bayerischen Landeshauptstadt kümmerte.

Mit Professor Maurer ist eine der großen Persönlichkeiten in der Medizin gegangen. Die bayerische Ärzteschaft wird ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Aus dem Bayerischen Senat

Humangenetische Untersuchungsstellen bald landesweit

Die Engpässe bei den humangenetischen Untersuchungsstellen bei den Universitäten München und Erlangen sollen schrittweise beseitigt werden. Wie Senator Professor Dr. Hans Joachim Sewering und Staatssekretär Dr. Heinz Rosenbauer ankündigten, wird ein mit jährlich DM 650 000 dotiertes Programm für qualifizierten Nachwuchs sorgen. Damit soll in den kommenden Jahren in jedem bayerischen Regierungsbezirk mindestens eine Beratungsstelle entstehen. Dort können Ehepaare oder auch Schwangere im ersten Stadium ihrer Schwangerschaft anhand einer Chromosomenuntersuchung Aufschluß erhalten über die Wahrscheinlichkeit einer Erbkrankheit.

Senator Sewering unterstrich in seinem Bericht, daß der Rückstand der Bundesrepublik Deutschland bei der humangenetischen Forschung wie der Vorsorge auf die Belastung dieses Forschungsgebiets durch die NS-Zeit zurückgehe. Vor allem bei der *pränatalen Diagnostik*, die immer bedeutender werde, träten erhebliche Engpässe auf. Nur bei drei Prozent aller Untersuchungen, die auf bestimmte Risikofälle beschränkt

seien, werde die Behinderung eines Kindes vorausgesagt. Professor Sewering teilte weiter mit, daß von 100 Geborenen fünf in irgend einer Art „mißgebildet“ wären, was aber auch kleinere Behinderungen einschloße. Er machte gleichzeitig deutlich, daß humangenetische Untersuchungen nur in begründeten Fällen einen Sinn hätten, *nicht aber als Vorsorgeuntersuchungen für alle Ehepaare*.

Staatssekretär Heinz Rosenbauer zeigte sich optimistisch, daß die Ausbildungskapazitäten im Bereich der Humangenetik bald ausgeweitet werden könnten, was nicht nur ein finanzielles Problem sei. Ministerialrat Dr. Weigand teilte mit, Ende des Jahres werde es auch eine *kleine Beratungsstelle an der Universität Würzburg* geben, in etwa zwei Jahren eine eigene Einrichtung der Landeshauptstadt. Bis ausreichendes technisches Personal, das auch von der Landesärztekammer ausgebildet wird, bereitstehe, würden noch einige Jahre vergehen. Der Senat will die finanzielle Seite der Humangenetik bei den *Etatberatungen* aufgreifen.

ck/or (BLD Nr. 110)

Konzert am 11. Juni 1980

Einen lohnenden Abend bescherte das Bayerische Ärztchester auch in diesem Jahr wieder seinen Freunden, die sich in einem schön besuchten Herkulesaal in der Münchener Residenz zusammengefunden hatten.

Schubert

Ouvertüre zu Rosamunde

Anfangs mit leichten Koordinationsproblemen kämpfend, wurde das Ärztchester von seinem Dirigenten Reinhard Steinberg mit Behutsamkeit in die Sphären Schubertscher Grazie und Melodik gehoben und musizierte die dem Schauspiel Rosamunde vorangestellte – ursprünglich für die Schubert-Oper „Die Zauberharfe“ komponierte – Ouvertüre mit Ausdruck und Akkuratheit.

Dvorak

Konzert für Violoncello und Orchester

Auch heuer wieder wurde das Instrumentalkonzert in der Mitte des Programms zum eindrucksvollen Höhepunkt des Abends. Solist war der 25jährige Cellist Julius Berger, der – wie dem Programmheft zu entnehmen war – aus der Musikhochschule München hervorgegangen, sich bei Antonio Janigro in Salzburg fort- und weiterbildete und vom Großmeister des Instrumentes, Msistislaw Rostropowitsch, unterrichtet und gefördert wurde.

Für den Rezensenten ist dieses Cellokonzert von Dvorak (Op. 104) tönendes Zeugnis einer erschütternden Sehnsucht nach „daheim“, die geisterhafte Beschwörung der fernen Heimat mit den Zauberformeln vielfältiger Motive aus den Klangschätzen der „alten Welt“, mit der der am Heimweh erkrankte Komponist im letzten Jahr seines Aufenthaltes in New York seine Gefühle bannte. Da klingt spukhaft der drängende Galoppwindschneller (Walküren-)Rosse an, da versinkt die entschieden-hastige Aufbruchsstimmung des ersten

Satzes in bohrend, tristaneske Grubelei, da erreicht der Schwung aufblühender Melodienbögen seligste Stimmungslagen, wie sie Richard Wagner für die Ekstase der Sieglinde oder für das „Daheim-Empfinden“ im letzten Tristan-Akt gefunden hat.

Julius Berger, Reinhard Steinberg und die Musiker des Ärztchesters machten dieses Konzert zum vollen und reinen Genuß. Der junge Solist faszinierte auf seinem hell timbrierten Cello mit einem makellosen Ton, den er je nach der vorgeschriebenen Weise mit feurigem Brio oder – besonders eindrucksvoll in der Moll-Abwandlung des ersten Themas im Allegro – molto sostenuto, fast entückt aus seinem Cello hervorbrachte.

Begeistert war die Meisterschaft der Doppelgriffe im Allegro und im Adagio (quasi cadenza). Neben dem

homogenen Klang der Streicher geht großes Lob an die Bläser wegen ihrer hervorragenden Melodiengestaltung, so am Anfang des Allegro im Anschluß an das Horn-Solo (Klarinetten, Oboen, Flöten), am Anfang des Adagio vor dem Seitensatz und wiederholt im Allegro-Moderato.

Steinberg verstand es, mit feinfühligem Phrasieren und gleichzeitig sicherer Hand sein Orchester wie auch den Solisten sicher zu geleiten und das vielschichtige, an Ausdrucksnuancen und Stilelementen der verschiedensten Herkunft überreiche Konzert klar und werkgetreu zu gestalten. Üppiger, wohl verdienter Applaus für den Solisten wie auch für seine Kombattanten.

Brahms

Symphonie Nr. 3 F-Dur, Op. 90

Wie von früheren Konzerten des Ärztchester gewohnt, war das Stück nach der Pause ein Griff hoch in die Sterne des Musikhimmels. Diesmal war es die Dritte von Brahms, ein großes, ein gewaltiges Werk.

Die Runde des ersten Satzes ging überlegen an Steinberg, der emphatisch darum kämpfte, den Zusammenhang der großen Architektur zu wahren und mit großer Gebärde gegen seine Kollegen um die Dramatik rang, die im spröden, häufigen Wechsel von Dur nach Moll in diesem Satz steckt. Im Andante fanden sich Dirigent und Orchester zu gelöster Harmonie zusammen. Im Poco Allegretto des dritten Satzes und im Allegro des vierten ging es „wild auf“, wie man hierzulande sagt. Die Bläser mußten dabei wieder einmal unter der Verflüchtigkeit des Bläser-Daseins leiden – halt weil man sie so gut heraushört!

Der Rezensent ist immer wieder tief beeindruckt von dem musikalischen Ernst und von dem hohen Niveau, das sich dieses „Liebhaber“-Orchester erarbeitet hat und bewahrt, das den Vergleich mit manchen professionellen Routiniers wohl bestehen kann, ja mit seiner Klangkultur und Sensibilität aus einem Wettstreit um die schönere Symphonie – sagen wir von Josef Haydn oder von Johann Christian Bach – wohl als Sieger hervorgehen könnte!

Walter Albrecht

Sonderpostwertzeichen mit
Zuschlägen

FÜR DIE JUGEND '80



vom 10. April bis 30. September
an den Postschaltern

JUGENDMARKEN

helfen behinderten und
benachteiligten Kindern
und Jugendlichen –

**verwenden Sie
Jugendmarken**

Schwangerschaftskonfliktberatung

Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Pausch-Gruber und Müller (beide SPD) vom 7. Februar 1980

Das Bayerische Gesetz über die soziale Beratung von schwangeren Frauen vom 5. August 1977 schreibt vor, daß niedergelassene Ärzte und Fachärzte sich durch geeignete Maßnahmen für die Schwangerschaftskonfliktberatung fachkundig machen sollen.

Wir fragen die Staatsregierung:

Welche Fortbildungsmaßnahmen wurden für diesen Problembereich bisher in Bayern angeboten und in welchem Maße wurde von Ärzten davon Gebrauch gemacht?

Antwort des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und Sozialordnung vom 30. April 1980

Die oben genannte Anfrage beantworte ich wie folgt:

1.

Zum Bereich der Schwangerschaftskonfliktberatung wurden in Bayern bisher keine Fortbildungsmaßnahmen für niedergelassene Ärzte angeboten.

2.

Die in der Anfrage zum Ausdruck kommende Auffassung der Fragesteller, es existiere eine Vorschrift, wonach „niedergelassene Ärzte und Fachärzte sich durch geeignete Maßnahmen für die Schwangerschaftskonfliktberatung fachkundig machen sollen“, trifft nicht zu. Das Bayerische Schwangerenberatungsgesetz regelt lediglich die Pflichten anerkannter Ärzte und die Voraussetzungen, unter denen die Anerkennung (von den Regierungen) ausgesprochen wird. Diese Regelung war im Hinblick auf § 218 b Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b StGB erforderlich.

3.

Neben den nach § 218 b Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b StGB und dem Bayerischen Schwangerenberatungsgesetz

anerkannten Ärzten können aber jene Ärzte gemäß § 218 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c StGB als Berater im Sinne des § 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB tätig sein, die den Schwangerschaftsabbruch nicht selbst vornehmen und sich durch Beratung mit einem Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle, das mit der Beratung betraut ist, oder mit einer Sozialbehörde oder auf andere geeignete Weise über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen unterrichtet haben. Zur Frege, in welchem Umfang von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, liegen in meinem Hause keine Erkenntnisse vor. Für diese Gruppe von Ärzten sind auch Fortbildungsmaßnahmen nicht erforderlich, da ja gerade auf die einzelfallbezogene Information abgestellt wird.

Beratungsstellen bei Schwangerschaftskonflikten

Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Pausch-Gruber und Müller (beide SPD) vom 7. Februar 1980

Die staatlichen Gesundheitsämter sind nach dem Bayerischen Gesetz über die soziale Beratung schwangerer Frauen vom 5. August 1977 als Beratungsstellen bei Schwangerschaftskonflikten anerkannt.

Wir fragen die Staatsregierung:

1. Wie wurde das vorhandene Personal der staatlichen Gesundheitsämter auf die neue Aufgabe vorbereitet?

2. Wurde zusätzliches, speziell ausgebildetes Personal eingestellt

e) im ärztlichen Bereich,

b) im Bereich der Sozialarbeiter?

3. In welcher Weise wird in den staatlichen Gesundheitsämtern darauf hingewiesen, daß sie

e) Schwangerschaftskonfliktberatung durchführen,

b) wann derartige Beratungen durchgeführt werden?

4.

Die bisherigen Erfahrungen im Zusammenhang mit der Schwangerenberatung zeigen einerseits, daß Konfliktschwangere sich vorwiegend an die anerkannten Beratungsstellen wenden. Der Umstand, daß häufig nicht die nächstgelegene, sondern eine Beratungsstelle in den Großstädten aufgesucht wird, legt die Vermutung nahe, daß die Ratsuchenden anonym bleiben wollen. Möglicherweise liegt es an diesem Wunsch, anonym zu bleiben, daß die Inanspruchnahme der Ärzte als Berater für Fortbildungsveranstaltungen erkennbar war oder angemeldet wurde.

Die Erfahrungen zeigen andererseits, daß ein Teil der Ärzte, welche zur sozialen Beratung aufgesucht werden, die Schwangere bitten, sich an eine anerkannte Beratungsstelle oder an das Gesundheitsamt zu wenden. Der Grund hierfür dürfte vor allem in der großen zeitlichen Beanspruchung liegen, die bei der Schwangerschaftskonfliktberatung angemessen ist und zu der sich viele Ärzte angesichts voller Wartezimmer außerstande sehen.

4. in welchem Umfang sind Ärzte an staatlichen Gesundheitsämtern an der Indizierung beteiligt?

Antwort des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und Sozialordnung vom 1. April 1980

Die oben genannte Anfrage beantworte ich nach Einholung einer Stellungnahme des Staatsministeriums des Innern wie folgt:

Zu 1.:

1.1 Allgemeines

Ärzte und Sozialarbeiter der Gesundheitsämter beraten seit jeher in großem Umfang verschiedene Bevölkerungsgruppen, insbesondere Behinderte, medizinisch und sozial. Sie sind deshalb mit Art und Umfang möglicher sozialer Hilfen gut vertraut.

Zu den speziellen Fragen der Schwangerschaftskonfliktberatung erhielten die Gesundheitsämter den Beratungsleitfaden des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialord-

nung vom 1. September 1976. Er enthält neben den Rechtsgrundlagen alles Wesentliche zum Umfang der Beratungstätigkeit, zu fachlichen Informationen, zur Abgrenzung zur medizinischen Beratung und zur Indikationsfeststellung, schließlich auch zu organisatorischen Fragen. Auch sind in ihm alle in der Schwangerschaftskonfliktberatung tätigen Verbände der freien Wohlfahrtspflege, die Modellberatungsstellen, alle übrigen Anlaufstellen und sonstigen Beratungsstellen sowie Einrichtungen für Mutter und Kind aufgeführt, um die Gesundheitsämter noch besser in den Stand zu setzen, mit anderen Institutionen zusammenzuarbeiten.

Im übrigen erhielten die staatlichen Gesundheitsämter eine Reihe von Veröffentlichungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, teils zur zusätzlichen Information der Berater, teils als Informationsschriften für die zu Beratenden.

Darüber hinaus muß auf die Behandlung der für die Schwangerenberatung wichtigen Fragen in den Fachzeitschriften für Ärzte und Sozialarbeiter hingewiesen werden.

1.2 Ärzte der staatlichen Gesundheitsämter

1.2.1

Aus-(Weiter-)bildung von Ärzten für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Bereits im Jahre 1976 hat die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Staatsministerium des Innern rechtsbezogene und medizinisch-soziale Unterrichtseinheiten in ihre jährlichen Amtsarztlehrgänge zur Beratung bei Schwangerschaftskonfliktsituationen aufgenommen, Informationsmaterial verteilt und die Schwangerschaftskonfliktberatung auch zum Teilthema bei den Amtsarztprüfungen gemacht.

1.2.2

Der Fortbildung der Ärzte der Gesundheitsämter auf dem Gebiet der Schwangerschaftskonfliktberatung war ein Tag der von der Akademie vom 7. bis 9. Dezember 1976 in Regensburg durchgeführten Fortbildungstagung gewidmet.

Auf dem Programm standen Referate und Diskussionen von und mit Juristen, außerdem Ärzten und Sozialarbeitern von Modellberatungsstellen

len sowie Ärzten von Gesundheitsämtern, die bereits Erfahrungen auf dem Gebiete der Schwangerschaftskonfliktberatung gesammelt hatten. In der Folgezeit wurden rechtliche und soziale Aspekte der Schwangerschaftskonfliktberatung bei den Dienstbesprechungen der Ärzte der Gesundheitsämter in den einzelnen Regierungsbezirken behandelt.

Spezielle Aspekte der Schwangerenberatung hat die Akademie auch bei den jüngsten Fortbildungstagungen für Ärzte der Gesundheitsämter behandeln lassen.

1.3 Sozialarbeiter

Die soziale Beratung nach § 218 StGB an staatlichen Gesundheitsämtern wird in aller Regel von Sozialarbeitern wahrgenommen. Mit der Beratung sind bestimmte Sozialarbeiter betraut; eine Vertretung muß ständig gewährleistet sein. Diese Kräfte werden vorrangig speziell fortgebildet (s. Nr. 1 des im Einvernehmen mit meinem Hause ergangenen IMS des Staatsministeriums des Innern vom 7. Februar 1977 — Nr. I E 1 - 5388/1 - 1/77). Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im

TIEFENWIRKUNG

hyperämisierendes Antirheumatikum zur percutanen Schmerz-Therapie

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

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

Marament[®] Balsam N



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

Gegenanzeigen:
Bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern Langzeit-

behandlung auf großen Flächen vermeiden; ebenso bei vorgeschädigter Niere.

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

Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:
O.P. Flasche mit 100 ml DM 8,94
O.P. Flasche mit 250 ml DM 18,27

WIDER



Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

Staatsministerium des Innern führte im November 1976 eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung für alle Sozialarbeiter der staatlichen Gesundheitsämter durch. Tegungsthema war die Schwangerschaftskonfliktberatung (s. Anlage*).

In den Jahren 1977, 1978 und 1979 veranstaltete die Akademie in allen bayerischen Regierungsbezirken jeweils einwöchige Fortbildungsseminare zum Thema „Methoden der Gesprächsführung bei der Schwangerschaftskonfliktberatung“. An ihnen nahmen Zug um Zug sämtliche in der sozialen Beratung von Schwangeren eingesetzten Sozialarbeiter der Gesundheitsämter und ihre Stellvertreter teil.

Laufend nahmen die zuständigen Sozialarbeiter der Gesundheitsämter an der wissenschaftlichen Begleitung der Modellberatungsstellen teil, die insbesondere in Form regelmäßiger Fall- und Teambesprechungen erfolgt (s. Nr. 4 des o. g. IMS). Sie haben dabei Gelegenheit, eigene Fälle zur Sprache zu bringen und sich so ständig hinsichtlich der Beratungsmethodik und -inhalte fortzubilden.

Zu 2.:

Zusätzliches Personal wurde bei den Gesundheitsämtern weder im ärztlichen Bereich noch im Bereich der Sozialarbeit eingestellt.

Zu 3.:

Die staatlichen Gesundheitsämter sind angewiesen, gut sichtbar auf die Berater und ihre regelmäßigen Sprechzeiten hinzuweisen (s. Nr. 1 des o. g. IMS). Die Regierungen achten bei Besichtigungen der Gesundheitsämter auf das Befolgen dieser Anweisung.

Zu 4.:

Ärzte der staatlichen Gesundheitsämter sind im Rahmen ihrer Diensttätigkeit nicht an Feststellungen darüber, ob die Voraussetzungen des § 218 e Abs. 1 Nr. 2 Abs. 2, 3 StGB gegeben sind, beteiligt.

Abschließend darf ich noch anmerken, daß gerade während der ersten beiden Jahre nach der Änderung des § 218 StGB eine Reihe von Fortbildungsveranstaltungen auf Bezirksebene durchgeführt wurden, an denen Referenten aus meinem Hause mitgewirkt haben.

*) Von einem Abdruck wurde Abstand genommen.

Ausland

Frankreichs neue Gesundheitspolitik

Die Konflikte zwischen Ärzten und Kassen in Frankreich sind nicht erst von heute. Immer wieder kam es in den letzten zwanzig Jahren zu Auseinandersetzungen, die jeweils mehr oder weniger provisorisch beigelegt wurden, zumeist unter Druck der Regierung. Das Problem war stets die Festsetzung der Honorare der Ärzte, die selten zur Zufriedenheit des Ärztekörpers erfolgte. Die immer steigenden Fehlbeträge der Sécurité sociale zwangen indessen zu einer Neuordnung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Kassen. Indessen waren sich die Arztverbände selbst uneinig über den Weg zu dieser Neuordnung.

