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

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

Leitsymptom: Herzrhythmusstörung

Der Notfall: Zu langsamer Puls (Bradykardie)

bearbeitet von Professor Dr. K. Loßnitzer und Professor Dr. R. Scherf

Symptomatik:

Subjektiv: Am häufigsten Symptome mangelnder Hirndurchblutung, z. B. Schwindel, Flimmern und Schwarzwerden vor den Augen, Konzentrationsverlust, Parästhesien, Absencen, Bewußtseinsverlust. Auch Symptome mangelhafter Myokarddurchblutung wie Angina pectoris, Atemnot, allgemeine Leistungsschwäche

Objektiv: Zunehmend langsamer werdende Herzfrequenz, eber euch plötzlich einsetzende Pulsverlangsamung. Herzfrequenz meist unter 45/min. Dauer der Herzfrequenz- bzw. Pulsverlangsamung kenn nur einige Sekunden, eber euch Tage betragen. Sie kann mit Techykardie ebwechseln (Bredykerdie-, Techykardie-Syndrom). Der Herzrhythmus kenn regelmäßig sowie unregelmäßig sein.

Häufig sind Herzinsuffizienzzeichen (Zyanose, Ruhedyspnoe, Steuungsketarrh der Lunge, Halsvenenstauung, Ödeme), nicht selten eine hohe Blutdruckamplitude, sporadisch verstärkte Halsvenenpulsationen (Vorhofpfropfungen, z. B. bei AV-Block III. Gredes mit Ersatzrhythmus) zu beobachten. Oft ist eine zu langsame Herzfrequenz Vorbote einer Asystolie (Morgagni-Adams-Stokes-Anfell). Ab 7 Sekunden Asystolie auffällige Gesichtsblässe und zunehmender Bewußtseinsverlust, eb 40 Sekunden Atemstillstand und eventuell Tod

Anamnese:

Es ist zu denken en degenerative (koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt — speziell Vorderwendinfarkt —, Kardiomyopethie) und entzündliche (rheumatisches Fieber, Diphtherie, Mumps, andere Virusinfekte einschließlich Grippe) Herzkrankheiten; eußerdem en Stoffwechselstörungen, z. B. Hyperkaliämie (K über 6 mVal/l) bei Nieren- und Nebenniereninsuffizienz, Hypothyreose, auch en nervale Einflüsse, z. B. erhöhten Hirndruck oder plötzliche reflektorische Vegusreizung (Kerotissinussyndrom, bestimmte Untersuchungen wie Gastroskopie, Rektoskopie, Bronchoskopie). Auch eine Medikementenüberdosierung *(Digitalis, Beta-Rezeptorenblocker, Reserpin* und *Kelziumentagonisten,* speziell *Isoptin, Segontin)* ist in Erwägung zu ziehen.

Sofortdiagnostik:

Prüfung der Bewußtseinslege, Herz- und Lungeneuskultation (Herzfrequenz und Rhythmus, Herzgeräusche, Lungensteuung). Blutdruckmessung (Schlegvolumenhochdruck). Eventuell Spiegelung des Augenhintergrundes (Steuungspapillen). EKG-Schreibung (Unterscheidung zwischen krankem Sinusknoten, sinuaurikulärem Block, AV-Block II. und vorwiegend III. Grades, Ersetzrhythmen, Bredyerrhythmie bei Vorhofflimmern)

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Sowohl *Atropin* als auch *Ildemen* oder *Alupent* können zur Frequenzsteigerung bei Bradykardie verabreicht werden. *Atropinum sulf.* (0,5 bis 1,0 mg s. c. oder i. v.), aber **nicht** bei *Glaukom* und Harnretention. Bei Versagen dieser Therapie *Alupent* (0,5 bis 1,0 mg i. v., am besten in 5 ml Spritze mit aspiriertem Blut verdünnt injizieren, da bessere Steuerbarkeit). Bei offensichtlicher Azidose des Blutes ist *Alupent* in Kombination mit einer *Natriumbicarbonat-Infusion* zu injizieren, da Wirkungsverlust von *Alupent* bei Azidose. Ähnlich wie *Alupent*, doch deutlich schwächer wirkt *Ildemen* (4 bis 8 mg i. v.).

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

Erfolglosigkeit der eingeleiteten Maßnahmen, auf jeden Fall bei frischem Herzinfarkt (besonders Vorderwandinfarkt), bei Crescendo-Angina-pectoris, Verdacht auf Myokarditis, erhöhtem Hirndruck, *Apoplex* und Niereninsuffizienz, nach Adams-Stokes-Anfällen

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Sicherung eines venösen Zugangs und Anhängen z. B. eines *Alupent*-Tropfes (5 mg = 10 ml in z. B. 500 ml *Tutofusin-B)* und Einstellen der Tropfgeschwindigkeit entsprechend der Herzfrequenz, die zwischen 60 und 80/min liegen sollte. Bei Klinikeinweisung Verdachtsdiagnose mitteilen. Aufstellung einer Liste der verabreichten Medikamente und – falls angefertigt – EKG-Streifen mitgeben.

Weiterhin sind Adams-Stokes-*Anfälle*, außerdem die minimal festgestellte Herzfrequenz mitzuteilen. In der Klinik bei Erfolglosigkeit medikamentöser Maßnahmen zunächst temporärer Herzschrittmacher, dann eventuell Schrittmacherimplantation.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Eine zu langsame Herzfrequenz bedingt ein Herzzeitvolumen, das keine genügende Organdurchblutung gewährleistet. Je stärker die Myokardvorschädigung, desto größer der Abfall des Herzzeitvolumens. Auch wird ein um so geringerer Abfall des Herzzeitvolumens Symptome verursachen, je stärker die Hirn- und Herzvorschädigungen sind.

Bei vorgeschädigtem Organismus treten Symptome meist erst unter einer Herzfrequenz von 45/min auf, im gesunden Organismus erst unter 30/min. Eine mehrere Stunden dauernde Frequenz unter 20/min ist mit dem Leben nicht vereinbar. Eine zu langsame Herzfrequenz resultiert entweder aus einer verlangsamten Reizbildung (kranker Sinusknoten, Ersatzrhythmen z. B. bei totalem *AV*-Block) oder einer gestörten Erregungsleitung (sinuaurikulärer Block, *AV*-Block II. Grades, Bradyarrhythmie bei Vorhofflimmern) im Herzen. Ursachen: Degenerative, entzündliche oder rheumatische Myokardschädigungen, Hyperkaliämie und hormonale (Hypothyreose), vegetativ-funktionelle (Vagusreizung) sowie medikamentöse *(Glykoside, Beta-Blocker, Reserpin, Kalziumantagonisten*, z. B. *Segontin* und *Isoptin)* Einflüsse

Während die Bradykardie infolge *Hyperkaliämie, Hypothyreose*, Vagotonie und medikamentöser Einflüsse nach *Ausschaltung* der Ursache verschwindet, bleibt sie bei degenerativen oder entzündlichen Myokarderkrankungen oft unverändert. Frequenzsteigerung unter körperlicher Belastung gilt als wichtiger Hinweis zur Differenzierung zwischen funktionellen und strukturellen Ursachen.

Bewirkt die medikamentöse Therapie mit *Atropin, Ildamen* oder *Alupent* keine Frequenzanhebung, ist Herzschrittmachertherapie indiziert.

Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Oktober 1980

Professor Dr. Hans J. Sewering:

Zum 33. Bayerischen Ärztetag

Am 5. Oktober entscheiden die wahlberechtigten Bürger der Bundesrepublik darüber, welche politischen Krätte die Bundesrepublik in den kommenden vier Jahren regieren werden. Wenn wir uns wenige Tage später zum 33. Bayerischen Ärztetag versammeln, werden wir zwar wissen, wer die Regierung stellt, wir kennen aber noch kein offizielles Regierungsprogramm. Nachdem alle Parteien schon vorher ihre Auttassungen und Ziele verkündet haben, läßt sich aber einigermaßen abschätzen, was wir zu erwarten haben. Parteiprogramme zu beschließen und dann als Regierungspartei zu realisieren, ist allerdings nicht immer identisch. Wunsch und Wirklichkeit klaffen gar ott weit auseinander. Die Staatsverschuldung und die wirtschattliche Lage setzen (so hofft man jedentalls) Grenzen, die den handlungstreien Raum bestimmen.

Im sozialpolitischen Bereich fallen in der neuen Legislaturperiode Entscheidungen, welche einschneidende Veränderungen bewirken. Die Rentenretorm, bisher Gegenstand von Gutachten, parteiprogrammatischen Erklärungen sowie gegenseitigen Anschuldigungen und Unterstellungen, muß konkret in Angritt genommen werden. Die Teilhaberrente scheint ottenbar tür alle Parteien die Form der Zukuntt zu sein. Sind ihre tamilienpolitischen Auswirkungen voll durchdacht? Wie wird sich der Geburtenrückgang auf den „Generationenvertrag" auswirken bei einer Rentenversicherung, die von der Hand in den Mund lebt, also, in der Fachsprache ausgedrückt, das reine Umlageverfahren anwendet? Hat die Umverteilung des erarbeiteten Lohnes ihre Obergrenze erreicht oder wird men sie — wie im Wohlfahrtsstaat Schweden — bis zur Zerstörung der Leistungsbereitschaft weitertreiben? Mit Sorge verfolgen die Angehörigen der Heilberufe Aussagen über den „Störfaktor" Sonderversorgungseinrichtungen. Wird man den Weg zur Einheitsversicherung oder gar zur Einheitsrente einschlagen? Was die Regierungserklärung dazu sagt, werden wir schon recht bald wissen, wie es weitergeht, werden die nächsten Jahre zeigen.

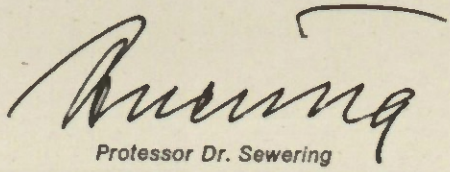
Das gilt gleichermaßen tür die Krankenversicherung. Wird über Meßnahmen des Finanzausgleichs ihre Unitormierung betrieben, die gegliederte Krankenversicherung zur leeren Form? Steht uns ein weiteres Gesetz zur „Weiterentwicklung" der Krankenversicherung ins Haus, wird die Selbstverwaltung fortentwickelt oder ausgetrocknet? Diese und viele weitere Fragen stellen sich dem „Staatsbürger Arzt" in diesen Tagen. Hoffentlich nimmt sich jeder die Zeit, darüber nachzudenken.

Wenn wir uns in Rothenburg versammeln, liegt der Wahltag hinter uns. Wir haben in der neubegonnenen Wanderung durch die nächsten vier Jahre gewissermaßen den ersten Hügel erklommen und sehen ein bißchen weiter hinein in die politische Landschaft.

Unser Anliegen und Auttrag verändert sich grundsätzlich nicht. Wir haben darüber nachzudenken und zu beraten, was — soweit es in unseren Kräften steht — getan werden muß, und was von den Politikern getan werden sollte, damit unseren Mitmenschen auch weiterhin ein ethisch und fachlich hochstehender Ärztestand zur Verfügung steht. Die Bereitschaft zum Helten ist unsere Sache, den unverzichtbaren Freiraum datür zu sichern, ist die Aufgabe der Gesellschatt und ihrer politisch Verantwortlichen. Neue Autgaben und Probleme der ärztlichen Versorgung in Praxis und Klinik sowie das Zusammenwirken der Ärzte beider Bereiche werden unsere Diskussionen in besonderem Maße kennzeichnen. Es kann und darf dabei kein zerstörendes Gegeneinander, sondern nur ein konstruktives und truchtbares Miteinander geben. Die Sorge um den ärztlichen Nachwuchs, die Studentenlawine als Folge einer verfehlten Bildungspolitik werden uns ebenso beschättigen wie die Gestaltung der Arbeit in Klinik und Krankenhaus — hier auch im Zusammenhang mit der ärztlichen Weiterbildung — und die Fortentwicklung der freiberutlichen Praxis.

Die jungen und alten, die noch wenig ertahrenen und die langgedienten Delegierten der bayerischen Ärzte werden die Tradition der Bayerischen Ärztetage fortsetzen: freier und ottener Meinungsaustausch, Argumente gegen Argumente, Ringen um Probleme. Dabei stets gegenseitige Hochachtung, kollegiale Toleranz, getragen von der Verptlichtung für eine gemeinsame Aufgabe.

Allen Teilnehmern am 33. Bayerischen Ärztetag in Rothenburg ein herzliches Willkommen. Den mittelfränkischen Kollegen, dem Ärztlichen Bezirksverband Mitteltranken und dem Ärztlichen Kreisverband Ansbach und Umgebung, sowie der Stadt Rothenburg aufrichtigen Dank für ihre Gastfreundschatt.



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 Keisersaal im Rathaus Rothenburg ob der Tauber

Ort und Zeit der Arbeitstagungen:

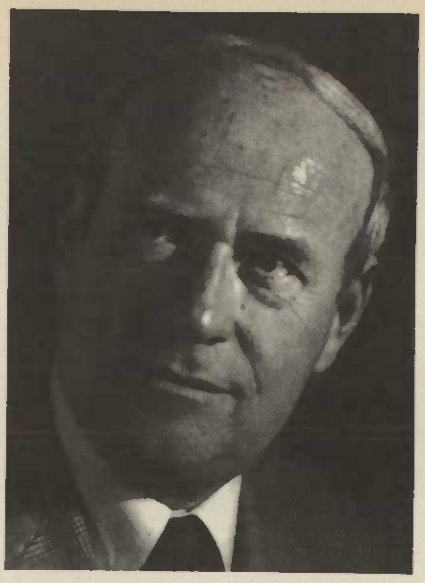
Samstag, 11. Oktober, 9 Uhr s.t., und Sonntag, 12. Oktober, 9 Uhr c.t., Reichsstadthalle

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

Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.

Tagesordnung:

1. *Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer*
2. *Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer*
   - *2.1 Rechnungsabschluß 1979*
   - *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 Landesärztekammer*
   - *4.1 Änderung der Setzung der Bayerischen Landesärztekammer (§ 15, Abs. 2)*
   - *4.2 Änderung der Wehlordnung der Bayerischen Landesärztekammer (Beschluß des 32. Bayerischen Ärztetages)*
5. *Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München; hier: Nachfolger des verstorbenen ehrenemtlichen 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*



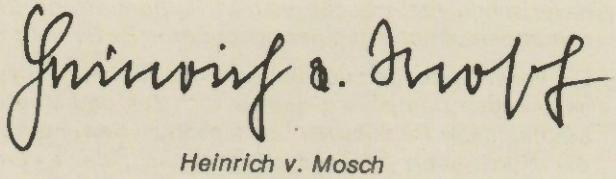
Grußwort zum 33. Bayerischen Ärztetag

Die Delegierten der bayerischen Ärzteschaft sind im Regierungsbezirk Mittelfranken herzlich willkommen. Es ist ein guter Brauch, daß die gewählten Mitglieder der Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer sich zum Ärztetag alljährlich in einem anderen Regierungsbezirk und an wechselnden Tegungsorten treffen.

In Rothenburg ob der Tauber, einem Kleinod in der Kette der mittelfränkischen Städte, werden sich die bayerischen Ärzte besonders wohl fühlen. Die besonderen Beziehungen dieser alten freien Reichsstadt zur Medizin werden in einer Festschrift dargestellt. In der freundlichen Atmosphäre der Stadt Rothenburg ob der Tauber kenn man aber nicht nur aus der Vergangenheit lernen, sondern euch für die Zukunft planen.

Wir alle warten mit Interesse und Spannung auf die Ergebnisse des 33. Bayerischen Ärztetages. Fragen der Gesundheit stehen an erster Stelle im Interesse des Bürgers. Die Patienten in der Praxis und im Krankenhaus erwarten, daß sie nicht nur medizinisch hervorragend betreut werden, sie sehen im Arzt vor allem auch eine Persönlichkeit, der sie mit Hochachtung und Vertrauen begegnen wollen. Ich freue mich, daß in den Diskussionen über Fragen der Gesundheit die menschliche Beziehung zwischen Arzt und Patient wieder mehr in den Mittelpunkt rückt.

Ich wünsche ellen Teilnehmern am 33. Bayerischen Ärztetag interessante und hoffentlich auch erholsame Tage in Mittelfranken — in Rothenburg ob der Tauber.



Heinrich v. Mosch
Regierungspräsident

Rothenburg ob der Tauber grüßt die Ärzte Bayerns

Allen Teilnehmern des 33. Bayerischen Ärztetages entbiete ich – auch im Namen des Stadtrates und der Bevölkerung – einen recht herzlichen Willkommensgruß. Die Wahl Rothenburgs als Tagungsort bedeutet für unsere Stadt eine Ehre und zugleich eine große Auszeichnung. Ich bin überzeugt, daß die Stadt Rothenburg ob der Tauber und ihre in diesen herbstlichen Tagen so besonders reizvolle Umgebung dem Ärztetag einen würdigen Rahmen geben wird.

Die Stadt Rothenburg ob der Tauber weiß sich einer langen und großen, bis in die Gegenwart nachklingenden reichsstädtischen Tradition verpflichtet. So ist es nur natürlich, daß in einer solchen Stadt auch die Geschichte des Gesundheitswesens einen hervorragenden Platz einnimmt. Schon um 1374 waren zwei Ärzte mit einem festen Gehalt in der Stadt tätig; von einem „apothecarius" ist erstmals um 1341 die Rede gewesen. Aus dem Jahre 1438 ist uns eine Eidesformel für die Stadtärzte überliefert. Sie kann sich zwar an Ehrwürdigkeit nicht mit dem Eid des Hippokrates aus Kos messen, ist aber dennoch ein eindrucksvoller Beweis für das hohe Berufsethos vor mehr als 500 Jahren. Die reichsstädtischen Ärzte genossen nicht zuletzt deshalb auch außerhalb Rothenburgs ein hohes Ansehen.

Die Reichsstadthalle, eine ehemalige hospitälische Zehntscheune aus dem späten 17. Jahrhundert, liegt inmitten des Spitalbereichs, der im Jahre 1280 als „novum hospitale extra muros civitatis" gegründet wurde und der auch heute noch drei Altenheime für unsere älteren Mitbürger beherbergt. In unmittelbarer Nachbarschaft der Reichsstadthalle steht das alte Pesthaus, das wenigstens in seiner äußeren Gestalt vor einigen Jahren restauriert worden ist und als ein baugeschichtlich hochinteressantes Zeugnis mittelalterlicher Gesundheits- und Hygienepflege gilt. Die bayerischen Ärzte finden also in Rothenburg ob der Tauber jahrhundertealte Einrichtungen vor, die in einer besonderen Beziehung zu ihrer Berufsausübung stehen.

Die Veranstaltungen des Bayerischen Ärztetages werden – so hoffe ich – allen teilnehmenden Damen und Herren auch Zeit und Muße lassen, um die Schönheiten der Stadt und der fränkischen Landschaft zu bewundern. Das ist in den stilleren Wochen der Nachsaison besonders genußreich; dazu vermag sicher auch die gepflegte Gastlichkeit der Stadt beizutragen.

Dem Ärzteteg 1980 wünsche Ich in den Mauern Rothenburgs einen erfolgreichen harmonischen Verlauf; mögen alle Besucher gerne an die Tage in Rothenburg ob der Tauber zurückdenken.

Schubart

Schubart
Oberbürgermeister

Herzlich willkommen!

Einen herzlichen Willkommensgruß entbieten wir namens des Ärztlichen Bezirksverbandes Mitteltranken allen Teilnehmern des 33. Bayerischen Ärztetages. Ein besonderer Gruß gilt unseren verehrten Gästen und Arztfrauen.

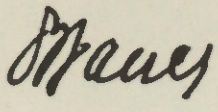
Der 33. Bayerische Ärztetag findet heuer in Rothenburg statt. Es ist uns eine große Freude, daß der Bayerische Ärztetag aut seinem Wege durch die bayerischen Lande für 1980 in Mittelfranken Rothenburg als Tagungsort gewählt hat. Es ist gewiß, daß die Stadt Rothenburg allen Voraussetzungen und Ansprüchen tür einen schönen und gedeihlichen Ablaut des Ärztetages in jeder Hinsicht gerecht wird.

Die Stadt Rothenburg bietet eine Fülle historischer Kunst und kulturgeschichtlicher Zeugnisse einer großen, über 700jährigen Vergangenheit, wobei Marktplatz mit Rathaus und die Werke Tilmann Riemenschneiders – Heiligblut-Altar in der St. Jakobskirche, Kreuzigungsaltar in der Kirche von Detwang, dem ältesten Stadtteil Rothenburgs – im Mittelpunkt stehen. Wenn auch Rothenburg als Inbegriff einer mittelalterlichen tränkischen Stadt vielen bekannt sein wird, so gibt es immer noch sehenswürdige Kostbarkeiten. Sie zu entdecken und bewußt zu genießen, hierzu wird Gelegenheit bei sachkundiger Führung in dem vorgesehenen Rahmenprogramm gegeben sein.

Die Arbeitstagungen finden statt in der Reichsstadthalle. Es ist dies die aus dem 17. Jahrhundert stammende „Zehntscheuer", die 1975 stilgerecht umgebaut und für Tagungszwecke entsprechend eingerichtet wurde.

In dieser schweren, sorgvollen Zeit am Antang der achtziger Jahre kommt den Beratungen des Ärztetages aut gesundheits- und sozialpolitischem Bereich besondere Bedeutung zu. So wünschen wir den Beratungen, getragen von der Verantwortung der vorgegebenen Autgaben, einen guten ertolgreichen und harmonischen Verlaut. Wir erhoffen als Ergebnis der Beratungen wichtige, in die Zukuntt weisende Beschlüsse aut dem gesundheits-, sozial- und berutspolitischen Gebiet; denen nachhaltige Beachtung und Wirkung in der Ötfentlichkeit und bei zuständigen politischen Gremien beschieden sein möge.

Neben dieser ernsten, verantwortungsvollen Arbeit bei den Beratungen mögen einige frohe Stunden des Beisammenseins der Pflege der menschlichen und kollegialen Kontakte gewidmet sein. So wäre es uns eine besondere Freude, wenn allen Teilnehmern die Tage in Rothenburg zu einem schönen, erinnerungswerten Erlebnis würden.



Dr. Ernst Bauer
1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Mitteltrenken

Willkommen zum 33. Bayerischen Ärztetag

Der Ärztliche Kreisverband Ansbach und Umgebung begrüßt die Teilnehmer des 33. Bayerischen Ärztetages in der alten Reichsstadt Rothenburg sehr herzlich.

Sicherlich trillt die Wahl dieser international berühmten historischen Stadt zum Tagungsort für einen Bayerischen Ärztetag mit der Nostalgiewelle unserer Tage gunstig zusammen. Und gewiß findet Rothenburg an den Delegierten zum Bayerischen Ärztetag, ihren Ehegatten und an den Gësten der Tagung dafür besonders aulgeschlossene Besucher.

Der Ärztliche Kreisverband Ansbach und Umgebung deckt sich geographisch mit der Stadt und dem Landkreis Ansbach und ist nach der Flächenausdehnung der größte in Bayern.

Sie werden auf der Reise nach Rothenburg erfahren, daß Sie heile Welt durchqueren. Diese Umwelt möge den delegierten Kollegen Kraft und Ruhe geben für die Sitzungsarbeit des Ärztetages und allen Teilnehmern Erholung und freundliche Erinnerung an Franken.

Dr. G. Ruhl
1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Ansbach und Umgebung

Das Gesundheitswesen der Reichsstadt Rothenburg o. d. T.

von Ludwig Schnurrer

Rothenburg ob der Tauber, eine staufische Städtegründung der Zeit um 1200, aus einer Reichsburg hervorgegangen, war nach dem Untergang der staufischen Dynastie und seit König Rudolf von Habsburg, genauer seit 1274, so gut wie reichsunmittelbar, d. h. nur dem Reichsoberhaupt, dem deutschen König und Kaiser, unterstellt. Die inneren (wie die meisten äußeren) Angelegenheiten regelte aber nicht der König als Stadtherr, sondern die rasch erstarkende Bürgergemeinde, angeführt und bald beherrscht von einem Patriziat aristokratischen Zuschnitts. Am vordringlichsten war zunächst der Schutz der Stadt vor äußeren Feinden, also der Befestigungsbau und die permanente Wehrbereitschaft aller Bürger. Bald aber kamen alle Zweige des öffentlichen Lebens dazu. Der Rat der Stadt erließ Statuten und Edikte, die das gesamte Leben der Bürger zu regeln versuchten. Daß dabei Hygiene und Gesundheit der Bürgerschaft eine große Rolle spielten, war durch das enge Zusammenleben vieler Menschen hinter den schützenden Mauern unabdingbar. Daraus entwickelte sich die städtische Gesundheitspolizei, d. h. die Aufsicht des Stadtrats über das weite Gebiet der Gesundheitspflege.

An ihrem Anfang standen die Spitäler (hospitalia, xenodochia). Diese waren zunächst in der Hand von geistlichen Ritterorden, die vorwiegend zum Zwecke der Kranken- und Verwundetenpflege während der Kreuzzüge im vorderen Orient gegründet worden waren und sich nach dem Fehlschlagen der Kreuzzüge auf dem Kontinent und auch in Deutschland niederließen. — Der Johanniterorden (aus dem der spätere Malteserorden hervorging, der heute noch in der Krankenpflege tätig ist) gründete zunächst im Jahre 1182 etwa 15 Kilometer nördlich von Rothenburg eine Niederlassung in Reichardsroth, etwa 20 Jahre später, um die Wende vom 12. zum 13. Jahrhundert, eine zweite in der inzwischen wohl primitiv befestigten, fast gleichzeitig gegründeten Stadt Rothenburg. Beide liegen an einer der wichtigsten Nord-Süd-Straßenzüge des Mittelalters in Deutschland, die besonders als Pilgerstraße nach Rom berühmt war; dies unterstreicht ihren ursprünglichen Charakter als Herbergen für Wallfahrer. Von der Krankenflege in diesen Spitälern wissen wir so gut wie nichts; sie werden eben in erster Linie Pilgerstationen gewesen sein. So kam es, daß etwa 80 Jahre später, um das Jahr 1280, ein neues Spital vor den Mauern der Stadt Rothenburg („novum hospitale extra muros civitatis", wie es in den gewöhnlich lateinisch geschriebenen Urkunden dieser Zeit heißt) an der gleichen Ausfallstraße nach Süden wie das Johanniterhaus errichtet wurde. Zunächst von Angehörigen eines halbgeistlichen Spitalordens, später von einem weltlichen Spitalmeister und einem kleinen Heer von Bediensteten betreut, nahm es sich in erster Linie der Kranken, dann auch der Armen und Alten an. Dabei wurde weniger geheilt als gepflegt, also Akte christlicher Barmherzigkeit geübt, wie ja überhaupt die gesamte Sozialfürsorge des Mittelalters nur unter diesem Gesichtspunkt der christlichen Caritas verstanden werden kann. Finanziert wurden die umfangreichen Bauten, die sich um eine eigene, dem Hl. Geist geweihte Kirche herumgruppierten, sowie die laufenden Unkosten durch eine großzügige Grundausstattung der Gründer, eine Gruppe von Reichsministerialen dieser Gegend, und durch einen so reichlich fließenden Strom von frommen Stiftungen, daß das Rothenburger Spital bald der reichste Grundbesitzer des weiten Umlandes wurde. Auf dieser Basis wurde also großzügige Pflegetätigkeit möglich. Gesteuert und überwacht wurde sie freilich bald durch den Rat der Stadt (durch einen Ausschuß von Spitalpflegern), der gegen Ende des 14. Jahrhunderts schließlich das ganze große Spitalgelände auch in die Stadtbefestigung einbeziehen ließ. Bis heute hat die Spitalvorstadt, der sogenannte „Kappenzipfel", sein unverwechselbares Gepräge erhalten und ist nach wie vor eine in sich ruhende architektonische Einheit, eine rechte Oase der Stille mitten im Touristentrubel.

Noch weiter südlich am gleichen Straßenzug, unmittelbar an der Grenze der Stadtmarkung, wurde vielleicht zur gleichen Zeit wie das neue Spital eine Leprosenstation mit einer eigenen kleinen Kirche St. Leonhard errichtet. Damit wollte man die Ansteckungsgefahr der Lepra, die seit den Kreuzzügen auch in Europa grassierte, zurückdämmen, indem man die Aussätzigen isolierte und in genügend großer Entfernung von der volkreichen Stadt betreute. Dies geschah bis weit in das 17. Jahrhundert hinein. Seit der beginnenden Neuzeit, als sich nur noch wenige Leprakranke in St. Leonhard aufhielten, verwendete man dieses „Sondersiechenhaus" oder „Aussätzigenhaus" auch als Isolierstation beim Einfall anderer ansteckender, seuchenartiger Krankheiten, besonders in Zeiten der Pest, und als Armen- und Waisenhaus. Heute beherbergt es ein Heim für geistig behinderte Mädchen.

Eine andere, seit dem Ende des 15. Jahrhunderts in Rothenburg nachweisbare Krankheit, gegen die man von Rats wegen energisch vorging, war die Syphilis, die „Franzosenkrankheit". Ein eigener städtischer „Franzosenarzt" kümmerte sich um die von ihr Befallenen, ein eigenes „Franzosenhaus" diente zu ihrer Aufnahme, und bis ins 18. Jahrhundert hinein erfahren wir aus den Medizinalakten des Stadtarchivs von vielen Fällen dieser Krankheit, die häufig durch Anwendung von Holz- und Quecksilberkuren geheilt werden konnten.

Schlimmer war es natürlich mit der Pest, die, wie überall in Deutschland und Europa, auch in Rothenburg in

unregelmäßigen Abständen und völlig unvorhersehbar seit dem 14. Jahrhundert wütete und besonders dann seinen grausigen und äußerst umfangreichen Tribut forderte, wenn die allgemeinen hygienischen Verhältnisse, etwa durch eine übergroße Zahl von einquartierten Soldaten oder Flüchtlingen, außer Kontrolle gerieten. Besonders schlimme Pestjahre in Rothenburg waren 1546, 1627 und 1634. Außer der Anwendung von Vorsichtsmaßnahmen waren auch die Ärzte und Spitäler so gut wie machtlos. Das gleiche gilt für eine Reihe anderer Seuchen, die ab und zu die Stadt und die Dörfer des reichen bäuerlichen Hinterlands heimsuchten (Fleckfieber, Ruhr, Skorbut u. a.).

Diese Großseuchen waren natürlich mit christlicher Caritas allein nicht mehr einzudämmen; es bedurfte eines organisierten Medizinalwesens und vorab der Bereitstellung von geschulten Ärzten. Die Entwicklung des Ärztestandes im Mittelalter hat gerade in den Städten die entscheidenden Impulse bekommen.

Schon sehr früh finden wir Ärzte in der Reichsstadt Rothenburg. Von 1303 an werden „medici" in den archivalischen Quellen genannt, ab 1328 findet sich auch in zunehmendem Maße die Bezeichnung „arzet", ab 1333 gelegentlich „physicus". Aus diesen Benennungen geht noch nicht eindeutig hervor, ob es sich dabei um städtische Angestellte mit gelehrter Bildung an den großen Medizinschulen Europas (Salerno, Montpellier) oder um freiberuflich tätige Angehörige niederer Heilberufe handelt. Erst aus den frühest erhaltenen Stadtrechnungen (1374 ff.) geht hervor, daß um diese Zeit bereits zwei Ärzte gegen festes Gehalt in der Stadt Rothenburg angestellt waren, dazu sogar noch eine „Ärztin", über deren Tätigkeitsbereich wir allerdings bis jetzt nichts wissen. Sie sind von den gleichzeitig angestellten Wundärzten (s. unten) deutlich abgesetzt; wir haben demnach ziemlich sicher bereits wissenschaftlich ausgebildete Ärzte vor uns. 1447 taucht erstmals die Bezeichnung „Toctor" auf und liefert den Beweis, daß gelegentlich von den Ärzten des ausgehenden Mittelalters dieser höchste akademische Grad an den medizinischen Fakultäten der damaligen Universitäten erworben wurde. Aus dem Jahre 1438 stammt die erste Eidesformel für die Stadtärzte; sie enthält neben den allgemeinen Bürgerpflichten lediglich die lepidare Bestimmung: „Was er (der Stadtarzt) an Heilkunst treibt oder zu tun rät, das soll er ohne Arglist und getreulich vollbringen nach seinem besten Verständnis und nach redlichem Vermögen." — Die späteren Bestallungsbriefe der Rothenburger Stadtärzte oder „Physici ordinarii", wie sie seit dem ausgehenden Mittelalter durchwegs genannt wurden, gehen schon mehr ins Detail; sie legen u. a. die Honorare für einzelne medizinische Dienstleistungen (Krankenbesuche, Harnbeschau usw.) und den rechtlichen Ausgleich bei Streitigkeiten deswegen fest, verpflichten den Arzt zur Kontrolle der aus den Apotheken gelieferten Medikamente, verbieten das Verlassen der Stadt ohne Genehmigung des Rats, regeln die Beteiligung fremder (auswärtiger) Ärzte in schweren Fällen usw.

Die Qualität der Rothenburger Stadtärzte war durchwegs sehr hoch, ihr Ansehen weit über Rothenburg hinaus groß. Das geht allein schon aus den vielen erhaltenen Gesuchen von Fürsten, Adeligen und hohen Prälaten im weiten Umkreis um Rothenburg hervor, zu denen die Rothenburger Ärzte in schwierigen Krankheitsfällen erbeten wurden. Eine beachtliche Reihe von ihnen erlangte überörtliche Bedeutung, ja Berühmtheit. Wilhelm Mögling, 1553 bis 1563 Stadtarzt in Rothenburg, wurde anschließend Professor der Medizin in Tübingen, ebenso wie Georg Hamberger (1564 bis 1568 in Rothenburg). Die späthumenistisch gebildeten Mediziner des 16. und 17. Jahrhunderts waren überhaupt außerordentlich vielseitig tätig und leisteten auch auf allen möglichen nichtmedizinischen Gebieten Bedeutsames. Besonders ist hier Andreas Libavius zu nennen, der 1591 bis 1607 das Rothenburger Physikat innehatte. Seine breitgefächerte enorme Bildung qualifizierte ihn zum Inspektor des Rothenburger Gymnasiums, für das er auch eine neue Schulordnung ausarbeitete; er war Verfasser talentvoller lateinischer Gedichte, vor allem aber auch außerordentlich erfolgreicher Chemiker, einer der größten seiner Zeit. Verfasser wichtigster Handbücher und Entdecker neuer Substanzen (z. B. des Zinnchlorids, das nach ihm „Spiritus fumans Libavii" benannt wurde). — In etwas andere Richtung gingen die außerfachlichen Neigungen des Stadtarztes Josafat Weinlin (1626 bis 1662 in Rothenburg tätig); er war ebenfalls Vertasser eleganter lateinischer Poesie, aber vor allem Musiker und Orgelbauer; für die Rothenburger Hauptkirche St. Jakob schuf er ein vielbewundertes Orgelwerk.

Während die amtlich bestallten Stadtärzte mit wissenschaftlicher Ausbildung an Universitäten ausschließlich das Gebiet der inneren Medizin betreuten, oblag die gesamte Wundbehandlung und Chirurgie bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts handwerklich ausgebildeten Vertretern der niederen Heilberufe. Ursprünglich waren dies die Bader, die zwar in erster Linie in den verschiedenen Badstuben ihre für die Hygiene der Stadtbewohner so wichtige Tätigkeit ausübten, daneben aber auch alle Arten von Heilbehandlungen durchführten. Daraus entwickelte sich noch im ausgehenden Mittelalter ein eigener Stand der Wundärzte. Gegen Ende des 14. Jahrhunderts gab es in Rothenburg bereits einen fest von der Stadt besoldeten Wundarzt. In späterer Zeit wurden sie als „geschworene" Wundärzte bezeichnet; das bedeutet, daß sie vom Rat eidlich verpflichtet wurden, ihre Kunst nach genauen Vorschriften und in ständigem Kontakt mit der zuständigen Stelle des Stadtregiments (in Rothenburg war

dies das Richteramt) auszuüben, was vor allem wichtig war bei Verwundungen, deren Ursachen gerichtlich untersucht oder verfolgt wurden. Diese Wundärzte (1544 waren es deren fünf in Rothenburg) hatten nach einer Lehr- und einer Gesellenzeit, die sie teilweise auf Wanderschaft verbrachten, eine Prüfung vor dem Stadtphysikus abzulegen, bevor sie ihre Profession ausüben durften.

In ihren Reihen gab es sehr frühzeitig Spezialisten; so ist in Rothenburg schon 1340 ein „medicus oculorum", 1404 ein „Augenmeister" nachzuweisen; sie verlegten sich vor allem aufs Starstechen. Andere spezialisierten sich auf Bruch- oder Steinoperationen („Steinschneider").

Nicht unerwähnt darf bleiben, daß die uralte, traditionsreiche, wesentlich aus dem medizinischen Wissen der Antike und des Islams gespeiste ärztliche Kunst der Juden auch in Rothenburg mit seiner großen, für die Stadt wirtschaftlich sehr bedeutsamen Judengemeinde vertreten und offenbar recht gesucht war. 1303 begegnet uns erstmals ein jüdischer Arzt in Rothenburg, ein „Mossche judeus medicus", und weitere Vertreter lassen sich verfolgen bis hin zu dem letzten Rothenburger Judenarzt, Josef Öhringer, der häufig an die Adelssitze und Fürstenhöfe der weiten Umgebung gerufen wurde, bis er mit der übrigen, inzwischen sehr klein gewordenen Judengemeinde 1519 ausgewiesen wurde.

Neben diesem vom Stadtregiment geregelten und überwachten amtlichen Heilwesen vollzog sich allerdings eine schwer zu kontrollierende, weil nur gelegentlich quellenkundig werdende Volksmedizin, die von der wirksamen Verwendung von Heilkräutern bis hin zum krassesten Aberglauben reichte. Die städtischen Henker taten sich dabei (etwa durch Handel mit Menschenfett) ebenso hervor wie die Hufschmiede und städtischen Marstaller als Viehärzte. Dazu kamen, besonders zu Messe- und Jahrmarktzeiten, die fahrenden Quacksalber, die, oft mit großem theatralischen Aufwand, ihre Wässerchen und Salben verkauften, Zähne ausdrehten und ab und zu auch spektakuläre Qperationen ausführten. Besonders die Zeit nach dem Dreißigjährigen Krieg war der Nährboden für solche, meist betrügerische und häufig deswegen ausgewiesene oder sonst gemaßregelte Scharlatane, die größten Zulauf hatten. Aber schon 1523 erfahren wir in Rothenburg vom Auftreten eines gewissen „Aristotiles des heidnischen meisters".

Schließlich müssen wir im Rahmen der niederen Heilberufe auch noch die Hebammen erwähnen. Auch sie tauchen in Rothenburg schon sehr früh (erstmals 1328) auf, zunächst wohl als privat tätige Geburtshelferinnen, aber schon im Mittelalter amtlich erfaßt, geprüft, überwacht, was nicht wundern darf, da sie ja lange Zeit das einzige gynäkologische Hilfspersonal darstellten. Auch hier waren die städtischen Physici als Prüfer und Gutachter tätig. Der Ausbildungs- und Leistungsstand der Rothenburger Hebammen scheint jedenfalls zu Beginn der Neuzeit recht gut gewesen zu sein, sonst wären die vielen Anforderungen von auswärts (z. B. bei Geburten am Hofe der Grafen von Hohenlohe) anfangs des 16. Jahrhunderts nicht zu verstehen.

Eine sehr strikte und regelmäßige Aufsicht führten die amtlichen Rothenburger Stadtärzte auch über die Apotheken, auf deren Zuverlässigkeit ja gerade sie besonders angewiesen waren. Ein „apothecarius" erscheint in den Rothenburger Quellen erstmals 1341; gegen Ende des 14. Jahrhunderts bezog ein fest angestellter städtischer Apotheker ein regelmäßiges Jahresgehalt. Im 15. Jahrhundert sind zweimal Ärzte genannt, die gleichzeitig auch Apotheker waren. Die eine (älteste), später auch Ratsapotheke genannt, scheint die „Löwenapotheke" am Marktplatz gewesen zu sein. An der gleichen zentralen Stelle in nächster Nähe des Rathauses entstanden im 16. und 17. Jahrhundert zwei weitere, die obere (Engel- oder Georgenapotheke) und die untere (Mohren- oder Adlerapotheke); letztere wurde zu Beginn des 19. Jahrhunderts vom Eckhaus der Hafen- und Schmiedgasse (Geißendörfer) auf das sogenannte „Jagstheimerhaus" (jetzt Marienapotheke) übertragen. – Eine Apothekerpflicht, die von allen Rothenburger Apothekern zu beschwören war, stammt aus dem Jahre 1522. – Unter den vielen tüchtigen Rothenburger Apothekern ist vor allem Johann Michael Schiller aus Windsheim (in Rothenburg 1785 bis 1825) hervorzuheben, der erste Besitzer der Marienapotheke, der äußerst vielseitig wissenschaftlich tätig war, eine Fachzeitschrift für Apotheker und sonstige Fachbücher herausgab und vorübergehend auch eine Ausbildungsstätte für Pharmazeuten in Rothenburg betrieb.

So war nach allen Seiten hin Sorge getragen, daß der reichsstädtischen Bürgerschaft nach den Möglichkeiten der jeweiligen Epoche, nach ihrem wissenschaftlich-medizinischen Kenntnis- und Wissensstand, die bestmögliche Krankheitsvorsorge und -behandlung zuteil wurde. – Nicht zuletzt auf den Verdiensten des städtischen Gesundheitswesens dieser vergangenen Jahrhunderte konnten dann die riesigen Fortschritte der Medizin im 19. und 20. Jahrhundert aufbauen.

Anschrift des Verfassers:
Stadtarchivar Dr. Ludwig *Schnurrer*, Stadtarchiv, 8803 Rothenburg o. d. T.

Dichterlesung

veranstaltet von der **Landesgruppe Bayern des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte** in Zusammenarbeit mit der **Bayerischen Landesärztekammer**

am 10. Dezember 1980

16.00 Uhr – Ärztehaus Bayern, München

Bayerische Schriftstellerärzte lesen in Lyrik und Prosa aus eigenen Werken unter dem Motto:

„Das Wort als Medizin"

Anmeldungen der Gäste für Teilnahme an der Lesung und am anschließenden Beisammensein erbeten an Dr. med. E. Stetter, Prechtlstraße 9, 8450 Amberg.

Fortschritte in der Untersuchung von Muskelbiopsien *

von D. E. Pongretz und G. Hübner

Aus der Medizinischen Klinik Innenstadt der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. E. *Buchborn)* und dem Pathologischen Institut der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. M. *Eder)*

Einleitung

Muskelbiopsien zur Diagnostik der Erkrankungen der Skelettmuskulatur werden bereits seit über 100 Jahren durchgeführt. Dieses größte Organ des Menschen galt jedoch lange Zeit als ein in der Beurteilbarkeit besonders unangenehmes Gewebe, weil es histologisch so wenig spezifische Veränderungen und so viele fließende Übergänge zwischen den einzelnen Krankheitsbildern bietet. Daraus mußte sich die Notwendigkeit ableiten, nach weiterführenden Techniken zu suchen, wobei sich insbesondere enzymhistochemische Untersuchungen, in ausgewählten Fällen aber auch histometrische, biochemische und ultrastrukturelle Methoden bewährt haben. Im folgenden soll beispielhaft über einige auf diesem Wege erzielte Fortschritte berichtet werden.

Fortschritte in der morphologischen Differentialdiagnose der häufigen neuromuskulären Erkrankungen

Myogene Dystrophie – neurogene Atrophie

Es mag auf den ersten Blick erstaunen, daß eine so fundamental wichtige Differentieldiegnose, nämlich die Entscheidung, ob ein Krankheitsbild primär peripher neurogen oder primär myogen bedingt ist, aus myopathologischer Sicht offensichtlich gelegentlich Probleme bereiten kann. Dies giit natürlich nicht für das ausgeprägte myogene bzw. neurogene Gewebssyndrom, wohl aber für einige teils besonders fortgeschrittene, teils gering eusgeprägte morphologische Substrate.

Die bereits als „klassisch" zu bezeichnende, seit den grundlegenden Arbeiten von Wilhelm Erb bekennte und unverändert gültige Charakteristik der Myopathien im Sinne der heredodegenerativen myogenen Dystrophien ist gekennzeichnet durch die Trias von

– diffusen interstitiellen Umbauvorgängen,

– einer ellgemeinen myopethischen Perenchymalteretion mit ebgerundeten Fasern, ektivierten und zentralständigen Kernen sowie vermehrten Kelibervariationen bzw.

– degeneretiven Muskelfeserveränderungen verschiedener Stedien bis hin zur Fasernekrose.

Die neurogene Muskeletrophie dagegen hat als Kardinalsymptom eine gruppierte Atrophie von Muskelfasern. Diese wiederum ist der Läsion einzelner motorischer Einheiten oder Teilen von ihnen zuzuordnen. Ausmaß und Größe der etrophischen Felder lassen qualitative und quantitative Rückschlüsse auf Ort und Schwere der Schädigung im Bereich des peripheren Motoneurons zu. Das nicht denervierte Muskelparenchym erscheint dabei nur in der Minderheit strukturell uneuffällig, viel häufiger entwickelt es unspezifische myopathische Phänomene als sogenennte „Begleitmyopathie" (Mittelbach), deren Genese vorwiegend über die Hypertrophie der Fasern mit nachfolgenden trophischen Störungen zu interpretieren ist.

Die Zone der histologischen Trennschärfe ist dann überschritten, wenn auf der einen Seite bei primär neurogenen Prozessen die felderförmige Atrophie in der Biopsie nicht oder nur gering erfaßt ist bzw. andererseits bei degenerativen Myopathien, insbesondere den benigneren Verlaufsformen der Muskeldystrophie im Erwachsenenelter, Faserdegenerationen und Interstitieller Umbau nur gering ausgeprägt sind oder vermißt werden. Hier kommt dem mit enzymhistochemischen Methoden verfeinert darstellbaren Gewebsmuster eine wichtige diagnostische Bedeutung zu. Die Reaktionen gestatten es, die beiden nicht nur morphologisch, sondern auch funktionell und biochemisch differenten Hauptfasertypen des Muskels, nämlich die eerobe tonische Typ I-Faser (= „rote" Muskelfaser) sowie die eneerobe tetanisch arbeitende Typ II-Faser (= „weiße" Muskelfaser) zu differenzieren bzw. von Ihnen weitere Untertypen zu ermitteln. Normelerweise sind die Skelettmuskeln des Menschen aus beiden Fasertypen zusammengesetzt, wobei lediglich – je nach Funktion des Muskels – der eine oder andere zahlenmäßig überwiegt. Generell findet man jedoch die beiden Typen im Muskelquerschnitt in mosaikartiger Verteilung vor.

