



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Februar 1981

Zur Kenntnis genommen:

Zum Thema „Röntgendiagnostik“ sind im vergangenen Jahr eine Reihe von Publikationen erschienen, die in der Tat geeignet waren, die deutsche Öffentlichkeit zu beruhigen. Man konnte lesen, daß in keinem Lande so viel geröntgt wird wie in der Bundesrepublik und die veröffentlichten Prozentzahlen über angeblich unzureichende Qualität wären natürlich erschreckend. Wenn dann der bundesdeutsche Bürger noch liest, daß die von den Medizinern verursachte Strahlenbelastung unserer Bevölkerung weit größer sei als jede andere Strahlengafährdung, dann braucht man sich nicht zu wundern, wenn ein Patient nicht mehr in erster Linie an den Vorteil der Frühentdeckung einer Krankheit im Magen-Darm-Bereich oder die Bedeutung der Aufklärung seines wochenlangen Hustens denkt, sondern viel mehr an die vermeintliche Gefahr, die er durch die Anwendung der Röntgenstrahlen ausgesetzt ist. Als Kanner der Mataria markt man natürlich, wie oft bei dazartigen Publikationen ein recht „lebansnaher“ Hintergrund durchschimmert, der mit Wert oder Unwert, Nutzen oder Gefahren der Röntgendiagnostik wenig, mit ihren materialien Konsequenzen aber recht viel zu tun hat. Die 1,7 Milliarden Mark, welche die gesetzliche Krankenversicherung angeblich pro Jahr für Röntgenleistungen ausgibt, sind eine stolze Summe. 550 Millionen DM antellen auf 1100 Radiologen, 1,1 Milliarden DM auf rund 12000 Ärzte aller Gebiete, welche auf Röntgenbetunda angewiesen sind.

In anderen Ländern, so wird argumentiert, darf Röntgendiagnostik nur von Radiologen betrieben werden. Die Frage ist verständlich, ob die endere Situation in der Bundesrepublik eine deutsche Marotta und Ausdruck der Rückständigkeit ist, oder vielleicht sogar ein Modell, das man anderen empfehlen könnte. Um diese Frage herumzuschlagen wie die Katze um den heißen Brei, ist nicht länger vertretbar. Entscheidungsd Maßstab für ihre Baantwortung kann nur die ärztliche Qualifikation, die technische Qualität des „Produktes“ und die apparative Ausstattung sein.

Wie steht es damit in der Bundesrepublik? Zunächst ein Wort zur Entwicklung: es darf wohl unbestreitbar festgehalten werden, daß die Röntgendiagnostik in wesentlichen Bereichen von Ärzten der verschiedenen Fachgebiete entwickelt wurde. Klassische Beispiele dafür sind die Kinder-radiologie, die Neuroradiologie oder die Pneumologie. Für Urologen oder Orthopäden war es immer selbstverständlich, daß sie ihre eigene Röntgendiagnostik betrieben, bis sie im klinischen Bereich im Sog der zentralen Röntgenabteilungen untergingen. Obwohl sich die Radiologie zunehmend verselbständigte, erhielten sich die Fachgebiete aber auch weiterhin die Möglichkeit der eigenständigen Röntgendiagnostik, im größeren Umfang jedenfalls in der freien Praxis. Bei der Fort-

entwicklung der Weiterbildungsordnung wurde deshalb 1968 für alle einschlägigen Gebiete eine Vorschrift aufgenommen, welche auch die Weiterbildung in der Röntgendiagnostik des Fachgebietes mit dem Ziel ihrer Beherrschung verlangt. Für die Innere Medizin enthält die Weiterbildungsordnung sehr genaue Vorschriften. Hier wird verlangt, daß der in Weiterbildung befindliche Arzt während der gesamten Weiterbildungszeit in der Beurteilung von Röntgenaufnahmen unterrichtet wird und darüber hinaus ein volles Jahr ganztägig in der Röntgendiagnostik tätig ist. Dieses Jahr kann – was nur noch selten geschieht – durch stationsgebundene Röntgendiagnostik während der ganzen Weiterbildungszeit ersetzt werden. Die Weiterbildungsordnung hat damit die Voraussetzung für eine den berechtigten Qualitätsanforderungen entsprechende Weiterbildung in der fachgebietsgebundenen Röntgendiagnostik geschaffen.

Es dauerte unterschiedlich lang, bis diese neue Weiterbildungsordnung in allen Kammerbereichen wirksam wurde und Übergangsfristen abgelaufen waren. Eine Anerkennung nach der neuen Weiterbildungsordnung von 1968 kann jedenfalls nur noch ausgesprochen werden, wenn auch die Weiterbildung in der Röntgendiagnostik nachgewiesen wird. Ihre Beherrschung muß mit dem Wirksamwerden der Bestimmungen über die Prüfung auch Gegenstand dieser Prüfung sein.

Am schwierigsten ist ohne Zweifel die Vermittlung der röntgendiagnostischen Weiterbildung in der Inneren Medizin. Hier muß den Weiterbildern dringend nahegelegt werden, die laufende Unterrihtung in der Beurteilung von Röntgenaufnahmen intensiv zu betreiben. Es sollte auch alles getan werden, um die Ableistung des „Röntgenjahres“ zu ermöglichen. Sollte sich zeigen, daß beides nicht im erforderlichen Umfang realisierbar ist, müßte eine Änderung der Weiterbildungsordnung erwogen werden. Entsprechende Anregungen sind der Kammer schon mehrfach mit dem Hinweis zugegangen, daß ja nur ein kleiner Teil der Internisten später die Absicht habe, selbst Röntgendiagnostik zu betreiben, dieser Teil der Weiterbildung für sie also überflüssig sei. Solange die Vorschrift besteht, muß sie aber eingehalten werden. Für „Großzügigkeit“ ist hier kein Raum.

Im Bereich der kassenärztlichen Versorgung bestehen schon seit Jahrzehnten besondere Vorschriften für die Durchführung und Abrechnung von Röntgenleistungen. Erst 1980 traten neue bundeseinheitliche Röntgenrichtlinien in Kraft. Sie enthalten sowohl Bestimmungen über die persönliche Voraussetzung, also die Qualifikation, als auch über die geforderte Qualität der Apparaturen. Während die Kassenärztliche Vereinigung

früher in jedem Falle des Vorliegen der persönlichen Qualifikation prüfen mußta, hat sich die Sach- und Rechtslage durch die Einführung der Musterweiterbildungsordnung von 1968 geändert. Wann ein Arzt von seiner Landesärztekammer die Gebietsanerkennung nach der neuen Weiterbildungsordnung haben will, muß er bald in Frage kommen Gebieten auch den Nachweis der Beherrschung der Röntgendiagnostik seines Gebietes führen. In diesen Fällen findet eine erneute Überprüfung der persönlichen Voraussetzungen durch die Kassanärztliche Vereinigung nicht mehr statt. Um in der Übergangszeit Zweifel auszuschalten, erteilt die Bayerische Landesärztekammer eine zusätzliche Bescheinigung, daß der Arzt die Beherrschung der Röntgendiagnostik seines Gebietes nachgewiesen hat. Dieses Verfahren hat sich bewährt. Der Kassanärztlichen Vereinigung obliegt dann lediglich die Überprüfung der apparativen Voraussetzungen.

Zusammenfassend kann man an dieser Stelle sagen, daß seit Jahrzehnten eine Prüfung der persönlichen Qualifikation und der apparativen Voraussetzungen für die Röntgendiagnostik stattfindet, und zwar früher nur durch die Kassanärztliche Vereinigung, jetzt auf den Arzt bezogen durch die Ärztekammer, hinsichtlich der Geräte weiterhin durch die Kassanärztliche Vereinigung. Man trägt sich, wie es dann möglich sein soll, daß angeblich eine recht hohe Zahl von Röntgenaufnahmen technisch schlecht bis unbrauchbar sei. Dabei kann man die in die Presse lancierten Zahlen dahingestellt sein lassen. Es wird in den Publikationen auch nicht unterschieden zwischen Radiologen und Fachgebietsradiologen. Dennoch kann man bereits lesen, daß die erstgenannten Röntgendiagnostik betreiben, während die weit größere zweite Gruppe „knipse“.

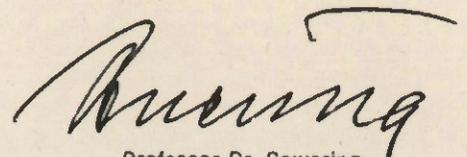
In Bayern haben wir konkrete Erfahrungen auf dem Sektor Mammographie. Hier wird die Qualitätskontrolle seit drei Jahren durchgeführt. Die Zahl der Beanstandungen war von Anfang an gering und ist seitdem auf ein Minimum zurückgegangen. Eine Faststillung konnte aber von Anfang an getroffen werden: es gab bei „gut“ — „weniger gut“ — „schlecht“ keine Qualitätsunterschiede zwischen den Aufnahmen von Radiologen und Gynäkologen!

Der Weg zur Qualitätskontrolle in der Röntgendiagnostik wird nunmehr konsequent fortgesetzt. Ab Anfang 1981 werden die Röntgenaufnahmen weiterer Organbereiche in die Qualitätskontrolle einbezogen. Gemischte Röntgenkommissionen in jeder Bezirksstelle werden die von den Kollegen angeforderten Röntgenaufnahmen auf ihre technische Qualität überprü-

fen. Die Kassanärztliche Vereinigung Bayerns ist gewillt, auf dem Sektor der Röntgendiagnostik für beste Qualität zu sorgen. Wann es unter uns Kollegen geben sollte, deren Röntgenleistungen den Qualitätsnormen nicht entsprechen, dann müssen sie entweder besser werden oder die Röntgantätigkeit einstellen. Der Unterstellung, es gäbe Röntgendiagnostiker, also gute, und „Knipsar“, also schlechte, muß der Boden entzogen werden. Dabei wird von Fall zu Fall auch die Frage zu prüfen sein, ob die apparative Ausstattung vom Röntgengerät bis zur Folia und zur Entwicklung den heute zu stellenden Anforderungen entspricht. Wir bitten alle bayrischen Kolleginnen und Kollegen um Verständnis für diese Maßnahme und um Mithilfe. Qualitätssicherung ist die einzige Möglichkeit, denjenigen zu begegnen, die daran denken, die Röntgendiagnostik als Monopol der Radiologen zu übertragen. Es gibt erfreulich viele Radiologen, die mit uns der Meinung sind, daß das kein guter Weg wäre. Wir müssen und werden den Beweis dafür liefern, daß das „Modell Bundesrepublik“ das bessere ist.

Wenn wir nun schon in die Diskussion um die Röntgendiagnostik eingetreten sind, dann muß — in die Zukunft gerichtet — allerdings auch eine andere Grundsatzfrage beantwortet werden: ist es eigentlich weiterhin möglich, daß ein Radiologe — losgelöst von der klinischen Untersuchung und Kenntnis des Patienten — noch die Röntgendiagnostik aller Organbereiche beherrschen kann? Wäre es nicht doch sinnvoller, wenn z. B. der Neuroradiologe ein Neurologe, der Kinderradiologe ein Pädiater wäre, jeweils mit einer entsprechend langen und intensiven Zusatzweiterbildung in der Röntgendiagnostik seines Gebietes? Allgemein ausgedrückt: Sollte die Röntgendiagnostik nicht wieder näher an die Gebiete herangebracht werden? Ich könnte mir vorstellen, daß im Rahmen solcher Überlegungen auch für die innere Medizin ein neuer Weg zu finden wäre.

Wenn solche Fragen in einer Gesamtbetrachtung aufgeworfen werden, dann braucht niemand auf die Barrikaden zu springen. Keiner der derzeit Tätigen würde davon betroffen. Das Thema Röntgendiagnostik sollte in emotionslosen Gesprächen von allen Seiten und in aller Ruhe behandelt werden. Vordringlich und auch rasch muß aber die Aufgabe der Qualitätssicherung bewältigt werden. Die bereits arkannbare Bauernruhung unserer Patienten darf nicht in Angst und Mißtrauen gegen den Arzt und eine diagnostische Methode umschlagen, die zu den großen Errungenschaften der modernen Medizin gehört.


Professor Dr. Sewering

Teneretic[®] mite

Tenormin[®] + Chlortalidon

New

für die
Hypertoniker
in Ihrem
Wartezimmer



senkt das
Blutdruckniveau

verhindert
Blutdruckspitzen

verringert
das Infarktisiko

gewährt eine
kaliumstabile
Diurese



Teneretic[®] mite

synergistische Blutdrucksenkung und Kardioprotektion

Zusammensetzung: 1 Filmtablette Teneretic mite enthält 50 mg Atenolol, 12,5 mg Chlortalidon. **Indikation:** Hypertonie. **Kontraindikationen:** nicht kompensierte Herzinsuffizienz, AV-Block 2. u. 3. Grades, Bradykardie (Ruhepuls 55 Schl./Min.), schwere Nierenfunktionsstörungen, Sulfonamidüberempfindlichkeit, therapieresistente Hypokaliämie. Bei Schwangerschaft und Stillzeit wird die übliche Vorsicht empfohlen. Vorsicht bei Gicht. **Nebenwirkungen:** selten: vorübergehendes Schwere- und Kältegefühl in den Gliedmaßen, gastrointestinale Störungen, Schlafstörungen; sehr selten: Überempfindlichkeit (Verringerung der Thrombozyten und Leukozyten) wegen des Diuretikum-Anteils.

Dosierung: täglich 1 x 1 Tablette; falls erforderlich, Steigerung auf 1 x 1 Tablette Teneretic (100 mg Atenolol und 25 mg Chlortalidon). Über die Behandlung der Hypertonie im Kindesalter mit Teneretic/Teneretic mite liegen z.Zt. noch keine ausreichenden klinischen Erfahrungen vor. **Wechselwirkungen:** eventuell geringe Beeinträchtigung der Wirkung von Antidiabetika und harnsäureenkendenden Mitteln; Narkose (Anästhesisten informieren); Vorsicht bei zusätzlicher Behandlung mit Clonidin und Verapamil. **Hinweise:** wegen der ausgeprägten Kardioselektivität sind Beeinträchtigungen der Atemfunktion sehr selten. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können jedoch mit Bronchodilatoren leicht aufgehoben werden. Gelegentliche Kontrollen von Harnsäure- und Kaliumspiegel sind empfehlenswert. Teneretic mite besonders bei Patienten mit Angina pectoris nicht plötzlich absetzen. **Antidote:** Atropin (0,5–2 mg i.v.), Orciprenalin (0,5 mg langsam i.v.). **Handelsformen und Preise:** Kalenderpackungen mit 28 Filmtabletten DM 27,82, mit 56 Filmtabletten DM 53,03, mit 98 Filmtabletten DM 86,93, Anstaltspackungen.

(Stand Dezember 1980)



ICI-Pharma

Arzneimittelwerk Plankstadt



**„Sein Name ist in der Ärzteschaft
der ganzen Welt ein Begriff für
engagiertes Wahren des freien Arztberufes“**

**Professor Dr. Hans Joachim Sewering
vollendet sein 65. Lebensjahr**

Am 30. Januar konnte unser Kollege, Präsident und Freund, Professor Dr. Hans Joachim Sewering, die Vollendung seines 65. Lebensjahres feiern. Fast die Hälfte dieser Jahre widmete er zum Großteil euch der für uns alle so wichtigen Standespolitik. Und während so manch anderer mit diesem Geburtstag zum „Rentner“ wird, steht Sewering – unbeirrt von Tiefschlägen auch aus den eigenen Reihen außerhalb der weiß-blauen Grenzen – im Zenit seiner Schaffenskraft, ganz gleich, ob in seiner Praxis in Dachau, im Ärztehaus Bayern, bei seiner Senatsarbeit im Maximilianeum, bei den gesundheitspolitischen Tagungen, in der Europäischen Kommission in Brüssel oder als Schatzmeister im Vorstand des Weltärztebundes, um nur einige seiner Engagements zu erwähnen.

Wer versucht, das Leben des Hans Joachim Sewering zu skizzieren, wird auch bei Kenntnis vieler Bereiche seiner Arbeit von der sich in der Gesamtschau aufzeigenden Fülle der Tätigkeiten überrascht, denen er sich mit der ganzen Kraft seiner Persönlichkeit und der Intensität seines Geistes widmet.

Hans Joachim Sewering studierte Medizin in München und Wien und erhielt 1941 die Bestallung als Arzt. Im gleichen Jahr promovierte er zum Doktor der Medizin. Seit 1947 ist er als Pneumologe kassenärztlich in Dachau tätig.

1948 wählten ihn seine Dachauer Kollegen zum Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes. 1952 übernahm er als 36jähriger den Vorsitz der Bezirksstelle Oberbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und wurde Mitglied des Vorstandes der KVB. Seit der gleichen Zeit ist er auch Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Bereits 1955 wählte die Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer den 39jährigen zu ihrem Präsidenten. In diesem Amte wurde er inzwischen sechsmal bestätigt, so daß er heute auf eine 26jährige Amtszeit als Präsident zurückblicken kann. 1972 wählte ihn die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zum Vorstandsvorsitzenden.

In den Vorstand der Bundesärztekammer wurde Sewering bereits im Herbst 1955 gewählt. Von 1959 bis 1973 war er deren Vizepräsident, von 1973 bis 1978 Präsident.

Von den Aufgaben, die er im Rahmen der Bundesärztekammer zu erfüllen hatte, ist besonders hervorzuheben seine Tätigkeit als Vorsitzender des Ausschusses Ärztliche Ausbildung von 1957 bis 1971. Auf dem Deutschen Ärztetag in Lübeck 1959 hielt er zu Fragen der ärztlichen Ausbildung ein Grundsatzreferat, mit welchem der Anstoß für eine Reform des Medizinstudiums gegeben wurde. Den Vorsitz in der Weiterbildungskonferenz der Bundesärztekammer führt er seit 1959. Unter seiner Verantwortung wurde eine grundlegende Neuordnung des Weiterbildungsrechtes in der Bundesrepublik verwirklicht. Seit einigen Jahren ist er auch Vorsitzender der Ständigen Konferenz für Ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer, nachdem er früher schon viele Jahre dem Senat für ärztliche Fortbildung angehörte. Dem Grundsatz "Medizin – ein lebenslanges Studium" Inhalt zu geben, war und ist, dies zeigen Stationen seines Wirkens und seine Veröffentlichungen, sein besonderes Anliegen.

Neben diesen Aufgaben widmete sich Hans Joachim Sewering in hohem Maße der Vertretung der deutschen Ärzte in internationalen Bereichen. In der deutschen Delegation im Ständigen Ausschuss der Ärzte der Europäischen Gemeinschaft arbeitet er seit dessen Gründung im Jahre 1959. Von 1965 bis 1968 war er Generalsekretär dieses Ausschusses. Der deutschen Ärztedelegation beim Weltärztebund gehört er seit 1958 an, viele Jahre war er Delegationsleiter. 1966 wurde er in den Vorstand des Weltärztebundes gewählt, dem er heute noch angehört. Seit 1971 ist er dessen Schatzmeister. Beim Zustandekommen der Richtlinien über die gegenseitige Anerkennung der ärztlichen Diplome in der Europäischen Gemeinschaft hat er jahrelang als Vertreter der Ärzte und als Sachverständiger mitgewirkt. Seit 1976 gehört er dem Beratenden Ausschuss für ärztliche Ausbildung bei der Europäischen Kommission in Brüssel an.

Sewering ist seit 1953 Mitglied des Bayerischen Landesgesundheitsrates und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern seit deren Gründung 1956. 1971 wählten ihn die Vertreter der Freien Berufe in den Bayerischen Senat, wo er neben drei anderen Senatoren aus dem Kreis der Freien Berufe seitdem sehr konstruktiv wirkt. Er befaßt sich dabei besonders intensiv mit Fragen der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung in Bayern.

Seit 1954 gehört er dem Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung an, deren Leistungsgefüge unter seiner entscheidenden Mitwirkung in diesen Jahren wesentlich verbessert wurde. Insbesondere ist es Sewering zu danken, daß 1957 in das Angestelltenversicherungs-Neuordnungsgesetz eine Bestimmung aufgenommen wurde, welche den angestellten Ärzten die Wahlfreiheit zwischen der Angestelltenversicherung und ihrer berufsständischen Versorgungseinrichtung ermöglichte. Die Tatsache, daß 95 Prozent der jungen Ärzte von dieser Wahlmöglichkeit zugunsten der Bayerischen Ärzteversorgung Gebrauch machen, zeigt die Bedeutung seines damaligen Einsatzes. Unseren berufsständischen Versorgungswerken wäre sonst der Nachwuchs abgeschnitten worden.

An der Gründung der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin war Hans Joachim Sewering maßgeblich beteiligt, von 1968 bis 1973 Vorsitzender ihres Präsidiums.

Der Bayerische Staatsminister für Unterricht und Kultus ernannte ihn am 17. Mai 1968 auf Vorschlag der Fakultät für Medizin an der Technischen Universität München zum Honorarprofessor für Sozialmedizin und Ärztliche Rechts- und Berufskunde.

Eine fast unübersehbare Zahl von Referaten und Publikationen in all diesen Jahren beschäftigte sich mit der ärztlichen Ausbildung, der Weiterbildung, der Fortbildung, des ärztlichen Berufsrechts und der Sozialmedizin und hier besonders mit der Gesundheitsvorsorge, zu der in den letzten 25 Jahren sehr viele Gedanken und Initiativen von Sewering ausgingen.

Die ersten Modellversuche für Vorsorgeuntersuchungen wurden von ihm mitgestaltet. So wurde die Schwangerenvorsorge aufgrund seiner Initiative zuerst in Bayern realisiert und durch die Krankenkassen finanziert. Aber auch der Jugendarbeitsschutzuntersuchung, der Kindervorsorge und der Krebsvorsorge galt sein ständiger Einsatz. Im Jahre 1967 wurde unter seiner Verantwortung und Leitung der große Modellversuch einer Diabetes-Früherfassung in München durchgeführt.

Einer qualifizierten ärztlichen Fortbildung auf allen Ebenen galt immer seine besondere Aufmerksamkeit. So hat er unter anderem in Bayern eine Schriftenreihe zur ärztlichen Fortbildung gegründet, von der bisher 53 Bände mit einer Gesamtauflage von 540000 Exemplaren erschienen sind.

Als Vorsitzender der von ihm gegründeten bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung gab er den Anstoß für den Auf- und ständigen Ausbau der Nachsorgekliniken in Oberaudorf/Bad Trissl und Oberstaufen.

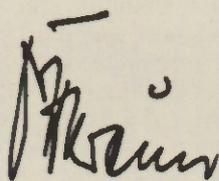
Seine besondere Sorge galt auch der Senkung der Säuglingssterblichkeit in unserem Lande. Die Durchführung der Münchener Perinatal-Studie, welche internationale Anerkennung gefunden hat, wurde von ihm maßgeblich ermöglicht. Auf seine Anregung hin haben die Bayerische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns inzwischen eine bayerische permanente Perinatal-Studie ins Leben gerufen.

Die großen Verdienste von Professor Sewering wurden öffentlich gewürdigt, so vor allem durch die Verleihung des Bayerischen Verdienstordens, des Großen Bundesverdienstkreuzes, der Bayerischen Verdienstmedaille für Soziale Verdienste, des Großen Verdienstordens der Italienischen Republik.

Hans Joachim Sewering, der an seinem 65. Geburtstag bei voller Leistungskraft auf ein 30jähriges berufspolitisches Wirken zurückblickt, hat sich also sowohl im nationalen als im internationalen Bereich um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und um die Ärzteschaft große Verdienste erworben. Sein Name ist in der Ärzteschaft der ganzen Welt ein Begriff für engagiertes Handeln des freien Arztberufes. Überall erkennt man an, was er in unermüdlicher Schaffenskraft geleistet hat. Besonders dankbar aber sind die Ärzte in Bayern, denen nicht nur sein Denken und Trachten, sondern auch sein Herz gehört.

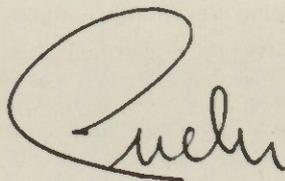
Ch. M. Wielands Spruch gilt selten für jemand so treffend wie für Hans Joachim Sewering: „Laß Dir an dem Bewußtsein genügen, Deine Pflicht getan zu haben! Andere mögen es erkennen oder nicht.“

Wir wünschen ihm noch viele gesunde Jahre des Wirkens. Sie mögen wie bisher von Erfolg gekrönt sein und ihm selbst Erfüllung bringen.



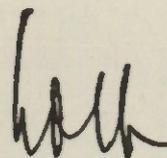
Dr. H. Braun

Vizepräsident
der Bayerischen Landesärztekammer



Dr. G. Fuchs

Vizepräsident
der Bayerischen Landesärztekammer



Dr. F. Kolb

Stellvertretender Vorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zur Frühdiagnose maligner Tumoren: Paraneoplastische Syndrome – Tumorteste

von K. Possinger, R. Hartenstein und H. Ehrhart

Aus der Medizinischen Klinik III der Universität München – Klinikum Großhadern – (Direktor: Professor Dr. med. W. Wilmanns) und der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung Neuherberg, Abteilung für Klinische Hämetologie (Vorstand: Professor Dr. med. W. Wilmanns)

(Schluß)

Seit Jahrzehnten wird der aufmerksame Leser medizinischer Fachzeitschriften mit neuen sogenannten Krebsfrühtesten konfrontiert. Besondere Aktivitäten entwickeln dabei medizinische Außenseiter, die den leisesten Zweifel am diagnostischen Nutzen solcher Analysen als typischen Konservatismus des Schulmediziners abtun.

Bei allen verständlichen Bemühungen um die Entwicklung laborchemischer Parameter zum Ausschluß von Tumorerkrankungen bleibt festzuhalten, daß die Komplexität bösartiger Erkrankungen bisher alle Bemühungen zur Entwicklung eines generellen „Krebssuchtests“ zum Scheitern verurteilt hat. Methoden wie der Trockenbluttest nach Bohlen (1950), bei dem das Muster eines erstarrten Bluttröpfens auf dem Objektträger beurteilt wird, oder der polarographische Nachweis karzinomatöser Serumveränderungen nach Waldschmidt und Leitz (1938) sind ebenso unspezifisch und damit diagnostisch unbrauchbar wie die erhöhte Sedimentationsrate der roten Blutkörperchen oder ein erhöhter LDH-Spiegel. In den pathologischen Bereich gehende Änderungen können genauso bei konsumierenden, nicht malignen Erkrankungen nachgewiesen werden.

Von sicheren „Krebssuchtests“ ist eine *hohe Spezifität* – eine äußerst geringe Rate falsch positiver Ergebnisse – und eine entsprechende *optimale Sensitivität* – eine sehr niedrige Rate falsch negativer Werte – zu fordern.

Eine andere Beurteilung verdienen neuere laborchemische Befunde mit dem Nachweis von Hormonen, Enzymen oder anderen Proteinen, die von speziellen Tumoren gebildet werden und als „Marker“ neoplastischen Wachstums einzuordnen sind. Auch hier ist festzuhalten, daß die meisten dieser Substanzen nicht tumorspezifisch sind und in der Regel auch beim Gesunden in sehr niedriger Konzentration nachweis-

bar sind: die sogenannten *onkofetalen Antigene*.

Onkofetale Antigene stellen Produkte der Genexpression während der fetalen Gewebsdifferenzierung dar. Ist die normale Gewebsdifferenzierung abgeschlossen, werden diese Gene reprimiert und bleiben für das restliche Leben unwirksam. Bei der neoplastischen Transformation der Zelle kann es dagegen zu einer Reaktivierung dieser Genome und damit zu einem Wiederauftreten embryonaler Antigene kommen.

Wichtige, klinisch bedeutungsvolle onkofetale Antigene sind: das *karzinoembryonale Antigen (CEA)*, das *Alpha-Fetoprotein (AFP)* und das *onkofetale Antigen des Pankreas (POA)*.

Karzinoembryonales Antigen (CEA)

Das karzinoembryonale Antigen wurde 1965 von Gold und Freedman erstmals beschrieben. Es handelt sich um ein Glykoprotein mit einem Molekulargewicht von 200 000 Dalton, das elektrophoretisch in der Beta-Globulin-Fraktion wandert. Immunfluoreszenz-optisch und elektronenmikroskopisch konnte es in der Bürstensaummembran von malignen Schleimhautzellen nachgewiesen werden. Während man ursprünglich annahm, daß das CEA lediglich im Verdauungstrakt des zwei bis fünf Monate alten Fetus und bei Patienten mit Kolonkarzinom vorkommt, konnte es später auch in Erythrozyten, Serum, Stuhl, Sputum, Speichel und Urin von Normalpersonen nachgewiesen werden. Als Normalbereich wird derzeit ein Serumspiegel bis 2,5 ng/ml angenommen. Spiegel über 20 ng/ml sprechen zwar für das Vorliegen eines Malignoms, doch läßt sich bisher kein eindeutiger Grenzwert, der eine Trennung von gutartigen und bösartigen Erkrankungen zuließe, aufstellen. So finden sich über die Norm erhöhte CEA-Werte auch bei Rauchern und Patienten mit Virushepatitis, alkoholischer Leberzirrho-

Wichtig*
Tabletten!



der Preisvorteil

8 Tabl.
18.06

16 Tabl.
33.00

Breitbandantibiotikum

Doxy- Tablinen®

Doxycyclin 100 mg

*Unsere galenische Weiterentwicklung des Wirkstoffes Doxycyclin zur Darreichungsform Tablette bietet alle Vorteile: **schneller Zerfall, dadurch speiseröhrenfreundlich – gut teilbar (Akne, Kinder) – sehr gute Bioverfügbarkeit – sehr preiswert –**



Indikationen: Infektionen mit Doxycyclin-empfindlichen Erregern.

Kontraindikationen: Leberfunktionsstörungen, Fotodermatosen, Allergien. Vorsicht bei Schwangeren, besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft. Vorsicht bei bestehendem Soor. Während der Knochen- und Zahntwicklung kritische Abwägung der Einnahme, da Zahnverfärbungen und Knochenentwicklungsverzögerungen auftreten können.

Mögliche Nebenwirkungen: Gastrointestinale Störungen und allergische Reaktionen sind selten.

Dosierung und Anwendungsweise: Am 1. Tag morgens und abends je 1 Tablette, anschließend ist jeden Tag 1 Tablette mit möglichst viel Flüssigkeit einzunehmen.

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

se, Cholezystitis, Ulcera duodeni et ventriculi, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Divertikulitis und Divertikulosis, Hämorrhoiden, gastrointestinales Polypen, chronischen Pankreaserkrankungen, rheumatischer Arthritis und chronischen Lungenkrankungen (Lamerz und Fateh-Moghadam, 1975). Stark erhöhte CEA-Spiegel im Serum bzw. Plasma finden sich bei Patienten mit kolorektalen Karzinomen, Ösophagus-, Magen-, Pankreas-, Leber-, Chorion- und Bronchialkarzinomen, bei Hodentumoren, Malignomen des weiblichen Genitaltraktes, Nieren-, Blasen- und Mammakarzinomen (Lamerz und Fateh-Moghadam, 1975). Die hauptsächliche Bedeutung des CEA ist in seiner Monitorfunktion zu sehen:

Komplette chirurgische Resektion oder erfolgreiche Bestrahlung bzw. Chemotherapie eines Tumors führen innerhalb weniger Wochen zu einem Abfall primär erhöhter Plasmaspiegel bis in den Normalbereich (Bivins et al., 1974; Logerfo et al., 1972). Umgekehrt werden persistierende Spiegel erhöhungen bzw. progressiv ansteigende Titer als Hinweis für ein Tumoresiduum oder als Hinweis auf fortschreitendes Tumorstadium angesehen (Mackay et al., 1974; Skarn et al., 1974). Hohe präoperative CEA-Spiegel scheinen bei Patienten mit kolorektalen Karzinomen auf ein erhöhtes Rezidivrisiko hinzuweisen (Wanebo et al., 1978). Für die Höhe der CEA-Titer gelten folgende Beziehungen: Metastasierende Tumoren zeigen in der Regel höhere Spiegel als lokal begrenzte; Lebermetastasen gehen meist mit einem abrupten Anstieg des CEA-Spiegels einher; bei anaplastischen Tumoren werden selten erhöhte CEA Werte gefunden.

Goldenberg et al. berichteten erstmals 1978 über die Möglichkeit, mit radioaktiv markierten Antikörpern gegen karzinoembryonales Antigen auf szintigraphischer Basis CEA-produzierende Tumoren und Metastasen solcher Tumoren nachzuweisen. Dieses Verfahren könnte in Zukunft eine verbesserte Diagnostik kleinster Tumoren ermöglichen.

Alpha-Fetoprotein (AFP)

Das Alpha-Fetoprotein besitzt ein Molekulargewicht um 70000 Dalton und wandert in der Serum-Eiweiß-Elektrophorese in die Alpha-1-Glo-

bulin-Fraktion. Physiologischerweise wird es in der Leber und dem Gastrointestinaltrakt des menschlichen Fetus gebildet und erreicht zwischen der 12. und 13. Schwangerschaftswoche seine maximale Plasmakonzentration, um dann wieder schrittweise abzufallen und zwischen dem sechsten und zwölften Monat post partum Werte unter 5 ng/ml zu erreichen. Burtin et al. (1973) schreiben dem AFP eine Schutzfunktion gegenüber mütterlichen Östrogenen zu. Andere Autoren konnten eine erhöhte fetale Mortalitäts- und Mißbildungsrate feststellen, wenn schwangeren Tieren Anti-AFP-Serum verabreicht wurde, und betrachten es deshalb als wesentlichen Faktor der Organogenese.

Gegenüber dem normalen AFP-Spiegel unter 5 ng/ml im Erwachsenenalter ist er bei primären Leberzellkarzinomen um mehr als das Tausendfache erhöht. Bei klinischem Verdacht auf ein primäres Leberzellkarzinom dürfen solche Spiegel erhöhungen als beweisend angesehen werden. Seltener finden sich AFP-Spiegel erhöhungen bei teratogenen Geschwülsten, noch seltener bei Pankreas-, Magen- und Lungenkarzinomen, mäßig erhöhte, passagere AFP-Spiegel erhöhungen sind auch bei nicht malignen Erkrankungen nachweisbar: bei Hepatitiden unterschiedlicher Genese, Leberzirrhose, Gallengangsentzündungen und Hämochromatose, erhöhte AFP-Spiegel finden sich ferner in der Schwangerschaft beim sogenannten „Fetal distress“-Syndrom und bei fetalen Mißbildungen (Anenzephalus, Meningomyelozele, Spine bifida), exzessiv hohe Werte sind beim intrauterinen Fruchttod nachweisbar.

Pankreatisches onkofetales Antigen (POA)

Das onkofetale Antigen des Pankreas ist ein Glykoprotein mit einem Molekulargewicht von ca. 800000 Dalton. Es wurde zunächst im fetalen und im maligne entarteten Pankreasgewebe von Erwachsenen gefunden. Weitere Untersuchungen zeigten bei Patienten mit Bronchial-, Magen-, Kolon- und Mammakarzinom erhöhte Werte. Aussagekräftige Untersuchungen bezüglich Spezifität und Sensitivität dieses onkofetalen Antigens an größeren Patientenkollektiven liegen derzeit noch nicht vor.

Mutterkornalkaloide
von Sanorania!
Bewährte, wirksame Therapie
zu minimalen Preisen!

DH-Ergotamin-
Tablinen[®]
retard



Antihypotonikum,
Venotonikum

DH-Ergotoxin-
Tablinen[®]
forte



Cerebral-
Therapeutikum

DH-Ergotamin-retard-Tablinen

1 Tablette enthält:

Dihydroergotaminmethansulfonat 2,5 mg

Indikationen:

Hypotonie, Migräne (im Wechsel mit Migrexa zur Anfallsbehandlung), venöse Insuffizienz.

50 Tabl.	100 Tabl.	250 Tabl.
22.60	38.00	90.81

DH-Ergotoxin-forte-Tablinen

1 Tablette enthält:

Je 0,67 mg Dihydroergocristinmethansulfonat, Dihydroergocorninmethansulfonat, Dihydroergokryptinmethansulfonat = 2 mg Dihydroergotoxinmethansulfonat

Indikationen:

Cerebralsuffizienz, Migräne bei hypertoner Ausgangslage (im Wechsel mit Migrexa zur Anfallsbehandlung), Schwindel, Ohrensausen, Vergeßlichkeit, Durchblutungsstörungen.

50 Tabl.	100 Tabl.	250 Tabl.
36.52	67.00	151.34

Choriongonadotropin (HCG) und karzino-plazentare alkalische Phosphatase (CPAP)

Verschiedene Proteine, die physiologischerweise von der Plazenta gebildet werden, können bei Männern und nicht graviden Frauen als Tumormarkern gewertet werden. Als wichtigste Vertreter dieser Substanzgruppe sind menschliches Choriongonadotropin (HCG) und die karzino-plazentare alkalische Phosphatase (CPAP) zu nennen. Das Choriongonadotropin ist ein Glykoprotein, das aus unterschiedlichen Alpha- und Beta-Subeinheiten zusammengesetzt ist. Die Alpha-Kette ähnelt in ihrer Struktur der des menschlichen luteinisierenden Hormons (LH). Durch empfindliche Radioimmunoassays, die mit den Beta-Subeinheiten reagieren, können allerdings beide Hormone gut voneinander getrennt werden (Vaitukaitis et al., 1972). Physiologischerweise wird das HCG im Zytotrophoblasten der Plazenta zur Funktionssteuerung des corpus luteum graviditatis synthetisiert. Eine Zytotrophoblastenvermehrung, wie sie bei Mehrlingsschwangerschaften oder auch bei einer Blasenmole auftritt, ist immer mit erhöhten HCG-Spiegeln vergesellschaftet. Korrespondierend hierzu ist der HCG-Spiegelabfall während der Schwangerschaft als Zeichen einer Plazentainsuffizienz und somit eines drohenden Abortes zu werten.