Das neue Abkommen ist nun abgeschlossen worden. Seine Gültigkeit ist für fünf Jahre vorgesehen, es kann aber nach zwei Jahren revidiert werden und trat am 1. Juli in Kraft. Der neue Vertrag könnte als ein Schritt zur Liberalisierung des Ärzteberufs angesehen werden. Eine Liberalisierung allerdings, die etliche Gefahren in sich birgt. Vorläufig glaubt man sowohl in der Direktion der allgemeinen Krankenversicherung, dem Hauptschuldigen für das Defizit der Sécurité sociale, als auch bei der Fédération des médecins de France (F.M.F.), die das Abkommen unterzeichnet haben, den besten Weg gefunden zu haben, um das stete Defizit der Krankenversicherung zu reduzieren. Ob der Weg nicht in eine Sackgasse führt, wird die Zukunft zeigen.

Was besagt das Abkommen?

1. Es wird eine Art Schecksysteem für den Arzt eingeführt. Die Kassen zahlen dem Versicherten nach wie vor 75 Prozent der Arztkosten zurück, der Versicherte hat also einen Selbstkostenbeitrag von 25 Prozent des Honorars aus eigener Tasche zu bezahlen. Das gilt übrigens auch für die Medikamentenkosten. Das Schecksysteem ermöglicht es nun, daß der Versicherte, wenn er sich in einer Notlage befindet, nur 25 Prozent des geforderten Betrages bezahlt, während die Kasse dem Arzt direkt die 75 Prozent überweist. Das System soll vorerst bei der Chirurgie, der Radiologie und der Biologie Anwen-

dung finden, später aber auch in der allgemeinen Medizin, und stellt einen ersten Schritt zum Tiers Peyant dar, wie er im Kassensystem der Bundesrepublik üblich ist und in Frankreich bisher strikt abgelehnt wurde.

2. Wesentlich erscheint die Verstärkung der sogenannten „Autodisziplin“. Alle drei Monate werden die Kassen von jedem Arzt, der dem Abkommen oder der Konvention beigetreten ist, eine Übersicht über seine Aktivität eusarbeiten, und zweimal im Jahr werden die Ärzte, die der Konvention beigetreten sind, darüber informiert werden. Die Kontrolle über die Ärzte wird derart verschärft, die Freiheit der Berufsausübung eingeschränkt, eben das, was die Ärzte seit je verhindern wollten. Falls es sich nun bei diesen Überprüfungen herausstellt, daß der Arzt die Empfehlung zur verstärkten Autodisziplin nicht beachtet hat, kann er verwarnet und letzten Endes aus der Konvention ausgeschlossen werden. Die praktischen Ärzte vor allem haben jedenfalls auf diese Weise die Möglichkeit, die Kosten ihrer Behandlungsmethoden zu beurteilen.

3. Es handelt sich in erster Linie darum, jedes Jahr in Verhandlungen zwischen Arztverbänden und Kassen, eine „Enveloppe globale“, festzulegen, die die Erhöhung der Ausgaben an die Erhöhung der Einnahmen bindet. Wenn die Ausgaben höher sind, riskieren die Ärzte – im Prinzip – bei der alle sechs Monate stattfindenden Revalorisierung ihrer Honorare benachteiligt zu werden.

4. Bisher schon durften jene Ärzte, die ein besonderes Renomé haben, sei es, weil sie besondere Titel haben oder durch wissenschaftliche Arbeiten berühmt wurden, die Kassentarife überschreiten und höhere Honorare verlangen. Die Versicherten erhielten allerdings die 75prozentige Rückzahlung des ausgegebenen Betrages aufgrund der Kassentarife, so daß sich der Selbstkostenbeitrag des Versicherten, der die Praxis eines solchen Arztes aufsuchte, oft auf 50 und mehr Prozent erhöhte. Die Mediziner, die bisher schon die Möglichkeit hatten, Son-

derart zu verlangen, behalten in der neuen Konvention ihr Privileg. Aber alle anderen haben nach dem neuen Abkommen die Möglichkeit, sich für den freien Sektor zu entscheiden. Die praktischen Ärzte, die sich für den freien Sektor entscheiden haben, stellen sich außerhalb der Konvention, sind unabhängig, werden von niemandem kontrolliert und können die Honorare fordern, die sie wollen. Aber sie werden andererseits nicht von den sozialen Begünstigungen profitieren können, die ihnen bisher angeboten wurden und auf die alle jene Anrecht haben, die der Konvention beigetreten sind. Worin bestehen diese sozialen Vorteile? Prüft man sie, dann kommt man darauf, daß gut erarbeitende Ärzte, die unabhängig arbeiten, durchaus auf diese Begünstigungen verzichten können. Die Sécurité sociale übernimmt für den konventionierten Arzt zwei Drittel der Beiträge zur Altersversicherung und die Hälfte der Beiträge zur Krankenversicherung für den Arzt. Ist er in der Konvention, dann zahlt der praktische Arzt 720 FF pro Jahr für seine Altersversicherung und etwa 8000 bis 10 000 FF für seine Krankenversicherung, je nach seinem Einkommen. Entscheidet er sich für die freie Honorarsetzung, dann hat er für die gesamte Beitragsleistung aufzukommen, d. h.: 2100 FF pro Jahr für die Altersversicherung und zwischen 16 000 und 20 000 FF für die Krankenversicherung. Insgesamt würde ihm die „Freiheit“ weniger als 1000 FF im Monat kosten. Ein Betrag, der bei einer halbwegs guten Praxis kaum ins Gewicht fällt.

Es wurde ferner vereinbart, daß die Kassentarife bis März nächsten Jahres in drei Abschnitten angehoben werden sollen. Das Honorar für eine Sprechstunde beim praktischen Arzt

beträgt vom 1. Juli an 45 FF, ein Hausbesuch 60 FF, beim Fecharzt 70 und 80 FF, beim Psychiater 100 und 110 FF. Vom Januar 1981 an erhöhen sich die Tarife wie folgt: Sprechstundenberatung beim praktischen Arzt 50 FF, beim Facharzt 70 FF, beim Psychiater 102 FF. Die Honorare für Hausbesuche bleiben unverändert. Ab Ende März 1981 werden die Honorare für eine Sprechstundenberatung beim Praktiker auf 63 FF, beim Facharzt auf 81 FF und beim Psychiater auf 113 FF erhöht.

Dieses Abkommen zwischen der Direktion der allgemeinen Krankenversicherung und der Fédération des médecins de France (F.M.F.) hat eine heftige Protestbewegung ausgelöst. Protestbewegung der Gewerkschaften, die zu einem Generalstreik und zu weiteren Streikaktionen führte, Protestbewegung auch der in der „Confédération des syndicats médicaux français“ (C. S. M. F.) organisierten Ärzte, die sich zum ersten Mal an den Protestkundgebungen der Gewerkschaften in Paris und in den Provinzstädten beteiligten und gleichzeitig ihre Praxen für 24 Stunden schlossen. Man muß wissen, daß im C. S. M. F. 45 Prozent der 65 000 freitätigen Ärzte organisiert sind und im F. M. F. nur 13 Prozent. Selten haben Probleme der Gesundheitspolitik in der medizinischen Öffentlichkeit eine derartige Opposition hervorgerufen. Es ist in Frankreich auch nicht üblich, daß Ärzte streiken. Das war bisher in den letzten 20 Jahren nur dreimal der Fall. Nun streikten sie zum vierten Mal. Ihr Hauptargument gegen das Abkommen: Derart wird eine Medizin der Reichen und eine Medizin für die Armen geschaffen. Wer gut betucht ist, wendet sich an einen nicht konventionierten Arzt, der für seine

Patienten Zeit hat und sich vor allem Zeit nimmt, um eine klare Diagnose zu erarbeiten. Und der von seinem Besucher nicht 50, sondern 150 FF für eine Sprechstundenberatung verlangt. Die Kasse wird indessen dem betuchten Versicherten nur 75 Prozent des offiziellen Kassentarifs rückerstatten. Die Kassen fehlen dabei nicht so schlecht, denn der Arzt, der für seinen Patienten Zeit hat, um Diagnose und Therapie zu erstellen, wird ihn viel seltener in die Laboratorien zu weiteren Untersuchungen schicken als jener, der sich nur zehn Minuten für den Patienten Zeit nimmt, weil er eben viele empfangen muß, um zu seinem normalen Einkommen zu gelangen. Es gibt indessen für jene, die gegen das Abkommen auf der Seite der Ärzte protestieren, einen zweiten, sehr wesentlichen Beweggrund. Bisher sind die Ärzte noch nie so intensiv von den Kontrollorganen der Sécurité sociale überwacht worden, als des jetzt der Fall sein wird. Gewiß, auf Regierungsseite ist man mit dem Abkommen nicht ganz einverstanden, aber man akzeptiert es, vor allem, weil die Einführung eines doppelten Sektors in der medizinischen Betreuung der Sozialversicherten auf der Linie der Liberalisierungspolitik liegt, der die Regierung auf vielen anderen Gebieten folgt, wobei freilich auch hier mit der Konkurrenz gerechnet wird, um die Autodisziplin, vor allem bei den Honoraren, auch im freien Sektor zu stärken.

Aber es steht fest, daß das Prinzip des gleichen Gesundheitsschutzes für alle, unabhängig von ihrem Einkommen, Grundlage der sozialen Sicherheit in Frankreich, ebenso wie das Prinzip der freien Arztwahl, durch das neue Abkommen durchbrochen wird.

J. H., Paris

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 Zyklus-anomalien, zyklisch bedingte Migräne.
Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt.
Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Cautophyllum thalictroides D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatia D 8 10 g, Ins D 2 20 g, Lilium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tinctura Condurango 10 g.
Dosierung: 2mal täglich 30 Tropfen in etwas Wasser einnehmen.
Handelsformen: OP mit 50 ml DM 10,95, OP mit 100 ml DM 16,75. Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml.

Wahlkampf-Krach um Fernsehberichte

Kaum hatte das Bundesverwaltungsgaricht in Berlin die drohende Auflösung des Norddeutschen Rundfunks mit höchstrichterlichem Spruch gestoppt, gab's neuen Krach in der bundesdeutschen Medienlandschaft. Ganz im Zeichen der heißen Phase des Wahlkampfes schwappte er in die landespolitische Szene. Nach der nun unwirksamen Kündigung des NDR-Staatsvertrags durch Schleswig-Holstein kam die neue Attacke gegen öffentlich-rechtliche Sender diesmal aus dem Süden: Die Bayerische Staatsregierung drohte mit dem Austritt aus der im Juni 1950 gegründeten ARD. Aktueller Anlaß war die Berichterstattung um den Weltwirtschaftsgipfel in Venedig und über die Moskareise des Bundeskanzlers. Der Niederschlag, den beide Themen im ARD-Fernsehen gefunden hatten, bildeten den Inhalt einer Überraschung von Franz Josef Strauß einberufenen Sondarsitzung des bayerischen Kabinetts, an der auch Intendant Rainold Vöth vom Bayerischen Rundfunk und BR-Chefredakteur Rudolf Mühlentz teilnehmen. Ergebnis der Kabinettsrunde: Bayern werde den ARD-Vertrag kündigen, wenn „die Unausgewogenheit und Einseitigkeit der ARD-Berichterstattung nicht beendet wird“. Baraitz 1975, erklärte die Staatskanzlei, habe die Staatsregierung „Vorstöße gegen die Grundsätze publizistischer Serlichkeit und Feilmaß“ kritisiert, ohne daß Verbesserungen eingetreten seien. Man werde nun nochmals auf eine Ergänzung des ARD-Vertrages hinwirken, um die Einhaltung dieser Regeln sicherzustellen. „Bleiben diese Bemühungen erfolglos, sind Konsequenzen unausweichlich.“

Die bayerische Kritik an der ARD hatte sich zunächst daran entzündet, daß Kanzlerkandidat Strauß nur entgegen einem Votum von 8 : 1 Stimmen der Fernsehchefs in einem Bericht über

den Weltwirtschaftsgipfel im Fernsehen zu Wort kommen konnte. Daraufhin – so der Vorwurf aus den Reihen der CSU – hätten die ARD-Verantwortlichen neben einer einstimmig vereinbarten Reportersendung mit Schmidt und Strauß über die Moskareise des Kanzlers noch eine zusätzliche Sondarsendung „für den Bundeskanzler zur alleinigen Selbstdarstellung“ ins Programm aufgenommen. Das sei nach der Venedig-Sendung auf eine Beschwerde von SPD-Bundesgeschäftsführer Egon Bahr hin geschahen, was der zuständige Sender, der Westdeutsche Rundfunk, allerdings mit Nachdruck zurückwies.

Die Austrittsdrohung aus dem ARD-Gemeinschaftsprogramm traf nicht nur Bayerns Fernsehpublikum vor dem Bildschirm am Wochenende völlig überraschend, erstaunte Reaktionen waren selbst aus der CSU-Landtagsfraktion zu vernehmen, die von dem Schritt offensichtlich nichts wußte. Vollends unübersichtlich wurde die ohnehin schon aufgeheizte Situation, als durch eine journalistische Indiskretion private Meinungsäußerungen des BR-Pressesprechers über die Fernschreiber einer Nachrichtenagentur tickten. Das Klima für eine „Fernsehchlacht“ im Landtag war so vorprogrammiert: Die FDP brachte einen Dringlichkeitsantrag ein, in dem es heißt: „Die Staatsregierung wird ersucht, ihre Politik der andauernden Drohgebärden gegenüber den öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten im allgemeinen und der ‚Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten in der Bundesrepublik Deutschland‘ im besonderen unverzüglich einzustellen.“ Mit massiven Vorwürfen kündigte die FDP-Abgeordnete Ursel Redepenning den erbitterten Widerstand der bayerischen Opposition gegen die Drohung der Staatsregierung an. Die CSU wolle in

den Medien den Eindruck erwecken, als sei Ministerpräsident Strauß der „Gegenschlichter“. Die Staatsregierung versuche ständig, Fernsehanstalten einzuschüchtern. Dabei sei allgemein akzeptiert, daß eine Ausgewogenheit einzelner Sendungen nicht möglich sei, sondern es nur auf die Ausgewogenheit des Gesamtprogramms ankomme. Ansonsten müßte in jeder Sendung die Gegendarstellung institutionalisiert sein. Der CSU warf sie vor, „blindwütig auf einer Institution herumzutampeln“, die sich in 30 Jahren bewährt habe, und journalistische Freiheit einer „Politik der verbrannten Erde zu opfern“. SPD-Fraktionschef Dr. Halmuth Rothmund meinte: „Wir wären froh, wenn sich der Bayerische Rundfunk gegenüber der Opposition in Bayern so verhielte wie die ARD auf Bundesebene.“ Durch die Androhung sollten wohl die Journalisten eingeschüchtern und aus einem Rundfunk ein „Schwarzfunk“ gemacht werden.

Wer die Sorge der CSU um die Pluralität in der Medienpolitik als „kleinkarierte Sekundenzählerei“ aussehe, kontierte CSU-Generalsekretär Dr. Edmund Stoiber, gehe am Kern des Problems vorbei. Es sei bei aller „Vernebelung der Vorgänge“ notwendig geworden, die Dinge darzulegen, die das „Faß der Unausgewogenheit und Einflußnahme zum Überlaufen gebracht haben“. Wie Stoiber, so hatte zuvor Innenminister Gerold Tandler verlangt, bei Ereignissen von herausragender Bedeutung müßten für eine vollständige Information des Bürgers auch führende Oppositionspolitiker zu Wort kommen können. Es gehe der Staatsregierung nicht um die Auflösung des ARD-Vertrages, sondern um die Einhaltung gewisser medienpolitischer Grundsätze. Im Interesse der Informationsfreiheit sei man nicht bereit, die bestehende Praxis weiter hinzunehmen. Tandler erklärte: „Wenn sich in den nächsten zwölf Monaten nichts Entscheidendes ändert“, werde man die Drohung wahr machen.

Mit einer einstimmig verfaßten Resolution hat die Hauptversammlung der ARD in Bremen inzwischen die Vorwürfe als unberichtigt zurückgewiesen. Es könne nicht Aufgabe der Rundfunkanstalten sein, politische Polemik zu verstärken. Im Landtag jedoch ist das Thema ARD noch nicht ausgestanden. Die SPD scheiterte zwar im kulturpolitischen Ausschuß mit einem Antrag auf ein „ARD-Hearing“, jetzt will sie es jedoch in eigener Regie veranstalten.

Michael Gscheidt

SPD-Programm

Die Gesundheitspolitik scheint kein Thema für Parteitage zu sein. Für die SPD gilt dies allemal. Auf Ihrem Wahlparteitag in Essen ist über vieles geredet worden, über Schmidt vor allem, über Weitzpolitik, Militärpolitik, über Agrar- und Finanzpolitik und nicht zuletzt auch über die anstehende Rentenreform und das kommunale Wahlrecht für Ausländer. Wichtige Themen, gewiß. Aber warum wird nicht über Gesundheitspolitik gesprochen? Auf dem Hamburger Parteitag war ein gesundheitspolitisches Programm ohne jede Diskussion verabschiedet worden. Jetzt in Essen sind wiederum einige gesundheitspolitische Thesen beschlossen worden, die den Wähler ansprechen sollen. Aber einer intensiveren Diskussion war auch das wiederum nicht wert. Schmidt — über alles und über allem. Ist Gesundheitspolitik nebensächlich für die SPD? Glaubt man damit weder Wähler gewinnen noch abschrecken zu können? Oder liegt das nur daran, daß die Gesundheitspolitik in dieser Partei keinen angelernten und respektierten Anwalt hat?

Was zur Gesundheitspolitik im Wahlprogramm gesagt wird, gibt keinen Aufschluß über das, was die SPD in der nächsten Legislaturperiode tatsächlich will. Das Kapitel trägt die nichtssagende Überschrift, daß Gesundheitspolitik für sinnvolle Leistungen zu tragbaren Kosten zu sorgen habe. Was sinnvoll und tragbar ist, wird freilich nicht definiert. Die Kosten, so heißt es, müßten weiterhin gebremst werden. Mit den Milliarden der Versicherten müsse verantwortungsbewußt umgegangen werden. Nur dann sei die medizinische Versorgung weiter zu verbessern. Die SPD will sich insbesondere dafür einsetzen, daß Herz-, Krebs- und Kreislauferkrankungen früh erkannt und geheilt werden können. Die Betonung wird auf Prävention, Vorsorge, Früherkennung gelegt. Eine neue Gebührenordnung soll kommen. Jede Selbstbeteiligung wird abgelehnt. Es ist also alles so beschlossen worden, wie es vom Parteivorstand und der Antragskommission vorbereitet worden war. Ziemlich dürftig ist das und nichtssagend. Die gesundheitspolitischen Passagen des Wahlprogramms kann man getrost vergessen.

Das gilt nicht für andere Teile des Programms. Dabei ist bemerkenswert, daß

das von Schmidt und Wischniewski vorbereitete Programm von der Antragskommission unter Wehner, der noch wie vor die Partei beherrscht, dem linken Parteiflügel schmackhaft gemacht worden war. Die Kapitel über die Sicherheitspolitik, die Vollbeschäftigungspolitik und die Verteilungspolitik waren wesentlich geändert worden, um auf dem Parteitag breite Mehrheiten zu sichern. Die SPD, so heißt es im Wahlprogramm, vertritt gemeinsam mit den Gewerkschaften die Interessen der arbeitenden Menschen. Deshalb bleibe Vollbeschäftigung Ziel Nr. 1 der Wirtschaftspolitik. Eine aktive und vorausschauende Strukturpolitik sei dazu notwendig. Wehners Antragskommission hat gerade die Passagen über die Strukturpolitik wesentlich verschärft und verdeutlicht.