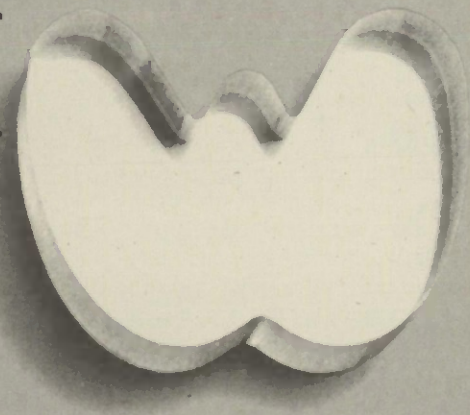
Hendelt es sich nun um eine primäre Schädigung des peripheren Motoneurons, so erfährt häufig dieses Mosaikmuster eine empfindliche Störung. Hier gehen Motoneurone bzw. Teile von ihnen zugrunde. Daneben kommt es im Falle der Reinnervation durch Aussprossung von Nervenfasern zur Vergrößerung stehengebliebener motorischer Einheiten. Gruppierte Atrophien, und seien sie auch noch so klein bzw. großflächige Areale, welche nur aus einem Fasertyp bestehen (sogenanntes type grouping-Phänomen), sind das myopathologische Korrelat dieser Schädigungsart des peripheren Motoneurons (Abb. 1 und 2). Bei primär myogenen Erkrankungen dagegen ist das Läsionsmuster regellos über das Parenchym verteilt und gehorcht nicht der Prädilektion des Ausfalles einzelner motorischer Einheiten (Abb. 3). Durch eine erhöhte Vulnerabilität von Typ II-Muskelfasern treten jedoch degenerative Veränderungen vor allem in diesem Fasertyp auf. Durch ihren bevorzugten Untergang resultiert schließlich ein Typ I-Faser-Überwiegen.

Eine besondere strukturell faßbare, dem neurogenen Gewebssyndrom zuzuordnende Faserveränderung stellt die sogenannte Target-Faser dar, welche isoliert in Typ I-Muskelfasern euftritt und besonders klar enzymhistochemisch durch ein kokardenartiges Dreischichtphänomen charakterisiert ist (Abb. 4a und b).

*) Die Arbeit wurde mit Unterstützung der Friedrich-Baur-Stiftung, München, und der Deutschen Forschungsgemeinschaft durchgeführt

Novothyral®

bevorzugt bei blander Struma



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

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

HORMON FORSCHUNG MERCK

E. Merck, Postfach 4119, 6100 Darmstadt 1

MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

94192

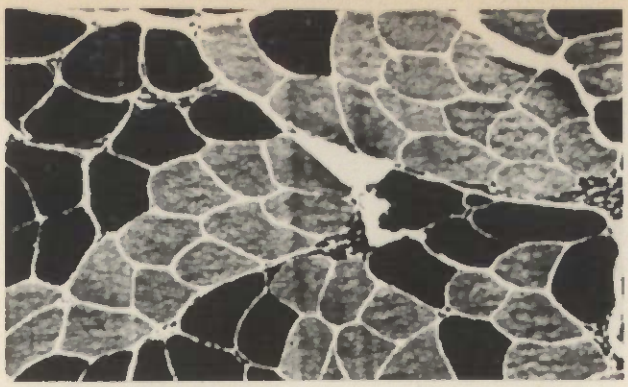


Abbildung 1
Neurogene Muskelatrophie
ATPase pH 9,4, 80 x
In kleinen Gruppen angeordnete Muskelatrophie. Angedeutetes sogenanntes type grouping-Phänomen im Restparenchym

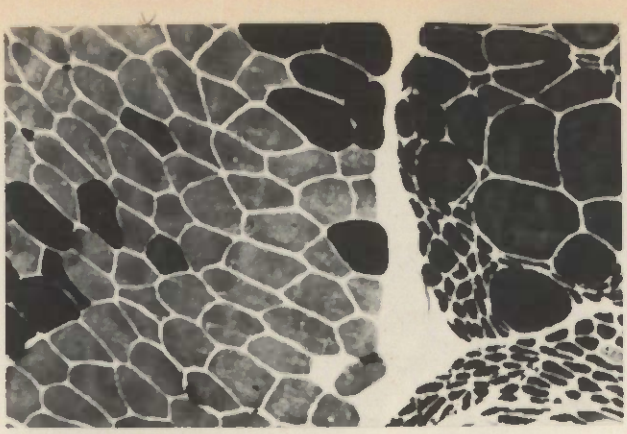


Abbildung 2
Neurogene Muskelatrophie
ATPase pH 9,4, 80 x
In größeren Gruppen angeordnete Muskelatrophie. Sogenanntes type grouping-Phänomen im Restparenchym

Eine weitere diagnostische Bereicherung stellt die Möglichkeit der elektronenmikroskopischen Untersuchung kleiner Nervenästchen dar, wie sie häufig in Muskelbiopsien enthalten sind. Dadurch kann nicht selten die wesentlich eingreifendere Nervenbiopsie überflüssig werden.

Myogene Dystrophie – Polymyositis

Auch beim Aufwerfen dieser Differentialdiagnose mag der in die Probleme der Myopathologie nicht Eingeweihte erstaunt sein, geht es doch hier um die kardinale Frage, inwieweit auf der einen Seite eine heredodegenerative, auf der anderen eine erworbene und im Regelfall therapierbare Muskelerkrankung vorliegt.

Auch hier ist im typischen Falle die Differentialdiagnose ohne Schwierigkeiten zu stellen. Das noch kurz zu charakterisierende Gewebssyndrom der Polymyositis ist im Gegensatz zu den degenerativen Myopathien durch eine vorwiegend lympho-histiozytäre Infiltration geprägt, welche im perimysialen und perivaskulären Bereich ihren Schwerpunkt hat, von dort aus jedoch diffus den ganzen Muskel durchwandern kann. Auf dem Boden dieser Infiltration, welche nach heutiger Kenntnis einem rein zellulären zytotoxischen Autoaggressionsvorgang entspricht, geht das den Infiltraten benachbarte Parenchym zugrunde. Schwierigkeiten tauchen vor allem bei Formen auf, welche aus letztlich nicht geklärten Gründen wenig oder gelegentlich in einigen Biopsiestückchen keine interstitiellen Infiltrate aufweisen und bei denen lediglich ein diffuser Parenchymbefall mit Faseruntergängen nachweisbar wird.

Die diagnostischen Hilfen ergänzender histochemischer, histometrischer und ultrastruktureller Befunde sind in diesem Dilemma folgendermaßen einzusetzen:

1. Das Gewebsmuster des Muskels weist bei der Polymyositis entsprechend der Prädilektion des entzündlichen Prozesses oft eine perifasziculäre Atrophie auf, auch wenn bereits eine diffuse Parenchymalteration vorliegt. Dieses histochemisch besonders gut faßbare Gewebs-

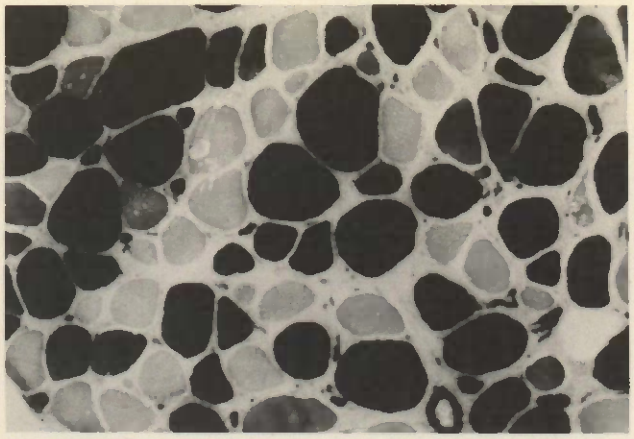


Abbildung 3
Myogene Dystrophie
ATPase pH 9,4, 80 x
Diffuse myopathische Parenchymalteretion mit vermehrten Kelibervariationen

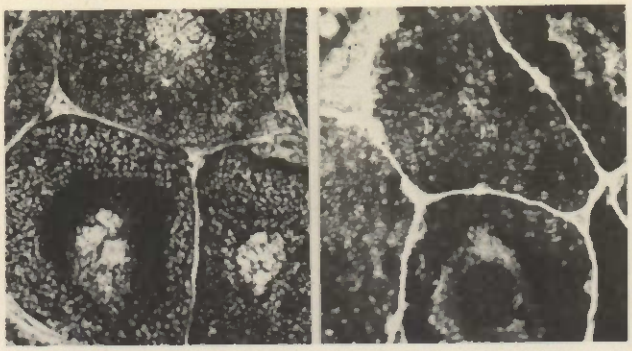


Abbildung 4 a + b
Target-Faser bei neurogener Muskelatrophie
links: NADH-TR, 320 x – rechts ATPese ph 9,4, 320 x
Typisches kokardenartiges Dreischichtphänomen, welches sich in den beiden Reaktionen reziprok verhält

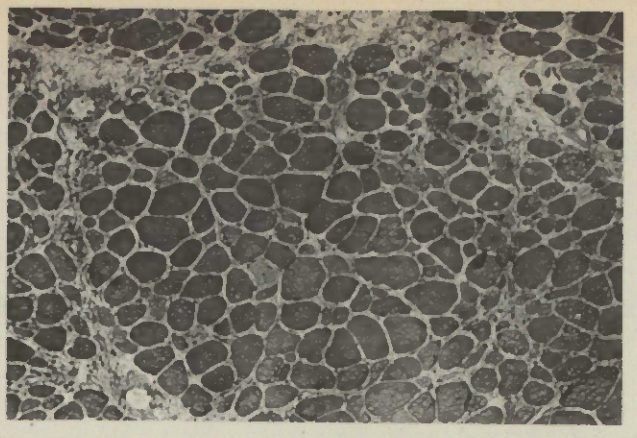


Abbildung 5

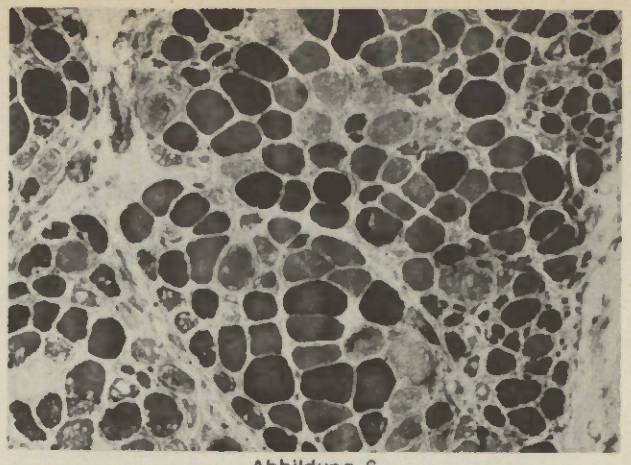


Abbildung 6

Polymyositis
Trichrom, 80 x – ATPase pH 9,4, 80 x
Bei nur sehr schütterer Zellintiltration erscheint der Parenchymuntergang im perimysialen Bereich betont. Enzymhistochemisch kommt eine sogenannte perifaszikuläre Atrophie deutlicher heraus

muster wird von keiner anderen neuromuskulären Erkrankung nachgeahmt (Abb. 5 und 6).

2. Histometrisch besteht bei den beiden Krankheitsgruppen, wie wir 1977 zeigen konnten, ein differentes Größenverhalten vor allem der Typ II-Faser, welche bei den degenerativen Myopathien vorwiegend im hypertrophischen Bereich liegt, während sie bei Polymyositiden eher kleiner ist als die Typ I-Faser (Abb. 7).

3. Ein wertvoller ultrastruktureller Befund bei der Polymyositis ist der Nachweis tubulärer Strukturen überwiegend in Gefäßendothelien des Muskels, eine Strukturbesonderheit, welche bei den differentialdiagnostisch abzugrenzenden degenerativen Myopathien nicht erhoben werden kann (Abb. 8).

Fortschritte in der morphologischen Diagnostik der kongenitalen Myopathien mit strukturellen bzw. biochemischen Besonderheiten

Hierbei handelt es sich um eine nach heutiger Kenntnis zwar seltene, jedoch sich durch Einzelbeobachtungen von Jahr zu Jahr vergrößernde Gruppe von Myopathien, welche nur durch die modernen Methoden der Enzymhistochemie und Elektronenmikroskopie diagnostisch faßbar werden. Es handelt sich hier um Krankheiten, die uns nicht nur im Verständnis bestimmter Strukturveränderungen und biochemischer Anomalien dieses Organs weiterbringen, sondern auch in Anbetracht ihrer geklärten Pathophysiologie erste Ansätze für eine kausale Therapie bieten. Was die Prognose anlangt, so ist diese – verglichen mit den dystrophischen Myopathien – häufig wesentlich besser einzustufen.

Diese Myopathien sind mit der üblichen Routinehistologie nicht oder nur unzureichend zu erkennen. Diagnosen wie „universelle Muskelhypotrophie" oder „atypische Muskeldystrophie mit nur geringen Strukturanomalien", unter welchen sie früher subsumiert wurden, dürften in Zukunft wohl zu streichen sein.

Kongenitale Myopathien mit Strukturbesonderheiten des kontraktilen Gewebes

Unter den „Webfehlern" der Muskelfibrillen ist vor allem die sogenannte central core disease zu nennen, ein Krankheitsbild, bei welchem es zu

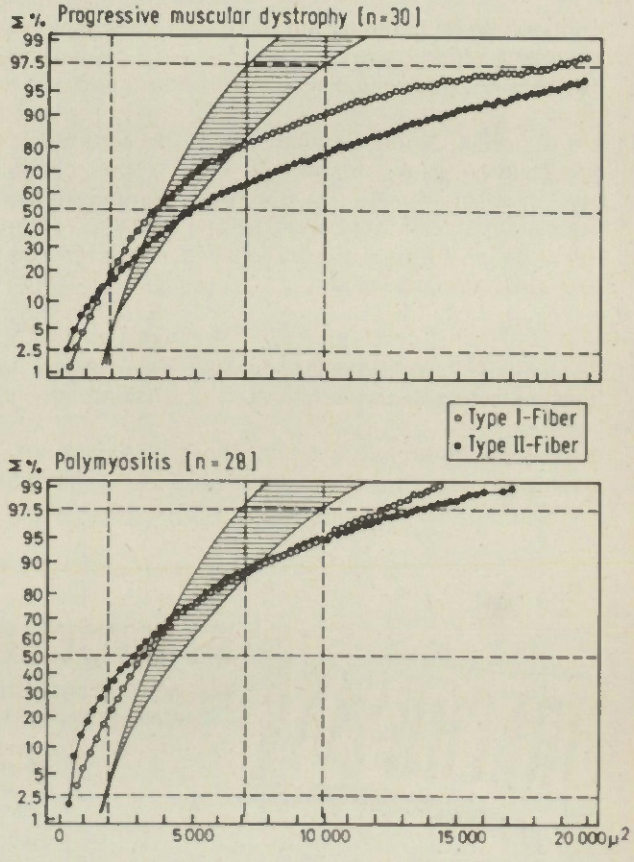


Abbildung 7
Sogenanntes Megahistogramm von 30 progressiven Muskeldystrophien sowie 28 Polymyositiden. Die Summenprozentkurven der kleineren Typ I-Fasern und größeren Typ II-Fasern des aus 39 Fällen ermittelten metrischen Normalbereiches sind durch die schraffierten Flächen verbunden

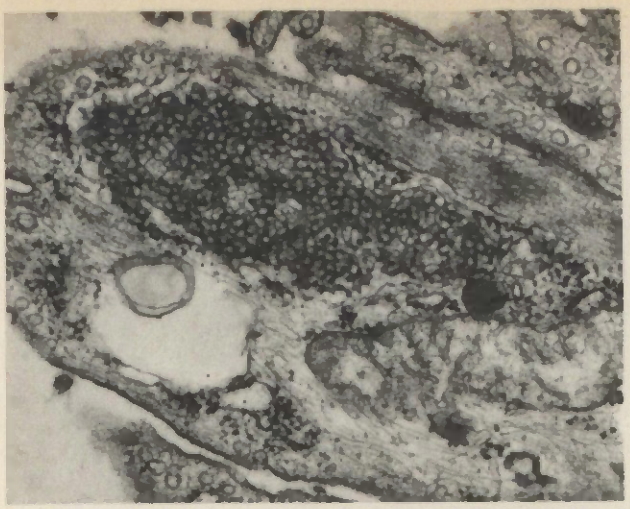


Abbildung 8
Polymyositis
Elektronenoptisch erkennt man in einer Kapillar-Endothelzelle eine Ansammlung zahlreicher sich durchflechtender tubulärer Strukturen, 32 000 x

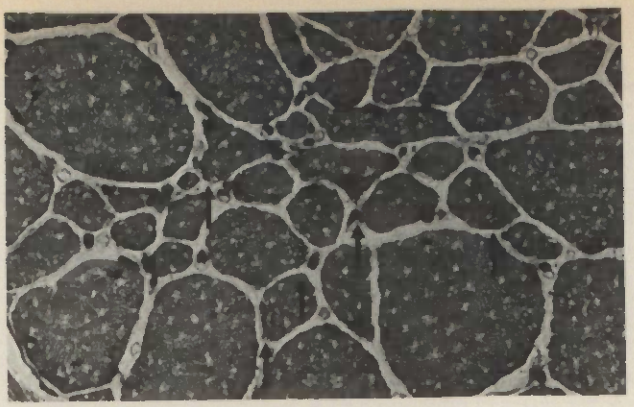


Abbildung 9
Stäbchenmyopathie (nemaline myopathy)
Trichrom, 320 x
Neben einem leichten myopathischen Gewebssyndrom mit vermehrten Kaliberverietlonen fallen vor allem in der Peripherie zahlreicher Muskelfasern kleine stäbchenförmige Gebilde auf (Pfeile)

scharf umrissenen Zusammenballungen der Myofibrillen innerhalb fast aller sonst normal strukturierter Muskelfasern kommt. Eine weitere derartige Anomalie ist die sogenannte Stäbchenmyopathie (nemaline-myopathy), die durch atypisches vermehrtes Z-Streifenmaterial zwischen den Myofibrillen charakterisiert ist, welches oft in fischzugartiger Anordnung auftritt (Abb. 9 und 10).

Kongenitale Myopathien mit abnormer Strukturierung bestimmter Zellorganellen

Die abnorme Strukturierung einzelner Zellorganellen betrifft z. B. bei den mitochondrialen Myopathien isoliert die Mitochondrien, bei anderen seltenen Formen ausschließlich das sarkotubuläre System.

Kongenitale Speichermyopathien mit biochemischen Besonderheiten

Besonderes Interesse, auch der Biochemiker, müssen die sogenannten Speichermyopathien beanspruchen. Führende Strukturbesonderheit ist hierbei eine Vakuolisierung von Muskelfasern, wobei die Hohlräume bei üblicher histologischer Untersuchung meist optisch leer erscheinen, da die entsprechende Speichersubstanz durch die Fixierung herausgelöst ist. Erst die ergänzende histochemische Analyse von Gefrierschnitten gestattet den sicheren Nachweis der Ablagerung bestimmter Stoffwechselprodukte in diesen Arealen, wobei es sich teilweise um Glykogen, teilweise um Lipide, seltener auch um andere Materialien handelt. Inzwischen konnte die biochemische Basis der sogenannten Glykogenosen mit Beteiligung der Skelettmuskulatur weitgehend aufgedeckt werden. Es handelt sich jeweils um den genetisch determinierten Mangel eines bestimmten Enzyms, welches zur Glykogenakkumulation führt. Leider haben sich hier bisher noch keine praktikablen Therapiemöglichkeiten ergeben.

Die biochemischen Bemühungen um die Aufklärung der sogenannten Lipidspeichermyopathien stecken noch in den Anfängen. Hier zeichnen sich jedoch erfreulicherweise bereits erste Ansätze für eine kausale Behandlung ab. Eine der bisher bekanntgewordenen Varianten dieser Krankheitsgruppe stellt die sogenannte Carnitin-Mangelmyopathie dar, welche morphologisch neben einer vermehrten Neutralfettspeicherung mit einer Alteration der Mitochondrien des Muskels einhergeht (Abb. 11, 12 und 13). Die biochemische Basis dieses Krankheitsbildes ist der Mangel an Carnitin, einer Substanz, welche für die Oxydation langkettiger Fettsäuren essentiell ist. Bei der Carnitin-Mangelmyopathie ist die orale Substitution mit Carnitin eine Behandlungsmöglichkeit der Erkrankung.

Schlußfolgerungen

Aus den dargestellten Beispielen geht hervor, daß die modernen Methoden der Enzymhistochemie, Histometrie, Elektronenmikroskopie und Biochemie die Möglichkeiten

RECORSAN®
RECORSAN-LIQUID.
Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Crataegus-Adonistherapie des Altersherzens
Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.
In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis, Visc. elb. ää 8,7 g, Aplum grav., Auricul. ää 7,3 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,14
Recorsen-Gesellschaft Gräfelfing

uricovac m

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

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

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

Stand 2-1980

LABAZ

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

Erfolg durch Forschung

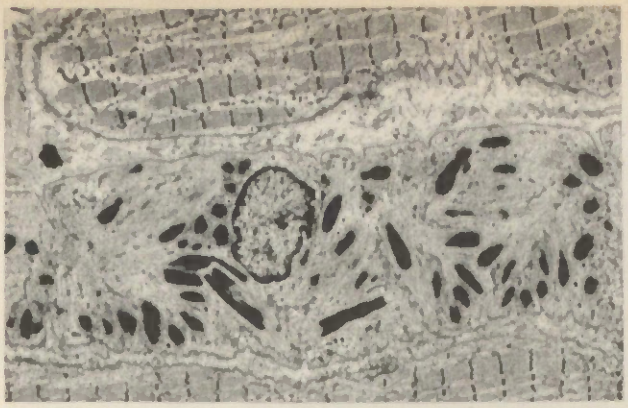


Abbildung 10
Stäbchenmyopethie (nemaline myopathy)
Elektronenoptisch erkennnt man in einer hochgradig regressiv veränderten Muskelfaser zahlreiche stäbchenförmige strahlendichte Faserein-schlüsse, 2000 x

Abbildung 11

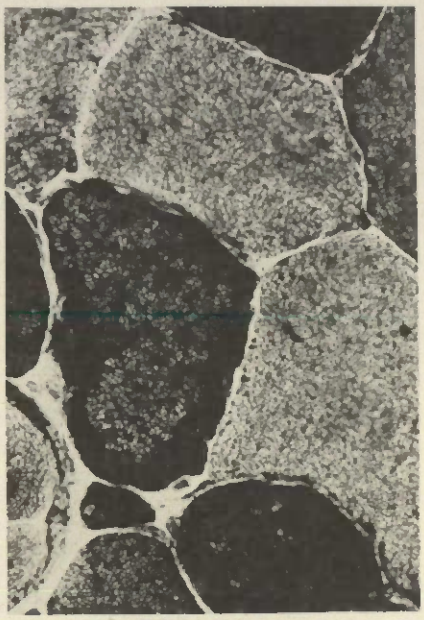


Abbildung 12

Carnitin-Mangelmyopathie
links: Sudanschwarz, 320 x rechts: NADH-TR, 320 x
Vermehrte Verfettung sowie vergröberte oxydative Enzymektivität in Typ I-Muskelfasern

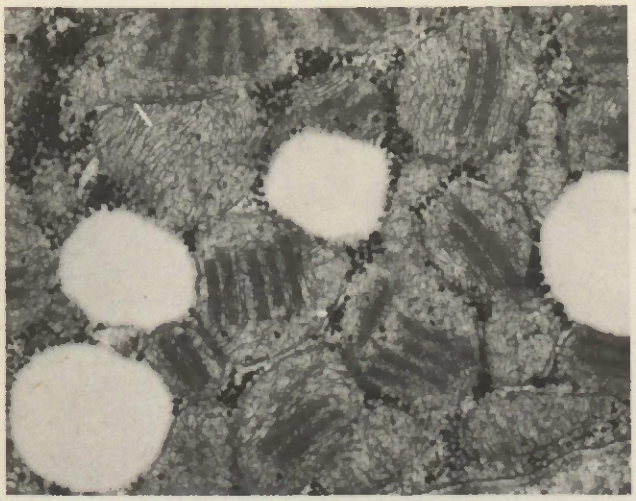


Abbildung 13
Carnitin-Mangelmyopathie
Der elektronenoptische Ausschnitt aus einer Muskelfeser zeigt vermehrt rundliche Fetttropfen (hell) sowie eine Ansammlung ebnorm strukturierter Mitochondrien mit rechteckigen intramitochondrielen Einschlüssen, 32 000 x

der Untersuchung einer Muskelbiopsie entscheidend erweitert haben.

Für die Praxis bedeutet dies, daß man sich zumindest bei klinisch und histologisch nicht eindeutig geklärten Fällen dieser ergänzenden Methoden speziell eingerichteter Laboratorien bedienen muß. Die enzymhistochemische Untersuchung des Muskels ist in der Routinediagnostik nur schwer zu etablieren, da sie an nativem, nicht fixiertem Gewebe durchgeführt werden muß. Dies hat zur Voraussetzung, daß die Biopsie am Ort des entsprechenden Labors entnommen oder alternativ mit einer speziellen Verpackung innerhalb von Stundenfrist transportiert wird. Was die ergänzenden Methoden der Histometrie und Elektronenmikroskopie anlangt, so dienen sie im wesentlichen als „diagnostisches Verstärkerprinzip". Auf sie wird der Erfahrene, wenn er sich lange genug mit metrischen Befunden sowie dem ultrastrukturellen Korrelat bestimmter Strukturanomalien beschäftigt hat, in ihm bekannten Fällen zunehmend wieder verzichten können. Sofern jedoch weitere ungewöhnliche Strukturbefunde auftauchen, welche meist eine neue Variante einer Myopathie bedeuten, ist die ergänzende ultrastrukturelle Analyse unumgänglich.

Literatur (Auswehl)

DUBOWITZ, V. end M. H. BROOKE: Muscle Biopsy: A Modern Approech. Seunders, London, 1973.

JERUSALEM, F.: Muskalerkrenkungen. Klinik – Therepia – Pethologie. Thieme, Stuttgart, 1979.

MITTELBACH, F.: Oie Begleitmyopathie bei neurogenen Atrophien. Springer, Berlin, 1966.

PONGRATZ, O.: Differentialdiegnose der Erkrenkungen der Skelettmuskulatur an Hand von Muskelbiopsien. Enzymhistochemische und histometrische Untersuchungen zur besonderen Vulnerebilität der Typ II-Feser. Thieme, Stuttgert, 1976.

PONGRATZ, O. end Ch. KOPPENWALLNER: Histochemicel end myometric investigetions of the morphologicel differential diegnosis between polymyositis end dystrophic myopathias. 11th World Congress of Neurology, Amsterdam, September 11-16, 1977, Excerpte Medica, Amstardam, 1977.

Anschrift der Verfasser:

Privatdozent Dr. med. D. E. *Pongretz*, Muskelhistologisches Lebor, Ziemssenstreße 1, 8000 München 2
und
Professor Dr. med. G. *Hübner*, Thalkirchner Straße 36, 8000 München 2

Konfliktberatung beim Schwangerschaftsabbruch

Ärztlich bedeutsame Gesichtspunkte

von H.-P. Kriegisteiner und R. Strigl

Aus der Frauenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. med. E. *Waidl*)

1. Einleitung

Das 15. Strafrechtsänderungsgesetz vom 18. Mai 1976 sieht zur straflosen Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches ein kompliziertes System zu erfüllender vertahrensmäßiger Voraussetzungen vor. Dieses Feststellungssystem, das an die Stelle der früheren Gutachterausschüsse trat, gilt für alle vom Gesetzgeber vorgesehenen Indikationen: die medizinische, die kindliche, die kriminologische und die Notlagenindiketion.

In praxi ergibt sich hierbei ein vierstufiges Vertahren:

1. Schritt (§ 218 b Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 StGB): die Sozialberatung (entfällt bei medizinischer Indikation)

2. Schritt (§ 218 b Abs. 1 Nr. 2 StGB): Aufklärung der Schwangeren in einem ausführlichen Gespräch über die „ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte" des Abbruches.

3. Schritt: Ausstellen einer Feststellungsbescheinigung über das Vorliegen einer vom Gesetzgeber vorgesehenen Indikation.

Die Reihenfolge der Durchführung ist prinzipiell gleichgültig, wünschenswert ist jedoch ein zeitsparender, die Schwangere nicht überfordernder Ablauf.

Das Bayerische Gesetz über die Sozialberatung Schwangerer vom 5. August 1977, Art. 6, sieht vor, daß die Sozialberatung vor der ärztlichen Konfliktberatung erfolgen „soll".

4. Diese Schritte müssen vor dem eigentlichen Abbruch durchgeführt sein.

Der den Schwangerschaftsabbruch durchführende Arzt kann in Personalunion die ärztliche Konfliktberatung (2. Schritt), nicht aber die Sozialberatung (1. Schritt) und die Indikationsfeststellung (3. Schritt) vornehmen. Er ist zudem verpflichtet, „letztverantwortlich" zu prüfen, ob eine gesetzliche Indikation vorliegt und die zu beachtenden Fristen nicht überschritten sind. Als Operateur ist er in jedem Fall verantwortlich für die korrekte Aufklärung und Einwilligung der Schwangeren.

„Die Aufklärung muß auf solche möglichen Gefahren und Folgen hinweisen, die für die Entscheidung der Schwangeren verünftigerweise Relevanz besitzen" (Hannack, 1978).

2. Abbruchmethoden

Jeder in das Feststellungssystem eingeschaltete Arzt sollte über die gebräuchlichen Interruptiomethoden orientiert sein, da die Abbruchfolgen teilweise in hohem Maße vom gewählten Vorgehen abhängig sind. Ein wesentlicher Bestandteil der Aufklärung ist der Hinweis auf die Komplikationsdichte bei dem gewählten Verfahren. Zudem ist es rechtlich anfechtbar, eine Patientin ohne deren ausdrückliche Einwilligung einem anderen als dem mit dem geringsten Risiko behafteten Vertahren zu unterwerten.

2.1. *Chirurgische Methoden*

2.1.1 Dilatation und Kürettage

Der Zervikalkanal wird meist in Vollnarkose mit Hegar-Stiften, Hank- oder Landau-Dilatatoren aufgedehnt und dann das Kavum mit stumpfer, eventuell auch scharfer Kürette entleert. Dieses Verfahren ist auf die ersten zwölf Schwangerscheftswochen (= SSW) beschränkt. Als Variation wird bis zur 16.SSW die Dilatation und Abortausräumung mittels Abortzange und anschließender Saugkürette empfohlen (Cates, 1978).

2.1.2 Saugkürette (Dilatation und Evakuation)

Nach geringer Dilatation wird eine Saugkanüle von mindestens 6 mm, maximal 8 bis 9 mm Außendurchmesser eingeführt und der Kavuminhalt bei $-0{,}6$ bis $-0{,}7$ kp/cm² abgesaugt. Die Saugkürette ist bis zur 12.SSW als Methode der Wahl zu bezeichnen. Der Vorteil liegt in der geringen Dilatation des Zervikalkanals. In der Frühschwangerschaft kann der Eingriff deshalb häufig in Lokelanästhesie durchgeführt werden (Intra- und Parazervikalanästhesie), wodurch Allgemeinanästhesiebedingte Komplikationen entfallen.

Nach einer Studie von Cates (1975) waren immerhin 15,4 Prozent von 104, 1972 bis 1975 in den USA registrierten Todesfällen nach legalem Abort Narkosezwischenfälle. Die forcierte Dilatation ist zudem sicher der bedeutendste Faktor bei der Entstehung von Spätkomplikationen. Nach einer WHO-Studie von Edstroem (1973) lag die Quote aller Komplikationen nach Saugkürette zwischen 0,8 und 7,3 Prozent, nach klassischer Kürette zwischen 5,4 und 15,3 Prozent. Bis auf seltene Ausnahmen kann im ersten Trimenon auf eine konventionelle Nachkürettage verzichtet werden (Schweppe, 1980).

Die Komplikationsrate der nachstehend beschriebenen medikamentösen Methoden ist bei Anwendung vor der 16.SSW besonders hoch. Es entsteht also zwischen der 12. und 16.SSW ein methodisches Niemandsland. Einige Autoren empfehlen für diesen Zeitraum die Abortausräumung mit der Zange und anschließende Nachräumung mit dem Vakuumaspirator (Beller, 1978). Auch wir haben mit diesem Vorgehen gute Erfolge erzielt.

Nach der Bundesstatistik wurden 1976 32,7 Prozent aller Abbrüche mittels Saugkürette durchgeführt, im zweiten Quartal 1979 waren es bereits 63,2 Prozent. Gegensinnig sank die Zahl der Kürettagen von 57 Prozent auf 30 Prozent. Diese Entwicklung ist begrüßenswert. Die von der WHO für Dänemark, die DDR, England und die USA angegebenen 90 Prozent sind jedoch nicht erreichbar, da in diesen Ländern ein Großteil der Abbrüche wegen der anders gearteten Rechtssituation in den frühen Schwangerschaftswochen durchgeführt wird.

2.1.3 „Menstruationsregulierung" mittels Endometriumaspiration

Die von Kermann und Potts (1972) angegebene Endometriumaspiration kenn als Veriante der Vekuummethode angesehen werden.

Bis zu 14 Tegen nach Ausbleiben der Menstruetionsblutung wird ein Plastikkatheter von 3 bis 5 mm Durchmesser in den nicht vorgegedehnten Zervikelkanel eingeführt und das Endometrium mit dem befruchteten Ei mittels einer Spritze abgeseugt:

Als Voraussetzungen gelten (Beller, 1978):

– Amenorrhoe von maximal sechs Wochen

– (Noch) negativer Schwangerschaftstest

– Fehlende subjektive Hinweise auf eine Schwangerschaft

– Mangelnder Wunsch der Patientin nach einer exakten Diagnose

Die Versagerquote betrug bei 11 000 in den Jahren 1972/73 in Bangladesh durchgeführten Eingriffen ein Prozent.

In der Bundesrepublik Deutschland ist diese Methode ohne Indikationsstellung entsprechend dem Gesetz nicht erlaubt, da der Gesetzgeber den Beginn einer Schwangerschaft euf den 13. Tag nach Beginn der letzten Regel festlegte.

2.1.4 Andere operative Methoden

Bei bestimmten medizinischen Indikationen, die eine gleichzeitige Hysterektomie els wünschenswert erscheinen lassen, kann diese in einem möglichst frühen Schwangerschaftsstadium auf abdominalem und vaginalem Weg durchgeführt werden. Obwohl der Eingriff technisch meist nicht schwieriger ist als bei der Nichtschwangeren, liegt die Mortalität dennoch um eine Zehnerpotenz höher als die der üblichen Aborttechniken vor der zwölften Schwangerschaftswoche. Die Indikationsstellung muß elso hier sehr streng sein (Beller, 1978).

In einigen Fällen des zweiten Trimenons, wie z. B. bei medikamentös nicht zu beherrschender Eklampsie, wird man auch heute noch die sectio parva durchführen müssen, um das Kavum schnellstmöglich zu entleeren.

Pharmakologische Methoden wären hier zu zeitreubend. Die Risiken sind als mindestens so hoch wie bei der regulären Sektio anzusetzen.

2.2 *Medikamentöse Methoden*

Medikamentöse Methoden zur Interruptio wurden in der Bundesrepublik Deutschland 1979 (zweites Quartal) in 4,0 Prozent der Fälle eingesetzt. Nach Tietze (1975) liegen die Vergleichszahlen für die USA bei 10 bis 15 Prozent. Als Wirkstoffe kommen Kochsalzlösungen verschiedener Konzentretion, Harnstoff, Rivanol und Prostaglendine in Frage.

Der Einsatz medikamentöser Methoden zielt auf zweierlei Wirkungen:

– Vorbereitung eines instrumentellen Abbruches im ersten Trimenon. Bei hohem Dilatationsrisiko sollte die Portio im Sinne eines „softenings" oder „primings" vorbehandelt werden. Wir applizieren bei allen Primiparae, sowie bei Abbrüchen im zweiten Trimenon, als ersten Schritt eines zweitzeitigen Verfahrens Prostaglandin-Gel in den Zervikelkanal. Die Aborterfolgsrate bei Anwendung als selbständige Methode liegt bei etwa 20 Prozent (Hölzel, Berle, 1978). Systematische Nebenwirkungen sind gering.

– Zweifellos bedeutsamer ist die Abortinduktion im zweiten Trimenon, wenn das Risiko operativer Methoden unzumutbar steigt.

Prinzipiell sind folgende Applikationswege möglich:

1. Intraamniale Applikation

Die transabdominale Punktion der Fruchthöhle ist ab der 16.SSW möglich, wenn der Uterus die Symphyse übersteigt. Unter Ultraschallkontrolle (Jonatha, 1975) wird die Amnionhöhle punktiert, die korrekte Lage durch Fruchtwasseraspiration geprüft und anschließend durch die Kanüle ein Katheter vorgeschoben. Mehrfachinstillationen sind hierdurch möglich. Der Dosisbedarf ist hier am höchsten – besonders bei Einmelepplikation –, entsprechend grevierend sind die Nebenwirkungen bei felscher Lokelisetion. Als Vorteil kenn die geringe Belästigung der Patientin nach erfolgter Instillation angeführt werden.

2. Extraamniale Applikation

In einem meist zweitzeitigen Verfahren wird zunächst der Zervikalkanal durch Laminar-Stifte gedehnt oder die Portio mittels „priming" vorbehandelt. Sodann wird ein dicklumiger Ketheter bis hinter den inneren Muttermund vorgeschoben. Vorteilhaft ist hier der geringe Dosisbederf, wodurch die Nebenwirkungen gesenkt werden. Als Nechteile schlegen das erhöhte Infektionsrisiko, das durch großzügige Antibiotikagabe beherrschbar ist (Kreibich, 1977), sowie der hohe Personalaufwand bei der Betreuung der Patientin zu Buche.

3. Intremuskuläre und intravenöse Injektion

Eine ebortive Wirkung bei diesem Applikationsweg ist lediglich bei den Prostaglandinen zu erwarten. Naturgemäß sind hier generelisierte Nebenwirkungen häufig. Die in jüngster Zeit mit dem synthetischen 16-Phenoxy-Prostaglandin-E 2 (Sulproston) bei intravenöser Dauerinfusion gemachten Erfehrungen lassen jedoch aufgrund der Akzeptanz durch die Patientinnen und dem guten Abortinduktionseffekt gewisse Hoffnungen zu.

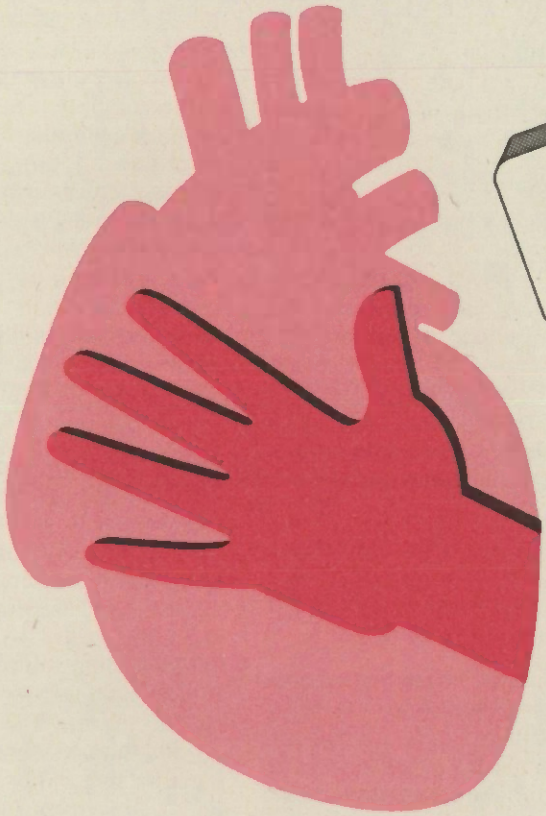
2.2.1 Kochsalzlösungen

Die Instillation hypersaliner Lösungen (meist 20% NaCl) in die Amnionhöhle wurde 1957 erstmals von Aburel (Rumänien) zur Abortinduktion verwendet. Das Verfahren breitete sich besonders in Osteuropa, Japan und den USA aus. Ein Großteil der Amnionflüssigkeit (etwa 100 bis 200 ml) wird abgesaugt und durch eine identische Menge an NaCl-Lösung ersetzt. Der Wirkmodus ist unkler. Diskutiert wird eine Störung der plazentaren Progesteronproduktion, sowie eine mechanische Irritation durch Entleerung und Wiederauffüllung. Die Gefahren sind nicht unbeträchtlich: Hypernatriämie, Fieber, Hämolyse, Myometriumnekrosen. Die methodenspezifische Mortalitätsquote liegt nach verschiedenen Mitteilungen mit 0,016 Prozent (USA) bis 0,3 Prozent (Japan) in einem unvertretber hohen Bereich. Der Tod tritt hierbei meist durch Schock und Verbrauchskoagulopathie ein. Diese Methode ist also abzulehnen.

Diskutiert wird weiterhin die extraamniale Instillation physiologischer Kochsalzlösung. Ernste Komplikationen wurden hier nicht beobachtet, der abortive Effekt scheint ausreichend zu sein.

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack® Retard



Seda Nitro Mack® Retard

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

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

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

Wechselwirkungen: Durch Seda Nitro Mack Retard kann die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka verstärkt werden. Cumarin-Derivate, Griseofulvin und orale Kontrazeptiva erleiden einen beschleunigten Wirkungsverlust. Während einer Antikoagulantien-Therapie erfordern Barbituratgaben daher eine genaue Kontrolle der Blutgerinnungswerte. **Hinweis:** Seda Nitro Mack Retard kann, auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch, das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierung:** Im allgemeinen 2–3 Kapseln täglich. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,15; O.P. mit 100 Kapseln DM 31,15; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 27,30; O.P. mit 100 Kapseln DM 47,35; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Seda Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,95; A.P. mit 5 x 50 Kapseln.

(Stand Febr. 1980)

2.2.2 Prostaglandine

Die Prostaglandine stellen derzeit das Mittel der Wahl bei Abbrüchen im zweiten Trimenon dar, wobei die intraamniale wie die extraamniale Instillation möglich ist. Über die intrezervikale Gel-Applikation sowie die intravenöse Infusion von Sulproston wurde bereits berichtet.

Prostaglendine sind stoffwechselaktive Lipide, die ubiquitär im Körper vorkommen und eine Reihe von Hormonwirkungen modulieren. Eine streng organspezifische Wirkung auf den Uterus ist deshalb nicht zu erreichen. Allen Prostaglandinen gemeinsam sind folgende Nebenwirkungen:

– Magen-Darm-Trakt-Reaktionen (Kontraktionen, Diarrhoe)

– Kopfschmerzen, Erbrechen, Übelkeit, Temperaturanstieg

Die klinisch derzeit am häufigsten angewandten Prostaglandine E 2 und F 2α haben zusätzliche spezifische Nebenwirkungen (Haller, Kubli, 1978). PE 2 bewirkt eine ausgeprägte Bronchodilatation sowie eine Blutdrucksenkung, PF 2α eine Bronchokonstriktion, einen Druckanstieg im kleinen Kreislauf, allgemein eine Gefäßkonstriktion, die auch die zerebrele Durchblutung betrifft und Krampfanfälle zur Folge haben kann.

Angesichts der geringen Organspezifität dieser potenten Pharmaka ist deren Verwendung bei folgenden Grundkrankheiten kontraindiziert: Epilepsie, Leber- und Nierenschädigung, Asthma, Hypertonie, Koronarinsuffizienz

Lebensbedrohliche Komplikationen treten in etwa zwei Prozent der Fälle auf, bei intraamnialer Applikation wurden bisher die meisten Todesfälle beschrieben (CDC-Studie).

Aus diesem Grunde dürfen Prostaglandine nur gegeben werden, wenn folgende Sicherheitsvorkehrungen getroffen sind (Schmidt-Matthiesen, 1978):

– Applikation unter den Bedingungen einer Notfalltherapie (liegende Infusionskenüle, bereitstehendes Reanimationsinstrumentarium, Anästhesist in Bereitschaft)

– Vorhandensein eines spezifischen Antidots bei Gefäß- und Bronchokonstriktion (z. B. Berotec-Spray, Antihistaminika, Prednison)

– Punktion der Amnionhöhle unter Ultraschallkontrolle und Wirkstoffinstillation über einen intreamnialen Plestikkatheter

Wir selbst geben der extraamnialen Applikation den Vorzug und führen eb der 15. SSW obligat folgendes Regime adjuvanter Maßnahmen durch:

– Gründliche internistische und anästhesiologische Vorbereitung

– 12 bis 16 Stunden vor dem eigentlichen Eingriff Intrazervikale Applikation eines Prostaglandin-Gels als „priming". Blocken des äußeren Muttermundes mit einem Portioadapter, wodurch sich eine höhere Wirkortkonzentration ergibt.

Antibiotikagabe

Anlegen eines Schockblatts

Beginn der Intensivüberwachung

– Einführen eines dicklumigen Katheters extraamnial

Blocken mit 50 ml NaCl

Fixieren unter Zug am Oberschenkel der Patientin, so daß das untere Uterinsegment belastet wird.

– Fraktionierte Instillation der Prostaglandinlösung und zusätzliche intravenöse Oxytocininfusion nach Einsetzen erster Kontraktionen zur Abkürzung der Abortzeit

– In jedem Fell vorsichtige Nachkürettage zur Vermeidung von Retentionen. Bei Beckenendlagen jenseits der 20. SSW intrakavitäre Kranioklastie zur Vermeidung von Zervixläsionen

2.2.3 Harnstoff

Anelog zur intraamnialen Kochsalzinstillation injizierte Burkmann (1978) 60 % Harnstofflösung. Die Methode soll komplikationsarm sein, die nachteilig langen Ausstoßungszeiten lassen sich nur bei zusätzlicher Gabe von Prostaglandinen und Oxytocin abkürzen.

2.2.4 Rivanol

Die Instillation erfolgt extraamnial (70 ml; 0,1 %). Der Wirkeffekt soll neben einer direkten Myometriumstimulation auf einer lokalen Prostaglandinliberation beruhen. Als Vorteile werden eine schonende Zervixdilatation sowie eine geringe Rate an Infektionen engegeben (gute bakterlostatische Wirkung eußer gegenüber Proteus). Allerdings liegen die Abortzeiten ziemlich hoch (Hensel, 1977).

2.3 Interruptio und gleichzeitige Sterilisetion

Für die gleichzeitig durchgeführte Sterilisation sprechen neben der Zeitersparnis und wirtschaftlichen Gründen der Vorteil nur einer Narkose. Die Infektionsrate (auch bei laparoskopischer Durchführung) wird im allgemeinen als erhöht beschrieben. Obwohl in der Literatur unterschiedliche Meinungen vertreten werden, ist anzunehmen, daß sich bei gleichzeitiger Durchführung die Komplikationsraten zweier Eingriffe zumindest addieren. Der Aufklärung der Patientin muß in diesen Fällen besondere Sorgfalt gewidmet werden, da die Konfliktsituation die Frau zu einem voreiligen, später bereuten Entschluß führen könnte. Zudem muß der Eindruck vermieden werden, der Abbruch würde eher durchgeführt, falls Zustimmung zu einer gleichzeitig vorgeschlagenen Sterilisation erfolgt.

2.4 Interruptio und gleichzeitige Intrauterinpessar-Einlage

Die Insertion eines Intrauterinpessars unmittelbar nach der Interruptio erscheint vor allem bei fortgeschrittener Schwangerschaft als nicht opportun. Das Expulsionsrisiko wird zwar als kaum erhöht beschrieben; wegen der Gefahr inflammatorischer Prozesse warten wir jedoch – besonders wenn die Weiterbetreuung der Patientin sichergestellt ist – die nächste Menstruation ab. Erscheint die Patientin jedoch als unzuverlässig, dann ist die Einlage eines IUP das wohl kleinere Übel. In jedem Fall sollte das ärztliche Gespräch vor dem Abbruch dazu genutzt werden, Versäumtes bei der Antikonzeptionsberatung nachzuholen.

3. Komplikationen

Nach Angaben des Weltgynäkologenverbandes werden, weltweit gesehen, durch den Schwangerschaftsabbruch mehr Geburten verhindert als durch Pille oder Intreuterinpessar. Unsere Kenntnisse über das Ausmaß hierdurch entstandener Komplikationen sind demgegenüber erstaunlich gering.