In der *Onkologie* ist die HCG-Bestimmung bei der Diagnostik und der Verlaufsbeurteilung von trophoblastischen Tumoren der Frau (Chorionkarzinom) und von teratoiden Tumoren des Mannes von erheblicher Bedeutung. So kann biochemisch bereits die HCG-Produktion von 10^6 bis 10^7 trophoblastischer Tumorzellen, die etwa ein Volumen von 1 mm^3 einnehmen, biochemisch nachgewiesen werden (Gallmeier und Brunsch, 1975). So kann die HCG-Spiegelbestimmung das Vorliegen eines trophoblastischen Tumors zu einem Zeitpunkt aufzeigen, zu dem andere klinische oder physikalische Untersuchungsmethoden keine pathologischen Befunde erbringen. Javadpour (1980) untersuchte über 300 Patienten mit malignen Hodentumoren und fand bei testikulären Chorionkarzinomen eine 100prozentige Inzidenz mit Beta-HCG, bei embryonalen Karzinomen und bei Teratokarzinomen mit embryonalem Anteil eine etwa

60prozentige Inzidenz und bei Seminomen in etwa sieben Prozent das Auftreten erhöhter Beta-HCG-Spiegel. Die gleichzeitige Bestimmung des Beta-HCG und des Alpha-Fetoproteins ermöglicht bei metastasierenden Hodentumoren, mit Ausnahme des Seminoms, eine genaue Kontrolle der Effektivität therapeutischer Maßnahmen. Tumorresiduen oder Tumorrezidive können mit hoher Zuverlässigkeit „biochemisch“ nachgewiesen werden. Andere Tumoren, wie z. B. Ovarial-, Bronchial-, Magen-, Pankreas- und Inselzellkarzinome, gehen nur in seltenen Fällen mit erhöhten Beta-HCG-Spiegeln einher. Auch hier korreliert der Titerverlauf mit dem Fortschreiten des Tumorwachstums.

Die karzino-plazentare alkalische Phosphatase (CPAP) spielt als Tumormarker eine wesentlich geringere Rolle. Es handelt sich hierbei um ein Isoenzym der alkalischen Phosphatase, das zunächst im Serum und im Tumorgewebe eines Patienten mit Bronchialkarzinom nachgewiesen wurde (Fishman et al., 1968). Haije und Mitarbeiter (1979) bestimmten die CPAP bei 1266 Patientinnen mit gynäkologischen Karzinomen: erhöhte CPAP-Spiegel wurden bei 40 Prozent der Patienten mit Ovarialkarzinom, 22 Prozent mit Zervix- und 41 Prozent mit Endometriumkarzinom nachgewiesen. Die histologische Aufarbeitung der Ovarialtumoren zeigte, daß erhöhte CPAP-Spiegel besonders bei epithelialen Tumoren auftraten. Wie das CEA und das AFP, so ist auch die CPAP primär nicht für eine Tumorsuche, sondern zur Verlaufsbeurteilung des Tumorwachstums geeignet.

Polyamine

In den letzten Jahren gewinnen verschiedene Polyamine wie z. B. Cadaverin, Putrescin, Spermidin und Spermin als Marker neoplastischen Wachstums zunehmende Bedeutung. Erhöhte Polyaminspiegel im Urin sind Ausdruck einer gesteigerten Zellproliferation und nicht nur bei malignen Tumoren, sondern z. B. auch während der Schwangerschaft, bei Psoriasis, Ploicythaemia vera und zystischer Fibrose der Lunge und des Pankreas nachweisbar. Russell konnte bereits 1971 eine enge Wechselbeziehung zwischen Polyaminspiegeln und dem Verhalten des Tumorwachstums unter Therapie nachweisen. Gleiche Ergebnisse zeigten Arbeiten von Nis-

sen et al. (1980) und Tormey et al. (1980). Die individuelle Beurteilung einzelner Polyamine scheint interessante Rückschlüsse auf die Tumorzellkinetik zuzulassen: Putrescinspiegelerhöhungen finden sich überwiegend bei vermehrtem Zellwachstum, während erhöhte Spermidinspiegel bei erhöhtem Zellverlust auftreten. Spermin scheint ebenfalls ein Parameter des Zellverlustes zu sein, vermehrtes Auftreten von Spermin deutet entweder auf langsames Tumorwachstum hin oder läßt auf einen höher differenzierten Tumor schließen. In der Praxis kann die Erhöhung von Spermidin auf einen erhöhten Zellverlust durch Zellschädigung, z. B. durch Chemotherapie, hinweisen, die gleichzeitige Sperminerhöhung Ausdruck einer erhöhten Zelldifferenzierung und eines Zellverlustes aufgrund des Zellalters sein. Tormey und Mitarbeiter (1980) konnten diese Hypothesen durch zellkinetische Untersuchungen mit H-3-Thymidin weitgehend belegen. Leider sind die derzeitigen analytischen Methoden von Polyaminen, denen eine relativ große Bedeutung bei der kinetischen Charakterisierung des Tumorwachstums und der chemotherapeutischen Effektivität zukommen könnte, aufwendig und teuer. Einfachere Bestimmungsmethoden mit Radioimmunoassays liegen noch nicht vor.

Abschließend muß nochmals betont werden, daß es derzeit keinen universalen Krebsstichtest mit genügender Spezifität und Sensitivität gibt. Erwartungen werden durch die Heterogenität maligner Tumoren limitiert.

Alle genannten Tumormarker kommen auch bei nicht-malignen Erkrankungen vor. Eine Unterscheidung von gutartigen und bösartigen Erkrankungen aufgrund der Markertiter ist nicht möglich. Ihre wirkliche Bedeutung als Parameter chirurgischer, radiologischer oder chemotherapeutischer Effektivität ist in der Zwischenzeit eindeutig erwiesen. Zukünftige Entwicklungen werden zeigen, ob sich die Anwendung radioaktiver markierter Antikörper gegen Tumormarker als Methode zur besseren Lokalisation metastasierender Tumoren bewährt.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. K. Possinger, Privatdozent
Dr. med. R. Hartenstein und Professor
Dr. med. H. Ehrhart, Marchioninstraße 15,
8000 München 70



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

Über die vielen Aspekte bei der Baufinanzierung Bescheid zu wissen, zählt sich aus. Kommen Sie deshalb zum DÄV-Treff der Deutschen Ärzteversicherung am 25.3. Treffpunkt ist München, Penta-Hotel im Motorama, Hochstraße, 18.30 Uhr.

Für diesen Abend haben wir drei Experten gewonnen: Direktor Peter Stumpf - Bayerische Hypotheken- und Wechselbank, Dr. jur. Schmitt-Walter - Rechtsanwalt und einen namhaften Steuerexperten. Auf diesem DÄV-Treff möchten wir Ihnen Gelegenheit geben, das Thema Baufinanzierung mit Ihren Kollegen und den Experten ausgiebig zu diskutieren - auch die Vorteile und Risiken von Bauherren-Modellen.

Der beste Weg, recht schnell einen aktuellen, objektiven Überblick zu bekommen und weitreichende Entscheidungen zu treffen.

Darum werden wir diesen neuartigen Informations-Service fortführen. Mit anderen DÄV-Treffs. Um Ihnen so die Möglichkeit zu geben, sich umfassend und neutral über alle Bereiche im privaten Vorsorgeplan zu informieren. Wir werden Sie weiter unterrichten.

DÄV-Treff am 25.3. München

Die richtige Baufinanzierung. Vorteile! Kosten?

Diskutieren Sie mit Kollegen und den Experten Direktor P. Stumpf und Dr. jur. Schmitt-Walter über die optimale Baufinanzierung. Die Deutsche Ärzteversicherung lädt Sie ein.

25.3.

Name: _____

Anschrift: _____

Anmelde-Coupon

Coupon bitte schnell einsenden (begrenzte Teilnehmerzahl, Bestätigung nach Eingang). Ausschneiden und senden an: Deutsche Ärzteversicherung, Filialdirektion München, Schwanthalerstr. 69, 8000 München 1.

Ich möchte am DÄV-Treff in München teilnehmen und melde mich hiermit an.

Ich kann an diesem DÄV-Treff nicht teilnehmen, bitte aber um aktuelle Informationen zum Thema Baufinanzierung.


Deutsche Ärzteversicherung
Zweigniederlassung der Colonia Lebensversicherung AG
kompetenter Partner. In allen Fragen finanzieller Sicherheit.

Klinische Bedeutung der Organtransplantation, speziell der Nierentransplantation

64. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. R. Pichlmayr,
Hannover:

Einführung — heutiger Stand der Organtransplantation

Es ist wohl eines der ältesten Ziele der Menschheit, ein erkranktes Organ durch ein gesundes zu ersetzen. Prothesen im weitesten Sinne des Wortes, also künstlicher Organersatz, ist die eine Richtung, Übertragung eines menschlichen oder tierischen Organs die andere. Der Phantasie der hierdurch gegebenen Möglichkeiten wurde zu allen Zeiten und wird auch heute noch breiter Raum gegeben. Während es zu Beginn unseres Jahrhunderts einzelne, manchmal wohl sehr kühne Versuche waren, stellt für manche Bereiche die Organtransplantation zumindest seit dem jetzt zu Ende gehenden siebten Dezennium dieses Jahrhunderts eine klinische Behandlungsmethode dar. Dies ist wissenschaftlich wie medizinisch praktisch ein Ereignis epochaler Natur: wissenschaftlich ist — trotz noch vieler offener Probleme — die Überwindung der immunologischen Individualitätsbarriere zumindest teilweise gelungen; medizinisch praktisch hat sich ein Gebiet neuer Behandlungsmöglichkeiten eröffnet. Dies geht weit über die Nierentransplantation hinaus, die wohl erst einen Anfang in dieser Richtung darstellt und in ihrem Umfang noch kaum absehbar ist.

Durch die Nierentransplantation und den Einsatz der Dialyse ist es möglich geworden, viele bislang tödlich erkrankte Patienten einer erfolgreichen Behandlung zuzuführen. Die Dialyse ist zur Zeit immer noch der entscheidende Teil der Behandlung. Doch die Dialyse allein ist nicht befriedigend, so daß die Nierentransplantation das große Ziel für die meisten Dialysepatienten darstellt. Es ist jetzt gerade ein viertel Jahrhundert her, daß die erste erfolgreiche Nierentransplantation in Boston durch Merrill Murrey und Mitarbeiter zwischen eineligen Zwillingen gelang.

Aus den folgenden Referaten zum Thema Nierentransplantation wird ersichtlich sein, was diese 25 Jahre für die Patienten mit Niereninsuffizienz gebracht haben und welche Aufgaben noch vor uns liegen.

Die Nierentransplantation ist ein zur Zeit besonders im Vordergrund stehendes Gebiet der Transplantation, jedoch zweifellos nicht das einzige und nicht einmal das mit der zahlenmäßig größten Anwendung. Der unterschiedliche Erfolg bei der Vielzahl von Organtransplantationen hängt ganz wesentlich von den verschiedenen immunologischen Voraussetzungen der einzelnen Organtransplantationen ab: solche ohne oder mit nur geringer Beteiligung des Immunsystems, wie etwa die Hornhauttransplantation, verlaufen meist störungsfrei, andere mit komplizierter Auswirkung auf das Immunsystem, wie etwa die Knochenmarktransplantation, gelingen nur in Einzelfällen und unter bestimmten Voraussetzungen. Während die operativen Probleme weitgehend gelöst sind, hängt der weitere wissenschaftliche Fortschritt weitgehend von einer befriedigenden immunologischen Lösung des Organtransplantationsproblems ab.

Die Hornhaut- und Gehörknöchelchentransplantation läuft im wesentlichen ohne Implikation des Immunsystems des Empfängers ab, weil die zu transplantierenden Organe bzw. deren Umgebung nahezu gefäßfrei sind. Mehr als 1000 Transplantationen pro Jahr verhindern in Deutschland Blindheit und Taubheit in vielen Fällen. Vermutlich kommt dieser Gruppe der immunologisch nicht sehr problematischen Transplantation zunehmend auch die Übertragung von Knorpelsubstanzen nach schweren Gelenkverletzungen oder Gelenkerkrankungen zu.

Die Herztransplantation ist nach der Nierentransplantation derzeit die zweithäufigste Organtransplantation im engeren Sinne. Nach einer Phase großen Enthusiasmus folgte Enttäu-

schung und Resignation über schlechte Ergebnisse und Überlegungen über die Rechtfertigung zu dieser Maßnahme zur jetzigen Zeit. Die Antwort hierauf ist aber sicher durch überraschend gute Ergebnisse einer oder einiger weniger Transplantationsgruppen in den USA gegeben: Ein-Jahresüberlebensquoten von 70 bis 80 Prozent und Fünf-Jahresüberlebensquoten von etwa 60 Prozent übertreffen sogar die der klinischen Nierentransplantation. Daß trotz dieser guten Aussicht die Herztransplantation zur Zeit in Deutschland nicht intensiv vorangetrieben und klinisch kaum oder nicht praktiziert wird, liegt vor allem daran, daß herzchirurgische Zentren eine weit größere Aufgabe heute in der Behandlung Herzkranker durch konventionell chirurgische Methoden, nämlich Klappenersatz und Koronar-chirurgie sehen.

Alle Lungentransplantationen sind bisher enttäuschend verlaufen mit nur wenigen Monaten Überlebenszeit, wobei die Schwierigkeiten wohl in der Summation immunologischer, hämodynamischer und infektiöser Komplikationen liegen.

Die Lebertransplantation darf zumindest etwas erfolgreicher bewertet werden. Unter etwa 400 weltweit durchgeführten Transplantationen gelang es, mehreren Patienten ein Leben über Jahre zu ermöglichen. Die besondere Problematik der Lebertransplantation ist der hohe technische Schwierigkeitsgrad einerseits und das Fehlen einer technischen Organsubstitution entsprechend der Hämodialyse bei Niereninsuffizienz andererseits. Organversagen bedeutet somit Tod des Empfängers.

Bei der Pankreastransplantation scheint sich jetzt langsam eine erfolgreiche Phase anzubahnen. Das derzeitige Indikationsgebiet beschränkt sich aber ausschließlich auf Patienten mit gleichzeitiger Nierentransplantation, d. h. auf Patienten mit Kimmelstiel-Wilson-Syndrom, bei denen der juvenile Diabetes zum terminalen Nierenversagen geführt hat.

Andere Organtransplantationen, insbesondere des Dünndarms, waren bisher nicht erfolgreich. Die Ursachen liegen wohl wiederum in immunologischen Besonderheiten und einer speziellen Empfindlichkeit etwa der Dünndarmschleimhaut gegenüber Abstoßungsreaktionen.

Professor Dr. U. Gessler, Nürnberg:

Indikation zur Nierentransplantation

Von Jahr zu Jahr steigt die Zahl der chronisch Nierenkranken, welche der Dialysebehandlung bedürfen. In Europa sind es zur Zeit schätzungsweise 40 000. Mehr als die Hälfte von ihnen kommt für eine Nierentransplantation in Betracht. Ohne die Hämodialyse schlecht machen zu wollen, bedeutet eine erfolgreiche Transplantation für den Patienten jedoch der Beginn eines neuen Lebens. Nach der Nierenübertragung kann der Patient wieder sein früheres Leben aufnehmen, d. h., es ist zur Beendigung eines chronischen Leidens gekommen. Bringt die Transplantation keinen Dauererfolg, so steht die Dialyse wieder zur Verfügung. In diesem Falle ist die Erholung des Patienten während der begrenzten Zeit der Funktionsfähigkeit des Transplantates nicht gering einzuschätzen.

Die Nierentransplantation hat auch eine ökonomische Seite. 40 000 Hämodialysepatienten in Europa erfordern pro Jahr den Einsatz von ca. DM 3 bis 3,5 Mrd. Der erfolgreich transplantierte spart seiner Krankenkasse im ersten Jahr ca. DM 50 000 und in jedem weiteren Jahr ca. DM 90 000. Vor allem in Deutschland zeigt sich eine zunehmende Öffnung der Schere zwischen Transplantationsanmeldungen und durchgeführten Transplantationen.

Bei der Transplantation spielt das Alter des Empfängers eine Rolle. Während das Durchschnittsalter der Patienten in der Zentrumsdialyse, aber auch bei der Heimdialyse von Jahr zu Jahr steigt, bleibt das Durchschnittsalter bei den Transplantierten annähernd konstant, da eine Transplantation so früh wie möglich angestrebt wird. Bei 50- bis 55jährigen Patienten befindet man sich zur Zeit in dem Grenzbereich für eine Transplantation.

In den letzten Jahren haben sich die immunologischen Voraussetzungen für eine Nierentransplantation gebessert. Zum einen machte man die Erfahrung, daß nach vorangegangenen Bluttransfusionen die Ergebnisse der Nierentransplantation deutlich besser sind, und zum anderen wurde festgestellt, daß die Untersuchung der DR-Gruppen im HLA-System für die erfolgreiche Nierentransplantation von großer Bedeutung sind.

Nicht nur die Unabhängigkeit von einer maschinellen Behandlung macht die Transplantation so notwendig, sondern vor allem auch die Komplikationen bei langjähriger Hämodialysebehandlung, die wir erst in den letzten Jahren besser kennengelernt haben. Anlaß zu einer baldigen Transplantation können mehrere Komplikationen sein, wie z. B. urämische Osteopathie, Herzinsuffizienz bei Druckbelastung durch Hypertonie, Herzinsuffizienz bei Volumenbelastung durch den Shunt und zu reichliche Flüssigkeitszufuhr, gehäufte Kaliumintoxikation, Shuntprobleme, und in den letzten Jahren hat sich gezeigt, daß es im Laufe der Jahre zu einem zerebralen Abbau kommt, bei dem es sich offenbar um eine Hirnatrophie handelt.

Für bedrohliche Problemfälle gibt es bei Eurotransplant in Leyden eine sogenannte „High urgency-Liste“, wodurch diese Patienten bevorzugt mit einem Transplantat versorgt werden. Die Nierentransplantation hat heute weit bessere Ergebnisse als etwa die Tumorchirurgie bei den meisten Tumoren. Im Falle eines Mißerfolges haben wir die Möglichkeit, wieder zur Hämodialyse zurückzukehren. Eine wiederholte Transplantation ist möglich, wodurch man heute die Indikation zur Transplantation weiter stellen kann. Die Nierentransplantate, vor allem in Deutschland, sind zur Zeit das dringendste Problem. Es ist zu hoffen, daß die jetzt zahlreichen Initiativen bald zu einem durchschlagenden Erfolg führen.

Professor Dr. F. W. Eigler, Essen:

Die Nierentransplantation: Durchführung und Ergebnis

Nicht jedem Patienten, den man transplantiert, kann man versprechen, daß eine Dauerfunktion der Niere zu erwarten ist. Günstigste Voraussetzungen bietet die Transplantation bei eineiigen Zwillingen, aber auch bei Verwandten — beide Arten sind jedoch verständlicherweise sehr selten. Die Regel ist bei uns die Übertragung von Leichennieren. Die Transplantation selbst besteht aus einem gefäßchirurgischen Akt, wobei die Nierenarterie in die Iliaca externa oder communis und die Nierenvene in die Vena iliaca communis eingepflanzt wird. Außerdem muß noch der Ureter in die

Harnblase implantiert werden. Die operativen Probleme können als weitgehend gelöst angesehen werden. Trotzdem gibt es auch hier Komplikationen, wie Thrombosen und Blutungen, die in größeren Sammelstatistiken etwa ein Prozent ausmachen. Auch venöse Thrombosen und Stenosierungen sind möglich, und insgesamt gibt es in Weltstatistiken immerhin zehn Prozent chirurgische Komplikationen, die auch im Bereich der Ureterimplantation auftreten können. Ein wesentlich größeres Problem ist die Immunsuppression. Ein besonderes Problem stellen die Bluttransfusionen vor einer Transplantation dar — noch vor Jahren meinte man, daß diese Transfusionen geradezu eine Kontraindikation gegen eine Transplantation darstellen, jetzt hat sich jedoch herausgestellt, daß vorhergehende Transfusionen eher günstiger sind, aber auch heute weiß man noch nicht, in welcher Form und in welcher Zahl diese Transfusionen am günstigsten sind. Es scheint so zu sein, daß die Prognose um so günstiger ist, je mehr Transfusionen vorausgegangen sind. Glücklicherweise hat sich die Überlebensrate nach den Transplantationen in den letzten Jahren deutlich verbessert, was nicht zuletzt auf die etwas zurückhaltendere Immunsuppression zurückzuführen ist. Die Rehabilitationsergebnisse sind bei Heimdialyse und Leichentransplantation etwa gleich, bei Lebendtransplantationen aber deutlich besser, gemessen an der anschließenden Arbeitsfähigkeit. Dabei bleibt die deutlich bessere psychische Rehabilitation bei allen Transplantierten unberücksichtigt. Eine besondere Zielgruppe für Transplantationen sind die Kinder, weil die Dialyse sowohl für das Kind als auch für die Familie und insbesondere für die Mutter eine starke Belastung darstellt.

Professor Dr. J. Eigler, München:

Behandlung nierentransplantierten Patienten, auch in der Sicht hausärztlicher Betreuung

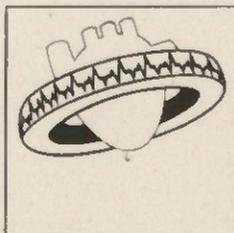
Für die Besprechung therapeutischer Aspekte nach Nierentransplantationen erscheint es zweckmäßig, die Zeit nach der Operation in vier große Abschnitte zu gliedern. Der erste Abschnitt umfaßt die ersten Wochen nach der Transplantation, also etwa die Zeit, die der Patient in der Klinik

verbringt. Es folgt eine Phase, in der der Patient noch ambulant sehr engmaschig kontrolliert wird. Eine gewisse Stabilisierungsphase ist nach einem halben Jahr zu erwarten. Dann können die Kontrollen, je nach Fall, alle ein bis zwei Wochen durchgeführt und die Medikamente auf eine Erhaltungsdosis eingestellt werden. Diese etwas schematische Einteilung soll deutlich machen, daß man besonders nach der Nierentransplantation zwischen Früh- und Spätkomplikationen unterscheiden muß.

Das spezielle Therapieproblem nach der Transplantation besteht natürlich darin, die immunologisch induzierte Abstoßungsreaktion des Transplantates durch den Empfänger zu unterdrücken. Alle heute benutzten Immunsuppressiva wirken völlig unspezifisch. Als Basistherapie gelten noch wie vor die Glucocorticoide, das Azathioprim und in Ausnahmefällen kommt das Cyclophosphamid (Endoxan®) in Frage. In der Beurteilung des Antilymphozytenglobulins besteht derzeit Einigkeit, daß es in seiner Wirksamkeit hinter dem aus dem Tierversuch abgeleiteten Ergebnis zurückbleibt. Dazu kommt, daß es mit Abstand das teuerste Medikament unter den angeführten ist. Die antisuppressive Basistherapie folgt bei unkomplizierten Fällen einem Schema mit 1 bis 2 mg/kg Körpergewicht und Tag Azathioprim, wobei allerdings die Dosis nach den täglich zu kontrollierenden Leuko- und Thrombozytenzahlen zu richten ist. Dabei ist es wichtig, daß schon dann die Dosis reduziert werden muß, wenn sich ein Abwärtstrend der Leuko- oder Thrombozytenzahl bemerkbar macht, und nicht erst, wenn ein kritischer Wert von 4000 Leukozyten pro mm³ unterschritten wird. Bei weiter bestehender Niereninsuffizienz muß die Dosis entsprechend reduziert werden. Die Reduzierung der Prednisonosis von täglich zunächst 100 mg muß stufenweise erfolgen und erreicht im Idealfall nach neun Monaten die Erhaltungsdosis von 10 mg/Tag.

Die hyperakute Abstoßungskrise ist bis heute keiner Therapie zugänglich. Sie tritt meist bereits einige Stunden nach Transplantationen auf; eine Entfernung des Transplantates ist dann meist unumgänglich. Bei der chronisch progredienten Abstoßungsreaktion kann man durch vorübergehende Erhöhung der Im-

rytmonorm®



Zusammensetzung: 1 Filmtablette Rytmonorm® 150 mg enthält 150 mg Propafenonhydrochlorid. 1 Filmtablette Rytmonorm® 300 mg enthält 300 mg Propafenonhydrochlorid. 20 ml enthalten 70 mg Propafenonhydrochlorid. Die Lösung ist durch Zusatz von 0,9684 g Glucose blutisotonisch. **Anwendungsgebiete:** Alle Formen von ventrikulären und supraventrikulären Extrasystolen, ventrikulären und supraventrikulären

Tachykardien und Tachyarrhythmien, auch bei WPW-Syndrom. **Gegenanzeigen:** Manifeste Herzinsuffizienz, Kardiogener Schock (außer arrhythmiebedingt), Schwere Bradykardie, Präexistente höhergradige einatriale, atrioventrikuläre und intraventrikuläre Störungen der Erregungsleitung, Sinusknoten-Syndrom (Bradykardie-Tachykardie-Syndrom), Manifeste Störungen des Elektrolythaushaltes, Schwere obstruktive Lungenerkrankungen, Ausgeprägte Hypotonie. In den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft und während der Stillzeit ist die Verordnung von Rytmonorm® kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich, insbesondere bei höherer Anfangsdosierung, können Magen-Darm-Störungen, u.a. Appetitlosigkeit, Völlegefühl, Brechreiz, auch ein bitterer Geschmack, vereinzelt unscharfes Sehen und Schwindel auftreten. Bei älteren Patienten kann es gelegentlich zu orthostatischen Kreislaufregulationsstörungen kommen. Diese Erscheinungen sind nach Minderung der Dosis oder Absetzen des Arzneimittels voll rückbildungsfähig. In äußerst seltenen Fällen können bei prädisponierten Patienten Störungen der Leberfunktion als Zeichen einer Überempfindlichkeitsreaktion (von hyperergisch-allergischem Typ) unabhängig von der Dosis auftreten. In diesem Fall ist das Arzneimittel sofort abzusetzen. Diese Nebenwirkung ist voll reversibel. In seltenen Fällen können Bradykardien, SA- oder AV-Blockierungen auftreten (Antidot: Atropin oder Orciprenalin); bei stark vorgeschädigtem Myokard (wie teilweise bei akutem Infarkt, Myokarditis u.a.) kann es zu einer unerwünscht starken Beeinträchtigung der Erregungsleitung im His-Purkinje-System (Gegenmaßnahme: Elektrotherapie) und der Myokardkontraktilität kommen. Ebenso wie bei anderen Antiarrhythmika kann bei Anwendung hoher Dosen das Auftreten von Kammerflattern oder von Kammerflimmern bzw. -flimmern nicht ausgeschlossen werden. Bei einigen Tierapexies ist gelegentlich nach 3- bis 4wöchiger ausschließlich intravenöser Gabe von Rytmonorm® eine Störung der Spermienogenese beobachtet worden. Bis zur weiteren Abklärung sollten männliche Patienten vorerst nicht länger als 1 Woche intravenös mit Rytmonorm® behandelt werden. Bei oraler Langzeitgabe wurden bei keiner der untersuchten Tierapexies derartige Veränderungen gesehen.

Dosierung und Anwendungsweise: Filmtabletten: Die Ermittlung der individuellen Erhaltungsdosis sollte unter kardiologischer Überwachung mit EKG-Kontrolle (1. oder 2. Behandlungstag und Ende der Einstellungsphase) erfolgen. Bei Verlängerungen der ORS-Dauer über 20% oder Veränderungen der frequenzabhängigen QT-Zeit soll die Dosis reduziert oder bis zur Normalisierung des EKG abgesetzt werden. Für die Einstellungsphase und die Erhaltungstherapie hat sich eine Tagesdosis von 450 bis 600 mg (1 Filmtablette Rytmonorm® 150 mg 3mal täglich bis 1 Filmtablette Rytmonorm® 300 mg 2mal täglich) bewährt. Gelegentlich ist eine Steigerung der Tagesdosis auf 900 mg erforderlich (1 Filmtablette Rytmonorm® 300 mg 3mal täglich). Diese Tagesdosis sollte nur in Ausnahmefällen und unter strenger kardiologischer Kontrolle überschritten werden. Diese Angaben gelten für Patienten mit einem Körpergewicht um 70 kg. Wie andere Antiarrhythmika soll auch Rytmonorm® bei Patienten in höherem Lebensalter oder mit stark vorgeschädigtem Myokard in der Einstellungsphase besonders vorsichtig - einschleichend - dosiert werden. Die Filmtabletten sollen wegen des bitteren Geschmacks und der oberflächenanästhesierenden Wirkung des Wirkstoffes ungelutscht und unzerkaut mit etwas Flüssigkeit nach dem Essen eingenommen werden. Ampullen: Als wirksame und verträgliche Einzeldosis hat sich die i.v. Gabe von 1 mg/kg Körpergewicht erwiesen (entspricht 20 ml bei einem mittleren Körpergewicht von 70 kg). Oft kann die erwünschte therapeutische Wirksamkeit bereits mit 0,5 mg/kg Körpergewicht (= 10 ml) erzielt werden. Die Behandlung ist bei aufmerkamer Beobachtung des Patienten unter EKG- und Blutdruckkontrolle mit möglichst niedrigen Dosen zu beginnen. Die i.v. Injektion soll langsam innerhalb 3-5 Minuten erfolgen. Falls erforderlich, kann die Einzeldosis auf 2 mg/kg Körpergewicht (= 40 ml) erhöht werden. Der Abstand zwischen 2 Injektionen soll etwa 90 bis 120 Minuten betragen. Treten Verlängerungen der ORS-Dauer über 20% oder Veränderungen der frequenzabhängigen QT-Zeit auf, ist die Injektion sofort zu unterbrechen. Wirkungseintritt: während bzw. kurz nach Ende der Injektion. Wirkungmaximum: wenige Minuten nach der Injektion. Wirkundauer: bis zu 4 Stunden. Als Kurzinfusion (1 bis 3 Stunden) wird Rytmonorm® in einer Dosierung von 0,5-1 mg/min in Glucose- oder Lävulose-Lösung verabreicht. Bei Langzeitinfusion ist im allgemeinen eine Tagesdosis von 560 mg (= 160 ml) ausreichend. Eine Mischung mit physiologischer Natriumchloridlösung sollte unterbleiben, da temperatur- und konzentrationsabhängige Ausfällungen auftreten. Bei der Dauerinfusion ist eine sorgfältige EKG- und Kreislaufkontrolle erforderlich. **Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln:** Bei gleichzeitiger Anwendung von Lokalanästhetika (z.B. bei Schrittmacherimplantation, chirurgischen oder zahnärztlichen Maßnahmen) sowie Antiarrhythmika mit gleichen Hauptangriffspunkten muß mit einer Wirkungsverstärkung gerechnet werden. **Zur besonderen Beachtung!** Bei eingeschränkter Leber- bzw. Nierenfunktion können therapeutische Dosen zur Kumulation führen. Unter EKG-Kontrolle können jedoch auch solche Fälle gut mit Rytmonorm® eingestellt werden. **Handelsformen:** Rytmonorm® 150 mg, 50 Filmtabletten DM 41,46, 100 Filmtabletten DM 70,47. Rytmonorm® 300 mg, 50 Filmtabletten DM 70,47, 100 Filmtabletten DM 120,38. Originalpackung mit 5 Ampullen Rytmonorm® DM 27,58.



knoll

dessen Leben zu retten oder auch nur dessen gefährlichen Gesundheitszustand zu bessern, so handelt der Operateur rechtmäßig, weil er von den kollidierenden Rechtsgütern – Leben und Gesundheit einerseits, postmortales Persönlichkeitsrecht andererseits – das wesentlich überwiegende Interesse nach dem Prinzip bevorzugte: Der Lebende hat recht im Sinne des rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 StGB.

Professor Dr. F. Böckle, Bonn:

Moreltheologische Aspekte der Transplantationschirurgie

Die Transplantationschirurgie hat viele erfreuliche Möglichkeiten lebensrettender Maßnahmen erschlossen. Geblieben sind die Schwierigkeit der Beschaffung von Transplantaten und die Notwendigkeit der Hilfsbereitschaft über den eigenen Tod hinaus. Niemand verkennet, daß durch die unwälzenden Fortschritte der Medizin nicht nur die Todesgrenze verschoben, sondern der Tod selbst schwerer definierbar geworden ist. Des schafft neue ethische wie rechtliche Probleme.

Dem freien Bestimmungsrecht über den Leichnam wird gegenüber dem Recht auf lebensrettende Hilfe im geltenden Recht eine zu hohe Priorität zugewilligt. Die Explantation eines lebensrettenden Organs aus einem ohnehin zur Verwesung bestimmten Leichnam erscheint damit in der Regel als unerlaubt. Die Hilfsmöglichkeit bleibt auf eine streng personenbezogene Situation eingengt. Sie ist entweder ganz von der Verfügung des Verstorbenen oder von der freien Zustimmung von den Angehörigen ebhängig. Sonst bleibt sie grundsätzlich unerlaubt und eben nur durch einen Notstand zu rechtfertigen. Solange diese Rechtslage gilt, wird eine gewisse Zurückhaltung – gerade auch in Ärztekreisen – kaum zu überwinden sein.

Der mit dem Recht verbundene Zwang legt dem Recht Selbstbeschränkung auf. Man kann jemanden nur für einen festgelegten Tatbestand zur Rechenschaft ziehen. Eine solche Festlegung der Tatbestände ist jedoch beim ständig schnellen Fortschritt diagnostischer wie therapeutischer Möglichkeiten gerade im Medizinalrecht schwierig.

Es ist allenfalls möglich, zu sagen, was rechtlich sicher nicht erlaubt ist. Eine positive Vorschrift über das in konkreter Situation geforderte Handeln ist oft nicht möglich. Pflicht und Verantwortung für den Patienten gehen daher erheblich weiter, als dies durch gesetzliche Vorschriften festgelegt werden kann. Hier hat die Ethik in entscheidender Weise das Recht zu ergänzen und zu vertiefen. Ihr fehlt die Macht des Gesetzes. Sie baut auf das Gewissen und das Verantwortungsbewußtsein des Menschen. Diese Bindung an das Gewissen besagt keine willkürliche Selbstbestimmung; sie verlangt vielmehr, daß der einzelne in die Rechenschaft vor sich selbst die Folgen einbezieht, die seine eigene Entscheidung für andere mit sich bringt. Niemand kann dem Arzt diese Entscheidung abnehmen. Man darf sich aber auch nicht aus der Sorge, rechtlich zur Verantwortung gezogen zu werden, vor einer von der Sache her geforderten Entscheidung drücken. Die Frage der Verantwortungsethik nach dem sittlich richtigen Handeln ist letztlich immer eine Frege nach der in einer bestimmten Konstellation richtigen Abwägung konkurrierender Güter und Werte. Dazu ist freilich ein Grundkonsens über die fundamentalen Güter und Werte unerläßlich. Er muß durch eine entsprechende Sachverhalts- und Sinnforschung erhärtet werden. Letztlich ist er fundiert in einem bestimmten Menschenbild.

Unter der Voraussetzung dieser prinzipiellen Überlegung zur ethischen Fragestellung sind nun im Bereich der Transplantationschirurgie drei Probleme zu besprechen.

1. Das Risiko beim Empfänger:

Beim Empfänger stellt sich vor allem die Frege nach dem zu verantwortenden Risiko. Wie ist die Prognose, ein bestimmter Krenker habe ohne Transplantation nur noch eine geringe und vor allem sehr kurze Überlebenschance, so zu sichern, daß sie eine genügend objektive Handlungsgrundlage ergibt. Die ethische Frage ist sachlich eine Frage nach der rechten Proportion der Risiken und wird, je nach Organ und fortschreitender Entwicklung, nur individuell zu beantworten sein.

2. Der sichere Tod des Spenders

Beim Spender steht die Feststellbarkeit des Todes im Vordergrund

MAGNESIOCARD

zur
gezielten Behandlung
von Risikofaktoren
bei coronaren
Gefäßkrankheiten
und
Infarktgefährdung



Therapeutisches
Prinzip:

Streßabschirmung
Calcium-Antagonismus
Lipidsenkung



Zusammensetzung

1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i. m. zu 5 ml	
enthalten:	
mono-Magnesium-L-aspartat- hydrochlorid-trihydrat	614,8 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (60,78 mg)	
5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:	
mono-Magnesium-L-aspartat- hydrochlorid-trihydrat	1229,6 mg
Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg)	
1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:	
mono-Magnesium-L-aspartat- hydrochlorid-trihydrat	737,6 mg
Magnesium-Gehalt: 6 mval (72,94 mg)	

Anwendungsgebiete

Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Herzkrankheiten. Bei Magnesium-Mangelzuständen, z. B. infolge Fastenkuren, Hypercholesterinaemie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe.

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie.