Hieß es im Entwurf des Parteivorstandes noch, daß die Bewältigung des Strukturwandels in erster Linie Aufgabe der Unternehmen sei, so steht jetzt folgender Satz in der endgültigen Fassung des Programms: „Die Bewältigung des Strukturwandels ist im Rahmen einer aktiven Strukturpolitik in erster Linie Aufgabe der wirtschaftlichen Unternehmen selbst.“ Den Unternehmen soll also von der aktiven Strukturpolitik, die an anderer Stelle als eine aktive, staatliche Strukturpolitik definiert wird, ein Rahmen für die Investitionen gesetzt werden. Als ein wichtiger Hebel der staatlichen Strukturpolitik wird die Forschungspolitik betrachtet. Dabei hat die Wirtschaft dann stärker als bisher „bei grundsätzlicher Beibehaltung der Marktsteuerung gesellschaftliche Notwendigkeiten“ zu berücksichtigen. Für die Gesellschaft notwendig wird im Zweifelsfall das sein, was die SPD verlangt.

Beifall wird die Forderung finden, daß die Subventionen nicht mit der Gießkanne verteilt werden dürfen, sondern zur Sicherung der Vollbeschäftigung beizutragen haben. Subventionen also als Instrument der Wirtschaftslenkung. Die multinationalen Konzerne sollen stärker kontrolliert werden, die Aussperrung will man verbieten, Bodengewinne abschöpfen und die Genußmittelwerbung einschränken. Mit den Gewerkschaften zusammen wird die 35-Stunden-Woche angepeilt, und natürlich muß auch die Lebensarbeitszeit

verkürzt und der Jahresurlaub verlängert werden.

In der Energiepolitik will die SPD die Option für die Kernenergie „offenhalten“ und gleichzeitig die „Option, auf Kernenergie verzichten zu können“, öffnen. Der Widerspruch wird zum Programm erhoben. Die SPD, so heißt es, wird solide Finanzen gewährleisten. Von Konsolidierung der Staatshaushalte wird freilich nichts gesagt. Dagegen wird es für nötig gehalten, darauf zu verweisen, daß auch künftig die Kreditfinanzierung der Haushalte nötig sei. Den Abbau der hohen Staatsquote wünscht man nicht, weil dies angeblich soziale Demontage bedeutet. Das Kindergeld will die SPD künftig nur noch für die einkommensschwachen Familien erhöhen. Progressive Steuern und degressive Kindergeldzahlungen sollen also den Umverteilungsprozeß weiter voran bringen.

Auch das Rentenprogramm haben die Umverteiler mit geprägt. Da wird zunächst einmal die Rente nach Mindesteinkommen angeboten. Der Rentenberechnung soll künftig generell und nicht nur, wie heute, bis 1972 ein Mindesteinkommen zugrunde gelegt werden. Für die Vergangenheit war dies zu rechtfertigen, für die Zukunft sicherlich nicht. Die SPD will aber darüber noch hinausgehen: Zusätzlich soll eine Mindestrente eingeführt werden, die die Sozialhilfe ersetzt und sich am Bedarf des Rentners orientiert. Dies heißt Anrechnung anderer Alterseinkommen. Hier feiert die Volksrente ihr „Comeback“. Zu bezahlen wird dies freilich nicht sein.

Andererseits sollen künftig selbst Kleinst-einkommen beitragspflichtig werden; zahlen soll freilich nur der Arbeitgeber. Auch von den Lohnzuschlägen will man künftig Beiträge erheben. Den Tarifpartnern soll die Möglichkeit gegeben werden, Tarifverträge über die Aufstockung der Rentenbeiträge abzuschließen. Auch wünscht die SPD höhere Beitragsbemessungsgrenzen. Das alles brächte der Rentenversicherung zunächst einmal Geld in die Kasse. Auf lange Sicht aber stiegen die Belastungen weiter an. Aber auch für diesen Fall weiß die SPD Rat: Sie will in den neunziger Jahren Ehrenbergs „Maschinenbeitrag“ einführen und auch den Kapitaleinsatz in den Unternehmen, also die Investitionen, mit Sozialabgaben belasten.

Es wäre ein Fehler, Wahlprogramme nicht ernst zu nehmen. Sie haben immer Längzeit-Wirkung.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Unsere rührige und verehrte Consoeur Merie Bednara hat sich etwas ganz Besonderes einfallen lassen. Sie hat die im Münchener Raum ansässigen schriftstellerisch tätigen Ärztinnen und Ärzte in monatlichen Zusammenkünften zur sogenannten „Münchner Runde“ vereinigt. Sie folgte damit einem Spruche aus den Alterswerken Goethes: „Wie fruchtbar ist der kleinste Kreis, wenn man ihn wohl zu pflegen weiß“. Und das letztere versteht unsere Consoeur Bednara vorzüglich. So wünschen wir ihr, daß sie mit der von ihr geschaffenen Runde noch viel Freude erleben und diese den Teilnehmern viele schöne Anregungen zum schriftstellerischen Schaffen geben möge. Und vielleicht trägt dieser „Äskulap und Pegasus“ dazu bei, daß der eine oder andere München-Besucher den Weg dorthin findet.

Den guten Wünschen zum 75. Geburtstag von Kollegen Eberhard Schätzing schließt sich die Schriftleitung von ganzen Herzen an. Möge er noch recht lange die „Münchner Runde“ mit seinen philosophischen Gedanken befruchten.

Nun wollen wir aber unserer Consoeur Maria Bednara, Arabellahauss 15/24, 8000 München 80, das Wort geben.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Unsere „Münchner Runde“

Am 2. Juli 1979 haben wir die „Münchner Runde“ innerhalb des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte gegründet. Wir sind zwar in Bayern eine große und sehr aktive Gruppe, aber die kleinen Intimen Zusammenkünfte fehlten bisher.

Alle vier Wochen sehen wir uns. Unsere Treffen bringen Bereicherung und gesellschaftliche Freude mit sich — auch Anknüpfungspunkte, die wertvoll sind. Es ist ein Austausch im kleinen Rahmen, wobei Kritik nicht ausbleibt. Vielfach sind wir nicht. Je nach Urlaub oder sonstigen Verhinderungsgründen wechselt die Anzahl der Vortragenden. Wir laden auch Gäste ein.

Zum ersten Treffen der Münchener Schriftstellerärzte waren anwesend: Armin Jüngling und Frau Annemarie, Hans von Eggelkraut-Gottanka, Ernst Rossmüller und Frau Senta, Eberhard Schätzing

und Frau Charlotte, Andraas Schuhmann und Frau Lora und Maria Bednara.

Wir hatten dann später Herrn Bajog, Herrn Bakim, Herrn Hege, Herrn Krutoff, Herrn Ladisch, Herrn Weigold und Herrn von Wicht in unserer Runde.

An einem der Abende im Sommer 1979 besuchte uns Jürgen Schwalm aus Lübeck und brachte besonders ausdrucksvolle Lyrik mit. Er las die Poëme in seiner ihm eigenen Weise vor. Die Lago-Maggiore-Gedichte faszinierten — und ich konnte mich von den Zyprassen, die heirateten, nicht trennen, bis ich ein Märchen daraus machte und es meinen Enkelkindern erzählte.

Im Fasching 1980 kam der frühere Präsident der Deutschen Schriftstellerärzte, Herr Jörgensen, zu uns. Wir haben diesen Abend „locker und los“ gestaltet, der Zeit entsprechend. Herr Professor Jörgensen brachte viel Frischwind mit. Unsere Beiträge waren heiter, der Abend bot Aufschwung.

Es ist nicht immer leicht, allen gerecht zu werden. Wir sind froh, wenn wir die knappe Abendzeit gut nützen können. Jeder soll das lesen, was ihm stimmungsgemäß entspricht. Wir haben in diesem Jahr manches gelernt bei unseren Treffen.

Unserem Kollegen Eberhard Schätzing gilt zum Schluß mein besonderes Grußwort. Am 30. April 1980 feierte er seinen 75. Geburtstag. Er ist Frauenarzt und Psychotherapeut ... und Philosoph. Die Philosophie muß ihm in die Wiege gelegt worden sein — alle seine Werke sind bereitere Zeugen seines umfassenden Geistes. Wir haben oft in unserer „Münchner Runde“ Kostproben seines philosophischen Denkens erlebt.

Wir tagen im Hotel „Torbräu“ am Isarforplatz an jedem zweiten Dienstag des Monats um 19.30 Uhr. Wir würden uns freuen, Gäste aus Bayern oder anderen Bundesländern begrüßen zu dürfen.

Einige unserer Arztschriftstellerfreunde aus der „Münchner Runde“ darf ich hier vorstellen.

Eberhard Schätzing
(Pseudonym: Psychopax):

Borstige Erkenntnis

Weil's kalt war, wollten zwei sich wärmen
und preßten sich ganz dicht bei dicht,
doch dabei mußten sie bald lernen,
wie qualvoll das auf lange Sicht.

Denn — fast vergaß ich zu verraten,
daß dies zwei Stachelschweine taten.

Jedoch nach kurzem Hin und Her
sie richt'gen Abstand setzten.
So froren sie nicht allzusehr,
ohn' daß sie sich verletzten.

Manch Ehepaar sieht das nicht ein —
Der Mensch ist halt kein Stachelschwein.

Ernst Rossmüller:

Tübingen

Das Flötenspiel im Turm ist verstummt,
dam einst lauschten die Platanen,
gegenüber am Ufer des Neckars
bei der Brücke.

Die Mauern frösteln unter dem
faulen schwäbischen Winterhimmel,
die schönen Blitze schlafen.

Weit sind die Hügel der Charente,
die glühenden Zitronenhaine.
Doch leiden die Ungleichen,
Oliva und Wain.

Und fern ist das Gastmahl Apolls,
der Lohn Diotimas für die Besänftigung
der Todestgötter und der Himmlischen.

Verklungen das Spiel
und stahlgrau die niederen Wolken.

Andreas Schuhmann:

Sturz ins Nichts

Fremdgesichtig
zeitverfallen der Unrast
awigen Veränderens
ohne Ziel
verliert sich
im Wimperschlag
eines Ewigkeitsvergessens
der Himmelstürmer
auf namenloser Bahn —
taucht ein
ins Meer schneeiger Kälte
erfrorener Sehnsüchte
ampfangend auch
das Aschenkreuz der Vergänglichkeit
auf frecher Stirn —
traumgegürtet
wandelnd
Im Goldglanz gleißender Glertöne
verleugnet er
den Zorn eines Gottes
gefangen
von den Kettenwinden
granzloser Auflösung
selbsterdachter Walten —

Edo von Wicht:

Ich bin zum Haus
meiner Eltern gekommen,
Es lag in anderer Zeit,
Ich habe den langen Rückmarsch
genommen
Und habe die alte Zeit gewonnen,
Es war eine Ewigkeit.

Ich bin zum Tor
meiner Kindheit geschritten,
Es war ein mühsamer Weg,
Ich traf mich selbst verwirrt noch Inmitten,
Mich tastend nach rückwärts
mit zögernden Schritten,
Sehr schmal war Zugang und Steg.
Ich habe die Quellen erkannt,
die zum Leben
Verborgen mir mischten im Blut:
Die Unschuld verloren,
Erfahrung gegeben,
Mit Atmen die Arbeit
und lastendes Streben,
Genommen mir Freude und Gut.
So sitz' ich und halte in Händen das Geld,
Das schändlich zum Lohn mir geschankt,

Und um mich herum
dreht schnell sich die Welt,
So schnell, als wär sie zum Tode bestellt
Und ich wär ins Grab schon gesenkt.
So fährt nur und fährt noch der Zug
durch die Zeit,
Mir schwindelt, was immer ich seh',
Um einzusteigen, bin ich schon bereit,
Ich bin gegen Glück,
gegen Unglück gefeit.
Jetzt zwischen den Eltern ich steh'.

Ich bin zum Haus
meiner Eltern gekommen,
Es war nicht das Vaterhaus.
Ich kannte nicht Auge,
nicht Hand und nicht Mund,
Und nichts kam von Herzen,
die Sprache war wund.
So brannt' ich, ich zögerndes Licht.
Ich sitze und bettel' mit Träumen im Blick,
Die Freude ist mir der Schmerz,
Und wünsche im Traum mir
das Alter zurück,
Ein zögerndes, wechselndes,
täuschendes Glück,
Die Hungerspeis für mein Herz.

Walter Ladisch
(Pseudonym: Clemens Wensing):
Spiel

Am Ufer springt mir,
wie ich da ruhig liege,
das Wasser im Spiel
mit Licht und Wind
murmeind und lechzend
über die Hände.
So denke ich an dich,
als ob du unten
auf dem Grund
launenhaft Kiesel rolltest.

Jürgen Schwelm:
Ronco – Eine Feler

Wenn die Steine
im Schräglicht verglimmern
wollen die Zypressen heiraten
und das wird
bei der Kirche geschöhn/
Darum kann der Abend
nicht ernst werden
und alle Blicke
die das Beumpaar grüßen
fellen voll Übermut
aus den Rahmen der Arkaden

Merie Bednare:
Die Zypressen

*Ein Märchen nach dem Gedicht von
Jürgen Schwelm*

Es waren einmal zwei Zypressen. Sie
standen eng aneinander gelehnt auf
einem Hügel in der Nähe der Kirche. Die
zwei Zypressen hatten sich sehr gern.
Eine der beiden war etwas größer als die
andere. Wenn der Wind sein Spiel trieb,
dann berührten sich die beiden. Und so
kam es, daß einmal ein kleiner Ast im
Gezweig des andern Baumes hängen
blieb. Beide Zypressen waren glücklich
darüber und sie ließen sich nicht mehr los.

im Laufe des Sommers wuchsen sie immer
mehr zusammen. Die Leute, die in
die Kirche gingen, staunten über die zwei
Bäume und freuten sich. „Seht mal, die
beiden haben sich wohl gern – vielleicht
wollen sie heiraten.“

Die Zypressen hörten diese Worte und
waren sehr beglückt. – „Ja“ – sagten
beide, heiraten wollen wir – hier auf dem
Kirchenhügel. Und wenn die Abendsonne
kommt, dann sind wir Mann und Frau.“

Am nächsten Morgen weckte die kleine
Zypresse zuerst auf.

„Wie schön alles ist“, rief sie, „der Tau
liegt noch auf unseren Nadeln. Wollen
wir eine Hochzeitsreise machen?“

„Eine Hochzeitsreise? – Ja, das wäre
wunderbar. Vielleicht nach Verona?“

„Oh ja, aber wir können nicht laufen.“

„Ach, wir bitten den Gärtner, er möge
uns ausgraben und an den Weg stellen.
Irgendjemand wird uns mitnehmen.“

„Ich möchte aber alleine gehen. Wir
könnten aus unseren vielen Wurzeln kleine
Füßchen machen und versuchen, sie
zu bewegen.“

„Ja, das ginge – und wir halten uns
gegenseitig fest wie jetzt auf dem Hügel.“

Der Gärtner kam und grub die zwei
schönen Zypressen aus. Er wußte schon,
was sie wollten. Er stellte sie sanft an die
Böschung der Straße. Nun übten beide
das Wurzelgehen. Je weniger Erde sie an
den Wurzeln hatten, desto freier wurde
ihre Bewegung. Sie verquickten ihre
Zweige noch mehr als vorher und mit
einem Ruck konnten sie stehen. Fast
glaubten beide an ein Wunder ... denn
wirklich, die Wurzelfüßchen fingen an,
die Landstraße abzutasten. Die beiden
Zypressen liefen die Straße entlang, wenn
auch ganz langsam.

Eine große Freude war in ihnen ... erst
die Heirat, dann die Hochzeitsreise. Nach
Verona jubelten sie – dort muß es
wunderbar sein.

„Die Leute erzählen immer von dem
Brunnen auf dem Marktplatz in Verona –
dort stehen so viele bunte Schirme und
Melonen soll es geben.“

Lange Zeit dauerte es, bis die Zypressen
in Verona waren. Immer wieder mußten
sie ruhen. Dann aber standen sie vor
dem Brunnen. Sie schauten in das Wasser
und spiegelten sich.

„Wie schön Du bist“, sagte die große
Zypresse.

„Du bist noch viel schöner als ich“,
zitscherte die kleine.

„Was sollen wir jetzt tun?“

Ehe der Satz vollendet war, nahm ein
Mann die beiden Zypressen und stellte
sie in das Wasser des Brunnens.

„Die sind ja ganz verdorrt“, rief er seiner
Frau zu, die Blumen verkaufte. „Wasser
brauchen die beiden.“

Die Zypressen wurden starr vor Schreck.
Ihre beweglich gewordenen Wurzelfüß-
chen streckten sich – und das Wasser
nahm ihnen alle Wenderkraft.

Wir werden sie hier neben den Brunnen
hinpflanzen, da haben wir viel Freude an
ihnen; sagte der Mann. „Aber laß' sie
ganz eng beieinander, vielleicht wollen
sie es so haben“ – sagte die Frau.

Und Leute kamen auf den Marktplatz von
Verona. Sie sahen die Zypressen und
erkannten sie wieder. Das sind die Zwei
vom Kirchenhügel. Wie mögen sie nur
nach Verona gekommen sein.

Die beiden Zypressen bogen sich einander
zu und sie flüsterten: „wenn eine
Menschen wüßten, wie glücklich wir sind,
am Brunnen von Verona, dann würden
sie Zypressen sein wollen.“

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. Danach muß jeder Arzt in Bayern, der eine Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung führt, diese in der Fassung der Weiterbildungsordnung vom 1. Januar 1978 auf Praxisschild, Briefkopf, Rezeptvordruck und Stempel führen.

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

Kongresse

8. Internationaler und interdisziplinärer Herbst-Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie

vom 21. bis 28. August 1980 in Brixen

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie gemeinsam mit dem Internationalen Grünen Kreuz in Genf und der Stiftung für das behinderte Kind sowie der Aktion Sonnenschein – Hilfe für das mehrfach behinderte Kind e. V.

Der Kongreß wendet sich an alle Ärzte, Psychologen, Pädagogen sowie alle Assistenzberufe in der Behindertenhilfe.

Es werden Seminare, Sonderseminare und Workshops abgehalten.