Bis zum Quartalsende nach dem Schwangerschaftsabbruch soll der ihn durchführende Arzt eine Meldung an das Statistische Bundesamt abgeben. Hierbei müssen auch Angaben über beobachtete Komplikationen gemacht werden. In Berlin wurden 1978 jedoch 47 Prozent der auf Krankenschein abgerechneten Abbrüche nicht gemeldet, in München 60 Prozent (Mayer, 1979). Die uns zugänglichen Zahlen über Frühkomplikationen müssen bei dieser Meldepraxis äußerst vorsichtig interpretiert werden. Bei Spätfolgen sind wir fast gänzlich auf Hochrechnungen sowie Mitteilungen aus dem Ausland angewiesen.

3.1 Mortalität

Die Mortalitätsziffern schwanken von Land zu Land beträchtlich und erklären sich aus der unterschiedlichen Zusammensetzung des Patientenguts. Hierbei ist eine deutliche Abhängigkeit von Methode und Zeitpunkt des Eingriffes erkennbar. Ab der zwölften SSW (d. h. ab der zehnten Woche nach Konzeption) steigen die Gefahren beträchtlich. Im internationelen Vergleich ist die jeweilige Rechtssituation zu beachten. Überwiegen aus medizinischer Indikation durchgeführte Eingriffe, so sind die Zahlen ungünstiger, da hier die Ausgangsrisiken durchschlagen. Nach einer Studie von Tietze (1972 bis 1975) waren die hauptsächlichen Todesursachen Infektionen, Narkosezwischenfälle und Blutungen.

In der Bundesrepublik Deutschland wurden 1977 acht, 1978 ein Abbruch mit Todesfolge mitgeteilt (54 309 bzw. 73 548 gemeldete Abbrüche).

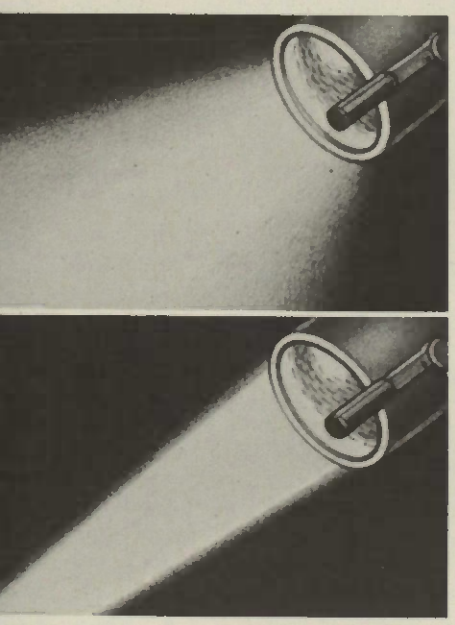
3.2 *Frühkomplikationen*

Unter Frühkomplikationen verstehen wir Komplikationen, die in Abhängigkeit vom interrupierenden Eingriff auftreten oder in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang damit stehen. Die früher mitgeteilten Zahlen schwanken zwischen zehn Prozent (JPSA-Studie, USA, 1971) und 27 Prozent (Carlton, England, 1971). In der Bundesrepublik Deutschland wurden 1977 und 1978 Frühkomplikationsraten von 4,6 Prozent bzw. 3,5 Prozent mitgeteilt, was trotz der angeführten Vorbehalte einen günstigen Wert darstellt. Die Komplikationshäufigkeit lag bei der Saugkürette mit 2,7 Prozent am niedrigsten. Die konventionelle Kürette war in vier Prozent von Frühkomplikationen begleitet, medikamentöse Methoden in 6,4 Prozent. Die Morbidität zeigt, wie die Mortalität, eine starke Zunahme mit der Schwangerschaftsdauer. Kruschwitz (1973) fand bis zur zwölften SSW acht Prozent, danach 25 Prozent. Bei Re-Interruptio findet man eine Verdoppelung der Frühkomplikationen (Seewald, 1973).

3.2.1 Zurückbleibende intekte Schwangerschaft

Bei Aborten bis zur zwölften SSW wird die Notwendigkeit eines zweiten Eingriffes zur Elimination der Frucht in der Literatur mit 1,3 bis 2,1 Prozent angesetzt (Beller, 1978). Naturgemäß ist hier die Dunkelziffer besonders hoch. In der Bundesstatistik finden sich keine einschlägigen Angaben.

Das perfekte Licht der UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte erleichtert richtige Diagnosen



Nutzen Sie die umfassende Leuchten-Erfahrung von ORIGINAL HANAU für Ihre tägliche Praxis. Die UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte formt Licht so, wie Ärzte es brauchen: Hell und kühl, ähnlich dem Tageslicht, damit Sie sicher diagnostizieren können.

Leuchtfeld wahlweise breit, weich und schattenarm oder sehr hell auf den Fokus konzentriert.

Die UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte folgt der Hand widerstandslos und bleibt in der gewählten Position stehen, so daß sie für Diagnose oder Eingriff ideale Ausleuchtung bietet.

Wählen Sie das Modell, welches zu Ihrer Praxis paßt: Die Deckenleuchte mit 174 cm Aktionsradius, die platzsparende Wandarm-Ausführung oder das höhenverstellbare Stativgerät.

Die UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte nach dem System HANAU LUX® -

hilft Ihnen, Diagnosefehler durch irreführendes Licht zu vermeiden.
Fordern Sie den Prospekt mit weiteren Informationen gleich telefonisch oder schriftlich an.

ORIGINAL HANAU Heraeus GmbH
Höhensonne-Straße · D-6450 Hanau
Telefon (06181) 363-1

Die diuretische Langzeittherapie
erfordert ausgewogene und kontinuierliche Wirksamkeit

Seit 12 Jahren eine bewährte Kombination

Zusammensetzung:
1 Dragée Aldactone 50-Saltucin enthält 50 mg Spironolacton mikronisiert und 5 mg Butizid.

Indikationen:
Kardiale Ödeme, wenn Glykoside und andere Diuretika nicht ausreichen; Leberzirrhose, wenn Aldactone allein nicht ausreicht; Ödeme verschiedener Ursache, bei gleichzeitig vorliegendem sekundären Aldosteronismus.

Kontraindikationen:
Schwere Niereninsuffizienz, Hyperkaliämie oder Hyponatriämie; Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum.

Nebenwirkungen:
Während einer Langzeittherapie kann in seltenen Fällen eine Hypo- oder Hyperkaliämie auftreten.
Deshalb sollte bei längerer Therapie eine regelmäßige Kontrolle des Elektrolythaushaltes durchgeführt werden. Dies gilt insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion und bei Serum-Kalium-Spiegeln von ca. 5 bis 6 mval/l.
Darüber hinaus kann es wie bei jeder diuretischen Therapie auch unter der Aldactone-Medikation bei klinisch gesunder und bei geschädigter Niere zu einem reversiblen Anstieg harnpflichtiger N-haltiger Stoffe kommen. Bei prädisponierten Patienten muß der Harnsäure- bzw. Kohlenhydratstoffwechsel überwacht werden, da es wegen der Saluretikum-Komponente zu einer Verschlechterung der Stoffwechselsituation kommen kann. Bei Mann und Frau kann es zu gesteigerter Berührungsempfindlichkeit der Mamillen, zu Gynäkomastie bzw. Mastodynie, sowie in ebenfalls sehr seltenen Fällen zu Stimmveränderungen in Form von Heiserkeit, Vertiefung (bei Frauen) oder Erhöhung (bei Männern) der Stimmlage kommen. Diese Nebenwirkungen gehen bei manchen Patienten auch nach Absetzen des Präparates nicht zurück. Deshalb ist die therapeutische Notwendigkeit gegenüber dem Risiko abzuwägen; insbesondere bei Berufen, bei denen die Stimme eine besondere Bedeutung hat (z. B. Theater, Lehrberufe).
Bei Frauen sind außerdem gelegentlich Menstruationsstörungen – in seltenen Fällen bis zur Amenorrhoe – sowie ein Hirsutismus beobachtet

Aldactone® 50-Saltucin®

- Wirksame Diurese durch additiven Effekt
- Schonende Diurese über 24 Stunden – ohne Diurese-Spitzen
- Physiologische Kalium-Balance

Deshalb für die Langzeittherapie prädestiniert

Aldactone® 50 – Saltucin®
seit 12 Jahren bewährt
für die Ödemtherapie bei sekundärem Aldosteronismus

Die harmonische Kombination von Aldactone und Thiaziden wird weltweit erfolgreich eingesetzt.

vorden, beim Mann können gelegent-ich Potenzstörungen euftreten. Allergische Hautreaktionen, zentral-ervöse Nebenwirkungen wie Lethar-gie und Ataxie und gestrointestinale Nebenwirkungen sind möglich. Patienten, deren Tätigkeit hohe Kon-zentretion erfordert, z. B. Kraftfahrer, sollten auf mögliche Kreislaufstörun-gen eufmerksam gemecht werden.

Dosierung:
Durchschnittlich 1–2 Dragées Aldactone 50-Saltucin täglich.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:
Bei gleichzeitiger Gabe von Aldactone und kaliumsparenden Substanzen (Amilorid, Triemteren) sowie bei gleichzeitiger medikamentöser Kelium-Gabe kenn es zu einer uner-wünschten Erhöhung des Serum-Kalium-Spiegels kommen.
Es ist zu beachten, daß Aldactone die Wirkung von Antihypertonika verstär-ken und die von Carbenoxolon her-ebsetzen kann und daß durch Acetyl-salicylsäure und ihre Salze die eldo-steron-entagonistische Wirkung ver-mindert sein kenn. Durch die Thiezid-Komponente kenn die Wirkung von Antidiabetika vermindert werden.

Hinweis:
Da mit tierexperimentellen Methoden nicht mit Sicherheit zu ermitteln ist, ob ein Medikament beim Menschen teratogen wirkt, wird darauf hin-gewiesen, daß euch die Verordnung von Aldactone und Aldactone-Sal-tucin-Kombinationen während einer Schwangerschaft kritisch abgewogen werden muß.

Für Ihre Verordnung:
Aldactone® 50-Saltucin®

OP mit 20 Dragées	DM 33,70
OP mit 50 Dragées	DM 74,76
AP mit 500 Dragées	

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt, z. Zt. gül-tige Auflege: September 1978. Auch informiert Sie gern unser Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

mannheim boehringer
Boehringer Mannheim GmbH
6800 Mannheim 31

3.2.2 Uterusperforation

Das Perforationsrisiko wird mit 0,1 bis 0,7 Prozent angegeben (Bundesstatistik 1978: 0,26 Prozent, wobei die konventionelle Kürettage riskenter ist (Edelmann, 1974).

Die Perforation selbst stellt keinen Kunstfehler dar, wohl eber das Nichterkennen und Unterlassen weiterer Maßnahmen. Falls die Perforation mit einem kleinen stumpfen Instrument erfolgte, kann man sich auf Beobachtung und Kontraktivagabe beschränken. Bei Perforation mit einer Kürette ist die operative Revision des Abdomens zwingend indiziert. Eventuell reicht ein Übernähen der Perforationswunde aus. In manchen Fällen ist jedoch die Hysterektomie unumgänglich. Die chirurgische Versorgung weiterer Verletzungen kann zusätzlich erforderlich sein.

3.2.3 Blutungen

Die meisten Blutungen sind durch unvollständige Ausräumung und Retention verursacht. Im zweiten Trimenon kommen dann noch Atonien hinzu, die sich gelegentlich nur durch Hysterektomie beherrschen lassen. Nach Untersuchungen von Schweppe (1980) ist im ersten Trimenon mit der Saugkürette eine schonendere und vollständigere Entleerung des Cavum uteri zu erreichen. Stärkere Blutverluste sind hier deshalb seitener.

Mit Nachblutungen über 500 ml ist in etwa ein Prozent der Fälle zu rechnen.

3.2.4 Infektionen

Das Infektionsrisiko liegt bei mindestens 1,5 Prozent. Die Bundesstatistik wies 1978 fieberhafte Verläufe von über 38° C in 0,7 Prozent aus. Da Blutung und Entzündung einander prädisponieren, muß die Möglichkeit einer Retention immer in Betracht gezogen und häufig eine Zweitkürettage angeschlossen werden. Inwieweit hier eine Mehrbelestung beim ambulanten Abbruch vorliegt, läßt sich noch nicht endgültig abschätzen, jedoch sollten derartige Eingriffe auf die achte SSW limitiert bleiben und im „Krankenhaus oder doch in einer besonders zugelassenen Einrichtung erfolgen. Der Eingriff in der schlichten Arztpraxis ist, von Eilfällen ebgesehen, aus rechtlicher Sicht grundsätzlich nicht sachgemäß" (Hanack, 1978).

3.2.5 Zervixrisse

Zervixrisse wurden nach der Bundesstetistik in 0,18 Prozent reglstriert, wobei sich wiederum die Saugkürette als wesentlich schonender erwies. Allerdings bleiben hier wohl die meisten kleineren Traumata, die letztendlich summiert zur Insuffizienz führen, unbemerkt (vgl. 3.3.2).

3.3 *Spätkomplikat*ionen

In der Bundesrepublik besteht keine Meldepflicht für Spätfolgen. Bräutigam und Koller (1978) erzielten nach Hochrechnungen eine Erwartungswahrscheinlichkeit möglicher Komplikationen von 7,77 Prozent. Mit einer numerischen Verdoppelung gegenüber den Primärschäden ist in jedem Fall zu rechnen (Kirchhoff, 1975).

Tietze (1977) wies auf die vielen Fehlermöglichkeiten retrospektiver Studien hin, exakte prospektive Untersuchungen sind jedoch nur sehr schwierig durchzuführen. Der Leidensdruck auf die Patientin ist, bedingt durch die Art der Störungen, häufig nicht groß, so daß die Gefahr der Bagatellisierung naheliegt.

Für den pathophysiologischen Entstehungsmechenismus der Spätschäden sind drei Faktoren wesentlich:

– Läsion der Zervix

– Beeinträchtigung des Endo- und Myometriums

– Entzündung und/oder Thrombosierung der Tuben

Da diese Schäden von den verschiedenen Interruptiomethoden zweifellos in unterschiedlichem Maß verursacht werden, ergibt sich der Zwang nach Optimierung der Technik und zeitgerechtem Einsatz der Methoden.

Wir halten derzeit folgendes Vorgehen für sinnvoll:

– 1. Bis zur 12. SSW Saugkürette; „priming" bei Erstgravida

– 2. 12. bis 15. SSW: „priming", Abortzange, Nachkürettage mit Saugkürette

– 3. Ab 16. SSV: „priming", eventuell Quellstifte, extraamnial Prostaglandin, Oxytocin i. v., Nachkürettage

3.3.1 Abort

Lembrych (1972) spricht von einer Verdoppelung des Abortgeschehens, ähnliche Zahlen gibt Kreibich (1978) an. Blutungen im Sinne eines abortus imminens sind ebenfalls häufiger (Knorre, 1976). Nach Schulze (1978) endet jede vierte Schwangerschaft nach Interruptio als Abort und nur ein Drittel verläuft ohne Komplikationen.

Das Abortgeschehen ist sicher multifaktoriell bedingt, die Störmechanismen Zervixinsuffizienz und Nidationsstörung sind jedoch evident.

3.3.2 Zervixverschlußstörungen

Zwahr (1975) wies unterschiedliche morphologische Bilder des gestörten Zervixverschlusses nach Interruptio hysterosalpingographisch nach. Nach Kirchhoff kann man folgende Störungen unterscheiden:

– Stenosierung durch Narbenbildung: hieraus resultieren Schwierigkeiten in der Eröffnungsperiode. Die Gefahr von Zervixrissen unter der Geburt steigt bei Erst- und Mehrparae erheblich (Knorre, 1976).

– Dilatation des Zervikalkanals, besonders des inneren Muttermundes: die Brutraumabdichtung ist gestört; was zum gehäuften vorzeitigen Blasensprung führt (von Massenbach, 1975; Knorre, 1976).

– Synechien im Kavum (Asherman-Syndrom)

Schulze (1978) fand in 27,7 Prozent späterer Schwangerschaften eine Zervixinsuffizienz, die Cerclage-Häufigkeit ist nach Brecka (1974) und Knorre (1976) sechsfach erhöht.

3.3.3 Plazentationsstörungen

Entzündungen und/oder Trauma führen zu Endometriumsstörungen. Diese Eibettschäden haben Störungen der Plazenta zur Folge: placente praevia, vorzeitige Lösung, Störungen der Nachgeburtsperiode, wie inkomplette Lösung, Ausbleiben der Spontanlösung sowie Atonien (Knorre, 1976; eigene Untersuchungen, 1977).

Plazentafunktionsstörungen, Mangelgeburten, Mißbildungen und intrauteriner Fruchttod nach Interruptio werden diskutiert (Wynn, 1972).

3.3.4 Sterilität, ektopische Schwangerschaften

Im Verlauf postabortaler Entzündungen tritt in einem Teil der Fälle eine

ein- oder beidseitige Salpingitis auf (Bundesstatistik 1978: Adnexitis und Parametritis 0,63 Prozent). Das subjektive Krankheitsgefühl wie der objektive Tastbefund sind jedoch nicht unbedingt mit den resultierenden Veränderungen korreliert. Entzündungen nach Saugkürettage sind wohl seltener, allerdings kann hier in die Tuben eingepreßter Gewebsbrei leichter zur Thrombosierung führen. Ist der Verschluß inkomplett, so kann es zu einer ektopischen Schwangerschaft kommen. Cernoch (1973) fand bei demographischen Untersuchungen einen parallel zur Interruptiozahl verlaufenden Anstieg und Abfall von Extrauteringraviditäten.

3.3.5 Feto-maternale Transfusion

Durch Einpressen fetaler Erythrozyten kann es bereits in frühen Gestationsstadien zur Iso-Immunisation mit der Gefahr der Erythroblastose kommen. In der achten SSW findet man in fünf bis sechs Prozent im mütterlichen Gefäßsystem fetale Erythrozyten (Krebs, 1971). Die Immunisationsgefahr ist bei der Saugkürette geringer als bei klassischer Kürette (Aszalatos, 1972).

Diese Schädigung läßt sich durch eine routinemäßige Blutformelbestimmung und Anti-D-Prophylaxe (300 µg) bei Rh-negativen Patienten fast vollständig eliminieren. Die Unterlassung dieser Maßnahme ist ein Kunstfehler.

3.3.6 Psychosexuelle Störungen

Psychologische Spätfolgen, wie Gewissensbisse und Schuldgefühle, hängen neben der individuellen Persönlichkeitsstruktur in hohem Maße vom jeweiligen Grad der gesetzlichen Liberalisierung der Interruptio und deren Wechselwirkung mit der öffentlichen Meinung ab.

Bei einer wirklich zwingenden Indikation erfolgt die Verarbeitung sicherlich leichter. In diesem Zusammenhang ist die psychische Betreuung jugendlicher Patientinnen vor und nach dem Abbruch von besonderer Bedeutung. Beim zahlenmäßig größten Teil der Patientinnen wird das Sexualleben nicht oder nur wenig beeinträchtigt (Mall-Haefeli, 1978).

3.4 Auswirkungen auf nachfolgende Schwangerschaften

Die Auswirkungen des Schwangerschaftsabbruches auf nachfolgende Schwangerschaften und Geburten ist naturgemäß am schwersten zu objektivieren, da eine Fülle von medizinischen Faktoren zur Geburt eines „low birth-weight infant" führen können. Persönliche Gewohnheiten, z. B. Rauchen, gehen hier ebenso zusätzlich ein wie soziale Faktoren und Umwelteinflüsse.

Auch bei sorgfältig geplanten prospektiven Studien werden die zu untersuchenden Kollektive (Kontrollen, Schwangerschaften nach Spontanabort bzw. Interruptio) nie ganz vergleichbar sein. Interpretationen, die in Abhängigkeit von vorgefaßten Meinungen stehen, ist somit ein weites Feld eröffnet.

Eine Zunahme untergewichtiger Kinder und Frühgeburten nach Abruptio ist erklärbar durch

– Mangelnde Kavumabdichtung, dadurch

– Vorzeitiger Blasensprung und vorzeitiger Wehenbeginn

– Beeinträchtigung der Nidationsmöglichkeiten

– Soziale Faktoren, die bereits zur Interruptio führten.

Als besondere Risikogruppen werden von der WHO genannt:

– Frauen mit wiederholten Aborten

– Frauen unter 17 Jahren

– Frauen, bei denen die erste Schwangerschaft abgebrochen wurde.

Leider summieren sich die Risiken der beiden letzten Gruppen häufig. Einige Studien aus den Niederlanden, den USA und Singapur fanden keine Zunahme untergewichtiger und frühgeborener Kinder. Untersuchungen früherer Jahre sind angesichts der heute stark verbesserten Operationstechniken nicht mehr aktuell. Am aussagekräftigsten erscheinen jüngere Untersuchungen aus der DDR. Nieber (1977) und Voigt (1977) sahen lediglich einen leichten Anstieg untergewichtiger Kinder, der sich aber statistisch nicht absichern ließ (5,5 Prozent gegenüber 6,7 Prozent und 6,3 Prozent gegenüber 7,1 Prozent).

Dagegen fand Kreibich (1978) Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2500 g nach Interruptio in 10,2 Prozent gegenüber 5,5 Prozent in einem unbelasteten Vergleichskollektiv, Zwahr (1979) 10,7 Prozent gegen über 5,1 Prozent. Nach Schulze (1978) steigt die Frühgeburtenrate nach Interruptio von 6,8 Prozent auf 18,4 Prozent, um fast das Dreifache. Knorre (1976) betont, daß die Frühgeburtenrate besonders nach Abbruch der ersten Schwangerschaft stark erhöht wird:

I. Para 21 Prozent (4,9 Prozent)

II. Para 15 Prozent (3,6 Prozent)

Da die Frühgeburtlichkeit das zentrale Problem der perinatalen Medizin ist, schlagen sich diese Zahlen auch in der perinatalen Mortalität nieder: Schulze fand im belasteten Kollektiv 3,1 Prozent, was einer Steigerung von 0,9 Prozent entspricht.

4. Konsequenzen

Aus diesen Fakten leiten sich folgende Forderungen an Staat und Ärzteschaft ab:

4.1 Der hohe Anteil der in der Bundesstatistik ausgewiesenen Erstschwangeren und Jugendlichen, bei denen ein Abbruch vorgenommen wurde, erfordert eine Intensivierung präventiver Maßnahmen, speziell für diese Zielgruppe.

4.2 Der Schwangerschaftsabbruch ist als Methode zur Familienplanung ungeeignet.

4.3 Eine Optimierung der Abbruchtechniken ist anzustreben. Der Meldepflicht sollte deshalb sorgfältiger als bisher nachgekommen werden. Wünschenswert ist eine zusätzliche Registrierung von Spätfolgen.

4.4 Schwangerschaften nach Interruptio sind als Risikoschwangerschaften, Geburten als Risikogeburten einzustufen und bedürfen besonders sorgfältiger Überwachung.

4.5 Die Aufklärung der Patientin muß das aktuelle und spätere persönliche Risiko wie auch die mögliche Gefährdung nachfolgender Schwangerschaften beinhalten.

Literatur bei den Verfassern

Anschriften der Verfasser:
Privatdozent Dr. med. H.-P. *Krieglsteiner*, Oberarzt, und Dr. med. R. *Strigl*, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Stoffwechselkrankheiten in Klinik und Praxis

63. Fortbildungstagung in Regensburg

(Schluß)

Professor Dr. A. Schrader, München:

Die diabetische Polyneuropathie

Trotz der bisher überzeugenden Forschungsergebnisse beim Diabetes mellitus sind insbesondere bei den neurologischen Begleiterscheinungen noch viele Fragen offengeblieben. Das periphere Nervensystem des Zuckerkranken ist ähnlich wie das Gefäßsystem in seiner Gesamtheit an der basalen Stoffwechselstörung beteiligt. Die verschiedenen peripher neurologischen Erscheinungsbilder sind lediglich Teilaspekte einer an sich generalisierten Erkrankung des peripheren Nervensystems, die sich entweder als Neuralgie, Neuritis, als Schwerpunktpolyneuritis oder als eigentliche Polyneuropathie im Rahmen des diabetischen Spätsyndroms manifestieren. Aufgrund der allgemeinen stoffwechselbedingten Belastungssituation ist das periphere Nervensystem des Zuckerkranken gegenüber allen zusätzlichen Schädigungen weitaus empfindlicher als das des Gesunden. Gewissermaßen schafft die chronisch-diabetische Stoffwechselsituation die Voraussetzungen dafür, daß sich die verschiedenen pathogenetischen Teilfaktoren schädigend auf das periphere Nervensystem auswirken können. Infolgedessen sind gerade beim Diabetiker relativ häufig lokalisierte Neuralgien, sensible Neuritiden, reversible Monoparesen oder auch akut auftretende Neuritiden mit Para- oder Tetraparesen zu beobachten. Diese sind jedoch von der eigentlichen diabetischen Polyneuropathie als häufigste Manifestationsform des diabetischen Spätsyndroms abzugrenzen.

Die diabetische Polyneuropathie manifestiert sich bei rund 50 Prozent der Altersdiabetiker zwischen dem vierten und fünften Lebensjahrzehnt. Die beiden anderen Komponenten des diabetischen Spätsyndroms, die Retinopathie und die Glomerulosklerose, treten seltener auf. Als Vorbedingung der Neuropathie spielen offenbar Krankheitsdauer, Ausmaß der metabolischen Störung und die Stoffwechselführung eine gewichtige Rolle. Allerdings haben sich eindeutige Beziehungen zwischen Stoffwechselsituationen und Neuropathie bisher nicht objektivieren lassen. So ist bekannt, daß sich peripher-neurologische Syndrome bereits bei asymptomatischen bzw. subklinischen Diabetikern manifestieren können. Möglicherweise eriangen die so häufigen Begleiterkrankungen des Diebetes für einen Teil der Fälle zusätzliche Bedeutung. Verdauungs- und Resorptionsstörungen bei diabetischer Fettleber oder chronischer Gastroduodenitis (Vitamin B_{12}-Mangelerscheinungen), die Neigung zu bakteriellen Infekten (Zystopyelitiden, Pyodermien, Bronchopneumonien), die häufige Kombination mit Hyperurikämie, und nicht zuletzt der Nikotin-, Alkohol- und Tablettenabusus verdienen besondere Beachtung. Letzteres gilt besonders für ältere Patienten, die wegen schmerzhafter Gelenkerkrankungen oder langjähriger Schlafstörungen ständig Medikamente einnehmen.

Erscheinungsbild und Krankheitsverlauf der diabetischen Polyneuropathie sind stark variabel. Man unterscheidet heute zwischen dem klassisch-symmetrischen, vorwiegend sensiblen Syndrom und einem asymmetrischen, vorwiegend motorischen Syndromenkomplex. Zwischen beiden gibt es zahlreiche Übergangsformen. Den jeweiligen Ausfallserscheinungen sind vegetativ-trophische Störungen beigesellt, die bisweilen als autonome Neuropathie die Szene beherrschen. Leitsymptom der klassischen diabetischen Neuropathie sind sensible Reiz- und Ausfallserscheinungen, besonders an den Füßen, eine abgeschwächte oder aufgehobene Vibrationsempfindung und ein Verlust der Sehnenreflexe. Diese distal betonten Mißempfindungen werden häufig als Ertaubungsgefühl, als Kälte- oder Kribbelperästhesien beklagt. Daraus entwickeln sich seltener intensive Gliederschmerzen mit häufigen Muskelkrämpfen und qualvollen Kausalgien an den Fußsohlen. Als häufigstes und objektives Frühsyndrom sind Störungen der Tiefensensibilität hervorzuheben, also Herabsetzung oder Verlust der Vibrations- und Lageempfindung. Motorische Ausfallserscheinungen treten im Gesamtbild der diabetischen Polyneuropathie zurück. Vor ellem sind massive Pare- und Tetraparesen, wie sie bei allen infektiösen toxischen Polyneuropathien gesehen werden, ausgesprochen selten. Zumeist wird über eine gesteigerte Ermüdbarkeit bzw. Muskelschwäche, besonders in den Beinen, geklagt. Infolge einer Parese der Fußheber kann ein typischer Steppergang resultieren, dem sich bei gestörter Tiefensensibilität ataktisch-dysmetrische Syndrome aufpropfen.

Alle peripher-neurologischen Symptome, die beim Zuckerkranken auftreten, sind an sich unspezifisch, so daß erst nach Ausschluß anderer Krankheitsursachen ein Zusammenhang mit der basalen Stoffwechselstörung angenommen werden darf. Ein schwieriges Kapitel stellen Regulationsstörungen des Urogenitalsystems dar. Das gilt in gleicher Weise für die diabetische Blase wie für die Sexualfunktion. Schon bei jüngeren Zuckerkranken muß mit einer atonischen Blasenlähmung gerechnet werden. Häufig bleiben die initialen Entleerungsstörungen für längere Zeit unbemerkt. Selbst eine stark überdehnte Blase mit enormem Füllungszustand (500 ml und mehr) wird vom Kranken toleriert, wenn Harndrang und Schmerzgefühl bei diabetischer Neuropathie aufgehoben sind. Daß aber ein ständig vermehrter Harndrang den so häufigen Zystopyelitiden des Zuckerkranken Vorschub leistet, liegt auf der Hand. Von derartigen Komplikationen abgesehen, erfordern Detrusorschwäche bzw. Austreibungsstörungen der Blase gerade beim Diebetiker eine sorgfältige neurologisch-urologische Analyse, um Fehlentscheidungen im Hinblick auf das Grundleiden zu vermeiden. Beim Mann ist trotz erhaltener Libido häufig eine Impotentia coeundi, bei der Frau eine sekundäre Anorgasmie zu beobachten. Hiermit verbunden sind häufig psychische Probleme. Therapeutisch ist hiergegen, insbesondere durch psychotherapeutische Verfahren und Hormonkuren, nichts auszurichten.

Strophanthin macht seinen Weg

Strodival® perlingual

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

Zusammensetzung: Eine Zerbeiß-Kapsel **Strodival® perlingual** sowie eine Schluck-Kapsel **Strodival® mr** enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in oleophiler Phase. **Indikation:** Linksmyokardschaden. **Kontraindikationen:** Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände. Vorsichtig dosieren bei Erregungsleitungsstörungen. Vorsicht bei gleichzeitiger i.v. Kalziumtherapie. **Nebenwirkungen:** Bei **Strodival® perlingual** können vereinzelt Schleimhautreizungen im Mund und im Digestionstrakt auftreten. In diesem Fall Absetzen der Therapie und anschließend "einschleichender" Neubeginn (mit kleinsten Dosen in Zahl und Häufigkeit beginnend und langsam steigernd) oder ausweichen auf **Strodival® mr**, das nahezu nebenerscheinungsfrei vertragen wird.

Weitere Angaben zu den Strodival® Präparaten:
Dosierung und Anwendungsweise: Stets nach Bedarf und Erfolg, d.h. bis zum bestmöglichen Beseitigen der Herzsymptome

Strodival® mr

magensaftresistent

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

• **Sofortbehandlung:** Zum Beheben eines Angina pectoris-Anfalles oder Herzkollapses sofort 2 bis 3 Kapseln **Strodival® perlingual** zerbeißen und den ausgepreßten Kapselinhalt in der Mundschleimhaut einige Minuten einwirken lassen, ohne dabei einer Speichelbildung Vorschub zu leisten. Die Kapselhülle schlucken oder ausspucken. • **Dauerbehandlung:** 2 bis 4 mal täglich 1 bis 2 **Strodival® perlingual** Kapseln zerbeißen wie bei der Sofortbehandlung. – Sofern es bei der perlingualen Strodival Anwendung zu Mundschleimhautreizungen kommt, ist die magensaftresistente Schluck-Kapsel **Strodival® mr** in einer Dosierung von ebenfalls 2 bis 4 mal täglich 1 bis 2 Kapseln angezeigt. Die Schluckanwendung von **Strodival® mr** muß auf möglichst leeren Verdauungstrakt, also morgens nüchtern bzw. 1/2 bis 1 Stunde vor dem Essen erfolgen. **Strodival® mr** ist nicht für die Sofortbehandlung geeignet. **Besondere Hinweise:** Ödeme, Tachykardien und Tachyarrhythmien, im wesentlichen also Rechtsinsuffizienzen brauchen noch gezielte Zusatzmaßnahmen. Das therapeutische Ergebnis mit den Strodival® Präparaten allein ist unbefriedigend. **Handelsformen und Preise: Strodival® perlingual:** OP mit 30 Kapseln DM 6,26, OP mit 100 Kapseln DM 16,40, DP mit 500 Kapseln DM 57,98; **Strodival® mr:** OP mit 30 Kapseln DM 6,70, OP mit 100 Kapseln DM 17,55, OP mit 500 Kapseln DM 61,87. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG, Wiesbaden

Die Behandlung der peripher-neurologischen Syndrome beim Diabetes mellitus ist schwierig. Relativ gute Resultate sind bei den vorwiegend vaskulär-ischämischen Prozessen zu verzeichnen, also bei der diabetischen Amyotrophie und bei den Augenmuskelparesen. Zusätzlich mag auch eine spontane Remissionstendenz zu Buche schlagen. Die chronische Erkrankung der neuromuskulären Peripherie läßt sich, wenn überhaupt, nur durch eine konsequente Langzeitbehandlung bessern. Da ihre Pathogenese weitgehend ungeklärt ist, kommen im wesentlichen symptomatische, indirekte, unterstützende Behandlungsverfahren in Betracht. Hierzu gehört ein Ausgleich des Wasser-Elektrolythaushaltes zur Besserung der sensiblen Reizerscheinungen, Thioctsäure-Infusionen zur Linderung der Dysästhesien und Kausalgien, eventuell in Kombination mit hochdosierten Vitamin B_1-Präparaten (200 bis 300 mg täglich) und in Extremfällen die Gabe von Neuroleptika oder Tegretal. Bei Muskelschwäche und Paresen ist eine vorsichtig abgestufte Heilgymnastik angezeigt. Ferner ist immer an das mögliche Vorliegen eines Vitamin B_{12}-Mangelsyndroms und an eine optimale diätetische und medikamentöse Führung der zugrunde liegenden Stoffwechselstörungen zu denken.

Privatdozent Dr. E. Standl, München-Schwabing:

Die diabetische Mikroangiopathie

Die Lebensqualität und Lebenserwartung der Diabetiker wird ganz entscheidend durch die Folgeerkrankungen und Komplikationen bestimmt. Nach den überragenden Erfolgen in der Behandlung dieser Stoffwechselerkrankungen mit dem lebensrettenden Insulin in den zwanziger Jahren mußte man erst nach und nach lernen, daß dies kein Sieg auf der ganzen Linie über dieses Leiden war. Die Patienten überlebten nunmehr den Beginn ihrer Erkrankung lang genug, um in ihrer Mehrzahl an charakteristischen Spätsymptomen zu erkranken. Man hat in diesem Zusammenhang auch vom „zweiten Gesicht" des Diabetes mellitus gesprochen. Ganz besonders hervorzuheben sind hierbei die Gefäßveränderungen, die an den großen Arterien (Makroangiopathie) und en den Arteriolen und Kapillaren (Mikroangiopathie) auftreten können. Während die Makroangiopathie dem Bild der Arteriosklerose entspricht, die praktisch jeder Mensch im Alter erlebt, sind die mikroangiopathischen Störungen relativ spezifisch für den Diabetes mellitus. Hierzu gehören die diabetische Retinopathie und Glomerulosklerose.

Etwa 30 Prozent der jugendlichen Diabetiker erleiden im Verlauf von etwa 40 Diabetesjahren schwere Sehbehinderungen oder Erblindungen. Die diabetische Retinopathie ist heute die zweithäufigste Ursache für nichtkongenitale Blindheit. Ausgangspunkt aller Überlegungen zur Pathogenese ist die Tatsache, daß die mikroangiopathischen Veränderungen deutlich von der Dauer der manifesten diabetischen Stoffwechselstörung abhängen. Neue Untersuchungen haben recht eindeutige Beweise erbracht, daß die bei den einzelnen Diabetikern zu beobachtenden Unterschiede bei der Entwicklung einer Mikroangiopathie von der Qualität der Diabeteseinstellung abhängen. Deshalb kann nicht von einer schicksalhaft vorgegebenen Entwicklung gesprochen werden. Nicht geklärt ist bislang, wie im einzelnen die pathophysiologischen Mechenismen vom metabolischen zum vaskulären Syndrom beim Diabetes ablaufen. Diskutiert werden:

– Ein vermehrter Glukoseeinbau in Strukturproteine der Gefäßwand und der Augenlinse

– Eine vermehrte intrazelluläre Sorbitbildung

– Eine verminderte Sauerstoffversorgung der Gefäßwand infolge einer gestörten Sauerstofftransportfunktion der Erythrozyten

– Veränderungen der Fließeigenschaften des Blutes und der Thrombozytenaggregation

– Exzeß von Hormonen (z. B. von Wachstumshormonen oder Katecholaminen)

Daneben gibt es noch diabetesunabhängige Faktoren, die den Verlauf der Mikroangiographie verschlimmern können (besonders das Rauchen und die Hypertonie).

Das klinische Bild der diabetischen Retinopathie kann mit Hilfe des Ophthalmoskops verhältnismäßig einfach beobachtet werden. Anfangs imponiert eine ausgeprägte venöse Blutfülle, kapilläre Schlängelungen und vereinzelte Mikroaneurysmen. Weitere Aufschlüsse lassen sich durch die Fluoreszenzangiographie gewinnen. In jedem Einzelfall muß das nächstfolgende Retinopathiestadium frühzeitig und zuverlässig diagnostiziert werden (auch wenn subjektiv keine Sehverschlechterung bemerkt wird), weil sich unter Umständen weitreichende therapeutische Konsequenzen, wie Laser- oder Lichtkoagulation, daran knüpfen. Diese ist notwendig beim Auftreten intraretinaler Blutungen und Zunahme der Mikroaneurysmen. Hinzutreten können Gefäßproliferationen, die zum Teil sogenannte Wundernetze bilden und bindegewebige Sprossungen. Der Endzustand mit Erblindung ist gekennzeichnet durch massive Glaskörperblutungen oder eine Ablatio retinae, ferner kann sich ein hämorrhagisches Glaukom einstellen, das dem Patienten starke Schmerzen bereitet.

Bei der diabetischen Glomerulosklerose sind eine diffuse, eine noduläre und eine exsudative Form voneinander zu unterscheiden. Ausschließlich für den Diabetes charakteristisch ist nur die noduläre Form (Kimmelstiel-Wilson-Typ). Wichtig ist, daß die Retinopathie in ihrem Schweregrad der Glomerulosklerose fast immer vorauseilt, und ausgeprägtere Nierenfunktionsstörungen bei Patienten ohne gleichzeitige schwere Retinopathie wahrscheinlich nicht auf eine Glomerulosklerose zurückzuführen sind, sondern auf andere Ursachen (z. B. Pyelonephritis oder Glomerulonephritis). Das beherrschende Symptom der diabetischen Glomerulosklerose besteht zunächst in einer Proteinurie, die innerhalb weniger Jahre so weit zunehmen kann, daß sich Ödeme und ein massives nephrotisches Syndrom entwickeln. Relativ spät erst steigen die harnpflichtigen Substenzen im Blut sowie der Blutdruck an und sinkt der Insulinbedarf ab. Das Stadium der Azotämie geht dann allerdings rasch in die terminale Niereninsuffizienz über.

Zur frühzeitigen Erfassung und fortwährenden Überwachung der Entwicklung mikroangiopathischer Kompliketionen sollte jeder Diabetiker einmal jährlich einer Augenhintergrunduntersuchung unterworfen werden (nach mehr als zehnjähriger

Diabetesdauer in halbjährigen Abständen). Außerdem sind entsprechend häufig der Harnstatus und die Retentionswerte im Serum zu kontrollieren. Die Behandlung der diabetischen Folgekrankheiten ist ottmals nicht ein ausschließlich metabolisch-internistisches Problem, sondern kann das Zusammenwirken von Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen erforderlich machen (Ophthalmologen, Nephrologen, Chirurgen und eventuell sogar Neurochirurgen). Gleichwohl kommt einer bestmöglichen Stoffwechseleinstellung eine überragende Bedeutung zu, so daß der diabetologisch geschulte Arzt auch bei der Behandlung der Retinopathie und Glomerulosklerose eine leitende Funktion einnehmen sollte.

Hinsichtlich der diabetischen Retinopathie haben sich medikamentöse Maßnahmen bislang nicht als unumstritten wirksam erwiesen. Dies gilt auch tür Ca-Dobesilat (Dexium®), das in der Bundesrepublik Deutschland breite Anwendung findet und unter dem immer wieder auch über positive Erfahrungen berichtet wurde. Keinestalls dürfen medikamentöse Versuche die rechtzeitige Durchführung der Laser- und Lichtkoagulation verzögern, die heute als Therapie der Wahl anzusehen sind und die Prognose der diabetischen Retinopathie deutlich verbessert hat (auch wenn nicht immer eine Erblindung verhindert wird).

Die therapeutischen Möglichkeiten bei der diabetischen Glomerulosklerose sind eher geringer als bei der Retinopathie. Wichtig ist vor allem die Erkennung einer eventuell gleichzeitig vorhandenen Pyelonephritis und deren frühzeitige und konsequente Behandlung. Dadurch kann der Entwicklung einer Niereninsuffizienz entgegengewirkt werden. Niereninsuffiziente Diabetiker sind analog zu nichtzuckerkranken Patienten mit den üblichen diätetischen und medikamentösen Verordnungen zu therapieren. An die Einleitung einer Hämodialyse sollte trühzeitig gedacht werden, da die Niereninsutfizienz beim Kimmelstiel-Wilson-Syndrom besonders rasch zunehmen kann.

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, Parkstraße 27, 8501 Schwaig

Die Aufteilung der Kompetenzen im Krankenhaus und die Verantwortung der leitenden Abteilungsärzte

von W. Weißauer

Entscheidungen der Obergerichte in Schadensersatzprozessen geben oft Anlaß, über die unmittelbare Bedeutung einzelner Leitsätze hinaus die Stellung des Krankenhausträgers und das Zusammenwirken der im Krankenhaus Tätigen in ihrer Verantwortung für den Patienten zu überdenken. Fragen der Organisation und die Haftung tür Organisationsmängel spielen auch im Schadensersatzprozeß offenbar eine immer größere Rolle.

Die Haftung des Krankenhausträgers für Fehler des Chefarztes

Der Bundesgerichtshof hat seinem Urteil vom 22. April 1980 – VI ZR 121/78 – unter teilweiser Aufgabe einer abweichenden früheren Rechtsprechung folgenden Leitsatz vorangestellt:

> „Auch der Chefarzt einer organisatorisch nicht selbständigen Klinik ist, wenn er im medizinischen Bereich weisungstrei ist, hinsichtlich der Haftung für von ihm begangene Behandlungsfehler als verfassungsmäßig berufener Vertreter der das Krankenhaus tragenden Körperschaft zu betrachten."

Von unmittelbarer praktischer Bedeutung ist die Aussage des Bundesgerichtshofs tür die Schadensersatzansprüche der Patienten oder ihrer Hinterbliebenen, die nicht auf Schlechterfüllung des Behandlungsvertrags, sondern nur auf unerlaubte Handlung gestützt werden können (Schmerzensgeldanspruch, Unterhaltsansprüche der Hinterbliebenen). Während nämlich der Krankenhausträger für schuldhafte Behandlungstehler seiner Erfüllungsgehilfen aus Vertrag (§§ 276, 278 BGB) ohne jede Entlastungsmöglichkeit haftet, eröffnet ihm § 831 BGB bei den Schadensersatzansprüchen aus unerlaubter Handlung die Möglichkeit, sich von der Hattung für widerrechtliches Verhalten seiner Verrichtungsgehilten (also seiner ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter) durch den Nachweis zu entlasten, daß er bei ihrer Auswahl, Anleitung und Überwachung die erforderliche Sorgfalt beachtet hat.

Diesen Entlastungsbeweis schneidet der Bundesgerichtshot den das Krankenhaus tragenden privatrechtlichen und öffentlich rechtlichen Körperschaften nun ab, soweit schuldhatte Behandlungs- und Organisationstehler leitenden Abteilungsärzten (Chefärzten) zur Last fallen, die nach den zwischen ihnen und dem Krankenhausträger bestehenden dienstvertraglichen Beziehungen ihren medizinischen Aufgabenbereich weisungsfrei wahrzunehmen haben. Nach §§ 31, 89 BGB sind juristische Personen des privaten und öffentlichen Rechtes (hier eine Stadt als Klinikträger) für Schäden verantwortlich, die ihre verfassungsmäßig berufenen Vertreter durch die Ausführung der ihnen zustehenden Verrichtungen Dritten zufügen. Der Krankenhausträger haftet also für Schmerzensgeld und Unterhaltsleistung, die auf schuldhafte Behandlungs- oder Organisationsfehler seiner leitenden Abteilungsärzte gestützt werden, künftig ohne Entlastungsmöglichkeit.

Neben dem Krankenhausträger haftet zwar auch künftig der leitende Arzt dem Patienten auch persönlich aus unerlaubter Handlung. Für den Patienten genügt es nun aber, im Schadensersatzprozeß den Krankenhausträger in Anspruch zu nehmen. Da die Rückgriffsansprüche des Krankenhausträgers als Arbeitgeber gegenüber den leitenden Ärzten als Arbeitnehmer (insbesondere bei gefahrgeneigter Tätigkeit) eingeschränkt sind, kann sich als Nebeneffekt der neuen Entscheidung des BGH eine gewisse faktische Entlastung der leitenden Ärzte von Haftungsansprüchen ergeben.

Entwicklungstendenzen im Bereich der inneren Krankenhausstrukturen

Zu beechten ist bei der Entscheidung des BGH, daß sie die leitenden, im medizinischen Aufgabenbereich weisungsfreien Krankenhausärzte nur hinsichtlich der Haftung für schuldhafte Behandlungsfehler als verfassungsmäßig berufene Vertreter der Körperschaft betrachtet, die das Krankenhaus betreibt. Sie sagt elso nichts über die arbeitsrechtliche Stellung des Arztes und über seinen sonstigen rechtlichen Status aus.

An mehreren Stellen läßt das Urteil des BGH erkennen, welche Schwierigkeiten im konkreten Fall den Instanzgerichten der Einblick in die inneren Strukturen des Krankenhauses und die damit zusammenhängende Abgrenzung der Kompetenz- und Verantwortungsbereiche machte. Dies ist nicht verwunderlich. Die fortschreitende Verrechtlichung und Bürokratisierung aller Lebenssachverhalte, die unentrinnbares Schicksal jeder modernen Zivilisation zu sein scheint, die damit verbundene Aufteilung der bisher in einer Hand liegenden Aufgaben- und Verantwortungsbereiche sowie die Tendenz Kompetenzen von der Einzelpersönlichkeit auf Kollegialorgane zu übertragen, hat auch vor dem Krankenhaus nicht haltgemacht.

Diese Entwicklung hat ihren Niederschlag auch in den Krankenhausreformgesetzen der Länder gefunden. So bestimmt z. B. das Krankenhausreformgesetz von Rheinland-Pfalz (vom 29. Juni 1973 — GVBl. 73 S. 199), daß der ärztliche Direktor, der Verwaltungsdirektor und die leitende Krankenpflegekraft ein Direktorium bilden, das für die Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verantwortlich ist, dem Krankenhausträger den Wirtschafts- und Stellenplan vorlegt und ihn bei der Einstellung, Entlassung und Vergütung des Personals berät.