MAGNESIOCARD® Ampullen i. m. und i. v. sollen nicht angewandt werden bei AV-Block, Myasthenia gravis. Die Injektion von MAGNESIOCARD® bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

Nebenwirkungen

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Handelsformen und Preise

Kapseln			
50 Kapseln	DM 19,55	100 Kapseln	DM 35,20
Lackierte Tabletten			
50 Tabletten	DM 19,20	100 Tabletten	DM 34,40
Granulat zum Trinken			
20 Beutel	DM 13,35	50 Beutel	DM 29,75
Ampullen			
2 Ampullen i. m.	DM 3,85	5 Amp. i. m.	DM 8,60
3 Ampullen i. v.	DM 6,85	10 Amp. i. v.	DM 20,45

Verla-Pharm
Tutzing/Obb.

der ethischen Problematik. Biologie, Rechtswissenschaft, Philosophie und Theologie sehen den Tod jeweils unter einem anderen Aspekt. In theologischer Sicht ist der Tod ein wesentliches Vorkommnis des ganzen Menschen als einer geistigen Person. Der Tod ist als solcher nicht unmittelbar empirisch zu greifen, was natürlich nicht ausschließt, daß es sich um ein höchst reales Geschehen handelt. Im empirisch erfahrbaren Bereich des Sterbens können wir aber nach einem Zeichen suchen, das uns Rückschlüsse auf das personale Ereignis des Todes und damit auf das Ende der irdischen Existenz dieser konkreten Person erlaubt. Nach dem Stand des heutigen Wissens kann man mit voller Berechtigung den Gehirntod als ein solches Realsymbol für das Ende des personalen Lebens ansehen. Organe können ihren Träger überleben; sie sind aber nicht der Mensch selbst. Was des Menschen Identität als Individuum garantiert, was bewirkt, daß er er selbst und kein anderer ist und wird, dieses alles ist somatisch an das Gehirn gebunden. Auch das vollständige und definitive (irreversible) Erlöschen der Funktion des Hirnstamms darf man als „terminus ad quem“ personalen Lebens betrachten. Wo deshalb der Gehirntod mit der nötigen methodologischen Sicherheit feststeht, heben wir es für das praktische Handeln mit einem Toten zu tun.

3. Grundlagen einer rechtlichen Regelung

Eine rechtliche Regelung sollte nicht einseitig von der Entscheidungsfreiheit des Menschen — über seinen Tod hinaus wirksame Verfügungen treffen können — ausgehen; es muß mindestens ebenso sehr das Recht des Kranken auf eine lebensrettende Therapie mitbedeckt werden. Es wäre gewiß ideal, wenn jeder Lebende in dem Bewußtsein, daß er selbst ein potentieller Empfänger sein kann, zur Organspende bereit wäre. Da dies leider noch bei weitem nicht der Fall ist und bei einlängermaßen realistischer Einschätzung auch nie der Fall sein wird, muß die rechtliche Regelung für einen gerechten Ausgleich der verschiedenen Ansprüche sorgen.

Referent:

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

Arzt und Kranker — Rechte und Verantwortlichkeit*

von Paul Sporken

In letzter Zeit wird immer intensiver über die Rechte des Menschen in verschiedenen Lebensbereichen diskutiert. Wir alle sind sehr empfindlich geworden, wenn es sich um vermeintliche oder wirkliche Verletzungen bestimmter Rechte handelt. Dieser Trend macht sich auch im Bereich der Gesundheitsversorgung bemerkbar, besonders in den Diskussionen über die Rechte des Kranken gegenüber Ärzten und anderen in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen.

Der Ruf nach gesetzlichen Maßnahmen und Erklärungen über menschliche bzw. gesellschaftliche Werte und Rechte wird immer dann laut, wenn diese Rechte bedroht werden oder nicht genau definiert sind.

So wurde z. B. die „Erklärung über die Menschenrechte“ nach dem zweiten Weltkrieg von den Vereinten Nationen abgegeben, eben weil diese fundamentalen Rechte während des letzten Krieges in erschreckender Weise verletzt worden waren. Als Ergänzung zu den früher abgelegten Deklarationen über die Menschenrechte wurde 1971 die „Erklärung der Rechte geistig Behinderter“ angenommen.

Veranlaßt wurde diese Resolution nicht so sehr, weil etwa die Rechte geistig Behinderter direkt verletzt wurden, sondern vielmehr deshalb, weil die Realisierung dieser Rechte bedroht war.

Ähnlich scheint mir der Fall bei der Empfehlung und der Resolution zu den „Rechten des Kranken“, die am 29. Januar 1976 vom Europarat in Straßburg angenommen wurden, zu liegen. Eindringlich wird auf die Gefahr hingewiesen, daß die Rechte und die Integrität des Kranken durch die Fortschritte der Medizin bedroht und sogar verletzt werden können.

Betont werden nicht nur das Recht auf Schmerzlinderung, auf Information, auf freie Entscheidung über eine Behandlung, sondern auch das Recht auf menschenwürdige Behandlung.

In diesem Vortrag wird auf die Rechte des Kranken etwas näher eingegangen. Dabei handelt es sich nicht um „Rechte“ im juristischen Sinn, sondern um die ethische Bedeutung dieses Begriffes.

Unter „Recht“ im ethischen Sinn versteht man den moralischen Anspruch auf Selbstbestimmung und auf eine bestimmte Haltung bzw. ein bestimmtes Verhalten eines anderen.

Die ethische und die juristische Bedeutung des Begriffes „Recht“ können eng miteinander verbunden sein. So werden manchmal moralische Ansprüche rechtlich festgelegt und sanktioniert. Das Recht reguliert primär das Handeln des Menschen, soweit es gesellschaftliches Handeln ist. Die Ethik bezieht sich primär auf den humanen Charakter des menschlichen Handelns und auf die innere Haltung, aus der heraus der Mensch handelt.

Dazu noch eine wichtige Anmerkung: Der Versuch, die Rechte des Kranken im ethischen wie im juristischen Sinne herauszuarbeiten, ist nur dann sinnvoll, wenn das im Rahmen der Rechte und Pflichten oder in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen geschieht.

Kerngedanken aus der medizinischen Ethik

Grundnorm des ärztlichen Handelns

Es gehört zu den Erkenntnissen unserer Zeit, daß wir Gesund- ebenso wie Kranksein nicht nur als körperliches, sondern auch als geistiges und soziales, also wieder als ein vollmenschliches Geschehen betrachten. Zweifellos stehen die somatischen Aspekte von Gesund- und Krankheit in der alltäglichen ärztlichen Praxis im Vordergrund. Sie stellen sozusagen den Einstieg in

* Nach einem Vortrag anläßlich einer Fortbildungsveranstaltung des Theresienkrankenhauses Nürnberg

munsuppressiva, insbesondere der Glucocorticoide, die Nierenleistung zumindest vorübergehend wieder verbessern, erreicht in der Regel aber keinen bleibenden Erfolg und setzt den Patienten unnötigerweise einem erhöhten Risiko aus. Dagegen ist die zelluläre Abstoßungsreaktion einer Therapie zugänglich, wenn die Diagnose rechtzeitig gestellt wird, die auch heute noch nach rein klinischen Kriterien erfolgt. Eine akute Abstoßungskrise wird nach wie vor mit einem Glucocorticoidstoß mit Prednisonmengen von bis zu 1 g/24 h durchgeführt, wobei die Gesamtmenge 10g nicht überschreiten darf, weil sonst eine unnötig große Gefährdung des Patienten nicht vermieden werden kann.

Professor Dr. W. Spann, München:

Rechtliche Fragen der Organtransplantation

Die aktuellen rechtlichen Probleme des Gesamtkomplexes Organübertragung umfassen Explantation, Behandlung des Explantates und Implantation. Läßt man die Implantation, die nach den Regeln des klassischen Operationsrechtes zu behandeln ist und sich somit nicht von anderen operativen Eingriffen unterscheidet, außer Betracht, so verbleiben die Probleme, die sich aus rechtlicher Sicht für die Organgewinnung als entscheidende Voraussetzung für jede Transplantation und für die Behandlung des Explantates ergeben. Ein Transplantat kann sowohl aus einem Lebenden als auch aus einer Leiche gewonnen werden. In beiden Fällen bestehen durch Gesetz und Rechtsprechung vorgegebene Grenzen, die zu beachten sind.

A. Entnahme beim Lebenden

1. Da niemand rechtmäßig in einen Eingriff einwilligen kann, der seinen Tod zur Folge haben würde, kommen beim Lebenden als Explantat nur paarig angelegte Organe bzw. nicht unverzichtbare Körperteile, wie z. B. Knochenmark, in Betracht.

2. Für diese Organe und Körperteile ist ferner zwischen solchen zu unterscheiden, die im Zuge therapeutischer Eingriffe (z. B. Enukleation eines Auges, aber auch Oberschenkelkopf) anfallen und solchen, die ohne Indikation für den Spender mit

dem ausschließlichen Ziel der Organgewinnung entnommen werden.

– Fällt das Explantat bei einem therapeutischen Eingriff an, so ist die Explantation als solche durch die rechtmäßige Einwilligung in den Eingriff – auch die Weiterverwendung, gleich für welchen Zweck – mit abzudecken. Das Explantat bleibt grundsätzlich, auch nach Abtrennung vom Körper, im Eigentum des Patienten, der das Verfügungsrecht darüber behält.

– Ist nach Aufklärung und Einwilligung beabsichtigt, aus einem gesunden Organismus ein Körperteil zum Zweck der Verpflanzung zu entnehmen, so sind operativer Eingriff und Hingabe des Körperteiles für einen anderen (Aufgabe des Eigentums) so eng miteinander verknüpft, daß die Einwilligung nur gemeinsam für beide Vorgänge gesehen werden kann.

– In bezug auf die Aufklärung gibt es einen Unterschied, je nachdem, mit welchem Interesse das Organ abgetrennt wird. Fällt das Transplantat im Zuge eines therapeutischen Eingriffes an, so hat sich die Aufklärung „nur“ auf die Chancen und Risiken zu erstrecken, die den therapeutischen Eingriff betreffen. Dies allerdings nur dann, wenn durch die Sicherstellung des Explantates nicht zusätzlich ein weiteres Risiko entsteht. Wird das Explantat jedoch aus einem gesunden Organismus nur mit dem Ziel der Organgewinnung entnommen, so hat sich die Aufklärung wesentlich weiter, unter Umständen bis ins Extreme, auch über weit entfernt liegende Risiken zu erstrecken.

B. Entnahme von der Leiche

Während früher im Zusammenhang mit dem Sterbevorgang eine annähernde Festlegung des Todeszeitpunktes ausreichte, haben in jüngerer Zeit die Möglichkeiten der Reanimation und vor allem die Notwendigkeit der Organgewinnung aus der Leiche eine exakte Grenzziehung zwischen Leben und Tod erforderlich gemacht. Die von Spann und Liebhardt vertretene Auffassung, daß die klassische Definition des Todes mit der Forderung nach irreversiblen Stillstand von Atmung und Kreislauf heute im Hinblick auf Reanimation und Explantation nicht mehr ausreichen, hat sich ebenso die als Todeskriterium empfohlene

irreversible Funktionseinstellung des Gehirns und verlängerten Markes allgemein durchgesetzt. Auch für die Organgewinnung aus der Leiche sind zwei Fallgruppen zu unterscheiden:

– Weniger problematisch – schon wegen des nicht gegebenen Zeitdrucks – sind die Fälle mit der Entnahme von Teilen aus der Leiche, die nicht unmittelbar nach dem Todeintritt zu erfolgen hat, wie z. B. Hornhaut des Auges, unter Umständen auch Blut.

– Die zweite Fallgruppe betrifft die Organe (wie z. B. Herz, Leber, Niere), die praktisch bei noch erhaltener Perfusion entnommen werden müssen.

Für beide Fallgruppen ist zu fragen, ob die Entnahme ohne Zustimmung des Verstorbenen rechtens ist. Ferner ist zu prüfen, ob – wenn ein solches Verfügungsrecht einer Person zu Lebzeiten anerkannt wird – dieses Recht nicht ein höchst persönliches ist, das nicht auf die Angehörigen übergehen kann. Die von Spann vertretene Auffassung, daß es zur Sozialpflicht jedes Bürgers gehöre, nach seinem Tode für einen seiner Mitbürger seine Organe nötigenfalls zur Verfügung zu stellen, wird derzeit überwiegend abgelehnt. Wenig Beachtung in der Öffentlichkeit fand bisher der von mir gemachte Einwand, daß zumindest bei der Widerspruchslösung der Widersprechende auch sein Anrecht auf ein Organ eines anderen verlieren würde bzw. höchstens nur dann Anspruch darauf haben könne, wenn kein anderer Anwärter, der nicht widersprochen hat, vorhanden ist.

Für die Praxis gilt derzeit:

– Sowohl bei Zustimmung zu Lebzeiten als auch bei Zustimmung durch den nächsten Angehörigen nach dem Tode, sind rechtliche Konsequenzen für den entnehmenden Arzt nicht zu erwarten.

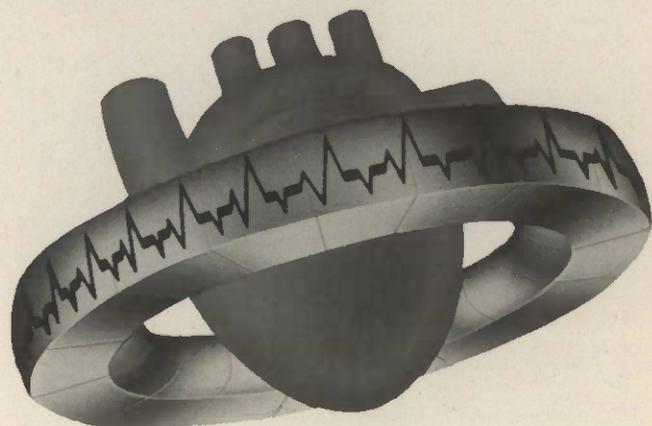
– Eine zu Lebzeiten erfolgte Verweigerung kann durch die Zustimmung durch Angehörige nicht ausgeräumt werden.

– Liegt keine Einwilligung vor, so ist nach herrschender Meinung derzeit die Organentnahme aus der Leiche grundsätzlich nicht zulässig. Ist das Organ jedoch für einen bestimmten Patienten vorgesehen, um

Rytmonorm®

Das Normo-Rhythmikum. Erfolgreich.

Auch in München.



Das Normo-Rhythmikum

rytmonorm®

Propafenon

bei ventrikulärer Extrasystolie
und anderen tachykarden Rhythmusstörungen

die Problematik dar. Fragen nach dem Befinden darf man aber nicht auf körperliche Aspekte beschränken. Die Umwelt spielt dabei eine wichtige Rolle.

Schließlich heißt Mensch sein immer „Mensch im Werden“ sein. Einem Kranken zu helfen, bedeutet daher stets, einem Menschen in einem bestimmten Augenblick seines Lebens zu helfen. Je ernster jemand krank ist, um so tiefer und einschneidender wird der Arzt in das Leben und in die existenzielle Zukunft des Kranken eingreifen.

Die Grundnorm für das Handeln von Ärzten und anderen gegenüber dem Kranken wird daher durch den Menschen in seiner Ganzheit bestimmt und umfaßt sämtliche körperlichen, psychischen, sozialen und dynamischen Aspekte, die der menschlichen Existenz eigen sind. Die Grundhaltung aller in der Gesundheitspflege tätigen Personen soll deshalb durch die Bereitschaft gekennzeichnet sein, den Kranken menschlich ernst zu nehmen, seine Menschenwürde zu respektieren, sich dem Kranken zuzuwenden, mit dem Kranken solidarisch zu sein, damit dieser all das, was er als menschliche Grundwerte und als dienlich für seine Selbstverwirklichung betrachtet, weitgehend zur Geltung bringen kann.

Eine neue medizinische Ethik

Einerseits die Entwicklung des Krankheitsbildes sowie der medizinischen und technischen Möglichkeiten und andererseits der Einfluß der Persönlichkeit sowie der materiellen und personellen Umwelt auf die Gesundheit haben zu der Not-

wendigkeit einer doppelten „Erweiterung“ der traditionellen medizinischen Ethik geführt:

- Die Verantwortung für die Gesundheit steht nicht mehr ausschließlich Patient(en) und Arzt (Ärztin) und Personen aus anderen Disziplinen zu, sondern ebenso den maßgeblichen Instanzen im medizinischen System und zugleich dem Staat.
- Man kann sich nicht mehr mit der Behandlung jener ethischen Fragen begnügen, die sich aus der Beziehung Arzt-Patient ergeben. Die ethische Reflexion muß sich auf die Gesundheit und Gesundheitspflege, auf das gesamte medizinische System, auf die Lebenswelt und nicht zuletzt auf die staatlichen Maßnahmen im Bereich der Gesundheitspflege erstrecken.

Wegen dieser inhaltlichen Ausweitung der medizinischen Ethik spricht man vermutlich besser von „Ethik der Gesundheitspflege“. Dadurch würde verdeutlicht, daß es keine spezifische Ethik ist, die nur einer ganz bestimmten Gruppe von Menschen, z. B. Medizinern, zugeordnet ist, sondern daß es sich dabei um einen Bestandteil der ethischen Aufgabe eines jeden Menschen handelt.

Verantwortlichkeit des Arztes und des Kranken

Die Beziehung

Bevor über die Verantwortlichkeit gesprochen wird, möchte ich zunächst einige Vorbemerkungen zu der Beziehung zwischen Arzt und

Patient machen. Wenn in den weiteren Überlegungen über Arzt und Kranken gesprochen wird, so ist dies nicht exklusiv gemeint. Mutatis mutandis gilt vieles auch für das Verhältnis zwischen Krankem und anderen Helfern. In letzter Zeit wird viel über Mündigkeit und Rechte des Kranken geredet. Sie sollten in mehr Mitspracherecht und Entscheidungsrecht des Kranken über die Behandlung zum Ausdruck kommen. Das allgemeine Unbehagen über die Situation des Kranken und über die Beziehung zwischen Arzt und Patient kann man aber nicht dadurch lösen, daß man nur einseitig die Patientenrechte betont. Vielmehr muß man Rechte und Pflichten beider Partner im Auge behalten.

Die Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Helfern kann man am besten als Beziehung der Zusammenarbeit bezeichnen. Von dem Augenblick an, an dem sich der Kranke an den Arzt wendet, entsteht eine Beziehung zur Zusammenarbeit in Richtung auf das gleiche Ziel hin, nämlich die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit. Zugleich entsteht eine geteilte Verantwortung für die Erreichung dieses Zieles. Keiner von beiden Partnern darf seine Verantwortung für das gemeinsame Ziel auf die Schultern des anderen abschieben.

Verantwortlichkeit des Arztes und des Kranken

Im Hinblick auf die Verantwortlichkeit möchte ich die folgende Auffassung verteidigen: Den Ausgangspunkt bildet die Überzeugung, daß der Arzt – und er allein – für das, was er tut bzw. unterläßt, verant-

Schnupfen • Husten • Infekte

Sinuselect® gegen Rhinitis, Sinuitis

Indikationen: Sinuitis, Pansinuitis, Rhinitis, Nebenhöhlenentzündungen, Dauerkopfschmerz, Schwindel und Übelkeit, Keifer- und Stirnhöhlenkatarrhe und bei fieberhaften Infekten.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Cinnabaris D₃ 15 g, Carbo vegetabilis D₃ 10 g, Silicea D₃ 10 g, Mercurius solubilis D₃ 15 g, Hydrastis D₃ 10 g, Kalium bichromic. D₃ 15 g, Thuja D₃ 15 g, Calc. sulfuric. D₃ 10 g.
Dosierung: 3–5 mal täglich 10–15 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen.
Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 6,50, 100 ml DM 17,50. Klinikpackungen.

Capval® Depot-Antitussikum

Indikationen: Akute und chronische Atemwegsenerkrankungen, die hustenreizfördernde Wirkung erfordern.
Reiz: Krampf und Reizhusten, leichtes Asthma bronchiale, Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippeartigen Infekten.
Wirkung: Keine Sucht • keine Drogenwirkung
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: Saft = 100 ml enthalten: Noscapin 500 mg
Tropfen = 100 ml enthalten: Noscapin hydrochloricum 2,5 g, Corrigenia ad 100 ml
Dragees: = 1 Dragee enthält: Noscapin-Resin entspr. 25 mg Noscapin.
Dosierung: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren:
Saft: 3–4 mal täglich 1 Teel- bis 1 Eßlöffel
Tropfen: Mehrmals täglich 10–20 Tropfen
Dragees: Mehrmals täglich 1–2 Dragees
Dosierungsanleitung für Kinder (3 bis 12 Jahre) und Kleinkinder (ab 3 Monate): Bitte Packungsbeilage entnehmen!
Handelsformen und Preise:
Saft: OP m. 100 ml DM 7,85 OP m. 30 Stück DM 5,90
Tropfen: OP m. 30 ml DM 7,85 OP m. 250 Stück DM 41,15
Klinikpackungen.

Toxiselect® zur körpereigenen Abwehr akuter und chronischer Infekte

Indikationen: Erkältungskrankheiten in den verschiedenen Formen, Grippeinfekte, insbesondere bei begleitenden Schleimhautläsionen. Bei gynäkologischen und urologischen Befunden. Eitrige Infektionen jeder Genese, auch zur Prophylaxe bei anfalligen Pusteln und bei Rezidiven.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Echinosace purp. u. angust. 40 g, Bryonia D₃ 10 g, Lachesis D₃ 20 g, Sulfur D₃ 10 g.
Dosierung: Am ersten Tag 3–4 mal täglich 20–30 Tropfen, dann 3 mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen!
Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 6,50, 100 ml DM 17,50. Klinikpackungen.

ORELUSO-PHARMAZEUTIKA • 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Bestellort für Orelusos: Hager & Co. KG, Hagerstr. 10, D-6300 Kassel, Tel. 0561/100-111

wortlich ist. Diese Verantwortung kann niemand übernehmen und ihm schon gar nicht abnehmen. Das bedeutet aber nicht, daß der Arzt gegenüber dem Kranken ein uneingeschränktes Entscheidungsrecht hätte! Das Entscheidungsrecht im Hinblick auf die menschlichen Belange des Kranken steht primär dem Patienten zu. Denn – wie gesagt – die Grundnorm des ärztlichen Handelns wird nicht durch die Verantwortung des Arztes, sondern allein durch den Kranken bestimmt.

Allgemein gilt, daß der Kranke selbst am besten bestimmen kann, was in seinem Interesse liegt. In praxi ist dies aber manchmal für den Kranken schwierig, weil er seine Entscheidung zum größten Teil auf die Informationen, die er vom Arzt bekommt, gründen muß. Vorausgesetzt, daß ihm der Arzt eine vollständige und objektive Information gibt, vermag der Kranke in der Regel seine Lage und die Möglichkeiten zur Hilfe zu überblicken.

Nicht selten trägt die Entscheidung des Kranken den Charakter der Zustimmung zu dem, was vom Arzt vorgeschlagen wird. Voraussetzung dabei ist aber, daß es sich um eine wirkliche Zustimmung handelt. Ich bezweifle, ob eine solche Zustimmung wirklich gegeben wird, wenn z. B. ein Kranker unmittelbar nach Krankenhausaufnahme von einer Schwester einen Zettel mit einem kurzen Text, daß er mit den verschiedenen medizinischen Maßnahmen einverstanden ist, zur Unterzeichnung vorgelegt bekommt.

Was aber soll geschehen in dem Fall, wenn Arzt und Kranker nach reiflicher Überlegung nicht zu einer einmütigen Entscheidung kommen können? Solche Meinungsverschiedenheiten können besonders stark werden, wenn sie z. B. aus weltanschaulichen Motiven oder aus religiös-ethischen Erwägungen hervorgehen. Wessen Auffassung muß dann die Norm des Handelns werden? Hat der Arzt oder der Kranke den Vorrang? Ich bin grundsätzlich der Auffassung, daß bei unlösbaren Meinungsverschiedenheiten die Entscheidung des Kranken maßgebend ist. Der Grund dafür ist, daß ärztliche Hilfe, die prinzipiell der Lebensüberzeugung oder der Gewissensauffassung des Hilfesuchenden zuwiderläuft, ipso facto keine wahre Hilfe mehr sein kann.

Der Arzt darf zwar (und muß manchmal) versuchen, den Kranken zu einer anderen Einsicht zu bringen, vor allem dann, wenn er vermutet, daß die Entscheidung deshalb so getroffen wurde, weil etwa der Patient die Lage nicht richtig überblicken konnte. Letztlich wird aber die Entscheidung des Kranken gelten, natürlich unter der Voraussetzung, daß dadurch vom Arzt keine Handlungen gefordert werden, die gegen sein Gewissen verstoßen. Denn in diesem Fall würde der Schutz des Kranken zum Gewissenszwang gegenüber dem Arzt führen (vgl. Gründel, 1978; Eibach, 1974).

Im Alltag und in der Literatur findet man die Auffassung, die ich vertrete (z. B. bei Veath, 1977), aber auch andere, entgegengesetzte Meinungen. In ihren Protesten gegen einen Gesetzesentwurf bezüglich der Abtreibung wurde von den „Dolle Mina's“ in den Niederlanden gefordert: „Der Arzt soll nur sein fachtechnisches Wissen und Können zur Verfügung stellen. Die Verantwortung und das Entscheidungsrecht liegen ausschließlich bei der Frau, die eine Abtreibung verlangt.“ Diese Argumentation ist grundsätzlich inakzeptabel, weil man dadurch dem Arzt seine Verantwortlichkeit für das, was er tut, vollständig abnehmen würde.

In der Literatur finden sich aber auch gerade entgegengesetzte Meinungen, z. B.: „Nur der Arzt trägt die Verantwortung, und deshalb sind seine Entscheidungen auch maßgebend für den Kranken; denn der Kranke hat nicht das Recht, den Arzt daran zu hindern, seine ärztliche Verantwortung auszuüben“ (Cassel, 1976). Es bedarf keines Beweises, daß dies lediglich ein Scheingrund ist.

Andere Auffassungen hören sich milder an, sind aber meines Erachtens ebenso falsch und damit Trugschlüsse, z. B.: „Der Kranke hat grundsätzlich das Recht, zu entscheiden, ob er mit einer Behandlung einverstanden ist, mit Ausnahme des Falles, daß der Patient dumm oder eigensinnig ist.“ Und auf die Frage, wer denn bestimme, ob der Kranke zu dumm ist, selbst zu entscheiden, bekommt man die erstaunliche Antwort: „Der behandelnde Arzt natürlich!“ (s. bei Sporken, 1971).

Persönlich bin ich der Meinung, daß damit ein *circulus vitiosus* geschlos-

sen wird und dem Kranken überhaupt kein Entscheidungsrecht bleibt. Ich bin mir aus meiner praktischen Erfahrung heraus darüber im klaren, wie peinlich die Situation auch sein kann, besonders dann, wenn der Kranke z. B. eine lebensnotwendige Operation ablehnt. Dennoch aber bleibe ich bei der Meinung, daß eine aufgezwungene Behandlung gegen den Willen des Kranken seine Persönlichkeitsrechte verletzen würde.

Vollständigkeitshalber will ich hinzufügen, daß es Ausnahmen geben kann, beispielsweise dann, wenn einwandfrei feststeht, daß es sich um einen geisteskranken Menschen handelt. Oder wenn der Kranke noch nicht oder nicht mehr imstande ist, selbst eine Entscheidung zu treffen. Hinsichtlich der für diesen Kranken verantwortlichen Personen gilt dann im Prinzip dasselbe wie für die Zustimmung, die vom Kranken selbst gegeben wird. Daß in einem solchen Fall die Verantwortung des Arztes wächst, steht außer Zweifel. Hierbei handelt es sich ja nicht um eine Meinungsverschiedenheit zwischen Arzt und Kranken, sondern zwischen Arzt und anderen Personen im Hinblick auf die Interessen des Kranken.

Im übrigen gilt: Konflikte über die Norm des Handelns können leichter verhindert als behoben werden. Die beste Methode, sie zu verhindern, besteht in der Forderung nach einer möglichst guten Kommunikation zwischen dem Kranken und seinen Helfern.

Gestattet seien mir zu diesem Kapitel noch zwei Bemerkungen: Die von dem behandelnden Arzt zu treffenden Entscheidungen sind an sich äußerst schwierig. Es ist durchaus möglich, daß sie die fachliche Kompetenz des Arztes übersteigen. Es handelt sich ja letztlich um die Erhaltung menschlichen, d. h. akzeptablen und nach Möglichkeit sinnvollen Lebens. Das bedeutet eventuell die Notwendigkeit, die Entscheidung in einer interdisziplinären Diskussion zu besprechen und dabei den Wertkonzeptionen unserer Gesellschaft Rechnung zu tragen (s. Eid, 1978).

Je komplizierter die Problematik der Verantwortlichkeit und je schwieriger die Argumentationen sind, um so notwendiger wird es, den Weg,

der zu Entscheidungen führen soll, weiter auszubauen und den Entscheidungsprozeß weiter voranzutreiben. Dies ist z. B. gerade in Teambesprechungen, aber auch in Gesprächen mit dem einzelnen Patienten nicht immer leicht, weil das Gespräch oft durch vorgefaßte Meinungen, zum Teil als verschwiegene Faktoren – von Churchill (1977) und Siegler (1977) „tacit components“ genannt – belastet wird.

Die Wahrheit am Krankenbett

Eines der schwierigsten Probleme in dem Verhältnis zwischen dem Kranken und seinen Helfern ist die Besprechung der Wahrheit bezüglich der Situation, in der der Kranke sich befindet. Dabei handelt es sich um Rechte und Pflichten sowohl von seiten des Arztes als auch von seiten des Kranken.

Bedauerlicherweise werden die Begriffe Information, Aufklärung, Wahrheitsvermittlung und Besprechung der noch vorhandenen Zukunftsmöglichkeiten des Patienten nur allzuoft als Synonyme gebraucht. Eine genaue Begriffsdefinition ist unerläßlich. Das Problem der Wahrheit stellt sich in zwei unterschiedlichen Situationen des Kranken:

Die erste Situation ist dann gegeben, wenn die Untersuchungen (definitiv oder vorläufig) abgeschlossen sind, eine Diagnose (definitiv oder vorläufig) gestellt und eine Behandlung vorgeschlagen worden ist. Diese Vorgänge bezeichnet man am besten als Information bzw. Aufklärung. Sie ist notwendig, weil der Patient ein Recht darauf hat, zu wissen, was ihm fehlt, und weil er ohne diese Information weder seine Zustimmung geben noch seine eigene Verantwortlichkeit ausüben kann. Es liegt klar auf der Hand, daß der be-

handelnde Arzt für diese Aufklärung zuständig ist, weil sie ja primär eine medizinische Angelegenheit ist.

Die zweite Situation ist ganz anders gelagert: Wenn für einen Kranken zwar alles Mögliche zur Heilung getan, aber ohne Erfolg geblieben ist, dann befindet sich der Kranke in der Lage, in der der Tod unabwendbar und in absehbarer Zeit eintreten wird. Der Kranke selbst beginnt zu spüren, wie es um ihn steht. Er fühlt sich verunsichert und vielleicht auch ein wenig ängstlich.

Obwohl er seine Fragen manchmal mit Hilfe des medizinischen Vokabulars zu formulieren versucht, ist die menschliche Bedeutung seiner Fragen eine wesentlich andere. Es geht dann nicht mehr um medizinische Daten, sondern letztlich um seine existentielle Lage und um seine noch möglichen Zukunftserwartungen. Deshalb lassen sich in dieser Situation von vorneherein keine starren Zuständigkeiten feststellen. Der Kranke – und nur er! – hat das fundamentale Recht zu entscheiden, mit wem er über welche persönlichen Probleme reden will.

Würde ein Arzt meinen, nur er hätte das Recht auf ein solches Gespräch mit dem unheilbar und dem Tode geweihten Kranken, nicht aber andere, z. B. Pflegepersonen oder Seelsorger, so beginge er einen großen Fehler. Er würde lediglich seine Autoritätsbedürfnisse statt die Belange des Kranken zur Norm seiner Hilfe machen.

Die Erfahrung lehrt, daß sich der Schwerkranke mit seinen Fragen meist nicht direkt an den (Fach-)Arzt wendet. Er spricht meistens irgendeine Krankenschwester, vielleicht die Stationsschwester, eventuell auch den Krankenhauseelsorger, an. Dieses Vorgehen ist durchaus

begreiflich. Der unheilbare Kranke will sich zwar mit der schon vermuteten Wahrheit auseinandersetzen, er will aber in diesem Moment die unumgängliche Antwort des Arztes noch nicht hören oder er kann sie noch nicht ertragen.

Der Kranke wählt primär nicht einen „Sachverständigen“, sondern eine Bezugsperson zum Gesprächspartner, d. h. eine Person, von der er erwartet, daß sie in der Lage und bereit ist, mit ihm seine Unsicherheit und sein Bangen um die Zukunft zu teilen.

Diese Besprechung der schon vermuteten Wahrheit bezüglich des zu Ende gehenden Lebens ist ein wesentlicher Bestandteil des ganzheitlichen Sterbebestandes.

Sterbebestand

Die Bezeichnung Sterbehilfe ist im deutschen Sprachraum leider dadurch belastet, daß sie oft als Synonym für Euthanasie ge- bzw. mißbraucht wird. Dadurch kommt es nur allzuoft zu bedauerlichen Mißverständnissen. Besser wäre es, Sterbehilfe als eine Form der Lebenshilfe während der letzten Lebensphase zu definieren. Sterbehilfe leisten, bedeutet grundsätzlich: dem Schwerstkranken oder Sterbenden so nahe wie möglich zu sein, ihm dabei zu helfen, daß er sich mit seinen Problemen auseinandersetzen, diese hoffentlich zu bewältigen und seinen eigenen Tod zu sterben vermag.

Es gibt verschiedene Formen der Sterbehilfe: eine ausgezeichnete Pflege und Versorgung; Schmerzbekämpfung, bei der auch die seelischen Aspekte des Schmerzempfindens berücksichtigt werden; Auffangen des emotionalen Leidens, be-



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g-Valerian. 17g-Tinct. Convall. 0,8g.

-Castor. 0,6g. Camph. 1,0g. Menthol. 0,5g. Nicotin. 0,15Sg.

O.P. 30g DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

sonders durch ein menschliches Nahesein; Verabreichung von Psychopharmaka, um die innerliche Verarbeitung der Probleme zu unterstützen; eventuell sogar eine absichtliche Verlängerung des Sterbens, wenn dem Sterbenden damit gedient ist. Unter Umständen und unter strengen Bedingungen könnten schließlich auch bestimmte Formen der absichtlichen Verkürzung des Sterbeprozesses als eine vertretbare Form der Sterbehilfe in Betracht kommen. Das bedeutet keineswegs, daß Sterbehilfe identisch ist mit Euthanasie, sondern nur, daß Euthanasie als eine der letzten möglichen Formen der Sterbehilfe in Betracht kommen kann. Sterbebeistand bedeutet das echte, menschliche Begleiten des Sterbenden auf seinem Weg zu seinem Tod.

Diese Sterbehilfe kann im Prinzip jeder leisten, soweit er dazu von seinen Fähigkeiten her in der Lage ist. Sterbebeistand im speziellen jedoch soll möglichst von der Person geleistet werden, die vom Sterbenden darüber befragt und dazu aufgefordert wird.

Sterbebeistand fordert von dem vom Sterbenden ausgewählten Helfer, daß er den Mut aufbringt, mit dem Sterbenden über all das zu reden, worüber der Sterbende mit ihm sprechen will. Dazu gehören besonders die Gefühle der Unsicherheit, Angst, Auflehnung, Traurigkeit, Hoffnung und Vereinsamung, die er allein überhaupt nicht oder nur sehr mühsam verarbeiten kann.

Sterbebeistand besteht auch darin, daß man im Rahmen dieser (manchmal nur kurzen) Gespräche auch die schon vermutete Wahrheit über den tödlichen Verlauf der Krankheit anklingen lassen kann, falls dem Kranken damit geholfen ist. Schließlich erfordert Sterbebeistand, daß man eine enge menschliche Beziehung zu dem Sterbenden herstellt, die solche ehrlichen Gespräche überhaupt ermöglicht. Sterbebeistand leisten, heißt letzten Endes, daß der Helfer sich zu dem Sterbenden gesellt und ihm auf seinem letzten Lebensweg nahe bleibt.

Vor diesem Hintergrund wird es begreiflich, daß nur derjenige, der bereits ein Stück Wegs mit dem Sterbenden mitgegangen ist und weiß,

wo er sich gefühlsmäßig befindet, das Gespräch über die schon vermutete Wahrheit bezüglich des Krankheitsverlaufs führen darf. Dieses Gespräch ist also nicht der Anfang, sondern ein Bestandteil der ganzheitlichen Begleitung. Bezüglich des Zeitpunktes kann man sagen, daß der Kranke selbst die Signale geben wird, wann es für ihn Zeit ist. Wenn der Helfer vorsichtig auf die Signale eingeht, kann er noch während des Gespräches abtasten, ob er sich nicht geirrt hat oder ob er vielleicht erst zu einem späteren Termin einen Schritt weiter auf die Wahrheit zugehen kann.

Woher weiß nun aber der Helfer, daß er die Signale des Kranken richtig versteht? Wie kann er Mißverständnisse vermeiden? Zuerst einmal muß der Sterbebegleiter seine persönliche Einstellung zum Sterben und seine eigene Erwartungshaltung überprüfen. Ist er nämlich einerseits davon überzeugt, daß kein Mensch das Wissen, daß er in Bälde sterben muß, zu verkraften vermag, dann wird es für ihn sehr schwierig werden, die Signale des Sterbenden zu erfassen und damit den Wunsch nach einem offenen Gespräch herauszuhören. Möchte andererseits der Helfer, wenn er sich selbst in der gleichen Situation befindet, unbedingt die Wahrheit erfahren, so kann es nur allzu leicht passieren, daß vorzeitig gehandelt wird.