Auskunft:

Professor Dr. Th. Hellbrügge, Kinderzentrum, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2, Telefon (0 89) 77 90 37

Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin

vom 31. August bis 13. September 1980 in Velden/Wörther See

Themen: Einführung in die Naturheilverfahren – Herzrhythmusstörungen – Konservative Tumorthherapie – Gerontologie/Geriatrie – Das praxisnahe Seminar – Wichtige gerichtsmedizinische Fragen – Neuraltherapie mit Kurs – Laboratoriumsdiagnostik für die tägliche Praxis (mit Kursen) – Diabetes – Pubertätskrise – Kneipptherapie in der kardialen Rehabilitation

Auskunft:

Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bemberg, Telefon (09 51) 2 66 08

19. Fortbildungstagung in Timmendorfer Strand

vom 3. bis 7. September 1980

Themen: Der synkopale Anfall aus kardiologischer, angiologischer und neurologischer Sicht – EKG-Kurs in kleinen Gruppen mit praktischen Übungen (testfähig) – Praktische Demonstrationen für Ärzte und Mithelfende in der Praxis – Technische Informationen über moderne Blutdruckmeßgeräte – Diagnostik und Therapie ekuter zerebraler Ischämien in der Medizinischen Hochschule Lübeck – Infektionskrankheiten des Magen-Darmtraktes im Urlaub – Mikroskopische Untersuchungen von Urin und Stuhl für Mithelfende in der Praxis

Auskunft und Anmeldung:

Akademie für ärztliche Fortbildung in der Ärztekammer Berlin, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65, Telefon (0 30) 45 05-640 und 45 05-561

5. Jahrestagung des Internationalen Arbeitskreises für Audiovision in Psychiatrie und Psychotherapie (IAAPP)

vom 5. bis 7. Oktober 1980 in Erlangen

Veranstalter: Universitäts-Nervenkl. mit Poliklinik, Erlangen

Leitung: Dr. B. Kügelgen, Dipl.-Soz. R. Witkowski, Ing. J. Penning, Erlangen

Theme: Audiovision in Psychiatrie und Psychotherapie: theoretische und methodische Grundlagen, praktische Erfahrungen und technische Probleme

Auskunft:

Dipl.-Soz. R. Witkowski, Universitäts-Nervenkl. mit Poliklinik, Schwebachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 42 64

15. Tagung in Praktischer Gastroenterologia

am 17./18. Oktober 1980 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. L. Demling, Erlangen

Auskunft:

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

XIV. Symposium der Gesellschaft für Nephrologie

vom 19. bis 22. Oktober 1980 in Würzburg

Themen: Stoffwechsel und Stofftransport in der Niere – Aktuelle Themen der klinischen Nephrologie – Nephrologische Probleme bei extrarenalen Erkrankungen – Hypertonie: Renale und extrarenale Mechanismen

Auskunft:

Professor Dr. A. Heldend, Medizinische Universitätsklinik, Abteilung Nephrologie, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01 - 31 07

8. Kongreß der Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern e. V.

am 7./8. November 1980 in Schweinfurt

Leitung: Professor Dr. H. Koch, Schweinfurt

Ort: Theater der Stadt Schweinfurt

Auskunft und Anmeldung:

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

Krebsnachsorgekongreß

vom 26. bis 28. September 1980 in Bad Neuenahr

Themen: Konzept einer kooperativen Krebsnachsorge – Nachsorge beim Mammakarzinom – Karzinom des Uterus – Nachsorge beim Prostetektakarzinom – Nachsorge beim Hodenkarzinom – Nachsorge beim Bronchialkarzinom – Nachsorge beim Magen- und Dickdarmkarzinom – Ärztliche Führung des Krebskranke

Teilnehmergebühr: DM 150,-; Tageskarte DM 50,-

Auskunft und Anmeldung:

Friedrich-Thieding-Stiftung des Hertmannbundes, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärztesverbandes e. V.

am 18. Oktober 1980 in Bad Reichenheller Fortbildungsveranstaltung „Sportmedizin in der täglichen Praxis“

Leitung: Dr. H. Gelli, München

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Gelli, Fromundstraße 29, 8000 München 90, Telefon (0 89) 6 92 20 98

vom 3. bis 5. November 1980 in Erlangen

Kurs für Funktionsassistentinnen und medizinisch-technisches Personal

Ort: Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz 1, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Frau E. Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 37 02

7. bis 9. November 1980 in Erlangen

12. Seminar der Sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Frau E. Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 37 02

5. bis 7. Dezember 1980 in München

14. Internationale Wissenschaftliche Tagung

Leitung: Dr. E. Goßner, Augsburg

Thema: Sportmedizinische Aufgaben im Hochleistungssport – Rückblick nach den Olympischen Spielen in Leningrad und Moskau

Auskunft und Anmeldung:

Bayerischer Sportärztesverband, Nymphenburger Straße 81/IV, 8000 München 19, Telefon (0 89) 18 35 03

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

Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der
Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. F. P. Gall

**Fortbildungskurs für Chirurgie vom 20. bis
24. Oktober 1980**

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: 16.45 Uhr

Operationsdemonstrationen aus den Ge-
bieten der Allgemein Chirurgie, der Bauch-
und Thoraxchirurgie, der Kardiochirurgie,
der Urologie, der Kinder- und Hand-
chirurgie und der Extremitätenchirurgie
(Unfallchirurgie und Alloarthroplastik)
anschließend eingehende Diskussion –
Nachmittags klinische Visiten auf allen
Stationen und ergänzende Referate zu
den Arbeitsgebieten

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 10. Oktober 1980
(Posteingang)

Chirurgie

Akademisches Lehrkrankenhaus Starn-
berg, Chirurgische Klinik
Leitung: Chefarzt Dr. W. Grill

**Klinisches Wochenende vom 24. bis 26.
Oktober 1980**

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: ca. 18.00 Uhr

Themen: Postoperative Störungen nach
Abdominal-Eingriffen – Der Fixateur
externe – Die diagnostische und thera-
peutische Wertigkeit der transkutanen
transhepatischen Cholangiographie – Die
Therapie des Subileus

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1980
(Posteingang)

Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Uni-
versität München, Klinikum Großhadern
Direktor: Professor Dr. G. Heberer

**Fortbildungskurs für Chirurgie vom 27. bis
31. Oktober 1980**

Täglich 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr: Betelli-
gung am Operationsprogramm: Abdomi-
nal-, Thorax-, Unfall-, Gefäß-, Hand-, Ple-

stische und Allgemeine Chirurgie – Teil-
nahme an Visiten aller Stationen

Nachmittags: Vorträge und Diskussion

Themen: Spezielle Indikationen und Ope-
rationsverfahren in der Bauch-, Thorax-,
Gefäß-, Hand-, Unfall-, Plastischen und
Allgemeinen Chirurgie

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1980
(Posteingang)

Chirurgie

Chirurgische Universitätsklinik und Poli-
klinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Kern

**Fortbildungskurs für Chirurgie vom 3. bis
7. November 1980**

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: ca. 16.00 Uhr

Themen: Kindliche Frakturen – Handver-
letzungen: Neue Trends – Operations-
taktik beim Ileus – Sphinkterplastik durch
autologe freie Muskeltrensplantation –
Portale Hypertension – Subrenale arte-
rielle Rekonstruktionen – Chirurgie der
Tuberkulose – Probleme der Röntgen-
diagnostik in der Traumatologie

Kolloquien – Demonstrationen im Ope-
rationsaal und in der Ambulanz – werden
durchgeführt. Teilnahme am Operations-
programm, an den Visiten und an den
täglichen Besprechungen möglich.

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 24. Oktober 1980
(Posteingang)

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: Sams-
tag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,-

Letzter Anmeldetermin: Posteingang am
28. Oktober 1980

September 1980 bis Januar 1981

12./13. September
Sonographie, München

13. bis 17. Oktober
Innere Medizin, TU München

13. bis 17. Oktober
Innere Medizin, Universität Mün-
chen (Großhadern)

18. Oktober
Innere Medizin, Würzburg

20. bis 24. Oktober
Chirurgie, Erlangen

23. bis 24. Oktober
Innere Medizin, TU München

20. bis 25. Oktober
Praktische Kardiologie, Erlangen

20. bis 25. Oktober
Physikalische Therapie, Höxter

24. bis 25. Oktober
Phonokardiographie, München

24. bis 26. Oktober
Chirurgie, Starnberg

25. bis 26. Oktober
Ergometrie, Höhenried

27. bis 30. Oktober
Pädiatrie, München

27. bis 31. Oktober
Chirurgie, Universität München

27. bis 31. Oktober
Innere Medizin,
Universität München

3. bis 7. November
Chirurgie, Würzburg

7./8. November
Klinische Echokardiographie,
München

7. bis 9. November
Praktische Elektrokardiographie,
Teil I, München

8. November
Pädiatrie, Erlangen

21. bis 23. November
Praktische Elektrokardiographie,
Teil II, München

24. bis 28. November
Radiologie, München

19. bis 24. Januar
Physikalische Therapie, München

innere Medizin

II. Medizinische Klinik der Technischen
Universität München, Klinikum rechts der
Isar

Direktor: Professor Dr. H. Ley
der Toxikologischen Abteilung
Leitender Arzt: Privatdozent Dr. v. Cler-
mann

und des Instituts für Röntgendiagnostik
Direktor: Professor Dr. H. Anacker

**Fortbildungskurs für Innere Medizin vom
13. bis 17. Oktober 1980**

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: 18.00 Uhr

13. Oktober 1980

Neues auf dem Gebiet des Diabetes mellitus – Hypo- und Hyperthyreosen – Röntgendemonstration: Die Computertomographie des Gehirns – Neues auf dem Gebiete der hypophysären Erkrankungen – Hypo- und Hyperparathyreoidismus – Die sogenannten „funktionellen Beschwerden“ in psychosomatischer Sicht

14. Oktober 1980

Gastritis als Ursache von Ulkus und Karzinom – Stand der eugenblicklichen Dickdarmdiagnostik – Ultrasonographische Bauch- und Nierendiagnostik – Röntgendemonstration: Die Computertomographie des Abdomens – Theorien der Leberkomaentstehung – Möglichkeiten der Beeinflussung des Cholesterinstoffwechsels – Neues zum Eisen- und Kupferstoffwechsel wie auch zur Echinokokkuserkrankung

15. Oktober 1980

Probleme bei Vergiftungen – Röntgendemonstration: Die Arteriographien der Leber, des Pankreas und der Nieren

16. Oktober 1980

Ursachen und Therapie der rheumatischen Erkrankungen – Stand der Hepatitis epidemica (Erkennung und Therapie) – Wie kann der Begriff der Leberzirrhose heute definiert werden? – Röntgendemonstration: Pankreasdiagnostik – Fortschritte auf dem Gebiete der Kollagenosen und in der Antibiotiketherapie – „Compliance“ – ein neuer Name für ein altes Problem?

17. Oktober 1980

Neues auf dem Gebiete der Diagnostik der Glomerulonephritis – Zur Ursache und Therapie der nephrotischen Erkrankungen – Stand und Therapie mit künstlicher Niere und mit Nierentransplantation – Röntgendemonstration: Computertomographische Aufklärung von Problemen der Herz- und Lungendarstellung – Nierenschädigungen durch angeborene Uratarveränderungen – Therapie des Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa – Neues auf dem Gebiete der Ulcus ventriculi- et duodeni-Genese wie auch Therapie

Letzter Anmeldetermin: 3. Oktober 1980 (Posteingang)

Innere Medizin

Medizinische Klinik II der Universität München im Klinikum Großhadern
Direktor: Professor Dr. G. Paumgartner

Klinische Fortbildungswoche für Innere Medizin vom 13. bis 17. Oktober 1980

Beginn: täglich 8.30 Uhr – Ende: 17.00 Uhr (am 17. Oktober um 13.00 Uhr)

Ort: Kleiner Hörsaal auf Station F 8, Zimmer Nr. 202, Marchioninistraße 15

Röntgendemonstrationen – Klinikkonferenzen – Klinische Visiten

Themen: Gastroenterologie – Endokrinologie – Stoffwechselerkrankungen – Intensivmedizin

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 3. Oktober 1980 (Posteingang)

Innere Medizin

Medizinische Universitäts-Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. Frenke

4. Kardiologisches Seminar am 18. Oktober 1980

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 13.00 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg

Thema: Der akut Herz-Kreislaufkranke: Diagnose und erste Therapie

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. J. Walter, Medizinische Universitäts-Poliklinik, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 311

Innere Medizin

I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar

Direktor: Professor Dr. H. Biömer

in Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik

Direktor: Professor Dr. H. Anacker

dem Institut für Pathologie und pathologische Anatomie

Direktor: Professor Dr. A. Oberdorfer

und der Nuklearmedizinischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar

Direktor: Professor Dr. H.-W. Pabst

20. Fortbildungskurs für Innere Medizin vom 20. bis 24. Oktober 1980

Beginn: jeweils 8.15 Uhr – Ende: 17.00 Uhr
20. Oktober 1980

Der plötzliche Herztod – Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit – Behandlung der koronaren Herzkrankheit: medikamentös, transluminale Angioplastie, chirurgisch – EKG-Kurs – Pathophysiologie des akuten Myokardinfarktes: Therapeutische Konsequenzen

21. Oktober 1980

Differentialdiagnose der Kardiomegalie im Röntgenbild – Erstversorgung des kardialen Notfalles – Therapie der schweren Herzinsuffizienz – Pharmakotherapie der Herzrhythmusstörungen (wann sind Rhythmusstörungen therapiebedürftig? – Nebenwirkungen) – Pathologisch-anatomische Demonstrationen – Therapie mit Aggregationshemmern – Was ist gesichert? – Diagnostik beim älteren Menschen mit Sinusbradykardie bzw. Karotissinusyndrom – Demonstration: Echokardiographie und Belastungs-EKG

22. Oktober 1980

Computertomographie der Thoraxorgane – Kortikosteroide zur Therapie von Lungenerkrankungen – Endoskopische Untersuchungsmöglichkeiten bei Lungenerkrankungen: Wertigkeit und Risiko – Respiratorische Insuffizienz: Diagnose, Therapie und Prognose – EKG-Kurs – Hämatologischer Kurs – Pulmonologische Fallvorstellung

23. Oktober 1980

Ultraschalluntersuchungen des Abdomens: Möglichkeiten und Grenzen – Echokardiographie: Möglichkeiten und Grenzen – Ultraschalldiagnostik in der Angiologie – Hypertonus: Ätiologie und Therapiemöglichkeiten – EKG-Kurs – Nuklearmedizinische Untersuchungen in der Kardiologie: Aussagemöglichkeiten und Indikationen – Hämatologischer Kurs – Demonstration: Nuklearmedizinische Diagnostik

24. Oktober 1980

Computertomographie in der Onkologie und Hämatologie – Differenzialdiagnose der Anämie – Chemotherapie der Bronchialkarzinome – Rationelle Diagnostik der Lymphknotenerkrankungen – EKG-Kurs – Hämatologischer Kurs – Schlussbesprechung

Letzter Anmeldetermin: 15. Oktober 1980 (Posteingang)

Innere Medizin

Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München, Ziemssenstraße 1

Direktor: Professor Dr. E. Buchhorn

Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin vom 27. bis 31. Oktober 1980

Beginn: 8.15 Uhr – Ende: ca. 16.00 Uhr

Thema: Aktuelle Probleme in Diagnostik und Therapie innerer Erkrankungen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1980 (Posteingang)

Pädiatrie

Kinderklinik und Poliklinik der Technischen Universität München

1. Kinderabteilung

Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. M. Weinmann

2. Kinderabteilung

Chefarzt Dr. P. Schweler

Kinderchirurgische Abteilung

Chefarzt Professor Dr. H. Singer

13. Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrankenhaus München-Schwabing vom 27. bis 30. Oktober 1980

Klinische Demonstration und Fragstunde aller Abteilungen, Röntgen- und Klinische Visite vorgesehen.

Themen: Vorsorge-Untersuchungen im Kleinkindalter – Fragen aus der Orthopädie (Haltungsfehler) – Physiotherapie:

Vojta und/oder Bobath — Differential-Diagnose kindlicher Pneumonien: Klinik, Röntgen, Therapie — Impffragen mit besonderer Berücksichtigung der Keuchhustenproblematik — Oberflächliche Geschwülste — Kinderchirurgische Probleme aus dem Alltag — Pathologische Harnbefunde, therapeutische Konsequenzen
Begrenzte Teilnehmerzahl
Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1980 (Posteingang)

Pädiatrie

Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. K. Stehr

Fortbildungsveranstaltung für Kinderheilkunde am 8. November 1980

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 18.00 Uhr

Themen werden noch bekanntgegeben

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-31 18 oder 19

Praktische Elektrokardiographie

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

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

Fortbildungsaeminar I vom 7. bis 9. November 1980

(Einführungsseminar)

Fortbildungsseminar II vom 21. bis 23. November 1980

(Seminar für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag 17.00 Uhr — Ende: Sonntag 12.00 Uhr

Hörsaal B, Ismaninger Straße 22

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Teil I: 29. Oktober 1980 (Posteingang) — Teil II: 12. November 1980 (Posteingang)

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. Guthel

Fortbildungsveranstaltung vom 20. bis 25. Oktober 1980

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

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

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

Auskunft:

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

Phonokardiographie

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

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

Beginn: Freitag 9.15 Uhr — Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

Letzter Anmeldetermin: Posteingang am 14. Oktober 1980

Physikalische Therapie

Kurs über Grundlagen und Techniken der Physikalischen Medizin unter Berücksichtigung der Prävention und Rehabilitation zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“

2. Kurswoche: Bewegungstherapie — Krankengymnastik

vom 20. bis 25. Oktober 1980 in Höxter

Auskunft: Professor Dr. R. Fricke, 3470 Höxter, Telefon (0 52 71) 6 41

4. Kurswoche: Elektrotherapie — Lichttherapie — Ultraschalltherapie

vom 19. bis 24. Januar 1981 in München
Auskunft: Professor Dr. H. Drexel, Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie der Universität München, Marchioninistraße 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, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 27 50

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

27. September 1980

22. November 1980

im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstreße 18, 8000 München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr — Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstreße 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.

Ultraschallkurse der Medizinischen Poliklinik der Universität München

am 24./25. Oktober 1980 und 30./31. Oktober 1980 in München

24./25. Oktober: Kurs für Anfänger

30./31. Oktober: Kurs für Fortgeschrittene

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Kremer, Frau M. Mikyske, Medizinische Poliklinik der Universität München, Pettenkofersstraße 8 e, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 35 49

20. Klinische Fortbildung für Kassenärzte

vom 26. November bis 12. Dezember 1980 in Berlin

Veranstalter: Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin

Auskunft und Anmeldung:

Keiserin-Friedrich-Stiftung, Frau Kretschmer, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65 (nur schriftlich)

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 Seminar-Kongreß für ärztliche Fortbildung

vom 20. November bis 4. Dezember 1980 in Puerto de la Cruz/Teneriffa

Wissenschaftliche Programmgestaltung und Leitung: Professor Dr. J. Stockhausen, Köln, unter Mitwirkung des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. (BDI), Wiesbaden

Ort: Hotel El Tope, Puerto de la Cruz/Teneriffa

Themen: Kardiologie – Interne Notfallmedizin – Kardiale Prävention und Rehabilitation – Gastroenterologie – Hepatologie – Immunologie – Geriatrie – Phlebologie – Mykologie – Arzt und Medizin in USA – Galle- und Gallenwegserkrankungen – Stoffwechselerkrankungen – Diabetes – Fettstoffwechsel – Hyperurikämie – Touristikmedizin – Klimatologie – Onkologie – Arbeitsmedizin – Autogenes Training

Auskunft und Anmeldung:

GEWA Kongreß- und Reisedienst, Kaiserstraße 20, 6000 Frankfurt, Telefon (06 11) 28 06 55

Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

24. August bis 6. September 1980 in Greda:

Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

25. August bis 6. September 1980 in Meren:

Thema: Medizin mit und ohne Medikamente

26. bis 28. September 1980 in Augsburg:

IX. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 66. Augsburger Fortbildungskongreß für preklinische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

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

Internationales Symposium über Entwicklungsstörungen nach pränataler Bestrahlung

vom 26. bis 28. November 1980 in München-Neuherberg

Veranstalter: Institut für Strahlenhygiene des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung und der Strahlenbiologischen Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Röntgengesellschaft

Themen: Wirkung externer Bestrahlung und inkorporierter radioaktiver Stoffe auf die pränatale Entwicklung – Auswirkung der pränatalen Strahlenexposition auf die postnatale Entwicklung: morphologische,

biochemische und funktionelle Veränderungen – Synergistische Effekte von Strahlung und diaplazental übertretenden chemischen Stoffen auf die Entwicklung – Methodische Aspekte und deren Standardisierung

Kursgebühr: DM 50,- (Überweisung gleichzeitig mit Anmeldung auf Postscheckkonto Nr. 200-102, Postscheckamt Berlin-West oder Sonderkasse der Oberfinanzdirektion Berlin, Schlüsselnummer 0123, Verwehrgskontonummer 91 50 39 501)

Letzter Anmeldetermin: 15. August 1980

Auskunft und Anmeldung:

GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg, Telefon (0 89) 38 74 - 1