Weiter sieht dieses Gesetz einen ärztlichen Vorstand vor, der aus leitenden Ärzten und ärztlichen Mitarbeitern besteht. Er hat die Zusammenarbeit der ärztlichen Dienste zu sichern, an der Aufstellung der Wirtschafts- und Stellenpläne mitzuwirken und den Krankenhausträger in Fragen der organisatorischen und baulichen Weiterentwicklung des Hauses zu beraten.

Wenn daneben das Gesetz auch noch dem ärztlichen Direktor, dem Verweltungsdirektor und der leitenden Krankenpflegekraft bestimmte Einzelaufgaben zuweist, so stehen wir doch insgesamt hier sehr deutlich vor einer Entwicklung, die weg vom monokratischen und hin zum kollegialen Führungsstil führt. Erstrebt wird damit eine Koordination der Meinungen der für die wesentlichen Funktionsbereiche Verantwortlichen in Fragen, die das gesamte Haus betreffen, eber euch eine „Demokratisierung der Entscheidungsprozesse" und vor allem eine Entlastung des Krankenhausträgers in seiner Organisationsverantwortung.

Wie stets bei der Aufgabenübertragung von der Einzelpersönlichkeit auf Gremien und beim Nebeneinander von Funktionsbereichen mit eigener Führungsspitze stellt sich bei Mißerfolgen die Frage, wer die rechtliche Verantwortung trägt und wie im einzelnen die Verantwortungsbereiche gegeneinander abzugrenzen sind. Mitbestimmen wollen, ist das eine, Mitverantwortung tragen sollen, ist das andere. Die Verlagerung der Entscheidungsprozesse in die Anonymität des Gremiums und in die kollegiale Beschlußfassung schafft notwendig neue Probleme.

Funktion und Verantwortung des leitenden Abteilungsarztes

Verantwortung im Krankenheus bedeutet in allererster Linie das Einstehen müssen für die ordnungsgemäße medizinische Versorgung der Patienten, und hier steht im traditionellen Chefarztsystem, das nach wie vor die Struktur der meisten Krankenhäuser bestimmt, die Verantwortung des leitenden Abteilungsarztes im Zentrum eines umfassenden, allein auf seine Person zugeschnittenen Pflichtenkreises. Der Zweck der Gliederung der Krankenhäuser in Fachabteilungen und ihre Unterstellung unter leitende Ärzte ist es aus der Sicht der Krankenhausträger, ihrer Organisationsverantwortung dadurch gerecht zu werden, daß sie die medizinische Versorgung der Patienten in überschaubare Bereiche aufteilen und die Leitung dieser Bereiche fachkundigen Ärzten übertragen.

Der leitende Arzt übernimmt dem Krankenhausträger gegenüber die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die ordnungsgemäße medizinische Versorgung der Patienten innerhalb des ihm übertragenen fachlichen Aufgebenbereichs, dessen Abgrenzung sich im Zweifel an den Gebietsdefinitionen der ärztlichen Weiterbildungsordnungen orientiert. Er trägt gegenüber dem Patienten die Verantwortung des unmittelbar Handelnden für die sachgemäße Diagnose und Therapie bei allen Leistungen, die er selbst erbringt und er hat für die Wahrung der Sorgfaltspflichten dort einzustehen, wo er Leistungen auf ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter delegiert. Er haftet aus einer Verletzung dieser sekundären Sorgfaltspflichten zivil- und strafrechtlich, wenn er durch schuldhafte Fehler bei der Delegation, also durch das sogenannte Auswahlverschulden, durch Mängel bei der Anleitung oder Überwachung, die Schädigung eines Patienten an Leib oder Leben ermöglicht oder erleichtert hat.

Selbstverständlich kann und muß er im Interesse eines ordnungsgemäßen Dienstbetriebs auch einen erheblichen Teil der ihm bei der Auswahl, Anleitung und Überwachung obliegenden Pflichten an qualifizierte Mitarbeiter delegieren. Ihm bleibt aber über diese kurz skizzierten primären und sekundären Sorgfaltspflichten hinaus eine Fülle von Organisationspflichten. Sie umfassen beispielsweise die Unterrichtung der ärztlichen Mitarbeiter über die forensischen Anforderungen an die Eingriffsaufklärung des Patienten und an die Dokumentation des Behandlungsverleufs, aber auch die Sorge für ein einwandfreies Funktionieren der medizinisch-technischen Einrichtungen und Geräte, die Vorsorge gegen die Verwechslung von Medikamenten und Anordnungen zur Gewährleistung der Hygiene.

Die eben aufgeführten Einzelpflichten sind nur Beispiele. Eine Vielzahl von Organisationsproblemen ist insoweit für alle Fachabteilungen gleich. Nahezu jedes Fach hat darüber hinaus seine spezifischen Probleme.

Fachliche Weisungsfreiheit und Weisungsrechte des leitenden Arztes

Sehen wir die Stellung und die Aufgaben des leitenden Abteilungsarztes im Verhältnis zum Krankenhausträger sowie zu den Leitern der Ver-

„Dickes Bein“ • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

Venalot®

trifft Stauung · Entzündung · Ödem · Schmerz

beseitigt Schweregefühl und Schmerzen

bessert venöse Zirkulationsstörungen

befreit das Interstitium von angehäuften Plasma-Proteinen

mobilisiert den Lymphstrom

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Extr. Melilot. stand. sicc. 25 mg. (Cumaringehalt 5 mg), Rutin 25 mg. **1 Ampulle** zu 2ml / 5 ml enthält Extr. Melilot. aquos. stand. 10 mg/25 mg (Cumaringehalt 3 mg / 7,5 mg), Rutinschwefelsäureester-Natriumsalze 50 mg / 125 mg. **1 Depotdragée** 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 Dragée. **Venalot®-Kapseln:** 3 × 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 × 2 ml DM 9,10, AP 100 × 2 ml; 5 x 5 ml DM 18,29, 10 × 5 ml DM 28,60, AP 100 × 5 ml; Liniment 40 ml DM 7,88, 70 ml DM 12,26, AP 400 ml; Depot-Dragées 20 St. DM 14,40, 50 St. DM 30,89, (Stand: Juni 1980).

Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

waltung und des Pflegedienstes, aber auch im Verhältnis zu seinen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern, so wird deutlich: Ein Essentiale seiner Funktion ist die Weisungsfreiheit in seinem medizinisch-fachlichen Aufgabenbereich gegenüber dem Krankenhausträger und dem ärztlichen Direktor und umgekehrt das Weisungsrecht sowie die damit korrespondierende Weisungspflicht gegenüber allen Mitarbeitern. Dies ist im Prinzip unbestritten.

Gäbe es Weisungsrechte des Krankenhausträgers, des ärztlichen Direktors oder übergeordneter Gremien im fachlichen Autgabenbereich der Krankenhausabteilungen, so würden damit notwendig Weisungspflichten korrespondieren. Weisungen gegenüber den Spezialisten, die als Leiter der Fachabteilungen berufen sind, könnten aber wieder nur Spezialisten der jeweiligen Fach- und Teilgebiete erteilen, nicht aber ein ärztlicher Direktor, der regelmäßig zugleich leitender Arzt einer Fachabteilung und damit selbst Spezialist auf (nur) einem Gebiet der Medizin ist, und schon gar nicht könnten dies Kollegialorgane, die selbst nicht sachkundig sind.

Überschneidungen ergeben sich freilich überall dort, wo die ordnungsgemäße medizinische Versorgung der Patienten unter der Verantwortung des leitenden Krankenhausarztes in der Form zwangsläutiger Vor- oder Folgeentscheidungen in die Aufgabenbereiche des Verwaltungs- oder des Pflegedienstleiters hineinwirkt.

Verantwortung für den pflegerischen Bereich und die Funktion der leitenden Pflegekraft

Um mit dem Pflegedienst zu beginnen: Die Verantwortung des leitenden Arztes für die ihm anvertrauten Patienten umfaßt auch deren Pflege. Wenn diese auch zu den originären Aufgaben der Schwestern und Pfleger gehört, so gibt es doch in der Pflege keinen Bereich, um den der Arzt sich nicht zu kümmern bräuchte. Es bedarf keines näheren Hinweises auf die Bedeutung, die der Grund- und der Behandlungspflege für den ärztlichen Behandlungserfolg zukommt.

Darüber hinaus übernehmen Schwestern und Pfleger in zunehmendem Umfang die Durchtührung einfacher ärztlicher Leistungen, wie Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen aus der Vene. Bei dieser assistierenden Tätigkeit handeln sie auf unmittelbare Anordnung des Arztes, unter seiner Anleitung und unter ärztlicher Kontrolle.

Orientieren wir uns bei der Kompetenzabgrenzung am Krankenhausreformgesetz von Rheinland-Ptalz, so gehört zu den Aufgaben der leitenden Pflegekraft u. a. die Leitung des pflegerischen Dienstes, die Mitwirkung bei Aufstellung des Stellenplans für den pflegerischen Bereich, die Fortbildung und die praktische Ausbildung der Pflegekrätte. Konfliktmöglichkeiten mit dem tachlichen Weisungsrecht des Arztes sind insbesondere aus dem ersten Punkt dieses Autgabenkatalogs, der ebenfalls ein fachliches Weisungsrecht für den Bereich der Grund- und Behandlungspflege impliziert, geradezu vorprogrammiert.

Die Lösung dieses Konflikts erscheint vom theoretischen Ansatzpunkt her jedoch nicht schwierig. Da der Verantwortung des leitenden Abteilungsarztes tür die ordnungsgemäße medizinische Versorgung ihrer Natur nach der Rang vor allen anderen Kompetenzen gebührt, ist dem leitenden Arzt in allen pflegerischen Fragen, die für den Behandlungserfolg von Bedeutung sind, die letzte Entscheidungsbefugnis einzuräumen. Selbst wenn der leitenden Pflegekratt organisatorische Fehler unterlaufen, die ausschließlich im rein ptlegerischen Bereich zu einer Getährdung der Patienten führen, kann eine Haftung der leitenden Abteilungsärzte nicht ausgeschlossen werden. Da sie nie davon ausgehen dürfen, der ptlegerische Bereich ginge sie nichts an, werden sie in solchen Fällen sofortige Abhilfe fordern müssen.

Dem leitenden Arzt steht im medizinischen Bereich die Entscheidungsbetugnis zu und nicht dem Krankenhausträger, dem die Organisation des gesamten Krankenhausbetriebs obliegt, der aber, wie erwähnt, die medizinische Versorgung aus zwingenden Gründen den sach- und fachkundigen leitenden Ärzten zur selbständigen Wahrnehmung überträgt und ihnen datür in den Dienstverträgen die tachliche Weisungsfreiheit einräumt. Zwar erbringen die Krankenhausärzte (einschließlich der leitenden Ärzte) bei der stationären Diagnose und Therapie im Regelfall ihre Leistungen für den Krankenhausträger. Dies ist bedeutsam für die Hattung des Krankenhausträgers aus schuldhaften Fehlern seiner Ärzte, besagt aber nicht, daß diese bei der Erfüllung ihrer Dienstpflichten im rein medizinischen Bereich unter der fachlichen Weisung des Krankenhausträgers stünden.

Die Zuweisung assistierender Tätigkeiten an Pflegepersonen

Sehr viel schwerer zu lösen sind Konflikte, die sich zwischen den leitenden Ärzten und den leitenden Pflegekräften aus der mit der Autgabenzuweisung an Pflegekräfte verbundenen Verschiebung der Arbeitsbelastung ergeben können.

Der leitende Arzt trägt die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die Delegation der sogenannten ärztlichen Hiltstätigkeiten aut die Pflegekrätte. Er hat andererseits aber keinen entscheidenden Einfluß darauf, daß die für eine Übertragung in Betracht kommenden Pflegekräfte für diese Aufgaben zur Verfügung stehen. Es kann nicht verkannt werden, daß die Aufgabendelegation die Ärzte in personellen Engpässen entlastet. Andererseits geht sie aber zu Lasten der Pflegekräfte, die oft schon Mühe haben, ihren originären ptlegerischen Autgaben voll gerecht zu werden. Kommt es hier zu keiner Einigung, so wird der Krankenhausträger Kratt seiner Organisationsgewalt über die „Umverteilung des Mangels" entscheiden, also abschließend bestimmen müssen, inwieweit die leitenden Abteilungsärzte die Pflegekrätte zur assistierenden Tätigkeit heranziehen und damit ihre ärztlichen Mitarbeiter entlasten können.

Mögliche Konflikte mit dem Leiter der Verwaltung

Legen wir wieder das Krankenhausreformgesetz von Rheinland-Pfalz zugrunde, um uns an einer einheitlichen Regelung zu orientieren, so gehört zu den Aufgaben des Verwaltungsdirektors u. a. die Leitung der Bereiche Verwaltung, Wirtschaft und Technik, das Beschatfungswesen und die Personalverwaltung.

Greifen wir nur den Punkt „Beschaffungswesen" heraus, so drängen sich mögliche Interessenkollisionen und Überschneidungen der Verant-

wortungsbereiche geradezu auf. Der leitende Arzt hat im Rahmen seiner Organisationspflichten dafür zu sorgen, daß die medizinisch-technischen Geräte seiner Abteilung ordnungsgemäß gepflegt und gewartet werden und trägt dafür auch die strafrechtliche Verantwortung. Nach der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs kehrt sich im Schadensersatzprozeß zu seinem Nachteil die Beweislast um, wenn feststeht, daß die Schädigung eines Patienten auf einem Gerätemangel beruht. Er muß dann beweisen, daß das Gerät ordnungsgemäß gewartet und gepflegt wurde und sich, soweit dies ärztlichem Beurteilungsvermögen unterliegt, in einem voll einsatzbereiten Zustand befand.

Je zahlreicher und komplizierter die medizinisch-technischen Einrichtungen und Geräte werden, desto weniger ist der leitende Arzt imstande, die Pflege und Wartung mit eigenen Dienstkräften der Abteilung durchzuführen. Er ist auf die Mitarbeit hauseigener technischer Dienste und auf die Wartungsdienste der Hersteller- und Lieferfirmen angewiesen. Der Abschluß der Wartungsverträge aber fällt wohl regelmäßig in den Kompetenzbereich der Verwaltung.

Kommt es infolge eines auf unzulänglicher Wartung beruhenden Gerätefehlers zu einem folgenschweren Zwischenfall, so ist die Situation des leitenden Arztes zwar zweifellos günstiger, wenn er nachweisen kann, daß er alles getan hat, um die Verwaltung zum Abschluß suffizienter Wartungsverträge zu bestimmen. Er muß gleichwohl mit dem Vorwurf rechnen, daß er das Gerät, dessen einwandfreies Funktionieren fraglich war, nicht einsetzen durfte. Stand ihm kein anderes Gerät zur Verfügung, so wird geprüft werden, ob die Behandlung dringlich war. Ist dies zu verneinen oder war die Verlegung in ein anderes Haus möglich, so muß er damit rechnen, daß ihm fahrlässiges Handeln unter dem Gesichtspunkt des Übernahme- oder des Organisationsverschuldens zur Last gelegt wird.

Ähnliches gilt, wenn dringend benötigte Geräte nicht rechtzeitig beschafft werden können, weil die Verwaltung dies ablehnt und sich damit innerhalb der Abteilung Schwachstellen und Engpässe ergeben, die eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten nach dem jeweiligen Leistungsstandard des Fachgebietes in Frage stellen.

Selbstverständlich darf sich der leitende Abteilungsarzt in solchen Situationen nicht mit einer Ablehnung seiner Anträge durch den Verwaltungsleiter zufrieden geben, sondern muß sich unmittelbar an den Krankenhausträger wenden und Abhilfe fordern.

Die Verantwortung für die personelle Besetzung

Der härteste Streitpunkt ist heute aber wohl nicht die Ausstattung mit Geräten, sondern die personelle Besetzung. In vielen Krankenhausabteilungen kann die ärztliche Versorgung des Patienten nur durch Überstunden aufrechterhalten werden, die in der Form von Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft oft weit über ein erträgliches Maß hinausgehen. Mit Einschränkungen durch die Rechtsprechung muß, wie immer das Bungesarbeitsgericht endgültig über die Zahl der wöchentlich zulässigen Bereitschaftsdienste entscheidet, gerechnet werden.

Welche forensischen Konsequenzen sich aus der Überforderung seiner ärztlichen Mitarbeiter für den leitenden Arzt ergeben können, macht auch der Beschluß eines Strafsenats des Oberlandesgerichts München deutlich. Er kommt zu dem Ergebnis, der bereitschaftsdiensttuende Arzt sei im konkreten Falle überfordert gewesen, weil er den Bereitschaftsdienst im Anschluß an einen vollen Tagesdienst habe leisten müssen. Die rechtliche Verantwortung treffe den, der diese Dienstplangestaltung zu vertreten habe.

Analysiert man die Besetzung der Abteilungen, so wird man freilich meist zu dem Ergebnis kommen, daß dem leitenden Arzt gar keine andere Wahl blieb und daß er auch selbst sich mit Rufbereitschaftsdiensten bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit belastete. Dazu kommt noch, daß ersichtlich die Anforderungen strenger werden, die von den Gerichten an die Qualifikation der Mitarbeiter gestellt werden, die in Facharztweiterbildung stehen. Im Dammschnitturteil ging der Bundesgerichtshof davon aus, daß die Verletzung des Schließmuskels auch ein erfahrener Arzt nicht mit Sicherheit vermeiden könne. Solche Zwischenfälle seien aber bei weniger erfahrenen Ärzten häufiger. Der Krankenhausträger müsse deshalb nachweisen, daß bei der Übertragung der Leitung der Geburt an den jungen, in fachlicher Weiterbildung stehenden Arzt mit der erforderlichen Sorgfalt verfahren wurde.

Besonders deutlich zeigt sich diese Entwicklung in jungen Fachgebieten wie der Anästhesie. In den frühen sechziger Jahren ging es noch um die Voraussetzungen und Grenzen der „Schwesternnarkose". Es war für viele Ärzte damals alles andere eher als selbstverständlich, daß der Schwester oder dem Pfleger allenfalls die *technische Durchführung* der Narkose auf Weisung und unter Aufsicht des ärztlich wie rechtlich für sie verantwortlichen Operateurs übertragen werden darf. In den frühen siebziger Jahren verlagerte sich der Schwerpunkt der Diskussion unter dem Stichwort der „Parallelnarkose" auf die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Anästhesisten die Verantwortung für die Anästhesie an zwei Tischen übernehmen können, an denen gleichzeitig operiert wird.

Nun verschiebt sich die Problemstellung erneut. Nun geht es immer deutlicher um die Frage, in welchem Stadium der Weiterbildung dem jungen Krankenhausarzt innerhalb der Fachabteilung einzelne anästhesiologische Verrichtungen zur selbständigen und eigenverantwortlichen Erledigung übertragen werden dürfen.

Auch hier sollte an sich nach altem Herkommen der Vertrauensgrundsatz gelten, und zwar in der Version, daß der akademisch ausgebildete Mitarbeiter keiner nachprüfenden Dienstaufsicht bedarf. Dazu sollte auch gehören, daß der in Weiterbildung stehende Arzt in eigener Verantwortung prüft und beurteilt, ob er eine bestimmte Leistung (schon) mit ausreichender Sicherheit beherrscht und daß der leitende Arzt sich darauf verlassen darf. Immer intensiver werden wir uns eber, wie insbesondere das Dammschnittturteil des Bundesgerichtshofs deutlich macht, in Zukunft mit der Frage befassen müssen, welche diagnostischen und therapeutischen Leistungen von welchem Zeitpunkt der Weiterbildung ab der ärztliche Mitarbeiter einer Fachabteilung übernehmen darf und von welchen Kautelen dies abhängt.

Überlestung mit medizinischen und paremedizinischen Aufgaben

Gegen all dies ist im Prinzip nichts einzuwenden. Ein hohes Meß an Vorsicht bei der Übertregung von Aufgaben sowie bei der Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter dient der Sicherheit des Petienten. Die notwendige Konsequenz müßte aber sein, daß Weiterbildungsanfänger nicht oder nur zu einem Teil auf die Planstellen angerechnet werden oder mit anderen Worten, daß die Anhaltszehlen diesen gestiegenen forensischen Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter Rechnung tragen.

Zur Überlastung in der unmittelbaren Krankenversorgung kommen eber noch steigende forensische Anforderungen im Bereich der Aufklärungspflicht und der Dokumentation auch mit dem Blick auf das Einsichtsrecht des Patienten oder seiner Beauftragten in die Krankenunterlagen. Parallel dazu werden die Krankenhausärzte, insbesondere die leitenden Abteilungsärzte, von den Krankenhausträgern mit einer Flut von Dienstaufgaben belastet, die mit der mittelbaren Patientenversorgung nichts mehr zu tun haben. Ein Blick auf die einschlägigen Kataloge der Musterverträge, die von den Krankenhausträgern benutzt werden, drängt jedem die Frage auf, ob denn der leitende Arzt auch noch en der Behandlung der Patienten mitwirken solle.

Kommt es zu einem Zwischenfall, der nach Auffassung der Gerichte darauf beruht, daß der mit der Aufgabe betraute Arzt dafür nicht ausreichend qualifiziert war, so wird der leitende Arzt zu beweisen versuchen, daß ihm wegen der personellen Engpässe keine Wahlmöglichkeiten zur Verfügung standen und er beim Direktorium und beim Krankenhausträger ohne Erfolg dringende Abhilfe gefordert habe. Auch hier wird aber das Gericht prüfen, ob die Behandlung dringend war oder ob sie – oder eine andere Behandlung – auf den nächsten Tag verschoben werden konnte, und wird es dem Arzt zum Verschulden anrechnen, wenn er nicht so verfahren ist.

Kaum jemals wird daran gedacht werden, das Direktorium oder den Krankenhausträger zur Verantwortung zu ziehen. Zum einen fallen dort die Entscheidungen in der Anonymität kollegialer Beschlüsse. Zum andern aber wird sich der Krankenhausträger darauf berufen, daß er faktisch an die Anhaltszahlen gebunden sei, weil die Kassen nicht bereit seien, ihm bei den Pflegesatzverhandlungen einen höheren Stellenschlüsel zuzubilligen. Die Kessen ihrerseits werden geltend machen, daß die Beiträge ihrer Versicherten eine Höhe erreicht haben, die weitere Steigerungen ausschlössen.

Der leitende Arzt droht in dieser Situation im Spannungsverhältnis legaler Anforderungen, zwischen dem im Interesse des Patienten Wünschbaren und dem real Machbaren, zerrieben zu werden. Vielleicht liegt dies mit auch daran, daß es offenbar in den Zivil- und Strafprozessen nicht gelingt, den Gerichten in überzeugender Form darzulegen, daß mit einer Verlegung des Eingriffs auf den nächsten Tag bei personellen Engpässen nichts getan ist, weil dann am nächsten Tag der Überhang noch größer ist, daß es aber ebenso untragbar wäre, die Aufnahmekapazitäten der eigenen Abteilung drastisch zu reduzieren und die Patienten an andere Krankenhäuser zu verweisen. Die gleichen personellen Engpässe bestehen aufgrund der Anhaltszahlen ja auch in den anderen Häusern und oft genug sind auch die danach berechneten Planstellen nicht voll besetzt.

Würdigen wir die Gesamtsituation, so fehlt es im gesundheitspolitischen Raum weithin an der Koordinierung der widerstreitenden Interessen. Kommt es in diesem Spannungsverhältnis zu Fehlleistungen, so liegen die tieferen Gründe, wie wir aufzuzeigen versuchten, sehr oft bei Entscheidungen, die von anderen in deren Kompetenzbereichen getroffen werden. Manifest wird der Mangel aber bei einem Zwischenfall im Verantwortungsbereich des leitenden Arztes. Er steht im Blickpunkt der Öffentlichkeit. Seine Verantwortung ist greifbar. Wo die objektiven Grenzen einer Abhilfe durch die Verschiebung von Operationen oder die Verlegung von Patienten in andere Häuser liegen, die dem Arzt im Einzelfall als notwendige Reaktionen auf personelle Mangelsituationen vorgehalten werden, und wo dabei die bloße Umverteilung des Mangels beginnt, vermag er in der defensiven Situation des Beklagten oder Angeklagten kaum aufzuzeigen.

Wenn es gegen die Gefahr der isolierten und punktuellen Beurteilung des Einzelfalles, die im Zivil- und Strefprozeß nahezu zwingend die personelle Gesamtsituation in den Krankenhäusern außer Betracht lassen muß, überhaupt ein Mittel gibt, dann ist dies die offene Diskussion der Probleme zwischen ellen unmittelbar beteiligten Repräsentanten des Gesundheitswesens. Nur so kann es gelingen, die Gesamtzusammenhänge zu ermitteln und bewußt zu machen, in denen der leitende Arzt seine Entscheidungen zu treffen hat, und zugleich die Grenzen dessen aufzuzeigen, was unter dem Gesichtspunkt der Verantwortung des Krankenhausträgers der Versicherungsträger und der öffentlichen Hand gegenüber dem Patienten sowie unter dem der Fürsorgepflicht gegenüber Ärzten und Pflegepersonal an personeller Besetzung und apparativer Ausstattung der Fachabteilungen gefordert werden muß und von der Gesellschaft finanziert werden kann.

An einer objektiven Klärung sind die Krankenhausträger zweifellos kaum weniger interessiert als die Krankenhausärzte. Bei den Krankenhausträgern liegt die Verantwortung für eine ordnungsgemäße Besetzung der Fachabteilungen; sie sind es andererseits auch, die bei den Ptlegesatzverhandlungen die Personalanforderungen zu vertreten haben.

Bei aller notwendigen Arbeitsteilung und den daraus resultierenden Kompetenzabgrenzungen innerhalb des Krankenhauses und im Verhältnis zwischen Krankenhausärzten und Krankenhausträgern darf nicht außer acht gelassen werden, daß alle Beteiligten eine gemeinsame Aufgabe im Dienst des Petienten zu erfüllen haben. Um seine Interessen geht es und alle Kompetenzkonflikte sind unter dem zentralen Aspekt dieser dienenden Funktion zu lösen. Im Verhältnis der verschiedenen Kompetenzbereiche zueinander gebührt aber wieder der ärztlichen Versorgung der absolute Primat. Für sie sind in ihren jeweiligen Aufgabenbereichen die leitenden Abteilungsärzte verantwortlich. Ihre Stimme muß deshalb das entscheidende Gewicht haben, wenn es um Entscheidungen im Kernbereich der medizinischen Versorgung geht.

Anschrift des Verfassers:

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

Versicherungstips von der ›Vereinigten‹

Neue Zahntarife im Gruppenvertrag
In der Ärzte-Gruppenversicherung tritt jetzt an die Stelle von Tarif 790 der Zahntarif 740. Dieser Tarifwechsel ist bei unverändertem Leistungsumfang (Erstattung für konservierende Zahnbehandlung = 75%; Erstattung für Zahnersatz und Kieferorthopädie = 50%) mit einer Beitragsreduzierung für Erwachsene verbunden. Darüber hinaus kann dem Wunsch vieler Ärzte nach einem Tarif mit höherem Erstattungsumfang (Tarif 741) entsprochen werden, sofern ein entsprechender Bedarf vorhanden ist.

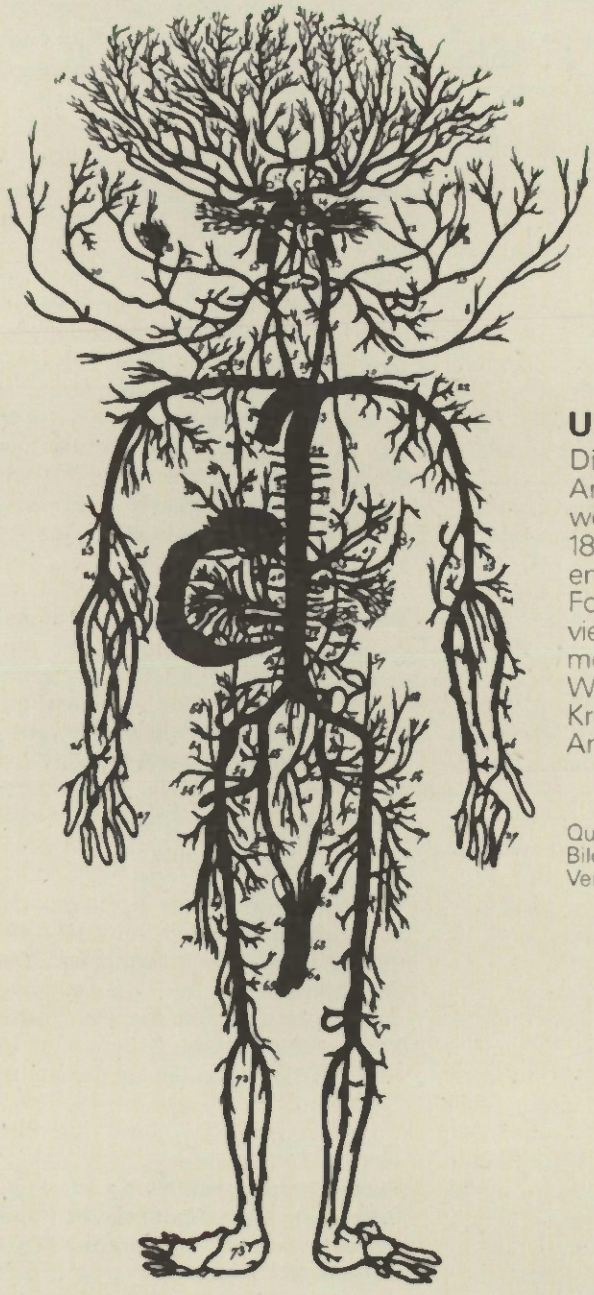
Kurleistungen
Die Barleistungstarife im Ärzte-Gruppenvertrag mit der Vereinigten sehen auch im Falle einer Kur Leistungen vor. So wird das Krankentagegeld auch dann gezahlt, wenn im Verlauf einer völligen Arbeitsunfähigkeit ein Kuraufenthalt aus medizinischen Gründen notwendig ist. Das Krankenhaustagegeld wird unter bestimmten Voraussetzungen auch bei einem Aufenthalt in Kuranstalten und Sanatorien erstattet.

Belege pro Krankheitsfall einreichen
Um eine schnelle Bearbeitung der eingereichten Rechnungen zu erreichen, empfiehlt es sich, die Belege für die Behandlung einer Erkrankung der ›Vereinigten‹ gesammelt vorzulegen. Keine Frage, daß die hier erzielbaren Kosteneinsparungen auf lange Sicht der Gemeinschaft der Versicherten zugute kommen. Denn allein schon eine Leistungsabrechnung kostet die Gesellschaft im Schnitt rd. 40 DM.

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

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

»Ein Kerl wie ein Baum«



Unsere Quiz-Frage:
Diese Darstellung des Arteriensystems zeigt, wie weit die Anatomie im 18. Jahrhundert schon entwickelt war. Ein solcher Fortschritt war nur mit vielen Studienobjekten möglich.
Woher kamen sie?
Kreuzen Sie bitte Ihre Antwort im Coupon an.

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

Vereinigte Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Im Unternehmensverbund
Vereinigte
Versicherungsgruppe

Generaldirektion
Leopoldstraße 24
8000 München 40

Ihr Quiz-Gewinn:
Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir 3 wunderschöne, echt japanische ›Mädchen-Kiefern‹ (Höhe ca. 40 cm).
Der Einsendeschluß ist der 30.11.1980
Der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen.

Meiner Meinung nach waren die meisten Studienobjekte der Anatomie damals:
☐ Opfer von Epidemien
☐ Opfer von Kriegen
☐ Abgeurteilte Verbrecher

Adresse

KX 8 E

Geschäftsbericht der Bayerischen Landesärztekammer 1979/80

Der nachstehend abgedruckte Bericht über die Arbeit der Bayerischen Landesärztekammer wurde den Delegierten als Beratungsunterlage zugesandt

(Schluß)

Ärztliche Fortbildung

Im folgenden Bericht über die Aktivitäten in der ärztlichen Fortbildung in Bayern sind nur jene Veranstaltungen erfaßt, die entweder von der Bayerischen Landesärztekammer oder den Ärztlichen Bezirks- und Kreisverbänden durchgeführt werden. Sämtliche Fortbildungsaktivitäten bayerischer Ärzte durch Teilnahme an Fachkongressen innerhelb und außerhalb Bayerns, an internationalen Kongressen der Bundesärztekammer oder an sonstigen Fortbildungsveranstaltungen können naturgemäß in dieser Aufstellung nicht erfaßt werden. Die Gesamtzahl der Teilnehmer betrug 49 040, welche die 618 Abendveranstaltungen und 10 Wochenendveranstaltungen besuchten, wie sie bei den Ärztlichen Kreisverbänden im Berichtsjahr durchgeführt wurden. An Abendveranstaltungen betrug die durchschnittliche Teilnehmerzahl 77, an Wochenendveranstaltungen 160 Kolleginnen und Kollegen.

Die acht regionalen bayerischen Fortbildungszentren (Amper-Ilm-Kreis, Bad Kissingen, Chiemgau, Niederbayern, Oberallgäu, Oberfranken, Ostbayern, Weißenhorn) führten insgesamt 78 Nachmittags- und Abendveranstaltungen, ferner 13 Wochenendveranstaltungen durch. 8162 Ärzte nahmen an den Nachmittags-/Abendveranstaltungen teil und 2070 an den Wochenendveranstaltungen, zusammen 10 232.

Den 30. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer besuchten 4100 Kollegen aus der gesamten Bundesrepublik, am Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin nahmen im Herbst 1979 und im Frühjahr 1980 insgesemt 1500 Kolleginnen und Kollegen teil. 2600 Ärzte besuchten die Ärztliche Fortbildung Regensburg, ebenfalls im Herbst 1979 und im Frühjahr 1980.

5161 Kolleginnen und Kollegen beteiligten sich an der Klinischen Fortbildung, die in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer organisiert und durchgeführt wird. Diese Teilnehmerzahl wurde bei 41 Veranstaltungen erfaßt, die im wesentlichen Wochenendveranstaltungen an Kliniken sind bzw. sich auch vielfach über eine ganze Woche erstrecken.

Darüber hinaus wurden auch unseren Mitarbeiterinnen in Praxen niedergelassener Kollegen im Berichtsjahr Fortbildungsmöglichkeiten geboten. Bei den Ärztlichen Kreisverbänden nahmen insgesamt 502 Arzthelferinnen und MTAs an der örtlichen Fortbildung teil, 300 Arzthelferinnen und MTAs nahmen die Gelegenheit wahr, 1½ Tege Fortbildung beim 30. Nürnberger Fortbildungskongreß zu besuchen, und fast 400 bildeten sich in Regensburg fort. Der „9. Zentralkongreß für medizinische Assistenzberufe" in Augsburg wies knapp 1000 Teilnehmerinnen aus allen Sparten medizinischer Assistenzberufe auf.

Fortbildungsveranstaltung zur Früherkennung der angeborenen Hypothyreose beim Neugeborenen (TSH-Screening)

Gemäß Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres — Kinderrichtlinien — (veröffentlicht in Beilage Nr. 4/80 „Bundesanzeiger" Nr. 22 vom 1. Februar 1980) umfaßt das Krankheitsfrüherkennungs-Programm für Kinder ab Januar 1980 zusätzlich das TSH-Screening bei der U-2-Untersuchung. In Anlage 2 (Durchführungsbestimmungen) ist festgelegt, daß das TSH-Screening im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von Ärzten durchgeführt werden darf, welche die Gebietsbezeichnung für Leboratoriumsmedizin oder für Nuklearmedizin führen und die nech der Strahlenschutzverordnung erforderliche Umgangsgenehmigung besitzen, sofern sie über eine mindestens zweijährige Erfahrung in Durchführung und Auswertung von Radio-Immun-Assays verfügen. Andere Ärzte dürfen dieses Screening dann durchführen, wenn sie neben der Genehmigung zum Umgang mit radioaktiven Stoffen — in vitro-Diagnostik — ebenfalls den Nachweis führen können, daß sie über eine mindestens zweijährige Erfahrung in Durchführung und Auswertung von Radio-Immun-Assays verfügen. Alle Ärzte müssen den Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem „Kursus zur Durchführung des TSH-Screenings auf angeborene Hypothyreose" erbringen. Nach den Übergangsbestimmungen ist von der Kursteilnahme befreit, wer zum 1. Januar 1980 bereits zwei Jahre eigenverantwortlich in der Durchführung und Auswertung des TSH-Screenings tätig war.

Mit einer Teilnehmerzahl von 79 Kolleginnen und Kollegen wurde dieser Kurs im Ärztehaus Bayern am 19. April 1980 durchgeführt.

Im Spätherbst 1980 ist ein nochmaliger Kurs vorgesehen.

Fortbildungsveranstaltungen zum Thema: „Der Reaktorunfall"

Die Bayerische Landesärztekammer führte in Zusammenarbeit mit den Ärztlichen Bezirksverbänden Niederbayerns, Schwabens und Unterfrankens an drei Samstagen Veranstaltungen zu diesem Thema durch, um der Ärzteschaft im weiteren Umkreis von den Kernkraftwerken (Ohu i, Gundremmingen, Schweinfurt und Kahl) die Möglichkeit zur Fortbildung zu geben.

Die Themen: „Einführung — Kernreaktoren, Typen und Störfälle — Medizinische Aspekte beim Reaktorunfall — Der Super-Gau, ein hypothetischer Unfall — Die Strahlenkatastrophe aus ärztlicher Sicht — Therapie der Strahlenschäden" — und ein ebschließendes Rundtischgespräch führten zu ausgedehnten Diskussionen. Insgesamt 560 Kolleginnen und Kollegen nahmen an den

Veranstaltungen in Landshut (10. Mai), in Würzburg (21. Juni) und in Augsburg (19. Juli) teil. Die Vorfräge erscheinen zum Jahresende in einem Band der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer und gehen dann allen niedergelassenen Kollegen durch die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu.

Strahlenschutzkurse in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

Die Bayerische Landesärztekammer veranstaltete zusammen mit Professor Dr. Zeitler, Nürnberg, mit 97 Teilnehmern einen Diagnostik-Kurs (zwei Wochenenden im Oktober 1979) und mit 60 Teilnehmern einen Grundkurs (zwei Wochenenden im Januar 1980).

Speziallehrgang für Röntgenassistentinnen, die als „Verantwortliche im Strahlenschutz" eingesetzt werden

Medizinisch-technische Assistentinnen mit staatlicher Anerkennung dürfen nach § 20 Abs. 1 Nr. 3 der Röntgenverordnung Röntgenstrahlen anwenden. Sofern sie als Verantwortliche im Strahlenschutz eingesetzt werden sollen, benötigen sie eine Zusatzausbildung nach 2.1.1 der Richtlinien über den Erwerb der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz der RöV, die inhaltlich der Anlage 1, Nr. 4, der Richtlinien entspricht.

Die Bayerische Landesärztekammer führte zusammen mit dem Institut für Radiologie der Universität Erlangen-Nürnberg (Professor Dr. Dr. Pauly) vom 3. bis 9. Dezember 1979 diesen 48stündigen Spezialkurs mit 59 Teilnehmern durch, an dem MTAs aus der gesamten Bundesrepublik Deutschland teilnahmen.

Bayerische Perinatal-Erhebung

Aufbauend auf den Erfahrungen der „Münchener Perinatal-Studie 1975 bis 1977", deren Auswerfungsband in der wissenschaftlichen Reihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung/Köln als Band 17 erschien, in dem die Daten von 55 089 Geburten aus 26 Kliniken des Großraums München zusammengefaßt sind, haben die Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns eine bayerische „Kommission für Perinatologie" geschaffen, damit diese in der Bundesrepublik Deutschland einmalige permanente Einrichtung einer freiwilligen Selbstkontrolle auf ganz Bayern ausgedehnt werden konnte.

Seit Anfang 1979 beteiligten sich freiwillig die Frauenärzte von über 120 geburtshilflichen Abteilungen Bayerns mit jährlich rund 70 000 Geburten (70 Prozent aller Geburten) an dieser Erhebung. Ein Dokumentationsbogen erfaßt jede zur Geburt führende Schwangerschaft und den dazugehörigen Perinatalzeitraum in standardisierfer Form. Eine anonymisierte Kopie wird an die zentrale Organisationsstelle der Erhebung — die elektronische Datenverarbeitung der KVB — geschickt. Damit ist jedem beteiligten Frauenarzt eine gezielte Information über klinikeigenes Handeln und der Vergleich mit der Situation an entsprechenden Kliniken möglich, weiterhin aber auch berufspolitisch die fortlaufende Beschreibung der perinatologischen Situation in Bayern und die Analyse überregionaler geburtshilflicher Probleme. Die Kommission arbeitet darüber hinaus an Empfehlungen für die Durchführung klinikinterner Selbstkontrollen. Die Kooperation mit dem seit Anfang 1980 laufenden Modellprojekt in Niedersachsen, das den gleichen Dokumentationsbogen verwendet und mit einer ähnlichen Organisationsstruktur arbeitet, gibt die Möglichkeit, in naher Zukunft noch umfassender die perinatologische Situation darzustellen. Wissenschaftlich ergänzt wird die Erhebung durch die enge Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Informationsarbeit, Statistik und Biomathematik der Ludwig-Maximilian-Universität in München, Vorstand Professor Dr. K. Überla.

Medizinische Assistenzberufe

1. Ausbildung zur Arzthelferin

Wie bereits im letzten Geschäftsbericht angekündigt, hat sich die Zahl der Berufsschulen in Bayern auf 33 erhöht. Neu hinzugekommen sind die Fachklassen in den staatlichen Berufsschulen in Erlangen, Schwandorf und Cham, wobei in Erlangen, der Anregung der Kammer folgend, mit dem ersten Ausbildungsjahr begonnen wurde.

Am 31. Dezember 1979 wurden in Bayern in 3823 Praxen Arzthelferinnen ausgebildet. Die Zahl der Auszubildenden des Schuljahres 1979/80 hat sich weiter erhöht, sie stieg von 2528 Auszubildenden der ersten Fachklasse des vergangenen Schuljahres auf 2849 der gleichen Klasse des laufenden Schuljahres. Entgegen den Erwarfungen der Kammer ist damit die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse weiter angestiegen. Im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 1979 wurden 120 Ausbildungsverhältnisse vorzeitig gelöst.

Im Jahre 1979 wurden 2506 Teilnehmer an der Zwischenprüfung gezählt, von diesen waren zwei männlichen Geschlechts. An der Abschlußprüfung im Jahre 1979 nahmen 2395 Arzthelferinnen teil, von denen 2192 die Prüfung bestanden.

Die Zahl der unterrichtenden nebenberuflichen Lehrkräfte hat sich von 177 im Schuljahr 1978/79 auf 191 im Schuljahr 1979/80 erhöht. Davon waren 104 Ärzte, 54 technische Assistentinnen in der Medizin und Arzthelferinnen, 31 Mitarbeiter der KVB und 2 Mitarbeiter von Hilfsorganisationen.

Unter Beteiligung der Bezirksstelle der KVB wurde auch in diesem Jahr eine Reihe von Schulen finanziell unterstützt, damit ihnen die erforderliche Ausstattung mit medizintechnischen Geräten für den praktischen Unterricht zur Verfügung steht.

Am 7. November 1979 tagte der Berufsbildungsausschuß für Arzthelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer. Er befaßte sich mit einigen Änderungen und Ergänzungen der Prüfungsordnung für die Abschlußprüfung der Auszubildenden im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen.

Im Rahmen seiner gesetzlich festgelegten Mitwirkung bei der Festlegung der Voraussetzungen für die Gleichwerfigkeit der Ausbildung zur Arzthelferin auf einem anderen als dem dualen Wege des Berufsbildes der Arzthelferin, bestätigte der Ausschuß erneut die vom Vorstand der

Bayerischen Landesärztekammer, els der nach dem Berufsbildungsgesetz hierfür zuständigen Stelle, beschlossene Regelung, wonach Absolventinnen einer mindestens einjährigen Vollzeitausbildung an einer Privatschule für Arzthelferinnen sich nach einer praktischen Tätigkeit von mindestens sechs Monaten bei einem niedergelassenen Arzt einer Kollegialprüfung durch den Ausschuß der Kammer zum Erwerb des Arzthelferin-Briefes unterziehen können. Voraussetzung hierfür ist ferner, daß die Ausbildung an der Schule dem Inhalt jener im dualen System entspricht.

Zur Klarstellung unterschiedlicher Auslegungen über den Termin für die nach Ablauf des ersten Ausbildungsjahres abzulegende Zwischenprüfung, die sich aus dem Abschluß von Ausbildungsverträgen zu verschiedenen Zeitpunkten im Jahr ergibt, bestätigte der Ausschuß die vom Vorstand der Kammer bereits beschlossene Regelung. Sie lautet wie folgt:

„Erfolgte der Eintritt in das Ausbildungsverhältnis zwischen dem 1. März und dem 30. September, so findet die Zwischenprüfung im zeitlichen Rahmen der schriftlichen Abschlußprüfung am Ende des Berufsschuljahres des folgenden Kalenderjahres statt. Bei Abschluß des Ausbildungsvertrages zwischen dem 1. Oktober und dem 28. Februar ist die Zwischenprüfung im Rahmen der schriftlichen Abschlußprüfung für Absolventinnen der zweijährigen Ausbildung im Dezember des folgenden Kalenderjahres abzulegen."

2. Röntgenhelferinnen

Auch in diesem Berichtszeitraum wurden wieder zwei 14tägige Fortbildungskurse für solche Mitarbeiterinnen angeboten, die im Röntgenbereich auf eine mindestens dreijährige praktische Tätigkeit zurückblicken können. Die Kurse im September und April waren – wie bisher – gut besucht. Sie finden in der Röntgenabteilung der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen statt. In dankenswerter Weise hat sich der Leiter dieser Abteilung, Dr. Rödl, mit seinen Mitarbeitern für diese Aufgabe wiederum zur Verfügung gestellt. Nach erfolgreichem Abschluß erhalten die Teilnehmer ein Zeugnis der Kammer mit der Bezeichnung „Geprüfte Röntgenhelferin".

Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e. V.

1. Walner-Schulen

Nach wie vor erfreuen sich die Walner-Schulen im weiteren Umkreis von München einer großen Beliebtheit. Das bezieht sich einmal darauf, daß die staatlich anerkannte Schule für technische Assistentinnen in der Medizin, Fachrichtung Labor, und die Kurse der privaten Fachschule für Arzthelferinnen auch im Jahr 1979 gut ausgelastet waren, und daß andererseits die abgehenden Schülerinnen von den Praxen bevorzugt aufgenommen werden. Im Jahre 1979 haben 46 Absolventinnen die Schule für technische Assistentinnen in der Medizin abgeschlossen. Den einjährigen Fachkurs für Arzthelferinnen haben 136 Schülerinnen absolviert. Der Lehrkörper besteht aus 30 Dozenten, wovon 13 Ärzte, 11 Lehrkräfte von Gymnasien und 8 Lehrassistentinnen sowie 1 Lehrschwester und 3 sonstige unterrichtende Personen waren. Auch in diesem Jahr ist es gelungen, ein Defizit für den Betrieb der Schule zu vermeiden. Dazu trägt natürlich bei, daß die Schule in sehr beengten räumlichen Verhältnissen untergebracht ist, und daß die Lehrer sowohl in der privaten Fachschule für Arzthelferinnen als auch in der MTA-Schule mitwirken.

Seit vielen Jahren steht die Schule unter der Leitung von Obermedizinaldirektor a. D. Dr. Freytag. Der ausgeschiedene Hauptgeschäftsführer Dr. Sluka konnte als stellvertretender Direktor gewonnen werden.