Wichtig ist auch, daß bei der Gesprächsführung didaktisch und psychologisch geschickt vorgegangen wird, so daß ein wirklicher Dialog zustande kommt. Auf Signale des Kranken kann der Helfer zunächst mit Gegenfragen antworten, z. B. was der Patient überhaupt meine und was er mit seinen Fragen bezwecke.

Im weiteren Gesprächsverlauf sollte der Helfer auch nicht sein gesamtes Wissen auf einmal preisgeben, sondern sich nur langsam und schrittweise der Wahrheit nähern. So ist es beispielsweise ratsam, zunächst die Unruhe und die Angst mit dem Kranken zu teilen. Sodann kann man einen weiteren Schritt tun und zugeben, daß man von der vorliegenden Erkrankung nicht mit absoluter Sicherheit behaupten kann, daß jeder ganz geheilt wird. Geht der Kranke selbst weiter, so kann der Helfer eingestehen, daß auch für den

Patienten nicht mit absoluter Sicherheit gesagt werden kann, daß es für ihn noch Genesung gibt.

Wenn der Helfer so taktiert, läßt er dem Kranken die Möglichkeit offen, weitere Aussagen zu verhindern oder die Flucht zu ergreifen. Ein anderes Mal kann er dann wieder einen Schritt weiter gehen. Sobald der Helfer auf diese Weise in die Gefühle des Kranken einsteigt, trifft auch die Frage: „Darf man einem Kranken alle Hoffnung nehmen?“ im Grunde genommen gar nicht mehr zu. Der Kranke wird seinem Gesprächspartner schon deutlich machen, welche Hoffnung er vorläufig noch behalten will.

Zusammenarbeit

Trotz besten Willens fühlen sich Ärzte, Pflegepersonen, Seelsorger, andere Hilfspersonen und auch die Familienangehörigen nicht selten überfordert und hilflos, wenn sie den letzten Weg mit dem Sterbenden gehen müssen. Gespräche mit dem Sterbenden können für sie manchmal geradezu bedrohlich werden, insbesondere dann, wenn mit den Existenzfragen des Sterbenden der Helfer selbst in Frage steht.

Darum ist es unbedingt notwendig, daß die verschiedenen Helfer zusammenarbeiten, und zwar nicht nur in den Belangen des Kranken, sondern auch in ihrem eigenen Interesse. Mit dieser Kooperation ist zwar zunächst der nötige Informationsaustausch, die Überlegung und die Absprache, wer was tun soll, gemeint. Die Zusammenarbeit soll aber ebenso dazu dienen, daß sich die Helfer gegenseitig in ihrer Hilflosigkeit als Menschen unterstützen, damit sie den Sterbeweg zusammen durchhalten und dem Sterbenden nahe bleiben. Das Teilen der gemeinsamen Ohnmacht schafft eine Verbundenheit, die für Sterbende und Helfer gleichermaßen wohltuend ist.

Literatur beim Verfasser

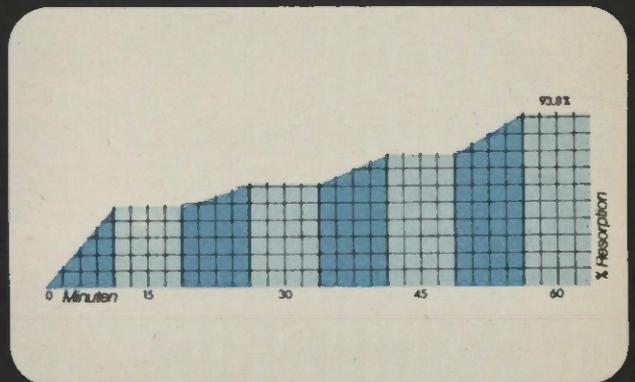
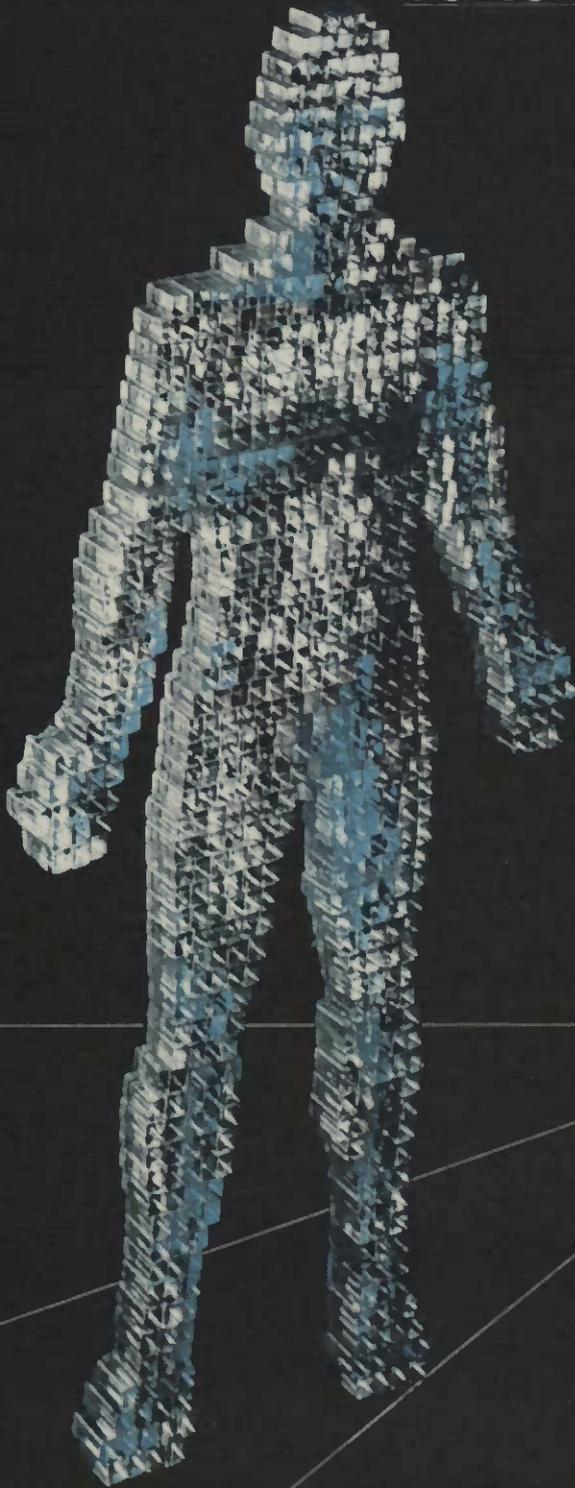
Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. theol. Paul Sporken, Leiter des Instituts für ärztliche Ethik an der Medizinischen Fakultät der Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, Maastricht/Niederlande

Verlässliche Anxiolyse – Vorteilhafte Pharmakokinetik

Wyeth® Tavor®

Schnelle Resorption



sofortige und maximale
Anxiolyse

Wyeth

Zusammensetzungen: 1 Tablette Tavor 1,0 enthält 1 mg Lorazepam, 1 Tablette Tavor 2,5 enthält 2,5 mg Lorazepam. **Anwendungsgebiete:** Tavor ist therapeutisch bei den meisten Zuständen, bei denen Angst eine wichtige Rolle spielt, wirksam: Angst als komplizierender Faktor bei organischen Erkrankungen, Emotional bedingte Störungen wie z. B. Magen-Darm-Störungen oder Schlafstörungen; Psychoneurosen wie Angstneurosen, Zwangsneurosen, Phobien; Angstzustände bei Depressionen und Schizophrenien; Sedierung vor diagnostischen und operativen Eingriffen. **Gegenanzeigen:** Myasthenia gravis. Anwendung in der Schwangerschaft nur bei strenger Indikationsstellung. **Nebenwirkungen:** In den ersten Behandlungstagen oder bei nicht angepaßter, zu hoher Dosierung können Müdigkeit, Benommenheit und Schwindel auftreten, die im weiteren Verlauf der Behandlung oder, wenn notwendig, bei Herabsetzen der Dosis meist verschwinden. Weitere Nebenwirkungen, die gelegentlich festgestellt wurden, sind leichte Übelkeit, Mundtrockenheit, Appetit- und Gewichtsveränderungen. Bei hohen Dosen sind infolge des muskelrelaxierenden Effektes Gangunsicherheit, ataktische Erscheinungen, Doppelbilder und Artikulationsstörungen möglich. **Wechselwirkungen:** Zwischen Tavor und anderen zentraldämpfenden Pharmaka (z. B. Analgetika, Schlafmittel, Psychopharmaka) ist eine wechselseitige Wirkungsverstärkung möglich. **Besondere Hinweise:** Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. Bei einem Psychopharmakon dieses Typs ist es nicht völlig auszuschließen, daß längere und hochdosierte Anwendung bei entsprechend disponierten und zu Mißbrauch neigenden Patienten zu einer gewissen Abhängigkeit führen kann. **Packungsgrößen und Preise:** Tavor 1,0 O. P. 20 Tabletten DM 7,25, Tabletten zu 1 mg O. P. 50 Tabletten OM 17,02, A. P. 500 Tabletten; Tavor 2,5 O. P. 20 Tabletten OM 13,41, Tabletten zu 2,5 mg O. P. 50 Tabletten DM 31,78, A. P. 500 Tabletten. Alle Tabletten sind mit einer Teilungsnille versehen.

WYETH-PHARMA GMBH · POSTFACH 8808 · 4400 MÜNSTER

TAV PK 1A 80 GER

Personalia

Dr. Hanns Eschenwecker 75 Jahre

Am 9. Januar 1981 vollendete Dr. med. Hanns Eschenwecker, Hardenbergstraße 28, 8650 Kulmbach, bei bester Gesundheit sein 75. Lebensjahr. Der Allgemeinarzt ist seit 1952 Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Kulmbach. Er ist Chefarzt und Kolonnenarzt des Bayerischen Roten Kreuzes und ist weiterhin bekannt als langjähriger Sportarzt beim Landes-Boxsportverband.
ad multos annos!

Dr. Brendler

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Werner Raps, Arzt, Herzog-Max-Straße 10, 8600 Bamberg;

Dr. med. Roland Schick, Föhrenstraße 6, 8806 Neuendettelsau;

Dr. med. Resi Schur, Am Alpengarten 1, 8990 Lindau;

Dr. med., Dr. med. dent. Friedrich Wetzel, Neuburger Straße 8, 8897 Pöttmes.

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 Senator des International College of Pediatrics gewählt.

Professor Dr. med. Erich Lang, Chefarzt der Medizinischen Klinik des Waldkrankenhauses St. Marien, Rathsberger Straße 57, 8520 Erlangen, wurde anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zum Präsidenten der Gesellschaft gewählt.

Professor Dr. med. Hanns-Jürgen Merté, Direktor der Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum Präsidenten der International Association of Ocular Surgeons ernannt.

Professor Dr. med. Jürgen Probst, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau, Professor-Küntschers-Straße 8, 8110 Murnau, wurde für 1981 zum 2. stellvertretenden Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde gewählt und ist damit Präsident des Jubiläumskongresses 1982.

Professor Dr. med. Manfred Schatzenkirchner, Medizinische Poliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8a, 8000 München 2, wurde zum Vizepräsidenten mit Nachfolge in das Amt des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie gewählt.

Fakultät

München — Universität

Professor Dr. med. Heinz Eberhard Krampitz, Institut für Infektions- und Tropenmedizin, wurde zum Professor — C 3 ernannt.

Privatdozent Dr. med. habil. Otmar Gratzl, wurde zum ordentlichen Professor an der Universität Basel ernannt.

Zum Professor — C 2 wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. habil. Michael Gokel, Pathologisches Institut; Privatdozent Dr. med. habil. Jürgen Schrader, Physiologisches Institut.

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Hans Brühle, Chirurg; Privatdozent Dr. med. Carl August Geser, Internist.

München — Technische Universität

Professor Dr. Harold Horace Hopkins, Universität Reading/England, wurde in Würdigung seiner Verdienste um die Entwicklung der medizinischen Optik, insbesondere der Weiterentwicklung endoskopischer Optik und Bildübertragungssysteme die Würde eines Dr. med. h. c. verliehen.

Dr. med. Hans Christoph Huber wurde der akademische Grad eines Dr. med. habil. verliehen, nachdem in einem ordnungsgemäßen Habilitationsverfahren die Lehrbefähigung in dem Fachgebiet Impfwissenschaft und Immunologie festgestellt wurde.

Professor Dr. med. Heinz E. Köhlein, Chefarzt des Kreiskrankenhauses Türkheim, wurde die Lehrbefugnis für Chirurgie erteilt und gleichzeitig die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor verliehen.

Dr. med. Klaus Linke, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, wurde zum Akademischen Direktor ernannt.

Dr. med. Reinhard Engst, Dermatologische Klinik und Poliklinik, wurde zum Akademischen Rat zur Anstellung ernannt.

Band 53 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

„Der Reaktorunfall“

kann über die Schriftleitung des BAYERISCHEN ÄRZTEBLATTES, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, **unter Belfügung von DM 5,—** in Briefmarken als Schutzgebühr angefordert werden.

— Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über ihre Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhalten —

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neustadt b. Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Augenarzt

Kulmbach:

1 Augenarzt

Lichtenfels:

1 Augenarzt

Hof/Saale:

1 HNO-Arzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Neustadt b. Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Hof/Saale:

1 Lungenarzt

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

Mömbrits, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Fuchsstadt, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rauhenebrach, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

Karlstadt oder Marktheldenfeld, Lkr. Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Nervenarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Urologe

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

Oberpfalz

Fuchsmühl, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Neumarkt,

Lkr. Neumarkt i. d. Opf.:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Pechbrunn, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Weizsach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Vilseck, Lkr. Amberg-Weizsach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

Stadt Weiden:

1 Hautarzt

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

Schwaben

Thierhaupten-Unterbaar,

Lkr. Augsburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Optischer Lärm

Bereits vor 30 Jahren haben Psychiater darauf hingewiesen, daß aus der Deneraturierung des Sehens grevierende Folgen für Psyche und Retio des Menschen erwartet werden müssen.

Es entspricht der Natur des menschlichen Auges, das Umfeld und die sich in ihm abspielenden Vorgänge und Handlungen unmittelbar als Bild zu erfassen. Bedeutung, Wert, emotionale Kraft, Bewußtheit und Erkenntnisqualität wird diesen Bildern aber erst durch differenzierte psychische und rationale Vorgänge bemessen. Sie laufen nach den Regeln und Möglichkeiten unserer sinnesphysiologischen Organe ab. Es gibt z. B. Speicherung, Kombination und Selektion. Und auch der Prozeß des Selbst-Sehens wiederum ist abhängig von Aufmerksamkeit, Neugier und Gedächtnis. Sich erinnern, sich der Vergessenheit bewußt sein, eine Vorstellung von der Zukunft haben, sein eigenes Bild in der Zukunft zu entwerfen, Kritik üben und eigene Entscheidungen fällen: all dies hat eigene Bilder zur Voraussetzung und beeinflußt den Prozeß der Bildaufnahme. Das Angebot von Bildern ist deshalb für jedes Individuum und sein Verhalten und sein Wesen von zentraler Bedeutung. Grenzenlose Vermehrung und Uniformierung des Bildangebots bis hin zu „optischem Lärm“ bringen die Integrität des menschlichen Wesens in Gefahr. Es ist unübersehbar, daß die technischen Entwicklungen der letzten 20 bis 30 Jahre ein solches Überangebot liefern. Der Mensch wird auf Schaulust dressiert, in Dauerspannung gehalten und fühlt sich von Langeweile bedroht, er verlangt nach immer raffinierteren Bildern: Schaulust wird zum Surrogat des Sehens. Seele und Verstand, vererbt an eigenen Bildern, geben keinen Alarm: „... das Bewußtsein warnt uns nicht, wenn unsere Seele im Übergang zur Technifizierung begriffen ist und dabei eutochthone Fähigkeiten verliert“ (Bodemer).

Aus der Physiologie und Psychologie des menschlichen Hörens lassen sich analog Überlegungen ableiten, die das seelische Hörvermögen betreffen.

Gegen diese Zusammenhänge wird entschuldigend und rechtfertigend vorgebracht, daß z. B. Comics, Illustrierte, aktuelle Filmberichte von Katastrophen, Information und Aufklärung sowie Unter-

haltung in Form von Bildberichten „elementare Bedürfnisse der Psychohygiene“ befriedigen und daß eben ohne Reizsteigerung der künstlichen Bilder „nicht mehr an die Leute heranzukommen sel“.

Wenn die Sinnesphysiologie lehrt, daß die Toleranzgrenze für optische und akustische Reize variiert, z. B. zwischen den Individuen, abhängig von Alter, psycho-emotionaler Lage, charakterlicher Stabilität u. a. und daß die Überschreitung der Toleranzgrenze unmittelbar das Wesen des Menschen beeinflusst und seine Integrität gefährdet, dann ist es angebracht, insbesondere bei heranwachsenden Menschen mit besonderer Aufmerksamkeit auf Erscheinungen und Verhaltensweisen zu achten, die sich mit mangelnder Adaptation an die übersteigerten optischen und akustischen Reize erklären lassen.

Aus dem schulischen Bereich wird berichtet, daß die Zahl der „Lern-Behinderten“ im Ansteigen begriffen ist. 22 Prozent der Schüler weisen vorübergehende, auf bestimmte Leistungen und Erziehung beschränkte Störungen auf, immerhin fünf Prozent eine umfangreiche, langfristige Behinderung; die leichten Störungen neigten auch zunehmend dazu, chronisch zu werden, Alkohol und Drogen spielen eine begünstigende Rolle, die Zahl der Selbstmorde, der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen nimmt zu. Drogen und Alkohol verhindern Schulabschluß. Ein „Behinderter“, zu sein, führt zur sozialen Stigmatisierung, die dem einzelnen bis in die berufliche Ausbildung und Ausübung nachhängt. Angesichts derartiger Entwicklungen nimmt es nicht wunder, wenn das Versagen von Behandlung und Rehabilitation der „behinderten“ und „gestörten“ Kinder beklagt wird, Pädagogen und Ärzte seien für die Aufgaben nicht ausreichend vorgebildet. Besonders die Ärzte benähmen sich arrogant und dilettantisch, diagnostizierten global „Schulstreß“ und leisteten sich auf Krenkschein bezahlte Übergriffe in den pädagogischen Aufgabenbereich.

Selbst die Empfehlung der Bundesärztekammer, angesichts der häufig zu beobachtenden nechteiligen Folgen der Ganzheitsmethode wieder zu synthetischen pädagogischen Verfahren zurückzukehren, wird offenbar als ein solcher Übergriff in die Pädagogik interpretiert und abgelehnt. Es wird vielmehr vorge-

schlagen, daß sich die Ärzte nur mit der „heilbaren“ Seite von Behinderungen und Störungen befassen sollen, nämlich mit den biologisch-körperlichen Funktionen, der Pädagoge dagegen ist zuständig für die „schulbare“ Seite, nämlich das psychische Verhalten, ihm obliegt die Therapie des psychischen Verhaltens allein. Es ist schwer vorstellbar, wie es bei dieser Aufgabenteilung und Zuständigkeit für Psyche und Psyche zu einer sinnvollen Kooperation zum Nutzen der Behinderten kommen soll.

Es wird offenbar nicht ausreichend in Rechnung gestellt, daß es die Pädagogen mit Schülern zu tun haben, die bereits Opfer einer technischen und gesellschaftlichen Entwicklung geworden sind, die die menschliche Physiologie überfordert und die Persönlichkeitsentwicklung, das Ziel aller Erziehung, vorübergehend oder langfristig hemmt. Auch die Pädagogik selbst ist nicht frei geblieben von solchen Entwicklungen und hat sie häufig in gut gemeintem Reformbestreben übernommen. So können auch vom pädagogischen Verfahren gerade auf die sensiblen kindlichen Strukturen Wirkungen ausgehen, die physiologisch für das Kind nicht akzeptabel sind, abgelehnt werden, als Streß empfunden und wie ein Stressor behandelt werden und zum Verfehlen des Lernziels beitragen.

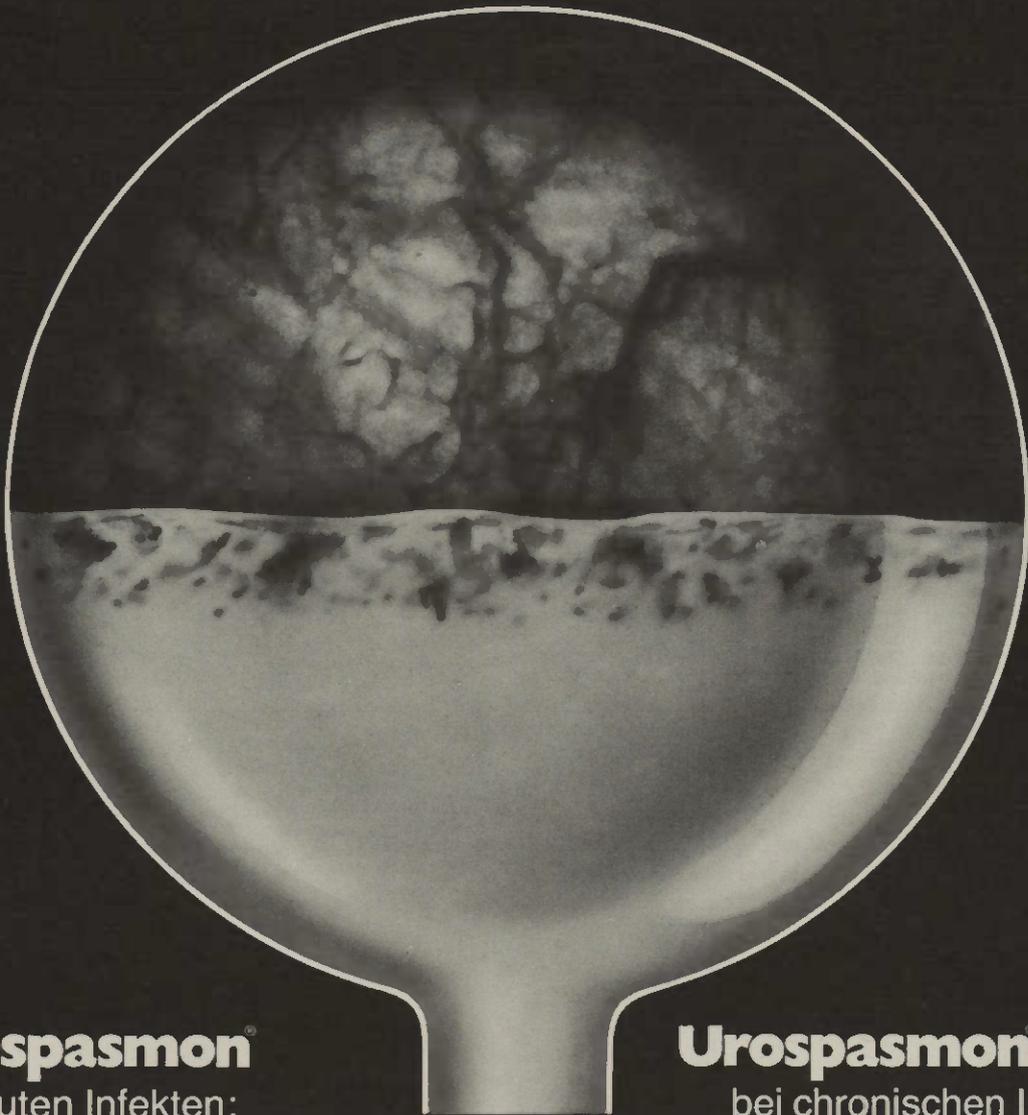
Angesichts der wechsellagernden Zahl von Kindern, die durch pädagogisches Urteil zu Behinderten und Therapiebedürftigen gestempelt werden und der vielfältigen somatischen Konsequenzen aus derartiger Stigmatisierung, sind die Medizin und die Ärzte mit der Gesamtproblematik befaßt. Die therapeutischen Möglichkeiten aus dem Gesichtspunkt des körperlich Heilbaren sind begrenzt und auch solange ineffizient, solange die Ursachen der Störung und Beeinträchtigung erhalten. Auch pädagogische Therapie muß je unwirksamer sein, je weniger sie die Ursachen beseitigt. Der schulärztliche Dienst, bisher nur auf die Beurteilung etwa von Entwicklung und Wachstum abgestellt, muß weit mehr als bisher dort mitwirken, wo es gilt, die Ursachen schulischen Versagens und individuellen Verhaltens zu ergründen, präventive Strategien festzulegen, Behinderungen und Störungen im psychischen Bereich zu diagnostizieren und pädagogische Verfahren auf ihren edukativen und therapeutischen Wert zu überprüfen, ohne daß die physiologischen Möglichkeiten und die Anpassungsfähigkeit überstrapaziert wird.

Dr. med. Gertred. Becker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bad Brunntal 3, 8000 München 80

Bei bakteriellen Harnwegsinfekten

Urospasmon®

kompromißlose Infektabwehr



Urospasmon®

bei akuten Infekten:
spasmolytisch

Urospasmon® sine

bei chronischen Infekten
zur Dauerbehandlung

Indikationen: Pyelonephritis, Cystitis, Urathritis, Infektionen bei mechanischen oder funktionellen Harnabfluß-Störungen, zur Infektionsprophylaxe bei diagnostischen und operativen Eingriffen in der Urologie, zur Langzeittherapie bei chronischen Harnwegsinfektionen. **Kontraindikationen:** Eingeschränkte Nierenfunktion mit erhöhten Rest-N-Werten, Oligurie, Anurie, Urämie, Polyneuropathie, Sulfonamid- und Nitrofurantoin-Überempfindlichkeit, schwere Leberparenchymschäden. Anwendung während der ersten 3 Lebensmonate. Keine hexanthyliantetraminhaligen und zusätzlich bei Urospasmon® keine schwefel- und quecksilberhaltigen Präparate gleichzeitig verabreichen. 10 Tage vor dem errechneten Geburtstermin absetzen. **Nebenwirkungen:** Gastrointestinale Störungen, Kopfschmerzen, Allergien, Fieberschübe, Exanthem, Cholestase, pulmonale Reaktionen, anaphylaktische Erscheinungen, Anämien, Paraesthesien.

LUDWIG HEUMANN & CO - GMBH · NÜRNBERG

UROSPASMON®

Zusammensetzung:

1 Tablette = Nitrofurantoin 50 mg, Sulfadiazin 150 mg, Phenazopyridin 50 mg

Handelsformen und Preise:

	20 Tabletten	DM 11,20
	50 Tabletten	DM 26,—

Anstaltspackungen

UROSPASMON® sine

Zusammensetzung:

1 Kapsel = Nitrofurantoin 50 mg, Sulfadiazin 150 mg

Handelsformen und Preise:

	20 Kapseln	DM 10,95
	50 Kapseln	DM 25,50

Anstaltspackungen

Stand September 1980



Halbzeit-Bilanz und besorgter Ausblick

Zwei Jahre nach seinem Amtsantritt als bayerischer Ministerpräsident hat Franz Josef Strauß im Landtag mit einer Regierungserklärung die traditionelle Halbzeitbilanz gezogen: Sie war überschattet angesichts der wirtschaftlichen und finanziellen Entwicklung von einem besorgten Ausblick in das Jahr 1981 und die weitere Zukunft.

In den letzten zwei Jahren — so stellte der Regierungschef fest — haben sich welt- und bundespolitische Entwicklungen vollzogen, deren Auswirkungen auch an Bayern nicht spurlos vorübergegangen sind. Insbesondere die Verschlechterung der wirtschaftlichen und finanziellen Lage bestimme die Handlungsmöglichkeiten und Erwartungshorizonte der Politik in Bund und Ländern, erklärte Strauß unter Hinweis auf die pessimistischen Prognosen führender Wirtschaftswissenschaftler. Man müsse mit einem Stillstand des Bruttosozialprodukts oder sogar mit einem Rückgang rechnen. Damit blieben die Einnahmen der öffentlichen Hand weit hinter den Steuerschätzungen zurück bei gleichzeitig weiter steigenden Ausgaben. „Angesichts der politischen, wirtschaftlichen und finanziellen Herausforderungen und Bedrohungen wird die Bayerische Staatsregierung gemeinsam mit Landtag und Senat alles in ihren Kräften Stehende tun, damit in unserem Bayernland das Erreichte auf Dauer gesichert wird und sichere Lebensgrundlagen auch für die Zukunft geschaffen werden“, verkündete der Ministerpräsident programmatisch.

Um dieses Ziel zu erreichen, müsse vor allem die Leistungsfähigkeit der Wirtschaft gesichert werden, sagte Strauß und warnte davor, mehr zu ver-

brauchen, als erwirtschaftet werde. Auch heute noch lebe die Bundesrepublik über ihre Verhältnisse. Demgegenüber sei die Zeit des „Anspruchdenkens und der Anspruchsinflation endgültig vorbei.“ In einer solchen Situation sei der finanzielle Spielraum auf das Äußerste eingeschränkt. Landespolitische Akzente könnten nur mehr durch Umschichtungen und die Bildung von Schwerpunkten gesetzt werden.

Strauß lehnte es in diesem Zusammenhang ab, die Finanzprobleme durch Steuererhöhungen lösen zu wollen. Vielmehr sollten inflationsbedingte Steuererhöhungen an den Bürger zurückgegeben werden. Auf die Zukunft eingehend, meinte Strauß, auch weiterhin sei es Ziel seiner Regierung, in allen Landesteilen möglichst gleichwertige Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen. Einen wesentlichen Anteil an einer solch günstigen wirtschaftlichen Entwicklung hat für ihn dabei der Mittelstand, in dem knapp zwei Drittel aller Erwerbstätigen beschäftigt seien. Seine Leistungs-, Anpassungs- und Innovationsfähigkeit wolle er mit einem eigenen Förderungsprogramm stärken. Auf dem Gebiet der Energie- und Rohstoffversorgung plädierte Strauß klar für einen weiteren planmäßigen Ausbau der Kernenergie, zu der es in Bayern keine Alternative gebe.

Zur Landesentwicklung gab Strauß bekannt, daß das Parlament mit einer Novelle zum Landesplanungsgesetz an der Aufstellung und Fortschreibung des Landesentwicklungsprogramms künftig grundsätzlich beteiligt werden soll. In diesem Zusammenhang verlangte Strauß eine gezielte Baulandpolitik, um den ländlichen Raum stärken zu können. Scharf kri-

tisierte er in der Agrarpolitik die laufende Erhöhung der Förderschwelle für landwirtschaftliche Betriebe und verteidigte den bayerischen Weg in der Landwirtschaft: „Die Diskussion über die chemischen Rückstände in Nahrungsmitteln hat deutlich gezeigt, wohin es führt, wenn die Landwirtschaft den gleichen kommerziellen Sachzwängen der ewigen Mehrproduktion unterworfen wird wie die industrielle Produktion.“ Die Bevorzugung landwirtschaftlicher Großbetriebe sei ein gefährlicher Weg.

Maßvoll will er das Verkehrsnetz ausbauen, wobei der Schwerpunkt auf Umgehungsstraßen, der Beseitigung von Unfallschwerpunkten sowie auf der Verkehrserschließung liege. Zügig müßten die Massenverkehrsmittel in München und Nürnberg erweitert sowie der Rhein-Main-Donau-Kanal und der Flughafen München 2 errichtet werden.

Auf dem Gebiet des Umweltschutzes kündigte er u. a. an, daß Bayern eine Daueraufgabe darin sehe, die Strahlenbelastung durch die Anwendung von Röntgenstrahlen bei der Diagnose zu verringern. Man wolle auch daraufhinwirken, daß Wiederholungsprüfungen an Röntgengeräten sichergestellt sind. Besonderes Gewicht wolle die Staatsregierung auch in den kommenden Jahren auf die Sozial- und Gesundheitspolitik legen: Verstärkt werde man im Jahr der Behinderten den Dialog mit den Behinderten fortsetzen, dessen Ergebnis noch in dieser Legislaturperiode in einem zweiten Landesplan für die Behinderten münden werde. Wesentlich verstärkt solle die offene Altenhilfe werden, damit ältere Menschen in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben und möglichst selbständig leben könnten. Ebenso müßte das Angebot an Sozialstationen und an ambulanter Hilfe verstärkt werden. Zum Gesundheitswesen selbst gab Strauß bekannt, derzeit seien in Bearbeitung: „Die bessere Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten, die landesweite Streuung von Hubschrauberlandeplätzen bei Krankenhäusern, die Errichtung eines Schwerstverbranntenzentrums, der Aufbau eines Strahlenschutzentrums und das Modell eines zusätzlichen interistischen Krebszentrums.“

Michael Gscheidle

Wolken am Konjunkturhimmel

Die Wolken am Konjunkturhimmel werden dunkler. Die wirtschaftswissenschaftlichen Institute, die im Herbst „Null-Wachstum“ prophezeit hatten, sehen jetzt kaum noch Chancen, daß sich die Konjunktur in der zweiten Jahreshälfte 1981 erholt. Alle Erwartungen werden nach unten geschraubt. Die Bundesregierung wird, so scheint es, der pessimistischeren Einschätzung folgen, wenn sie in der zweiten Januarhälfte über den Jahreswirtschaftsbericht zu beschließen hat. Die realen Wachstumserwartungen dürften auf Null reduziert werden, obwohl sich die wirtschaftlichen Daten in den letzten Wochen kaum verändert haben. Bis zur Verabschiedung des Haushalts hatte die Bundesregierung noch gedämpften Optimismus verbreitet, um Finanzminister Matthöfer die Möglichkeit zu geben, einen Haushaltsentwurf zu präsentieren, der den in den Koalitionsverhandlungen vereinbarten „Eckwerten“ Rechnung trägt. Die Wachstumsrate der Ausgaben sollte danach auf vier Prozent und die Netto-Kreditaufnahme auf 27 Milliarden DM begrenzt werden. Der vom Kabinett verabschiedete Entwurf weist nunmehr eine Zuwachsrate von 4,3 Prozent und eine Neuverschuldung von 27,44 Milliarden DM aus.

Diese Zahlen haben freilich nur optischen Wert; Matthöfer hat tief in die „Trickkiste“ seiner Haushaltsexperten gegriffen. Zunächst einmal vergleicht Matthöfer die Soll-Zahlen für 1981 mit den voraussichtlichen Ist-Zahlen von 1980. Das ist ein durchaus übliches Verfahren. Beim Vergleich der Soll-Zahlen ergibt sich ein Ausgabenzuwachs von fast fünf Prozent. Diese Ausgabenbegrenzung wird aber nur erreicht, weil z. B. die Bundeszuschüsse an die Rentenversicherung um 3,5 Milliarden DM gekürzt und die Zuschüsse an die Bundesanstalt für Arbeit recht willkürlich auf 3,6 Milliarden DM begrenzt werden. Auch die Zehntungen an die Bahn werden gekürzt. Die Bahn muß Tarife erhöhen, Investitionen strecken und sich trotz einer gewaltigen Schuldenlast Geld am Kapitalmarkt leihen.

Die Einnahmen des Bundes verbessert Matthöfer durch die drastische Erhöhung der Mineralölsteuer und der Branntwein-

steuer zum 1. April, durch die Anhebung der Abgabe der Post an den Bund und durch die Gewinnabführung der Bundesbank an den Bundeshaushalt. Addiert bringt dies Mehreinnahmen von annähernd sechs Milliarden DM. Die Bundesbank hat allein 1,7 Milliarden DM an Matthöfer abzuführen. Dieser „Gewinn“ ergibt sich vor allem aus der Abwertung des Dollars und der damit verbundenen Abwertung der D-Mark. Es stellt sich die Frage, ob das Bundesbankgesetz vernünftig konzipiert ist, wenn der Finanzminister, der durchaus die Kursentwicklung der D-Mark beeinflussen könnte, an der Abwertung der D-Mark „verdient“. Was Matthöfer macht, ist nach dem Gesetz in Ordnung. Aber ist das Gesetz noch in Ordnung? Der Finanzminister sollte jedenfalls kein Interesse am Sinken des Außenwertes unserer Währung haben.

Das abgelaufene Haushaltsjahr 1980 hat keinen Beitrag zur Konsolidierung der Staatsfinanzen gebracht. Im Gegenteil: das gesamtstaatliche Finanzierungsdéfizit ist auf etwa 57 Milliarden DM angewachsen; das sind fast zehn Milliarden DM mehr als noch zur Jahresmitte 1980 eingenommen wurde. 1981 dürfte die Neuverschuldung von Bund, Ländern und Gemeinden 60 Milliarden DM übersteigen, selbst wenn es in der zweiten Jahreshälfte zu einem neuen Konjunkturaufschwung kommen sollte. Mit Sicherheit kann man unterstellen, daß beim Haushalt noch nicht das letzte Wort gesprochen ist. Es ist wohl kein Zufall, daß sich das Parlament mit der Verabschiedung des Etats bis Mei Zeit lassen will. Sollten sich die pessimistischen Konjunkturprognosen bestätigen und die Arbeitslosenzahlen deutlich über die Millionen-Grenze steigen, so wird es spätestens im Februar/März eine breite politische Diskussion über neue Konjunkturprogramme geben. Schon jetzt beginnt das politische Geplänkel über die Frage, ob es dann besser wäre, Ausgabenprogramme aufzulegen oder Anreize durch Steuererleichterungen zu geben. Im Zweifel wird es beides geben, verbunden möglicherweise mit einer weitergehenden Erhöhung der Verbrauchssteuern oder sogar einer Erhöhung der Mehrwertsteuer.