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

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

C-Kurs für Arbeitsmedizin: 29. September bis 24. Oktober 1980

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

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

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

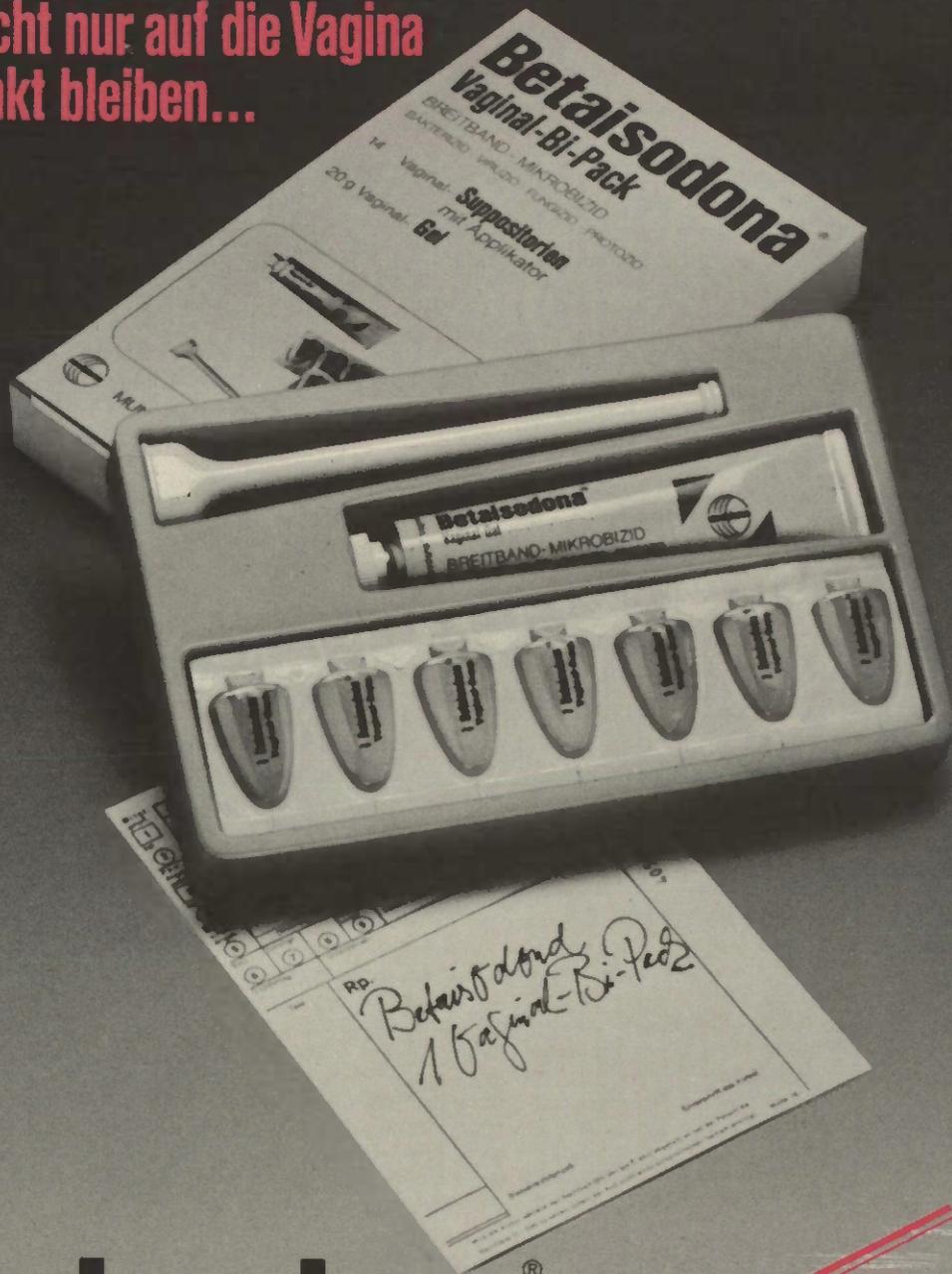
Wegen der derzeit großen Nachfrage ist eine *bedingte schriftliche Anmeldung* erforderlich. Eine Teilnahme ist nur nach erfolgter Bestätigung durch die Akademie möglich. Diese Weiterbildungslehrgänge sind vorerst noch gebührenfrei.

Tegungsort: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pferrstraße 3, 8000 München 22

Auskunft und Programmversand:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Telefon (089) 21 84-259 und 21 84-260

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



Betaisodona[®]

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

bakterizid • viruzid • fungizid • protozid

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

Mundipharma GmbH, Limburg, **Betaisodona[®] Vaginal-Bi-Pack**

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

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



MUNDIPHARMA GMBH • 6250 Limburg (Lahn)

Werk Limburg



Aus dem Erfahrungsbericht des Bayerischen Landesfrauenausschusses zur Schwangerschaftskonfliktberatung

Die bereits seit 1972 in Bayern eingeführte Beratungstätigkeit wurde weiter ausgebaut. Grundlage hierfür ist das für die soziale Beratung schwangerer Frauen erlassene Gesetz (SchwBerG) vom 5. August 1977 und die dazugehörige Durchführungsverordnung. Dieses Gesetz geht über die bloße Konfliktberatung hinaus und billigt jeder schwangeren Frau einen Rechtsanspruch auf Beratung und Hilfe zu.

Situationsanalyse

27 staatlich anerkannte Beratungsstellen stehen nach freier Wahl zur Verfügung. Daneben sind 74 Gesundheitsämter als Beratungsstellen anerkannt. Bayern verfügt somit über ein flächendeckendes Netz von Beratungsstellen, ihre Finanzierung ist gesichert. Sie sind mit fachkundigem Personal besetzt (Sozialarbeiter, Sozialpädagogen), ein Team aus Psychologen-Arzt-Jurist kann beigezogen werden. Damit ist eine optimale und qualitativ vergleichbare Beratung garantiert.

Die Statistiken weisen aus, daß von diesem Angebot in der Stadt und auf dem Land in hohem Maße Gebrauch gemacht wird. Die beratenden Frauen kommen aus allen Bevölkerungsschichten. Folgende Konflikte tauchen als Motiv für den Abbruch auf: psychischer Druck durch Familie und Umfeld – Angst vor Partnerschaftsproblemen – vor der Zukunft im persönlichen und beruflichen Bereich – vor Überlastung – vor einem geschädigten Kind – vor äußeren Schwierigkeiten, wie Wohnverhältnissen, finanzieller Situation usw.

Die Konfliktberatung nehmen auch Frauen ohne Abbruchsneigung in Anspruch, weil sie konkrete Hilfe und Rat erwarten; andere sind noch unentschlossen, wieder andere bereits auf einen Abbruch fixiert. Unübersehbar ist, daß die Zahl der Frauen wächst, die glauben, einen Rechtsanspruch auf einen Abbruch zu haben, und die Beratung nur als formelle Voraussetzung absolvieren wollen.

Beratung

Grundsätzlich ist eine Beratung vor jedem Schwangerschaftsabbruch erforderlich, und zwar in doppelter Hinsicht:

- durch den Arzt über die medizinisch bedeutsamen Aspekte im Zusammenhang mit dem Abbruch und
- durch eine(n) Sozialberater(in) über denkbare und mögliche Hilfen im Zusammenhang mit der bestehenden Schwangerschaft.

Von diesem Grundsatz bilden Ausnahmen – die Frühphase einer Schwangerschaft bis zur Nidation und

– medizinische, rein organisch indizierte Sechsverhalte.

Nur in diesen beiden Fällen ist die Beratung nicht erforderlich, kann aber trotzdem für die betroffenen Frauen hilfreich und sinnvoll sein. Die soziale Beratungspflicht bleibt jedoch voll erhalten, wenn die Ursache der Lebens- oder Gesundheitsgefährdung psychischer oder sozialer Natur ist.

Die Erfahrung zeigt, daß die Frauen häufig schon mit dem Indikationstest in die Beratungsstellen kommen. Diese Reihenfolge erschwert eine sinnvolle Beratung außerordentlich, weil die Beratung je fruchtbarer sein kann und wird, desto weniger fixiert die ratsuchende Frau bei ihrem ersten Besuch ist. Darüber hinaus zeigt sich, daß die im Gesetz vorgesehene Karenzfrist von drei Tagen nicht ausreicht, sich mit den in der Beratung aufgezeigten Gesichtspunkten auseinanderzusetzen, Schritte einzuleiten und deren Erfolg abzuwarten.

Problematik der Indikationen

Die medizinische Forschung zeigt immer mehr Möglichkeiten auf, die eine Lebens- und Gesundheitsgefährdung von Mutter und Kind bewirken können. Der praktizierende Arzt läuft Gefahr, daraus auch immer mehr Wahrscheinlichkeiten für eine Gefährdung abzuleiten und schon wegen dieses Wahrscheinlichkeitsgrades eine Indikation zum Abbruch zu stellen. Nach wie vor gilt jedoch das Erfordernis der Annahme einer konkreten Gefahr für Mutter und Kind. Die Konkretisierung dieser Gefahr kann sich dabei zwar durchaus erst in der Zukunft vollziehen; bei der Indikationsstellung müssen aber für den Eintritt dieser konkreten Gefahr bereits konkrete Anhaltspunkte vorliegen. Eine bloße „Wahrscheinlichkeit“ genügt jedoch nicht; dazu steht der Abbruch zu sehr unter der Ausprägung des ultime-ratio-Gedankens. – Entscheidungstugend kann auch nicht eine reine Aneinanderreihung von medizinisch-wissenschaftlichen Daten sein, sondern nur die auf der Wertung aller medizinisch bedeutsamen Faktoren basierende, eigene Meinungsbildung des Arztes. – Die zu beobachtende Mischung von Indikationen könnte aus dieser Unsicherheit der Bewertung resultieren. Denn insbesondere im Bereich der Notlagenindikation fällt auf, daß in vielen Fällen die soziale Notlage auch durch Hinzuziehung medizinischer Faktoren unterneuert wird.

Klinische Einrichtungen

Es besteht insgesamt eine ausreichende Anzahl von Kliniken, die Abbrüche vor-

nehmen, wenn sie auch schwerpunktmäßig in den Städten zu finden sind. Die Beratungsstellen können beobachten, daß diese Konzentration im anonymen Stadtbereich übereinstimmend geäußerten Wünschen der betroffenen Frauen entspricht. Sie nehmen lieber eine Reise in eine nahegelegene Stadt in Kauf, als einen indizierten Abbruch in ihrer für jedermann überschaubaren Helmsphäre durchführen zu lassen. Mit Nachdruck muß auch auf die Gewissensfreiheit von Ärzten und ärztlichem Hilfspersonal hingewiesen werden, die sie dazu berechtigt, sich derartigen Maßnahmen zu verweigern (5. StRÄndG, Art. 2).

Dokumentation

Ein Blick auf die veröffentlichten Tabellen des Statistischen Bundesamtes zeigt, daß Bayern im Jahr 1978 mit den Abbruchziffern im unteren Bereich aller Bundesländer rangiert. Diese Tatsache allein besagt jedoch gar nichts. Denn einmal darf es sicher gelten, daß nicht alle Abbrüche gemeldet werden; zum anderen darf davon ausgegangen werden, daß eine große Zahl von Abbrüchen zwar als solche durchgeführt, aber nicht als solche deklariert werden. Dieser Umstand hängt mit den verständlichen Wünschen der betroffenen Frauen zusammen, als Person von keiner Seite, insbesondere nicht von Institutionen, mit einem Abbruch in Verbindung gebracht zu werden. Auf ähnlichen Ursachen beruht auch die Flucht in die Stadt und die Fluktuation über die Grenzen der Bundesländer.

Ungelöste Probleme bilden nach wie vor die Bereitstellung von familiengerechten Wohnungen und auch die Unterbringung von Müttern mit ihren Kindern. Es hat sich z. B. gezeigt, daß Appartementhäuser mit den besten Serviceeinrichtungen denn nicht sinnvoll sind, wenn sie nicht in der Nähe von potentiellen Arbeitsplätzen liegen. Auch trefpfähige Gemeinschaften entwickeln sich nur dann, wenn die Bewohnerinnen solcher Gemeinschaftseinrichtungen Mitverantwortung erhalten und ihnen aktive Mitarbeit erwartet wird.

Der Erfahrungsbericht schließt mit Empfehlungen und Appellen an Regierungen und Stadt- und Landkreisverbände, die die Beratungsstellen, die Öffentlichkeitsarbeit und die Beipflegung betreffen. An die Ärzte wird appelliert, allen Frauen, die durch die Schwangerschaft in Konflikt geraten sind, die frühestmögliche Inanspruchnahme der Beratung und diese möglichst vor der Indikationsstellung zu empfehlen. Insbesondere wird darauf hingewiesen, daß durch eine bewußtere Entscheidungsfindung bei der Indikationsstellung dazu beigetragen werden kann, eindeutige Indikationen (eugenische Indikation – medizinische Indikation – oder Notlagenindikation) zu erreichen.

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

Ein zahlender Freund entlastet den Ex-Ehemann

Wenn Sie alle finanziellen Vorteile wehren und Nachteile vermeiden wollen, müssen Sie sich sicherheitshalber selbst informieren. Nicht nur wegen der Fülle der Bestimmungen, mehr noch der Veränderungen kann sich ein Finanzbeamter, Steuerberater oder Angehöriger eines vergleichbaren Berufes da nicht mehr durchfinden. Sie müssen ihm zu Ihren Gunsten helfen. Daher heute ein paar Neuregelungen vor allem, was die Familie angeht:

Geschiedene Ehemänner können sich nicht nur für das Gemüt ihrer Verlorenen freuen, wenn sie einen Freund gefunden hat, mit dem sie zusammenlebt, denn auch ohne neuen Trauschein entlastet das den Geldbeutel des Ex-Ehemannes. Falls seine Ehemalige von ihrem Neuen auch noch Geld bekommt, hat sie auf den Unterhalt durch ihren Ex-Ehemann keinen Anspruch mehr, entschied der Bundesgerichtshof (BGH – IV ZR 87/79).

Falls ein Ehepartner bei einer Scheidung in der DDR lebt, findet nach dem Urteil des Amtsgerichts Lüneburg (AG – 29 F 3/77) der sogenannte Versorgungsausgleich nicht statt. Das heißt, die bis dahin erworbenen Versorgungsansprüche beider Ehepartner werden nicht geteilt.

Wenn ein solcher Versorgungsausgleich vollzogen wurde, geht eine zweite Ehefrau ein hohes Risiko ein, weil ihr Ehemann je in der Regel die Hälfte seiner Ansprüche auf Versorgung seiner ersten Ehefrau je als Versorgungsausgleich hatte abtreten müssen. Bei einem frühen Tod des Ehemannes bleibt der Zweite die Hälfte seiner früheren Ansprüche, und von einer Rente nur noch 60 Prozent der Hälfte als Witwenrente.

Das reicht nicht. Falls die zweite Ehefrau bei einem frühen Tod ihres Mannes nicht sofort wieder eine Erwerbsfähigkeit aufnehmen kann, bietet ein neuer Lebensversicherungsvertrag des Ehemannes zugunsten seiner zweiten Ehefrau den einzigen Ausweg. Dabei sollte eine Form gewählt werden, die in den ersten Jahren eine besonders hohe Todesfallsumme vorsieht.

Im übrigen hat das Landgericht Aachen unter dem Aktenzeichen 3957/80 kürzlich einer alten Vorstellung widersprochen. Demnach können Männer für ein Darlehen nicht haftbar gemacht werden, wenn die Ehefrau den Kreditvertrag allein, also ohne Mitwirkung ihres Ehemannes, abgeschlossen hat.

Andererseits kann die Ehefrau die Werbungskosten auch eines Arbeitnehmers erhöhen. In einem Unterarbeitsverhältnis darf er sie nämlich mit Büroarbeiten betrauen, die er selbst nicht zu bewältigen vermag. Den Lohn für seine Frau kann der Arbeitnehmer nach einem nun rechtskräftigen Urteil des Niedersächsischen Finanzgerichts (20. Februar 1978 – EFG 1978, 279) als Werbungskosten von seinen Einkünften aus unselbständiger Arbeit abziehen.

Ein Arbeitnehmer, der deheim auch ein Arbeitszimmer braucht, ist zudem berechtigt, den Lohn für eine Putzfrau als Werbungskosten abzuziehen, die dieses Zimmer reinigt. Falls das dagegen die Ehefrau übernimmt, erkennt das Finanzamt ein Entgelt dafür nicht als steuermindernd an.

Wenn die Ehefrau kein eigenes Einkommen hat und freiwillig gesetzlich krankenversichert ist, können die Beiträge dafür teuer werden. Falls der Ehemann nicht ebenfalls gesetzlich krankenversichert ist, wird die Hälfte seines Einkommens als Entgelt für die Haushaltsführung durch die Ehefrau bewertet, und daraus wird die Beitragshöhe berechnet. Das ist nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts Kassel (BSG) unter dem Aktenzeichen 3 RK/78 zulässig.

Andererseits: Wenn der Ehemann als sogenannter „Hausmann“ den Haushalt allein versorgt, ist der Wert dieser Tätigkeit nicht höher zu veranschlagen als der des Arbeitsverdienstes der Ehefrau. Diese Feststellung des BSG unter 4 RJ 47/79 kann u. e. bei einem Anspruch des überlebenden Ehemannes auf Witwenrente aus der Sozialversicherung erheblich werden.

Horst Beloch

Hilflos

In Deutschland darf alles teurer werden, nur die Miete und die Wiederherstellung der Gesundheit nicht. „Die Krankheitskosten steigen laufend, ohne daß die Menschen gesünder würden“, klagte kürzlich ein Vorstandsmitglied einer privaten Krankenversicherung.

Eine vordergründige Feststellung. Erstens ist jene Entwicklung um die preissteigerungsbedingten Komponenten zu bereinigen, bevor eine absolute Erhöhung konstatiert werden kann. Und zweitens könnten wir alle vor lauter Kraft nicht laufen, würden wir in der Lebensführung etwa zu der Art der ersten fünfziger Jahre zurückfinden.

Als eines der Mittel zur Kostendämpfung rät jener Krankenversicherungsbere seine Versicherten beim Arztbesuch zur Frage nach dem Preise. Praktisch müßte sich ein Vergleich der Forderungen etwa so abspielen:

Nach dem Arztverzeichnis im Telefonbuch ein Rundumruf mit der Frage nach der Höhe der Liquidation bei Beschwerden im Oberbauch oder einem schmerzenden Kniegelenk. Oder die knappe Erkundigung: Welchen Gebührensatz-Faktor würden Sie bei mir ansetzen, Herr Doktor?

Vorstellungen eines von den Patienten als Autorität in diesem Bereich vermuteten, die verunsichern entsteht zu versichern. Gespräche zwischen den Ärzten und den privaten Krankenversicherungen erscheinen dringend nötig, je, längst überfällig.

Prosper

Kurz über Geld

STEUER-MOGLER-SELBSTANZEIGE vor Aufdeckung bewahrt von Anklage wegen Steuerhinterziehung, muß aber nicht vor Bußgeldforderung wegen Steuergeldfährdung – bis zu DM 10 000 schützen.

GOLDKAUF OHNE MEHRWERTSTEUER ab 500 Gramm und von Vielfachem davon durch Zertifikatserwerb bei deutschen Banken. Gold kann in Luxemburg abgeholt werden – bei Grenzüberschreitung mehrwertzuversteuern.

ÄRGER MIT KREDITKARTEN durch unterschiedliche Auffassungen über Umrrechnungskurse. Falls Kreditkarten-Organisation rüde oder gar nicht antwortet, auf „eurocard“ umsteigen. Herausgeber die deutschen Banken und Sparkassen, die an Kundenpflege sehr interessiert.