Leider gelang es auch in diesem Jahr nicht, den geplanten Neubau endgültig zu beginnen. Allerdings wurden zwischenzeitlich die baurechtlichen Fragen geklärt, so daß nun, auf dem Hintergrund der veränderten wirtschaftlichen Situation der Verein zur Förderung der Aus- und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e. V. els Träger der Schulen mit der Leitung der Schule zu prüfen haben wird, ob die Errichtung eines Neubaus vertreten werden kann.

2. Schule für Orthoptistinnen

Auch im vergangenen Jahr konnte eine bundeseinheitliche Anerkennung und entsprechende Regelung des Ausbildungsberufes der Orthoptistinnen nicht erreicht werden. Die schulrechtlich als Private Berufsfachschule für Orthoptistinnen en der Augenklinik und Augenpoliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar anerkannte Schule, unter der Leitung des Direktors der Augenklinik, Professor Dr. Merté, hat auch im vergangenen Jahr vier Schülerinnen zur zweijährigen Ausbildung aufgenommen. Das gleiche trifft für die zweite, ebenfalls als Private Berufsfachschule für Orthoptistinnen anerkannte Schule zu, die an der Augenklinik im Kopfklinikum der Universität Erlangen-Nürnberg von Professor Dr. Schreck bzw. dessen Nechfolger geleitet wird.

Obwohl das Interesse an diesem Beruf nach wie vor groß ist, zeigen sich bereits Schwierigkeiten für die Absolventinnen, geeignete Stellen für das anschließende halbjährige Praktikum und die spätere Berufstätigkeit zu finden.

3. Schule für Zytologie-Assistentinnen

Diese Schule die unter Leitung des Vorstandes des Instituts für klinische Zytologie der Technischen Universität München, Professor Dr. Soost, steht, war in der Lage, wiederum zehn Schülerinnen in die zweijährige Ausbildung aufzunehmen. Nachdem eine bundeseinheitliche Regelung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist, betreibt der Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e. V. als Träger der Schule die schulrechtliche Anerkennung als private Berufsfachschule in Bayern.

Wie bereits an anderem Ort (Weitere Arbeitsbereiche der Kammer) über ein Konzept zur Beseitigung des Engpasses in der pränatalen genetischen Diagnostik berichtet wurde, wird dieser Stoff in den Ausbildungsplan der Schule aufgenommen. Es ist beabsichtigt, nach einer einjährigen praktischen Tätigkeit en einer entsprechenden Institution diesen Absolventinnen die Ausbildung in pränataler genetischer Diagnostik zu bestätigen.

Nichts ist schwerer zu ertragen als ein verdauungsschwacher Magen.

Pankreaplex®

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

Unbekannter ital. Meister des 18. Jh.

Indikationen: Akute und chronische Magen- und Darmstörungen, funktionelle Sekretionsschwäche der Verdauungsorgane, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meteorismus, Inappetenz, intestinale Beschwerden bei Diabetes mellitus. **Zusammensetzung:** Percolat. 1 = 10: Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml, Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml, Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancrealin. hydrol. 0,5 g, Corrigentia ad 20 ml. 1 Dragée 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

Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Erledigung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten

Die Schlichtungsstelle der Kammer wurde auch im Jahre 1979, wie die nachfolgende Statistik (Tab. 4) zeigt, rege in Anspruch genommen. Ihre Notwendigkeit wird durch die folgenden Zahlen unterstrichen. Es sei nochmals darauf hingewiesen, daß die anfallenden erheblichen Kosten allein von der bayerischen Ärzteschaft aufgebracht werden. Die zu Anfang – 1975/76 – relativ starke Kritik der Medien ist inzwischen abgeklungen, allmählich greift eine ruhigere und auch objektivere Betrachtungsweise Platz.

Verlag Bayerische Landesärztekammer

1. „Bayerisches Ärzteblatt"

Einer der Schwerpunkte des „Bayerischen Ärzteblattes" ist nach wie vor die ärztliche Fortbildung. Als weitere aktuelle Information enthalten die monatlichen Ausgaben die im Juli 1977 eingeführte gelbe Beilage „Notfallmedizin in Stichwörtern".

In der Dezember-Nummer wurden als herausnehmbarer Mittelteil die Fragen der „Testbogenaktion ‚Selbstüberprüfung des Wissensstandes'" veröffentlicht; die richtigen Antworten enthielt die März-Ausgabe.

Das Thema „Reaktorunfall" wurde ausführlich im April-Heft abgehandelt.

Die „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung" erschienen in der Juni-Nummer als blauer Mittelhefter.

Die monatliche Auflage beträgt zur Zeit 29 500. Das „Bayerische Ärzteblatt" erhalten außer allen bayerischen Ärzten die Ärztekammern der anderen Bundesländer sowie die Ärztekammern von Österreich und der Schweiz. Einer größeren Zahl von Ärzten in der Deutschen Demokratischen Republik sowie einzelnen Ärzten im Ausland wird das Blatt regelmäßig zugesandt.

Die Mitglieder der Bayerischen Landesärztekammer erhalten das „Baye-

Statistik der Schlichtungsstelle

I.	Gesamtzahl der entschiedenen bzw. enhängigen Anträge 1. Januer bis 31. Dezember 1979	
1.	Zehl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	142
2.	Zehl der noch nicht entschiedenen Anträge eus den Vorjehren	132
3.	Zehl der im ebgalaufenen Jehr erledigten Anträge	210
II.	Von den im abgeleufenen Kelenderjehr erledigten Antrëgen wurden	
1.	vom Antregsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit des Antregstellers nicht welter verfolgt	25
2.	wegen Unzuständigkeit der engerufenen Stelle abschlëgig beschieden (außerbayerische Fälle)	23
3.	wegen Nichtgeltendmechung eines Behendlungs- oder Autklërungsfehlers abschlägig beschieden	50
4.	wegen enhängiger Ermittlungsverfehren oder Gerichtsverfehren	
	a) ausgesetzt	3
	b) nicht entschieden	–
5.	wegen Widerspruchs eines Beteiligten nicht zur Entscheidung genommen	4
6.	gegebenenfells wegen Nichtbeteiligung eines öffentlichen Krenkenhausträgers am Schlichtungsverfehren nicht zur Entscheidung engenommen (Universitätskliniken)	26
7.	eus sonstigen verfehrensrechtlichen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. ebschlägig beschieden	5
III.	Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle	
	Davon entschieden	
	e) Behandlungsfehler bejehende Entscheide	30
	b) Behandlungsfehler verneinende Entscheide	31
	c) Entscheide mit Schlichtungsvorschleg	13
III a)	Noch in Bearbeitung befindliche Fälle	64
IV.	Beurteilungsthemen der in der Seche entschiedenen Anträge (III.)	
1.	Aufklärung	3
2.	Diagnose	9
3.	Anästhesie	1
4.	Therepie	27
	e) manuell instrumentelle (vorwiegend operativ chirurgische) Therepie	19
	b) konservative Therepie (insbesondere Arzneimitteltherepie)	7
	c) Strahlentherapie	1
5.	Medizinische Geräte	
	e) fehlerhaftes Materiel	–
	b) fehlerhatter Gebrauch	–
6.	Aufsichtsfehler des Arztes über	
	e) ërztliche Miterbeiter	–
	b) Pflegepersonel	1
7.	Orgenisetionsfehler des Krenkenheuses	–
8.	Orgenisetionsfehler des Arztes	–
9.	Fehlerhafte Auswertung von medizinischen Ergebnissen	2
V.	Art des Schlichtungsvorschlages bei den unter III. genennten Fällen	
1.	Schmerzensgeld	30
2.	Heilkosten	9
3.	Folgekosten	3
4.	Renten	–
5.	Erneute Heilbehandlung	1

De der einzelne Feil gelegentlich mehrere Beurteilungsthemen umfaßt, besteht keine zahlenmäßige Gleichheit

Tabelle 4

rische Ärzteblatt" kostenlos. Der Bezugspreis für ein Abonnement mußte im August auf DM 5,– monatlich erhöht werden. Dies war nicht zu umgehen, da der bisherige Bezugspreis seit Januar 1949 konstant blieb und die Selbstkosten nicht mehr gedeckt waren. – Im Berichtszeitraum laufen 240 Abonnements.

Die gute Zusammenarbeit mit der Druckerei und der Anzeigenverwaltung soll auch in diesem Jahr nicht unerwähnt bleiben.

2. Schriftenreihe

Ein wesentlicher Beitrag zur Förderung der ärztlichen Fortbildung ist die Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer.

Band 48 und Band 50 wurden im Oktober über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Beyerns allen Kassenärzten kostenlos zugesandt.

Im Berichtszeitraum begann die Vorbereitung für Band 51 (Vorträge des 30. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer) und Band 52 (Vorträge der 19. Bayerischen Internisten-Tagung). Auch diese beiden Bände werden die Kassenärzte über ihre Bezirksstelle der KVB im Spätherbst erhalten.

Bis November wurden rund 3750 Bände auf Einzelanforderung versandt, auch an Ärzte in der Deutschen Demokratischen Republik. Laufend erhalten die Neuerscheinungen einige deutsche Bibliotheken, ebenfalls einzelne in der DDR, sowie die bayerischen Universitätsbibliotheken.

Die Schutzgebühr der Schriftenreihe wurde im November von DM 2,– auf DM 5,– erhöht. Seitdem wurden 760 Exemplare bestellt und mit Quittung übersandt.

Die Gesamtauflage der im Jahre 1964 begonnenen Schriftenreihe beträgt 493 580.

Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft

- Gemeinsame *Pressestelle der Beyerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns*
- *zugleich Redaktionsbüro München des „Deutschen Ärzteblattes"*

Die Pressestelle gab im Berichtsjahr insgesamt 23 Informationsdienste (ID) mit einer Auflagenhöhe von knapp 800, einem Verteilerkreis von rund 750 und 18 Nachrichtendienste (ND) an 275 Journalisten heraus. Sie veranstaltete ferner vier Pressekonferenzen: „Der 32. Bayerische Ärztetag", „Der 30. Nürnberger Fortbildungskongreß", die „Bayerische Perinatal-Studie" und „Der Notarztwagen". Im ID wurden Themen wie beispielsweise die Ausbildung für Ärzte aus Ländern der Dritten Welt, die TÜV-Untersuchung über medizinische Geräte, die Diffamierung der Ärzte, die Zahl der arbeitslosen Mediziner, mehrere Presseerklärungen, IG-Metall zur Alters- und Krankenversicherung, die Transzendentale Meditation, Der Reaktorunfall, „Sechs goldene Regeln" für Reisen in außereuropäische Gebiete, die Ärztestatistik, Rauschmittel usw. behandelt.

Der ND ging auf die Diffamierung der Ärzte ein, zeigte die Aktivität ärztlicher Fortbildung in Bayern auf, berichtete über die Situation der arbeitsmedizinischen Versorgung von Betrieben, informierte über Arzneimittelschäden durch im Tierversuch getestete Medikamente und erstellte eine Bilanz über fünf Jahre Tätigkeit der Schlichtungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer, um nur einige wesentliche Themen zu erwähnen. Als Routinearbeit der Pressestelle werden für einen hausinternen Verteiler (13) täglich 10 Tageszeitungen eusgewertet, ferner zum jeweiligen Erscheinungszeitpunkt 29 Wochenzeitschriften, 75 Monatshefte und über 20 Informationsdienste. Aufgabe der Pressestelle ist weiterhin die Erstellung und Führung eines aktuellen Archives.

Im Sinne einer Öffentlichkeitsarbeit wurden zahlreiche fachkundige Gesprächspartner für Journalisten und Interviewer zur Verfügung gestellt, Hintergrundmaterial für Veröffentlichungen in der Presse verteilt, um nur einige der weiteren Aktivitäten anzuführen.

Hormonfrei therapieren
mastodynon®
bei MASTODYNIE und fibrozystischer MASTOPATHIE

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

Bionorica KG,
Apotheker Popp, 8500 Nürnberg 1

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

Weitere Arbeitsbereiche der Kammer

Aus der Vielzahl der Routinearbeiten, insbesondere der Anträge, Stellungnahmen und Auskünfte, die schriftlich und mündlich im Rahmen der Aufgaben der Kemmer gegenüber Behörden, Institutionen, Ärzten und Privatpersonen abgegeben wurden, ist eine Anweisung des Bundesministeriums des Innern an die Festsetzungsstellen für Beihilfen bei den einzelnen Behörden zu erwähnen, wonach bei der Beurteilung der Angemessenheit ärztlicher Honorare die jeweilige Landesärztekammer gutachterlich zu hören ist. Im Rahmen dieser Darlegung wurde die Bayerische Landesärztekammer in zahlreichen Fällen von Festsetzungsbehörden bei Beihilferegelungen in Anspruch genommen. Zu erwähnen ist ferner der beachtliche Umfang, den die Prüfung vorgelegter Anstellungsverträge leitender Krankenhausärzte sowie die Anforderung von Gutachten in Honorarstreitfällen durch Gerichte eingenommen hat.

Kurz vor seinem unerwarteten Ableben hat Ministerialdirektor Schmatz die Bitte an die Bayerische Landesärztekammer gerichtet, das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung bei seinen Bemühungen um die Beseitigung des gegenwärtigen Engpasses hinsichtlich qualifizierter Kräfte in der pränatalen genetischen Diagnostik zu unterstützen.

Mit Fachleuten auf diesem Gebiet aus Bayern hat die Kammer daraufhin ein Konzept erarbeitet, das mit Unterstützung des Ministeriums die Weiterbildung von 6 daran interessierten Ärzten und 14 technischen Assistenten ermöglichen soll. Mit diesem Modell sollen bevorzugt solche Interessenten weitergebildet werden, die die Bereitschaft erkennen lassen, sich nach Abschluß der Weiterbildung in diesem Bereich der medizinischen Diagnostik praktisch zu betätigen und selbst die Weiterbildung von Interessenten zu übernehmen.

Daneben ist die pränatale genetische Diagnostik in die Ausbildung der Zytologie-Assistentinnen integriert worden, so daß künftig den in der Schule en dem Institut für klinische Zytologie der Technischen Universität München ausgebildeten Zytologie-Assistentinnen auch in der Technik der Chromosomendiagnostik ausreichende Kenntnisse vermittelt werden.

Nach einer einjährigen praktischen Tätigkeit an einem humangenetischen Institut oder in einem in diesem Bereich aktiven Labor sollen diese Assistentinnen eine Bestätigung ihrer Kenntnisse in der zytogenetischen Diagnostik erhalten. Im Rahmen dieses Programmes sollen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen die Kenntnisse der niedergelassenen Ärzte vertieft und die Bereitschaft zur Tätigkeit auf diesem Sektor verstärkt werden.

Zur Vorlage eines vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Anfang 1980 vorgelegten „Ersten Landesplanes zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Bayern" hat die Kammer eine umfangreiche Stellungnahme abgegeben, in der zum Teil erhebliche Bedenken angemeldet und begründet wurden. Unter Beteiligung einer Reihe von namhaften bayerischen Fachleuten auf diesem Gebiet hat daraufhin ein Gespräch im Ministerium stattgefunden, in dessen Verlauf von seiten des Ministeriums zugesagt wurde, daß die geltend gemachten Bedenken bei einer als notwendig angesehenen Fortschreibung Berücksichtigung finden würden. Es erscheint dringend erforderlich, die weitere Entwicklung in diesem Bereich sehr genau zu verfolgen.

Wesentlich geprägt wurde die Arbeit in der Kammer im Berichtszeitraum durch das Ausscheiden des langjährigen Hauptgeschäftsführers Dr. Sluka und die Übernahme seiner Aufgaben durch Dr. Frenzel. Die Kontinuität der Arbeit wurde zusätzlich erschwert durch die Krankheit der langjährigen Mitarbeiterin von Dr. Sluka, Frau Weber. Es ist zu hoffen, daß die Abwicklung der Geschäfte baldmöglichst wieder in den normalen Bahnen verlaufen kann.

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V.

Die Laienaufklärung im Bereich der Krebsverhütung, der Vorsorgeuntersuchungen, der Krebsbehandlung und -nachsorge wurde weitergeführt.

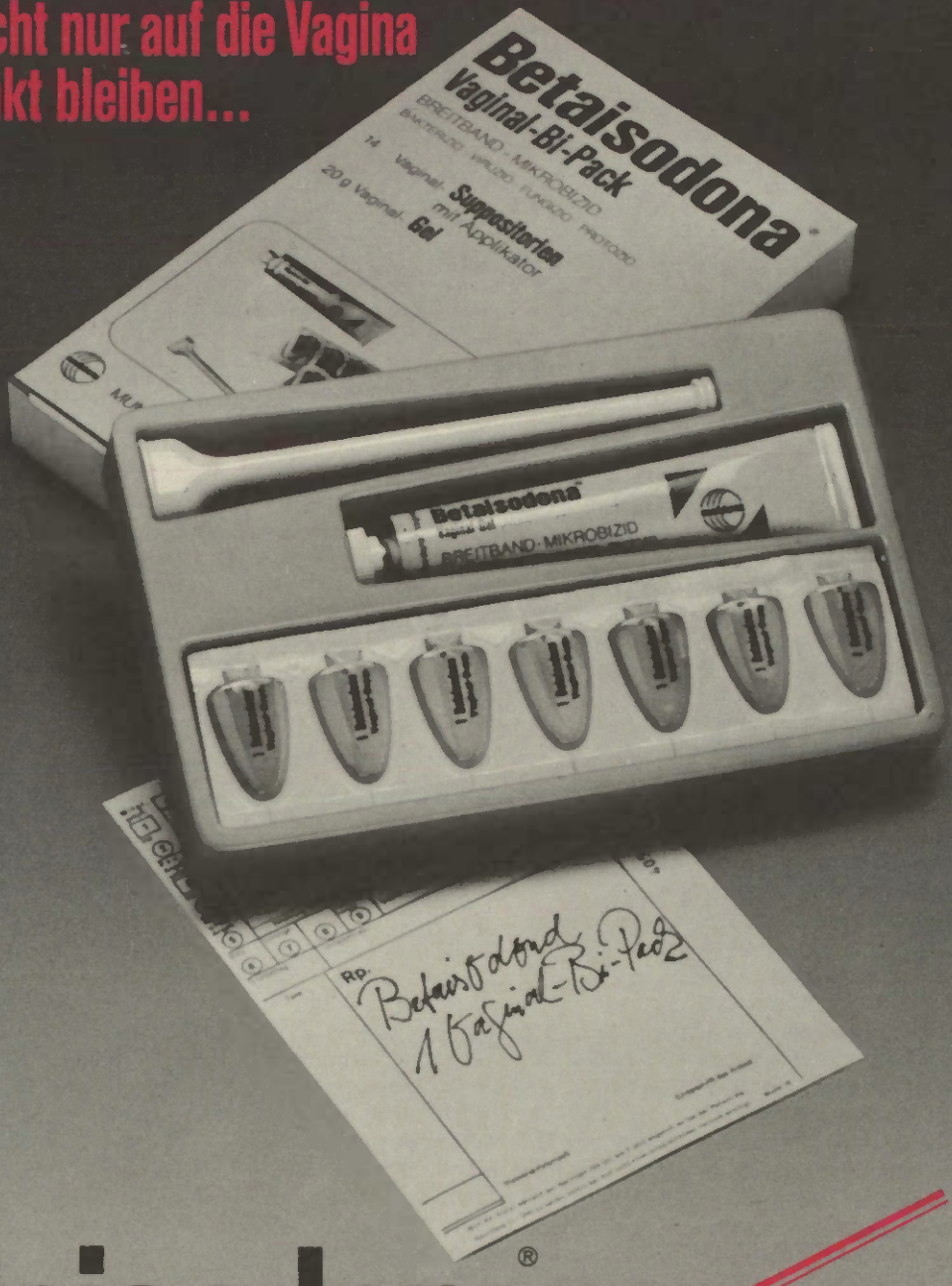
Seit Juni 1978 wurden verbesserte Tumornachsorgebögen verwandt. Nun ist es gelungen, in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde und der Universität München einen neuen *„Nachsorgekalender"* zu entwickeln, der demnächst allen interessierten Kollegen zur Verfügung gestellt werden soll. Mit Hilfe dieses Kelenders soll eine noch bessere Wahrnehmung der vorgesehenen Untersuchungstermine erreicht und durch eine anonyme, lükkenlose Erhebung aller Befunde die bestmögliche Überwachung und Nachsorge gewährleistet werden.

Tumornachsorgeklinik Bad Trissl und Obersteufen

Das Aufnahmeverfahren von Patienten in die beiden von der Arbeitsgemeinschaft betreuten Tumornachsorgekliniken Bad Trissl, Oberaudorf, und Schloßbergklinik Oberstaufen und die Regelung der Kostenübernahme zwischen den Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten Bayerns hat sich bewährt. Durch Absprache mit der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin konnte erreicht werden, daß auch diese für ihre Versicherten im Rahmen der klinischen Nachbehandlung in den beiden Tumorkliniken die Kosten des auf die Rehabilitation entfallenden Zeitraumes in den Kliniken übernimmt. Die seit Jahren bestehende enge Zusammenarbeit zwischen dem Tumorzentrum der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Gynäkologisch-Onkologischen Klinik Bad Trissl, die diesem Zentrum angegliedert ist, wurde fortgesetzt. Es erfolgt in diesem Rahmen ein regelmäßiger Konsiliardienst der dem Tumorzentrum angeschlossenen einschlägigen Kliniken und Institute. Darüber hinaus findet ein ständiger Erfahrungsaustausch zwischen den Ärzten der Klinik Bad Trissl und jenen der Münchener Universitätskliniken des Tumorzentrums statt.

Ein vom Ärztlichen Kreisverband Rosenheim im November 1979 veranstaltetes Symposion über Tumornachsorge, an dem im wesentlichen Referenten aus dem Tumorzentrum München beteiligt waren, fand bei

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

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

mundipharma

MUNDIPHARMA GMBH · 6250 Limburg (Lahn)

Werk Limburg

den Ärzten der näheren und weiteren Umgebung ein reges Interesse.

Die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. veranstaltete gemeinsam mit dem Ärztlichen Kreisverband Oberallgäu, dem Tumorzentrum München und der Schloßbergklinik im Juli 1979 ein von zahlreichen Ärzten – auch aus den Nachbarländern und angrenzenden Bundesländern – besuchtes Symposion zum gleichen Thema.

Nach eingehenden Verhandlungen zwischen den Repräsentanten des Tumorzentrums München und der Schloßbergklinik Obersteufen hat der Vorstand des Tumorzentrums in seiner Sitzung im Juni 1980 beschlossen, die Schloßbergklinik an das Tumorzentrum anzubinden. Dadurch soll euch für diese Klinik die intensive medizinisch-wissenschaftliche und therapeutische Zusammenarbeit bei der klinischen Nachbehandlung von Patienten mit malignen Tumoren sichergestellt werden.

Auf dem Hintergrund dieser Regelungen wurden auch die Statistiken der beiden Kliniken einander angeglichen, so daß jetzt eine gemeinsame Auswertung aller in diesen beiden Kliniken behandelten Patienten möglich ist. In der Klinik Bad Trissl betrug die Zahl der behandelten Patienten im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 1979 1805; die Anzahl der in die Schloßbergklinik aufgenommenen Patienten betrug insgesamt in diesem Zeitreum 1770. Die Schloßbergklinik verfügt über 218 geförderte Betten, während in der Klinik Bad Trissl 290 gefördert werden.

In beiden Kliniken waren die Patienten zwischen 50 und 60 Jahren mit jeweils etwa 32 Prozent der Gesamtzahl der eingewiesenen Patienten am stärksten vertreten. Die zweitstärkste Gruppe gehörte der Altersklasse von 60 bis 70 Jahren an. Sie war in beiden Kliniken mit ca. 30 Prozent beteiligt, während die 41- bis 50jährigen Patienten als drittstärkste Altersklasse in beiden Kliniken mit etwa 18 Prozent repräsentiert waren.

In der Klinik Bad Trissl betrug der Anteil der Erstaufnahmen 33 Prozent, in Oberstaufen 41 Prozent. Die Zahl der aus Bayern eingewiesenen Patienten beläuft sich in beiden Kliniken auf etwa 90 Prozent.

Aus der Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in den letzten zehn Jehren kann man ablesen, daß ein Aufenthalt von 40 bis 50 Tagen, entsprechend der Schwere der Erkrankung, medizinisch zweckmäßig und notwendig erscheint.

Der Anteil der Patienten, der von niedergelassenen Ärzten eingewiesen wird, lag bei 90 bzw. 94 Prozent.

Nachdem in der Klinik Bad Trissl lediglich maligne Tumoren des weiblichen Genitaltraktes und der Mamma, in der Schloßbergklinik jedoch alle Arten maligner Tumoren bei Patienten beiderlei Geschlechtes behandelt werden, ist eine gemeinsame Auswertung der Diagnosen nur bei den erstgenannten Tumoren möglich. Die spezifisch-onkologische Therapie bei den im Jahr 1979 eingewiesenen Patienten verteilt sich in Bad Trissl wie folgt: 19,2 Prozent erhielten eine zytostatische, 11,5 Prozent eine hormonelle Therapie, und bei 5,4 Prozent war eine kombinierte Therapie angezeigt. Für die Schloßbergklinik Oberstaufen betrug die Zahl der zytostatisch behandelten Patienten 15,3 Prozent, die der hormonell behandelten 7,9 Prozent und der Anteil der kombiniert versorgten Patienten 9,4 Prozent.

Für beide Kliniken ergeb sich leider durch die Zunahme des Anteils von Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Tumorerkrankung, die teilweise zum wiederholten Male in den Kliniken behandelt worden sind, eine Zunahme der Todesfälle. Sie betrug in der Klinik Bad Trissl 40 Patienten und in der Klinik in Oberstaufen 88 Patienten.

31. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 5. bis 7. Dezember 1980
– Programm Seite 992 –

Reichsärztekammer-Abwicklungsgesetz

Bekanntlich ist die Bayerische Landesärztekammer zum Treuhänder für die Durchführung des Reichsärztekammer-Abwicklungsgesetzes vom 9. Oktober 1973 bestellt worden. Der Treuhänder untersteht der Aufsicht des Bundesministers des Innern.

Im Dezember 1979 konnte die Abwicklung dieses Komplexes mit den Bundesministerien des Innern und der Finanzen nach sechsjährigen Verhandlungen erfolgreich abgeschlossen werden. Im Wege eines Kompromisses zahlte der Bundesminister der Finanzen an den Treuhänder eine Restsumme von DM 7,5 Mio. Von diesem Betrag werden noch etwa DM 4,0 Mio. zur Zahlung der laufenden Versorgungs- bzw. Hinterbliebenenversorgungsansprüche benötigt. Der Restbetrag von DM 3,5 Mio. wurde vom Treuhänder an die einzelnen Landesärztekammern erstattet, und zwar im Verhältnis des vom-Hundert-Anteils an den bisher erhobenen Umlagen. Auf diesem Wege erhielt die Bayerische Landesärztekammer DM 609 000,– erstattet. Demzufolge konnte unsere Forderung an die Bundesrepublik Deutschland aus diesem Gesetz in Höhe von rund DM 532 000,– aufgelöst werden. Die noch vorhandene Rücklage von DM 300 000,– wird in den kommenden Jahren aufgelöst und dem Kammerhaushalt als „Sonstige Einnahmen" wieder zugeführt werden.

Gruppenversicherungsvertrag der Bayerischen Landesärztekammer mit der Vereinigten Krankenversicherung AG

Der Gruppenversicherungsvertrag zwischen der Kammer und der Vereinigten Krankenversicherung AG besteht nunmehr bereits seit eineinhalb Jahrzehnten. Der Zustrom an Ärzten und ihren Familienangehörigen zur Gruppenversicherung war auch 1979 ungebrochen. Die Ursache für diese positive Entwicklung dürfte nicht zuletzt darin liegen, daß der Versicherungsschutz auf die speziellen Belange der Ärzteschaft zugeschnitten ist und zahlreiche Vergünstigungen vorsieht.

Erfreulicherweise konnten 1979 die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in wesentlichen Bereichen verbessert werden. Die Neuerungen in der Krankheitskostenversicherung wurden den betroffenen Ärzten bereits mit gesondertem Anschreiben erläutert. In der Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeld-Versicherung betreffen die Verbesserungen vor allem das höchstversicherbare Krankentagegeld sowie die Leistungen bei Berufsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und Schwangerschaft. Andererseits ließ sich im Berichtsjahr eine Anpassung der Beiträge an die gestiegenen Leistungsaufwendungen nicht in allen Tarifen vermeiden.

Leider hat der Kostensteigerungstrend angehalten, so daß auch im laufenden Kalenderjahr die Beiträge angehoben werden mußten. Diese Beitragskorrektur war allerdings nur bei bestimmten Krankheitskostentarifen notwendig. Trotz dieser Beitragsänderungen liegt das Beitragsniveau der ambulanten und stationären Ärztetarife nach wie vor deutlich unter jenem für Nichtärzte. Damit diese Beitragsvorteile auch künftig gehalten werden können, bittet unser Gruppenvertragspartner erneut alle gruppenversicherten Ärzte um eine „standesübliche" Liquidation bei Kollegenbehandlungen.

Die Beiträge in der Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bleiben unverändert.

Abschließend ist die auch im Berichtszeitraum wieder gute Zusammenarbeit der Vertragspartner hervorzuheben. Ein in Streitfällen vertraglich vorgesehenes Schiedsgerichtsverfahren mußte nicht durchgeführt werden.

Gründung der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin

Die Belange der Katastrophenmedizin haben in letzter Zeit zunehmendes Interesse erfahren, so daß auch die Gründung einer einschlägigen Fachgesellschaft erforderlich war.

Am 29. Juli 1980 wurde deshalb in München die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin gegründet. Gründungsmitglieder der Gesellschaft waren:

Professor Dr. Buchborn, München

Professor Dr. Heberer, München

Professor Dr. Henschler, Würzburg

Professor Dr. Kemper, Münster

OSArzt Dr. Kirchhoff, München

GenStArzt Dr. Linde, Bonn

Professor Dr. Messerschmidt, München

Professor Dr. Peter, München

Professor Dr. Rebentisch, München

Professor Dr. Spann, München

Professor Dr. Ungeheuer, Frankfurt

Dr. Straube, Erlangen

Min.Rat Dr. Zöllick, Bonn

Die Gründungsversammlung wählte folgende Präsidiumsmitglieder:

1. Präsident: Professor Dr. K. Peter

1. stellv. Präsident: Professor Dr. E. Rebentisch

2. stellv. Präsident: Prof. Dr. G. Heberer

Generalsekretär: Dr. R. Kirchhoff

Schatzmeister: Dr. H. J. Linde

Als weitere Mitglieder: Professor Dr. Buchborn, Professor Dr. Messerschmidt, Professor Dr. Kemper, Dr. Zöllick.

Die Katastrophenmedizin ist ein interdisziplinärer Zweig, in dem Erkenntnisse aus allen medizinischen Fachrichtungen einfließen. Diese Zusammenarbeit möchte die Gesellschaft intensivieren und die Forschungsergebnisse und Erfahrungen nutzbar machen. Neben der Kooperation mit in- und ausländischen medizinischen Fachgesellschaften sowie staatlichen und privaten Einrichtungen, die sich mit Katastrophenschutz und Katastrophenmedizin befassen, legt die Gesellschaft Schwerpunkt auf die Aus- und Fortbildung der Ärzteschaft und des medizinischen Nachwuchses, der mit katastrophenmedizinischen Problemen nicht mehr konfrontiert wurde.

Diesem Zweck dienen auch regelmäßige Kongresse und die Herausgabe einer wissenschaftlichen Zeitschrift.

Die Gesellschaft hat ihren Sitz in München.

Anschrift: Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin, Neuherbergstraße 11, 8000 München 45

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100 g enthalten: Arnica Ø 1,5 g; Calendula Ø, Hamamelis Ø ana 0,45 g; Echinacea angustifolia Ø, Echinacea purpurea Ø, Chamomilla Ø ana 0,15 g; Symphytum Ø, Bellis perennis Ø ana 0,1 g; Hypericum Ø, Millefolium Ø ana 0,09 g; Aconitum D1, Belladonna D1 ana 0,05 g; Aristolochia clematitis Ø, Mercurius solubilis Hahnemanni D1 ana 0,04 g; Hepar sulfuris D1 0,025 g.
DOSIERUNGSANLEITUNG Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.
DARREICHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖSSEN (incl. MwSt.)
Salbe (Reg.-Nr. 49 962): Tuben mit 20 g DM 4,21, mit 80 g DM 12,70.
WEITERE DARREICHUNGSFORMEN Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen. 1/80

Risikofreies Antiphlogistikum bei Verletzungen, Entzündungen, Arthrosen

Traumeel®

Offene und stumpfe Traumen
Hämatome, Prellungen, Distorsionen

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

Personalia

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Franz Ernst, Wölkernstraße 38, 8500 Nürnberg

Dr. med. Fritz Seuß, Dr.-Werner-Straße 4, 8031 Gröbenzell

Dr. med. Eugen Goßner, Präsident des Bayerischen Sportärzteverbandes, Angerstraße 27, 8900 Augsburg 21, wurde beim BLSV-Bezirkstag Schwaben vom Präsidenten des Bayerischen Landes-Sportverbandes, Dr. Willi Fritz, mit der BLSV-Verdienstplakette in Silber ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Theodor Hellbrügge, Vorstand des Instituts für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München, Leiter des Kinderzentrums und der Aktion Sonnenschein, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2, wurde zum Mitglied des La Leche Lague International Advisory Board erkoren. Diese Auszeichnung wurde damit zum ersten Mal einem deutschsprachigen Mediziner zuerkannt.

Professor Dr. med. Klaus Peter, Direktor des Instituts für Anästhesiologie der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, erhielt für den Dokumentar- und Unterrichtsfilm „Die Intravenöse Ernährung" die Goldmedaille der Medikinale International Marburg 1980 und den Preis für das beste Drehbuch, sowie beim US-Industrial Film Festival und beim US-Television Commercial Festival jeweils den „Silver Screen Award".

Professor Dr. med. Egon Wetzels, Internist – Nephrologie, Chefarzt der Medizinischen Abteilung I des Städtischen Krankenhauses Rosenheim, Pettenkoferstraße 10, 8200 Rosenheim, wurde zum 1. Vizepräsidenten des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. gewählt.

in memoriam

Dr. Soenning †

Der Ehrenvorsitzende des Bayerischen Landesgesundheitsrates, Dr. med. Rudolf Soenning, Augenerzt in Memmingen, ist am 2. August 1980 im 76. Lebensjahr verstorben.

Dr. Soenning war fünf Legislaturperioden Mitglied des Bayerischen Landtags. Den Schwerpunkt seiner Arbeit sah er vor allem in der Gesundheitspolitik. Von der Gründung des Bayerischen Landesgesundheitsrates en bis 1974 leitete er diese Institution. In langjähriger Mitarbeit im Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat Dr. Soenning seine politischen Erfahrungen auch in die Selbstverwaltung der Ärzteschaft eingebracht. Von 1950 bis 1970 war er Delegierter des Deutschen Ärztetages.

Auf dem 78. Deutschen Ärztetag in Hamburg 1975 überreichte ihm Professor Dr. Sewering die höchste Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft, die Paracelsus-Medaille.

Die bayerischen Ärzte werden des Verstorbenen stets ehrend gedenken.

Fakultät

München - Technische Universität

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Rudolf Thurmayr, Akademischer Direktor am Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie; Privatdozentin Dr. med. Lieselotte Toppel, Oberärztin an der Augenklinik.

Dr. med. habil. Hans von Denffer wurde die Lehrbefugnis für Augenheilkunde erteilt. Mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden.

Der akademische Grad eines Dr. med. habil. wurde verliehen an: Dr. med. vet. Wolf Erhardt für Versuchstierkunde; Dr. med. Hans Christoph Huber für Impfwissenschaften; Dr. med. Jürgen Ohlen für Innere Medizin; Dr. med. Rudolf Thieme für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

München - Universität

Professor Dr. med. Ernst Kastenbauer, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, wurde zum Professor – C 4 (Ordinarius) an der Freien Universität Berlin ernannt.

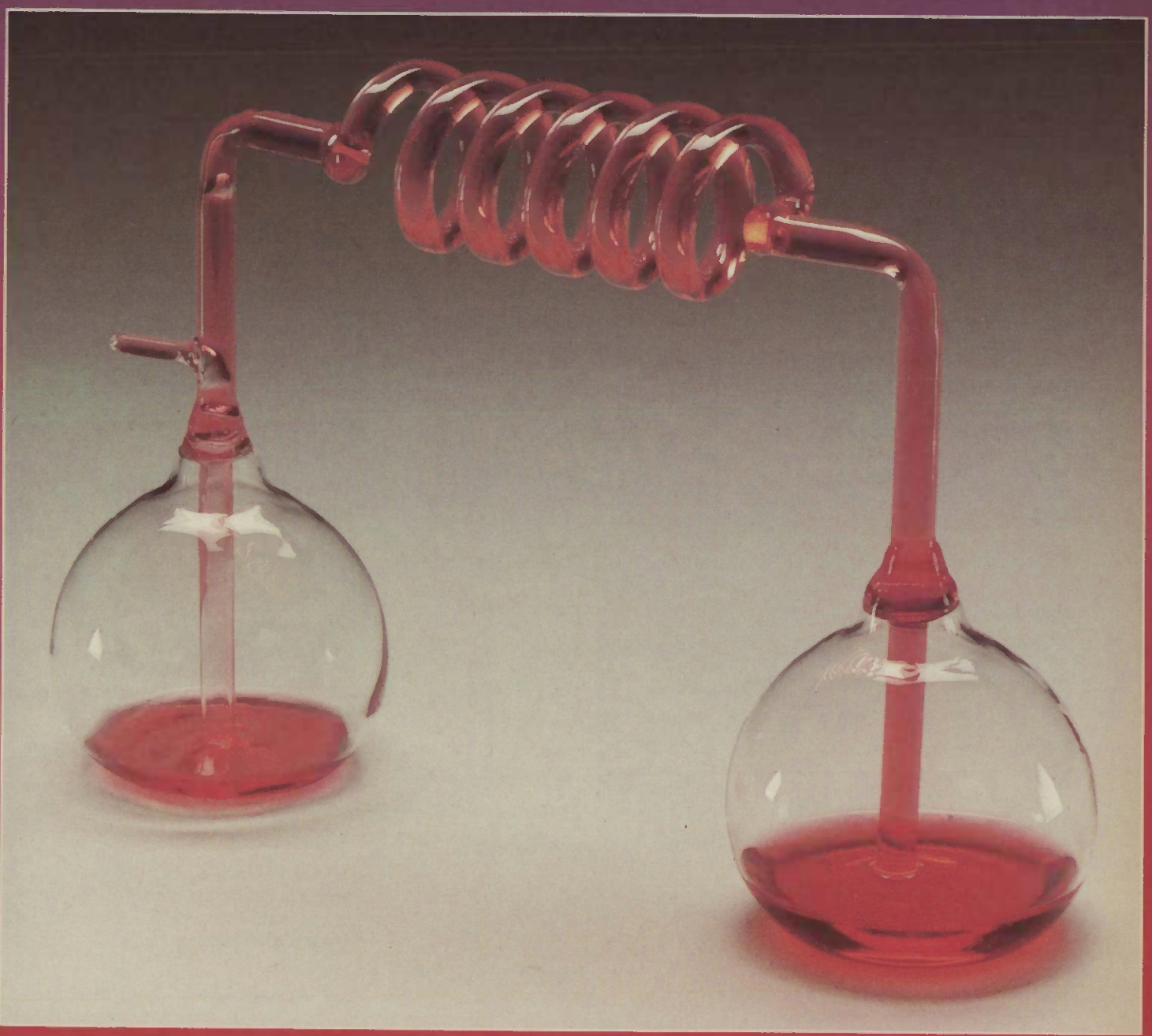
Die Bezeichung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Adolf Dörge, Oberarzt am Physiologischen Institut; Privatdozent Dr. med. Dieter Engelhardt, wissenschaftlicher Oberassistent an der Medizinischen Klinik II im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Peter Faul, Chefarzt der Urologischen Klinik im Stadtkrankenhaus Memmingen; Privatdozent Dr. med. Joachim Grunst, wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Klinik II im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Klaus Lohe, Oberarzt an der I. Frauenklinik; Privatdozent Dr. med. Johannes Schöber, wissenschaftlicher Assistent an der Kinderklinik; Privatdozent Dr. med. Athanasios Souvatzoglou, Internist; Privatdozent Dr. med. Gunther Thoenes, wissenschaftlicher Oberassistent an der Medizinischen Klinik Innenstadt; Privatdozent Dr. med. Michael Wahl, wissenschaftlicher Assistent am Physiologischen Institut.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. Manfred Ackenheil für Experimentelle Psychiatrie; Professor Dr. med. Hans Brüchle für Chirurgie (durch Umhabilitierung); Dr. med. Christian Chaussy für Urologie; Dr. med. Bernd-Friedrich Claudi für Chirurgie; Dr. med. Bernulf Günther für Chirurgie; Dr. rer. nat. Urs Hänggi für Physikalische Chemie; Dr. Karl Jacob für Klinische Chemie; Dr. med. Götz Kockott für Psychiatrie; Dr. med. Hansjörg Sauer für Innere Medizin; Dr. rer. nat. Hans Wolf für Medizinische Mikrobiologie.

Zum Akademischen Oberrat wurden ernannt: Dr. med. Ina Butenandt, Akademische Rätin an der Pädiatrischen Klinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital; Dr. med. Barbara Ohrt, Akademische Rätin an der Pädiatrischen Klinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital; Dr. med. Karl Rudolf Schmidt, Akademischer Rat an der Chirurgischen Klinik.

DEFLUINA®

BLUT-UMVERTEILUNG IN DAS ARTERIELLE SYSTEM



DEFLUINA® nutzt die physiologischen Gegebenheiten: Kontinuierlicher Durchfluß durch Blut-Umverteilung. Denn DEFLUINA® mobilisiert den Venenpool ohne nachteilige Beeinflussung der Kreislaufparameter. Das größere Blutangebot fördert die Ausbildung funktionsfähiger Kollaterolen und sorgt für eine bessere Durchblutung in bisher minderversorgten Gebieten.

Wirksame Bestandteile: 1 Tablette enthält: Raubasinhydrochlorid 2 mg, Dihydroergocristin-methansulfonat 0,2 mg, Dihydroergotamin-methansulfonat 0,05 mg, 1 ml (ca. 30 Tropfen) enthält: Raubasin 8 mg, Dihydroergocristin-methansulfonat 0,8 mg, Dihydroergotamin-methansulfonat 0,2 mg. **Anwendungsgebiete:** Arterielle Durchblutungsstörungen (peripher, zerebral), Angioneuropathien. **Gegenanzeigen:** Dekompensierte Herzinsuffizienz, Klappenstenosen des Herzens, starke Einengung der Lungenstrombahn. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka kann verstärkt werden. **Dosierungsanleitung:** Tabletten: Soweit nicht anders verordnet, 3mal täglich 1 – 2 Tabletten einnehmen. Tropfen: Soweit nicht anders verordnet, 3mal täglich 15 – 30 Tropfen, am besten in etwas Wasser, einnehmen. **Warnhinweise:** Eine eventuell bestehende Herzinsuffizienz muß vorher kompensiert werden. Die Tabletten sind lichtempfindlich; sie sollen daher stets in der Faltschachtel aufbewahrt werden. **Packungsgrößen und Preise*:** 30 ml Tropfen DM 32,15, 60 ml Tropfen DM 58,85, 300 ml Tropfen (10 x 30 ml = Klinikpackung), 50 Tabletten DM 22,87, 100 Tabletten DM 40,66, 500 Tabletten (10 x 50 Tabletten = Klinikpackung) (Apoth.-Verk.-Preise mit MwSt.).

NATTERMANN

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Coburg-West:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof-Neuhof:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

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

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

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

Hof/Saale:
1 Augenarzt

Bamberg:
1 Hautarzt

Kronach:
1 Urologe

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 29 21.

Unterfranken

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

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

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

Elfershausen, Lkr. Bad Kissingen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

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

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

Stadt Schweinfurt, Stadtteil Bergl:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 Auganarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:
1 Augenarzt

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

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

Stadt Aschaffenburg:
1 Hautarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Hautarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Nervenarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Nervenarzt

Bad Neustadt a. d. Saale, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Nervenarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Urologe

Bewerbungen bitta an die Bazirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Talefon (09 31) 307 - 1.

Oberpfalz

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

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

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

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

Amberg:
1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:
1 Hautarzt

Weiden:
1 Hautarzt

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

Niederbayern

Regen-Stadt:
1 Augenarzt

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Frauenarzt

Deggendorf-Stadt:
1 Hautarzt

Dingolfing-Stadt:
1 Hautarzt

Regen-Stadt:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitta an dia Bezirksstella Niederbayern der KVB, Liliansträße 5–9, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 70 53.

Gesucht: Humanitas!

Nicht dort wird humanitas eis varmißt gemeidet, wo sie ganz offensichtlich fehlt und geseilschaftiicha Rehabiiitationsmaßnahmen wirken könntan, wie etwa in der Einstaliung zu Kindern, Behindarten und Alten. Dort werden auch keina Forschungen darüber angesteilt, was denn etwa „wesentiicha Humanitätsbadingungan" sein könnten. Die Geseiischaft bieibt feindlich, z.B. kinderfeindlich. Ein humanitäres Gawissen basitzt sia eben nicht.

Aber in anderem Zusammenhang wird über humenitas geredet, viei und öffentlich: über die Humenität im Arbeitsieben und über die Humanität im Krankenhaus und im Gesundheitswasen allgemein. Die Reaktionen auf dieses öffantiicha in-Frage-Gestaiitwarden sind unterschiedlich. So mainan dia Krankenhausärzta, daß vornahmiich die Arbaitsüberiastung dia Schuid an der beklagten Inhumanität trage und varlangen und begründen damit die Fordarung nach mehr Ärzten im Krankanhaus. Umgehend wird ihnen gaantwortat, daß in den ietzten Jahran ja ohnehin dia Zahi von Petienten, dia ein Arzt im Durchschnitt zu versorgen hat, drastisch gesunken ist und diesa Mehrforderung ökonomisch nicht machbar ist. Und daß überdies humenitas nicht eine Frega des Galdas sei. Andera mainan – und dies ist salbst in ärztlichen Kraisen ein geiäufigar Gadankangang –, daß dia Tachnik in der Madizin den Arzt zu einem Tachnokraten gemacht habe und deshalb saina Fähigkeiten, dia humenitäre Saita seiner Aufgabe zu artüllen, verkümmert seien. Daraus folgart das nun schon deutlich gewordene Rezapt, daß sich der Arzt von der Technik distanziaren solla, um Zeit und Kraft auf dia unmittalbara Hinwandung zum Patienten zu verwenden. Damit ihm das ieichter falla, wird ihm mehr Gald ais bisher für diese Tätigkait geboten. Auf diese Waisa befriedigt, wird offenbar erwartet, daß er die Liabe am technischan Spielzeug varliert und endgüitig der technoiogischen Rationalität überläßt.

Bei dieser Sachlage muß sich dia Ärztascheft bewußt machen, daß die Klagen über mangeinde Menschlichkeit ain politisch-stratagisches Instrument darstellen, um über Diffamierung und Demoralisierung sowia finanziella Anraiza jenen Bruch ihres Berufsbildes herbeizuführen, der zur Grundidee von Systemveränderungan gehört: dia vöiiige Eigenständigkait, organisatorische Strukturierung und Uniformiarung tachnischer Baraiche.