Daß sich die SPD-Bundesfraktion nicht mit Schmidts magerem Regierungsprogramm zufrieden geben will, ist schon deutlich geworden. So hätte z. B. der zum linken Parteiflügel zählende Obmann der Fraktion im Sozialpolitischen Bundestagsausschuß, Jürgen Egert, Gesetzesinitiativen zur Eindämmung des Ausgabenanstiegs im Gesundheitswesen für nötig. Egerts Philosophie heißt: wirtschaftlich vernünftiges Verhalten sollte belohnt, wirtschaftlich unvernünftiges Verhalten sollte bestraft werden. Das Kostendämpfungsgesetz habe die eigentlichen Ursachen des Ausgabenanstiegs nicht beseitigt; mit Kostendeckeln und Höchstbeträgen habe man ein zu pauschales Instrumentarium geschaffen, meinte Egert in einem Beitrag, den der SPD-Pressedienst veröffentlichte. Der einflußreiche Sozialpolitiker möchte das Gesundheitswesen so ausgestalten, daß die Beteiligten einen Anreiz haben, sich wirtschaftlich vernünftig zu verhalten. Egert macht drei Vorschläge:

■ Auf längere Sicht sollen die Kassenärzte nur noch solche Medikamente auf Kosten der Kassen verordnen dürfen, die auf einer sogenannten „Positivliste“ stehen. Auf diese Liste dürfen nur solche Arzneimittel gesetzt werden, über deren Preise sich Kassen und Hersteller geeinigt haben. Es ist also das Ziel Egerts, das Arzneimittelangebot drastisch zu verringern und einen massiven Preisdruck auszuüben.

■ In der ambulanten kassenärztlichen Versorgung soll es keine Einzelleistungsvergütung mehr geben. Vielmehr könnten, so meint Egert, typische Therapieschritte bei der Behandlung bestimmter Krankheiten in der Gebührenordnung zu einem Leistungskomplex zusammengefaßt und dem Arzt in Form eines Gesamthonorars bezahlt werden. Zusatzleistungen sollen nur in Ausnahmefällen möglich sein. Egert will also „die Flucht in die Menge“ unterbinden.

■ Pflegesätze sollen künftig von Kassen und Krankenhäusern ausgehandelt werden. Sie sollen dem degressiven Kostenverlauf einer Krankenhausbehandlung angepaßt werden. Egert hält degressive, gestufte oder gespaltene Pflegesätze für möglich.

Die Kassenärzte dürften Egerts Kritik am Kostendämpfungsgesetz dankbar zur Kenntnis nehmen, seine Rezepte aber kaum übernehmen. Zu lange haben sie für die Einführung der Einzelleistungsvergütung gestritten, um sie nun auf dem Altar der Kostendämpfung zu opfern.

bonn-mot

Die Geschichte der Pathologie in München

von L. Thorn

Aus der Anatomischen Anstalt der Universität München

(Vorstände: Professor Dr. med. H. Frick und Professor Dr. med. R. Wetzstein)

— Herrn Professor Dr. med. W. Büngeler zum 80. Geburtstag gewidmet —

Das Pathologische Institut der Universität München

Sektionen wurden in München erstmals auf Veranlassung des Internisten Friedrich Karl von Loe (1786 bis 1838) durchgeführt. Nach Verlegung der Ludwig-Maximilians-Universität von Landshut nach München wurde Lorenz G. Gmeiner (1790 bis 1839), der Anatom der Chirurgenschule in München, außerordentlicher Professor für pathologische Anatomie an der Münchener Universität. Er war jedoch hauptsächlich als Landtagsabgeordneter und als Regimentsarzt eines Landwehrregiments tätig. Die Sektionen wurden damals von den Anatomen Eugen Schneider (1795 bis 1874) und Anton Förg (1809 bis 1859) vorgenommen.

Pathologisch-anatomische Demonstrationen wurden am Städtischen Allgemeinen Krankenhaus seit etwa 1845 von Anton Förg, seit etwa 1848 von Carl Thiersch und seit 1851 von diesem abwechselnd mit Ludwig Buhl gehalten. Später wurden für die pathologische Anatomie einige Räume der Anatomischen Anstalt des Staates und jährlich 25 Gulden zur Verfügung gestellt.

Carl Thiersch (1822 bis 1895) war von 1848 bis 1854 Universitätsprosektor. 1852 wurde er außerordentlicher Professor. 1854 ging er als ordentlicher Professor der Chirurgie nach Erlangen, später nach Leipzig. Besonders bekannt wurde er durch seine Arbeiten über Hauttransplantationen und über den Epithelialkrebs, durch die Einführung der Salicylsäure in die Wundbehandlung und durch seine plastischen Operationen, z. B. bei Blasenektomie.

Sein Nachfolger als Universitätsprosektor wurde Ludwig Buhl. Buhl wurde am 4. Januar 1816 in Mün-

chen geboren, wo er das Ludwigs-Gymnasium besuchte, Medizin studierte und 1839 promovierte. Von 1842 an war er mehrere Jahre Assistent am Städtischen Allgemeinen Krankenhaus in München. Nach Besuch der Spitäler in Wien, wo damals Rokitsky lehrte, und in Paris habilitierte er sich 1847 an der Münchener medizinischen Fakultät als Dozent für physikalische Diagnostik, pathologische Anatomie und Mikroskopie. 1850 wurde er außerordentlicher Professor, 1854 Prosektor der Hochschule, 1859 der erste ordentliche Professor der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie der Universität München und bald darauf außerordentliches Mitglied der Akademie der Wissenschaften. 1874 wurde er geadelt,

1863 deutete Buhl erstmals die Notwendigkeit der Errichtung eines *Pathologischen Instituts* in München an, aber erst 1871 erhielt er mit Unterstützung der Fakultät und des Senats die staatliche Baugenehmigung. Der Stadtmagistrat Münchens trat ihm einen Bauplatz von 3065 m² an der Nußbaumstraße zwischen dem Städtischen Krankenhaus und dem Anatomischen und Physiologischen Institut ab. Der Baukommission gehörten außer Buhl die Professoren Lindwurm und Voit, der Reichsrat von Pözl und Baurat Zenetti an. Die Baukosten betragen 165 000 Gulden (20 000 für den Bauplatz, 120 000 für den Rohbau, 25 000 für die Inneneinrichtung). Am 21. Juli 1873 wurde der Bau begonnen, am 9. Januar 1875 konnte das Institut eingeweiht und im Sommersemester 1875 in Betrieb genommen werden.

Buhl definierte ein Pathologisches Institut als „eine Anstalt, welche unter gemeinschaftlichem Dache die Arbeitsteilung an pathologisch-ana-

tomischen und histologischen, an chemischen, physikalischen und experimentellen Aufgaben zum Zwecke der Aufklärung krankhafter Erscheinungen und der Ermittlung ihrer Bedingungen zuläßt“ (Buhl: Rede, gehalten bei der Eröffnungsfeler des neuen pathologischen Institutes in München am 9. Januar 1875, *Ärztliches Intelligenzblatt* Nr. 2 (1875); Buhl und Zenetti: *Das Pathologische Institut der K. Universität München*, 1875).

Dementsprechend enthielt das Institut Räume

1. für pathologisch-anatomische,
2. für histologische,
3. für chemische und physikalische,
4. für experimentelle Arbeiten,

außerdem eine Abteilung für vergleichende Pathologie, der der außerordentliche Professor Otto Bollinger vorstand, und die den wissenschaftlichen Sammlungen des Staates angegliederte pathologisch-anatomische Sammlung.

Das Institut bestand aus einem Niedererdgeschoß, einem Hoherdgeschoß und einem Obergeschoß. Das Obergeschoß enthielt je einen Arbeitsraum für den Vorstand des Instituts und den Professor für vergleichende Pathologie, den Hörsaal mit Plätzen für 150 Zuhörer, einen Mikroskopierraum mit zehn Arbeitsplätzen, einen kleinen Mikroskopiererraum, drei Säle für die aus über 3000 Präparaten bestehende pathologisch-anatomische Sammlung sowie einen Reservesaal für noch nicht eingereichte Präparate. Im Obererdgeschoß befanden sich der Sektionsaal für klinische Sektionen mit Stehplätzen für 120 Zuschauer, ein Professoren- und Bibliothekszimmer zum Empfang der Kliniker und für unmittelbar nach der Sektion vorzunehmende mikroskopische Untersuchungen, zwei Arbeitszimmer für die Assistenten für pathologische Anatomie, ein Arbeitszimmer für den Diener, ein Laboratorium und ein Wohnzimmer für den Assistenten für Chemie und Physik, ein chemisches Laboratorium mit zwölf Arbeitsplätzen, ein Waagenzimmer, ein Verbrennungsraum für Elementaranalysen, ein Mikroskopierraum für den Unterricht in pathologischer Histologie für durchschnittlich 50 Teilnehmer, ein Experimentiersaal für Tierversuche, je ein Zimmer für



Zusammensetzung: Es enthalten 1 inimur® Dregese 200 mg Nifuratel (INN), 1 inimur® Stäbchen 250 mg Nifuratel (INN), 1 g inimur® Salbe 100 mg Nifuratel (INN). **Anwendungsgebiete:** Bei vaginalen Infektionen durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien einschließlich aller Mischformen. Entzündungen des äußeren weiblichen Genitals. Gleichartige Infektionen der ableitenden Harnwege bei Mann und Frau. Durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien bedingte Entzündungen des Penis und Präputium. **Kontraindikationen und Hinweise:** Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt. Während der oralen Behandlung ist, wie bei allen Nitrofurar-Derivaten, Alkohol zu meiden. Bei einer bestehenden Schwangerschaft können inimur-Vaginalstäbchen und inimur-Salbe verordnet werden. Eine orale Anwendung von inimur bei bestehender Gravidität, insbesondere im ersten Trimenon, wird im Sinne der heute anerkannten Richtlinien nicht empfohlen. inimur ist nicht vorgesehen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten. **Handelformen und Preise*:** 21 Dregese AVP m. MwSt. DM 22,25; 10 Vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 14,40; Kombipackung mit 21 Dregese, 10 Vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 32,60; 50 ml Salbe AVP m. MwSt. DM 24,40. *Stand: Januar 1981



Zurück
zur Döderlein-
Flora

inimur®

● trichomonazid ● antimykotisch ● antibakteriell

Überzeugende Therapieerfolge durch breites Wirkspektrum

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

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

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

optische Versuche und für Gasanalysen, ein kleines Zimmer für spektralanalytische Untersuchungen und ein Raum zur Aufbewahrung von Instrumenten. Im Niedererdgeschoß waren das Sektionszimmer für nicht klinische Sektionen, ein Leichendepot und Ankleidezimmer mit einem Nebenraum, in dem sich der Aufzug zum Transport der Leichen in den klinischen Sektionssaal befand, ein Leichenausstellungsraum mit abgeteiltem Aussegnungsraum, eine chemische Küche mit einem Ofen zur Veraschung organischer Stoffe, ein Zentrifugalmaschinenraum, ein Heizraum, ein Kohlenraum, ein Maschinenraum, die Schreinerei, drei Dienerwohnungen und ein Keller für die Diener untergebracht. Im Dachgeschoß befanden sich das Wasserreservoir und zwei abgeschlossene Utensilienkammern. Das Äußere des Gebäudes war im Stil der italienischen Renaissance gehalten. Zu dem Institut gehörte ein Garten mit einem Nebengebäude, in dem zwei Ställe für Versuchstiere (drei Hunde, neun Kaninchen und Frösche), eine Waschküche, eine Holzremise und ein Mazeriererraum untergebracht waren.

Als das Institut bezogen wurde, unterstanden Buhl drei Assistenten und drei Diener. In den ersten Jahren wurden jeweils 600 bis 700 Sektionen durchgeführt. Im Jahre 1875 stand für wissenschaftliche Zwecke ein Etat von 3500 Gulden zur Verfügung.

Die drei ersten Assistenten Buhls waren Heinrich Mayer, Ernst Schweninger und Hermann Tappeiner. Nach einem Jahr verließ Heinrich Mayer das Institut. An seine Stelle trat Ernst Hermann, nach dessen Ausscheiden erhielt Ernst Schweninger die erste Assistentenstelle. Er war vier Jahre am Institut tätig, später wurde er Professor an der Berliner Universität und der Leibarzt Bismarcks. Hermann Tappeiner, der die physikalisch-chemische Abteilung mit eingerichtet hatte, erhielt 1880 die neugegründete besondere Assistentenstelle für pathologische Physik und Chemie, 1888 wurde er Vorstand des neu eingerichteten pharmakologischen Laboratoriums, das im Physiologischen Institut untergebracht war. Dritter Assistent war 1878/79 Bernhard Spatz, der spätere Herausgeber der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“. Nach dem Austritt Schweningers

war Hermann von Höbllin vom Wintersemester 1879/80 bis zum Wintersemester 1890/91 erster Assistent, später wurde er Obermedizinalrat in Landau. Buhl hatte im letzten Semester vor seinem Tode einen Assistenten für pathologische Physik und Chemie (Hermann Tappeiner) und drei Assistenten für pathologische Anatomie (Hermann von Höbllin, Anton Müller und Ludwig Vogt).

Die Bedeutung Buhls für die Münchener medizinische Fakultät besteht darin, daß er die pathologische Anatomie und Histologie als besonderes Lehrfach eingeführt hat. Außerdem hielt er den klinischen Unterricht in Perkussion und Auskultation am Städtischen Allgemeinen Krankenhaus und war auch als praktischer Arzt tätig. Im Winter hielt Buhl jeden Samstag pathologisch-anatomische Demonstrationen, die nicht nur von Studenten, sondern auch von den Ärzten Münchens eifrig besucht wurden.

Buhls wissenschaftliche Arbeiten zeugen von seiner scharfen Beobachtungsgabe und seiner Fähigkeit zur Erkennung der Ursachen von Krankheitserscheinungen. Besonders bedeutend sind seine Arbeiten über die Ätiologie der Tuberkulose und des Abdominaltyphus. Schon 1859 definierte Buhl die Millartuberkulose als spezifische Resorptions- und Infektionskrankheit, diese Ansicht wurde von ihm in der 1872 erschienenen Monographie „Lungenentzündung, Tuberkulose und Schwindsucht“ ausführlich begründet. Seine Überzeugung von der Einheit der phthisischen und tuberkulösen Prozesse verteidigte er selbst gegen Virchow. In seiner Arbeit „Ein Beitrag zur Ätiologie des Typhus“ berichtete er über die von ihm festgestellten Beziehungen zwischen der Typhushäufigkeit und den Grundwasserbewegungen, diese Beobachtungen wurden später von Professor Seidel mit Hilfe der Wahrscheinlichkeitsrechnung bestätigt. Zusammen mit Hecker schrieb Buhl die „Klinik der Geburtskunde“ (Leipzig, 1861), in der er den pathologisch-anatomischen Teil bearbeitet hat. 1865 gründete er mit Pettenkofer und Voit die „Zeitschrift für Biologie“, in der außer seinem „Beitrag zur Ätiologie des Typhus“ u. a. seine Arbeiten über Diphtherie, über Mycosis intestinalis, über Herzkrankheiten und über diabetisches Koma erschienen sind. 1877 veröffentlichte

Buhl die „Mitteilungen aus dem Pathologischen Institute zu München“, die von ihm selbst u. a. Arbeiten über Bright's Granularschwund der Nieren und die damit zusammenhängende Herzhypertrophie, über croupöse und käsige Pneumonie und über die Schwankungen des Fettgehaltes des Gehirnes bei Typhus abdominalis sowie die Beschreibung des Skeletts des akromegalen Riesen Thomas Hasler aus Gmund am Tegernsee enthalten.

In seiner knappen Freizeit beschäftigte sich Buhl vorwiegend mit der Musik. Er hatte Kontrapunkt studiert, machte Kompositionsversuche und spielte Cello. Jeden Winter wurde in seinem Hause Quartett gespielt. Buhl starb nach langer Krankheit am 30. Juli 1880 in Ebenhausen bei München.

Buhls Nachfolger wurde sein Schüler *Otto Bollinger* (Abb. 1). Bollinger wurde am 2. April 1843 in Altenkirchen in der Rheinpfalz geboren. Er besuchte das Gymnasium in Zweibrücken und studierte Medizin in München, in Wien und in Berlin bei Virchow. Schon als Student bekam er mit Hilfe seines Lehrers Pfeufer eine Assistentenstelle bei Ludwig von Buhl. Vor allem in Wien beschäftigte er sich mit der Tierpathologie. 1870 habilitierte er sich in München als Privatdozent für pathologische Anatomie mit der Arbeit „Die Kolik der Pferde und das Wurmaneurysma der Eingeweidearterien“. Im Krieg 1870/71 war er als Arzt in den Typhusspitälern vor Paris tätig. Kurz nach seiner Rückkehr nach München erhielt er einen Ruf als Professor für pathologische Anatomie, Histologie und Physiologie an die Tierarztschule in Zürich und habilitierte sich gleichzeitig als Privatdozent für Pathologie an der Universität Zürich.

Während seines Aufenthaltes in Zürich schrieb er eine große Anzahl von bedeutungsvollen Arbeiten auf dem Gebiet der vergleichenden und der Tierpathologie, u. a. veröffentlichte er schon damals eine Reihe experimenteller Untersuchungen über die ätiologische Einheit der Perlsucht und der menschlichen Tuberkulose. 1874 wurde Bollinger nach München zurückberufen als ordentlicher Professor für Pathologie an der kgl. Tierarztschule, gleichzeitig wurde er an der Universität München außerordentlicher Profes-



Abbildung 1
Otto von Bollinger
bei einer pathologisch-anatomischen
Demonstration

sor für vergleichende Pathologie. Seine bedeutendsten Leistungen auf dem Gebiet der vergleichenden Pathologie sind die Entdeckung des Actinomycespilzes (1877), dem er zusammen mit dem Botaniker Harz den Namen gab, sein Buch über Zoonosen, das als dritter Band von Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie erschienen ist, seine Arbeit über Kuhpocken, in der er die Identität der Vakzine mit der Variola des Menschen nachwies, sowie seine Arbeiten über Milzbrand, über die mykotische Natur der Fleischvergiftungen und über die Wildseuche. Weitere Arbeiten beschäftigten sich u. a. mit dem kontagiösen Epitheliom des Geflügels, mit Fohlenlähme, Kälberlähme, Schweinerotlauf, Rotz und der Hämoglobinurie der großen Haustiere. Er schrieb auch zahlreiche Arbeiten über praktisch wichtige Fragen der Landwirtschaft und Hygiene, z. B. über Fütterungstuberkulose, Milchbeschaffenheit, Nahrungsmittelfälschung, das Molluscum contagiosum, die staatspolizeiliche Prophylaxe der Trichinose und die Übertragbarkeit von Tierkrankheiten auf den Menschen bei der Impfung. Auf Anregung Bollingers wurde die Seuchenversuchsstation an der kgl. Tierarzneischule in München errichtet. 1875 gründete er mit Franck die „Zeitschrift für Tiermedizin und vergleichende Pathologie“, in der er Referate über alle wichtigen Erscheinungen auf dem Gebiet der gesamten Medizin veröffentlichte. Von 1873 bis 1879 schrieb er re-

gelmäßig Referate über Tierkrankheiten in den „Jahresberichten der gesamten Medizin“ von Virchow und Hirsch.

Als Buhl erkrankte, wurde er von Bollinger vertreten, und nach dem Tode Buhls wurde Bollinger mit Beginn des Wintersemesters 1880/81 sein Nachfolger als ordentlicher Professor für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie und Vorstand des Pathologischen Instituts. Nach seinem Amtsantritt beschäftigte er sich zunächst mit Fragen über die Ätiologie der Tuberkulose, wobei er betonte, daß die „individuelle Disposition, wie sie durch kongenitale und erworbene Schädlichkeiten bedingt wird, bei der Pathogenese der Tuberkulose zum mindesten dieselbe, ja vielleicht eine größere Bedeutung beanspruche wie die Infektiosität“.

Als Bollinger die Leitung des Pathologischen Instituts übernahm, wurde die Zahl der Assistentenstellen um eine verringert und ebenso 1886 die Zahl der Dienerstellen. Neben Tappeiner und von Höbllin war vom Wintersemester 1881/82 bis zum Sommersemester 1886 Wilhelm Frobenius, ein Schüler Robert Kochs, Assistent am Pathologischen Institut. Auf Bollingers Veranlassung hielt Frobenius bakteriologische Kurse. Das Münchener Pathologische Institut war eines der ersten, in dem ein bakteriologisches Laboratorium eingerichtet wurde und in dem regelmäßig bakteriologische Kurse stattfanden. Bollinger selbst besuchte

den ersten bakteriologischen Kurs gemeinsam mit Ziemssen, Kerscheneiner und anderen Vertretern der Münchener Ärzteschaft. Der Nachfolger von Frobenius wurde für ein Jahr Ludwig Eisenlohr und dessen Nachfolger ab Wintersemester 1887/88 Hans Schmaus. Als Tappeiner 1888 Vorstand des im Physiologischen Institut untergebrachten pharmakologischen Laboratoriums wurde, wurde die besondere Assistentenstelle für pathologische Physik und Chemie aufgelöst und dafür wieder eine dritte anatomische Assistentenstelle eingerichtet. Diese vor allem für bakteriologische Arbeiten geschaffene Assistentenstelle erhielt zunächst Eugen Enderlen. Er war bis zum Wintersemester 1891/92 am Pathologischen Institut und wurde später ordentlicher Professor der Chirurgie in Würzburg und Heidelberg. Nachdem Hermann von Höbllin das Pathologische Institut verlassen hatte, wurde Hans Schmaus ab Sommersemester 1891 erster Assistent und Max von Kryger zweiter Assistent. Ab Wintersemester 1891/92 wurde Hans Hölzl der Nachfolger Enderlens und Kryger übernahm die bakteriologischen Arbeiten. Im Sommersemester 1893 erhielt Hölzl die zweite Assistentenstelle und Hermann Dürck die dritte. Dürck übernahm auch die bakteriologischen Arbeiten und wurde ab Wintersemester 1893/94 zweiter Assistent. Dritter Assistent waren je ein Jahr Theodor Brünings und Rudolf Hecker, dann je eineinhalb Jahre Ludwig Burkhardt, später Professor der Chirurgie am Nürnberger Krankenhaus, und Klaus Schillings, später Professor und Abteilungsleiter am Robert-Koch-Institut in Berlin. Ab Sommersemester 1899 erhielt Eugen Albrecht die dritte Assistentenstelle. Ab 1896 waren außerdem jeweils ein oder zwei Militärärzte am Pathologischen Institut tätig.

Die Zahl der jährlichen Sektionen betrug in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts 600 bis 700.

1897 erreichte Bollinger, daß an der Nordseite des Pathologischen Instituts ein Anbau errichtet wurde mit einem Sektionssaal mit ansteigendem Auditorium für die vor den Studenten vorgenommenen klinischen Sektionen und mit einem großen Unterrichtssaal für die pathologisch-histologischen Kurse. Gleichzeitig wurden neue Stallungen für die Versuchstiere angelegt. Die Baukosten betragen insgesamt 112 000 Mark.



Abbildung 2
Hermann Dürck bei einer pathologisch-anatomischen Demonstration

Vom 18. bis 22. September 1899 fand in München die 2. Tagung der Deutschen Pathologischen Gesellschaft unter dem Vorsitz von Rudolf Virchow – teils im Deutschen Theater, teils im Polytechnikum – statt. Um die Jahrhundertwende waren Hans Schmaus, Hermann Dürck und Eugen Albrecht Assistenten am Pathologischen Institut, außerdem war im Jahre 1900 ein Militärarzt dort beschäftigt. Der Etat betrug im Jahre 1900 rund 9000 Mark.

Noch im Jahre 1900 übernahm Eugen Albrecht die neuerbaute Prosektur in München am Krankenhaus rechts der Isar. Albrechts Schrift „Vorfagen der Biologie“ erschien 1899 (Bergmann, Wiesbaden). Albrecht war vier Jahre an der Prosektur im Krankenhaus rechts der Isar, dann übernahm er als Nachfolger Welgerts die Leitung des Senckenbergischen Pathologischen Instituts in Frankfurt am Main. Nach seinen Angaben wurde in Frankfurt ein neues Pathologisches Institut errichtet. 1907 gründete er die „Frankfurter Zeitschrift für Pathologie“. 1908 starb er erst 36jährig, kurz nachdem er das neue Institut bezogen hatte.

Die dritte Assistentenstelle am Münchener Pathologischen Institut erhielt als Nachfolger Eugen Albrechts für einhalb Jahre Oskar Raab und ab Sommersemester 1902 Siegfried Oberndorfer. 1905 wurde Hans Schmaus der Nachfolger Eugen Albrechts als Prosektor am Krankenhaus rechts der Isar, am Pathologi-

schon Institut erhielt Hermann Dürck die erste und Siegfried Oberndorfer die zweite Assistentenstelle. Dritter Assistent waren je ein bis zwei Jahre Ernst Schottelius, August Priesack, Karl Gruber und Wilhelm Glaser.

1905 wurde wieder eine dritte Dienstelle genehmigt.

1906 übernahm Siegfried Oberndorfer die Prosektur rechts der Isar, die zweite Assistentenstelle am Pathologischen Institut erhielt Robert Rössle. Von 1906 bis 1909 war Hermann Dürck erster und Robert Rössle zweiter Assistent.

Hans Schmaus war 17 Jahre Assistent am Pathologischen Institut, davon 13 Jahre erster Assistent. 1889 habilitierte er sich mit der Arbeit die „Compressionsmyelitis bei Caries der Wirbelsäule“ (Bergmann, Wiesbaden). 1901 erschienen im gleichen Verlag seine „Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarks“. Seine bekannteste Arbeit, der „Grundriß der pathologischen Anatomie“, wurde in mehrere Sprachen übersetzt und erschien kurze Zeit nach dem Tode des Verfassers bereits in der achten Auflage. Nachdem Schmaus ein Jahr lang Prosektor rechts der Isar gewesen war, starb er 1905 43jährig.

Sein Nachfolger als Prosektor am Krankenhaus rechts der Isar wurde Siegfried Oberndorfer. 1911 wurde Oberndorfer Vorstand des neuerichteten Pathologischen Instituts

am Krankenhaus München-Schwabing. 1933 ging er als Ordinarius für allgemeine und experimentelle Pathologie nach Istanbul. Von seinen zahlreichen Arbeiten sind die 1917 herausgegebene „Sektionstechnik“ als Taschenbuch des Feldarztes, die 1922 erschienenen „Pathologisch-anatomischen Situsbilder des Abdomens“ sowie die „Tumoren des Darmes“ (1929) und die „Inneren männlichen Geschlechtsorgane“ (1931) im Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie von Henke-Lubarsch besonders bekannt. In Istanbul schrieb Oberndorfer ein Lehrbuch der allgemeinen Pathologie in türkischer Sprache und kurz vor seinem Tode eine „Allgemeine Geschwulstlehre“. Er starb 1941 in Istanbul im Alter von 68 Jahren.

Hermann Dürck (Abb. 2) wurde 1893 Assistent und 1905 erster Assistent am Pathologischen Institut. 1909 wurde er als ordentlicher Professor für pathologische Anatomie an die Universität Jena berufen. Nach zwei Jahren legte er das Ordinariat nieder und übernahm als Nachfolger von Oberndorfer die Prosektur rechts der Isar. Von seinen zahlreichen Arbeiten sind am bekanntesten der „Atlas und Grundriß der speziellen pathologischen Histologie“ (1900), der „Atlas und Grundriß der allgemeinen pathologischen Histologie“ (1903), die „Beiträge zur pathologischen Anatomie der Pest“ (1904) und die „Beiträge zur pathologischen Anatomie der Beri-Beri“ (1908). Letztere entstanden nach Forschungsreisen nach Indien, Sumatra und Brasilien. Im ersten Weltkrieg war Dürck als Armeepathologe auf dem Balkan und in Istanbul tätig. Nach dem Krieg veranstaltete er im Vatikan im Auftrag des Papstes eine Ausstellung über Tropenkrankheiten. Nachdem Dürck 1934 in den Ruhestand getreten war, übernahm er zu Beginn des zweiten Weltkrieges erneut die Leitung der Prosektur rechts der Isar. Er starb 1941 im Alter von 72 Jahren.

Der Nachfolger Dürcks als erster Assistent am Pathologischen Institut wurde Robert Rössle, die zweite Assistentenstelle erhielt Werner Hueck, die dritte Hans Bachhammer.

Unter Bollingers Leitung wurde von seinen Schülern eine große Anzahl von Arbeiten veröffentlicht. Von seinen zahlreichen eigenen Arbeiten wurden besonders die über die idiopathische Herzhypertrophie und

Solubitrat®

erfüllt die tägliche Harnpflicht

- induziert eine verstärkte Diurese
- wirkt spasmolytisch und antibakteriell
- * mikroverkapselte ätherische Öle verstärken die Wirkung



Zusammensetzung: 6 ml (1 Teelöffel) enthalten: Extr. Orthosiph. 40 mg, Extr. Virgaur. 60 mg, Extr. Equiset. 60 mg, Extr. Betul. 80 mg, Öl. Junip. 4 mg, Öl. Foenic. 4 mg. Ätherische Öle mikroverkapselt. **Indikationen:** Zur Durchspülungstherapie der Harnwege bei bakteriellen, entzündlichen und spastischen Erkrankungen wie Pyelonephritis, Urethritis, Cystitis; Nephrolithiasis. **Kontraindikationen:** Schwere Einschränkung der Nierenfunktion. **Dosierung und Anwendungswise:** Tagsüber mehrmals bis zu stündlich einmal jeweils 1 Tasse Solubitrat® trinken.

Darreichungsform und Packungsgrößen: Packung mit 150 ml Pulver, ausreichend für ca. 25 Tassen DM 5,75; Packung mit 300 ml Pulver, ausreichend für ca. 50 Tassen DM 9,90; Packung mit 600 ml Pulver, ausreichend für ca. 100 Tassen DM 18,45; Anstaltspackung. LUDWIG HEUMANN & CO · GMBH · NÜRNBERG



Stand März 1980

über die Spätapoplexie bekannt. Sein „Atlas und Grundriß der pathologischen Anatomie“ kam schon wenige Jahre nach dem ersten Erscheinen in zweiter vermehrter Auflage heraus und wurde in mehrere Sprachen übersetzt. Wie Buhl, hielt Bollinger pathologisch-anatomische Demonstrationen, die auch von vielen praktischen Ärzten regelmäßig besucht wurden.

Neben der Lehrtätigkeit, der Verwaltung des Instituts und der wissenschaftlichen Arbeit war Bollinger mit der Zugehörigkeit zu akademischen und Medizinalbehörden, zeitweilig auch als Landrat von Oberbayern beschäftigt. Er war im Medizinalkomitee, im Obermedizinalausschuß und im Reichsgesundheitsrat tätig und nahm ausschlaggebenden Einfluß auf manche Zweige der Medizinalgesetzgebung. Er bemühte sich auch um die Verbesserung der sozialen und ökonomischen Lage des ärztlichen Standes, was er in seiner Rede bei der Übernahme des Rektorats der Ludwig-Maximilians-Universität am 28. November 1908 über „Wandlungen der Medizin und des ärztlichen Standes in den letzten fünfzig Jahren“ betonte. Er gehörte dem „Pensionsverein für Witwen und Waisen bayerischer Ärzte“ in leitender Stellung an und dem „Neuen Standesverein Münchner Ärzte“ von dessen Gründung bis zu seinem Tode. 1879 kam Bollinger als Delegierter des Münchener Ärztlichen Vereins in das Herausgeberkollegium des „Ärztlichen Intelligenzblattes“, der späteren „Münchener Medizinischen Wochenschrift“, bald wurde er Vorsitzender des Herausgeberkollegiums und brachte die Zeitschrift zu großem Ansehen.

1875 lehnte Bollinger einen Ruf als Ordinarius an die Universität Dorpat ab. 1888 wurde er Obermedizinalrat, 1908 Geheimrat. Er erhielt zahlreiche Orden. Dreimal war er Senator, dreimal Dekan der medizinischen Fakultät, in seinem letzten Lebensjahr Rektor der Universität. Ehe er das Rektorat annahm, prüfte er seine Leistungsfähigkeit durch eine Bergbesteigung. Bollinger starb nach kurzer Krankheit am 13. August 1909 in Neuwittelsbach bei München. Die von seinem Schüler Hermann Dürck ausgeführte Obduktion ergab eine Thromboarteriitis der Koronararterien und eine ausgedehnte Myokardverschmelzung.

Nach dem Tode Otto von Bollingers übernahm der Prosektor Robert Rössle 1909 die interimistische Leitung des Pathologischen Instituts, bis im Sommersemester 1910 Max Borst Direktor des Instituts wurde.

Max Borst wurde am 19. November 1869 in Würzburg geboren und verbrachte dort seine Schul- und Studienzeit, mit Ausnahme einiger klinischer Semester in München. Nachdem er 1892 mit der Arbeit „Über die kongenitale Hüftluxation“ promoviert und 1893 die Approbation erhalten hatte, wurde er am Pathologischen Institut in Würzburg Assistent bei Eduard von Rindfleisch. 1897 habilitierte er sich mit der Arbeit „Über das Verhalten der Endothelien bei der akuten und chronischen Entzündung“. Im Würzburger Pathologischen Institut schrieb er zahlreiche Arbeiten über das pathologische Wachstum, über Regeneration, Wundheilung, Organisation, Metaplasie und Transplantation, von denen seine 1902 erschienene zweibändige „Lehre von den Geschwülsten“ am bekanntesten ist. Mit dem Chirurgen Eugen Enderlen, der von 1888 bis 1891 Assistent am Pathologischen Institut in München gewesen war, führte er Untersuchungen an transplantierten Blutgefäßen und ganzen Organen durch. 1903 wurde Borst außerordentlicher Professor, 1904 ordentlicher Professor an der neugegründeten medizinischen Akademie in Köln und gleichzeitig außerordentlicher Professor in Bonn. 1904 erhielt er in Boston den Warren-Preis für seine Arbeit „Neue Ergebnisse zur Frage der Regenerationsfähigkeit des Gehirns“. 1905 wurde er Nachfolger Ribberts in Göttingen, 1906 Nachfolger seines Lehrers Rindfleisch in Würzburg und 1910 Nachfolger Bollingers in München. Auch in München schrieb Borst eine große Anzahl von Arbeiten über Transplantationen und Geschwülste. Über seine Forschungsergebnisse berichtete er in zahlreichen Referaten im In- und Ausland: 1906 in Lissabon über die Klassifikation der Sarkome, 1907 in Dresden über Teratome, 1910 in Paris über die Zelltheorie des Karzinoms, 1913 in London über die Ergebnisse der Transplantationen, 1927 in Danzig über Infektion, Parasitismus und Gewächsbildung, 1933 in Madrid über die histologische Erfassung der Bösartigkeit von Gewächsen, 1936 in Brüssel über organische Wuchs-

stoffe und kanzerogene Substanzen, 1938 in Budapest über Krebs und Virus.

Borst's bedeutendste Arbeiten während der Münchener Jahre sind die „Kriegsverletzungen“ (1917), der „Unterrichtskurs der Pathologischen Histologie“ (1921, 1926 und 1938), die „Allgemeine Pathologie der malignen Geschwülste“ (1924) und gemeinsam mit Königsdörffer die „Untersuchungen über Porphyrine“ (1929).

Borst's ganze Forschung beschäftigte sich mit Fragen der allgemeinen Pathologie, vor allem mit Fragen der pathologischen Entwicklung und des Wachstums. Auch in seinen Arbeiten über Themen der speziellen pathologischen Anatomie wird die Beziehung zu den genannten Fragen der allgemeinen Pathologie deutlich. Die Anregung zu Borst's großem Geschwulstwerk kam von seinem Lehrer Eduard von Rindfleisch. Die Grundlage dazu bildeten neben Borst's eigenen Arbeiten über hundert Dissertationen, die unter Borst's Leitung im Würzburger Pathologischen Institut geschrieben wurden, zusammenfassende Darstellungen der Ergebnisse dieser Arbeiten wurden in den Verhandlungsberichten der Physikalisch-Medizinischen Gesellschaft in Würzburg veröffentlicht. Borst führte bei seiner wissenschaftlichen Arbeit die einmal aufgegriffenen Themen immer weiter fort, vor allem das Geschwulstthema. Er gab zwar keine Neuauflage seines 1902 erschienenen und schon bald vergriffenen Werkes heraus, aber das von ihm von 1908 bis 1936 echtmal bearbeitete Geschwulstkapitel im Aschoff'schen Lehrbuch und die „Allgemeine Pathologie der malignen Geschwülste“ von 1924 waren eine Fortführung des ersten Geschwulstwerkes. Auch mit der Endothelfrage von 1897 beschäftigte er sich 1900 und 1901 in der Pathologie der serösen Deckzellen weiter. Mit den Heilungsvorgängen in verschiedenen Geweben befaßte er sich 1899 (Fremdkörperheilung), 1903 (Sehnenplastik), 1908 (Intermediärknorpel), 1916 (Entzündung und Reizung), 1917 (Kriegsverletzungen) und 1932 (Bollinger-Vorlesung über Entzündung), mit Fragen der Transplantation 1903 (Sehnen), 1908 (Knorpel), 1909 (Gefäße und Organe), 1912 bis 1914 (Gelenke) und im zusammenfassenden Referat 1913,

mit der Regeneration seit der Preisarbeit 1904 noch einmal 1907 und dann fortlaufend im Aschoffschen Lehrbuch. Im Laufe seiner Forschung kam Borst, ausgehend von Fragen der Morphologie, allmählich zu Fragen der pathologischen Physiologie. Die physiologische Methode des Experiments überließ er jedoch meistens seinen Schülern, während er selbst sich weiterhin mit der Morphologie beschäftigte. Nach über 40jähriger Tätigkeit auf diesem Gebiet entdeckte er die „Kleinzellen“ in Tumoren. In der letzten Zeit vor seinem Tode war er mit einer Neuauflage seiner pathologischen Histologie beschäftigt.