DINAR IN 7000 POSTÄMTERN Jugoslawiens gegen euro-cheque mit Scheckkarte seit kurzem zu bekommen.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Mai 1980 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Salmonellose wurden auch im Mai häufiger als im Vormonat gemeldet; die Erkrankungsziffer stieg von 47 im April auf 52 je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Die Häufigkeit von Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) blieb gegenüber dem Vormonat unverändert bei 20 Fällen je 100 000 Einwohner.

Etwas seltener als im April treten im Mai Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung auf; die Erkrankungsziffer sank von 8 auf 6 je 100 000 Einwohner. Dabei überwogen wie stets die Fälle von sonstigen, nicht durch Meningokokken verursachten Formen der übertragbaren Hirnhautentzündung; ihre Ziffer sank von 6 auf 5 je 100 000 Einwohner.

Etwas seltener als im April treten im Mai Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung auf; die Erkrankungsziffer sank von 8 auf 6 je 100 000 Einwohner. Dabei überwogen wie stets die Fälle von sonstigen, nicht durch Meningokokken verursachten Formen der übertragbaren Hirnhautentzündung; ihre Ziffer sank von 6 auf 5 je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. April bis 1. Juni 1980 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtheria		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Seimo-nallose										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	-	-	-	-	-	-	2	-	16	-	-	-	1	-	-	-	10	-	279	-	1	-	-	-
Niederbayern	-	-	-	-	-	-	1	-	6	1	-	-	-	-	1	-	-	-	19	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	-	-	-	1	-
Mittelfranken	-	-	-	-	-	-	1	-	8	1	-	-	-	-	-	-	-	-	48	1	-	-	-	-
Unterfranken	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	1	-	-	-	1	-	49	-	2	-	-	-
Schwaben	-	-	-	-	-	-	4	-	7	-	-	-	-	-	-	-	3	-	38	1	15	-	-	-
Bayern	-	-	-	-	-	-	9	-	53	2	-	-	2	-	1	-	14	-	547	2	18	-	1	-
München	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	1	-	-	-	4	-	88	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	1	-	-	-	-
Augsburg	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	5	1	-	-	-	-
Regensburg	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	9	-	1	-	-	-
Fürth	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Brucellose		Malaria		Q-Fieber		Toxoplasmose		Gasbrand		Masern		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾					
			Palta-cosa		übrige Formen																			
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	78	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Niederbayern	8	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Oberfranken	19	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	22
Mittelfranken	32	-	-	-	-	-	1	-	9	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31
Unterfranken	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Schwaben	29	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3
Bayern	212	-	-	-	-	-	4	-	12	-	2	-	2	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	81
München	41	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Nürnberg	16	-	-	-	-	-	1	-	6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Regensburg	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Fürth	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

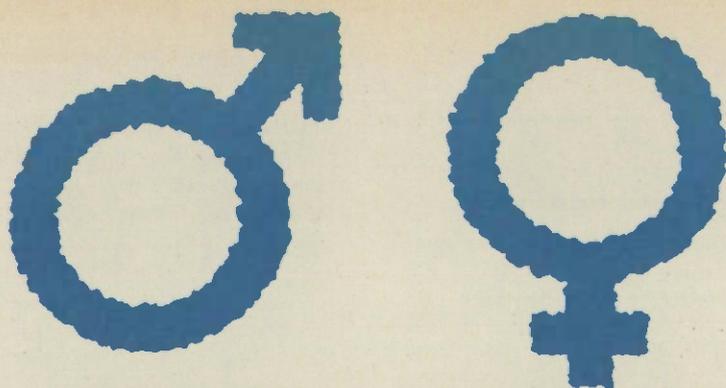
*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

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



Prostatitisches Syndrom Reizblase

Nommon[®]

**beherrscht die vegetativ und
organisch bedingten Beschwerden:**

die Dysurie
den Miktionszwang
den Schmerz
die gestörte Sexualfunktion

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

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

Gegenanzeigen: Schwere Pankreatitis.

Nebenwirkungen: Bei Dauermedikation in seltenen Fällen Magenunverträglichkeitserscheinungen.

Dosierung und Anwendungswise: Im allgemeinen 3mal täglich 1-2 Kapseln bzw. 30 Tropfen mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten einnehmen über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen.

Bei prostatitischem Syndrom empfiehlt sich eine konsequente Medikation über 3 Monate, auch nach Besserung der subjektiven Beschwerden.

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



HOYER GmbH & Co.
Pharmazeutische Präparate
4040 Nauss 21

Schnell informiert

Ärztliche Betreuung der sporttreibenden Bevölkerung

Aufgrund einer Initiative des Bayerischen Landtags zur „Verbesserung der ärztlichen Betreuung der sporttreibenden Bevölkerung Bayerns“ hat das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales das Institut für Sporttraumatologie der Technischen Universität München (Professor Dr. med. Paul Barnett) gebeten, eine wissenschaftliche sportmedizinische Studie durchzuführen. Dabei handelt es sich um eine Pilotstudie, mit der Möglichkeiten erarbeitet werden sollen, versteckte gesundheitliche Risiken rechtzeitig zu erkennen, durch die der Sportinteressierte unter Umständen unerkannt gefährdet sein könnte.

Mitteilung der Gesellschaft von Freunden und Förderern der Universität München

Die Münchener Universitätsgesellschaft konnte im Jahre 1979 insgesamt DM 1,7 Mill. der von ihr betreuten Münchener Hochschule zuführen, und zwar rund DM 580 000 mehr als im Jahre 1978. Der Hauptteil der Mittel floß wiederum der Fakultät Medizin zu; dies ist vor allem darauf zurückzuführen, daß die zweckgebundenen Spenden in erster Linie diesem Wissenschaftsbereich zugedacht werden. Es geht dabei um Forschungen auf fast allen Gebieten der Medizin, z. B. der pränatalen Diagnostik, der Herz- und Kreislaufkrankungen, der Arzneimittelkunde u. ä. m. Daneben wurden aber auch die Fakultäten Tiermedizin, Jura, Betriebswirtschaft und Chemie mit erheblichen Mitteln bedacht.

Die Gesellschaft ruft zur Mithilfe – sei es als Mitglied, sei es als Spender – auf.

Geschäftsstelle: Königinstraße 107, München 40, Telefon (0 89) 38 91 - 1

Rote Liste® 1980 erschienen

Die neue Ausgabe der Roten Liste® ist kein bewertendes Arzneimittelverzeichnis. Denn trotz aller Bemühungen um Transparenz gibt es keinen befriedigenden und objektiven Maßstab, nach dem verbindliche Relationen zwischen Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Preis festgestellt werden können. Welches Arzneimittel aus therapeutischer Sicht unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall angemessen ist, kann und muß allein der behandelnde Arzt entscheiden.

Der Herausgeber war bemüht, das Handbuch noch übersichtlicher zu gestalten. So wurde z. B. in einigen Hauptgruppen die Gliederung verfeinert, um die Vergleichbarkeit funktionsähnlicher Fertigarzneimittel zu verbessern.

Im Vorwort wird ausdrücklich festgestellt, daß selbst bei Fertigarzneimitteln mit vergleichbarer Zusammensetzung an arzneilich wirksamen Bestandteilen unter Umständen differierende Angaben in den Basisinformationen enthalten sein können. Ungeachtet aller Bemühungen um eine weitergehende Vereinheitlichung der Angaben bei funktionsähnlichen Fertigarzneimitteln liegt die Grenze dieser Bemühungen jeweils in der Spezifität des Produktes.

Der Versand der Roten Liste® 1980 ist abgeschlossen. Die Bezieher von Freixemplaren werden gebeten, sich direkt an den Verlag Editio Cantor, 7960 Aulendorf, zu wenden, falls sie bisher noch kein Exemplar erhalten haben. Zusätzliche Exemplare können zum Preis von DM 45,- vom Verlag oder über den Buchhandel bezogen werden.

Wissenschaftler der Hebrew Universität finden eine neue Allergie-Behandlung

Ein Wissenschaftler-Team der Hebrew Universität von Jerusalem fand, daß schwerbehandelbare Allergien mit einem Arzneimittel geheilt werden können, das gewöhnlich für die Behandlung von Migräne-Kopfschmerzen benutzt wird.

Der Wirkstoff Proxibarbal *) ist ein nicht sedierendes Barbiturat, das durch Induktion von Enzymen wirkt, die die Allergiemediatoren Histamin und Serotonin zerstören. Den Wissenschaftlern war aufgefallen, daß Migräne-Patienten, die das Arzneimittel erhielten, die gleichzeitige Besserung ihrer Kopfschmerzen und ihrer Allergien mitteilten. Um dieses Phänomen zu überprüfen, wurde eine Untersuchung eingeleitet. Das Arzneimittel wurde 30 Patienten verabreicht, die an vielfachen Allergien litten, wie Empfindlichkeit gegen Milch, Molkereiprodukte, Fleisch, Eier, Fisch, Pollen, Hausstaub, Schimmel, Federn, Wolle, Haarfarben und Arzneimittel. Bei 22 der 30 Patienten verschwanden die allergischen Symptome oder sie wurden beträchtlich gebessert, ohne daß Nebenwirkungen auftraten. Eine vorausgegangene Behandlung mittels der üblichen Desensibilisierungsmethoden war erfolglos geblieben. Laboruntersuchungen des Blutes der Allergie-Patienten zeigte, daß Proxibarbal tatsächlich die allergenen Hormone zerstört.

*) Proxibarbal ist in der Bundesrepublik Deutschland und in der Schweiz unter dem Warenzeichen Axen-Hommel im Handel.

Preise

Ausschreibungen

Joachim-Früchte Preis – Das Präsidium des Kneipp-Bundes hat in Verbindung mit seinem Wissenschaftlichen Beirat beschlossen, einen Preis für hervorragende Arbeiten auf dem Sektor der Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung auszuschreiben. Der Preis wird erstmalig für das Jahr 1980/81 ausgeschrieben und ist mit DM 5000 dotiert. – Einsendeschluß: 31. Januar 1981. Weitere Auskünfte erteilt der Kneipp-Bund – Bundesverband für Gesundheitsförderung – Sekretariat Wissenschaftlicher Beirat – Geibelstraße 72, 3000 Hannover 1.

Hufeland-Preis 1981 – Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ schreibt für die beste Arbeit über vorbeugende Gesundheitspflege diesen von der Colonia Lebensversicherung AG – Deutsche Ärzteversicherung –, Köln, gestifteten und mit DM 20 000 dotierten Preis aus. – Einsendeschluß: 31. März 1981. Der vollständige Text der Ausschreibung kann bei der Stiftung „Hufeland-Preis“, Maria-Ablaß-Platz 15, 5000 Köln 1, angefordert werden.

Albert-Knoll-Preis – Die Knoll AG, Ludwigshafen, schreibt auch dieses Jahr den mit DM 10 000 dotierten Albert-Knoll-Preis der Saarländisch-Pfälzischen Internistengesellschaft aus. Er wird für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin verliehen und dient der Auszeichnung und Förderung von Ärzten und Ärztgruppen im deutschen Sprachraum. – Einsendeschluß: 1. Oktober 1980. Weitere Auskünfte erteilt Chefarzt Dr. P. Bockel, Evangelisches Krankenhaus, Obere Himmelsbergstraße 38, 6660 Zweibrücken/Pfalz.

Buchbesprechungen

Arbeitsmedizin aktuell

Herausgeber: Dr. W. Brenner / Prof. Dr. H.-J. Florian / Dr. E. Stollenz / Prof. Dr. H. Valentin, 3 Jahrelieferungen pro Jahr mit ca. 400 Druckseiten, Jahreslieferung DM 84,-. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart - New York.

Die Zielsetzung dieser Loseblatt-Sammlung ist, fortlaufend eine aktuelle und informative, sachkundige und umfassende Darstellung auf den verschiedenen Teilgebieten der Arbeitsmedizin zu geben. Jeder Beitrag wird einer Rubrik zugeordnet und zusätzlich durch Register erschlossen. Dadurch ist rascher Zugriff zu den Informationen in der täglichen Arbeit gewährleistet. Im Vordergrund stehen die praktischen und klinischen Erfahrungen, die gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse und die derzeit gültigen Gesetze, Verordnungen und Empfehlungen.

Das Werk ermöglicht sowohl dem Arbeitsmediziner in Praxis und Klinik als auch dem Allgemeinmediziner und Fechterzt der verschiedenen Sparten eine schnelle und moderne Orientierung und gewährleistet damit eine aktuelle und umfassende Information über den jeweiligen Kenntnisstand der Arbeitsmedizin.

Akute Syndrome

Herausgeber: A. Enghardt / H. Lommel, 293 S., 35 Abb., 138 Tab., Kunststoff, DM 62,-. Verlag Chemie, Weinheim - New York.

Das Buch beschreibt die wichtigsten und häufigsten akuten Notfälle der Inneren Medizin. In übersichtlichen Tabellen werden zusammenfassend die Symptomatik der verschiedenen Krankheitsbilder, deren Pathophysiologie und ausführlich die Labordiagnostik und Befundinterpretation dargelegt. Besonders wertvoll sind die mit aufgeführten möglichen Fehlerquellen und damit verbundenen Fehlinterpretationen von Laborbefunden. Literaturhinweise und Spezifikation der Arzneimittelhersteller erleichtern die weiterführende Information. - Das vorliegende Buch ist eine wichtige Hilfe für den Arzt, um die Möglichkeiten des modernen Labors rationell einzusetzen und die erhaltenen Befunde richtig zu interpretieren.

Dr. med. Dipl. Chem. G. Triebig, Erlangen

Augenheilkunde - Neurologie

Herausgeber: W. Leydhecker / A. Kollmannsberger, 178 S., 56 Abb., 6 Tab., geh., Taschenb., DM 29,80. Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York.

Sehr zu empfehlen: Beide Autoren stellen dem Allgemein-, Kinder- und Sozialerzt das Nötige deutlich gegliedert und gut verständlich dar. Leitsätze und Betonungen werden herausgestellt. Leydhecker veranschaulicht durch 53 Abbildungen und versetzt sich bei seinen detaillierten Anleitungen an die Stelle des Praktikers. Ausführliches zur Leleneufklärung. Absätze über Transportdringlichkeit und medikamentöse Augenschäden. Kollmannsberger kommt dem Leser mit prägnanter Kürze (74 Seiten mit 6 Tabellen, aber leider nur 3 Abbildungen) und durch die Themenwahl entgegen: Anfälle, Apoplexie, Kopf- und Gesichtsschmerz, Brachialgie, Ischias, Polyneuritis, Fazialisparese, Schädeltraumen, intrakranielle Geschwülste, Meningitis, Multiple Sklerose, Parkinson-Syndrom.

Dr. med. M. Eisfeld, München

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, Sonnenlenz, psychische und Hämopoese-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

Der Ein- und Durchschlafsafft *Sedinfant*[®]



- rein Pflanzlich ● zuverlässig wirksam
- nebenwirkungsfrei
- gewöhnungsfrei

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. Rad. Valerianae fld. (1:1) 2,0 g, Extr. Flor. Humuli Lupuli (1:1) 1,6 g, Extr. Herb. Passiflorae incarnata fld. (1:1) 1,6 g, Extr. Cort. Piscidae fld. (1:1) 0,3 g, Extr. Herb. Visci albi fld. (1:1) 1,3 g.

Eigenschaften: Sedinfant baut auf natürliche Weise innere Unruhezustände ab. Hochwertige Pflanzenstoffe wie Baldrian-, Mistel- und Passionsblumenextrakt verhalten so zu innerer Ausgeglichenheit und natürlichem Schlaf.

Anwendungsgebiete: Schlafstörungen, Unruhezustände, Übererregbarkeit. Besonders geeignet als Einschlafmittel im Kindesalter.

Dosierung und Anwendungsweise: Wenn nicht anders verordnet, Kinder bis zum 3. Lebensjahr 3mal täglich 1 Teelöffel, zum Einschlafen 2 Teelöffel einnehmen. Kinder vom 4. bis 6. Lebensjahr 3mal täglich 1 Teelöffel, zum Einschlafen 2 bis 3 Teelöffel einnehmen. Schulkinder und Erwachsene bis zu 3mal täglich 1 Eßlöffel. Bei Schlafstörungen vor dem Zubettgehen 2 Eßlöffel einnehmen.

Hinweis für Diabetiker:

1 Eßlöffel entspricht ca. 1,8 g KH (0,15 BE); 1 Teelöffel entspricht ca. 0,9 g KH (0,08 BE).

Handelsform und Preis:

Flesche mit 100 ml Sirup DM 6,26
Flesche mit 250 ml Sirup DM 12,36

TOSSA

Arzneimittel so natürlich wie möglich
KURT MERZ · 6497 STEINAU

Stand: Februar 1980

Schuleingangsdiagnose

Herausgeber: Dr. H. Mandel / Dr. A. Krapp, 242 S., DM 38,—. Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen-Toronto-Zürich.

Einschulungsdiagnose gleich Schulreifdiagnose? Als Nichtfachmann neigt man wohl zu dieser Folgerung. Anders die Pädagogen, bei denen an den herkömmlichen Diagnosemethoden zunehmend Kritik aufkam. Deshalb wollte eine Arbeitsgruppe bei dem 30. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologia Perspektiven anmer möglichen Neuorientierung aufstellen. — Die 18 Referate dieser Bestandsaufnahme finden sich in diesem Buch. Die Thematik ist weitgespannt, u. e. wurden abgehandelt die frühzeitige Erfassung potentialian Schulversagens, neuere entwicklungspsychologische Modelle, Teilleistungsstörungen, Lerntherapie und die Frühförderung von Kindern mit Lernschwierigkeiten.

Dr. med. I. Döker, Unterhaching

Sprechstunde: Asthma

Herausgeber: Prof. Dr. D. Nolte, 96 S., Paperback, DM 16,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Dieses Buch wurde für Menschen geschrieben, die zeitweise an Husten, Auswurf und Atemnot leiden oder bereits mit einem allergischen Asthma oder einer anderen Form der Asthmaerkrankung leben müssen. Bei allen Asthmapatienten reagiert das Bronchialsystem überempfindlich. Asthmapatienten leben oft in Angst vor dem nächsten Anfall und mit der Sorge, ihrem Arbeitsalltag mit seinen Belastungen nicht mehr gewachsen zu sein. Der Autor weiß aus seiner täglichen Praxis, wie wichtig es gerade für den Asthmapatienten ist, alles über seine Krankheit zu erfahren.

Anthologie 3

Regensburger Studio international — Lyrik in 47 Sprachen

Herausgeber: E. L. Biberger, 192 S., Linsen, DM 21,—. Verlag Michael Laßleben, 8411 Kallmünz.

Diese Anthologie, von der Regensburger Schriftstellergruppe, der ältesten Deutschlands, herausgegeben, ist in ihrer Art einzigartig. Sie enthält Gedichte in 47 Sprachen der Welt, Gedichte von Angehörigen der Schriftstellergruppe, die in fremde Sprachen — oft in mehrere — übersetzt wurden oder Gedichte, die von ihnen ins Deutsche übersetzt wurden. Auch sechs Ärzte sind darunter: Jüngling, Moiz, Paschke, Rottler, Schauwecker, Weigold. Die Anthologie versteht sich als „Zeichen eines guten Willens zur Verständigung, zum Sich-Verstehen in einer Welt, in der man allzuoft schon innerhalb einer Sprache die Worte zerteilt, immer wieder Grenzen zieht“. Es ist ein interessantes Buch, das durch die Fülle der dargebotenen Sprachen den Leser in Erstaunen versetzt, wie bei den Proben das in 60 Sprachen übersetzten Vaters von Coryllis. Die Herausgabe des Buches wurde durch das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus gefördert. Eine zweite Auflage ist bereits in Vorbereitung.