Eine INFAS-Studia hat varsucht, durch Patientenbefragung herauszufindan, wie der Patient das humanitäre Defizit konkretisiert. Kein Zweifei, der Patient unterscheidet zwischen medizinischer Leistungsfähigkait und fachlicham Können einersaits und der aiigemainan Atmosphäre, dar Art der Behandlung, Versorgung und information andarerseits. Nicht der medizinischen Leistung – was auch immar sia ist – odar dan fachlichen Fähigkeitan des Arztes ist zunehmand inhumanität inhärent, sondern dia von alien Krankenhausmitarbaitern gestalteta Atmosphära, die auf jedas Individuum durch die Art und Waise dar Bahandlung und Versorgung sowie im Rahmen von Gasprächan und informationen ainwirkt, befriedigt sein Badürfnis nach manschiicher Zuwendung und nach Raspekt der Menschenwürde nicht. Kranksein, Hilfa brauchen bedeutet notwendigerweise aina psychische Destabiiisierung, Sorgen und Ängstlichkeiten überiagern die Bawußtseinslage, jadar Patiant ist auf die ihm eigena Weise sansibal. Zu psychischer Stabiiisierung trägt alias bei, was dem Patienten ermöglicht, Vertrauen zu gewinnen, Vertrauan zu jenan Personan, in deren Abhängigkeit er sich bis zu seiner Gesundung zu begeben hat. Dieses Vertreuen steiit sich nicht zu Dingan, nicht zur Technik, nicht zu institutionan, nicht zur Sachkompetanz ein, es ist zutiafst manschiicher, geistigar Natur.

Wer heute ein Krankanhaus als Patient arlebt, wird einen ganz erheblichen Wandei der Organisation feststeiien. Die Technik hat nicht nur in den medizinischen Spazialainrichtungen Einzug gehalten, sie baginnt vieimehr bei Datenerfassung, Fragebögen, Rufanlagen, Machenisierung der Verköstigung und Aufteiiung der Behandiung und Versorgung in Funktionsbereiche. Schon diese arbeitstechnischen Strukturen, die für Produktionsbereiche durchaus nützlich sein können, schainen dar Atmosphära, deren dar Patient bedart, abträglich zu sein. Der Patient wird Augenzeuge dafür, daß das gesamte Krenkanhauspersonal dem technischen und organisatorischen imperativ zu folgen hat. Niemand ist dabei glücklich, weder der Patient noch die, die ihm dienen wolien. Es muß die Frage gesteiit werden, ob die modernen technisierten Organisationsstrukturen nicht wesentliche Inhumanitätsbedingungen darstellen.

Dieseiba Studie steiit fest, daß die Patienten den Ärzten mit übarraschender Häufigkait so positive Eigenschaften wie Freundlichkeit, Hilfsbaraitschaft, Qualifiketion bescheinigen und sogar jeder zweite Patient ist der Überzeugung, daß sie sich Zeit für die Patienten nehmen. In der Persönlichkeit der Ärzte wird demnach kein Humanitätsdefizit gefunden. Anhaltspunkte für ein Defizit zwischen Arzt und Patient gibt es nur noch im Bereich der Kommunikation, wenn es sich um Vermittiung von Informationan über Diagnosa und Therapie von Krankhaiten und deran Prognose und Risikan dreht. Die einen Patienten wollen informiart werdan, die anderen fühien sich dadurch beunruhigt; dia einen ampfinden das Fehien von Informationen als humanitäras Defizit, dia anderan empfinden umfassanda information als inhuman.

Aus der bisherigen Humanitäts-Diskussion schäit sich somit haraus, daß – soweit der Arzt in die Nähe von inhumanität gerückt wird – dies einer politischen Diffamierungsstrategie zuzuordnen ist. Die Bafragung der Patienten deckt Defizite auf, dia vorwiagend nicht in der Parsöniichkait der Ärzta oder übarhaupt den Ärzten zur Last gelegt warden könnten. In dan Mittelpunkt rückt vielmehr eine unabdingbara Humanitätsbadingung: das Verlangen nach einem unmittaibaren, intensiven, eber absolut individueilen und keineswegs uniformierten oder schematisierten Kommunikationsabiauf, das Verlangen nach einem unabhängigen, unmittelbar und ungetailt Verantwortlichen, dar diese Verantwortung aus sachlicher Kompetenz, fachlicher Qualifikation und technischer Ertahrung schöpft.

Dr. mad. Gartraud Bäcker, Vorsitzenda das Bayarischan Ärztinnenbundas, Bad Brunnthal 3, 8000 München 80

Dr. Robert Paschke zum 75. Geburtstag

Die Leser des „Bayerischen Ärzteblattes" sind seit vielen Jahren gewohnt, zwischen den berufspolitischen Problemen, den Fortbildungsartikeln, Verlautbarungen und Werbeseiten eine kleine Oase zum Nachdenken zu finden: „Äskulap und Pegasus" – inmitten der sachlich-unsachlichen gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen eine Mahnung, daß es auch andere Dinge und höhere Werte im Leben des Arztes gibt.

Robert Paschke ist es gelungen, dieser Rubrik das Gepräge zu geben, ein Beispiel, das bisher von keinem anderen Ärzteblatt auch nur annähernd erreicht wurde. „Äskulap und Pegasus" mag deshalb auch der würdigste Rahmen sein, Robert Paschke zum 75. Geburtstag mit einem Rückblick auf sein Leben – Glück für die vor ihm liegende Wegstrecke zu wünschen.

Am 3. Oktober 1905 in Bamberg, als dritter Sohn eines Gymnasialprofessors der Neuphilologie geboren, war die Jugend durch die humanistischen Gymnasien in Regensburg und Erlangen geprägt. Bereits gegen Ende der Gymnasialzeit griff Robert Paschke zur Feder, wobei die Ideenwelt Chamissos, Mörikes, Lenaus und vor allem des Erlanger Walter Flex in Form und Inhalt sichtbar werden. Der Weltschmerz der damaligen Zeit wird vielleicht am deutlichsten spürbar, wenn ein Gymnasiast im 18. Lebensjahr „Erinnerungen" formt.

„Lieg oft im Grase und träume
von längst vergangener Zeit
und auf im Schmerz ich mich bäume:
o Kindheit, wie liegst du so weit!

Wie liegst du so weit und so ferne
und doch so deutlich vor mir,
ich rufe zurück dich gerne,
ich kann nicht lassen von Dir.

Da steigen vergangene Zeiten
als Ideale empor,
da klingen die goldenen Saiten
der Kindheit schön wie zuvor.

Doch ich hab' dich für immer verloren,
du kehrst nie mehr zurück.
O wäre ich nie geboren!
O blickte ich nie solches Glück!"

Die Gedanken während der Abiturfeier 1924 in Erlangen sind nicht zufällig unter dem Pseudonym *martin sucher* in Worten gefaßt.

„Er wußte nicht, warum keine Begeisterung, ja nicht einmal eine leise Freude in seinem Herzen aufklang, wenn er an die akademische Freiheit dachte, die ihn nun erwartete. War er nicht auf der Schule auch frei gewesen, frei, wenn man den leisen Zwang für nichts erachtete, der notwendig sein muß, um junge Menschen zu erziehen für die menschliche Gemeinschaft, fürs Leben? Niemand hatte ihn je gezwungen, gegen seine innere Überzeugung etwas zu tun. Was also konnte ihm die neue, die akademische Freiheit anderes bringen, als was er schon immer besessen, was er nie verloren hatte: die Freiheit – seines Geistes und seines Herzens."

Nach der Immatrikulation an der Universität Erlangen merkte der junge Student nach zwei Semestern, daß Chemie nicht das richtige Gebiet für ihn sei und wechselte zur Medizin. Nach dem medizinischen Staatsexamen 1930 promovierte er 1931 zum Dr. med. In der Folgezeit hin- und hergerissen, ob er eine akademische Karriere einschlagen – Gedanken, die den 75jährigen heute noch bewegen – oder „Arzt" bleiben soll, entschied er mit der Niederlassung als praktischer Arzt und Geburtshelfer 1934 in Emskirchen/Mfr. Einzelheiten aus den Begegnungen mit den Erlanger Professoren Graser, Jamin, Haselwander, Winz, Bingold, Götze deuten heute noch darauf hin, wie schwer er sich zu dem Entschluß „Ich will *‚Arzt'* werden" durchgerungen hat.

In seinem „Herr über Leben und Tod" klingt dies so:

„Von Mensch zu Mensch nun
wirket das Ärztlich-Tun,
wenn's ohne Fehle.

Herr-Sein kann nur,
wer demütig die Natur
als Meisterin achtet."

R. Paschke sah in seinem Beruf die Berufung, den Mitmenschen zu helfen. 126 Einzelpublikationen auf verschiedenen Gebieten in zahlreichen Periodika dokumentieren aber, in welchem Umfang er sich jeweils mit den medizinischen, gesellschaftlichen und sozialen Problemen der Zeit auseinandersetzte.

Das Jahr 1945 findet ihn, der als einer der wenigen Ärzte kein Parteimitglied war, bereit, die Kassenärztliche Vereinigung wieder mit aufzubauen, derem ersten Vorstand er bis 1950 angehörte. Neben anderen Ämtern in der Ärzteschaft gehörte er dem Bayerischen Ärztetag von 1954 bis 1974 als Delegierter an. Seit 1970 betreut er – eine Tätigkeit, die der engen Freundschaft mit Schauwecker entsprungen war – die Rubrik „Äskulap und Pegasus" im „Bayerischen Ärzteblatt".

An nur wenigen Zusammenkünften der Bayerischen Schriftstellerärzte hat R. Paschke gefehlt.

Sein literarisches Schaffen ist in drei Büchern zusammengefaßt:

„Alter, Krankheit, Tod", Gedichte eines alten Arztes (1971)

„Die Verhaftung des Sokrates" (1974)

„Wenn die Blätter fallen" (1979)

Im Mittelpunkt der Thematik R. Paschkes steht die Reflexion des ärztlichen Handelns, die Suche nach dem rechten Weg und die besinnliche Bescheidenheit.

In „Nächtlicher Gang des alten Arztes" kommt dies vielleicht am deutlichsten zum Ausdruck:

„Es lebt noch in den alten Gassen
wie einst
vor längst entschwundnen Jahren,
wenn sie im Mondschein nun
sind auch verlassen,
sie konnten doch Vergangenes bewahren.

Siehts du das Häuschen dort
im fahlen Schein?!
Du kannst fast trinken
aus des Daches Traufe,
dort lag ein Weib einstmals
in schwerer Pein,
doch ging sie stolzen Hauptes
dann zur Taufe.

Und hier warst du und dort,
Tote bekommen Leben,
du hörst das Schreien wieder,
siehst die Wunden
von neuem – Hilfe hast du dann gegeben
soweit du konntest,
wenn du sie gefunden.

Du wendeist weiter wie im Traume,
ein jedes Haus wird dir lebendig nun,
befreit von Zeit stehst du im alten Raume
und denkst wehmütig-dankend
an vergengnes Tun."

Zurückgezogen aus der ärztlichen Praxis klingt manches, was er schreibt, schon transzendental wie im „Lebenskreis":

„Der Kreis war klein, in dem du lebtest,
doch tühltest du dich stets
geborgen dort;
zusammen mit den Deinen
und den treuen Freunden
fandst du in allen Stürmen sichern Hort.

Du wolltest nicht die Welt verändern,
nach Sternen greifen lag dir fern;
du wolltest die Persönlichkeit nur bilden,
dein Wesen Formen war des Zieles Kern.

Nun gehst du heim auf letztem Wege,
von wen'gen Freunden noch begleitet nur.
Was schiert's die Seele,
wenn einst in Äonen
von deinem Erdenleben
tinden wird sich keine Spur!"

In der Diskussion, den Lesungen der Schriftstellerärzte und bei ihren häufigen Treffen im bayerischen Raum klingen die in der Schrift oft resignierenden, zurückhaltenden, an Bescheidenheit mahnenden Gedanken überzeugend, eher lebensbejahend und mutig; es ist der Mut und die Aufrichtigkeit, die sich wie ein Faden von der Gymnasialzeit bis zum heute 75jährigen zieht – ein Mut und die Gabe dies in Worte zu fassen, den wir ihm für viele weitere Jahre in unserer Mitte wünschen.

Professor Dr. F. Schmid, Aschaffenburg

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 Langzeitbehandlung auf großen Flächen vermeiden; ebenso bei vorgeschädigter Niere.

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

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

WIDER

Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

Hilfe bei Strahlenschäden

Der Umgang mit radioaktiven Substanzen gehört zum modernen Alltag. Allein im medizinischen Bereich gibt es heute in Bayern 350 Betriebe, in denen mit radioaktivem Material gearbeitet wird. Obwohl die technischen Sicherheitsvorkehrungen außerordentlich hoch sind, kann prinzipiell ein Unfall – etwa durch unsachgemäßen Umgang – nicht ausgeschlossen werden. Landtag und Senat haben sich des Themas der medizinischen Hilfe bei Strahlenschäden angenommen, da – wie sich herausstellte – „in der Bundesrepublik Deutschland ein Nachholbedarf" bestehe. So beschloß der Bayerische Lendtag aufgrund eines Antrages des SPD-Abgeordneten Dr. Andreas Schlittmeier und anderer, auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sei sicherzustellen, daß im Städtischen Krankenhaus München-Schwabing ein Strehlenschutzzentrum mit einer Kapazität bis zu 19 Betten eingerichtet wird und eine personelle Besetzung mit wenigstens einem zur Hilfe bei Strahlenschäden ausgebildeten Arzt rund um die Uhr erfolgen kann. Weiter soll die Staatsregierung für die Durchführung von Kurz- oder Wochenendlehrgängen zur Schulung von Ärzten in der Umgebung von Reaktoreinheiten (Kernkraftwerken) zur Hilfe bei Strahlenschäden sorgen.

Der Landtagsantrag war für die Senatsausschüsse für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik sowie für Kulturpolitik Anlaß, die medizinische Versorgung bei Unglücksfällen in Forschungsstätten, Universitäten, Betrieben, Lagerstätten gleichfalls zu diskutieren. Dabei ging es den Senatoren weniger darum, Katastrophenfälle zu erörtern, von denen die ganze oder weite Teile der Bevölkerung in Mitleidenschaft gezogen werden. Die Wahrscheinlichkeit eines solchen Falles sei nicht größer als die, daß ein Meteorit auf der Erde einschlage und Schaden anrichte.

Zentrales Thema im Senat war die Frage, wie bei einem Unglücksfall einem strahlenverseuchten Patienten geholfen werden kann. Als Experten zeichneten der Chefarzt des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Dr. Henftling, und der Ordinarius für Nuklearmedizin an der Universität Würzburg, Professor Dr. Börner, ein Bild, das die Sorge von Landtag und Senat rechtfertigte:

So berichtete Dr. Henftling, daß gegenwärtig aufgrund von Umbaumaßnahmen in seinem Krankenhaus keine stationären Versorgungsmöglichkeiten bei radioaktiven Unfällen bestehen. Vor 18 Jahren habe er dort einen strahlenschutz-medizinischen Dienst mit übernommen, der für die damaligen kerntechnischen Anlagen, dem Reaktor Garching, einigen Isotopen-Labors, der TH und einiger medizinischer Betriebe ausreichend gewesen sei und für heutige Begriffe die Anforderung schlecht und recht erfüllt habe. Bei den Dimensionen, die die Entwicklung der Kerntechnik in den siebziger Jahren angenommen habe, sei die Versorgung von radioaktiv verseuchten Personen aber auf gar keinen Fall mehr gewährleistet. Ein kontaminierter Verletzter müsse heute, sofern ein Transport zu rechtfertigen sei, mit dem Hubschrauber nach Ludwigshafen gebracht werden. Dr. Henftling bejahte die Frage, ob die Vorsorge im Raum München in der Vergangenheit gesichert war. Jetzt sei sie durch die angelaufenen Baumaßnahmen nicht mehr gegeben. Erst frühestens im Spätsommer nächsten Jahres werde ein „Improvisierter Aufnahmedienst für radioaktive Unfälle" wieder möglich sein. Mit der endgültigen Fertigstellung eines Unfallaufnahmezentrums sei nicht vor Ende 1983, wahrscheinlich erst 1984 zu rechnen.

„Im Augenblick besteht in der Bundesrepublik Deutschland keine Strahlenunfallstation, wie man sie sich vorstellt", erklärte Professor Dr. Börner. Weder für Nürnberg noch für Würzburg, also dem nordbayerischen Raum, sei eine Versorgung gegenwärtig gewährleistet. Allerdings laufe aufgrund einer Intervention von Staatssekretär Dr. Heinz Rosenbauer vom Sozialministerium eine Planung an, die, wenn sie verwirklicht wird, frühestens ab 1983 allen Anforderungen Genüge werde leisten können. Im Vergleich zu anderen Ländern stellte Professor Dr. Börner fest, daß in der Bundesrepublik auf dem Gebiet der strahlenmedizinischen Versorgung ein Nachholbedarf bestehe. Beispielsweise seien die Verhältnisse in Frankreich wesentlich besser. Dort bestehe ein zentrales Strahlenzentrum in der Nähe von Paris, in das notfalls auch transportfähige Petienten aus der Bundesrepublik geschickt werden können.

Senator Professor Dr. Hans Joachim Sewering warnte in der Diskussion davor, daß in der Öffentlichkeit der Eindruck erweckt werde, ein Kontaminierter könne nirgends untergebracht werden; der Transport nach Karlsruhe, Ludwigshafen oder Paris, wo ärztliche Versorgungsmöglichkeiten vorhanden sind, sei heute kein Problem mehr. Problematisch sei eber die Behandlung von strahlenverseuchten verletzten Patienten, die nicht transportfähig seien, und vor allem der Schutz des Operationsteams. Man könne es sich nicht leisten, daß nach der Operation eines Kontaminierten das ganze Team ausfalle, weil es ebenfalls kontaminiert wurde. Ein weiteres Problem sah Senator Sewering in der Forderung nach einem eigenen Bereitschaftsdienst rund um die Uhr. Dies sei völlig undenkbar, weil unter Umständen Personal das ganze Jahr vorgehalten werden müsse, das möglicherweise überhaupt nicht eingesetzt werde, statt dessen ärztliches oder nicht-ärztliches Personal in den Fachabteilungen, das in der Lage sei, die Betreuung von einzelnen verseuchten Patienten zu übernehmen. Zur Forderung des Landtags nach Lehrgängen für Ärzte in der Umgebung von Kernkraftwerken teilte Professor Dr. Sewering mit, deß für die Ärzte des gesamten Bereichs Niederbayern/Landshut Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt worden sind. Das gleiche gilt für Schwaben/Augsburg und Unterfranken/Würzburg. Die Vorträge, die auf diesen Veranstaltungen gehelten worden sind, werden im Augenblick in einem Band der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer zusammengefaßt, der allen niedergelassenen Ärzten Bayerns und den Krankenhaus-Bibliotheken zur Verfügung gestellt wird.

Michael Gscheidle

Brief aus Bonn

Vor der Wahl

Der Bundestagswahlkempt steht im Zeichen der „großen" Politik. Die einen sichern den Frieden, die anderen stehen für Frieden und Freiheit. Wenn die Demoskopen recht haben, so treut das Volk den Friedensperolen der Regierenden, nach „Afganistan", mehr denn je. Ob die Vorgänge in Polen zu einer nüchterneren Einschätzung der Reelitäten dieser Welt beitragen, bleibt abzuwarten. So groß unsere Wirtschattsmacht in den letzten Jehrzehnten euch geworden ist, an den Hebeln der Macht sitzen noch immer die Amerikener und die Sowjets. Sie entscheiden über Krieg oder Frieden in der Welt und in Europa. Unsere Freiheit ist allenfalls im Bündnis mit den Amerikanern zu sichern, nicht in noch so hochkarätigen Gesprächen mit Moskau oder dessen Satelliten. Es wäre gut, wenn die Einsicht in diese Grundtatsachen deutscher Nachkriegspolitik im Wahljahr nicht verloren ginge.

Das ist tast noch wichtiger als der Wahleusgang am 5. Oktober, obwohl euch der Wehltag tür die Außen- und die Innenpoiitik Weichenstellungen bringen kann, die später kaum noch korrigierbar sein könnten. Des gilt sicherlich auch für die Sozielpolitik. Für den Bonner Chronisten könnte es reizvoll sein, über Wahlchencen und deren Konsequenzen zu spekulieren. Aber er hat sich, zur perteipolitischen Neutrelität verptlichtet, Zurückhaltung eufzuerlegen. Dennoch wäre es talsch, die Augen davor zu verschließen, daß es in den Kreisen der freien Berufe die Sorge gibt, die SPD könnte die ebsolute Mehrheit der Bundestagsmandate gewinnen. Wie realistisch solche Erwägungen sind, kann erst der Wahltag zeigen. Sicher ist nur, daß men den Wahlsieg der SPD nicht dadurch verhindern kann, Wähler von der Union zur FDP zu ziehen. Wer die SPD türchtet, der muß schon dafür sorgen, daß das bürgerliche Lager insgesamt im Bundestag stark vertreten bleibt.

So würde z. B. der Einfluß der FDP auch dann nicht wachsen, wenn sie mit mehr Abgeordneten in den Bundestag zurückkehrte, zugleich eber die Union stark verlieren würde. Die FDP hat nur dann Gewicht, wenn sie nottalls euch mit der CDU/CSU eine Koalition eingehen könnte. Das hängt aber nicht nur von der Stärke der FDP, sondern auch vom Wahlergebnis der Union ab. Eine schwer geschlagene Union könnte wohl kaum ein Koalitionspartner tür die FDP, wohl eber ein denkbarer Partner der SPD sein, da Schmidt dann Kenzler bleiben könnte. Es muß jedenfalls euffallen, deß der SPD-Fraktionsvorsitzende Wehner, noch immer die entscheidende politische Kratt in der SPD, im Streit über die Montan-Mitbestimmung keine Rücksicht auf die Position der FDP genommen hat. Genscher, der eine feine Witterung tür politische Gefahren hat, glaubte jedenfells vor einer „Lex Wehner/Lex Strauß" wernen zu müssen, als Strauß zu erkennen gab, daß die Union an einer Sicherung der Monten-Mitbestimmung mitwirken könne.

Die politische Rolle der FDP wird nach der Wahl auch nicht nur von den politischen Krätteverhältnissen der drei Parteien zueinender, sondern auch von der politischen Gewichtverteiiung innerhalb der FDP-Frektion bestimmt. Da entscheiden nicht allein Genscher und Lembsdorff. Frage: Wie stark wird künftig der linksliberale Flügel der Pertei sein? Viel spricht dafür, daß vor allem er von einem guten FDP-Ergebnis profitieren würde. Wer gar zu simplen politischen Rezepten mißtraut und eine wohlerwogene Wahlentscheidung tretten will, het es jedentalls diesmal besonders schwer. Wer sich von politisch-taktischen Erwägungen leiten läßt, sollte die Getahr nicht zu gering schätzen, daß em Ende die von ihm vertretenen Grundsätze euf der Strecke bieiben. Wer seine Wahlentscheidung an Grundsätzen orientiert, braucht sich jedentells im Nachhinein nicht zu ergern, wie jene „Schleumeier", deren Rechnung nicht eufging.

Viel spricht dafür, daß SPD und FDP die Koalition fortsetzen können. Jedes andere Ergebnis wäre jedentells als Überraschung zu werten. Sollte der Wähler diese in Bonn vorherrschende Erwartung bestätigen, so würde der nächste Arbeitsminister wohl wiederum Herbert Ehrenberg heißen. Zwar hat es gelegentlich die Spekulation gegeben, daß Anke Fuchs, Staatssekretärin im Ehrenberg-Ministerium, aut den Ministerstuhl rücken könnte. Dieser Zeitpunkt scheint noch nicht gekommen. Der Kanzler hat schon bei früherer Gelegenheit wissen lassen, daß die „Rentenreform 84" von Ehrenberg und Freu Fuchs gemeinsam durchgesetzt werden solle. Dies dürfte auch den Vorstellungen von Frau Fuchs entsprechen. Soweit dies von außen zu beurteilen ist, harmonieren Ehrenberg und seine Staatssekretärin gut miteinander. Anke Fuchs wird Ehrenberg nicht eus dem Ministeramt drängen wollen. Außerdem weiß sie, daß die nächste Rentenreform zu harten politischen Auseinendersetzungen führen muß, und zwar nicht nur mit der Opposition, sondern euch mit dem Koalitionspertner und mit Gruppierungen der eigenen Partei. Frau Fuchs wird froh sein, wenn ihr der robuste Ehrenberg den Rücken trei hält.

Dennoch werden sich zwangsläufig Änderungen im Arbeitsministerium ergeben, denn Freu Fuchs wird als Abgeordnete in den Bundestag einziehen. Aus der beemteten Steatssekretärin dürfte die parlamentarische Staatssekretärin werden. Es ist zu erwerten, daß es im Arbeitsministerium künftig zwei parlamentarische Staatssekretäre und nur noch einen beamteten Staatssekretär geben wird. Buschtort und Strehlke dürften ihre Ämter behalten, auch wenn sie wenig hervorgetreten sind. Gegen die Spekulation, Ehrenberg könnte abgelöst werden, sprechen euch politische Erwägungen. Ehrenberg hatte das Erbe Arendts zu bewältigen. Als er sein Amt antrat, beherrschten die Themen „Rentenbetrug" und „Kostenexplosion im Gesundheitswesen" die Schlagzeilen. Ehrenberg hat es geschafft, im Wehljahr diese Themen aus den Schlagzeilen zu bringen. Des zählt in der Politik, auch wenn die Methoden umstritten waren und noch immer sind und der politische Erfolg nicht von Dauer sein kann. Es ist daher schwer vorstellbar, daß Schmidt seinem Arbeitsminister den Leufpaß gibt. Men wird elso wohl weiterhin mit dem Gespann Ehrenberg/Fuchs rechnen müssen.

Die belden tun des jedenfeils auch, sonst hätten sie nicht gemeinsam ein Buch vertaßt: Sozialstaat und Freiheit, bei Suhrkamp. Das Buch verdient Aufmerksamkeit. So wird die historisch gewachsene Vielfalt verschiedener Kassenerten eis Quelle von Problemen bezeichnet, da die einzelnen Kassen eine sehr unterschiedliche Risikostruktur hätten. Die prominenten Autoren plädieren zwar nicht tür die Aufhebung des gegliederten Systems, wohl eber tür einen weitgehenden Finanzausgleich und die Einbeziehung der Ersatzkassen in das „Grundmuster des Kassenarztrechts". Ein fairer Wettbewerb setze eine gleiche Verteilung der Risiken voraus. Ehrenberg und Frau Fuchs sprechen sich auch datür eus, alle Angestellten der Versicherungspflicht zu unterwerfen und die Umverteilung der Einkommen über eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenzen in der Sozialversicherung zu verstärken.

Das alles sind Spekulationen und Pläne. Nach dem Wahltag kann elles enders aussehen. Der Wähler ist souverän; er entscheidet.

bonn-mot

Kongresse

31. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 5. bis 7. Dezember 1980 in der Meistersingerhalle in Nürnberg
Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. Kleinsorge, Nürnberg

Freitag, 5. Dezember 1980

Magen-Duodenal-Ulkus – Gastroösophageale Refluxkrankheit

9.00 – 9.50 Uhr:
Eröffnung des Kongresses
Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.50 – 15.00 Uhr:
Konservative Therapie des Magen-Duodenal-Ulkus
Professor Dr. F. Halter, Bern

Konservative Methoden in der Behandlung des blutenden Magen-Duodenal-Ulkus
Privatdozent Dr. P. Frühmorgen, Erlangen

Operative Behandlung des Magen-Duodenal-Ulkus
Professor Dr. E. Holle, München

Diagnose und konservative Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit
Professor Dr. Q. Stadelmann, Fürth

Nuklearmedizinische Diagnostik des gastroösophagealen Refluxes
Dr. B. Leisner, München

Operative Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit
Professor Dr. W. L. Brückner, München

Filmvorführung: „Struma-Patienten in der ärztlichen Praxis"
Firma Merck, Darmstadt

Schilddrüsenerkrankungen

15.00 – 18.15 Uhr:
Aktuelle Diagnostik von Schilddrüsenkrankheiten für die Praxis
Professor Dr. W. Börner, Würzburg

Möglichkeiten und Grenzen der Feinnadelbiopsie in der Diagnostik von Schilddrüsenerkrankungen
Professor Dr. H. A. Müller, Würzburg

Aktuelle Therapie von Schilddrüsenkrankheiten für die Praxis
Professor Dr. F. A. Horster, Düsseldorf

Rundtischgespräch und Diskussion zum Thema: „Magen-Duodenal-Ulkus, Gastroösophageale Refluxkrankheit"
Moderator: Professor Dr. E. Holle, München
Mitwirkende: Professor Dr. W. L. Brückner, München; Privatdozent Dr. P. Frühmorgen, Erlangen; Professor Dr. F. Halter, Bern; Dr. B. Leisner, München; Professor Dr. Q. Stadelmann, Fürth

Samstag, 6. Dezember 1980

Praktische Fragen aus der Geriatrie

9.15 – 14.30 Uhr:
Physiologische Alternsveränderungen
Professor Dr. D. Platt, Nürnberg

Wesen und Bedeutung der Polypathie und Multimorbidität in der Altersheitkunde
Professor Dr. H. Franke, Würzburg

Möglichkeiten und Grenzen bei der Behandlung mit Geriatrika
Professor Dr. H. Coper, Berlin

Juristische Probleme für den Arzt bei geriatrischen Patienten
Professor Dr. H. Sattes, Würzburg

Formen der Depression im Alter
Professor Dr. S. Kanowski, Berlin

Osteoporose: Diagnose und Therapie
Professor Dr. R. Ziegler, Heidelberg

Filmvorführung: „Rehabilitation durch Koronarchirurgie?"
Pharma Schwarz GmbH, Monheim

Aktuelle Probleme in der Kardiologie

14.30 – 18.15 Uhr:
Digitalistherapie im höheren Alter
Professor Dr. N. Rietbrock, Frankfurt

Diuretika in der Behandlung der kardialen Dekompensation
Professor Dr. J. Schaefer, Kiel

Pharmakologische Grundlagen in der Therapie der Herzinsuffizienz mit Vasodilatatoren
Professor Dr. D. Palm, Frankfurt

Klinische Erfahrungen in der Therapie der Herzinsuffizienz mit Vasodilatatoren
Dr. K.-A. Zölch, Nürnberg

Fortschritte in der Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Professor Dr. B. Lüderitz, München

Konservative Behandlung nach Herzinfarkt
Professor Dr. E. Lang, Erlangen

Rundtischgespräch und Diskussion zum Thema „Aktuelle Probleme in der Kardiologie"
Moderator: Professor Dr. N. Rietbrock, Frankfurt
Mitwirkende: Professor Dr. E. Lang, Erlangen; Professor Dr. B. Lüderitz, München; Professor Dr. D. Palm, Frankfurt; Professor Dr. J. Schaefer, Kiel; Dr. K.-A. Zölch, Nürnberg

Sonntag, 7. Dezember 1980

Diagnostische Möglichkeiten und Grenzen bei der Anwendung moderner Untersuchungsmethoden

9.15 – 12.10 Uhr:
Neuere Entwicklungen der Computertomographie unter Einbeziehung computertomographischer Nicht-Röntgenverfahren
Dr. M. Pfeiler, Erlangen

Computertomographie des Schädels
Professor Dr. S. Wende, Mainz

Computertomographie des oberen Abdomens
Professor Dr. H. Fuchs, Frankfurt

Nicht-invasive Funktionsbeurteilung des Herzens mit Radionukliden
Professor Dr. N. Schad, Passau

Echokardiographie des Herzens
Privatdozent Dr. G. Autenrieth, München

Stellung der Sonographie in der Diagnostik von abdominellen Erkrankungen
Privatdozent Dr. H. Lutz, Erlangen

Pharmazeutische Ausstellung

Öffnungszeiten: täglich von 8.45 Uhr bis zum Ende der Vorträge

– Das vollständige Programm wird allen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland zugesandt werden –

9. Arzthelferinnen-Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer

am 5./6. Dezember 1980 in Nürnberg

Freitag, 5. Dezember 1980

10.00 – 11.15 Uhr:
Begrüßung der Teilnehmer und Eröffnung des Laborseminars
Professor Dr. H. J. Sewering, München

Fakten zum Alkoholmißbrauch – Diskussion
Dr. E. Schuster, München

11.30 – 13.00 Uhr:
Praktikum in 6 Arbeitsgruppen (Leber- und Herzinfarkt-Diagnostik – Cholesterin und HDL-Cholesterin, Triglyceride – Quick, Hepato-Quick, PTT – Neue immunologische Methoden – Qualitäts-Control-Service – Der rationelle Photometriemeßplatz)

14.00 – 15.00 Uhr:
Neue Methoden und Geräte im klinisch-chemischen Labor
Dr. F. Kanter – Dr. F. W. Seume, Mannheim

15.00 – 18.00 Uhr:
Fortsetzung: Praktikum in 6 Arbeitsgruppen

Samstag, 8. Dezember 1980

8.30 – 9.30 Uhr:
Häufigste Schilddrüsenerkrankungen und ihre Diagnostik
Professor Dr. F. A. Horster, Düsseldorf

10.00 – 13.00 Uhr:
Fortsetzung: Praktikum in 6 Arbeitsgruppen (Leber- und Herzinfarktdiagnostik – Cholesterin und HDL-Cholesterin, Triglyceride – Neue Einsatzgebiete für Testsimplets – Schilddrüsendiagnostik mit Enzymun-Tests – Qualitäts-Control-Service – Der rationelle Photometriemeßplatz)

Auskunft:
Bayerische Landesärztekammer, Fortbildungsreferat, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 288

ARUMALON®

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

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

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

ROBA PHARMA ROBA PHARMA

Deutsche ROBAPHARM GmbH
7847 Badenweiler 3

Weitere Informationen, Literatur und Muster werden auf Wunsch zugestellt.

6086 0 80 118

65. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung

vom 9. bis 12. Oktober 1980 in Regensburg
Jahresvorsitzender: Professor Dr. L. Kosiowski, Tübingen

Donnersteg, 9. Oktober 1980
Im historischen Reichssaal des Alten Rathauses

20.00 Uhr:
Festvortreg: „Die Grenzen der nukleeren Technik"
Professor Dr. Dr. E. h. O. Haxel, Heidelberg

Freitag, 10. Oktober 1980
Aktuelle Pneumologie
Tagesvorsitz: Professor Dr. J. Hein, Sierksdorf, und Professor Dr. R. Ferlinz, Mainz
Vortragssaal: Stadttheater, Arnultsplatz

9.00 – 18.30 Uhr:
Begrüßung und Eröffnung der Ausstellung
Einführung
Professor Dr. J. Hein, Sierksdort

Inlekte des Respiretionstraktes
Grundlagen und neue Perspektiven
Professor Dr. H. Knothe, Frankfurt
Der Infekt des Respirationstraktes und seine Masken im Kindeselter
Professor Dr. H. G. Hansen, Lübeck
Der bronchopulmonale Intekt beim Erwachsenen („banaler" Infekt, primär atypische Pneumonie, bakterielle Pneumonien, Differentialdiagnose – Therapie)
Professor Dr. H. Lode, Berlin
Chronische Bronchitis und Emphysem (Grundlagen, Klinik, Therapie)
Professor Dr. R. Ferlinz, Mainz
Umweltbedingte Erkrankungen des Respirationstrektes und Meldepflicht
Professor Dr. G. Fruhmann, München

Der pulmonale Notfall
Das stumpfe Thoraxtrauma und seine Komplikationen an Lunge, Pleura und Thorax
Dr. R. Labitzke, Essen, Professor Dr. W. Maaßen, Essen
Neue Akzente bei respiratorischer Insuffizienz und Cor pulmonale
Professor Dr. H. Herzog, Basel
Lungenembolie – Lungeninfarkt (Heutiger Stand in Diagnostik und Therepie)
Privatdozent Dr. O. Elert, Frankfurt
Antibiotika – Grundlegen der Therepie
Wissenscheftlicher Film (Hoechst AG, Frankfurt)

Pathologische Immunreaktionen des Respirationstraktes
Grundlagen und Perspektiven
Professor Dr. P. v. Wichert, Hamburg
Asthma bronchiele (Pethogenese – Diagnose – Therapie)
Professor Dr. E. Fuchs, Wiesbaden
Exogen-aliergische Alveolitis und interstitielle Pneumonie
Protessor Dr. H. Fabel, Hannover
Autoaggressionskrankheiten und akutnekrotisierende Immunreaktionen (Aspekte in Diagnostik und Therapie)
Protessor Dr. P. Endres, Mainz

Fortschritte der Diagnostik in Klinik und Praxis
– unter Berücksichtigung von serologischen, immunologischen, laborchemischen und endoskopischen Methoden
Privatdozent Dr. G. Siemon, Doneustauf
Lungenfunktionsdiegnostik in der Praxis
Protessor Dr. V. Sill, Hamburg

Ausblicke
Die künstliche Lunge, Lungentrensplantation, Sauerstofftrensportierende Blutersetzmittel
Protessor Dr. V. Schulz, Mainz
Rundtischgespräch: „Fragen aus der Praxis – Rationelle Diagnostik und Therapie bronchopulmonaler Erkrankungen"
Beantwortung der eingegangenen Fragen
Gesprächsleitung: Professor Dr. R. Ferlinz, Mainz, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00 – 17.00 Uhr:
Laborseminar
Neues im rationellen Lebor in Prexis und Klinik
Ort: Regensburg, Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz 8, Auditorium
Parellel zu den Vorträgen laufend Geräteberatung am Informetionsstand
Wissenschaftliche Leitung: Dr. F. Kanter, Mannheim
(austührliches Programm bitte anfordern)

Semstag, 11. Oktober 1980
Neues aus der heutigen Dermetologie für die Praxis
Tagesvorsitz: Professor Dr. G. W. Kortlng, Mainz
Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfsplatz

9.00 – 16.00 Uhr:
Einleitung
Protessor Dr. G. W. Korting, Meinz
Hautkrankheiten durch Kontakt mit Pflanzen
Professor Dr. K. Bork, Mainz
Zur aktuellen Lichttherapie von Dermatosen (Möglichkeiten und Grenzen)
Professor Dr. G. G. Lischka, Tübingen
Praktisch wichtige Krankheiten des Fettgewebes (einschließlich der sogenannten Zellulitis)
Professor Dr. F. Nürnberger, Berlin
Morbus Bowen und Morbus Paget (Stend und Ausblick)
Dr. N. Hoede, Mainz
Fortschritte in der operativen Dermatologie
Professor Dr. H. C. Friederich, Marburg
Ein neuer Weg zur Behandlung schwerer Verbrennungen
Professor Dr. G. Weber, Nürnberg
Aktuelle Diagnostik der Lues, im besonderen der Luesserologie
Professor Dr. A. Luger, Wien
Neue Entwicklungen in der Andrologie
Privatdozent Dr. W.-B. Schill, München
Filmvorführung: „Pharmatorschung ist nie zu Ende"
Firma Bayer AG, Leverkusen
Rundtischgespräch: „Fragen aus der Praxis"
Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages
Gesprächsleitung: Protessor Dr. G. W. Korting, Mainz, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

16.30 – 18.00 Uhr:
Pharmako-Therapie-Konsilium: „Neue Gesichtspunkte zur Anwendung von Antirheumatika in der Praxis"
Leitung: Professor Dr. Ellen Weber, Heidelberg

9.00 – 17.30 Uhr:
Laborseminer
– siehe Freitag, 10. Oktober 1980 –

15.00 – 18.00 Uhr:
Pädietrischer Nachmitteg
Ort: Regensburg, Herzogssaal, Domplatz
Leitung: Professor Dr. A. Windorter, Erlangen

Sonnteg, 12. Oktober 1980
Neue Gesichtspunkte der physikalischen Therapie und Rehebilitetion – Kurindikationen
Tagesvorsitz: Dr. D. v. Arnim, Nürnberg
Vortragssaal: Stadttheeter, Arnulfspietz

9.00 – 13.15 Uhr:
Einführung
Dr. D. v. Arnim, Nürnberg
Alte und neue Wege der Massagetherapie (Möglichkeiten und Grenzen)
Protessor Dr. H. D. Hentschel, Bad Wiessee
Elektrotherapie – heute (Möglichkeiten und Grenzen)
Dr. E. Eigler, München
Neue Gesichtspunkte in der Behandiung vertebragener Syndrome
Professor Dr. Dr. E. A. Zysno, Hannover
Physikalische Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen in der Klinik und ihre Weiterführung in Praxis und Heilverfahren
Dr. M. Gadomski, München
Neue Wege der Balneotherapie – Kurindikationen
Professor Dr. H. Drexel, München
Zur Verschreibung physikalisch-therapeutischer Anwendungen (Wes soll die Verordnung dem Behandler sagen?)
Dr. W. Rulffs, Nürnberg
Rundtischgespräch: „Fragen aus der Praxis"
Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages
Gesprächsleitung: Dr. D. v. Arnim, Nürnberg, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

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

20. Bayerische Internistentagung

vom 14. bis 16. November 1980 in München

Leitung: Professor Dr. E. Wetzels, Rosenheim

Ehrenvorsitz: Dr. R. Schindlbeck, Herrsching

Veranstalter: Vereinigung Bayerischer Internisten a. V.

Tegesvorsitzende: Professor Dr. med. G. Peumgartner, Direktor der Medizinischen Klinik II im Klinikum Großhadern der Universität München, Professor Dr. med. W. Wilmanns, Direktor der Medizinischen Klinik III im Klinikum Großhedern der Universität München, Professor Dr. med. N. Zöliner, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität München

Ort: Shereton-Hotel, Kongreßzentrum, Arabellastraße 6, München 81

Semstag, 15. November 1980

Ailgemeine und spezielle Pharmekotherapie in der Gestroenterologie

Vorsitz: Prolessor Dr. med. G. Paumgartner, München

9.00 – 13.00 Uhr:

Eröllnung der Tegung
Prolessor Dr. med. E. Wetzels, Rosenheim

Die Beeinllussung der Pharmakokinetik durch Erkrankungen der Leber
Prolessor Dr. med. G. Paumgartner, München

Pharmekotherapie der chronischen Hepatitis
Dr. med. G. Pepe, München

Pharmekotherapie der hepatischen Enzephelopathie
Prolessor Dr. med. J. Eisenburg, München

Unerwünschte Wirkungen lipidsenkender Medikamente em Gastrointestinaltrakt
Professor Dr. med. P. Schwandt, München

Therapie gastrointestinaler Erkrankungen mit Hormonen
Prolessor Dr. med. D. Engelhardt, München

Pharmakotherepie des Gallensteinieidens
Dr. med. T. Sauerbruch, München

Internistischa Therepia des Memmakarzinoms

Vorsitz: Professor Dr. med. W. Wilmanns, München

15.00 – 18.15 Uhr:

Einleitung
Prolessor Dr. med. W. Wilmanns, München

Bedeutung der Operation lür das gesamte Therapiekonzept
Prolessor Dr. med. G. Heberer, München

Postoperative Nachsorge
Prolessor Dr. med. H. Ehrhart, München

Adjuvante Chemotherepie
Privatdozent Dr. med. H. Sauer, München

Hormonelle Behandlung des metastasierten Mammakarzinoms
Privatdozent Dr. med. U. Jehn, München

Chemotherapie des metastesierten Mammakarzinoms
Privatdozent Dr. med. R. Hartenstein, München

Sonnteg, 16. November 1980

Erkennung dringlicher Situetionen in dar internistischen Praxis

Vorsitz: Prolessor Dr. med. N. Zöllner, München

9.00 – 13.15 Uhr:

Einieitung: Delinition und einige Grundzüge
Professor Dr. med. N. Zöllner, München

Inlekte in der Prexis
Privatdozent Dr. med. F.-D. Goebel, München

Der symptomenarme Herzinfarkt
Dr. med. G. Lohmöller, München

Akute arterielle Verschlüsse
Professor Dr. med. H. Hess, München

Venöse Verschiußkrankheiten
Privatdozent Dr. med. M. Marshaii, München

Dringliche Diagnostik in der Gastroenterologie
Privatdozent Dr. med. W. Gröbner, München

Dringlichkeit eulgrund von Zuweisungsdiagnosen
Privetdozent Dr. med. M. Schattenkirchner, München

Zusemmenfassung: Erkennung dringlicher Situationen
Professor Dr. med. N. Zöliner, München

Die **Mitgliedervolversammiung** der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. findet am Freitag, **14. November 1980,** 18.30 Uhr, im Kongreßzentrum C, München, Sheraton-Hotel, statt.

Der Tagung ist eine **Ausstellung** der pharmazeutischen und der medizinisch-technischen Industrie engeschlossen.

Auskunft:

Prolessor Dr. E. Wetzels, Städtisches Krankenhaus, Pettenkolerstraße 10, 8200 Rosenheim, Telelon (0 80 31) 39 52 95

18. Tagung des Arbeitskreises „Gynäkologische Balneotherapie"

vom 28. bis 30. November 1980 in Würzburg

Thema: Moortherapie in Theorie und Praxis – Heut und Balneologie unter besonderer Berücksichtigung der Kosmetik

Auskunlt:

Arbeitskreis Gynäkoiogische Balneotherapie, Brunnenplatz 1, 3280 Bed Pyrmont, Teielon (0 52 81) 81 34

Prostata-hypertrophie Stadium I und beginnendes Stadium II

PROSTAMED®

Prolileretionsbremsa des Prostatagewebes bei gleichzeitiger Beseltigung venöser Stauungskongestionen der Prosteta.

Zusammensetzung: 1 Tablette à 0,5 g enthält: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0.2 g, Kakao 0,05 g, Extr. II. Herb. Solidag. 0,04 g, Extr. II. Fol. Popul. trem. 0,06 g. Sacch. lact. ad 0,5 g.

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten ganz oder zerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen.

Handeislormen u. Preise incl. MWSt.: 60 Tabletten DM 7,85; 120 Tebletten DM 13,49; 360 Tebietten DM 31,95

Dr. Gustav Klein, Arzneipllanzenlorschung, 7615 Zell-Harmarsbech/Schwerzwald

Klinische Fortbildung in Bayern

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer
– Akademie für ärztliche Fortbildung –

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

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

Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Prolessor Dr. F. P. Gell

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 20. bis 24. Oktober 1980

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: 16.45 Uhr

Dperationsdemonstrationen eus den Gebieten der Allgemeinchirurgie, der Bauch- und Thoraxchirurgie, der Kerdiochirurgie, der Urologie, der Kinder- und Handchirurgie und der Extremitätenchirurgie (Unlallchirurgie und Alloarthroplestik) enschließend eingehende Diskussion – Nachmittags klinische Visiten auf allen Stetionen und ergänzende Referete zu den Arbeitsgebieten

Begrenzte Teilnehmerzehl

Letzter Anmeldetermin: 10. Dktober 1980 (Posteingang)

Chirurgie

Akedemisches Lehrkrenkenhaus Sternberg, Chirurgische Klinik

Leitung: Chelerzt Dr. W. Grill

Klinisches Wochenende vom 24. bis 26. Oktober 1980

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: ca. 18.00 Uhr

Themen: Postoperetive Störungen nech Abdominel-Eingrillen – Der Fixateur externe – Die diagnostische und therapeutische Wertigkeit der trenskutanen trenshepetischen Cholengiographie – Die Therepie des Subileus

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1980 (Posteingeng)

Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität München, Klinikum Großhedern

Direktor: Prolessor Dr. G. Heberer

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 27. bis 31. Oktober 1980

Täglich 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr: Beteiligung am Operationsprogramm: Abdominal-, Thorax-, Unfell-, Geläß- Hend-, Plastische und Allgemeine Chirurgie – Teilnahme an Visiten eller Stationen

Nachmittags: Vorträge und Diskussion

Themen: Spezielle Indikationen und Dperationsverfahren in der Beuch-, Thorax-, Gefäß-, Hand-, Unlell-, Plestischen und Allgemeinen Chirurgie

Begrenzte Teilnehmerzehl

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1980 (Posteingang)

Chirurgie

Chirurgische Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

Direktor: Prolessor Dr. E. Kern

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 3. bis 7. November 1980

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: ce. 16.00 Uhr

Themen: Kindliche Frekturen – Handverletzungen: Neue Trends – Operationstaktik beim Ileus – Sphinkterplestik durch autologe Ireie Muskeltransplantation – Portale Hypertension – Subrenale erterielle Rekonstruktionen – Chirurgie der Tuberkulose – Probleme der Röntgendiegnostik in der Traumetologie

Kolloquien – Demonstretionen im Operetionssael und in der Ambulenz – werden durchgetührt. Teilnahme em Dperetionsprogremm, en den Visiten und en den täglichen Besprechungen möglich.