Aufgrund seiner hohen Anerkennung als Geschwulstforscher wurde Borst Vorsitzender des deutschen Ausschusses für Krebsbekämpfung. Außerdem wurde er zum ordentlichen Mitglied der Bayerischen Akademie der Wissenschaften, zum korrespondierenden Mitglied der Real Acad. nac. de Medicina Madrid, zum Ehrenmitglied des Ärztlichen Vereins München und der Post graduate Med. Assoc. of North America und 1938 zum Rektor der Akademie für Internationale ärztliche Fortbildung in Budapest ernannt.

In seiner Freizeit betätigte sich Borst als Dichter und Komponist. Er komponierte Lieder, Kammermusik und Orchesterwerke. Den Text seiner Lieder dichtete er größtenteils selbst. Auch auf dem Gebiet der Musik eignete er sich zunächst gründlich das Technische an und strebte dann mit Beharrlichkeit nach einer gewissen Vollendung. Bis ins hohe Alter übte er täglich zwei Stunden auf seinem Cello. In der Jugend beschränkte er sich auf das freie Phantasieren am Klavier, erst im Alter

trat er mit seinen musikalischen Werken an die Öffentlichkeit.

Seit dem Amtsantritt von Max Borst (1910) werden die Arbeiten aus dem Münchener Pathologischen Institut in Sammelbänden zusammengestellt. Sie befinden sich in der Bibliothek des Instituts.

Im Herbst 1910 verließ der dritte Assistent Hans Bachhammer das Pathologische Institut, Werner Hueck übernahm die dritte Assistentenstelle, Alexander Schmincke die zweite Assistentenstelle, die vorher Hueck innegehabt hatte. Zur gleichen Zeit wurde eine neue Hilfsassistentenstelle genehmigt, die Leonhard Wacker erhielt. Wacker übernahm die Leitung des neu eingerichteten chemischen Laboratoriums. 1911 wurde Robert Rössle als Ordinarius und Nachfolger Hermann Dürcks nach Jena berufen.

Robert Rössle studierte in Kiel, Straßburg und München und arbeitete dann bei Arnold Heller in Kiel sowie bei dem Zoologen Richard Hertwig und dem Hygieniker Max von Gruber in München. Rössle habilitierte sich 1904 in Kiel bei Heller für Pathologie. Von 1906 bis 1909 war er Assistent am Pathologischen Institut in München, wo er Prosektor und 1909 außerordentlicher Professor wurde. 1911 wurde er Ordinarius in Jena, 1922 in Basel und 1929 in Berlin als Nachfolger von Lubarsch. Nach seiner Emeritierung im Jahre 1949 übernahm er die Leitung der Prosektur des Städtischen Wenckebach-Krankenhauses in Berlin-Tempelhof bis 1953. Dann arbeitete er als Gast am Zellforschungsinstitut der Max-Planck-Gesellschaft in Berlin-Dahlem. Er gab 40 Bände von „Virchows Archiv“ heraus. 1956

starb er in Berlin an einem rezidivierenden Herzinfarkt.

Rössles Arbeiten wurden durch den Einfluß seiner Lehrer bestimmt, durch die Protozoenstudien Hertwigs, die Serologie Grubers und die vergleichende Pathologie Bollingers. Während der Münchener Zeit beschäftigte sich Rössle mit der Pigmentbildung in menschlichen Melanosarkomen, mit der veränderten Durchblutung bei der Geschwulstentstehung, der toxisch-infektiösen Natur der Leberzirrhose, der Hypertrophie und Organkorrelation, mit dem Wachstum und Altern sowie mit der Phagozytose von Blutkörperchen durch Parenchymzellen und ihrer Beziehung zum hämorrhagischen Ödem und zur Hämochromatose. Seine in München begonnenen Zell- und Leberstudien führten über die Beobachtung der gleichzeitigen Gefäßwand- und Blutumlaufveränderungen 1933 zur Prägung des Allergie- und Pathergiebegriffes und zur „serösen Entzündung“. An weiteren wichtigen Arbeiten gab er eine „Pathologische Anatomie der Familie“ heraus, einen „Atlas der Wechstumsstörungen“, einen „Atlas der pathologischen Anatomie“, zusammen mit Roulet „Maß und Zahl in der Pathologie“, „Die Stufen der Malignität“, „Versuch einer natürlichen Ordnung der Geschwülste“, „Innere Krankheitsursachen“, die „Allgemeine Pathologie der Zelle“ im Lehrbuch von Aschoff und das „Pathologische Wachstum“ in den „Ergebnissen der pathologischen Anatomie“ von Lubarsch-Ostertag.

(Fortsetzung folgt)

Anschrift der Verfasserin:

Professor Dr. med. L. Thorn, Pellenkofferstraße 11, 8000 München 2

Prostatahypertrophie Stadium I und beginnendes Stadium II

PROSTAMED®

Proliferationsbremse des Prostatagewebes bei gleichzeitiger Beseitigung venöser Stauungskongestionen der Prostata.

Zusammensetzung: 1 Tablette à 0,5 g enthält:

Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Kakao 0,05 g, Extr. fl. Herb. Solidag. 0,04 g, Extr. fl. 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.

Handelsformen u. Preise incl. MWSt.: 60 Tabletten DM 8,45; 120 Tabletten DM 14,48; 360 Tabletten DM 34,78



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

Das Heilsame in Kunst und Medizin

VII. Kumpfmühler Symposion — veranstaltet von Max Josef Zilch

(Schluß)

Nun bleiben noch zwei Referate zu besprechen, die sich mit *Kunst* befassen. Ich kann nur empfehlen, beide eingehend im Sonderdruck zu genießen und zu studieren.

Da ist einmal das Referat von Herrn Dr. Schmucker, Philosophisches Institut der Universität Regensburg, der gleichzeitig auch einer der Moderatoren des Symposions war: „Gestalt und Gemüt — Über einige unverzichtbare Bedingungen sinnvollen Lebens“, das in drei Abschnitte gliedert ist:

1. „Der Formsubjektivismus der Moderne und die Zerstörung des Gemüts“

„Suchte das 19. Jahrhundert in seiner Kunst noch den Anschluß an Natur oder die nationale, humanitäre, ständische oder wie auch immer interpretierte Tradition, so bricht um die Jahrhundertwende Kunst aus diesem durch Tradition und Natur definierten Orientierungsrahmen aus.“ Dies „führt zur Etablierung des Künstlers als autonomen Subjekts“ und „einer creatio ex nihilo“. „Das Schöpferische wird derart radikalisiert, daß von ihm die Erlösung von Welt und Mensch im Ganzen erwartet wird. Nicht mehr die Kunst ist das Göttliche wie noch im 19. Jahrhundert, sondern ihr Schöpfer.“ — „Das Entwicklungsgesetz der neuen schöpferischen Ordnung ist das Gesetz der Zerstückelung zunächst des Seienden, dann der von ihm abstrahierten Formen überhaupt, die Selbstzerstörung der Form.“ Die daraus entstehenden Gefahren für die Allgemeinheit werden beispielhaft an dem Satz von Le Corbusier gezeigt: „Der Kern unserer alten Städte mit ihren Domen und Münstern muß zerschlagen und durch Wolkenkratzer ersetzt werden.“ Wenn es auch so weit nicht gekommen ist, so hat das neue Bauen doch „grundsätzliche Folgen

für die menschliche Umwelt“. „Das durchrationalisierte Wohnen macht das Leben formlos.“

2. „Die Wahrheit der Dinge und das Wesen des Gemüts“

„Die Etablierung des Menschen als eines autonomen Subjekts“ hat die „chaotische Konsequenz“: „Was ist, muß um der autonomen Schöpferkraft willen negiert und überwunden werden.“ Die Wahrheit der Kunst und die Wahrheit der Erkenntnis standen „unter einem Maß“, das nicht „ausschließlich sie selbst oder ihre Verwirklichung gewesen war“. Das Gemüt, als „ein andächtiges Hören auf die innere Ordnung der Dinge, welche ihm selbst Maß und Gestalt gibt“, wurde verloren. „Gemüt setzt ein Angesprochenensein durch Wahrheit voraus, die nicht in des Menschen Macht ist.“

3. „Plädoyer für eine Erneuerung der Form aus dem Geist der christlich-abendländischen Tradition“

Ein lange anhaltender Beifall dankte dem Redner für das bekenntnishafte vorgetragene Referat, das im Heft „Katholische Bildung“, Juli/August 1980, bereits erschienen ist.

Und schließlich möchte ich noch über Professor Zollers Festvortrag „Die Natur als Quelle künstlerischer Inspiration“ berichten. „Durch naturwissenschaftliches, experimentelles Hinterfragen hat der Mensch vieles erfahren über die Natur.“ — „Jedoch der Schleier, der über dem hintergründigen Wesen und dem Sinn der Natur liegt, wurde mit dieser Methode nicht gehoben und wird nie gelüftet werden können, weil die Natur das Fassungsvermögen des Menschen zeitlich und räumlich unendlich überschreitet.“ Das „bedeutet eiles andere als Geringschätzung naturwissenschaftlicher Erkenntnisverfahren“. Diese Aussage „bedeutet euch nicht forscherliche Resignation. Sie setzt ganz einfach die gefundene

Evidenz in die richtige Relation zum unendlichen Ganzen. Wenn der Forscher diese Relation ehrlich ermißt, küßt er den Saum des Kleides des Schöpfers und spürt, wie sich Unendliches, Ewiges im Endlichen, Materiellen manifestiert.“ — „Wo die Natur als Quelle künstlerischer Inspiration wirkt, ist a priori im Menschen zentral die Frage nach Ursprung und Ewigkeit geweckt. Die Frage nach Ursprung und Ewigkeit hat die Kunst mit der Philosophie und der Religion gemeinsam. Bei aller Verschiedenheit von Religion, Philosophie und Kunst bleibt doch diese Frage nach dem Ewigen die gleiche, während die Wissenschaft der Moderne eine Frage nach dem Sinn nicht stellt. Die Religion findet eine Antwort im Erlebnis des Ewigen im Gefühl, die Philosophie sucht die Antwort im Erlebnis des Ewigen im Denken und die Kunst schafft Antwort im Erlebnis des Ewigen in der Anschauung. Es soll deshalb untersucht werden, inwiefern die Natur den Menschen als Künstler im Erlebnis des Ewigen in der Anschauung inspiriert hat und weiter inspiriert, und es soll gezeigt werden, wie das Erlebnis des Ewigen in der Anschauung den Menschen als Künstler immer wieder in die heilsame Übereinstimmung mit der Natur als Schöpfung gebracht hat und noch heute zu bringen vermag.“ Professor Zoller zeigt dann auf, daß die Natur erst spät in das Reich der Musik als Inspiration eingeströmt ist. Erst mit Haydns „Schöpfung“ vollzog sich „ein gewaltiger Durchbruch“. Die fesselnde Übersicht beginnt nach dem Hinweis, daß Haydns Schöpfung zu den Uranfängen allen Seins führt, mit den Höhlenmalereien und den seltenen Plastiken des eiszeitlichen Jungpaläolithikers. „Für den Höhepunkt dieser Kunst in den Perioden III und IV des Magdalénien dürfen wir wohl die Aussage wagen, daß kaum mehr ein solcher Vollendungsgrad in der Wiedergabe der Tiergestalt erreicht wurde bis zu den großen Tier- und Pflanzenportraits der Renaissance, in denen die Natur aus reinem Interesse an der Natur von Leonardo da Vinci, von Albrecht Dürer oder von Konrad Gessner dargestellt worden ist.“ — „Die Kunst der Eiszeit hat eine überraschende Ähnlichkeit mit der Kunst der Moderne.“ — „Schon die Uranfänge der Kunst lehren uns, daß die Natur als Quelle der Inspiration zwei verschiedene Arten von Gehalt und Form er-

10 ml
Kompensan-S
Magen-Liquid

... denn doppelt
heilt besser!

1. antacid

Kompensan-S bindet schnell und langanhaltend überschüssige Säure, wirkt antipeptisch durch dreifache Fermentblockade und blockiert die proteolytischen Fermente.

2. Schleimhautprotektiv

Kompensan-S wirkt adstringierend und antiphlogistisch, bildet einen langanhaltenden und aktiven Schleimhautschutz. Darüberhinaus besitzt Kompensan-S zusätzlich eine deflatorische Wirkung.

Zusammensetzung: 10 ml (1 Beutel bzw. 2 Teelöffel Kompensan-S Liquid enthalten 340 mg Dihydroxyaluminiumnatriumcarbonat und 100 mg Dimethylpolysiloxan (mittl. Molekulargewicht 10.000). Zuckerfrei. Eine Tablette Kompensan-S enthält 340 mg Dihydroxyaluminiumnatriumcarbonat und 30 mg Dimethylpolysiloxan (mittl. Molekulargewicht 10.000). **Indikationen:** Störungen im Magen-Darmbereich, wie z.B. Übersäuerungsbeschwerden, Völlegefühl, Blähungen, bei Gastritis, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren, zur Prophylaxe und Therapie von Streßulcera. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile des Präparates.
PFIZER GmbH Karlsruhe Abt. Roerig Pharmazeutike

Dosierung und Anwendungshinweise: 2 Teelöffel bzw. 1 Beutel Kompensan-S Liquid zwischen den Mahlzeiten, vor dem Zubettgehen und bei Auftreten von Beschwerden in einem halben Glas Wasser — gut verrührt — einnehmen. Kompensan-S Liquid kann auch unverdünnt eingenommen werden. 1—2 Tabletten Kompensan-S mehrmals täglich lutschen oder zerkauen. **Handelsformen und Preise:** Kompensan-S Magen-Liquid, Flasche mit 200 ml DM13,35; Packung mit 20 Beuteln zu je 10 ml DM13,35; Klinikpackung Kompensan-S Magen-Tabletten, Packung mit 40 Tabletten DM9,30; Packung mit 100 Tabletten DM19,05; Klinikpackungen
Stand 1. 12. 1980



PFIZER GmbH - Karlsruhe
Abt. Roerig Pharmazeutika



zeugt": einerseits die Darstellung des mit unseren Sinnen unmittelbar Wahrgenommenen und andererseits das im Künstler „transformierte Innenbild“, das nicht mehr mit dem natürlichen wahrgenommenen übereinstimmt und „deshalb vom Betrachter als Gleichnis der Natur zu deuten ist“.

Nun ist es nur noch möglich, Stichworte der weiteren Ausführungen zu geben: Bewußtseinswandel mit dem Selbsthaftwerden des Menschen, Aufgabe der jahrtausendealten kosmischen Tierreligion, Pflanzenkultur des Ackerbauers als Voraussetzung der Urbanität – die Natur steht nicht mehr über dem Menschen, er beginnt sie zu beherrschen. „In der Kunst stehen fortan der Mensch, seine Tätigkeit und seine Beziehungen zum Jenseits und zu Gott und seinen Göttern im Vordergrund.“ Die Natur wird im Abendland zum „Topos“ erniedrigt, zum „locus amoenus“ oder zum „locus terribilis“ für den Menschen. Blicke zu den Ägyptern, nach Ostasien, auf die Kunst der Griechen und Römer, wo die Natur auch „locus sanctus“ und „religiosus“ war. Die Bedeutung der Natur für das jüdische Volk; die Verbannung des Ewigen der Natur durch die Spaltung in Logos und Geist, in Materie und sündiges Fleisch für anderthalb Jahrtausende; das langsame Aufkommen eines neuen Naturgefühls bei Petrarca, Konrad Gessner u. a. Der späte Eingang als Stoff in die deutsche Literatur erst 200 Jahre nach Albrecht Altdorfers Donaulandschaft. Es existierte anscheinend keine adäquate Sprachform. Erst die Romantik, dann vor allem Goethe fanden oft wundervolle Verse – „Über allen Gipfeln / Ist Ruh ...“ Kurz möchte ich noch auf Aussagen zur modernen Kunst eingehen. „Meine Erfahrung ist die, daß moderne Kunst nicht ausschließlich zu Zerstörung der Gestalt geführt hat.“ – „Durch Zwang, sich zunächst mit den Funktionen zu befassen und nicht mit der fertigen Form, versucht der moderne Künstler sich der ‚Schau durch und durch‘ zu nähern. So verwandelt sich das Erlebnis des Ewigen in der Anschauung in das Erlebnis des Ewigen im Durchschauen. Jenseits aller exakten Versuche verliert sich in der inspirierten Totalisation bei Kandinski und Klee das Vordergründige der Vertikalen und Perspektiven. In ihrem Innenbild, das ohne Begrenzung, ohne Richtung und

ohne bestimmbareren Hintergrund ist, wird jener universale Raum der Natur wiedergefunden, jene ewige Gegenwart ihrer Unendlichkeit, wie sie einst in unmittelbarer Form die eiszeitlichen Jäger erlebten und wie sie in den fernöstlichen Landschaftsaquereilen erhalten geblieben ist. Das freie Beziehungsspiel von Formen und Linien in der Wirklichkeit der modernen Kunst eröffnet viele heilsame Möglichkeiten neuer Kreativität.“

Herrn Professor Zoller und Herrn Dr. Schmucker bin ich besonders dankbar für die Überlassung von Ablichtungen ihrer großartigen Referate. Die gelstige Weite des Symposions wurde ergänzt durch die Möglichkeit, an einer Führung durch die Thurn und Taxis-Hofbibliothek teilzunehmen, durch eine Orgelmusik in der Basilika St. Emmeram mit Domorganist Eberhard Kraus, durch den Besuch der Albertus Magnus Ausstellung und durch viele, die Diskussion ergänzende private Gespräche.

Das Symposion klang aus mit einer eingehenden Diskussion und einer von den Herren Moderatoren gewünschten kritischen Stellungnahme zum Verlauf des Symposions, vor allem aber mit einem Dank und besten Genesungswünschen für den Initiator, unseren cfr. Zilch, und mit einem Dank an die Moderatoren, die Herren Schipperges, Hauschka und Schmucker für ihren starken persönlichen Einsatz bei der Durchführung des Symposions und bei der Meisterung von Pannen, die es natürlich immer und überall gibt; denn Menschliches ist bei aller erreichbaren Größe doch nie ganz vollkommen. Das ist eine heilsame Erkenntnis, weil sie dazu auffordert, nie stehen zu bleiben, sondern immer beharrlich sich neu in die Zukunft zu entwerfen.

Insgesamt ein hervorragend geplantes Werk, zu dem man cfr. Zilch herzlich gratulieren darf.

An einer Anzahl von Veranstaltungen nahmen auch Mitglieder der Landesgruppe teil. So traf ich persönlich cfr. Hamann und die cfrs. Rottler und Schönhammer.

Referent:

Dr. med. E. Stetter, Wichernstraße 7, 8450 Amberg

Kongresse

98. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 22. bis 25. April 1981 in München

Ort: Ausstellungsgelände der Theresienhöhe, München

Auskunft:

Professor Dr. K. Spohn, Chirurgische Klinik – Städtisches Klinikum, Moltkestraße 14, 7500 Karlsruhe, Telefon (07 21) 59 75 00

Fortbildungsveranstaltungen des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth

11. Februar 1981

Herzrhythmusstörungen – brachykarde und tachykarde Formen
Professor Dr. Lang, Erlangen

Zeit und Ort: 20.00 Uhr – Stadthalle, Bayreuth

25. Februar 1980

Der allergische Formenkreis – Diagnose und Therapie
Dr. Bäuerle, Erlangen

Zeit und Ort: 20.00 Uhr – Ärztehaus Oberfranken, Bayreuth

25. März 1980

Begleitende medizinische Diagnostik und Therapie bei der Betreuung des behinderten Kindes

Privatdozent Dr. Wündisch – Dr. Lensler, Bayreuth

Zeit und Ort: 20.00 Uhr – Heilpädagogisches Zentrum, Bayreuth

15. April 1981

Moderne Antibiotikatherapie
Professor Dr. Dr. Adem, München

Zeit und Ort: 20.00 Uhr – Hotelgaststätte Eremitage, Bayreuth

29. April 1981

Notwendigkeit und Grenzen der Vitaminbehandlung

Professor Dr. Schimrigk, Homburg

Ort und Zeit: 20.00 Uhr – Stadthalle, Bayreuth

3. Juni 1981

Neue Aspekte zur Prophylaxe und Therapie thromboembolischer Erkrankungen

Privatdozent Dr. Ostendorf, Tübingen

Ort: Stadthalle, Bayreuth

8. Juli 1981

Asthmabronchiale – Diagnose und Therapie in der Praxis

Dr. Krieger, Bad Reichenhall

Ort: Stadthalle, Bayreuth

Auskunft:

Medizinaldirektor Dr. W. Relsch, Hohe Werte 8, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 28 02 22

Fortbildung in Badgastein – ein besonders aktuelles Thema

Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik von der vorstationären Diagnostik zur nachstationären Behandlung

XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

vom 8. bis 21. März 1981 in Badgastein

In Badgastein war und ist es üblich, den Kongreß unter ein Gesamt- oder Rahmenthema zu stellen, das gleichsam als roter Faden wenigstens für die Hauptreferate, Podiumsgespräche oder Kolloquien dient, die für das tägliche Nachmittagsprogramm bestimmend sind. Das Rahmenthema für 1981 dürfte sich durch besondere Aktualität auszeichnen, obwohl es sich um einen nicht gerade neuen Fragenkomplex handelt. Welcher niedergelassene Kollege hat sich nicht schon und wohlbegründet über den „Arztbericht“ dieser oder jener Klinik ärgern müssen? Der Bericht kommt zu spät, ist zu lang oder zu kurz. Umgekehrt ärgert es den Kliniker, wenn die Überweisung nur spärliche, keine oder gar falsche Informationen enthält, wenn mitgelieferte Röntgenbilder, Kurven und Labordaten etwa wegen technischer Insuffizienz mehr oder weniger unverwertbar sind. Damit sind wir bei der Aktualität des Themas unter dem Vorzeichen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen, der „Konzertierten Aktion“ und des „Bayerischen Modells“, das heißt der neuen Honorarvereinbarung zwischen KV und RVO-Kassen in Bayern. Trotz unterschiedlicher Wege scheint die Intensivierung der ambulanten kassenärztlichen Diagnostik und Therapie ein gemeinsames Ziel zu sein. „So viel ambulante Behandlung wie möglich – nur so viel stationäre Behandlung wie nötig.“ Durch Ausschöpfung der den Kassenärzten gemeinsam zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie sollen Krankenhauseinweisungen entweder vermieden werden, oder, wenn sie sich als erforderlich erweisen, soll erneute zellaubende Diagnostik durch Mitgabe erhobener Befunde überflüssig gemacht werden. Professor Sewering und Dr. h. c. Weißbauer werden in ihren einführenden Referaten über diese Probleme berichten.

Der Festvortrag von Professor Schedewaldt zur Eröffnung des Kongresses am 8. März soll als medizinhistorische Einleitung einen Überblick über die Entwicklung der Diagnostik in Klinik und Praxis vermitteln. Die Hauptreferate der folgenden Tage sind bestimmten, praktisch besonders wichtigen Gruppen von Patienten gewidmet: der Geläßkranke, der Rheumakranke, der Stoffwechselkranke, der Patient mit Störungen des Blutdrucks usw. In einem Podiumsgespräch am 19. März 1981 werden je ein Anästhesist, ein Internist, ein Neurologe und ein Neurochirurg das Thema „Der Schmerzpatient“ diskutieren.

Auch in Badgastein beherrschen 21 Seminare, die über eine, vereinzelt auch über zwei Wochen laufen, rein quantitativ das Programm. Es haben sich bestimmte Schwerpunkte herausgebildet, also Seminare, die regelmäßig, aber mit stets wechselndem Programm angeboten werden.

Prof. E.

A. Kongreßeröffnung und Festvortrag

B. Hauptreferate und Podiumsgespräche oder Kolloquien

- I. Einführung in das Gesamthema
- II. Der Gefäßkranke
- III. Der Patient mit Erkrankungen der Lunge oder der Atemwege
- IV. Der Rheumakranke
- V. Das Problemkind
- VI. Der Stoffwechselkranke
- VII. Der Patient mit Störungen des Blutdrucks
- VIII. Der Patient mit Erkrankungen aus den Bereichen der Toxikologie und der Hämatologie
- IX. Der Schmerzpatient
- X. Der Tumorkranke

C. Seminare

Rheumatologie – Pädiatrie – Gynäkologie und Geburtshilfe – Nuklearmedizin – Gastroenterologie – Orthopädie – Urologie – Psychiatrie – Suchtprobleme,

Alkohol und Drogen – Ultraschalldiagnostik – Sportmedizin – Kardiologie – Autogenes Training – Neurologie und Neurochirurgie – Elektrokardiographie – Endokrinologie – Kinder- und Jugendpsychiatrie – Klinisch-chemische Untersuchungen in der Praxis – Rechtsprobleme in der Medizin – Arzneimitteltherapie – Psychotherapie und Psychosomatik

D. Veranstaltungen verschiedener Thematik

Balneologie – Der Problempatient – Beruhtpolitik in Österreich – Theologie und Medizin – Vorführung wissenschaftlicher Filme gemäß Sonderprogramm – Quellenführungen – Einfahrten in den Thermalstollen Badgastein-Böckstein

Auskunft und Anmeldung:

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

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 19. Februar 1981 in München

Thema: Wirkungen von Kohlenmonoxid in niedrigen, arbeitsplatzrelevanten Konzentrationen (Privatdozent Dr. M. Marshall, Oberarzt am Institut und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München) – Diskussion

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

Onkologische Fortbildungsveranstaltung

am 21. Februar 1981 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. G. Hartwich, Erlangen

Thema: Aktuelle Therapie maligner Tumoren

Zeit und Ort: 9.00 Uhr – Medizinische Universitätsklinik Erlangen

Auskunft:

Professor Dr. G. Hartwich, Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-33 98

Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin

vom 8. bis 14. März 1981 in Garmisch-Partenkirchen

Themen: Rheumatismus – Hepatitis-Mononukleose-Diätetik – Endokrinologie – Möglichkeiten der Zusatzbehandlung bei Tumoren – Psychotherapie-Balintgruppen

Auskunft:

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

Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

gemeinsam mit der Österreichischen Röntgengesellschaft

vom 15. bis 17. Mai 1981 in Bregenz

Themen: Radiologie der Knieergion (Diagnostik und Therapie von Tumoren – Diagnostik und Therapie von Gelenkerkrankungen – Diagnostik von Gefäß-erkrankungen – Traumatologie – Degenerative Erkrankungen und aseptische Nekrosen)

Auskunft und Anmeldung:

Prim. Dr. W. Oser, Röntgenabteilung des Krankenhauses der Landeshauptstadt, A-6900 Bregenz

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer
— Akademie für ärztliche Fortbildung —

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

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

Augenheilkunde

Kopf-klinikum Würzburg, Universitäts-Augenklinik

Direktor: Professor Dr. Dr. W. Leydhecker

Fortbildungsveranstaltung für praktische Ärzte, Internisten, Neurologen und Kinderärzte am 27. Juni 1981

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 12.30 Uhr

Themen: Augensymptome bei Allgemeinerkrankungen: Wann soll der praktische Arzt einen Augenarzt bei Allgemeinleiden hinzuziehen? (Rundgespräch) — Die Differentialdiagnose des Doppelsehens bei Erwachsenen (Vortrag) — Fahrtüchtigkeit und Sehvermögen / Farbsinnstörungen (Rundgespräch) — Die Verhütung der Erblindung bei Frühgeborenen (Rundgespräch) — Konjunktivitis: Welche Bindehautentzündungen gehören in die Hand des Facharztes? (Rundgespräch) — Exophthalmus (Vortrag)

Letzter Anmeldetermin: 1. Juni 1981

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Dr. W. Leydhecker, Universitäts-Augenklinik, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 20 12 402

Ergometrie

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

Chefarzt: Dr. H. Hofmann

Ergometrie-wochenenda am 23./24. Mai und am 24./25. Oktober 1981

Beginn: Samstag 9.30 Uhr — Ende: Sonntag 12.30 Uhr

Das Programm umfaßt praktische Übungen sowie Referate über die theoretischen Grundlagen der ergometrischen Belastungsprüfungen und ihre heutige Bedeutung in Klinik und Praxis.

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 90.—

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24-369 oder 24-370

Echokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Einführungs- und Fortbildungskurs in die Klinische Echokardiographie (UKG) am 23./24. Oktober 1981

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Beginn: Freitag 9.15 Uhr — Ende: Samstag 12.00 Uhr

Kursgebühr: DM 50.—

Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1981 (Posteingang)

Ernährungsmedizin

Kurparkklinik Bad Neustadt/Saale

Kursleitung: Chefarzt Privatdozent Dr. med. habil. F. Matzkies

4. Ernährungsmedizinisches Seminar am 27./28. Juni 1981

Beginn: Samstag 9.00 Uhr — Ende: Sonntag 12.00 Uhr

Thema: Grundlagen der Ernährungslehre sowie die daraus ableitbaren diätetischen Behandlungsmöglichkeiten

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 200,- (Unterkunft und Verpflegung sind inbegriffen)

Auskunft und Anmeldung:

Fräulein Peschke, Kurparkklinik, Kurhausstraße 31, 8740 Bad Neustadt/Saale, Telefon (0 97 71) 50 48

Neurologie und Psychiatrie

Universitäts-Nerven-Klinik Erlangen

Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. Daun

9. Fortbildungsveranstaltung Neurologie und Psychiatrie für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete vom 10. bis 12. April 1981

Themen: Neuropsychiatrische Erkrankungen im höheren Lebensalter — Diagnose und Therapie der Polyneuropathien

Februar bis Oktober 1981

20./21. Februar
Ultraschallkurs, Regensburg

20./21. März
Sonographie, München

10. bis 12. April
Neurologie und Psychiatrie, Erlangen

8. bis 10. Mai
Praktische Elektrokardiographie, Teil I, München

15./16. Mai
Sonographie, München

22. bis 24. Mai
Praktische Elektrokardiographie, Teil II, München

23./24. Mai
Ergometrie, Bernried

27. Juni
Augenheilkunde, Würzburg

27./28. Juni
Ernährungsmedizin, Bad Neustadt

11./12. September
Sonographie, München

23./24. Oktober
Echokardiographie, München

24./25. Oktober
Ergometrie, Bernried

thien — Diagnose und Differentialdiagnose interkranialer Raumforderungen

Auskunft und Anmeldung:

Herr Witkowski, Universitäts-Nerven-Klinik mit Poliklinik (Kopf-klinikum), Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-45 63/64

Praktische Elektrokardiographie

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

Leitung: Professor Dr. Dr. C. S. So, München

Fortbildungsseminar I vom 8. bis 10. Mai 1981 (Einführungsseminar)

Fortbildungsseminar II vom 22. bis 24. Mai 1981 (Seminar für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag 17.00 Uhr — Ende: Sonntag 12.00 Uhr, Hörsaal B, Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Teil I: Posteingang 28. April 1981, Teil II: Posteingang 12. Mai 1981

Sonographie

Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74,
8000 München 70

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

**Einführungs- und Fortbildungskurse für
Sonographie am 20./21. März 1981,
15./16. Mai 1981 und 11./12. September
1981**

Leitung: Oberarzt Dr. Zimmermann

Beginn: Freitag 9.00 Uhr – Ende: Samstag
12.00 Uhr

Kursgebühr: DM 80,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Kurs I: 10. März
1981 (Posteingang), Kurs II: 5. Mai 1981
(Posteingang), Kurs III: 1. September
1981 (Posteingang)

Regensburger Ultraschallkurse

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Direktor: Professor Dr. P. Doering

**Einführungskurs für Sonographie am
20./21. Februar 1981**

Leitung: Oberarzt Dr. U. Reisp, Dr. S.
Weidenhiller

Programm: Theoretische Grundlagen
der Sonographie des Abdomens und der
Schilddrüse sowie praktische Übungen
in kleinen Gruppen (ca. fünf Teilnehmer
pro Gruppe).

Begrenzte Teilnehmerzahl

Kursgebühr: DM 100,-

Auskunft und Anmeldung:

Frau True, Ultraschall-Labor, Kranken-
haus der Barmherzigen Brüder, Prüfenin-
ger Straße 86, 8400 Regensburg, Tele-
fon (09 41) 208-277

67. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

Collegium Medicum Augustanum

am 28./29. März 1981 in Augsburg

Leitung: Dr. K. Hellmann, Augsburg

Thema: Neues in der Medizin – aktuell
für die Praxis?

Auskunft:

Sekretariat des Augsburger Fortbil-
dungskongresses, Frohsinnstraße 2,
8900 Augsburg, Telefon (08 21) 3 37 77

Gemeinsame Tagung Irischer und Bayerischer Augenärzte vom 21. bis 23. Mai 1981 in München

Leitung: Professor Dr. O. E. Lund, Mün-
chen, J. Mullaney, Dublin

Thema: Retinal Vessel Diseases

Ort: Augenklinik der Universität Mün-
chen, Mathildenstraße 8, München 2

– Die Tagung wird in englischer Sprache
abgehalten –

Auskunft:

Augenklinik der Universität München,
Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Tele-
fon (0 89) S1 60-38 01 oder S1 60-38 00

Süddeutsche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie am 9./10. Oktober 1981 in München

Themen: Wirkungen, Nebenwirkungen
und Wechselwirkungen nicht-steroidaler
Antirheumatika (Vorträge und Rund-
gespräch) – Freie Vorträge

Ort: Sheraton-Hotel, München

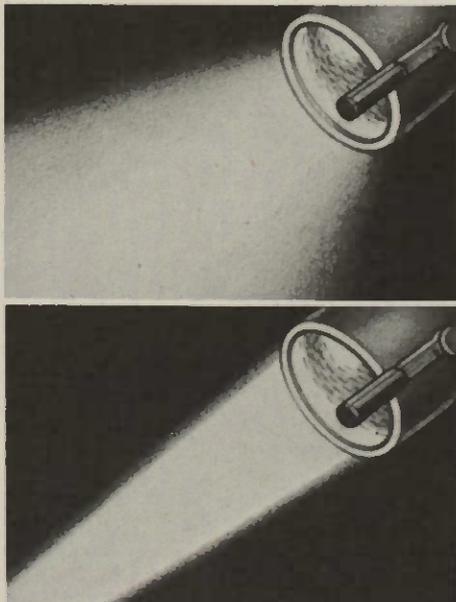
Tagungsgebühren: Mitglieder DM 40,-;
Nichtmitglieder DM 60,-

Meldeschuß für Vorträge: 1. Mai 1981
(Zusammenfassungen bis 1. August 1981)

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Mathies, I. Medizinische
Klinik des Rheuma-Zentrums, 8403 Bed
Abbach, Telefon (0 94 05) 1 82 20

Das perfekte Licht der UNIVERSAL- Untersuchungsleuchte erleichtert richtige Diagnosen

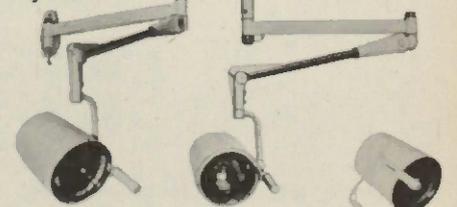


Leuchtfeld wahlweise breit, weich
und schattenarm oder sehr hell auf
den Fokus konzentriert.

Die UNIVERSAL-Untersuchungs-
leuchte 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 Decken-
leuchte mit 174 cm Aktionsradius, die
platzsparende Wandarm-Ausführung
oder das höhenverstellbare Stativ-
gerät.

Die UNIVERSAL-
leuchte nach dem
System

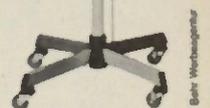


hilft Ihnen, Diagnosefehler
durch irreführendes Licht
zu vermeiden.

Fordern Sie den Prospekt
mit weiteren Informatio-
nen gleich telefonisch
oder schriftlich an.