Dr. med. R. Paschke, Emskirchen

Ukrainische Märchen

Herausgeber: B. Mykytiuk, 288 S., Halblein, DM 26,—. Eugen Diederichs Verlag, Düsseldorf-Köln.

62 urwüchsige Märchen aus der Ukraine, die Erstaunliches berichten: von einer Wundermaschine, die dem Popen das Predigen abnimmt; von Erdnuß-Kannibalen im fernen Amerika und von Marusja, die kämpfen kann wie ein echter Kosak — Zaubermärchen und Schwänke vor dem Hintergrund eines harten, oft entbehrungsreichen Lebens.

Arbeit und Interaktion im Krankenhaus

Verf.: Prof. Dr. J. Siegrist, 148 S., 26 Tab., kart., DM 27,—.
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Das vorliegende Buch ist das Ergebnis einer vergleichenden empirischen soziologischen Untersuchung, der ein Forschungsauftrag der Deutschen Forschungsgemeinschaft zugrunde liegt. Die Rolle des Patienten im Krankenhaus wird gut beschrieben, es entsteht ein scharfes Bild seiner fast ausweglosen Situation im Krankenhaus. Neben IST-Analysen geben die an dem Projekt beteiligten Mitarbeiter auch Hinweise auf Änderungswünsche und -vorschläge sowohl für strukturelle als auch arbeitsorganisatorische Änderungsmöglichkeiten, um die Situation der Patienten im Krankenhaus zu verbessern. Einen interessanten Hinweis gibt diese Untersuchung auch auf die Handhabung der Erfüllung der Weiterbildungsvorschriften. Es ist nicht anzunehmen, daß es sich hierbei um Ausnahmen handelt. Insgesamt ein Buch, das Ärzte, Krankenhausverwaltungsbeschäftigte, Schwestern, Pfleger und Gesundheitspolitiker zum Nachdenken erregen sollte.

Dr. med. H. Weber, Prien

Knaurs Buch der Heilpflanzen

Herausgeber: P. Schmidberger, 272 S., 40 farb. Zeichnungen, geb., DM 28,—. Droemersch Verlagsgesellschaft Th. Knauer Nachf. GmbH & Co., München.

Der Autor befaßt sich mit der Frage, in welchen Fällen man von Heilpflanzen Linderung oder Heilung erwarten kann. Er gibt Hinweise zu Anbau und Ernte der „Apotheke im eigenen Garten“. Die wichtigsten 150 Heilpflanzen werden in einem Tabellarium beschrieben: Standort, Aussehen, Blütezeit, Aufbereitungsform und Anwendungsmöglichkeiten. Auch dieses Buch des engagierten Medizinpublizisten gilt der Anregung zu präventiven Maßnahmen.

Gehelmnisse unseres Körpers

Herausgeber: L. Nilsson, 120 S., 83 Farbb., geb., DM 29,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Zu den schönsten Farbfotos von L. Nilsson aus der großen Ausgabe hat Fled-Schnorrenberg einen lebendigen, leichtverständlichen Text geschrieben, der sich über die Betrachtung des rein Biologischen hinaus mit dem „Wunder Mensch“ auseinandersetzt. In zehn Kapiteln beschäftigt sich die Autorin mit der Entstehung und Entwicklung des Embryos, mit den verschiedenen Gewebeformen, dem Knochengerüst und Blutkreislauf, den inneren Organen, dem Gehirn und den Nerven und schließlich mit den Sinnesorganen.

Schwarzwald-Baar

Verf.: M. Rieple, 132 S., 100 Abb., davon 24 vierfarbig, Leinen, DM 38,—. Konrad Theiss Verlag GmbH, Stuttgart.

Der Autor widmet sich mit diesem Buch seinem ureigenen Heimatbereich, dem Quellgebiet der Donau, dem östlichen Schwarzwald und der kulturträchtigen Landschaft der Baar. Max Rieple lädt ein zu einer Rundwanderung, die in der Doppelstadt Villingen-Schwenningen beginnt. Dem jungen Necker, dann der Brigach folgend, führt er in den Schwarzwald, nach St. Georgen, Königfeld, über Triberg zu den Ski- und Wanderorten Schönwald, Schonech und Furtwangen, durch das Bregtal in die Baar und zur Wutachschlucht bis nach Blumberg, um dann über Hüfingen, Donaueschingen, Bad Dürrenheim nach Villingen-Schwenningen, dem Ausgangspunkt der Reise, zurückzukehren. Die Fotos stammen von den Fotografen German Hasenfratz, Hüfingen, und Fred Hugel, Villingen.

Ein Laxans soll nur hier wirken

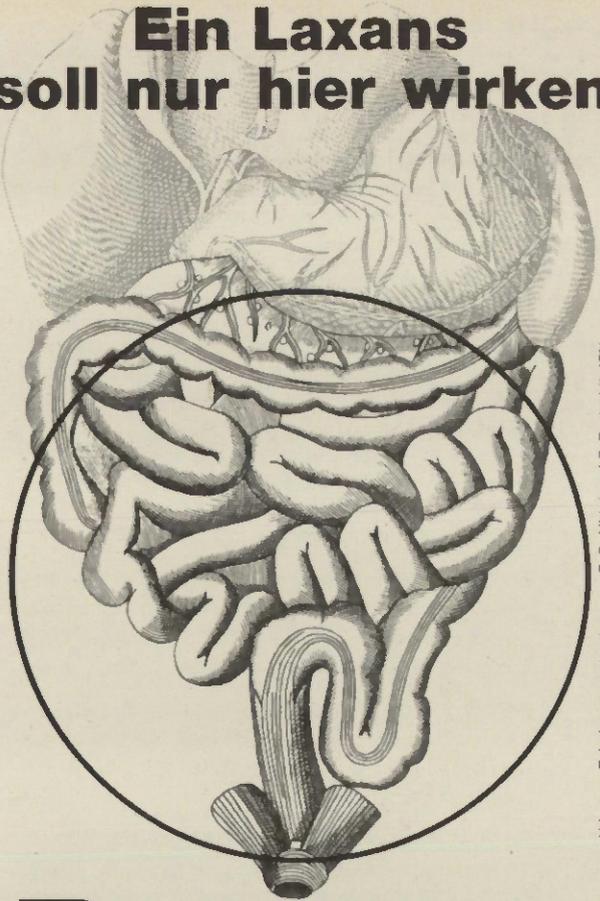


Abb. aus „Tabularum anatomicarum“, B. S. Albini und B. Eustachii, 1761

Rheogen®

Rein pflanzliches Abführmittel tut es!

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlregulierung bzw. eine gründliche Darmentleerung erwünscht ist; bei langer Bettlägerigkeit, nach Operationen.

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

Rheogen eignet sich durch den Zusatz von Belladonna besonders bei spastischer Obstipation.

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Oragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei)

80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.

Kontraindikationen: Ileus, Abortus imminens. Kontraind. der Tropa Alkaloide.

Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Oragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.



Handelsformen und Preise:
OP mit 30 Dragees DM 2,85
OP mit 75 Dragees DM 4,90
AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

© 2011, 0

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

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.

Oktober 1980

- 2.—4. **Köln:** XIII. Internationales Kolloquium der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychopathologie des Ausdrucks e. V. — Auskunft: Frau A. Schmitz, Josef-Stelzmann-Straße 9, 5000 Köln 41.
- 2.—4. **Zürich:** 12. Jahrestagung der österreichischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie. — Auskunft: Professor Dr. U. V. Brunner, Universitätsspital, CH-8091 Zürich.
- 2.—4. **Zürich:** 5. Jahrestagung der Gesellschaft zum Studium des Schmerzes für Deutschland, Österreich und die Schweiz e. V. — Auskunft: Professor Dr. J. Siegfried, Rämistraße 100, CH-8091 Zürich.
- 3.—5. **Stuttgart:** XXVI. Jahrestagung über die Zytoplasmatische Therapie und die Methoden der Serum-Desensibilisierung. — Auskunft: Dr. H. Porcher, Brunnwiesenstraße 21, 7302 Ostfildern.
- 3.—7. **Bonn:** 1. Internationale Hämophilie-Konferenz und 14. WFH-Generalversammlung. — Auskunft: Institut für Experimentelle Hämatologie und Bluttransfusionswesen der Universität Bonn, Sigmund-Fraud-Straße, 5300 Bonn 1.
- 3.—7. **Timmendorfer Strand:** 19. Fortbildungstagung der Ärztekammer Berlin. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung, Frau Hohm, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.
- 4.—5. **Bad Selzflun:** Fortbildungsveranstaltung „Kardiomyopathien“. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Kaiser-Wilhelm-Ring 4—6, 4400 Münster.
- 4.—5. **Salzburg:** 30. Paracelsustag. — Auskunft: Internationale Paracelsus-Gesellschaft, Faberstraße 16, A-5020 Salzburg.
- 4.—10. **New Orleans:** 5. Weltkonferenz der WONCA; Flugkongreßreise für Praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin. — Auskunft: Institut für Kommunikation in der Medizin, scanpress med. wiss. Kongreßsediens, Eichenhain 11, 2430 Neustadt.
- 5.—7. **Erlangen:** 5. Jahrestagung des Internationalen Arbeitskreises für Audiovision in Psychiatrie und Psychotherapie. — Auskunft: Dipl.-Soz. R. Witkowski, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen.
- 5.—8. **Homburg:** Hämatologenkongreß der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie. — Auskunft: Professor Dr. P. G. Scheurle, Medizinische Universitätsklinik, 6650 Homburg.
- 6.—10. **Philadelphia:** 5. Internationales Symposium für pädiatrische Nephrologie. — Auskunft: Dr. M. E. Norman, Children's Hospital of Philadelphia, 34th & Civic Center Boulevard, Philadelphia, Penn. 19104, USA.
- 6.—15. **Düsseldorf:** Managementseminar „Mitarbeiterführung im Krankenhaus“. — Auskunft: Deutsches Krankenhausinstitut, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf 30.
- 7.—18. **Münster:** 17. Tagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie. — Auskunft: Professor Dr. H.-J. v. Lengerke, Robert-Koch-Straße 31, 4400 Münster.
- 7.—26. **VR China:** Ärztliche Studienreise. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Studien- und Kongreßreisen, Eschersheimer Landstraße 25—27, 6000 Frankfurt 1.
- 8.—11. **Rom:** 3. Internationaler Kongreß über Fettleibigkeit. — Auskunft: Professor M. Ceirella, Unione Italiana Centra l'Obesità, Via Leonardo Pisano 16, I-00197 Roma.
- 9.—12. **Regensburg:** 65. Fortbildungstagung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg. — Auskunft: Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 a, 8400 Regensburg.
- 10.—12. **Kassel:** 27. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Neuheim.
- 12.—17. **Jerusalem:** 1. Internationaler Kongreß für Kinderlaboratoriumsmedizin. — Auskunft: 1st Internat. Congress of Pediatric Laboratory Medicine, P. O. Box 16271, Tel Aviv.
- 13.—17. **München:** Klinische Fortbildungswoche für Innere Medizin im Klinikum Großhadern. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 13.—17. **München:** Fortbildungskurs für Innere Medizin im Klinikum rechts der Isar. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 13.—21. **Freudenstadt:** 59. Ärztlicher Fortbildungskongreß. — Auskunft: Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Alter Weg 29, 7290 Freudenstadt 1.
- 16.—18. **Freiburg:** XVII. Kongreß der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin. — Auskunft: Südwestdeutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Diakonissenkrankenhaus, 7500 Karlsruhe 51.
- 18.—19. **Bad Hofgastein:** 18. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Sekretariat der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde, Langgasse 16, A-4010 Linz.
- 16.—19. **Bad Lauterberg:** 25. Ärzteseminar. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.
- 18.—19. **Saarbrücken:** 27. Deutscher Sportärztekongreß. — Auskunft: Sportärzteverband Saar e. V., Kaiserstraße 7, 6600 Saarbrücken.
- 17.—18. **Erlangen:** 15. Tagung in Praktischer Gastroenterologie. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.

18. **Bad Reichenhall:** Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Dr. H. Gelli, Fromundstraße 29, 8000 München 90.
- 18.—19. **Bad Mergentheim:** 11. Bad Mergentheimer Stoffwechsellage. — Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.
- 19.—22. **Würzburg:** XIV. Symposion der Gesellschaft für Nephrologie. — Auskunft: Professor Dr. A. Heidland, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 20.—22. **Smolenice/CSSR:** III. Psychopharmakologisches Symposion mit internationaler Beteiligung. — Auskunft: Congress Office Slovak Medical Society, Mickiewiczova 18, 883 22 Bratislava/CSSR.
- 20.—24. **Erlangen:** Fortbildungskurs für Chirurgie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 20.—24. **München:** 20. Fortbildungskurs für Innere Medizin. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 20.—25. **Höxter:** Physikalische Therapie „Bewegungstherapie — Krenkengymnastik“. — Auskunft: Professor Dr. R. Fricke, Weserberglandklinik, 3470 Höxter.
- 20.—25. **Erlangen:** Fortbildung in praktischer Kardiologie. — Auskunft: Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 20.—25. **Wien:** 34. Österreichischer Ärztekongreß. — Auskunft: Österreichische Ärztekammer, Weihburggasse 10—12, A-1011 Wien 1.
- 20.—31. **Stuttgart:** Einführungslehrgang zum Erwerb der arbeitsmedizinischen Fachkunde — Teil 1. — Auskunft: Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Ulm, Postfach 40 06 49, 7000 Stuttgart 40.
20. 10.—1. 11. **Isny-Neutrauchburg:** II. Kurs der Deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für manuelle Medizin, Dr. Karl-Sell-Ärztseminar, Argentalklinik, 7972 Isny-Neutrauchburg.
- 22.—25. **Dortmund:** 16. Fortbildungsseminar des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. — Auskunft: Dr. H. Walther, Westliche 32, 7530 Pforzheim.
- 23.—24. **Zürich:** Schweizerische Krebsstagung 1980. — Auskunft: Dr. P. Siegenthaler, Wythenbachstraße 24, CH-3013 Bern.
- 23.—25. **Baden-Baden:** Hauptversammlung des Hartmannbundes. — Auskunft: Hartmannbund, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2.
- 23.—25. **Monte Carlo:** 6. Internationaler Kongreß über Thrombose. — Auskunft: Congrès-Services, 1, rue Jules-Lefebvre, F-75009 Paris.
23. 10.—2. 11. **Köln:** 5. Internationaler Balint-Kongreß. — Auskunft: Dr. E. Gebhard, Hannoversche Straße 9, 3300 Braunschweig.
- 24.—25. **München:** 32. Fortbildungskurs für Phonokardiographie (Teil I). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 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.
- 24.—26. **Starnberg:** Klinisches Wochenende. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 25.—26. **Bernried:** Ergometrie-Wochenende. — Auskunft: Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried.
- 25.—26. **Wildbad:** 12. Wildbader Ärztetag. — Auskunft: Kurverwaltung, Postfach 240, 7547 Wildbad.
- 27.—30. **München:** 13. Pädiatrische Fortbildung. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 27.—31. **München:** Fortbildungskurs für Chirurgie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 27.—31. **München:** Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
30. **Köln:** Kongreß der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie. — Auskunft: Dr. H.-G. Rechenberger, Nettelbeckstraße 3, 4000 Düsseldorf 30.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Inhaber, Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rite Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaurstraße 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: Druckerei und Verlag Hans Zeuner jr., Augsburg 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

Hilfe • Hoffnung • Heilung

Die Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission e. V. suchen für ihr Krankenhaus Rummelsberg (430 Betten) sofort oder zum nächstmöglichen Termin eine(n)

Oberarzt (-ärztin)

für die Neurologische Abteilung, die derzeit 45 Betten umläßt; eine spätere Erweiterung ist möglich.

Der ärztliche Mitarbeiter sollte, bei guter interdisziplinärer Kooperation, seine medizinischen und insbesondere geisteswissenschaftlichen Interessen im Rahmen der diakonischen Arbeit neurologischen Probiempatienten ebenso angedeihen lassen, wie Menschen, die einer psychosomatischen Behandlung bedürfen.

Geboten wird ausbaufähige Dauerstellung. Bei entsprechender Qualifikation kann die spätere Übernahme der Chelarztstelle in Aussicht gestellt werden.

Anstellung und Vergütung erfolgt nach den Arbeitsvertragsrichtlinien der Inneren Mission, die dem BAT entsprechen. Nebeneinnahmen durch Bereitschaftsdienst und aus der Liquidation des Chelarztes. Zusätzliche Sozialleistungen und Teilnahmemöglichkeit an Fortbildungstagungen werden gewährt. Hilfe bei der Wohnungssuche ist möglich.

Bewerbungen werden erbeten an:
Frau E. Hörath, Personalabteilung,
Rummelsberg 2, 8501 Schwarzen-
bruck, Telefon (0 91 28) 72-22 02.



Rummelsberger Anstalten
der Inneren Mission E. V.

LAND-
KREIS



Freyung-Grafenau

Das
KREISKRANKENHAUS, 8393 FREYUNG
Im südlichen Bayerischen Wald
sucht zum nächstmöglichen Termin für die
Anästhesieabteilung

Oberärzte/-ärztinnen Assistenzärzte/-ärztinnen

Das Krankenhaus Freyung, modernst eingerichtet, mit einer 10-Betten-Intensivstation, wurde am 10. Dezember 1979 in Betrieb genommen.

Betreut werden Chirurgie mit Unfallchirurgie, große Bauchchirurgie, Schrittmacherimplantationen, Gynäkologie/Geburts-
hilfe, HNO-, Augen- und intensivpflege.

Die Vergütung erfolgt nach BAT mit den im öffentlichen Dienst überrariflichen und sozialen Leistungen.

Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft werden extra vergütet. Nebeneinnahmen durch das Poolsystem.

Freyung ist Kreisstadt und staatlich anerkannter Luftkurort mit hohem Freizeitwert, nahe am Nationalpark Bayerischer Wald (Hallenbäder, Reitschule, Skilift). Alle Schulen sind am Ort. Entfernung zur Universitätsstadt Passau rund 30 km.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die
Krankenhausverwaltung Freyung
8393 Freyung, Telefon (0 85 51) 50 11



Die Tiefbau-Berufsgenossenschaft – Gesetzliche Unfallversicherung

sucht für den Ausbau ihres überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienstes in Franken, insbesondere in Nürnberg,

approbierte Ärzte und Arbeitsmediziner (-medizinerinnen)

Letztere mit vielseitiger praktischer Erfahrung und organisatorischer Befähigung, die bereit sind, sich mit den Verhältnissen des Tiefbaus vertraut zu machen, um eine Verbindung zwischen Sicherheitstechnik und Arbeitsmedizin zu gewährleisten. Die Bewerber sollen Freude haben, sich mit den arbeitenden Menschen auf der Baustelle zu befassen und sie vorbeugend zu betreuen.

Für junge, approbierte, strebsame Ärzte besteht die Möglichkeit zur Weiterbildung bei hierzu ermächtigten Ärzten.

Der arbeitsmedizinische Dienst der Tiefbau-Berufsgenossenschaft hat die im Arbeitssicherheitsgesetz festgelegten betriebsärztlichen Aufgaben zu erfüllen.

Kein Nacht- oder Bereitschaftsdienst. Neben dem Gehalt werden alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen gewährt. Beamteneigener Pkw, der auch privat benutzt werden kann, wird zur Verfügung gestellt.