Begrenzte Teilnehmerzehl

Letzter Anmeldetermin: 24. Dktober 1980 (Posteingeng)

Echokardiographie

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

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

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Beginn: Freiteg 9.15 Uhr – Ende: Samsteg 12.00 Uhr

Stiltsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,–

Letzter Anmeldetermin: Posteingang em 28. Dktober 1980

Oktober 1980 bis Januar 1981

13. bis 17. Dktober
Innere Medizin, TU München

13. bis 17. Oktober
Innere Medizin, Universität München (Großhedern)

18. Dktober
Innere Medizin, Würzburg

20. bis 24. Dktober
Chirurgie, Erlangen

23. bis 24. Dktober
Innere Medizin, TU München

20. bis 25. Dktober
Praktische Kardiologie, Erlangen

20. bis 25. Dktober
Physikelische Therapie, Höxter

24. bis 25. Dktober
Phonokardiographie, München

24. bis 26. Oktober
Chirurgie, Starnberg

25. bis 26. Dktober
Ergometrie, Höhenried

27. bis 30. Dktober
Pädiatrie, München

27. bis 31. Dktober
Chirurgie, Universität München

27. bis 31. Dktober
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
Gynäkologie, München

8. November
Pädiatrie, Erlengen

21. bis 23. November
Prektische Elektrokardiogrephie,
Teil II, München

19. bis 24. Jenuar
Physikalische Therapie, München

Gynäkologie

Freuenklinik im Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximillans-Universität München

Direktor: Prolessor Dr. K. Richter

in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Freuenärzte, Lendesgruppe Bayern

7. Semstagsseminar em 8. November 1980

Beginn: 10.00 Uhr c. t. – Ende: ce. 16.00 Uhr

Ort: Hörseeltrakt im Klinikum Großhedern, Marchioninistreße 15, München 70

Thema: Amenorrhoe

Letzter Anmeldetermin: 29. Oktober 1980 (Posteingang)

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288, und Professor Dr. Kümper, Frauenklinik im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Teleton (0 89) 70 95-1

Vorenzeige:

Das nächste Samstagsseminer tindet am **Samstag, 7. November 1981,** 10 Uhr c. t. statt.

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. Clarmann

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

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

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: 18.00 Uhr

13. Oktober 1980

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

14. Oktober 1980

Gestritis eis Urseche von Ulkus und Kerzinom – Stand der eugenblicklichen Dickdermdiagnostik – Ultresonographische Bauch- und Nierendiagnostik – Röntgendemonstration: Die Computertomographie des Adomens – Theorien der Leberkomeentstehung – Möglichkeiten der Beeintlussung des Cholesterinstoffwechsels – Neues zum Eisen- und Kupferstoffwechsel wie euch zur Echinokokkuserkrankung

15. Oktober 1980

Probleme bei Vergiftungen – Röntgendemonstration: Die Arteriogrephien der Leber, des Penkrees und der Nieren

16. Oktober 1980

Ursechen und Therapie der rheumetischen Erkrenkungen – Stend der Hepatitis epidemica (Erkennung und Therapie) – Wie kann der Begritt der Leberzirrhose heute definiert werden? – Röntgendemonstration: Pankreasdiagnostik – Fortschritte euf dem Gebiete der Kollagenosen und in der Antibiotiketherapie – „Compliance" – ein neuer Neme für ein eltes Problem?

17. Oktober 1980

Neues aut dem Gebiete der Diagnostik der Glomerulonephritis – Zur Ursache und Therapie der nephrotischen Erkrankungen – Stand und Therapie mit künstlicher Niere und mit Nierentransplentetion – Röntgendemonstration: Computertomographische Aufklärung von Problemen der Herz- und Lungendarstellung – Nierenschädigungen durch angeborene Ureterveränderungen – Therepie des Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa – Neues euf 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 Großhedern
Direktor: Professor Dr. G. Paumgertner

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

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

Ort: Kleiner Hörsaal euf Station F 8, Zimmer Nr. 202, Marchioninistreße 15

Röntgendemonstretionen – Klinikkonferenzen – Klinische Visiten

Themen: Gastroenterologie – Endokrinologie – Stotfwechselerkrenkungen – Intensivmedizin

Begrenzte Teilnehmerzaht

Letzter Anmeldetermin: 3. Oktober 1980 (Posteingeng)

Innere Medizin

Medizinische Universitäts-Poliklinik Würzburg
Direktor: Professor Dr. H. Franke

4. Kardiologisches Seminer am 18. Oktober 1980

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 13.00 Uhr

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

Thema: Der ekut Herz-Kreisleufkranke: Diegnose und erste Therapie

Auskunft und Anmeldung:

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

Innere Medizin

I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar
Direktor: Professor Dr. H. Blömer

in Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik
Direktor: Professor Dr. H. Anecker

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 Iser
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 Herzkrenkheit: medikamentös, transluminale Angioplastie, chirurgisch – EKG-Kurs – Pathophysiologie des akuten Myokardintarktes: Therapeutische Konsequenzen

21. Oktober 1980

Differentialdiegnose der Kerdiomegalie im Röntgenbild – Erstversorgung des kardialen Notfalles – Therepie der schweren Herzinsutfizienz – Pharmakotherepie der Herzrhythmusstörungen (wenn sind Rhythmusstörungen therapiebedürftig? – Nebenwirkungen) – Pathologisch-enatomische Demonstretionen – Therepie mit Aggregetionshemmern – Was ist gesichert? – Diagnostik beim älteren Menschen mit Sinusbradykardie bzw. Kerotissinussyndrom – Demonstretion: Echokardiographie und Belastungs-EKG

22. Oktober 1980

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

23. Oktober 1980

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

24. Oktober 1980

Computertomographie in der Onkologie und Hämetologie – Differentialdiegnose der Anämie – Chemotherepie der Bronchialkarzinome – Rationelle Diagnostik der Lymphknotenerkrenkungen – EKG-Kurs – Hämatologischer Kurs – Schlußbesprechung

Letzter Anmeldetermin: 15. Oktober 1980 (Posteingeng)

Innere Medizin

Medizinische Klinik innenstadt der Universität München, Ziemssenstreße 1

Direktor: Professor Dr. E. Buchborn

Fortbildungsverenstaltung fOr Innere Medizin vom 27. bis 31. Oktober 1980

Beginn: 8.15 Uhr — Ende: ca. 16.00 Uhr

Thema: Aktuelle Probleme in Diegnostik und Therepie innerer Erkrankungen

Begrenzte Teilnehmerzehl

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1980 (Posteingang)

Pädiatrie

Kinderklinik und Poliklinik der Technischen Universität München

1. Kinderebteilung
Kommissarischer Direktor: Prolessor Dr. H. M. Weinmenn

2. Kinderabteilung
Chefarzt Dr. P. Schweler

Kinderchirurgische Abteilung
Chelarzt Prolessor Dr. H. Singer

13. Pädietrische Fortbildung im Kinderkrenkenheus MOnchen-Schwabing vom 27. bis 30. Oktober 1980

Klinische Demonstration und Fregestunde eller Abteilungen, Röntgen- und Klinische Visite vorgesehen.

Themen: Vorsorge-Untersuchungen im Kleinkindalter — Fragen eus der Orthopädie (Haltungsfehler) — Physiotherapie: Vojta und/oder Bobeth — Diflerential-Diagnose kindlicher Pneumonien: Klinik, Röntgen, Therapie — Impffregen mit besonderer Berücksichtigung der Keuchhustenproblematik — Oberflächliche Geschwülste — Kinderchirurgische Probleme eus dem Alltag — Pathologische Hernbelunde, therapeutische Konsequenzen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 17. Oktober 1980 (Posteingang)

Pädiatrie

Universitäts-Kinderklinik Erlengen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. K. Stehr

Fortbildungsverenstaltung für Kinderheilkunde em 8. November 1980

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 18.00 Uhr

Themen werden noch bekanntgegeben

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunlt und Anmeldung:
Sekretariat der Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg, Loschgestreße 15, 8520 Erlengen, Telefon (0 91 31) 85-31 18 oder 19

Praktische Elektrokardiographie

I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universitét München, Klinikum rechts der Isar

Leitung: Prolessor Dr. Dr. C. S. So, Chefarzt em Kreiskrankenheus Plettling

Fortbildungsseminer I vom 7. bis 9. November 1980
(Einlührungsseminer)

Fortbildungsseminer II vom 21. bis 23. November 1980
(Seminar lür Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag 17.00 Uhr — Ende: Sonntag 12.00 Uhr

Hörseel B, Ismeninger Streße 22

Begrenzte Teilnehmerzehl

Letzter Anmeldetermin: Teil I: 28. Oktober 1980 (Posteingeng) — Teil II: 11. November 1980 (Posteingang)

Praktische Kardiologie
(Elektro- und Echokerdiogrephie)

Medizinische Poliklinik und Herzzentrum der Universität Erlengen-Nürnberg

Professor Dr. K. Bechmenn, Prolessor Dr. J. von der Emde, Prolessor Dr. H. Gutheil

Fortbildungsverenstaltung vom 20. bis 25. Oktober 1980

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

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

24./25. 10. 1980: Vortrége zu ektuellen Themen in der Kerdiologie

Auskunlt:
Kongreßbüro Medizinische Poliklinik der Universität Erlengen, Östliche Stadtmauerstreße 29, 8520 Erlangen, Telelon (0 91 31) 85 - 39 18

Phonokardiographie

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

32. Fortbildungskurs für Phonokerdiographie (Teil I) em 24./25. Oktober 1980

Beginn: Freitag 9.15 Uhr — Ende: Semstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

Letzter Anmeldetermin: Posteingeng em 14. Oktober 1980

Physikalische Therapie

Kurs über Grundlegen und Techniken der Physikelischen Medizin unter Berücksichtigung der Prävention und Rehabilitetion zum Erwerb der Zusetzbezeichnung „Physikelische Therapie"

2. Kurswoche: Bewegungstherapie — Krenkengymnestik

vom 20. bis 25. Oktober 1980 in Höxter

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

(Die 3. Kurswoche war vom 7. bis 12. Juli 1980)

4. Kurswoche: Elektrotherepie — Lichttherepie — Ultreschelltherepie

vom 19. bis 24. Januar 1981 in München

Auskunft und Anmeldung: Prolessor Dr. H. Drexel, Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie der Universität München, Marchioninistraße 17, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 38 24

28. Ärztlicher Fortbildungskurs in praktischer Medizin

mit einem Laborkurs fOr Arztlreuen und Arztheilerinnen

em 11./12. Oktober 1980 in Bad Wiessee

Verenstelter: Ärztlicher Kreisverbend, Miesbech

Wissenscheftliche Leitung: Dr. P. Dohrn, Bad Wiessee

Tegungsort: Kurseal und Wendelhelle des Jod-Schwelelbades, Bad Wiessee

Semsteg, 11. Oktober 1980

8.45 — 9.00 Uhr:
Eröllnung

9.00 — 17.15 Uhr:
Diegnostisches Vorgehen bei Lymphknotenschwellungen
Professor Dr. H. Borchers, München

Proktologie in der Sprechstunde
Dr. H. May, München

Erkrankungen der Schilddrüse — ektueller Stand der Diagnostik und Therapie
Prolessor Dr. R. Pickardt, München

Tägliche Praxis akuter Augenerkrankungen .
Privatdozent Dr. H. J. Greite, München

Sport in der zweiten Lebenshälfte — Nutzen und Risiko
Dr. W. Pohl von Elbwehr, München

Die Hypotonie — crux medici?
Prolessor Dr. F. Kemper, Münster

Sonnteg, 12. Oktober 1980

9.00 — 12.45 Uhr:

Nierenkrenkheiten — Diagnostik els Grundlege von Therapleentscheidungen
Prolessor Dr. H. Edel, München

Aktueller Stand der Behandlung mit gerinnungshemmenden Substanzen
Professor Dr. D. L. Heene, Mannheim

Die sterile Ehe — Koordinationsprobleme in Diagnostik und Therepie
Dr. H. J. Vogt, München

Aufklärungspflicht und Schweigerecht des Arztes
Dr. E. Schaetzing, Sternberg

Auskunlt und Anmeldung:
Dr. P. Dohrn, Driessenstraße 10, 8182 Bad Wiessee, Telelon (0 80 22) 8 20 01-5

Medica '80
12. Internationaler Kongreß mit Ausstellung

vom 19. bis 22. November 1980 in Düsseldorf

Verenstalter: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Stuttgart, in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Nordrhein und der Ärztekammer Westfalen/Lippe

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: jeweils 18.00 Uhr

Vermeidbare Arzneimittelschäden
Professor Dr. K. H. Spitzy, Wien

Nierenerkrankungen in der Praxis
Professor Dr. E. Renner, Köln

Effektivifäf und Effizienz in der Medizin
Professor Dr. Dr. H. Schipperges, Professor Dr. G. Wagner, Heidelberg

Schmerztherapie in Klinik und Praxis
Professor Dr. I. Pichlmayr, Hannover

Röntgenkontrastmittel – Grundlagen und neue Möglichkeiten der Anwendung
Professor Dr. Frommhold, Tübingen

Die Bedeutung der chromogenen Peptid-Substrate in der Gerinnungsdiagnostik
Professor Dr. H. Brüster, Düsseldorf

Diagnose und Behandlung von Angst- und Spannungszuständen
Professor Dr. F. Reimer, Weinsberg

Arteriosklerose – Hyperlipidämie
Privatdozent Dr. A. Horsch, Heidelberg

Altersabbau des Gehirns und Zerebralsklerose
Professor Dr. G. Harrer, Salzburg

Zusammenarbeit zwischen Tumorzentren und der Prexis in der Nachsorge von Tumorpatienfen
Professor Dr. H. Seck, Köln

Praxisrelevante Fortschritte auf Spezialgebieten
Professor Dr. Dr. H. Schüle, Stuttgart

Arzneimittelinduzierte Bluterkrankungen
Professor Dr. G. W. Löhr, Freiburg

Weichteil-Rheumatismus
Professor Dr. K. Miehlke, Wiesbaden

Diagnostik und Therapie der Gallenerkrankungen in der Praxis
Professor Dr. E. Kuntz, Wetzlar

Gynäkologisch-andrologische Fertilitäts-Sprechstunde
Professor Dr. C. Schirren, Hamburg

Psychosen im Kindesalter
Professor Dr. G. Nissen, Würzburg

Lungenfunktionsdiagnostik in der Praxis
Privatdozent Dr. U. Smidt, Moers

Leborорganisation
Professor Dr. M. Eggstein, Tübingen

Kardiologische Fehldiegnosen und ihre Vermeidung in Klinik und Praxis
Professor Dr. J. A. Köhler, Lendshuf

Leberkrankheiten in der Praxis
Professor Dr. Dr. K.-H. Meyer zum Büschenfelde, Berlin

Diagnostik und Therapie hormoneller Störungen
Professor Dr. E.-G. Loch, Wiesbaden

Endoprofhetischer Gelenkersatz (Schulter, Hüfte, Knie)
Professor Dr. H. Rettig, Gießen

Atemwegserkrankungen – aktueller Stand der Therapie
Professor Dr. L. Geisler, Gladbeck

Neue Färbemethoden in der Hämatologie
Dr. Zeile, Mainz

Der kardiogene Schock
Professor Dr. H. Just, Freiburg

Suchtprobleme
Professor Dr. W. Keup, Puchheim

Akufer Notfall – was tun? (Innere Medizin – Chirurgie – Urologie)
Professor Dr. O. Hallwachs, Darmstadt

Die Schlaganfallerkrankung
Dr. G. S. Barolin, Rankweil

Elektrodiagnostik und -therapie in Klinik und Praxis
Professor Dr. Dr. E. A. Zysno, Hannover

Fortschritte in der Diabefestherapie
Professor Dr. H. Mehnert, München

Praxisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation
Professor Dr. M. Halhuber, Bernried

Systemische Kortikoidtherapie
Professor Dr. H. L. Krüskemper, Düsseldorf

Koronare Herzkrankheit
Professor Dr. F. Anschütz, Darmstadt

Lähmungen und periphere Nervenschäden
Professor Dr. E. Müller, Bochum

Rationelle Diagnostik in der Endokrinologie
Professor Dr. A. von zur Mühlen, Hannover

Sport als präventive Maßnahme
Professor Dr. D. Jeschke, Tübingen

Ärztliche Aufgaben im Kefastrophenfall
Professor Dr. L. Koslowski, Tübingen

Möglichkeiten und Grenzen der Echokardiographie
Dr. K.-H. Seitz, Böblingen

Neue prakfische Anwendungsgebiete des Enzymimmunoassays in der klinischen Chemie, Serologie und Bakteriologie
Privatdozenf Dr. med. W. Vogf, München

Seminare und praktische Kurse aus ellen Bereichen der Medizin

Auskunft:

Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnosfik e. V., Jahnsfraße 32, 7000 Sfuftgart 70, Telefon (07 11) 76 14 54

Nachsorge bei krebskranken Kindern

am 29. November 1980 in München

Fortbildungsveranstaltung der Pädietrischen und Kinderchirurgischen Universitätsklinik München im Dr. von Haunerschen Kinderspitel – Mitglieder des Tumorzentrums München (gefördert durch die Deutsche Krebshilfe e. V.) – gemeinsem mit der Akademie für ärztliche Fortbildung der Beyerischen Landesärztekammer

Leitung: Professor Dr. W. Ch. Hecker, München, Professor Dr. R. Haas, München, Dr. E. Thäle, Weißenhorn

Zeit und Ort: 9.00 bis ca. 15.00 Uhr – Großer Saal des Ärztehauses Bayern, Mühlbaurstraße 16, München 80

Themen: Allgemeines zur prektischen Durchführung der ambulanten Tumortherapie durch Heusarzt und pädiatrischen Onkologen – Notwendigkeit und Durchführung der Dokumentation in der Onkologie in Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Kollegen und pädiatrischen Onkologen – Typische Nebenwirkungen häufig engewandter Zytostatika – Zur Indikation diagnostischer radiologischer Verfahren bei der Nachsorge krebskranker Kinder (Computertomogrephie – Nuklearmedizin) – Behandlung von Infekfionen bei zytosfatischer Therapie – Spezielle Diagnostik und Therapie in der Nachsorge – Leukämien und maligne Lymphome – Überwachung knochenmarktransplantierter Kinder – Wilms-Tumor und Rhabdomyosarkom – Neuroblastom – Lebertumoren – Knochentumoren – Schilddrüsentumoren – Metastasenchirurgie

Auskunft:

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

Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veransfaltet am

22. November 1980

im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstreße 16, 8000 München 80, einen Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: 16.30 Uhr
Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-793, Freu Klockow, bis 14. November 1980 zu richfen.

Die Teilnehmergebühr isf am Tege des Einführungslehrganges zu bezehlen.

2. Fortbildungsveranstaltung zur Früherkennung der angeborenen Hypothyreose (TSH-Screening)

am 8. November 1980 in München

Veranstalter: Bayerische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Leitung: Frau Dr. Gertraud Bäcker – Dr. Kurt Stordeur, München

Zeit und Ort: 9.00 Uhr bis ca. 17.00 Uhr – Großer Saal des Ärztehauses Bayern, Mühlbeurstraße 16, München 80

Programm: Durchführung der radioimmunologischen Bestimmungen von TSH als Screening-Methode und Demonstration der Untersuchungsschritte Qualitätssicherungsmaßnahmen – Grundlegen der Untersuchung auf Gelaktosämie und Phenylketonurie – Organisatorische Durchführung des TSH-Screenings – Epidemiologie der angeborenen Hypothyreose – Symptomatik und Klinik der Hypothyreose bei Neugeborenen – Auswertung sowie Interpretation der Ergebnisse und Befundberichte – Grundzüge der Therapie und der Therapiekontrolle – Abschlußdiskussion

Unkostenbeitrag: DM 50,–

Auskunft und Anmeldung:

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

Jahrestagung 1980 der Landesgruppe Bayern des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte

vom 17. bis 19. Oktober 1980 in Regensburg

17. Oktober 1980

15.00 Uhr:

Kurs über Echoenzephalographie und kraniale Dopplersonographie (nur geeignet für Nervenärzte)
Leitung: Professor Dr. F. Láhode, München

18. Oktober 1980

9.00 Uhr:

Fortsetzung des Kurses

14.00 Uhr:

Vorträge: Schlefstörungen und deren Therapie – Ditferentialdiagnose und Therapie der Hirnvenen und Hirnsinusthrombosen – Depressionen im Jugendelter – Probleme bei der psychiatrischen Versorgung von Alterskranken außerhalb von Institutionen – Der diegnostische Prozeß bei psychietrischen Petienten

19. Oktober 1980

9.00 Uhr:

Mitgliederversammlung mit Neuwahlen des Lendesvorstandes

Auskuntt und Anmeldung:

Dr. H. Günther, Moltkestraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 26 37 61

Fortbildungsveranstaltungen des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth

15. Oktober 1980

Die psychovegetative Allgemeinstörung (Diagnose und Therapie – Multivisionschau)
Dr. Kugelauer, Erlangen
Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

25. Oktober 1980

Moderne Ulkustherapie
Privatdozent Dr. Rösch, Erlangen; Professor Dr. Elster, Beyreuth; Professor Dr. Adler, Bayreuth
Ort: Stadthalle, Belkonsaal, Bayreuth

12. November 1980

Orthostase
Professor Dr. Heinrich, Bruchsal
Ort: Stadthalle, Balkonsaal, Bayreuth

10. Dezember 1980

Therapie und Diagnostik von Schilddrüsenerkrankungen
Professor Dr. Horster, Düsseldorf
Ort: Stadthalle, Balkonsaal, Bayreuth

Auskunft:

Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 28 02 22

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

em 16. Oktober 1980 in München

Thema: Arbeitsmedizinische Aspekte der Klimatisierung – Diskussion

Privetdozent Dr. H. V. Wenner, Institut für Hygiene und Arbeitsphysiologie der E. T. H., Zürich

Zeit und Ort: 18.15 Uhr – Kleiner Hörseal der Medizinischen Klinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II (Zimmer 251), München 2

Kurs für MTA und Arzthelferinnen in der Sportarztpraxis

vom 27. bis 29. Oktober 1980 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlengen

Auskuntt:

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

Bayer. Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

1. Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin" bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin"

   Ab 1981 sind die vierwöchigen Weiterbildungskurse A, B und C gebührenptlichtig. Die Gebühr beträgt pro 4-Wochen-Kurs und Teilnehmer DM 400,–.

   A-Kurs für Arbeitsmedizin: 2. Februer bis 27. Februar 1981
   B-Kurs für Arbeitsmedizin: 22 Juni bis 17. Juli 1981
   C-Kurs tOr Arbeitsmedizin: 28. September bis 23. Oktober 1981

2. Einführungslehrgênge in die betriebsärztliche Tätigkeit zum Erwerb der Arbeitsmedizinischen Fachkunde nach § 4 Arbeitssicherheitsgesetz in Verbindung mit § 3 Untallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte". Der Einführungslehrgang (E-Kurs) wird in zweimal 14 Tegen ebgehelten.

   E-Kure I: 3. bis 14. November 1980
   E-Kure II: 12. bis 23. Januar 1981
   Die Kursgebühr für den gesamten Einführungslehrgang beträgt DM 500,–.

3. **Epidemiologie und epidemiologische Methodik: 9. bis 20. März 1981**
   Auch dafür wird voraussichtlich eine Kursgebühr erhoben.

Für die Teilnehme an ellen Veranstaltungen wird um rechtzeitige schriftliche Anmeldung gebeten.

Von der Akademie werden k e i n e Zimmerreservierungen vorgenommen. Zimmerbestellung bitte rechtzeitig beim Verkehrsamt der Stedt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (0 89) 2 39 11

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

Auskunft und Programmversend:

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

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

Rechtzeitig vor der Niederlassung sollten Sie alle Aspekte der Finanzierung und Vertragsgestaltung kennen. Kommen Sie deshalb zum DÄV-Treff der Deutschen Ärzteversicherung am 8.10. Treffpunkt ist Würzburg, Hotel Rebstock, Neubaustraße 7, 18.30 Uhr.

Für diesen Abend haben wir zwei Experten gewonnen: Herrn Dr. jur. Guida Braun – Geschäftsführer des Marburger Bundes, Landesverband Bayern – der juristische Probleme ansprechen wird, und Herrn Dr. jur. Bernd Veltjens – Direktor der Bayerischen Hypotheken- und Wechsel-Bank, Schweinfurt – er wird aus seiner Erfahrung mit Praxisfinanzierung berichten.

Anschließend haben Sie ausreichend Gelegenheit, mit Ihren Kollegen, Dr. jur. Braun, Dr. jur. Veltjens und einem Steuerexperten der Ärztlichen Verrechnungsstelle Büdingen 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.

anzierung und Verträge bei der Praxisgründung.

iskutieren Sie mit Kollegen und den Experten
Dr. jur. G. Braun u. Dr. jur. B. Veltjens über juristische
und Finanzierungs-Aspekte bei der Praxisgründung.
Die Deutsche Ärzteversicherung lädt Sie ein.

DÄV-Treff am 8.10. Würzburg

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 Würzburg teilnehmen und melde mich hiermit an.

☐ Ich kann an diesem DÄV-Treff nicht teilnehmen, bitte aber um aktuelle Informationen zum Thema Finanzierungs-Aspekte bei der Praxisgründung.

Name:

Anschrift:

BA 0810.8020

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes e. V.

am 25. Oktober 1980 in Bad Reichenhall

Fortbildungsveranstaltung „Sportmedizin in der täglichen Praxis"

Leitung: Dr. H. Galli, München

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Galli, 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

vom 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

vom 5. bis 7. Dezember 1980 in München

14. Internationale Wissenschaftliche Tagung

Leitung: Dr. E. Goßner, Augsburg

Thema: Das interdisziplinäre Gespräch zwischen Sportarzt, Bürger und Übungsleiter

Auskunft und Anmeldung:

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

3. Münchener Gefäßchirurgisches Gespräch

am 31. Oktober/1. November 1980 in München

Themen: Traumatologie der Blutgefäße — „Novum", Was gibt es wirklich Neues in der Gefäßchirurgie und Angiologie?

Ort: Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft:

Dr. J. Lange, Abteilung für Gefäßchirurgie im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 21 65

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1981

14. bis 17. Januar 1981 in Köln:

V. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin"

8. bis 21. März 1981 in Badgastein:

XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß

9. bis 21. März 1981 in Davos:

XXIX. Internationaler Fortbildungskongreß

13. bis 25. April 1981 in Meran:

XIII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

31. Mai bis 13. Juni 1981 in Grado:

XXIX. Internationaler Fortbildungskongreß

27. Juli bis 8. August 1981 in Davos:

XI. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

23. August bis 5. September 1981 in Grado:

XV. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

24. August bis 5. September 1981 in Meran:

XXIX. Internationaler Fortbildungskongreß

18. bis 20. September 1981 in Augsburg:

X. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 68. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 233, 234 und 235

Fortbildungskurs für HNO-Fachärzte und Audiometrie-Assistentinnen

vom 20. bis 23. Oktober 1980 in München

Ort: HNO-Klinik im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft:

Professor Dr. H. Chüden, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 23 83 und 23 84

XV. Ärztliche Vortragsreihe der Medizinischen Rehabilitationsklinik der LVA Schwaben

am 8. November 1980 in Bad Wörishofen

Thema: Psychosomatik und Psychotherapie in der Medizin

Zeit: 9.00 bis 13.00 Uhr

Auskunft:

Dr. Teichmann, Chefarzt der Kurklinik für Innere Krankheiten der Landesversicherungsanstalt Schwaben, Am Tannenbaum 2, 8939 Bad Wörishofen, Telefon (0 82 47) 50 37

31. Lindauer Psychotherapiewochen 1981

vom 21. April bis 2. Mai 1981 in Lindau

Leitung: Dr. P. Buchheim, H. Remmler, Dr. Th. Seifert

Leitthemen: Angst — Sexualität (Einführung in die Tiefenpsychologie — Psychosomatik der Lungenerkrankungen — Angst und Angstbewältigung im Märchen — Umgang mit Träumen — Vortrag: Über den wissenschaftsadäquaten und würdigen Umgang mit neuen oder neubenannten Verfahren — Psychoanalytische Phasenlehre — Psychodynamik der Sexualität und Sexualstörungen — Das Auge als Symbol der Bewußtwerdung — Angst und Angstbewältigung)

Es werden etwa 150 Seminare, Kurse und Übungen zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung durchgeführt.

Für die Teilnahme ist eine vorherige Anmeldung erforderlich.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2, Telefon (0 89) 29 25 22

Der finanzielle Daumenabdruck

bringt es an den Tag, daß ein Hausbau oder -kauf meistens zu teuer finanziert wird, selbst wenn der Bau- oder Kauflustige die Konditionen mehrerer Banken, Sparkassen, Bausparkassen und anderen Institutionen verglichen hatte und schon das günstigste Angebot herausgesucht oder mehrere zu einem vorteilhaftesten kombiniert hatte.

Zum Beweis für diese Behauptung hat ein Quartett aus zwei Diplom-Kaufleuten, einem Betriebswirt und einem Ingenieur fünf Jahre lang auf jede freie Minute und jede freie DM verzichtet und sich auf die Entwicklung eines Computer-Programms konzentriert. „Wir haben jeder den Gegenwert eines Einfamilienhauses reingesteckt", sagen sie.

Sie haben den „finanziellen Daumenabdruck", die unverwechselbare Finanzierungspersönlichkeit entwikkelt. Auf jeden einzelnen Bau- oder Kaufinteressenten trifft nur eine einzige der mehr als zweihunderttausend Finanzierungsmöglichkeiten einer Immobilie optimal zu. Daher muß eben die Persönlichkeit des Ratsuchenden nach den für die Finanzierung relevanten Tatsachen genau analysiert werden.

Zur Verwirklichung dieser erst- und noch immer einmaligen Methode hatten die vier Partner vor mehr als anderthalb Jahren eine Gesellschaft gegründet. Seitdem haben auch Finanzierungs-Institutionen jeglicher Art erkannt: Hier ist ihnen nicht ein neuer Mitbewerber, sondern ein Mitarbeiter ihrer Kunden entstanden.

Der Interessent kann nämlich keine Antwort bekommen, wenn er die Gesellschaft nach dem jeweils niedrigsten Hypothekenzins-Angebot oder nach der Bausparkasse mit der gerade kürzesten Zuteilungsfrist befragt. Das weiß jene Gesellschaft ebensowenig wie jeder andere. Was sie dagegen zu bieten vermag, und was sich im Alltag seit mehr als zwanzig Monaten nun als praktikabel herausgestellt hat, das ist die Antwort des Computers mit einem Finanzierungsweg, der nach den individuellen, bei niemandem sonst vorfindbaren Voraussetzungen ermittelt wurde. Er berücksichtigt alle Wünsche und Eigenheiten, nutzt die persönlichen Vorteile und bezieht natürlich auch die Nachteile ein.

Die Vorleistung des Interessenten noch vor seinen Antworten auf die 172 Fragen: Er hat bei Banken, Sparkassen, Lebensversicherungsgesellschaften, Bausparkassen die Finanzierungsbedingungen dieser Institutionen für sein Objekt erbeten und sich demnach seine ständigen Belastungen und steuerlichen Entlastungen berechnen lassen. Drei dieser Modelle hat der Ratsuchende herausgesucht, weil sie für ihn am günstigsten scheinen. Sie bilden die Grundlagen für die Herstellung eines Finanzierungsmodells für den einzelnen nach seinen persönlichen Merkmalen.

Die Gesellschaft berechnet kein Honorar, wenn einer der Finanzierungspläne ihres Kunden günstiger als ihr Gutachten ist, oder er nicht mehr als die Honorarkosten sparen würde, richtete er sich nach dem Gutachten der Gesellschaft. Andernfalls kostet das Gutachten 0,5 Prozent der Fremdmittel. Wenn eine kurzlaufende Hypothek später fällig oder eine Umschuldung aus anderen Gründen notwendig wird, verlangt die Gesellschaft nur noch einen Bruchteil des ersten Honorars, weil sie die Daten ja bereits eingespeichert hat.

Durch die Gutachten im letzten Jahr haben die Bauherren durchschnittlich 19,47 Prozent ihrer Fremdkosten gespart. Daher ist sich die Gesellschaft so sicher, daß sie eine Honorar-Rückzahlung anbietet, falls der Ratsuchende bis zu 28 Tagen später ein vorteilhafteres Finanzierungsmodell als sie nachweist.

Horst Beloch

Hans im Streß

Mißverständnisse, das herbe Schicksal der ersten Staatsdiener. Nun schlug es Hens Matthöfer. Er ernannte sich selbst zum Vollbeschäftigungsminister und meinte den Arbeitsmarkt. Doch wer denkt schon beim Finanzminister daran?

Daher ärgerte sich der Matthöfer doch so über die allgemeine Zustimmung zu seinem Beinamen aus eigenen Gnaden: Ja, ja, das ist der Kapitalmarktabräumer, vollbeschäftigt mit Schuldenmachen.

Sie müssen das so sehen: Die Deutschen verdienen mehr, als sie ausgeben wollen. Den Unterschied sparen sie. Dafür muß man ihnen doch was bieten. Daher offeriert der Bundes-Service klangvoll Bundesschatzbriefe, Bundesobligationen, Bundesanleihen. Gehässig die Schelte, denn:

a) nur, weil die Leute immer weiter sparen, muß der Bund ständig Anleihen und so weiter neu auflegen.

b) der Bund fördert doch nur den Wettbewerb, wenn er ab und zu überdurchschnittlich hohe Zinsen bietet.

c) wie sozial, daß der Sparer als Steuerzahler andererseits die Zinsen für jene Bundespapiere nur zum Teil aus der eigenen Tesche zahlt, denn den anderen haben die Bundespapier-Muffel draufzulegen.

d) so verteilt sich auch die Rückzahlung des Geldes für die Bundesanlagen auf alle, und wer mehr Steuern als andere zu berappen hat, wird da auch stärker zur Kasse gefordert.

Immer höhere Schulden, immer höhere Zinsbeträge, immer höhere Rückzahlungen. Nur, weil man den Bürgern Sparmöglichkeiten schafft, muß der Bundesfinanzminister stets tiefere Löcher ausheben, um die vorherigen zu füllen – heißt es.

Eben ein Vollbeschäftigungsminister. Wenigstens nimmt ihm das Kabinett aus Gießkannenberieslern die Sorge ab, jene Milliarden sinnvoll verwenden zu müssen.

Prosper

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Juli 1980*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Meldungen von Salmonelloseerkrankungen nahmen im Juli trotz des kühlen Wetters weiter zu, und zwar von 72 im Vormonat auf 94 Fälle je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Im Juli des Vorjahres hatte diese Ziffer bereits den Wert von 99 erreicht. Auch die Zahl der gemeldeten Erkrankungen an übrigen Formen der Enteritis infectiosa, einschließlich der mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftungen, stieg etwas an; auf 100 000 Einwohner trafen durchschnittlich 4 Fälle.

Nur geringfügig, nämlich von 18 auf 20 Fälle je 100 000 Einwohner, erhöhte sich im Juli die Erkrankungshäufigkeit an Virushepatitis im Vergleich zum Vormonat.

Erkrankungen an Meningitis/Enzephalitis (Hirnhaut-/Gehirnentzündung) wurden im Juli ebenfalls häufiger als im Juni gemeldet. Während die Erkrankungsziffer an Meningokokken-Meningitis gegenüber dem Vormonat unverändert blieb, traten Erkrankungen an sonstigen Formen häufiger auf. Ihre Ziffer stieg von 5 auf 10 Fälle je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Juni bis 27. Juli 1980 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephelitis								Enteritis infectiose				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningoenzaphalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen [1]		Hepetitis A		Hapatilis B		nicht bestimmbare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbeyern	6	1	4	–	1	–	13	–	261	–	7	–	10	–	22	–	20	–
Niederbeyern	–	–	6	–	2	–	7	1	60	–	–	–	11	–	5	–	–	–
Oberpfelz	–	–	5	–	–	–	7	–	56	–	–	–	3	–	4	–	2	–
Oberfranken	2	–	11	1	3	1	10	–	173	–	4	–	2	–	8	–	2	–
Mittelfrenken	2	–	4	–	1	–	1	–	84	–	–	–	13	–	23	–	10	–
Unterfrenken	1	–	–	–	3	–	5	–	94	–	16	–	4	–	5	–	1	–
Schweben	2	–	–	–	–	–	3	–	56	–	8	–	7	–	12	–	3	–
Bayern	13	1	30	1	10	1	46	1	784	–	35	–	50	–	79	–	38.	–
Vormonet	13	–	.	.	.	.	.	.	604	2	13	–	.	.	.	.	.	.
München	2	–	–	–	–	–	4	–	74	–	–	–	3	–	10	–	8	–
Nürnberg	–	–	1	–	–	–	–	–	20	–	–	–	2	–	4	–	5	–
Augsburg	–	–	–	–	–	–	–	–	10	–	–	–	1	–	–	–	–	–
Regensburg	–	–	2	–	–	–	–	–	8	–	–	–	–	–	1	–	–	–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	6	–	4	–	–	–	–	–	–	–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	6	–	–	–	1	–	3	–	–	–
Erlengen	1	–	–	–	–	–	1	–	5	–	–	–	–	–	5	–	1	–

Gebiet	Typhus ebdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellenruhr		Maierie		Ornithose		Brucellose		Angeb. Toxoplesmose		Wundsterrkrempf		Gesbrend				Tollwutverdecht [2]
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20
Obarbayarn	3	–	–	–	11	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	2			19
Niederbeyern	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	2	–	1	–	–	–			1
Oberpfelz	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			10
Oberfrenken	–	–	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			6
Mittelfranken	–	–	–	–	5	–	1	–	1	–	–	–	1	–	–	–	–	–			74
Unterfranken	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–			7
Schwaben	2	–	1	–	2	–	1	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–			22
Beyarn	5	–	1	–	21	–	6	–	1	–	2	1	6	–	1	–	3	2			139
Vormonet	1	–	2	–	13	–	8	–	4	–	2	–	.	.	2	1	1	1			61
München	3	–	–	–	9	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			3
Nürnberg	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			–
Augsburg	–	–	1	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			–
Erlengen	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			–

*) Bericht des Bayerischen Stetistischen Landesamtes
E = Erkrenkungen, einschließlich der erst beim Tode bekennt gewordenen Krenkheitsfälle, unter Ausschluß der Verdachtsfetle.
St = Sterbefelle.
[1]) Enteritis infectiose übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.
[2]) Tollwutverdecht: Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes oder -verdechtiges Tier sowie die Berührung eines soichen Tieres oder Tierkörpers.

Anzeige

Einladung

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 Kleus-D. Müller Vorstandsmitglied der Partner-Versicherungs-Gruppe	**Die Erfolgsaussicht der Praxisniederlassung, Statistik und Tendenzen**
Dipl.-Ing. Joachim Menge: Architekt, Frenkfurt	**Niederlassungstragen aus beutechnischer Sicht — Neubau, Umbau, Innenausstattung —**
Winfried Kahlich: Direktor der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Filiale München	**Praxisgründung und Kredit, Finanzierungsbedarf, Kreditbeschattung**
Wilhelm Jehle: Direktor der Pertner-Versicherungs-Gruppe München	**Finanzierungsmodelle und Absicherung des Kredites, die Risikoabsicherung für die Praxis und Familie**
Wirtschaftsprüfer Dr. Herrmann Langenmayr	**Steuerfragen der jungen Arztpraxis, der Arzt und das Finanzamt**

Nach jedem Vortrag ausreichende Gelegenheit zur Diskussion.

Ende gegen 19.00 Uhr; anschließend Besprechung von Einzelproblemen.

✂ .....

Anmeldung

PVG-Ärztedienst, Filialdirektion München

Gebührenfrei

Sendlinger-Tor-Pletz 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:

Fachrichtung:

Niederlassungszeitpunkt:

Straße:

PLZ, Ort:

Unterschrift:

Schnell informiert

Dieter-Schlag-Stiftung vergeb Fördermittel

Diese Stiftung, die 1978 von einem Bürger der Stadt Hannover ins Leben gerufen wurde, hat wieder Mittel zur Förderung der Erforschung von Blutkrankheiten vergeben: DM 15 000 erhielt die Arbeitsgruppe für Knochenmarktransplantetion (Leitung: Professor Dr. R. Haas) en der Kinderklinik der Universität München, DM 10 000 die Arbeitsgruppe für Durchfluß-zytometrie, die von Privatdozent Dr. Dr. W. Eisert, Abteilung für ökologische Physik im Institut für engewendte Physik der Gesellscheft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, München, in Hannover geleitet wird. Privatdozent Dr. H. Rodt, Abteilung Immunologie im Institut für Hämatologie der Gesellschaft für Strehlen- und Umweltforschung mbH, München, dessen Projekt bereits 1979 von der Stiftung unterstützt worden war, wurde eine Anschlußförderung in Höhe von DM 8000 zugesprochen.

Alle Vorhaben befassen sich mit der Bearbeitung wissenschaftlicher Probleme bei der Knochenmarktrensplantation.

Der mit DM 5000 dotierte Dieter-Schlag-Preis, der für eine wissenschaftliche Arbeit euf dem Gebiet der Knochenmarktrensplantation ausgeschrieben wurde, konnte in diesem Jahr nicht vergeben werden, da keine preiswürdige Arbeit vorlag.

Chemotherapie der Tuberkulose

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (= DZK) hat in seiner Expertisen-Reihe die Schrift „Die Chemotherapie der Tuberkulose" herausgegeben. Die Kurzdarstellung ist zur Information des in Klinik und Praxis tätigen Arztes bestimmt und enthält einen Querschnitt durch die zur Zeit gültigen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Die Schrift entstand als Gemeinschaftsarbeit zahlreicher Experten aus dem Bundesgebiet und dem deutschsprachigen Raum. Sie ist zum Selbstkostenpreis von DM 4,– erhältlich in der Geschäftsstelle des DZK, Poppenhusenstraße 14 c, 2000 Hamburg 60.

Vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose wurde ferner ein Informationsfilm „Die Tuberkulose heute" herausgebracht, in dem Epidemiologie, Bakteriologie und Therapie der Tuberkulose in wissenschaftlich fundierter, verständlicher und interessenter Form dargestellt sind. Spieldauer 25 Minuten, Farbe, Lichtton.

Der Film ist ebenfells in der Geschäftsstelle des DZK erhältlich.

Kinderbuch: Der kleine Patient

Die Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände hat enläßlich des Internationalen Jehres des Kindes zusammen mit der Verlegsgesellschaft Schulfernsehen, Köln, ein Kinderbuch herausgegeben. In ihm wird euf humorvolle und gelassene Weise dargestellt, wie es in der ärztlichen Praxis zugeht. Der Text in den Sprechblasen ist sehr knapp; der Zusammenheng kann euch ohne den Text begriffen werden. – Autor und Zeichner ist Erich Rauschenbach, Berlin.

Das Buch kann zu folgenden Konditionen beim Hartmannbund, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2, bezogen werden (incl. MwSt., Porto und Verpeckung):

10 Exemplare: DM 50,– / 20 Exemplare: DM 90,– / 50 Exemplere: DM 210,–

Pharmaindustrie

„Goldene Rose" für Sandoz-Film

Anläßlich des 29. Deutschen Kongresses für ärztliche Fortbildung erhielt der Film der Sandoz AG „Topographische Diagnostik in der Rheumatologie: Die Hüfte" die „Goldene Rose", den Wanderpreis der Kongreßgesellschaft, sowie einen Ehrenpreis des Regierenden Bürgermeisters von Berlin.

Gegensprechenlege „M 8"

Die Gegensprechanlage „M 8" von Philips GmbH, 2000 Hamburg 73, besitzt eine Signallampe, acht Wahltasten und vier Funktionstasten. Sie kann mit Lautsprechern ohne oder mit Rücksprechmöglichkeit gekoppelt werden. Die seit 1969 ausschließlich angewandte Parallelverkabelung erlaubt auch eine spätere schnelle und preisgünstige Erweiterung euf das nächst größere System.

MSG-1 – Kardiograph/Kardioskop-Kombination

Für die Sofortdiagnose werden die Dreibeinelektroden auf den Thorax aufgesetzt. Der Schreiber wird nur zur Dokumentation eingeschaltet. Weitere Ableitungen lassen sich über das Patientenkebel in Verbindung mit dem Ableitungswahlschalter vornehmen. Die automatische Pulsanzeige erfolgt digital, zudem ist die akustische Pulskontrolle auch abschaltbar. MSG-1 ist batteriebetrieben. – Hersteller: Dego GmbH, 7270 Nagold.

Sirettina: Im-Ohr-Hörgerät

Dieses Hörgerät der Siemens AG, München 1, ist mit nur 1,5 cm^3 erstaunlich klein und mit 1,8 g besonders leicht. Trotzdem besitzt es Möglichkeiten für eine sorgfältige Anpassung an die Hörbehinderung. Es arbeitet im Dhr an der akustisch günstigsten und für das Tragen angenehmsten Stelle und läßt Sprache, Geräusche und Musik wieder wie gewohnt erleben. Zwei Anpaßsteller, Verstärkungsvorwahl und Lautstärkebegrenzung sind bequem einzusteilen und ein Drehknopf dient als Ein-Aus-Schelter und Lautstärkesteller.

Pentex – Flexibles Bronchoskop und flexibles Gastroskop

Diese flexiblen Endoskope von C. Zeiss, 7082 Oberkochen, haben eine sehr hohe Bildquelität, fassen sich einfech bedienen, bieten vielfältige Biopsiemöglichkeiten und sind vor allem für den Patienten gut verträglich und sicher! Durch das niedrige Gewicht, beim Bronchoskop z. B. nur 430 g, ist die Einhendbedienung über einen längeren Zeitraum möglich. Durch entsprechende Adapter können sogar bereits vorhandene Endoskope und Lichtquellen mitverwendet werden.

Progress – Frische-Set

Für alle Luftbefeuchter, die nech dem Verdunster-Prinzip arbeiten, eignet sich dieses Set. Das aus einem Geräte-Reiniger, der auch desinfiziert, und einem Wasser-Entkeimer bestehende Frische-Set verhindert das Wachstum von Algen, Pilzen und Bekterien im Verdunstungswasser. Spezielle Zusätze vermindern die Kalkebfagerung im Gerät und im Filter der nur noch einmal jährlich ersetzt zu werden braucht.

Buchbesprechungen

Aspirationszytologie der Schilddrüse

Verf.: Dr. M. Droese, 257 S., 155 Abb., davon 153 mehrfarbig, geb., DM 86,—. F. K. Schattauer Verlag GmbH, Stuttgart.