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



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

Katastrophenmedizin 1981

Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

Ort: Auditorium maximum der Sanitätsakademie der Bundeswehr, Neuherbergstraße 11, München 45 – Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15 s. t. bis 18 Uhr – Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich

Datum	Thema:	Referent
25. Februar	Aktuelle Beispiele katastrophenmedizinischer Versorgung im Frieden <ul style="list-style-type: none"> – Eisenbahnunglück in Warngau – Attentat auf dem Oktoberfest – Polizeiliche Einsatzerfahrungen bei Katastrophenfällen – Medizinische Versorgung von Strahlenschäden bei Unfällen an kerntechnischen Anlagen mit drei aktuellen Beispielen 	Dr. R. Kirchhoff, München Dr. P. Hauber, München Dr. O. Keller, München Professor Dr. F. Stieve, Neuherberg
25. März	Sichtung (Triage) – Erste ärztliche Notfallmaßnahmen <ul style="list-style-type: none"> – Die Bedeutung der Sichtung (Triage) – Massenkarambolage auf der Autobahn (audiovisuelle Demonstration) – Erste ärztliche Hilfe beim Massenansturm – Schock und Volumenersatztherapie 	Privatdozent Dr. K. Hell, Liestal/Schweiz Dipl.-Ing. B. Hersche, Zürich Dr. E. W. W. Wischhöfer, München Dr. G. Weldringer, München
29. April	Der Polytraumatisierte (Teil I) <ul style="list-style-type: none"> – Verletzung der großen Körperhöhlen – Extremitätenverletzungen – Der Polytraumatisierte aus anästhesiologischer und intensivmedizinischer Sicht 	Professor Dr. F. Spelsberg, München Professor Dr. J. Probst, Murnau Professor Dr. K. Peter, München
20. Mai	Der Polytraumatisierte (Teil II) <ul style="list-style-type: none"> – Prioritäten in Diagnostik und Therapie des Polytraumatisierten aus chirurgischer Sicht – Die Versorgung des Schädel-Hirn-Traumas aus neurochirurgischer Sicht – Der Schock aus internistischer Sicht – Organversagen beim Polytraumatisierten 	Professor Dr. G. Heberer, München Professor Dr. P. Oldenkott, Ulm Professor Dr. H. Jahrmärker, München
24. Juni	Brandverletzungen und Kombinationsschäden nuklearer Kampfmittel <ul style="list-style-type: none"> – Versorgung von Brand- und Explosionsverletzten unter Katastrophenbedingungen – Flugrettung Brandverletzter – Beispiel Campingplatzunfall Spanien – Problematik von Kombinationsverletzungen beim Einsatz nuklearer Waffen 	Dr. H. L. Klammer, Koblenz Professor Dr. B. Domres, Tübingen Professor Dr. O. Messerschmidt, München
8. Juli	Einführung in die Einsatzpläne und -mittel des Katastrophenschutzes mit anschließender Lehrvortührung Busfahrt von SanAK – Geretsried – SanAK	Katastrophenschutzschule Bayern/Geretsried
30. September	Seuchen, Vergiftungen und bakteriologische Kampfstoffe <ul style="list-style-type: none"> – Massenvergiftung im Frieden – Epidemien und Seuchenausbreitung im Katastrophen- und Verteidigungsfall – Problematik bakteriologischer Kampfstoffe 	Professor Dr. N. Weger, München Professor Dr. H. Stickl, München Reg.-Dir. Dr. J. v. Stuckrad, München
28. Oktober	Praktische Fragen der Rechtsmedizin im Katastrophenfall <ul style="list-style-type: none"> – Leichenschau und Todeszeitbestimmung – Identifizierung von Leichen – Praktische Erfahrungen aus drei Massenkatastrophen (Flugzeugabstürze) 	Professor Dr. W. Spann, München Professor Dr. W. Eisenmenger, München Professor Dr. H. D. Tröger, München
25. November	Massenhysterie und abnorme psychische Reaktionen – chemische Kampfstoffe <ul style="list-style-type: none"> – Abnorme psychische Reaktionen im Katastrophenfall – Massenvergiftung durch chemische Kampfstoffe – Probleme der Massenhysterie und des Gewaltübergriffes im Katastrophenfall aus der Sicht der Sicherheitskräfte – Abschlußabend (Geselliges Beisammenseln im Offizierskasino der Sanitätsakademie) 	Dr. R. Brickenstein, Hamburg Professor Dr. N. Weger, München Dr. O. Keller, München

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaursraße 16, 8000 München 80 (schriftlich bzw. telefonisch unter [0 89] 41 47-287 – Frau Urban)

Tagung „Intensivmedizinische Aspekte bei parenteraler Ernährung“
am 13./14. März 1981 in München

Leitung: Professor Dr. P. Bottermann – Dr. S. Rakette, München

Themen: Pathophysiologie – Klinische Problemsituationen – Entwicklungen und Entwicklungstendenzen bei sub-
stratgesteuerten automatisierten Infusionssystemen – Einsatz von Glukose-
kontrollierten Insulin-Infusionssystemen – Intensivmedizinische Erfahrungen mit
Glukose-kontrollierten Insulin-Infusions-
systemen aus internistischer Sicht

Ort: Hörsaaltrakt des Klinikums rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft:
Professor Dr. P. Bottermann, II. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität – Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-1

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung veranstaltet am

- 14. Februar 1981
- 11. April 1981
- 27. Juni 1981
- 26. September 1981
- 21. November 1981

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

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-788, Frau Klockow, zu richten bis 6. Februar, 3. April, 19. Juni, 18. September und 13. November 1981.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Symposium über die Anästhesieambulanz

am 14. März 1981 in Kleinheubach

Veranstalter: Anästhesieabteilung des Kreiskrankenhauses Erlenbach in Zusammenarbeit mit dem Verband Ambulant tätiger Anästhesisten in München

Thema: Schmerz: Der Kopfschmerz – Ambulante Anästhesie: Medikamentöse Gesichtspunkte der ambulanten Anästhesie

Ort: Schloß des Fürsten zu Löwenstein-Wertheim-Rosenberg, 8764 Kleinheubach

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat der Anästhesieabteilung des Kreiskrankenhauses Erlenbach, 8765 Erlenbach, Telefon (0 93 72) 700-291, und Verband Ambulant tätiger Anästhesisten, Postfach 106, 8000 München 44, Telefon (0 89) 37 75 56

Bayer. Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

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

Ab 1981 sind diese vierwöchigen Weiterbildungskurse gebührenpflichtig. Die Gebühr beträgt pro 4-Wochen-Kurs und Teilnehmer DM 400,—.

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

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

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

Für die Teilnahme wird um rechtzeitige schriftliche Anmeldung gebeten.

Tagungsort: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22

Auskunft und Programmversand:

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

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100 g enthalten: Arnica 0,15 g, Calendula 0,15 g, Hamamelis 0,15 g, Echinacea angustifolia 0,15 g, Echinacea purpurea 0,15 g, Chamomilla 0,15 g, Symphytum 0,15 g, Bellis perennis 0,15 g, Hypericum 0,15 g, Millistolum 0,15 g, Aconitum D1 0,05 g, Belladonna D1 0,05 g, Aristolochia clematitis 0,15 g, Mercurius solubilis/Hahnemann D1 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

Traumeeel®

**Offene und stumpfe Traumen
Hämatome, Prellungen, Distorsionen**

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

-Heel

Sparverträge ohne Staatsprämie reißen keinen vom Stuhl

Die Kreditinstitute wollen ihr und Ihr Bestes. Sie wollen Ihr Geld, um damit zu ihren Gunsten möglichst gute Geschäfte machen zu können. Eine durchaus legale Absicht. Auch eine Verpflichtung aufs Gemeinwohl kann nur solange durchgehalten werden, wie die eigene Kasse stimmt.

Sobald diese Forderung vorrangig wird, gerät des Wohl des Kunden etwas in den Hintergrund. Man tut, was man kann, zugegeben, aber das kann zu wenig sein, gemessen an anderen Spar-Möglichkeiten.

So haben viele Kreditinstitute nun als Ersatz für den prämienbegünstigten Sparvertrag mit Staatszuschuß einen eigenen mit eigenem Zuschuß geschafften. Schließen Sie ihn nicht kritiklos ab, denn in der Regel genießen Sie durch andere Sparformen höhere Erträge.

Das Muster solcher Verträge ist beinahe wie gehabt, wie sie für die staatssubventionierten prämienbegünstigten Sparverträge gegolten hatten. Lesen Sie sich durch jene anscheinende Übereinstimmung nicht täuschen. Was der Staat durch die Sparprämie unter seinen Steuerzahlern umverteilt hat, stammt letztlich von eben diesen wie auch den nicht prämienbegünstigten spendenden Steuerzahlern, aus den monatlichen Schröpfungen, die sie über sich ergehen lassen müssen. Eine solche Quelle haben die Institute nicht.

Reden wir erst einmal über den Ertrag:

Die Bedingungen klingen imponierend. Sie bekommen natürlich eine laufende Zinsgutschrift und als Belohnung am Ende der Laufzeit, weil Sie sechs oder sieben Jahre lang durchgehalten haben, einen Bonus oder Zuschlag oder wie das einzelne Kreditinstitut diese Zuwendung eben nennt in Höhe von zwölf, vierzehn Prozent Ihrer reinen Sparleistungen, nicht etwa auch noch auf die bis dahin gutgeschriebenen Zinsen.

Für Sparverträge mit monatlicher retenweiser Einzahlung haben Sie zur Zeit etwa 4,5 Prozent Jahreszins und einen Bonus nach sieben Jahren in Höhe von

zwölf oder vierzehn Prozent der bis dahin geleisteten Einzahlungen zu erwarten. Daraus errechnet sich eine tatsächliche Verzinsung des eingesetzten Geldes von 6,901 Prozent bei zwölf und von 7,281 Prozent pro Jahr bei vierzehn Prozent Prämie.

Besser kommen Sie also schon mit Sparbriefen weg, noch besser, wenn Sie sich monatlich oder alle zwei Monate einen Pfandbrief oder eine Kommunalobligation als Neuausgabe spesenfrei kaufen. Ihre Bezugsquelle müssen Sie indes sehr sorgfältig aussuchen. Die Spesentorderungen für Wertpapiere unterscheiden sich nämlich von Kreditinstitut zu Kreditinstitut sehr erheblich.

Vergleichen Sie die Preise für Einlösung der Zinsscheine, wenn Sie die Zinsen bar kassieren wollen und für eine Giro-sammelverwahrung, wenn Sie die Papiere von der Sparkasse oder Bank verwalten lassen wollen. Erkundigen Sie sich auch, ob man Ihnen etwas berechnet, wenn das Papier fällig und das Geld also wieder ausgezahlt wird.

Mit einem Sparbrief- oder Wertpapierkauf fahren Sie auch erheblich besser als mit einer größeren Einmaleinzahlung auf einen der neuen Sparbriefe. Unterstellen Sie einen Zinssatz von 5,5 Prozent und einen Bonus von zwölf Prozent, kommen Sie auf eine jährliche Rendite von 6,978 Prozent, bei vierzehn Prozent Prämie auf 7,214 Prozent.

Wenn Ihnen ein Berater jene Sparverträge mit der Bemerkung schmackhaft machen will, damit gingen Sie kein Kursrisiko ein, dann will er Sie entweder für dumm verkaufen, oder Sie dürfen an seiner fachlichen Qualifikation zweifeln. Wenn Sie ein Wertpapier mit einem bestimmten Fälligkeitsdatum kaufen und diese Zeit abwarten, dann bekommen Sie ohne jede Kurseabhängigkeit den Nennwert ausgezahlt wie Ihr Gut haben nach Ablauf des Sparvertrages. Steuerlich können Sie im Gegenteil durch festverzinsliche Wertpapiere mit niedrigerem Zinssatz und dafür hohem steuerfreien Kursgewinn noch einen zusätzlichen Vorteil erzielen.

Horst Beloch

Bonn(e) Nuit

... daß ich meine Kraft dem Wohle des deutschen Volkes widmen, seinen Nutzen mehren, Schaden von ihm wenden ...", und so weiter der Eid des Bundeskanzlers, der Bundesminister, zum Amtsantritt.

Wer nicht überheblich ist, scheut dem Volk aufs Meinungsumfrageergebnis, um zu erfahren, was es wünscht, was ihm nach seiner Meinung nutzen würde.

Da haben wir's: 51 Prozent der Bundesbürger wollen in erster Linie gesund bleiben. Für 21 Prozent sind der Frieden und die Bewahrung unserer Freiheit das Wichtigste. Einen sicheren Arbeitsplatz und beruflichen Erfolg wünschen sich zehn Prozent der Befragten. Geld und Wohlstand stehen nur für sieben Prozent der Deutschen im Vordergrund.

Degegen: 34 schwache Worte in der mühsam formulierten Regierungserklärung über Gesundheit, und das zum Thema Kostendämpfung. Der Nutzen Gesundheit als magere Pflichtübung unter ferner lieten. Entsprechend besetzt die dafür zuständigen Ministerien.

Freilich, Kraft ist euch im Eid eines Regierungsmitgliedes relativ, und wo nichts ist, hat der Kanzler bei der Auswahl seiner Minister mit Zitronen gehandelt - aus Erfahrung nicht eben klug.

Der Wunsch nach Gesundheit ist der preiswerteste, denn viel Geld braucht erst, wenn er sich nicht erfüllt, wer krank wird. Denkbares Thema, im Sinne des Minister- wie des hippokretischen Eides für einen periodischen Stammtisch ohne Rengordnung. Sein Ergebnis würde auf längere Sicht sogar die teuren Staatsdiener-Arbeitsstunden dafür rechtfertigen.

Bisher über dieses Thema: Bonne Nuit. Doch nach Meinung der Wähler der dernier cri. Wer übernimmt endlich die Regie?

Prosper

Kurz über Geld

MEHR ZOLLFREI AUS GRIECHENLAND seit 1. 1. 1981, Beitrittsdatum dieses Staates zur EG.

BESSERE KONDITIONEN der Reisegepäckversicherung seit Jahresanfang. Einzelheiten bei den Versicherungsgesellschaften, Reisebüros und Automobilclubs.

SCHEIDUNGSKOSTEN MINDERN die Steuerforderung als außergewöhnliche Belastung. Mehr weiß der Steuerberater vom Bundesminister der Finanzen IV B - S 2284 - 42/80 vom 25. 9. 1980.

Tylox[®]

Tabletten und Saft

**packt Grippe,
Schnupfen,
Erkältung**



© Cilag GmbH 1981 Tx 81.601

Tylox[®] wirkt rasch ● schleimhautabschwellend ● sekretionshemmend
● antiallergisch ● fiebersenkend ● schmerzlindernd

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 2 mg Carbinoxamin-maleat, 500 mg Paracetamol, 10 mg Phenylephrin-hydrochlorid, 100 ml Saft enthalten 40 mg Carbinoxamin-maleat, 2400 mg Paracetamol, 100 mg Phenylephrin-hydrochlorid. **Indikationen:** Fieberhafte Erkältungskrankheiten, Rhinitis simplex, akute Rhinitis, Rhinitis allergica (Heuschnupfen), Rhinitis vasomotorica, Sinusitis, Nebenhöhlenentzündung, Kopfschmerzen infolge Erkältungskrankheiten. **Kontraindikationen:** Schwere Nierenfunktionsstörungen, Erkrankungen infolge Hyperthyreose, hämolytische Anämie infolge Mangel an Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Phäochromocytom, Glaukom. Keine Monoaminoxidase-Hemmer gleichzeitig einnehmen. **Nebenwirkungen:** Selten Müdigkeit, Herzklappen, Herzrhythmusstörungen, sehr selten pektanginöse Beschwerden; bei Überdosierung Leberzellschädigungen und Hypokaliämie. **Darreichungsformen und Packungsgrößen (AV mit MwSt.):** Cilag GmbH
OP mit 20 Tabletten DM 10,51, Reg.-Nr. 49240, OP mit 100 ml Saft DM 8,75, Reg.-Nr. 48829. Apothekenpflichtig. Bitte fordern Sie ausführliche wissenschaftliche Informationen an.

Tylox[®] - mehr ist kaum zu machen.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im November 1980*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen sank im November weiter, und zwar, auf 100 000 Einwohner bezogen, von 113 im Oktober auf 71, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Diese Ziffer liegt damit über höher als im November vorigen Jahres (56). Die Erkrankungs-

häufigkeit an Virushepatitis stieg geringfügig von 38 im Oktober auf 39 im Berichtsmonat, jeweils auf 100 000 Einwohner, an.

monat nahezu unverändert auf. Auf 100 000 Einwohner trafen im Oktober 8, im November 9 Fälle.

Erkrankungen an Meningitis/Enzephalitis traten ebenfalls gegenüber dem Vor-

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. November 1980 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen ¹⁾		Hepatitis A		Hepatitis E		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	
Oberbayern	4	1	5	—	6	1	4	—	221	—	1	—	59	—	48	—	13	—
Niederbayern	3	1	6	—	—	—	6	—	38	—	—	—	11	—	8	1	1	—
Oberpfalz	1	—	1	—	1	—	6	—	38	—	—	—	5	—	6	—	3	—
Oberfranken	6	—	—	—	—	—	8	—	31	—	1	—	10	1	3	—	6	—
Mittelfranken	1	—	3	—	1	1	1	—	87	—	2	—	29	—	17	—	2	—
Unterfranken	2	—	2	—	—	—	2	1	117	—	5	—	17	—	11	—	5	—
Schwaben	1	—	2	—	—	—	1	—	63	—	1	—	56	—	12	2	5	—
Bayern	18	2	19	—	8	2	28	1	595	—	10	—	187	1	105	3	35	—
Vormonat	12	—	25	2	22	—	29	1	1183	2	23	—	241	—	100	4	55	—
München	3	1	1	—	3	1	—	—	75	—	—	—	19	—	19	—	6	—
Nürnberg	1	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	14	—	6	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	16	—	4	—	1	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	1	—	18	—	4	—	—	—	3	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	1	1	—	—	18	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	1	—	—	—	—	—	10	—	1	—	3	—	3	—	1	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellenruhr		Malaria		Ornithose		Botulismus		Gasbrand		Angeb. Toxoplasmosen		Angeb. Lues		Tetanus		Tollwutverdacht ²⁾
	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		
Oberbayern	2	—	—	—	17	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30
Niederbayern	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Oberfranken	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15
Mittelfranken	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	—	—	1	1	1	—	1	—	1	—	8
Unterfranken	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	22
Schwaben	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	53
Bayern	6	—	1	—	21	—	6	—	2	—	1	—	1	1	4	—	1	—	1	—	142
Vormonat	13	—	9	—	80	—	4	—	4	—	—	—	—	3	—	—	—	2	2	—	167
München	1	—	—	—	8	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

E = Erkrankungen, einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle, unter Ausschluß der Verdachtsfälle.

St = Sterbefälle.

Dazu kommen noch folgende Fälle: Oberbayern: Angeb. Listeriose E 1, St. 1, Puerperalsepsis St 1, Brucellose E 1; Unterfranken: Mikrosporidie E 1.

¹⁾ Enteritis infectiosa übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.

²⁾ Tollwutverdacht: Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes oder -verdächtigtes Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Schnell informiert

Lieferbare Großdruckbücher

Der Deutsche Caritasverband hat eine Auswahlliste lieferbarer Großdruckbücher veröffentlicht. Sie sind für jene geeignet, die trotz Brille normale Schriftgrößen nicht über längere Zeit lesen können. Die 150 für die Liste ausgewählten Titel aus über 20 Verlagen, für Leser jeden Alters und zu meist von Gegenwartsautoren, bieten überwiegend Erzählendes (auch Kriminalromane), daneben aber auch Bücher zur Besinnung und Sachbücher. — Die Liste „Lieferbare Großdruckbücher“ kann, auch in größerer Stückzahl, angefordert werden beim Deutschen Caritasverband, Postfach 420, 7800 Freiburg i. Br.

Deutscher Verband langlaufender Ärzte e. V.

Der Verband wurde im Dezember 1978 gegründet. Ihm gehören inzwischen über 250 Ärzte aus der gesamten Bundesrepublik Deutschland an. Aufgenommen werden nur Kollegen, die selbst aktiv einen Ausdauersport ausüben; denn nur sie können in der Regel aufgrund ihrer bei der Ausübung eines Ausdauersportes gemachten Erfahrungen der Bevölkerung überzeugend die gesundheitlichen Wirkungen des Ausdauersportes darlegen und demonstrieren, also als Gesundheitsberater und -erzieher fungieren. Denn zukünftig wird es nicht in erster Linie darauf ankommen, Krankheiten zu heilen, sondern vielmehr darauf, sie zu verhüten. Es wird also immer mehr zu einer Aufgabenverlagerung der Tätigkeit des Arztes von der Therapie zur Gesundheitsberatung hin kommen.

Der im § 2 der Satzung formulierte Vereinszweck lautet: „Der Verein setzt sich die Förderung des Ausdauersportes zum Ziel. Durch die Ausübung des Ausdauersportes sollen insbesondere chronische Krankheiten und Risikofaktoren bekämpft werden.“

Nach der Todesursachenstatistik liegt der Prozentsatz der Herz- und Kreislauferkrankungen heute bei etwa 46 Prozent (1924: 13 Prozent). Die starke Zunahme ist ausschließlich durch degenerative Erkrankungen bedingt, die in erster Linie durch sogenannte Risikofaktoren hervorgerufen werden. Fest erkannte Risikofaktoren und damit Herz- und Kreislauferkrankungen lassen sich jedoch günstig durch die Ausübung eines Ausdauersportes beeinflussen.

Zur Verwirklichung seiner Ziele führt der Verband neben der aktiven Ausübung eines Ausdauersportes regelmäßig (unentgeltlich) Diskussionsveranstaltungen mit der Bevölkerung und Fortbildungsveranstaltungen durch und ist an der wissenschaftlichen Erforschung von mit dem Ausdauersport zusammenhängenden Problemen beteiligt. Er wird in seiner Tätigkeit durch einen wissenschaftlichen Beirat unterstützt.

Anfragen sind zu richten an:

Dr. med. Hans-Henning Borchers, Vorsitzender,
Prinzregentenstraße 1, 8900 Augsburg

Preise

Verleihungen

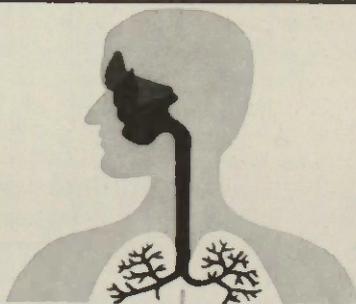
Boehringer-Ingelheim-Preis 1979 — Dieser von C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim, gestiftete und mit DM 30 000 dotierte Preis wurde zu gleichen Teilen einer Arbeitsgruppe unter Professor Dr. W. Schönberger, Mainz, und einem Team unter Professor Dr. H. Wagner, Mainz, verliehen.

Max-Rubner-Preis 1980 — Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung verlieh diesen von der Firma E. Merck gestifteten und mit DM 10 000 dotierten Preis Professor Dr. J. Schnelder, Marburg.

Ausschreibungen

Paul-Martini-Preis 1981 — Die Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V. schreibt hiermit gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e. V. den mit DM 20 000 dotierten Paul-Martini-Preis aus. Ziel des Preises ist die Förderung klinisch-pharmakologischer Methodenforschung und die Entwicklung einer wissenschaftlichen Therapiebeurteilung. — Einsendeschluß: 28. April 1981. Weitere Auskünfte erteilt die Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V., Biihildstraße 2, 6500 Mainz, Telefon (0 61 31) 9 32 41.

Max-Rubner-Preis 1981 — Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung schreibt für eine wissenschaftliche Arbeit auf den Gebieten der Ernährungstherapie und -prophylaxe diesen mit DM 10 000 dotierten und von der E. Merck gestifteten Preis aus. — Einsendeschluß: 1. Juni 1981. Weitere Auskünfte erteilt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Feldbergstraße 28, 6000 Frankfurt 1, Telefon (06 11) 72 01 46.



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, Infektophylaxe beim bronchitischen Syndrom; sinogener Kopfschmerz. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,6 g, Herb. Rumic. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6g, Herb. Verben. 0,6 g - 1 Dragée enthält: Rad. Gentian.

0,006 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,018 g, Herb. Rumic. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben.
0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich $\frac{1}{2}$ bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Handelsformen:**
Sinupret OP mit 100 ml DM 8,95, OP mit 60 Dragées DM 6,95, OP mit 240 Dragées DM 26,80; Großpackungen mit
500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

Sinupret®

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Buchbesprechungen

Trenskutene Nervenstimulierung für Schmerzlinderung

Herausgeber: Dr. M. B. E. Eriksson/Dr. B. H. Sjölund, 111 S., 24 Abb., 2 Tab., kart., DM 27,-. Verlag für Medizin, Dr. Ewald Fischer GmbH, Heidelberg.

In dem kleinen Buch wird die Möglichkeit einer Schmerzlinderung durch trenskutane Nervenstimulierung dargestellt. Besonderer Wert wird auf die Einordnung der TNS im Gesamtspektrum einer Schmerzbehandlung von der medikamentösen über die psychologische bis hin zur Durchtrennung von Rückenmarksbahnen gelegt. Vor einer operativen Durchtrennung von Nervenbahnen zur Schmerzausschaltung sollte in jedem Falle ein Versuch mit der TNS gemacht werden. Anhand von Fallberichten werden Erfolge und Mißerfolge aufgezeigt. Das Buch eignet sich für alle, die mit Schmerzproblemen, sei es in der Praxis oder Klinik, konfrontiert werden, um sich einen Überblick über eine neue, leicht zu handhabende, nebenwirkungserme Methode zur Schmerzlinderung zu verschaffen.

Dr. med. H. H. Israng, Bad Reichenhall

Chirurgische Instrumente, Operationslagerungen, Operationsabläufe

Herausgeber: H. Glauch/Dr. E. Haaf, 243 S., 118 Abb., flex. Taschenb., DM 24,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das vorliegende Taschenbuch, verfaßt von einem leitenden Operationspfleger und einem Chirurgen, ist eine willkommene Neuerscheinung. Die Konzeption zu diesem kleinen Büchlein ist bestechend: Auf über 240 Seiten werden, versehen mit 118 teils ganzseitigen Abbildungen, die chirurgischen Operationsinstrumentarien für die verschiedensten Bereiche der Chirurgie und der operativen Medizin sehr verständlich und übersichtlich dargestellt. Hinzu kommen schematische Zeichnungen von Operationslagerungen sowie schulmäßige Kurztassungen von Operationsabläufen. — Dieses Büchlein richtet sich in erster Linie an das Personal im Operationstrakt von kleinen und mittelgroßen Krankenhäusern. Es dürfte doch eine wesentliche Bereicherung für den Unterricht an Krankenpflegeschulen darstellen.

Dr. med. W. F. Persch, Gunzenhausen

Therapeutische Endoskopie

Gastroenterologisches Kompendium

Herausgeber: B. C. Menegold, 156 S., 100 Abb., davon 24 vierfarbig und 21 Tab., Leinen, DM 52,-. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Endoskopische Routiniers geben in diesem sechsten Band „Therapeutische Endoskopie“ aus der Reihe „Das gastroenterologische Kompendium“ einen guten Überblick moderner therapeutischer endoskopischer Methoden im Magen-Darm-Trakt. Die Autoren stellen in meist kurzen, klar gegliederten Kapiteln ausgewählte diagnostische therapeutische Methoden dar, die durch Schemata und Farbabbildungen erläutert werden. In jedem Kapitel sind viele praktische wertvolle Hinweise und Ratschläge zu finden. Empfehlenswert ist dieses 150 Seiten lange Kompendium insbesondere für gastroenterologisch-endoskopisch tätige Ärzte in Praxis und Klinik.

Dr. med. M. P. Jaumann, Erlangen

Rechtsmedizin

Herausgeber: Prof. Dr. B. Forster / Dr. D. Ropohl, 2., durchges. und erg. Aufl., 338 S., 41 Abb., kart., DM 24,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Durch die neue Approbationsordnung mit der geänderten Prüfungstechnik war es erforderlich, den Lernstoff „Rechtsmedizin“ streng dem Gegenstandskatalog anzupassen. Dennoch soll das Buch auch dem approbierten Arzt in Fragen der Leichenscheu und der Rechts- und Beratskünde als Ratgeber dienen.

Selbstmord auf Reten

Verf.: Dr. A. Gell, 156 S., Ganzleinen, DM 18,50. Gall Verlag GmbH, Edenkoben/Weinstraße.

Das bereits 1978 erschienene Büchlein hat jetzt in der Diskussion über die schädlichen Folgen des mißbräuchlichen Rauchens besonders aktuelle Bedeutung.

Kollege Dr. Gall, der sich seit Jahren in einem Senatorium in Haßloch/Pfalz mit Raucherentwöhnungskuren befaßt (daneben Abmagerungskuren, Tumovor- und -nachsorge usw.), behandelt die durch das Rauchen entstehenden Gesundheitsschäden: Lungenkrebs, Herzinfarkt, Raucherbeine und widmet ein Kapitel dem Rauchen durch Jugendliche. Dieses sehr eindringlich und leicht verständlich geschriebene Buch wendet sich auch an die ärztliche Kollegenschaft, wenn der Verfasser beispielsweise meint, die ärztliche Ethik sollte jedem Arzt zu denken geben, ob er sich als Raucher der Öffentlichkeit präsentieren dürfe. Ein Arzt solle in seiner Praxis nicht rauchen, ebenso möglichst auch nicht in der Öffentlichkeit, wo er als Arzt bekannt ist. Oft würden gerade diejenigen, welche in den Augen der Menschen für Gesundheit und Lebenshilfe Sorge tragen, ein schlechtes Beispiel geben. Krankenhäuser, medizinische Abteilungen, ärztliche Praxen sollten grundsätzlich Rauchverbot haben. Denjenigen, welche rauchen wollen, sollte man die Möglichkeit geben, in besonders für diesen Zweck ausgesuchten Räumen, sich dem bleuen Dunst zu überlassen. Die Ärzte müßten wissen, daß sie für viele ihrer Kranken ein Leitbild seien. — Nur durch vorbildliches Verhalten des Arztes lasse sich auch der undisziplinierte Kranke beeinflussen. Die Lektüre dieses Buches ist Ärzten anzuraten, noch mehr ist es aber den Patienten zu empfehlen.

Dr. med. S. Maier, Regensburg

Streß und Persönlichkeit

Verf.: A. Troch, 141 S., 8 Abb., DM 18,80. Ernst Reinhardt Verlag, München-Basel.

Weit über 100 000 Arbeiten sind bisher über Streß erschienen, es gibt die verschiedensten Streßtheorien und je tiefer man in dieses Gebiet eindringt, desto komplexer sind die Probleme. Von der Tiefenpsychologie her gibt es nicht nur Hinweise, sondern auch Hilfen zur Bewältigung des Streßproblems. Stets muß die Persönlichkeit des Gestreßten in Betracht gezogen werden und man kann geradezu von einem persönlichen „Streßmuster“ sprechen. Indes sollte dieses nicht als Schicksal hingenommen werden. Des vorliegende Buch versucht, ausgehend von der Darstellung körperlicher Streßreaktionen und deren psychischer Faktoren, die Möglichkeiten einer Therapie zu beschreiben. Streßtherapie und -prophylaxe am Beispiel einer kombinierten Einzel- und Gruppentherapie werden eingehend beschrieben und an Beispielen belegt. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis zum Weiterstudium schließt sich an.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

Krankenhausplanung

Herausgeber: Prof. Dr. M. Meyer, 250 S., 93 Abb., 48 Tab., DM 78,-. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart - New York.

Es werden hier nicht, wie vielleicht mancher Leser des Titelfs vermuten wird, Fragen der architektonischen Krankenhausplanung erörtert, sondern die Planung in einigen Teilbereichen des Krankenhauses aus betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten in Form von Fallstudien betrachtet. — Es werden in diesem Buch also nur Aussagen zu einigen herausgegriffenen Fachbereichen im Krankenhaus gemacht, so daß das Werk auch lediglich für einen begrenzten Leserkreis von Interesse sein wird.

Dr. med. W. Rulffs, Nürnberg

Natürliche Geburtenregelung

Verf.: Dr. J. Rötzer, 84 S., Paperback, DM 9,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Die Kombination „Pille“ und Nikotin soll häufig zur Thrombose führen. Es erscheint daher nicht unangebracht, sich auf „natürliche Geburtenregelung“ zu besinnen. Rötzer befaßt sich mit einer Weiterentwicklung der Lehre von den fruchtbaren und unfruchtbaren Tagen der Frau, wobei die moderneren Formen der „Zeltwahl“ die Auiwachtemperaturen und die Zervixschleim-Beobachtung berücksichtigen. Wie bekannt, sind möglichst regelmäßige Zyklen, genaue Einweisung und Durchführung der Methode und Selbstbeobachtung notwendig, um sie effizient zu machen. Die Methode NG ist nicht gerechtfertigt, wenn sie später durch eine Interruptio korrigiert wird.

Dr. med. A. Taller, Weiden

Langlebigkeit mit Paracelsus-Arznefen

Versuch einer Geriatrie nach Paracelsus

Herausgeber: Prof. Dr. Dr. Dr. E. F. Scheller, 157 S., 17 Abb., davon 1 vierfarbig, 23 Tab., kart., DM 30,-. Karl F. Haug Verlag GmbH, Heidelberg.

Der Versuch, eine aktuelle Geriatrie nach elten Rezepten von Paracelsus zu gestalten, wird von dem Professor der Inneren Medizin und Naturheilkundler E. F. Scheller in einem kurzweiligen Buch unternommen. Debel vermischt sich Historisches mit eigenen Untersuchungen des Autors, insbesondere wenn es um die Wirkung und Zusammensetzung von Christrosenblättern geht. Wer gerne einen Apotheker verblüffen will, kann dies mit einem lebenserhaltenden Elixier aus spagyrischen Essenzen, dessen Rezeptur angegeben wird. Man hätte gerne noch mehr solche Rezepte und noch mehr Original-Paracelsus.

Privatdozent Dr. med. J. Ring, München

Der Gedanke ist eine seltene Welte

Betrachtungen — Gedichte

Verf.: K. Wojtyla, 208 S., geb., DM 24,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Diese Gedichte sind zu Bildern und Gleichnissen komprimierte Essenz von Erlebtem und von Bedachtem, die den lyrischen Fundus des Seelsorgers und Menschenfreundes aus Innerster Berufung offenkundig werden lassen: des Fortschreibens der einiechen Vermächtnisse der beiden Testamente des Alten und Neuen Bundes in unserer Zeit der neuen „Profilie“. Sie sind die Quellen, aus denen Karol Wojtylas Bilder und Sinnworte gleichnisvoll und doch lebensnah sprudeln. Die Lieblingsvokabel in seinen Gedichten ist die „Der Mensch“, Christus als Menschensohn und der einieche Mensch von heute, dem alles Trachten und Mühen des Autors — „aus Liebe und aus Verantwortung“ — gelten will.

ARUMALON®

hemmt die Progredienz
der Arthrose*
weil es die Chondrozyten
reaktiviert

Arthrose

ARUMALON
ARUMALON
ARUMALON
ARUMALON



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

Indikationen: Degenerative Gelenkerkrankungen wie Kniegelenkarthrose, Hüftgelenkarthrose, Fingergelenkarthrose, Wirbelgelenkarthrose. **Dosierung:** Intramuskuläre Injektionen. Zur Prüfung der Verträglichkeit gibt man Testdosen von 0,3 ml am ersten und 0,5 ml am zweiten Tag, dann 5-6 Wochen lang zweimal 2 ml oder dreibisviermal 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 15,40; 25 Ampullen zu 1 ml DM 68,30; 50 Ampullen zu 1 ml (Anstaltspackung).

Deutsche ROBAPHARM GmbH
7847 Badenweiler 3

Weitere Informationen, Literatur und Muster werden auf Wunsch zugestellt.

6086 0 81 118

Die ärztlichen Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland

Vert.: F. F. Stobrawe, DM 14,80. Droste Verlag GmbH, Düsseldorf.

Vorliegende Schrift ist in der Reihe „Ämter und Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland“ erschienen, die über die Tätigkeit, Organisation, Zuständigkeitsbereiche und Geschäftsabläufe in unserem Staat unterrichtet. Der Aufzählung ärztlicher Organisationen ist ein kurzer Abriss der Geschichte des ärztlichen Standeswesens von den Anfängen im 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart vorangestellt. Bei den ärztlichen Verbänden wird zwischen den Körperschaften des öffentlichen Rechts (Landesärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen) und den Gesellschaften mit freiwilliger Mitgliedschaft (Facharztvereinigungen, Verbände mit wissenschaftlichen Aufgabestellungen) unterschieden. Neben der Satzung der Bundesärztekammer, der Tagesordnung des Deutschen Ärztetages findet sich in dem Büchlein die lückenlose Aufzählung sämtlicher medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften mit dem jeweiligen Präsidenten und ihren Geschäftsstellen. Für standespolitisch tätige Ärzte bzw. für gesundheitspolitisch ausgerichtete Institutionen stellt dieses Werk ein unentbehrliches Nachschlagewerk dar.

Dr. med. F. Schmidtler, Gräfelting

Betäubungsmittelgesetz

Betäubungsmittel-Verschreibungsordnung

Herausgeber: H. J. Wirzbech, 2., überarb. und erw. Aufl., 88 S., kart., DM 18,—. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

Die Verschreibung von Betäubungsmitteln ist täglich nötig und muß wegen der zunehmenden Mißbrauchsgelahr von Gesetzes wegen in ein möglichst engmaschiges Überwachungsnetz eingeordnet werden. Das vorliegende Buch bringt nun eine ausführliche Textausgabe mit Zitierung der Paragraphen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), wobei nach jedem einzelnen Absatz eine Erläuterung angefügt ist, die eine ausreichende Interpretation darstellt. Die im zweiten Teil angeführte amtliche Begründung zur BtMVV, ein allgemeiner und ein besonderer Teil, stellt eine weitere Ergänzung dar. Im dritten Teil wird das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln aufgezeigt. Dabei ist bemerkenswert, daß mit der vorliegenden 2. Auflage auch die neueste Änderungsverordnung der BtMVV vom April 1978 berücksichtigt wurde.

Das vorliegende Büchlein beinhaltet eine ausführliche Aufstellung der gesetzlichen Grundlagen über die Verschreibung von Betäubungsmitteln zusammen mit den Erläuterungen, also eine Hilfe bei der Ausstellung der Rezepte. Zwar fehlen noch die praktischen Beispiele, wobei diese Tatsache nicht gegen die Vollständigkeit spricht.

Das Buch ist für alle Ärzte zu empfehlen.

Dr. med. M. Hausel, Gießen

LSD — Mein Sorgenkind

Vert.: A. Holmann, 232 S. mit Abb., Fotos, z. T. vierfarbig, Leinen, DM 22,—. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart.