Die Vergütung richtet sich nach Qualifikation des Bewerbers nach dem Bundesangestelltentarif oder nach Sondervereinbarung. Im übrigen werden die Leistungen des öffentlichen Dienstes gewährt.

Die Übernahme in ein Angestelltenverhältnis nach der Dienstordnung (beamteneähnliche Stellung) ist möglich.

Anfragen und Bewerbungen werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bitte wenden Sie sich an den

Hauptgeschäftsführer der Tiefbau-Berufsgenossenschaft,
Am Knie 6, 8000 München 60, Telefon (0 89) 88 97 / 394 oder 564.

Die Stadt Nürnberg sucht

für den schulärztlichen Dienst des Städt. Gesundheits-
amtes

Kinderarzt/-ärztin

Erfahrungen auf dem Gebiet der Sozialpädiatrie oder Kinderneurologie sind erwünscht aber nicht Bedingung. Die Einstellung erfolgt zunächst im Angestelltenverhältnis mit Bezahlung nach dem BAT. Die Übernahme in das Beamtenverhältnis als Medizinaloberarzt der BGr. A 14 ist nach Vorliegen der Voraussetzungen möglich. Nebentätigkeit im üblichen Rahmen wird genehmigt.

Die städtischen Mitarbeiter erhalten neben den monatlichen Bezügen ein 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld, vermögenswirksame Beträge, Beihilfen im Krankheitsfall, evtl. Darlehen zur Wohnraumbeschaffung und eine zusätzliche Altersversorgung. Umzugskostenvergütung und Trennungsgeld werden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gewährt.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen baldmöglichst an

**Stadt Nürnberg, Personalamt,
Postfach, 8500 Nürnberg 1**

Benötigen Sie vorab noch weitere Informationen, erreichen Sie uns unter Telefon (09 11) 16-28 06.

Für diese Tätigkeit sind
Damen und Herren
als Bewerber erwünscht.



Am Städtischen Krankenhaus
Weiden i. d. Opf.

(Schwerpunktkrankenhaus mit allen erforderlichen Fachdisziplinen einschließlich pathologisch-anatomischem Institut) ist in der

Urologischen Klinik
(Chefarzt Dr. Regineid Ay)

die Stelle

eines Assistenzarztes

zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu besetzen.

Weiterbildung auf allen Gebieten der Urologie (einschließlich Urodynamik und Kinderurologie). Der Chefarzt ist zur vollen Weiterbildung ermächtigt.

Geboten werden:

Vergütung nach BAT; Bereitschaftsdienstvergütung; Sämtliche Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes; Beteiligung am Pool-System; Mithilfe bei der Wohnraumbeschaffung; Übernahme der Umzugskosten.

Die Stadt Weiden i. d. Opf. (45 000 Einwohner) liegt in der walddreichen Gegend in der nördlichen Oberpfalz. Alle weiterbildenden Schulen am Ort. Gute Sommer- und Wintersportmöglichkeiten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an: Hauptamt der Stadt Weiden i. d. Opf., 8480 Weiden i. d. Opf., Telefon (09 61) 50 51-59, Nebenstelle 239.



Auf der zentralen Anästhesieabteilung des
Städtischen Marienkrankenhauses
8450 Amberg/Oberpfalz
Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen
(Schwerpunktkrankenhaus, 634 Betten, 9 Fachabteilungen ist eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen.

Die Abteilung ist modernst ausgestattet und betreut ca. 320 operative Betten und eine Intensivstation mit 8 Betten. Es werden alle operativen Abteilungen unseres Hauses (Chirurgie incl. Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Gynäkologie, HND, Augen, Urologie, Röntgen und konsiliarisch auch die interne und Kinderabteilung unseres Hauses) versorgt.

Neben den gängigen Allgemeinnarkosen werden sämtliche Verfahren der regionalen Anästhesie praktiziert incl. schmerzlose Geburten.

Stellenplan: 1 : 2 : 8.

Der Chefarzt der Anästhesieabteilung besitzt die volle Weiterbildungsermächtigung.

Die Vergütung erfolgt nach BAT II bzw. BAT I b. Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaftsdienst werden besonders vergütet. Außerdem werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen geboten (Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung, Erstattung der Umzugskosten usw.) Ambulante Notfälle können mit der KV abgerechnet werden.

Amberg ist eine in reizvoller Landschaft gelegene Stadt (ca. 50 000 Einwohner) mit hohem Freizeitwert und allen Schulen am Ort. Die Verwaltung ist bei der Wohnungssuche behilflich.

Bewerbungen erbeten an

Herrn Chefarzt Dr. med. Blälek, 8450 Amberg,
Städtisches Marienkrankenhaus Amberg oder an die
Stadtverwaltung Amberg, Marktplatz 11, 8450 Amberg.

KREISKRANKENHAUS



Zwiesel

Auf der Chirurgischen Abteilung

(Chefarzt Dr. G. v. Haehling)

unseres Hauses (218 Planbetten, Versorgungsstufe I), ist zum baldmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Die Abteilung umfaßt 102 Betten mit großer Ambulanz (BG-Heilverfahren). Arbeitsgebiete: Allgemeinchirurgie, Bauchchirurgie, Unfallchirurgie sowie Gefäßchirurgie mit Schrittmacherimplantation. Fachgebundene Röntgendiagnostik.

Weitere Abteilungen: Anästhesie, Innere Medizin, Gynäkologie.

Vergütung erfolgt nach BAT II, Bereitschaftsdienstvergütung Stufe D. Nebeneinnahmen durch Gutachten und Chefarzt-zuwendung.

Die Stadt Zwiesel hat alle Schulen und bietet im Sommer und Winter ausgezeichnete Freizeitmöglichkeiten.

Auskunft erteilt der Chefarzt der Abteilung, Telefon (0 99 22) 991, der auch zur Weiterbildung für vier Jahre ermächtigt ist.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die Verwaltung des

Kreiskrankenhauses Zwiesel,
Waldschmidtweg 40, 8372 Zwiesel

Im Kreiskrankenhaus 8482 Neustadt a. d. Waldnaab
ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines

Assistenzarztes

auf der Chirurgischen Abteilung – Leitung DMD Dr. F. Meyer –
neu zu besetzen.

Das Kreiskrankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab, Grundkrankenhaus 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 Allgemeinchirurgie ist gewährleistet. Der leitende Chefarzt ist zur Weiterbildung für zwei Jahre ermächtigt.

Bei Interesse besteht auch die Möglichkeit geburtehilflich-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 Kreiskrankenhauses Neustadt a. d. Waldnaab, DMD Dr. F. Meyer, bzw. an das Landratsamt Neustadt a. d. Waldnaab, Telefon (0 96 02) 7 92 54.

Der Landkreis Straubing-Bogen (Niederbayern) sucht für das Kreiskrankenhaus Meiersdorf (200 Betten) für eine neu genehmigte Assistentenstelle zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Assistenzarzt

für die Urologische Abteilung (Besetzung: Chefarzt, Oberarzt, zwei Assistenzärzte).

Das Kreiskrankenhaus Meiersdorf ist völlig neu erbaut. Seit Februar 1975 in Betrieb, mit fünf Fachabteilungen bestens ausgestattet, selbständige Anästhesie-Abteilung, sechs Betten Intensivstation. Modernst eingerichteter Resektionsraum wie Operationsräume stehen zur Verfügung. Fernfernsehübertragung von endoskopischen Operationen. Jährlich eine große Zahl von urologischen Operationen (auch Kinderurologie). Mitarbeit in der Ambulanz ist gegeben. Wissenschaftliche Aktivität, Teilnahme an verschiedenen Fortbildungskursen. Unsere Aktivität wird in enger Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik München durchgeführt.

Wir bieten tarifmäßige Vergütung (einschließlich Bereitschaftsdienst), preisgünstige Teil- bzw. Vollverpflegung, Unterbringungsmöglichkeiten in modernen Appartements des Personalwohnheimes oder Mithilfe bei der Wohnungssuche.

Der aufstrebende Markt Mallersdorf-Pfeffenberg – Gymnasium am Ort – liegt verkehrsgünstig zwischen der Universitätsstadt Regensburg und den Städten Straubing und Landshut, 100 km nordöstlich von München.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen oder Rückfragen direkt bei Chefarzt Dr. med. I. V. Aibescu, Kreiskrankenhaus, 8304 Meiersdorf, Telefon (08772) 711 oder (08774) 343.

Das Kreiskrankenhaus Wunsiedel

im Fichtelgebirge (Fachkrankenhaus für Innere Medizin – 70 Betten) sucht zum baldmöglichsten Eintritt eine(n)

Assistenzarzt oder -ärztin

Die Kreisstadt Wunsiedel im Naturpark Fichtelgebirge (10.500 Einwohner) ist Sitz sämtlicher weiterführender Schulen. Stadt und Umland bieten aufgrund der Mittelgebirgslage hohen Wohn- und Freizeitwert. Hallenbäder, Tennisplätze und -hallen sowie eine Eissporthalle sind vorhanden. Die Rosenthal-Feleraabende in Selb, die Luisenburg-Festspiele in Wunsiedel und die Wagner-Festspiele in Bayreuth sind kulturelle Angebote in unmittelbarer Nähe.

Das Kreiskrankenhaus ist sehr gut ausgestattet und verfügt über alle modernen Einrichtungen für Diagnostik und Patientenüberwachung. Der leitende Arzt ist für fünf Jahre zur Weiterbildung zum Arzt für innere Medizin ermächtigt.

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

Anfragen und Bewerbungen richten Sie bitte an

Leitenden Arzt Dr. Herbert Hohenberger, Kreiskrankenhaus, Postfach 146, 8592 Wunsiedel 1, Telefon (09232) 3577 oder Landratsamt, 8592 Wunsiedel 1.



Der leistungsstarke Partner des Arztes. Ihr ORG-Spezialist.

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

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

BA 8

Der Landkreis Straubing-Bogen sucht für die Chirurgische Abteilung des noch modernsten Gesichtspunkten neu erbauten Kreiskrankenhauses Bogen an der Donau/Niederbayern baldmöglichst

1 Assistenzarzt

Das Grundkrankenhaus in Bogen umfaßt 181 Betten. Die Chirurgische Fachabteilung versorgt 63 Betten ohne die Chirurgische Intensivstation.

Wir bieten leistungsgerechte Vergütung, gutes Betriebsklima, beträchtliche Nebeneinnahmen durch Bereitschaftsdienst und Poolsystem, sowie preisgünstige Teil- bzw. Vollverpflegung. Das Krankenhaus ist bei der Wohnungsbeschaffung behilflich.

Näheres über den Aufgabenbereich ist beim Krankenhaus Bogen, Telefon (09422) 1741, zu erfahren.

Bogen ist Garnisonstadt in verkehrsgünstiger und landschaftlich bevorzugter Lage (Eingang zum Bayerischen Wald) mit allen weiterführenden Schulen.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermins erbeten an das

Landratsamt Straubing-Bogen, Postfach 179, 8440 Straubing, oder direkt an das Kreiskrankenhaus Bogen, 8443 Bogen.

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

Innere Medizin Kinderheilkunde Allgemeinmedizin

In Pfaffenberg-Mallersdorf, 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

Apotheker K. Negelstutz, 8317 Mengkofen,
Telefon (08733) 205.

Neuwertige Arztpraxis

mit Wohnung im Topzustand Vorstadtgebiet Augsburg, ca. 10.000 Einwohner (1 Arzt) mit komfortablem Wohnhaus, 180 qm Wohnfläche, 8 Zimmer, Küche, Bad, WC, Sauna, Balkon, Freisitz mit offenem Kamin, separat angebaute Praxisräume, ca. 90 qm, Praxiserweiterungsfähig, Doppelgaragen, 1000 qm Grund, schön eingewachsener Garten, wegen Erreichen der Altersgrenze zu verkaufen.

Anfragen unter Chiffre 2064/218.

Laborpraxis

(Schwerpunkt: Zytologie und Blutgruppenserologie)

in nordbayerischer Großstadt zum 31. Dezember 1981 aus Altersgründen abzugeben. Wohnhausübernahme erwünscht (keine absolute Bedingung) – jedoch sinnvoll, da es sich um ein gemischt genutztes Grundstück mit voll ausgebauten Laboratorien handelt.

Verhandlungsbasen nur mit ernsthaften Bewerbern persönlich oder schriftlich.

Anfragen unter Chiffre 2064/246.

Einladung

Anzeige

zum Mittwoch-Seminar für Ärzte

Praxisgründung und Praxisfinanzierung

am Mittwoch, dem 15. Oktober 1980 in München, Spaten-Restaurant
gegenüber dem Nationaltheater – (hier auch Parkgelegenheiten) –

Veranstalter: Ärzte-Dienst der Partner-Versicherungs-Gruppe, Sendlinger-Tor-Platz 7, 8000 München 2

Seminar-Programm

Begrenzter Teilnehmerkreis
Sofortige Anmeldung erforderlich!

Beginn: 14.00 Uhr pünktlich

Rechtsanwalt Klaus-D. Müller

Vorstandsmitglied der Partner-Versicherungs-Gruppe

**Die Erfolgsaussicht der Praxisniederlassung,
Statistik und Tendenzen**

Dipl.-Ing. Joachim Menge:

Architekt, Frankfurt

**Niederlassungsfragen aus beutechnischer Sicht
– Neubau, Umbeu, Innenausstattung –**

Winfried Kehllich:

Direktor der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Filiale München

Praxisgründung und Kredit, Finanzierungsbedarf, Kreditbeschaffung

Wilhelm Jehle:

Direktor der Partner-Versicherungs-Gruppe München

Finanzierungsmodelle und Absicherung des Kredites, die Risikoabsicherung für die Praxis und Familie

Wirtschaftsprüfer Dr. Herrmann Langenmeyr

Steuerfragen der jungen Arztpraxis, der Arzt und des Finanzamt

Nach jedem Vortrag ausreichende Gelegenheit zur Diskussion.

Ende gegen 19.00 Uhr; anschließend Besprechung von Einzelproblemen.



Anmeldung

PVG-Ärztendienst, Filialdirektion München

Gebührenfrei

Sendlinger-Tor-Platz 7, 8000 München 2, Telefon (0 89) 59 67 37

Zur Teilnahme an dem Seminar für Ärzte am 15. Oktober 1980 melde ich mich hiermit an

mit Ehepartner

ohne Ehepartner

Vorname, Name:

Straße:

Fachrichtung:

PLZ, Ort:

Niederlassungszeitpunkt:

Unterschrift:

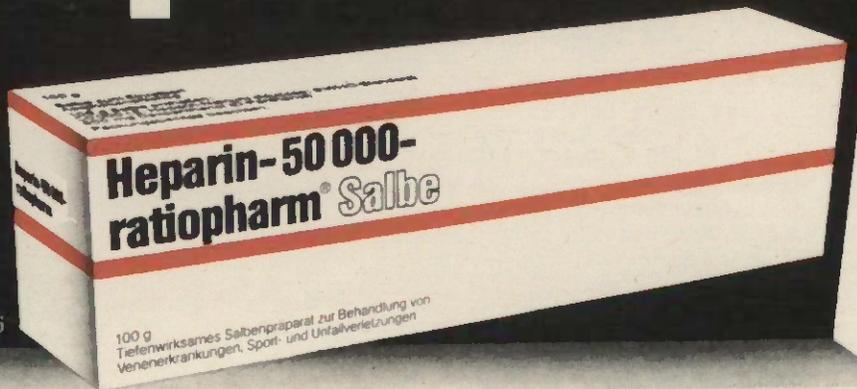
ratiopharm

Venen

OP 100 g Salbe DM 28,25

Zusammensetzung: 100 g Salbe enthalten Heparin-Na 50 000 I.E. D-Panthenol 500 mg. **Dosierung:** 1-3 x tagl auftragen. **Indikation:** Thrombophlebitis, Phlebitis, Phlebotrombose, postthrombotisches Syndrom, Sport- und Unfallverletzungen, Gelenk- und Sehnenkrankungen. **Kontraindikation:** keine. **Hinweis:** bei Phlebotrombosen nicht einmassieren.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1156, 7902 Blaubeuren 1/80



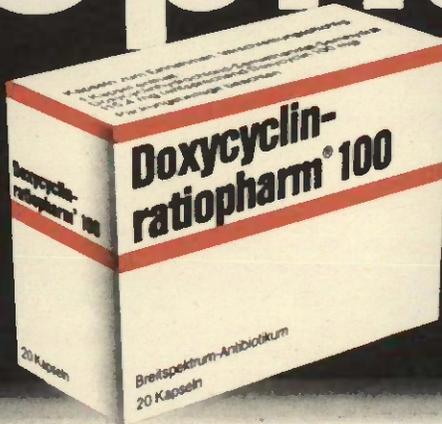
ratiopharm

Bakterielle Infektionen

OP 10 Kapseln DM 17,80
OP 20 Kapseln DM 32,50

Dosierung

täglich 1-2 Kapseln



Zusammensetzung: 1 Kaps. enthält 100 mg Doxycyclin. **Dosierung:** Normaldosis am ersten Tag 2 Kaps. an den folgenden Tagen je 1 Kaps. Bei schweren Erkrankungen und bei einem Körpergewicht von mehr als 80 kg tagl. 2 Kaps. **Indikation:** Infektionen mit doxycyclin-empfindlichen Erregern. **Kontraindikation:** bekannte Überempfindlichkeit, Schwangerschaft und Stillzeit. **Nebenwirkungen:** gastrointestinale Störungen, Haut- und Schleimhautveränderungen, reversible Knochenwachstumsverzögerung.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1156, 7902 Blaubeuren 2/80

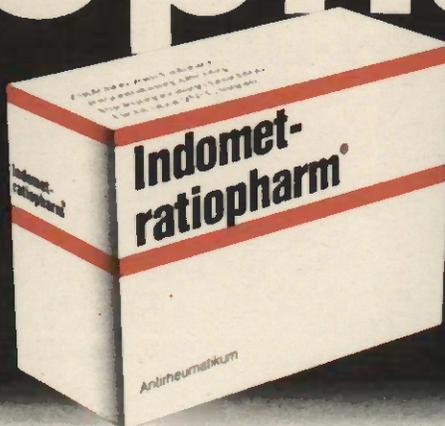
ratiopharm



Rheumatismus

OP 20 Manteltabl. DM 6,50
OP 100 Manteltabl. DM 29,90
OP 10 Suppos. DM 13,90
OP 50 Suppos. DM 57,60

	morgens	mittags	abends
Manteltabl.	● ●	● ●	● ●
Zapfchen	—	—	—



Zusammensetzung: 1 Manteltabl. enthält Indometacin 25 mg, Aluminium-Glycinat 200 mg. 1 Suppos. enthält Indometacin 100 mg. **Dosierung:** Manteltabl.: Initialdosis: 2 x tagl. 1-2 Manteltabl. Erhaltungsdosis: 3 x tagl. 1-2 Manteltabl. Maximaldosis (nur vorübergehend): 4 x tagl. 2 Manteltabl. Suppos.: 1 Zapfchen abends vor dem Schlafengehen einführen. **Indikation:** entzündliche, rheumatische und degenerative Erkrankungen von Muskeln, Gelenken, Gelenkkapseln, Sehnen, Sehnencheiden sowie der Wirbelsäule und bei Gicht. **Kontraindikation:** Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, auch in der Anamnese. Bekannte Überempfindlichkeit gegen Indometacin oder Salicylsäure und deren Derivate. Schwangerschaft und Kindheit bis zum 14. Lebensjahr. Schwere psychiatrische Erkrankungen, schwere Leber- und Nierenerkrankungen.

ratiopharm GmbH, Arzneimittel, Postfach 1156, 7902 Blaubeuren 2/80