Über die Notwendigkeit der Feinnadelbiopsie (Aspirationspunktion) der Schilddrüse mit nachfolgender zytologischer Auswertung in der Differentialdiagnostik sämtlicher Knoten im Schilddrüsenbereich, besonders des szintigraphisch kalten Knotens und der Klassifizierung einer Thyreoiditis, gibt es keine Diskussionen mehr. Die Schilddrüsenfeinnadelpunktion ist weitgehend komplikationslos, ambulant durchführbar und hat eine hohe Treffsicherheit (über 90 Prozent) in der Malignomdiagnostik. Für die zytologische Auswertung ist eine optimale Punktions- und Ausstrichtechnik sowie eine klinische Information für den Zytologen (Behandlung mit antithyreoidalen Medikamenten, Radiojodtherapie usw.) erforderlich. — Das Buch, als Atlas bei der zytologischen Auswertung zu benutzen, geht auf diese Problematik ein und ist eine ausgezeichnete Hilfe bei der täglichen mikroskopischen Arbeit. Dabei werden Normalbefunde, euthyreote, hyperthyreote und hypothyreote Strumen, regressive Veränderungen, Entzündungen der Schilddrüse und sehr ausführlich Schilddrüsentumoren, teilweise mit korrespondierenden histologischen Abbildungen, vorgestellt. — Die typographische Gestaltung und die Qualität der über 150 Abbildungen ist hervorragend.

Dr. med. H.-K. Goischke, Bad Brückenau

Hirnfunktionsstörungen im Kindesalter

Verf.: Dipl.-Psych. Dr. R. Schneider, 80 S., 40 Abb., 7 Teb., kart., DM 28,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

In diesem kleinen Buch sind die Methoden und Ergebnisse experimenteller Untersuchungen zusammengefaßt, die der Autor an drei Gruppen von Kindern durchführte um zu zeigen, von welcher Bedeutung der Zeitpunkt ist, an dem eine Schädigung das kindliche Gehirn trifft.

Es wurden perinatal hirngeschädigte Kinder, im Alter von drei bis fünf Jahren hirngeschädigte Kinder und Kinder ohne Hirnschaden untersucht und miteinander verglichen. Schneider konnte nachweisen, daß die Folgen von Hirnfunktionsstörungen um so gravierender sind, je früher sie in der Ontogenese des Kindes eintreten. Dabei versagten die perinatal hirngeschädigten Kinder vor allem dann, wenn die zu bewältigenden Situationen einen gewissen Komplexitätsgrad überschritten, sei es nun perzeptiv, kognitiv oder in sozialer Hinsicht. Beachtenswert sind die aufgezeigten therapeutischen Möglichkeiten.

Dr. med. M. Wolf, Waldkraiburg

Gymnastik mit Musik

Seit kurzem gibt es in Apotheken krankengymnastische Übungen auf Cassetten, mit Musik untermalt. Folge 1 dieser Reihe befaßt sich mit dem Problem der Rückenbeschwerden. Die Übungen wurden von einem Team aus Fachärzten, Krankengymnasten und Masseuren ausgesucht. — Die 2. Folge dieser Reihe unterhält spezielle krankengymnastische Übungen für Autofahrer, die auf den Bereich der HWS- und LWS-Muskulatur abgestimmt sind.

Verkaufspreis: DM 23,—

Die Cassetten sind auch direkt bei Ocean Musik GmbH, Postfach 63 02 47, 2000 Hamburg 63, Telefon (0 40) 59 22 82, zu beziehen.

Ein Laxans soll nur hier wirken

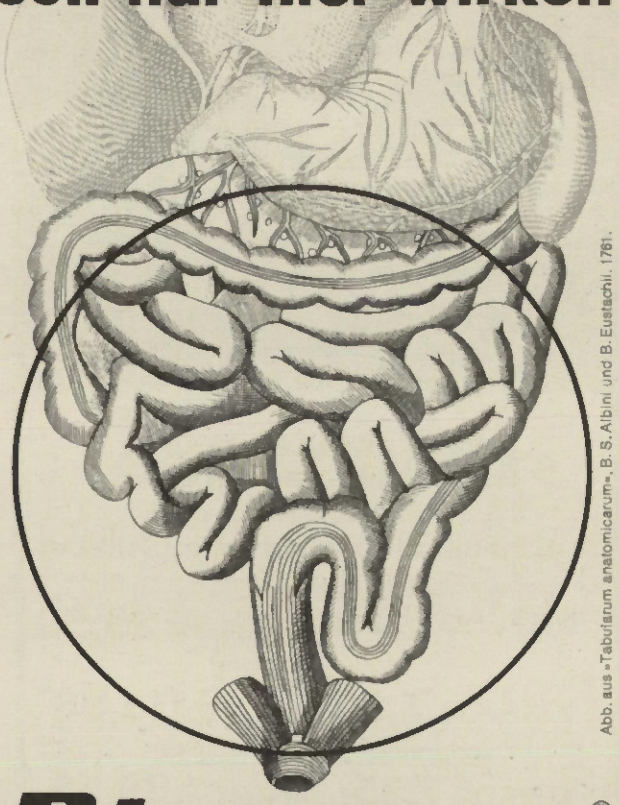


Abb. aus »Tabulärum anatomicarum«, B. S. Albini und B. Eustachii, 1761.

Rheogen®

Rein pflanzliches Abführmittel tut es!

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

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

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

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.
Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens. Kontraind. der Tropa-Alkaloide.
Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.

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

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Jetzt

sehr gute Bioverfügbarkeit
hochqualitative Galenik
z. Zt. günstigste
Preisgestaltung durch

Indoremed

(25 mg und 50mg Indometacin)
Antirheumatikum Antiphlogistikum

Indoremed 25 mg
20 Kps DM 5,70 100 Kps DM 25,50

Indoremed 50 mg
20 Kps DM 7,85 50 Kps DM 16,80

Indoremed Zäpfchen 50 mg
10 Zpf DM 7,35 50 Zpf DM 29,50

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

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

Nebenwirkungen: Gelegentlich Magen-Darm-Unverträglichkeiten, gastrointestinale Blutungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Somnolenz, psychische und Hämatopoese-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.

Indoremed Kaps., 25 und 50 mg, stehen zur oralen Verabreichung, Indoremed Zäpf. 50 mg zur Einführung in den After zur Verfügung.

Doxyremed

(100 mg Doxycyclin)
Breitspektrum-Antibiotikum

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

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: Gelegentlich Magen-Darm-Unverträglichkeiten. Allergische Reaktionen sind selten. Unter direkter UV-Lichtbestrahlung können in seltenen Fällen Hauterkrankungen auftreten.

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.

Remed Econerica
Arzneimittel GmbH
Kirchheim bei München · Postfach 1242

Hospitelinfektion

Hereusgeber: W. Sirch, 207 S., 6 Abb., 39 Teb., kart., DM 45,—. Verleg Urben & Schwerzenberg, München.

Im vorliegenden Bändchen werden Orgenisetion, Arbeitsweise und bisherige Ergebnisse der Krankenheushygiene eufgezeichnet. Grundlege dezu ist eine große Studie in vier süddeutschen Kliniken, durch welche die Daten von über 50 000 Patienten erfaßt wurden. Unter Führung eines der prominentesten Sechkenner entstand so eine wichtige Übersicht, für den neutrelen Leser ein willkommener Einstieg in die Meterie. Von besonderem interesse dürften euch die im Anheng beschriebenen Hygienemeßnehmen in den einzelnen Kliniken sein, die zu teilweise beträchtlichen Erfolgen beigetregen heben. Wie eber der deutilche Vorsprung in den USA zeigt, erfordert die Eindämmung der nosokomielen infektionen bei uns noch größere Bemühungen.

Dr. med. M. Doerk, Würzburg

Klinische Prüfung von Arzneimitteln

Hereusgeber: Prof. Dr. M. Steek / Dr. A. Weiser, 111 S., kart., DM 38,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Eine kurz gefeßte Dokumentation und Interpretation, welche die für eine Durchführung von Arzneimittelprüfungen erforderlichen juristischen Kenntnisse vermitteln kann.

in den ersten Abschnitten werden methodische Aspekte der präklinischen und klinischen Untersuchungen (Phese I bis iV) dergestellt. In den folgenden Kapiteln werden die ärztlichen und rechtlichen Voreussetzungen, die Verbindlichkeit bisher aufgestellter Prüfnormen und euch die Kostenfrage im Hinblick euf die Zulässigkeit der Arzneimittelprüfung am Patienten dargelegt. Der Band enthält eine Zusammenstellung weiterführender Literatur. Er erleichtert den arzneimittelprüfenden Ärzten durch seine komprimierte Derstellung die Aneignung des notwendigen Wissens.

Privatdozent Dr. med. J. Remien, München

Drthopädie in Prexis und Klinik
Band I: Allgemeine Orthopëdie

Herausgeber: Prof. Dr. A. N. Witt / Prof. Dr. H. Rettig / Prof. Dr. K. F. Schiegel / Prof. Dr. Dr. M. Heckenbroch † / Prof. Dr. W. Hupfauer, 2., neubearb. Aufl., 684 S., 1242 Abb., 36 Tab., geb., DM 330,—; Subskriptionspreis DM 297,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Vor 24 Jahren erschien der erste Bend des Handbuches für Orthopädie, das Georg Hohmann, Matthias Hackenbroch und Kurt Lindemann hereusgegeben hetten. Damit erhielt das „Handbuch der Orthopädischen Chirurgie", das 50 Jahre vorher Georg Joachimsthal in Zusammenerbeit mit den engesehensten Fechgelehrten seiner Zeit in drei Bänden geschaffen hatte, endlich einen Nachfolger. – Es mag sich die Frage erheben, ob in unserer, auch wissenschaftlich so kurzlebigen Zeit eine Enzyklopädie noch sinnvoll ist. Ein umfassendes Übersichtswerk jedoch, das Entwicklung und gegenwärtigen Stand eines Fachgebietes darstellt, hat keinesfalls en Bedeutung verloren.

Band I vermittelt zunächst für das Verständnis unabdingbare Grundlagen, wobei das Schwergewicht auf der Analyse krenkhafter Entwicklungsprozesse liegt. Durch die Verknüpfung von Biomechanik und deskriptiver Morphologie erscheint die klassische Orthopädie jetzt in neuem Licht. Die enge Verbindung zur Inneren Medizin, Neurologie, Chirurgie, Treumetologie, Angiologie, Sport-, Arbeits-, Präventiv- und Sozialmedizin verleiht ihr eine Bedeutung, die über die traditionellen Fachgrenzen weit hinausgeht und zunehmend des interesse der Nachbardisziplinen beansprucht.

Sehen — Verstehen — Helfen

Bend 2: Nicht leben und nicht sterben können

Verf.: Jörns, 156 S., kert., DM 19,80. Veriegsbuchhendiung Vendenhoack & Ruprecht, Göttingen.

Das vieischichtige Phänomen Suizidalität wird in theologisch-anthropologischer Sicht beerbaitet, wobai zusätzlich auf psychoenalytisch-psychiatrischa wia soziologischa Erfahrungen Bezug genommen wird. Zu den Grundpositionen des Verfassers zählen: Leben ist Kommunikation, Suizidalität ist gescheiterte Kommuniketion; „Die suizidele Dynemik ist ietztlich auf Lebensbeziehungen eus ...". Doch bleibt der Autor nicht bei Deskription und Hypothesenbiidung stehen. Über den Weg der Sinnfrege des Lebens entwickeit er eine Reihe prektischer Ansätze für den Umgang mit Seibstmordgefährdeten, die weit über die häufig geübte Praxis hineusgahen, den Suizidanten em Sterben zu hindern. Mitteis Theologie, Philosophie und Dichtung eröffnet er Alternativen, das Leben zu ermöglichen. Eine sinnvoii-basinnliche Lektüre, die durch des parsönliche Engagement des Verfassers die Grenzen eines Sachbuches weit überschreitet, zugleich aber umfessende informetion bietet.

Dr. med. V. Geiger, München

Mensch — Kultur — Gesellschaft

Aus dem Englischen übersatzt von R. Linton, 264 S., kert., DM 38,—. Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgert.

Der Autor, ein Anthropologe mit Schwerpunkt auf der Ethnologie, der Kulturanthropologia, bemüht sich herauszufinden, wie der einzelne Mensch, des Individuum, in seiner individualität und Vereinzelung mit der Gesellscheft, der Gruppe, zusammenhängt. Er nennt dafür die einfeche Erkiärung, daß dies eufgrund einer bestimmtan Verzahnung geschieht, für die er die Begriffa Stetus und Rolla einführt. Status ist im Unterschied zum Individuum, das ihn einnimmt, einfech eine Summe der Rechte und Pflichten. Rolle verkörpert dan dynemischen Aspekt des Stetus. Hinzu kommt noch der Begriff der Position: Wenn des individuum die aine Position eusmechenden Rechte und Pflichten wahrnimmt, übernimmt es aine Rolle. Rolle und Position gehören zusemmen, wes dereus resultiart, ist der Stetus.

Brönner Gelerie: Merc Chegall

Kunstkalender

12 Kunstblätter im Vielfarbendruck, 42,5 x 60 cm, DM 148,—. Brönner Verleg — Breidanstein GmbH, Frenkfurt.

Die zwölf Kunstbiätter in diesem Kunstkalender neuen Typs sind in einer einmaligen limitierten Auflage von 3000 Exempleren gadruckt und verlegt worden. Mit neuen Techniken der Druckkunst wurde hiar höchste Quelität erreicht. Die „Brönner Galerie" präsentiert güitige Werke der Kunst unserer Zeit.

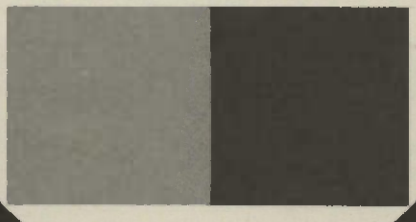
Das Land, eus dem der Papst kommt

Verf.: R. Lehmenn, 192 S., 56 Abb., geb., DM 19,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Der Autor schreibt aus vielfältiger Erfahrung, schildert Begegnungen und ergänzt seine Eindrücke im Aufzeigen geschichtlicher Zusemmenhänge. Sechkundig und lebendig erzählt er von vielen persönlichen Kontakten, engagiert setzt er sich für gegenseitiges Verstehen ein. Sein Buch informiert, ohne das Unengenahme zu verschweigen; sein Buch weckt Sympethie für Poien und für die Eigenert des polnischen Menschen, sein Buch mecht vertreut mit dem Lend, eus dem der Pepst kommt.

peripher
peripher
Die periphere Unterbrechung des Hustenreflexes durch Benproperin läßt die Therapie auch bei Zuständen mit eingeschränkter Atemfunktion zu
peripher
peripher
peripher

Tussafug®-Saft



gegen Husten

Indikationen: Akuter und chronischer Husten, insbesondere Reizhusten, auch bei Zuständen, die mit eingeschränkter Atemfunktion einhergehen. Hinweis: In Tierversuchen zeigte Tussafug keine teratogene Wirkung, jedoch sollte die Verwendung in den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft – wie bei allen neuen Arzneimitteln üblich – sorgfältig abgewogen werden.

Zusammensetzung: 1 ml Saft enthält 4,88 mg Di-benproperinembonat, entsprechend 3 mg Benproperin.

Auch für Diabetiker geeignet!

Uneingeschränkt kassenzulässig!

O. P. Flasche mit 150 ml 8,20 DM, A.P. 1500 ml (10 x 150 ml).

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Normdosen der gebräuchlichen Arzneimittel

Hereusgeber: Haftner/Schultz, 250 S., DM 38,–. Deutscher Apotheker-Verleg, Stuttgart.

In der völlig neu beerbeiteten sechsten Auflage legen die Verfasser dem Arzt els Anregung zum eigenständigen Rezeptieren Schemate tür Arzneimitteldosierungen vor. Die internationel üblich gewordenen Kurznemen von Arzneimitteln sind elphabetisch geordnet eufgetührt, Spezialitätennamen in einem besonderen Register unter Zuordnung ihres Kurznemens zusammengestellt und ebschließend in einem weiteren Verzeichnis die den üblichen Kurznamen zugeordneten chemischen Bezeichnungen angegeben. – Das Büchlein wird dem praktizierenden Arzt eine zusätzliche Hilfe sein.

Dr. med. R. Natzel, München

Die Chinesische Melerei

Herausgeber: J. Cehill, aus dem Englischen von K. G. Hemmerich, 214 S., 100 Farbebb., kart., DM 30,–. Klett-Cotta Verlagsgemeinschaft, Stuttgart.

Asien ist seit den ältesten Zeiten eine Schatzkammer von Weisheit und Pracht, vor allem aber China mit seinen tausendjährigen Traditionen. Die Chinesen selbst heben von jeher die Melerei els die höchste und die einzig wahre Kunst bezeichnet, weil sie, weit über dem Handwerk und der Dekoration, sich zum Ausdruck der reinsten Versenkung und Poesie erheben kann. Dieser Malerei in ihrer unvergleichlichen Verfeinerung und ihrem hohen menschlichen Gehalt dienen als Malgrund Seide und Papier, meist in Rollenform, der horizontalen oder Handrolle und der vertikalen oder Wandrolle, und ihre Schöpfer weren nicht nur Künstler, sondern oft auch Philosophen und Dichter.

Vor Ihrer Praxis-Eröffnung sind wir für Sie da.

Ad usum proprium:
Unsere Erfahrung zu Ihrer Praxisabsicherung. Unser „gewußt wie" bei Ihren Bankgesprächen.

Finanzierungsmodell mit Einsparung bis zu 40 Prozent der Praxisdarlehen.

Ihr Nutzen und Vorteil:
Unsere Stärke in der Lösung Ihrer Versicherungsprobleme, wenn es um die Ärzte-Haftpflicht-, die Hausrat-, die Ärzte-Unfallversicherung geht.

Interesse?
Dann rufen Sie uns bitte an: Es berät Sie Herr Georg C. Klughardt. Anschrift: Stiftsbogen 41, 8000 München 70, Tel. (089) 7143200 oder (0911) 834298

Meine Anschrift

Ich erwarte Ihren Anruf unter Telefon

Ein Beratungsbesuch ist erwünscht

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE
Außendienstbeauftragter

BAYERISCHE VERSICHERUNGSKAMMER Bayerischer Versicherungsverband

Johennes Peul II. – Sein Leben von einem Freund erzählt

Verf.: M. Malinski, 384 S., geb., DM 28,–. Verleg Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Die mit Spennung erwartete Biogrephie ist erschienen. Der Autor lernte 1940 Kerol Wojtyla kennen, besuchte mit ihm zusammen des Priesterseminer und erlebte viele Stationen im Lebensweg des heutigen Pepstes eus nächster Nähe. Des gibt der Derstellung einen unnachahmlichen Reiz, der den Leser gefengen nimmt und ihn zum Miterlebenden werden läßt. Der Bogen des Buches spannt sich von der ersten Begegnung zu Beginn des Krieges bis zur jüngsten Reise des Pepstes nach Polen, der des eusführliche Schlußkapitel gewidmet ist. Der Leser begegnet einer Fülle von Personen und Ereignissen. Aus den Schilderungen und Zeugnissen, Dialogen und Szenen, Begebenheiten und Beobachtungen formt sich das Bild eines Menschen, wie er war und ist, und zugleich das Bild eines Lebens, dessen Größe und Anziehungskreft stets über sich selbst hinausweist.

Geschichte eus erster Hend

Von den Entdeckungsreisen bis zum Zweiten Weltkrieg

Vert.: Dr. H. Pleticha, 240 S., davon 8 Bildtafeln, geb., DM 20,80. Arena-Verlag Georg Popp, Würzburg.

Das bekennte Stendardwerk „Geschichte aus erster Hand" wurde von Dr. Heinrich Pletiche neu überarbeitet, ergänzt und aut den heutigen Stand gebrecht.

Mit dem jetzt vorliegenden zweiten Band wird diese ungewöhnliche Geschichtsschreibung tortgesetzt. Zu Wort kommen Augenzeugen, Betrottene, Sieger und Besiegte.

Der Leser ist immer debei: ob es die Entdeckungsreise des Kolumbus, Wallensteins Ermordung oder der Sturm eut die Bastille ist – alle 40 Beiträge vermitteln ein faszinierendes Bild der Geschichte, wie sie wirklich war.

Reihe „Elternziele"

„Wieviele Geschwister breucht ein Kind?" – „Das Kinderzimmer" – „Thema ‚Schule' " – „Freie Bahn für Phantasie"

Jeder Band ca. 64 S., DM 5,80. Verlag Herder, Freiburg-Beisel-Wien.

In dieser Reihe „Elternziele" werden Erziehungsfragen, wie sie sich in jeder Femilie mit ganz normalen Kindern und ebenso normalen Problemen stellen, lebensneh und undogmatisch aufgegriffen. Die Autoren finden die richtige Spreche, um Eltern ohne theoretischen Ballast und Fachjargon, dafür aber mit Sechverständnis Anregungen und neue Einsichten bei elltäglichen und schwierigeren Erziehungsfregen zu vermitteln. Die zahlreichen Illustrationen und Fotos lockern nicht nur den Text eut, sondern bieten euch Beispiele und Anschauungsmeteriel.

Kelendergeschichten unserer Zeit

Verf.: B. Bertos-Höppner, 264 S., ill., DM 25,–. Arene-Verlag Georg Popp, Würzburg.

Barbere Bertos-Höppner legt hier ein modernes Hausbuch zum Jahresleut vor. 37 bekannte deutsche Autoren heben für diese Sammlung gearbeitet. Ihre Erzählungen, Gedichte, Lieder, Noten und Notizen sind als Driginalbeitrēge für dieses Buch entstanden. Besonders gefallen kann die dem Ablaut des Jahres entsprechende graphische Gliederung, die das Buch in seiner Vieltalt ordnet und eine gute Orientierung bietet.

Klinisch-onkologische Wochenenden

7./8. und 21./22. November 1980
5./6. Dezember 1980
16./17. Januar 1981

Beginn: Jeweils Freitag 9 Uhr, Ende ca. 18 Uhr

Samstag 9 Uhr, Ende ca. 13 Uhr

Ort: Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl/Oberaudorf

Leitung: Ärztlicher Direktor Dr. A. Leonhardt

Themen: Zusammenarbeit von Klinik und Praxis in der Nachsorge gynäkologischer Tumorpatientinnen (Interdisziplinäres Konsilium mit Petientenvorstellung, Visite, Röntgen- und nuklearmedizinische Demonstrationen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Jeweils 10 Tage vor Kursbeginn

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288

Zweite Oberaudorfer Fortbildungsveranstaltung für praktische Onkologie

am Samstag, 8. November 1980

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhert, Tumorzentrum München, und Dr. A. Leonhardt, Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl

Beginn: 9. Uhr s. t.

Ort: Oberaudorf, Kursaal

Veranstelter: Ärztlicher Kreisverband Rosenheim in Verbindung mit der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. und der Gynäkologisch-onkologischen Klinik Bad Trissl in Verbindung mit dem Tumorzentrum München

Themen: Gegenwärtiger Stand der Chemotherapie der Ovarialkerzinome – Gestagentherapie des metastasierenden Mammakarzinoms, eine Aufgebe für den niedergelassenen Arzt – Zytostetische Dauertherapie des metastasierenden Mammakerzinoms, eine Aufgabe für den niedergelassenen Arzt – Differentialdiegnose der Anämien – Die Bedeutung der Ernährung für die Entstehung und Therepie maligner Tumoren – Das Lymphödem in der Onkologie

Auskunft und Anmeldung: Verwaltung der Gynäkologisch-onkologischen Klinik Bad Trissl, 8203 Oberaudorf, Telefon (0 80 33) 20-1

65. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung

vom 9. bis 12. Oktober 1980

– Programm s. Seite 994 –

Der gute Morgen beginnt am Abend davor

Der Ein- und Durchschlafsaft auf rein pflanzlicher Basis

Jossa-Arznei, Steinau. Sedinfant®
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. Piscidiae fld. (1:1) 0,3 g, Extr. Herb. Visci albi fld. (1:1) 1,3 g.
Anwendungsgebiete: Schlafstörungen, Unruhezustände, Übererregbarkeit. Besonders geeignet als Einschlafmittel im Kindesalter.
Gegenanzeigen/Nebenwirkungen: Bisher keine bekannt.

Dosierung: Wenn nicht anders verordnet: Kinder bis zum 3. Lebensjahr nehmen zum Einschlafen 2 Teelöffel; Kinder vom 4.–6. Lebensjahr nehmen zum Einschlafen 2–3 Teelöffel; Schulkinder und Erwachsene nehmen zum Einschlafen 1–2 Eßlöffel Sedinfant. Soll Sedinfant als Tagessedativum verwendet werden, nehmen Kinder bis zum 6. Lebensjahr 3mal täglich 1 Teelöffel, Schulkinder und Erwachsene 3mal täglich 1 Eßlöffel Sedinfant.
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: Flasche mit 100 ml Sirup DM 6,85; Flasche mit 250 ml Sirup DM 13,35.
Stand: Juni 1980

JOSSA ARZNEI Arzneimittel so natürlich wie möglich
KURT MERZ · 6497 STEINAU

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.

November 1980

1.–2. **München:** Koloskopiekurs „Propädeutik- und Trainingskurs der praktischen Koloskopie". – Auskunft: Sekretariat des Berufsverbandes der Coloproktologen Deutschlands, Prinzenstraße 22, 8000 München 19.

3.–5. **Erlangen:** Kurs für Funktionsassistentinnen und medizinisch-technisches Personal. – Auskunft: Medizinische Poliklinik der Universität, Fräulein Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen.

3.–7. **Würzburg:** Fortbildungskurs für Chirurgie. – Auskunft: Bayerische Lendesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

3.–14. **München:** Einführungslehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit zum Erwerb der Arbeitsmedizinischen Fachkunde (E-Kurs I). – Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.

7.–8. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs in die Klinische Echokardiographie. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

7.–8. **Oberaudorf:** Klinisch-onkologisches Wochenende. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

7.–8. **Schweinfurt:** 8. Kongreß der Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern e. V. – Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.

7.–9. **Erlangen:** 12. Seminar der Sportmedizinischen Abteilung der Universität. – Auskunft: Medizinische Poliklinik der Universität, Fräulein Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen.

7.–9. **München:** Fortbildungsseminar I für Praktische Elektrokardiographie. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

8. **Erlangen:** Fortbildungsveranstaltung „Kinderheilkunde". – Auskunft: Sekretariat der Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg, Loschgestraße 15, 8250 Erlangen.

8. **München:** 7. Seminar „Amenorrhoe". – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

8. **Oberaudorf:** Fortbildungsveranstaltung für praktische Onkologie. – Auskunft: Verwaltung der Gynäkologisch-onkologischen Klinik Bad Trissl, 8203 Oberaudorf.

12. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung „Orthostase". – Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Ralsch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.

12. **Fürth:** Fortbildungsveranstaltung „Diagnostik des Bronchialkarzinoms" – Auskunft: Dr. J. Mertens, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth.

14.–16. **München:** 20. Bayerische Internistentagung. – Auskunft: Professor Dr. E. Wetzels, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim.

19.–22. **Düsseldorf:** Medica '80 – 12. Internationaler Kongreß mit Fachausstellung Diagnostica – Therapeutica – Technica. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.

21.–22. **Erlangen:** Internationales Symposion über „Entzündliche Erkrankungen des Dünn- und Dickdarmes". – Auskunft: Dr. H. Groitl, Chirurgische Universitäts-Klinik, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen.

21.–22. **Oberaudorf:** Klinisch-onkologisches Wochenende. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

21.–23. **München:** Fortbildungsseminar II für Praktische Elektrokardiographie. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

22. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit. – Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

24.–28. **München:** 4. Radiologische Woche. – Auskunft: Sekretariat Professor Dr. J. Lissner, Marchioninistraße 15, 8000 München 70.

26.–28. **Neuherberg:** Symposion „Entwicklungsstörungen nach pränataler Bestrahlung". – Auskunft: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

28.–30. **Würzburg:** 18. Arbeitstagung des Arbeitskreises „Gynäkologische Balneotherapie". Auskunft: Arbeitskreis Gynäkologische Balneotherapie, Brunnenplatz 1, 3280 Bad Pyrmont.

Beilagenhinweis: Einer Teilauflage dieser Ausgabe liegt ein Prospekt von **Dipl.-Ing. Gerlach, Straubing** bei, den wir unseren Lesern zur besonderen Beachtung empfehlen.

„Bayerisches Ärzteblatt". Inhaber, Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: 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 6½ % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblett"). 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 Wiatzke.

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

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

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

ISSN 0005-7126

Beim **Kreiskrankenhaus Haag i. Obb.** (50 km östlich von München) ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines

Oberarztes

auf der internen Abteilung zu besetzen.

Für die 55 Betten umfassende Abteilung wird ein Internist oder kurz vor der Gebietsanerkennung stehender Arzt mit klinischer Erfahrung in der Endoskopie, Sonographie und internistischen Röntgendiagnostik gesucht.

Senden Sie bitte Ihre Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an die **Haupt- und Personalverwaltung** beim **Landratsamt Mühldorf a. Inn, Töginger Straße 18, 8260 Mühldorf a. Inn.**

Der Landkreis Kitzingen stellt für sein **Kreiskrankenhaus in Kitzingen am Main** zum 1. Januar 1981 – eventuell auch früher –

1 Oberarzt

für die **Chirurgische Abteilung** ein.

Der Bewerber muß Arzt für Chirurgie sein, Teilgebietsbezeichnung Unfallchirurgie. Erfahrung in der Unfallchirurgie und im D-Arztverfahren sind erwünscht. Gleichzeitig soll der Bewerber auch die Vertretung des Chefarztes wahrnehmen, der nach langjähriger Oberarzttätigkeit in diese Position aufgerückt ist.

Geboten werden Vergütung nach Vergütungsgruppe Ia BAT, Bereitschaftsdienstvergütung und Nebeneinnahmen durch Beteiligung an der Privatliquidation des Chefarztes, aus Tätigkeit im D-Arztverfahren sowie aus Gutachtertätigkeit. Hinzu kommen alle sonst üblichen Leistungen im öffentlichen Dienst. Bei der Wohnraumbeschaffung wird eine Mithilfe angeboten.

Die Chirurgische Abteilung umfaßt 105 Betten für die Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie. Das Krankenhaus ist zum berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren und zum Verletzungsartenverfahren zugelassen. Es wird noch darauf hingewiesen, daß der völlige Neubau des Kreiskrankenhauses in diesem Jahr begonnen wurde und mit der Inbetriebnahme für 1983 gerechnet wird.

Kitzingen liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung zwischen Main und Steigerwald (Weinlandkreis). Am Ort sind alle weiterführenden Schulen vorhanden. Zur Universitätsstadt Würzburg (18 km) bestehen gute Verkehrsverbindungen.

Interessenten werden gebeten, die üblichen Bewerbungsunterlagen (Lichtbild, Lebenslauf, Zeugnisse, Tätigkeitsnachweise) beim **Landratsamt, Kaiserstraße 4, 8710 Kitzingen,** einzureichen.

Im Gemeindeteil Rothenkirchen des Marktes Pressig ist seit Herbst 1979 die

Arztstelle für Allgemeine Medizin

vakant. Der Markt Pressig/Oberfranken ist an der Wiederbesetzung sehr interessiert. Er sagt einem Bewerber seine Mithilfe bei der Praxiserrichtung und Wohnungssuche zu.

Anfragen richten Sie bitte an:

Markt Pressig, Rathaus, 8644 Pressig,
Telefon (0 92 65) 6 21.

Das Kreiskrankenhaus Eschenbach i. d. Opf.

Grundkrankenhaus mit zur Zeit 151 Betten, den drei Fachrichtungen innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, sucht zum baldmöglichsten Zeitpunkt einen

Oberarzt

für die Innere Abteilung

(76 Betten), der möglichst Arzt für innere Medizin sein sollte oder kurz vor der Arztanerkennung steht.

Der Chefarzt ist für vier Jahre zur Weiterbildung ermächtigt. Die Assistentenstellen sind besetzt. Das Labor, Endoskopie und die Röntgendiagnostik besitzen jeweils modernste Ausstattung. Erfahrungen in der Endoskopie (Gastroskopie, Laparoskopie, Koloskopie) sowie in der Röntgendiagnostik werden erwartet.

Die Vergütung erfolgt nach BAT und den im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen sowie Rufbereitschaftsdienstvergütung und Chefarztzuwendung.

Die Stadt Eschenbach i. d. Opf. liegt in einer landschaftlich schönen Gegend mit hohem Freizeitwert, besitzt ein Gymnasium, Wirtschafts-, Berufs- und Grundschule und hat verkehrsgünstige Verbindungen nach Nürnberg, Bayreuth und Weiden i. d. Opf. Bei der Beschaffung einer Wohnung ist das Landratsamt behilflich.

Bewerbungen werden erbeten an das

Landratsamt, 8482 Neustadt a. d. Waldnaab oder an **Chefarzt OMO Dr. Nebe, Kreiskrankenhaus, 8481 Eschenbach i. d. Opf., Telefon (0 96 45) 5 41.**

Arzt für Allgemeinmedizin

für Landpraxis in Offenhausen (Landkreis Nürnberger Land) gesucht. Die Praxis kann in einem Neubau, der noch weitgehend den Wünschen der Bewerber angepaßt werden kann, untergebracht werden.

Offenhausen hat rund 1300 Einwohner, liegt im Hammerbachtal und gehört zur Verwaltungsgemeinschaft Henfenfeld (rund 4300 Einwohner). Im gesamten Bereich der Verwaltungsgemeinschaft ist derzeit kein Arzt niedergelassen. Offenhausen hat Grundschule, die Hauptschule ist im 2,5 km entfernten Engelthal. Sämtliche weiterführenden Schulen sind im 11 km entfernten Hersbruck.

Für weitere Auskünfte steht die Gemeinde Offenhausen, Telefon (0 91 58) 242, Bürgermeister Guiden, zur Verfügung.

Schriftliche Bewerbungen werden erbeten an:
Gemeinde Offenhausen, Post Engelthal, 8551 Offenhausen

CEDIP

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

BÄ 10

Der Landkreis Dingolfing-Landau a. d. Isar
sucht ab sofort eine(n) deutsche(n)

Arzt (Ärztin) für Chirurgie

Der (die) Bewerber(in) soll als

Oberarzt in der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar

tätig und in der Lage sein, den Chefarzt zu vertreten.

Das Kreiskrankenhaus Landau a. d. Isar wurde am 10. Februar 1979 in Betrieb genommen und ist zum BG-Heilverfahren zugelassen (Voraussetzung Teilgebietsanerkennung für Unfallchirurgie).

Das nach modernen Gesichtspunkten erbaute Kreiskrankenhaus Landau a. d. Isar umfaßt folgende operative Abteilungen: Chirurgie, Geburtshilfe — Gynäkologie, HNO und Augen, sowie eine interdisziplinäre Intensivstation.

Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht nach Tarif • RBD-Vergütung • CA-Nebeneinnahmen • sowie den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen •

Die **Stadt Landau a. d. Isar** ist ein aufstrebendes Mittelzentrum und liegt verkehrsgünstig an der B 20 bzw. nahe der B 11 Landshut—Deggendorf in Niederbayern, verfügt über weiterführende Schulen und allen Einrichtungen für Freizeit- und Daseinsvorsorge.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend erbeten an die Verwaltung des

Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar
Beyerwaldring 17, 8380 Landau a. d. Isar

In der
Kinderabteilung des Städt. Marienkrankenhauses Amberg — Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen-Nürnberg
ist eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Die Abteilung verfügt neben Chef- und Oberarzt über drei Assistenzarztstellen.

Das modern eingerichtete Haus (615 Betten) besteht aus sieben Hauptabteilungen (Innere, Gynäkologie, Chirurgie, Pathologie, Anästhesie, Pädiatrie und Röntgenabteilung) sowie Belegabteilungen für HNO, Augen und Urologie.

Die Kinderabteilung umfaßt eine Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderstation sowie eine eigene Isolierabteilung und eine Frühgeburten- und Intensivstation mit insgesamt 87 Betten. Der leitende Arzt der Abteilung ist zur vollen Weiterbildung als Kinderarzt ermächtigt. Die apparative Ausstattung der Abteilung ist sehr gut.

Die Vergütung richtet sich nach BAT (Verg.-Gr. II/I b) • Entschädigung für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft • sowie die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen • Bei der Wohnungsbeschaffung ist die Krankenhausverwaltung behilflich •

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten bis **längstens zwei Wochen nach Veröffentlichung** an das

Personalamt der Stadt, Marktplatz 11, 8450 Ambarg

Kreisstadt Roth bei Nürnberg (Mfr.)

Mittelzentrum, hohe Zentralität

2 Arzt-Etagen am Marktplatz, Toplage

je 150 qm, Grundriß- und Ausstattungswünsche werden berücksichtigt, Fertigstellung Anfang 1981.

Anfragen unter Chiffre 2064/263.

STADT BAYREUTH

Die **Stadt Bayreuth** sucht für die **Strahlentherapeutische Abteilung** (Leitender Abteilungsarzt Privatdozent Dr. F. Dietzel) des Radiologischen Instituts ihrer Krankenanstalten eine(n)

Assistenzarzt (-ärztin)

Für Bewerber, die ihre röntgendiagnostische Weiterbildung noch nicht abgeschlossen haben, besteht Rotationsmöglichkeit mit der Röntgendiagnostischen Abteilung (Leitender Abteilungsarzt Dr. J. Kaufmann). Die volle Weiterbildung zum Radiologen ist im Hause gewährleistet.

Die Strahlentherapeutische Abteilung verfügt neben konventionellen Oberflächen- und Tiefentherapiegeräten über einen neu erbauten Hochstrahlentherapiebereich mit Telekobalt-Einheit, Therapiesimulator und Therapie-Planungssystem. Enge Kooperation mit der großen Radiumabteilung der Frauenklinik. Zu den Aufgaben der Strahlentherapeutischen Abteilung gehört in Zukunft auch die Nuklearmedizin. Ein Dipl.-Physiker ist hauptamtlich an der Abteilung tätig. Für die stationären Strahlentherapie-Patienten stehen 20 Betten zur Verfügung.

Die Vergütung für den Assistenzarzt richtet sich je nach Berufsjahren nach VergGr. II/I b BAT. Daneben werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen gewährt. In Frage kommt auch eventuell ein **Teilzeitbeschäftigungsverhältnis.** Der Leitende Abteilungsarzt der Strahlentherapeutischen Abteilung steht für fachliche Rückfragen unter der Telefonnummer (09 21) 404 - 444 zur Verfügung.

Für die **Röntgenabteilung der Kinderklinik** (Leitender Abteilungsarzt Privatdozent Dr. G. F. Wündisch) ihrer Krankenanstalten wird gesucht: eine

Radiologieassistentin

Erfahrung auch auf dem Gebiet der radiologischen Sonderuntersuchungen ist erwünscht, aber nicht Bedingung; eine Einarbeitung ist möglich. Die Eingruppierung in die VergGr. VII bis V b BAT richtet sich nach den nachgewiesenen beruflichen Erfahrungen. Daneben werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen gewährt.

Der Leitende Abteilungsarzt der Kinderklinik steht für fachliche Rückfragen unter Telefonnummer (09 21) 404 - 328 zur Verfügung.

Die **Städtischen Krankenanstalten Bayreuth** (568 Planbetten) umfassen eine Allgemein-Chir. Klinik, eine Unfall-Chir. Klinik, eine Med. Klinik, eine Gynäkologisch-geburtshilfliche Klinik, eine Kinderklinik, eine Anästhesieabteilung, Belegabteilungen für Kieferchirurgie, Ophthalmologie sowie HNO, zwei Intensivstationen, ein Radiologisches Institut, ein Pathologisches Institut sowie verschiedene Lehranstalten (Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschule). Auf dem Areal der Städtischen Krankenanstalten betreibt die Stadt Bayreuth eine Lehranstalt für med.-techn. Assistentinnen und eine Krankengymnastikschule.

Die Festspielstadt Bayreuth (70 000 Einwohner) liegt in landschaftlich schönster Lage zwischen Fichtelgebirge und Fränkischer Schweiz in Oberfranken. Bayreuth verfügt über eine neue Universität, sämtliche weiterführenden Schulen und eine Vielzahl Berufsfachschulen. Ein regsames kulturelles Leben, sehr gute Sportanlagen und Wintersportmöglichkeiten sowie ein umfangreiches Bildungsangebot bestimmen den hohen Freizeitwert der Stadt.

Bewerbungen mit eigenhändig geschriebenem Lebenslauf (tabellarisch), Zeugnissen und Unterlagen über die bisherige Tätigkeit werden erbeten an

Stadt Bayreuth — Personalamt —, Postfach 2840, 8580 Bayreuth 2.

Alteingeführte Allgemeinpraxis

(ausbaufähig) im Luftkurort Pappenheim/Mittelfranken aus Altersgründen zum II. oder III. Quartal 1981 nahtlos abzugeben. Praxisräume (110 qm), komplette Einrichtung, größeres Labor, eingearbeitete Sprechstundenhilfe können übernommen werden.

Anfragen unter Chiffre 2064/292.

Stimulans der körpereigenen Abwehrsysteme

Esberitox®

Steigerung der zellulären und humoralen Abwehr

Indikationen Esberitox® dient zur Prophylaxe bzw. Therapie akuter und chronischer Infektionskrankheiten bakterieller oder virusbedingter Art, wie banale Infekte und Virusgrippe; Bronchitiden, Pneumonien, Anginen, Laryngitiden, Otitiden, Adnexitis, Parametritis, Cystopyelitis, Rheumatische Erkrankungen; Eingriffe in der Zahnheilkunde. Chronische und allergische Dermatosen, Akne, Verrucae vulgares und juveniles. Auch in Kombination mit anderer Therapie, wie Chemotherapie, Antibiotika, Kortikoide. **Zusammensetzung** 20 ml Esberitox liquid. enthalten: Herb. Thujae eccid. rec. 1 ml Perc. 1=5, Rad. Baptis. tinct. 2 ml Perc. 1=5, Rad. Echin. ang. et purp. 1+1 3 ml Perc. 1=10; Apis mellif. D 4 2 ml, Crotal. D 6 3 ml, Silic. D 4 3 ml, Laches. D 6 6 ml. 1 Tablette entspricht 0,5 ml Liquidum mit einem Vitamin-C-Gehalt von 0,02 g/Tabl. 2 ml Ampullenflüssigkeit entsprechen 1 ml Liquidum. 1 Suppositorium entspricht 0,5 ml Liquidum. **Dosierung** Oral: 3mal täglich 20–50 Tropfen unverdünnt perlingual oder 1–3 Tabletten lutschen. Kinder und Säuglinge, je nach Alter, 3mal täglich 10–30 Tropfen oder ½–1½ Tabletten. Parenteral: i. m. täglich 0,5–2,0 ml; i. v. Beginn mit täglich 0,2 ml, allmähliche Steigerung unter Kontrolle der Reaktionslage bis zu 2,0 ml. Wie bei jeder unspezifischen Reiztherapie sind Temperaturerhöhungen möglich, die zum therapeutischen Wirkungsbild gehören; dies trifft vorwiegend bei r. v. Applikation ein; diese empfiehlt sich daher insbesondere bei chronischen Erkrankungen, die eine stärkere Reizwirkung erfordern. Rektal: Säuglingen 1–2 Zäpfchen, Kindern ab 1 Jahr täglich 2–3 Zäpfchen einführen, Erwachsene 3mal täglich 1 Zäpfchen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen** Liquidum 20 ml DM 6,35, 50 ml DM 13,00, Bündelp. 500 ml; Tabletten 50 St. DM 6,35, 125 St. DM 13,00, 1000 St.; Ampullen 5 x 2 ml DM 8,35, 100 x 2 ml; Suppositorien 10 St. DM 6,24, 100 St. Stand: 1. Juni 1980

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

ratiopharm

Bakterielle Infektionen

OP 10 Tabl. DM 7,45
OP 20 Tabl. DM 14,--
Preissenkung!

	morgens	abends
Normaldosis	⬭	⬭
Maximaldosis	⬭	⬭
Langzeitbeh.	–	⬭

mit dokumentierter ratiopharm Arzneimittel Bioverfügbarkeit

Zusammensetzung: 1 Tabl. Trim forte-ratiopharm enthält 2,4-diamino-5-(3,4,5-trimethoxy-benzyl)-pyrimidin (= Trimethoprim) 160 mg + N¹-(5-Methyl-3-isoxazolyl)-sulfanilamid (= Sulfamethoxazol) 800 mg = 960 mg Co-Trimoxazol. **Dosierung:** Trim forte-ratiopharm Tabl. Erw. und Kdr. über 12 J. 2 x tägl. 1 Tabl., in schweren Fällen anfangs tägl. 1½ Tabl. **Indikation:** bakterielle Erkrankungen mit empfindlichen Erregern. **Kontraindikation:** bekannte Überempfindlichkeit, Bluterkrankungen, schwere Leber- u. Nierenerkrankungen, Schwangerschaft u. Stillzeit, Früh- u. Neugeborene. Gleichzeitige Gabe von Hexamethylentetramin.

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

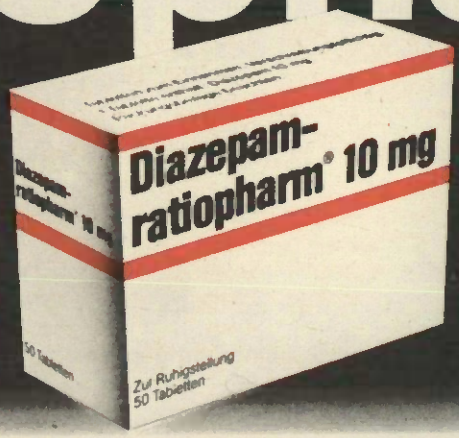
ratiopharm

Psychopharmakon

OP 20 Tabl. à 2 mg	DM 1,65
OP 50 Tabl. à 2 mg	DM 3,15
OP 20 Tabl. à 5 mg	DM 1,90
OP 50 Tabl. à 5 mg	DM 4,25
OP 20 Tabl. à 10 mg	DM 3,10
OP 50 Tabl. à 10 mg	DM 7,35
OP 5 Amp. à 10 mg	DM 6,90
AP 25 Amp. à 10 mg	DM 29,90

nochmals Preissenkung!

Diazepam-ratiopharm® Ampullen Neu!



mit dokumentierter ratiopharm Arzneimittel Bioäquivalenz

Zusammensetzung: 1 Tabl. enthält: 2 mg, 5 mg bzw. 10 mg Diazepam. 1 Amp. enthält: 10 mg Diazepam. **Dosierung:** Tabl.: im Normalfall 1-3 x tägl. 1 Tabl. zu 2 mg, 5 mg oder 10 mg. Amp.: je nach Schwere des Krankheitsbildes bei Erw. ½-2 Amp. i.m. oder langs. i.v. Evtl. mehrmals tägl. **Indikation:** Erregung, Spannung, Angst, vegetative Dystonie, Schlafstörungen, Muskelspasmen. **Kontraindikation:** Myasthenia gravis.

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

ratiopharm

Zerebrale Durchblutungsstörungen

OP 20 Retard-Tabl.	DM 25,30
OP 50 Retard-Tabl.	DM 49,45
OP 100 Retard-Tabl.	DM 89,85

	morgens	abends
Normaldosis	◐	◐
Langzeitbeh.	◐	–

Zusammensetzung: 1 Retard-Tabl. enthält: Vincamin 30 mg mit verzögerter Wirkstoff-Freisetzung. **Dosierung:** 2 x tägl. 1 Retard-Tabl. **Indikation:** Mangeldurchblutung des Gehirns, Zerebrale Durchblutungsstörungen im Gefolge psychischer und neurologischer Symptome, Chronische zerebrale Durchblutungsstörungen unterschiedlicher Genese. **Kontraindikation:** Hirntumoren und Erkrankungen mit intrakranieller Drucksteigerung, Schwangerschaft.

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