Als der Baseler Forscher Dr. Albert Holmann 1938 bei Versuchen mit Mutterkorn-Alkaloiden erstmalig das LSD synthetisierte, ehnte er nicht, was hier entstanden war. Auch sonst nahm man von dieser neuen Substanz keine besondere Kenntnis. — Erst 1943 stellte er, als er erneut mit diesem Stoff zu arbeiten begann, die besonderen Eigenschaften und Folgen bei sich selbst fest; auch seine außerordentliche Wirkungsstärke wurde hierbei erstmalig von ihm selbst beobachtet. — In der Folgezeit beschäftigten sich nicht nur Psychiater mit diesem Stoff, er drang auch in großem Umfang in die Drogen-Subkulturen ein. Oft mit schweren Folgen für die Benutzer.

Als Entdecker dieses seltsamen Stoffes war Dr. Holmann mit den Problemen dieser neuen Substanz auch in ethischer Hinsicht konfrontiert. In diesem Buch versucht er ein möglichst umfassendes Bild vom LSD, von seiner Entstehung, seinen Wirkungen und Anwendungsmöglichkeiten zu geben und vor den Gefahren zu warnen, die mit dem Gebrauch des LSD verbunden sind. Eindringlich warnt er vor einem leichtsinnigen, die Folgenwirkung mißachtenden Gebrauch der Droge. — Das Buch ist, da aus eigenem Erleben geschrieben, außerordentlich interessant zu lesen.

Dr. med. J. Mertens, Fürth

An der Seite des Patienten

Krankenschwestern und Krankenpfleger melden sich zu Wort

Verf.: W. Lauer, 96 S., DM 12,80. Matthias-Grünwald-Verlag, Meinz.

Über dem Buch steht das Motto: „Unsere hochtechnisierte, moderne Medizin braucht barmherzige Hände wie die des Mannes, der von Jerusalem nach Jericho ging.“ Es zeigt die Schwierigkeiten gegenüber der jeweiligen psychosozialen Situation des Patienten. Krankenbetreuung erfordert tiefe menschliche Qualitäten und Verwurzeltheit in dem Glauben an den Sinn des Lebens und des Leidens. Die vielen Probleme am Krankenbett, die Seelsorger, Ärzte und Pflegepersonal betreffen, werden von verschiedenen Autoren in eindringlicher Weise dargestellt. Eine Gewissensforschung für das eigene Verhalten im Umgang mit Kranken und Sterbenden.

Dr. med. W. Fick, Kutzenhausen

Sigmund von Radecki: Bekenntnisse einer Tintenseele

Herausgeber: R. Weiland-Metthaeus, 384 S., geb., DM 34,—. Verlag F. H. Kerle GmbH, Freiburg-Heidelberg.

Sigmund von Radecki — ein Schüler von Karl Kraus — ist bekannt als Meister der kleinen Form. Aus den 25 Bänden, die sein literarisches Werk umfaßt und die bis auf drei Titel vergriffen sind, hat Ruth Weiland-Metthaeus die besten Essays, Geschichten und Erinnerungen herausgesucht und legt sie in diesem Band vor. Es ist ein Buch auf den Nachttisch zu legen und immer wieder einmal darin zu lesen. Ob von Radecki uns erzählt, wie man in Ohnmacht fällt, uns über Prospekte berichtet, was geschlossene Lippen ausdrücken, was ein Bäumchen in einer Mauer erlebt, was sich in einem Ameisenhaufen ereignet, wie in einem alten Schloß zufällig ein eingemauerter Mensch entdeckt wird, immer sind seine kleinen Erzählungen mit einer hintergründigen Philosophie befrecht und brillant geschrieben. Den Band beschließen interessante Erinnerungen an Else Lesker-Schüler und an Karl Kraus.

Dr. med. H. Dietsch, Amberg

Neuaufgabe SALUTA-Inhalationsatlas
Das ABC der Inhalation:
umfassend, übersichtlich und
informativ. Mit Indikationstabelle,
Gesamtdarstellung der Atemwege
und Inhalationsanleitung. Ideal zur



Ausbildung. Kostenlos für Ärzte und
Krankenpflegeschulen. Einfach mit
Postkarte anfordern - Stichwort:
Inhalationsatlas. **kostenlos!**

SALUTA-Medizintechnik · Heusteigstr. 96-98-Postfach 502-7000 Stuttgart 1

Therapeutika

Beroduai®

Zusammensetzung: 1 Aerosolstoß enthält: 0,02 mg Ipratropium ((8r)-8-Isopropyl-3α[(±)-tropoyl-oxy]-1αH,5αH-tropanium-bromid); 0,05 mg Fenoterol (1-(3,5-Dihydroxy-phenyl)-2-[[1-(4-hydroxy-benzyl)-äthyl]-amino]-äthanol-hydrobromid)

1 ml Lösung enthält: 0,25 mg Ipratropium ((8r)-8-Isopropyl-3α[(±)-tropoyl-oxy]-1αH,5αH-tropanium-bromid); 0,5 mg Fenoterol (1-(3,5-Dihydroxy-phenyl)-2-[[1-(4-hydroxy-benzyl)-äthyl]-amino]-äthanol-hydrobromid)

Anwendungsgebiete: Zur Erhaltungstherapie und Verhütung von Atemnot bei chronischer obstruktiver Bronchitis, Emphysebronchitis und bronchopulmonalen Erkrankungen mit bronchospastischer Komponente bzw. chronischer bronchialer Übererregbarkeit sowie bei Asthma bronchiale, insbesondere infektasthma. — Zur Vorbereitung („Lungenöffnung“) und Unterstützung einer Aerosoltherapie mit Antibiotika, Sekretomolytika, Kortikosteroiden, Soien, Dinatrium cromoglicicum und Theophyllinderivaten.

Gegenanzeigen: Sind nicht bekannt.

Nebenwirkungen: Bei relativer oder absoluter Überdosierung — speziell bei besonderer Empfindlichkeit — können feines Fingerzittern, Unruhegefühl oder Herzklopfen eufreten. In Einzelfällen können als lokale Reaktionen Mundtrockenheit und, wenn der Wirkstoff unvorsichtigerweise in die Augen gelangt, selten leichte und reversible Akkomodationsstörungen vorkommen.

Hinweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungshinweise:

Dosier-Aerosol:

Erwachsene und Schulkinder: Vorbeugende, intermittierende und Dauerbehandlung: mehrfach täglich 1 bis 2 Aerosolstöße, durchschnittliche Tagesdosis 3 x 1 bis 2 Aerosolstöße.

Bei drohender Atemnot 2 Aerosolstöße, falls notwendig, können nach 5 Minuten nochmals 2 Aerosolstöße inhaliert werden.

Die nächste Inhalation soll frühestens nach 2 Stunden erfolgen.

Lösung zur Inhalation:

Anwendungshäufigkeit 3 bis 6 x täglich.

Für Elektrovernebler oder Respirator 4 Tropfen in Vernebleransatz geben und voll veratmen lassen.

Für Handvernebler 20 bis 30 Atemzüge der unverdünnten Lösung. Beroduai-Inhalationslösung ist zur gleichzeitigen Inhalation mit Sekretomolytika geeignet.

Handelsformen und Preise: 15 ml Dosier-Aerosol DM 29,90; 20 ml Lösung zur Inhalation DM 9,65; Klinikpackungen

Hersteller: Boehringer Ingelheim KG, 6507 Ingelheim am Rhein

Cristolex®

Zusammensetzung: 100 g Cristolax enthalten: 30 g Ballaststoffe; 8 g Protein; 3 g Fett; 50 g verdauliche Kohlenhydrate; 1200 mg Kalzium; 25 mg Eisen

Indikationen: Dermträgheit, chronische Obstipation, Colon irritabile, Divertikulose, Dysbakterie

Kontraindikationen: Dermatonie, Ileus

Dosierung: Mittlere Anfangsdosis für Erwachsene und Kinder über 12 Jahren: 60 g Cristolax/Teg (3 Portionsbeutel bzw. 6 geh. Ei.). Erhaltungsdosis: 20 bis 30 g Cristolax/Teg.

Handelsformen: Originalpackungen mit 180 g (9 Btl. à 20 g) und 400 g (Dose); Klinikpackungen 9 kg (50 O. P. à 180 g) und 9,6 kg (24 Ds. à 400 g)

Hersteller: Wander GmbH, 6522 Osthofen

imeson®

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 5 mg Nitrazepam

Anwendungsgebiete: Behandlungsbedürftige Ein- und Durchschlafstörungen. BNS-Krämpfe

Nebenwirkungen: Bei empfindlichen Personen sowie überhöhter Dosierung kann es am folgenden Teg zu Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Benommenheit, Schwindel, Bewegungsunsicherheit, Muskeilerschlaffungen und Artikulationsstörungen kommen. Bei Säuglingen kann es nach Anwendung von imeson® zu einer Hypersekretion und damit zur Verschleimung der Atemwege kommen. — Imeson® 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 im verstärkten Maße im Zusammenhang mit Alkohol.

Gegenanzeigen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Art und Dauer der Anwendung und Hinweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung (soweit vom behandelnden Arzt nicht anders verordnet): Bei Schlafstörungen Tabletten 20 bis 30 Minuten vor dem Schiatsgehen einnehmen: Erwachsene 1 bis 2 Tabletten, ältere Patienten 1/2 bis 1 Tablette.

Ältere Patienten benötigen im allgemeinen geringere Dosen als jüngere Erwachsene. — Manche Patienten benötigen, um eine ausreichende Schiatswirkung zu erzielen, wesentlich geringere Dosen als der Durchschnitt. Die relative Überdosierung ist an verstärkten Nebenwirkungen am nächsten Morgen zu erkennen. Die Dosis sollte denn entsprechend reduziert werden.

Bei antikonvulsiver Therapie: Erwachsene 3 x täglich 1 bis 2 Tabletten, Kinder maxime 3 x täglich 1 Tablette, Kleinstkinder maximal täglich 1 Tablette.

Darreichungsform und Packungsgrößen: Packung mit 20 Tabletten DM 4,25, Klinikpackungen

Hersteller: Desitin-Werk Carl Klinke GmbH, 2000 Hamburg 63

BAD

FÜSSING

Ihr Kur- und Erholungsort im sonnigen Südbayern

Schwefelhaltige Thermalquellen (56°C), Kurmittelhäuser, Thermalhellen- u. -freibäder (30-37°C). Außergewöhnliche Heilerfolge b. Rheume, Wirbelsäulenleiden, Unfallfolgen, Lähmungen, Arthrosen, Kreislauf-Durchblutungsstörungen, Altersbeschwerden. Umfangreiches Kultur-, Sport- und Freizeitangebot, gepflegte Gastlichkeit.

Prospekte: Kurverwaltung 8397 Bad Füssing, Tel. (0 85 31) 2 13 07

Rocafrol®

Zusammensetzung: Roceltrol® 0,25 µg enthält als Wirkstoff in 1 Kapsel 0,25 µg, Roceltrol® 0,5 µg in 1 Kapsel 0,5 µg Calcitriol.

Indikationen: Renale Osteodystrophie bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz unter Dialyse (z. B. künstliche Niere).

Kontraindikationen: Alle Erkrankungen, die mit einem erhöhten Calciumgehalt (z. B. Überfunktion der Nebenschilddrüse) im Blut einhergehen.

Eigenschaften, Verträglichkeit und Hinweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungswise: Meist beträgt die tägliche Anfangsdosis 0,25 µg Calcitriol. — Die optimale tägliche Dosis von Roceltrol muß für jeden Patienten in Abhängigkeit vom Serum-Calcium-Spiegel sorgfältig ermittelt werden, die Angaben des Packungsbeilegers sind zu beachten.

Packungen und Preise: 20 Kapseln zu 0,25 µg DM 29,50; 20 Kapseln zu 0,5 µg DM 49,05; weitere Packungen und Anstaltspackungen

Hersteller: Hoffmann-La Roche AG, 7889 Grenzach-Wyhlen

Teneretic® mite

Zusammensetzung: 1 Filmtablette Teneretic mite enthält 50 mg Atenofol, 12,5 mg Chlortalidon.

Indikation: Hypertonie

Kontraindikationen: Nicht kompensierte Herzinsuffizienz, AV-Block 2. und 3. Grades, Bradykardie (Ruhepuls 55 Schl./Min.), schwere Nierenfunktionsstörungen, Sulfonamidüberempfindlichkeit, theopieresistente Hypokaliämie, Hypertonie im Kindesalter; Vorsicht bei Schwangerschaft, Stillzeit, Gicht.

Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Hinweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: täglich 1 x 1 Tablette; falls erforderlich, Steigerung auf 1 x 1 Tablette Teneretic (100 mg Atenolol und 25 mg Chlortalidon).

Handelsformen und Preise: Kalendarpackungen: mit 28 Filmtabletten DM 27,82; mit 56 Filmtabletten DM 53,03; mit 98 Filmtabletten DM 86,93; Anstaltspackungen

Hersteller: ICI-Pharma Arzneimittelwerk, 6831 Plankstadt

Vibroclil® Dosiersprey — Vibrocil® c. N. Dosiersprey

Zusammensetzung: Vibrocil® Dosierspray: 1 g Lösung enthält 0,25 mg Dimetindenmaleat, 2,5 mg Phenylephrin. — Vibrocil® c. N. Dosiersprey: 1 g Lösung enthält 0,25 mg Dimetindenmaleat, 2,5 mg Phenylephrin, 3,5 mg Neomycinsulfat.

Indikationen: Vibrocil® Dosierspray: Symptomatische Behandlung bei Rhinitis; Rhinitis allergica und Heuschnupfen; Rhinitis vasomotoria; Begleitsinusitis

Vibrocil® c. N. Dosierspray: Rhinitis; Rhinitis purulenta; Rhinitis allergica und Heuschnupfen; Rhinitis vasomotoria; Begleitsinusitis

Kontraindikationen: Engwinkelglaukom, Rhinitis sicca. Eine mögliche systemische Wirkung ist zu beachten.

Eigenschaften, Wirkung und mögliche Nebenwirkungen: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungswise für beide Präparate: Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren je nach Bedarf 3- bis maximal 4x täglich in beide Nasenlöcher sprühen.

Handelsformen: Vibrocil Dosierspray 10 ml DM 6,90; Vibrocil c. N. Dosierspray 10 ml DM 7,85

Hersteller: Zyma GmbH, 8000 München 70

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.

März 1981

- 7.—8. **Eschwaga:** Sonographie-Einführungslehrgang. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
- 8.—14. **Garmisch-Partenkirchen:** Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin. — Auskunft: Sekretariat der Kongresse für Ganzheitsmedizin, Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bemberg.
- 8.—21. **Badgesteln: XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer.** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 9.—13. **Toufouse:** 3. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Medizinische Informatik. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e. V., Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41.
- 9.—20. **München:** Fortbildungsveranstaltung „Epidemiologie und epidemiologische Methodik“. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 9.—21. **Davos: XXIX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer.** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 10.—13. **Berlin:** Arbeitsmedizinisches Fortbildungsseminar für Führungskräfte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 10.—13. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Institutes für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 12.—16. **Amsterdam:** 6. Fortbildungskurs „Gefäßchirurgie“ mit Praktikum. — Auskunft: Frau M. van Westing, Sekretariat Abteilung für Gefäßchirurgie, Wilhelmina Gasthuis, Eerste Helmersstraat 104, NL-1054 EG Amsterdam.
- 13.—14. **München:** Tagung „Intensivmedizinische Aspekte bei parenteraler Ernährung“. — Auskunft: Professor Dr. P. Bottermann, Ismeninger Straße 22, 8000 München 80.
- 13.—15. **Bad Wlasee:** Seminarkongreß „Naturheilverfahren — Auf naturwissenschaftlicher Grundlage“. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.
- 14.—21. **Zürs:** 2. internationales Symposium über Anästhesie-, Reanimations- und Intensivbehandlungsprobleme. — Auskunft: Professor Dr. I. Podlesch, Moorenstraße 5, 4000 Düsseldorf.

- 14.-22. **Freudenstadt:** 60. Fortbildungskongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V. — Auskunft: Geschäftsstelle des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Alter Weg 29, 7290 Freudenstadt 1.
14. **Kleinheubach/Meln:** „Symposion über die Anästhesieambulanz“. — Auskunft: Sekretariat der Anästhesieabteilung des Kreiskrankenhauses, 8765 Erienbach.
- 15.-20. **Tokio:** Deutsch-Japanischer Kongreß über Angiologie. — Auskunft: Professor Sakaguchi, Hamamatsu Medical College, Shizuoka Prefecture/Jepem.
- 15.-28. **Pontresina/Schweiz:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 16.-19. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 16.-19. **Erlangen:** 25. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschalldiagnostik (für Anfänger). — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 16.-19. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Institutes für Strahlenschutz der GSF, Ingoistädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
18. **Fürth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth. — Auskunft: Dr. J. Mertens, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth.
- 19.-20. **Hennover:** Fachtagung Krankenhaustechnik „Technik Zentraler Dienste im Krankenhaus“. — Auskunft: Abteilung für Biomedizinische Technik speziell Krankenhaustechnik, Medizinische Hochschule Hannover, Postfach 610180, 3000 Hannover 61.
- 20.-21. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 23.-26. **Utrecht:** 1. Internationale Konferenz für Sportmedizin. — Auskunft: Royal Netherlands Industries, Fair Special Events Dept., P. O. Box 8500, NL-3503 RM Utrecht.
- 23.-26. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz in der Therapie mit Röntgenstrahlen, Gamme-Bestrahlungsanlagen und beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Institutes für Strahlenschutz der GSF, Ingoistädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 23.-27. **Berlin:** Einführung in die Begutachtungskunde. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 23.-29. **Devos:** 4. Internationaler Fortbildungskurs „Herzintarkt und Angine pectoris“. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. P. Lichtlen, Abteilung Kardiologie im Zentrum Innere Medizin der Medizinischen Hochschule, Kari-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61.
24. **Würzburg:** Tegung der Universitäts-Hautkliniken Würzburg und Erlangen. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. H. Röckl, Joßet-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
25. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinischer Direktor Dr. W. Ralsch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.
25. **München:** Katastrophenmedizin „Sichtung (Triage) — Erste ärztliche Notfallmaßnahmen“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Urban, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 27.-29. **Ascone:** 9. internationales Balint-Treffen. — Auskunft: Professor Dr. B. Luban-Plozze, Piazza Fontana Pedrazzini, CH-6600 Locarno.
- 28.-29. **Augsburg:** 67. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
28. 3.-12. 4. **Deutschhofen/Südtirol:** Sportmedizinischer Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärzterbundes. — Auskunft: Dr. med. H. W. Lechtenberg, Prinzenhöhe 43, 4330 Mühlheim/Ruhr.
30. 3.-2. 4. **New York:** International Symposium on Viral Hepatitis. — Auskunft: Professor Dr. F. Deinhardt, Pettenkoferstraße 9a, 8000 München 2.
30. 3.-3. 4. **Berlin:** Lehrgang über die Problematik der Staubeinwirkung. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.

„Bayerisches Ärzteblatt“, Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber 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: Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1.

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

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

Bezugspreis monatlich DM 5,— einschließlich Postzeitungsgebühr und 8 1/2 % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner Jr., Augsburg, Straße 9, 8080 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



LANDEVERSICHERUNGSANSTALT OBERFRANKEN UND MITTELFRANKEN

In unserer Frankland-Klinik, 8532 Bad Windsheim, ist ab sofort die Stelle eines(r)

Stationsarztes (-ärztin)

zu besetzen.

Die 1965 nach neuzzeitlichen Gesichtspunkten erbaute Rehabilitationsklinik für Innere Krankheiten (235 Betten) ist mit einer modernen diagnostischen, balneologischen und physikalischen Abteilung und Einrichtung für Röntgen, Labor, EKG, Endoskopie und Gastroenterologie ausgestattet. Der Cheferzt ist für zwei Jahre zur Weiterbildung in Innerer Medizin ermächtigt.

Die Vergütung richtet sich nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis – Laufbahn des höheren Dienstes – möglich. Die Besoidung erfolgt im Rahmen des Bundesbesoidungsgesetzes.

Wir bieten außerdem:

- alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes
- zusätzliche Altersversorgung
- Wohnmöglichkeit im Bereich der modernen Wohnanlage
- Teilnahme an preisgünstiger Gemeinschaftsverpflegung
- Ausübung von Nebentätigkeit im Rahmen der Richtlinien

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnis-schriften, Lichtbild usw.) werden erbeten an den

Cheferzt Leitenden Medizinaldirektor Dr. med. Landgraf, Frankland-Klinik, Schwerzallee 1, 8532 Bad Windsheim, Telefon (0 98 41) 20 21

oder direkt an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Personalreferat, Wiltheibacherring 11, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 607-226

Der Landkreis Kitzingen

stellt für sein Kreis Krankenhaus in Kitzingen zum nächstmöglichen Zeitpunkt

1 Oberarzt

als Vertreter des Cheferztes der Anästhesiabteilung ein.

Die Stelle ist bewertet nach Vergütungsgruppe I b/1e BAT. Daneben werden Vergütung für Rufbereitschaft bzw. Bereitschaftsdienst, Beteiligung an Liquidationseinnahmen des Cheferztes und die sonst üblichen Leistungen im öffentlichen Dienst geboten. Bei der Wohnraumbeschaffung wird eine Mithilfe angeboten.

Das Kreis Krankenhaus Kitzingen umfaßt im Verbund mit den Häusern in Dettelbach, Iphofen und Marktbreit 277 Betten, davon 106 für Chirurgie, 29 für Gynäkologie und Geburtshilfe und acht für HNO-Hellkunde. Das Krankenhaus ist zum berufsgenossenschaftlichen Heliverfahren und zum Verletzungsartenverfahren zugelassen. Ein Neubau mit 260 Betten wird gegenwärtig errichtet. Mit der Inbetriebnahme kann 1983 gerechnet werden.

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) umgehend beim **Landratsamt, Kaiserstraße 4, 8710 Kitzingen**, einzureichen.

Assistenzarzt

für Allgemeinpraxis in Nordbayern gesucht.
Anfragen unter Chiffre 2064/29.

LANDKREIS ALTÖTTING

Kreis Krankenhaus, 8262 Altötting/Obb.

Abteilung für Innere Medizin
– Cheferzt Dr. R. Reimann –

sucht einen qualifizierten Arzt für Innere Medizin als

Oberarzt

Die Abteilung bietet 114 Betten, 12 Plazstellen, Intensivpflegereinheit, Hämodialyseeinheit, leistungsfähiges Labor, Röntgen, umfassende Endoskopie, regelmäßige Fortbildung. Der leitende Arzt ist zur vollen Weiterbildung in der Inneren Medizin einschließlich fachgebundene Röntgendiagnostik ermächtigt.

Geboten werden: Vergütung nach Vergütungsgruppe I BAT, eine angemessene Puschale für die Wahrnehmung der Rufbereitschaft, Nebeneinnahmen und alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes.

Altötting ist eine Kreisstadt am Rande des Voralpengebietes. Sämtliche weiterführende Schulen befinden sich am Ort.

Bewerbungen erbeten an die

**Verwaltung des Hauses
Mühldorfer Straße 16 e, 8262 Altötting**

An der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin in München (Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin) ist die Stelle des

Stellvertreters des Geschäftsführers der Akademie

neu zu besetzen. Die Akademie ist eine Begegnungsstätte von Wissenschaft und Praxis mit Austausch von Erkenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Arbeits- und Sozialmedizin und eine Einrichtung der Weiterbildung von Ärzten in Arbeitsmedizin. – Voraussetzungen: Eine mindestens zweijährige Tätigkeit auf dem Gebiet der inneren Medizin bzw. der nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte anrechenbaren Fächer um die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ (Arzt für Arbeitsmedizin) erwerben zu können. Der dreimonatige theoretische Kurs in Arbeitsmedizin und die nach der Weiterbildungsordnung erforderlichen zwei Jahre praktische Tätigkeit in der Arbeitsmedizin können im Haus abgeleistet werden. Die Weiterbildungsermächtigung dafür liegt vor. Eine Mitarbeit beim Staatlichen Gewerbeamt – Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin – wird ermöglicht und ist erwünscht. – Die Einstellung erfolgt im Angestelltenverhältnis (VergGr. II a/1b BAT), bei Vorliegen der beamtenrechtlichen Voraussetzungen ist eine Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Probe (A 13/A 14) in Aussicht genommen. Unterstützung bei Wohnraumbeschaffung wird zugesichert, ebenso werden Trennungsgeld und Umzugskostenvergütung nach den gesetzlichen Bestimmungen sowie alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes gewährt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und Lichtbild erbeten an das **Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Postfach 123, 8000 München 43.**



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

eA 2



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

Über die vielen Aspekte bei der Baufinanzierung Bescheid zu wissen, zählt sich aus. Kommen Sie deshalb zum DÄV-Treff der Deutschen Ärzteversicherung am 25.3. Treffpunkt ist München, Penta-Hotel im Motorama, Hochstraße, 18.30 Uhr.

Für diesen Abend haben wir drei Experten gewonnen: Direktor Peter Stumpf – Bayerische Hypotheken- und Wechselbank, Dr. jur. Schmitt-Walter – Rechtsanwalt und einen namhaften Steuerexperten. Auf diesem DÄV-Treff möchten wir Ihnen Gelegenheit mit Ihren Kollegen und den Experten ausgiebig zu diskutieren – auch die Vorteile und Risiken von Bauherren-Modellen. Der beste Weg, recht schnell einen aktuellen, objektiven Überblick zu bekommen und weitreichende Entscheidungen zu treffen.

Darum werden wir diesen neuartigen Informations-Service fortführen. Mit anderen DÄV-Treffs. Um Ihnen so die Möglichkeit zu geben, sich umfassend und neutral über alle Bereiche im privaten Vorsorgeplan zu informieren. Wir werden Sie weiter unterrichten.

DÄV-Treff am 25.3. München

Die richtige Baufinanzierung. Vorteile! Kosten?

Diskutieren Sie mit Kollegen und den Experten Direktor P. Stumpf und Dr. jur. Schmitt-Walter über die optimale Baufinanzierung. Die Deutsche Ärzteversicherung lädt Sie ein.

Anmelde-Coupon

Coupon bitte schnell einsenden (begrenzte Teilnehmerzahl, Bestätigung nach Eingang). Ausschneiden und senden an: Deutsche Ärzteversicherung, Filialdirektion München, Schwanthalerstr. 69, 8000 München 1.

Ich möchte am DÄV-Treff in München teilnehmen und melde mich hiermit an.

Ich kann an diesem DÄV-Treff nicht teilnehmen, bitte aber um aktuelle Informationen zum Thema Baufinanzierung.

25.3.

Name:

Anschrift:

**Deutsche Ärzteversicherung**
Zweigniederlassung der Colonia Lebensversicherung AG
kompetenter Partner. In allen Fragen finanzieller Sicherheit.

Ergenyl®

- Natriumvalproinat -

„Natriumvalproinat ist ein wertvolles Antiepileptikum,
das bei vielen Epilepsieformen wirksam ist.
Nebenwirkungen wurden selten beschrieben
und sind meist nicht ernsthafter Natur.“

S. Wara et al.: Akute Leberschäden im Zusammenhang mit Natriumvalproinat,
THE LANCET, S. 1110, November 22, 1980.

Zusammensetzung: Eine magensaftresistente Filmtablette Ergenyl 500 enthält: 500 mg Valproinsäure, Natriumsalz (NVP). Ergenyl retard enthält: 300 mg NVP. Ergenyl 150 enthält: 150 mg NVP. Ergenyl Dragées (magensaftresistent) zu je 300 mg NVP. Ergenyl (Tabletten) zu je 300 mg NVP. Ergenyl Lösung, 1 ml enthält: 300 mg NVP. **Anwendungsgebiete:** Epileptische Anfälle verschiedenen Ursprungs, Fieberkrämpfe. **Gegenanzeigen:** Gestörte Leberfunktion. Bei Kinderwunsch oder auch bei Frauen, bei denen der Eintritt einer Schwangerschaft nicht ausgeschlossen werden kann, sollte vor Anwendung des Arzneimittels ärztlicher Rat eingeholt werden. Bei bereits bestehender Schwangerschaft ist darauf zu achten, daß die Dosierung von Ergenyl, besonders zwischen dem 20. und 40. Schwangerschaftstag, so gering wie möglich gewählt wird. Kombinationen von Antiepileptika und anderen Arzneimitteln sind nach Möglichkeit während dieser Zeit zu vermeiden. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen wurde unter der Therapie mit Ergenyl vorübergehender Haarausfall beobachtet. Ein Absetzen der Therapie war in keinem Fall notwendig. Verminderung der Blutplättchenzahl (Thrombozytenzahl) und verlängerte Blutungszeit. Gegebenenfalls sind diese zu kontrollieren. **Warnhinweis:** Bei Anwendung von valproinsäurehaltigen Arzneimitteln wie Ergenyl sind in mehreren Fällen schwere Schädigungen der Leber und der Bauchspeicheldrüse beobachtet worden. Kontrolle der Leberfunktion, der Blutgerinnung (Fibrinogen, Thrombozyten) und evtl. der Funktion der Bauchspeicheldrüse (Amylase) sollen deshalb vor und wiederholt während der Anwendung von Ergenyl durchgeführt werden, vor allem aber wenn unklare Oberbauchbeschwerden, Symptome der Organschädigung oder Blutungsanomalien auftreten. **Wirkungsweise:** Ergenyl erhöht die GABA-Konzentration im Gehirn durch Hemmung der Gamma-Aminobutyrat-Alpha-Ketoglutarat-Transaminase und erhöht damit die Erregungsschwelle für die Krampfbereitschaft. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Die Dosierung wird vom Arzt bestimmt und darf nicht überschritten werden. Es wird eine einschleichende Dosierung empfohlen, die von Fall zu Fall festgelegt wird. Die Tagesdosis Ergenyl wird auf 2 bis 4 Einzelgaben verteilt, die zu den Mahlzeiten eingenommen werden. Ausführliche Dosierungsangaben enthält die wissenschaftliche Broschüre. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Ergenyl kann die Wirkung von bestimmten Arzneimitteln (MAO-Hemmer, Thymoleptika), die auf die Psyche wirken, und anderer Antiepileptika, wie z. B. Primidon, Phenytoin, ebenso verstärken wie die von Barbituraten, so daß deren Dosierung nach der Einschleichphase mit Ergenyl meist reduziert werden kann. Bei Patienten, die mit gerinnungshemmenden Mitteln (Antikoagulantien) oder Acetylsalicylsäure behandelt wurden, sollte - vor allem auch vor chirurgischen Eingriffen - eine Kontrolle der Blutplättchenzahl (Thrombozytenzahl) und der Blutungszeit durchgeführt werden. **Derreichungsformen und Packungsformen:** Ergenyl 500 (magensaftresistente Filmtableten zu 500 mg): 50 Stück AVP (m. MwSt.) DM 50,93, 100 Stück AVP (m. MwSt.) DM 94,36, 500 Stück AP. Ergenyl retard (magensaftresistente Filmtableten zu 300 mg): 100 Stück AVP (m. MwSt.) DM 57,82, 1000 Stück AP. Ergenyl 150 (magensaftresistente Filmtableten zu 150 mg): 100 Stück AVP (m. MwSt.) DM 38,40, 1000 Stück AP. Ergenyl Dragées (magensaftresistente Dragées zu 300 mg): 100 Stück AVP (m. MwSt.) DM 57,82, 1000 Stück AP. Ergenyl Tabletten (Tabletten zu 300 mg): 100 Stück AVP (m. MwSt.) DM 57,82, 1000 Stück AP. Ergenyl Lösung (1 ml Lösung mit 300 mg): 60 ml AVP (m. MwSt.) DM 39,03. **Stand: 8/1980**



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Der akute Stimmverlust

Der Notfall: Plötzliche, starke Heiserkeit oder Stimmlosigkeit

bearbeitet von Professor Dr. G. Kittel, Erlangen

Symptomatik:

Völliges Wegbleiben der Stimme (Aphonie) oder hochgradige Stimmstörungen (Dysphonie) ohne oder mit Atemnot

Bei Ictus laryngis überdies krampfartige Kehlkopfsensationen mit erstickungsartigen Zuständen ohne ersichtliche Ursache. — Bei psychischen Insulten und Kehlkopfgorganneurose meist keine Atembeschwerden („Es schlägt nur die Stimme“). Bei Larynx-Perichondritis neben Heiserkeit oder Stimmverlust oft Atembehinderung mit Unruhe, schlechtes Allgemeinbefinden, Fieber, spontaner Schmerz und laryngeale Druckempfindlichkeit. — Bei Laryngitis subglottica (Pseudokrapp kleinerer Kinder), Diphtherie (Krupp), Epiglottitis und abszedierender Angina epiglottice neben Stimmstörungen aller Grade infolge Stimmlippenödemen und Belägen auch bellender Husten, inspiratorischer Stridor mit Zyanose und Kreislaufstörungen. — Äußere, innere und perforierende Kehlkopfverletzungen, einschließlich Quetschung (Contusio laryngis) verursachen oft auch Schluckstörungen, stumpfe Halstraumen auch ohnmachtsähnliche, reflektorische Zustände (Commotio laryngis, Larynxchock). — Bei Insektenstichen endolaryngeal oder im Hypopharynx-oberen Ösophagusbereich neben Dsy-/Aphonie meist Atemnot. — Beidseitige Stimmlippenpareesen in intermediär- oder Abduktionsstellung bedingen hochgradige Überhauchungen bis zur Aphonie und Zwang zu häufigem Atemholen beim Phonieren.

Anamnese:

Wiederholungen des akuten Stimmverlustes in verschiedensten Zeiträumen sprechen für Ictus laryngis und psychogene Störungen. Fragen nach seelischen Traumen; neurotisches Verhalten? Hinweise auf Perichondritis durch vorangegangene Hals-/Kehlkopfoperationen, Bestrahlungen, Verletzungen und Fremdkörperaspirationen. Befragung nach Infektionen und Virusinfekten der Umgebung, Tonsillen-/Pharynxabszessen mit Schluckstörungen, Unfällen, plötzlichen Schmerzen beim Essen und Trinken (Insektenstichen, scharfen Fremdkörpern), Kropf- besonders Rezidivoperationen, neurologischen Erkrankungen einschließlich Apoplexien, Blutungsneigungen und exzessiven Stimmbelastungen (Stimmlippenhämatome und Ödeme), Allergien (endolaryngeale Quincke-Ödeme) sowie nach allgemeinen Tumorzeichen

Sofortdiagnostik:

Indirekte, notfalls direkte Spiegelung des Kehlkopfes (Laryngoskopie). Beobachtungen und Prüfungen der Atemfunktionen. Bei Verdacht auf psychogenen Stimmverlust meist stimmhaftes Husten möglich. Stimmprüfungen unter Vertäubung (Lombard-Versuch)

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

Bei psychogenem Stimmverlust psychotherapeutische Intensivmaßnahmen, Vertäubungen nach Aufforderung zum Phonieren, Elektrobehandlungen. — Bei Stimmverlust durch hochgradige Larynxödeme, namentlich bei gleichzeitigen Atembeschwerden Cortisongaben („Intravenöse Tracheotomie“), Instillationen von Huzly-Lösung, Calciumgaben, Eiskrawatte, Antihistaminika. — Bei Stimmlippenhämatomen gefäßabdichtende und die Resorption fördernde Medikamente. Bei offenen Larynxverletzungen mit Blutungen zur Vermeidung von Aspiration Kehlkopftief-lagerung in Knie-Ellenbogen-Lage am Unfallort

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

Bei starker Blutung (Bluthusten), Atemnot, Hautemphysem, Verdacht auf Trümmerbrüche und Stellknorpelluxation zur Stimmlitze sofortige Tracheotomie (Moure-Regel). Gleich danach laryngotracheoskopische Aufrichtung und innere Temponade („innere Schienung“)

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

Keine stärkeren Sedativa ohne geneue Larynxbeurteilung, da Aspirations- und Erstickungs-gefahr. Bei Stimmlippenödemem neben Cortison auch Furosemid (*Lasix*) und Tanderil oder Tantum. Transport bei inspiratorischem Stridor im Notarztwagen mit O₂-Zufuhr und Intubationsmöglichkeit. Bei akuten Atembeschwerden keine Stimmrehabilitationsmaßnahmen

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Schwere Thoraxtraumen können infolge Schädigung der Blasebelgfunktion zu Stimmstörungen bis zum Stimmverlust führen. Schwerste Schädelhirntraumen bewirken gelegentlich Anarthrophonie (Unfähigkeit, zu phonieren und zu sprechen). — Selbst schwerste, akute, fibrinöse Laryngitiden mit Stimmverlust stellen nur ausnahmsweise Notfälle dar, namentlich bei Hinzutreten von Stimmlippenpareesen oder stärkeren Aryödemem. — Bei intralaryngealer Tumorentwicklung verschlechtert sich die Stimme nur allmählich, kann dann aber plötzlich ganz wegbleiben. Zum akuten Notfall zählen solche Stimmstörungen nur bei zu langem Zuwarten und Hinzukommen von Atemnot.

Da Stimmlippenschwingungen im Gegensatz zu Aryeinstellungen passiv im Atemstrom erfolgen, kann bei beiderseitiger kompletter Stimmlippenparese in Median-/Paremedianstellung die Stimme relativ gut bis normal bewertet werden und trotzdem akute Erstickungsgefahr bestehen. Deshalb cave Fehlschlüssel Cave: Verwechslung „inspiratorischer Stridor“ mit „psychogenem, inspiratorischen Sprechensätzen“!