

Bayerisches Arzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

März 1981

Zur Kenntnis genommen:

Auch im Bareich der Gesundheitspolitik gahört es zum guten Ton, jedas Jehr unter ein besonderas Leitwort zu stellen. Man erinnera sich en des Jehr des Kindes, um nur ein Baispiel zu nennen. Es wurden - wie es sich gehört - aile möglichen Verenstaitungen abgahaltan, vom Vortreg eines Politikars bis zum Festbeil oder Damantee zugunsten der hungarnden Kinder in irgend einem efrikanischen Lend. Ich habe schon demels meina Zwaitel deren geäußert, ob soiche Verenstaitungen geeignet sind, Änderungen herbeizuführen, ja - ob dies übarhaupt im Ernsta beabsichtigt ist, Ich würde zusammenfassend sagen: Pflichtübungen, außer Spesen nichts gewesen. Wenn zufäilig in dem bewußten Jehr etwes geschehen ist, dann wäre es auch ohne das Jahresmotto getan worden. Daß vieies von heute euf morgen überhaupt nicht änderbar ist - etwe die Säuglingssterblichkeit in indien oder in Schwarzefrike -, ist für Einsichtige zur Genüge bekennt.

Dieses Jehr wurda zum "Jahr der Behindarten" arklärt. Was wir bereits in den ersten Wochen erleben und beobachten, untarscheidet sich in nichts vom vorerwähnten "Jahr das Kindes". Veranstaitungen, Reden, Zeitungsertikel, Großkundgebungen, Forderungen. Wir sollten dennoch dan Pessimismus zunächst noch verdrängen, der uns befürchten läßt, deß euch am Ende dieses Jahras dia Blienz wieder leutet "außar Spasen nichts gewesen". Genährt wird dieses unguta Vorgefühl schon durch die völlig pauschale Benützung des Begriffes "Behinderter". Hier muß man aber bereits zu differenzieren baginnan, wenn Sinnvoiles geschehen soli. Deß der großzügig ausgestellte Ausweis des Versorgungsamtas kaina Beurteilungsgrundlage für die Schwara der Bahinderung sein kenn, dürtte wohi unstraitig sain. Wir wissen, deß sich unter den Ausweisinhebern neben tatsächlich Behinderten euch "Stauarsparer" befinden.

Es wird immer wieder berichtet, daß sich unter hundert Neugeborenen atwa drei, nach manchen Queilen soger fünt Kindar mit Behinderungen fänden. Des meg zutreffen. Dabel wird ebar elles mitgezählt, was irgendwie els Abwelchung von dar Norm enzusehan ist. Vieles davon bedeutet für den Betroffenen schiimmstanfalls eina "Störung", aber sicheriich keine offensichtliche Behinderung.

Aber euch die tatsächlich Behinderten lassen sich nicht unter ainen peuschalen Semmeibegriff zusemmenfessen. Vom rein körperlich Behinderten bis zum schwer geistig Behinderten spannt sich ein weiter Bogen. Die Antwort, dia Reaktionsweise, das Handein unserer Gesallscheft muß sich deren orientieren und wird dann, sofarn sinnvoll reegiert und gehendeit wird, sehr differenziert sein müssen. Denken wir en unsere Mit-menschen, die an dan Rolistuhi gefesseit sind. Viele von ihnan sind es nicht von Geburt, sondern infolge eines schrecklichen Unfalles. Sie sind körperlich behindert, sie tragen eine Last, die nicht ainmet ellen Ärztan voll bawußt ist. Abar sie leisten galstige Beiträge, sie erfüllen Aufgaben, die sich in keiner Welsa von denen Ihrar Mitmenschen untarscheidan, ich maina sogar, daß diase Menschen oftmels geistig viel reifer sind els ihr Nechber mit ungestörter Gasundhalt. Diese Menschen haben - gerede wenn sie vorher gasund weren - gelernt, daß der Mensch sich weit mehr durch seine geistig-cherekterliche Struktur euszeichnet als durch seine Körperlichkeit. Die Ausgeglichenheit und Heiterkeit, welche diese Menschen oft ausstrahlen, sind eine beschämende Lehre für elie, die meinen, deß es in erster Linie euf ihr Außeres, auf ihren "Body" enkomme. Wes diese - und elie körperiich Behinderten - von uns erwarten dürtan, ist nicht demonstriertes Mitteld, sondarn die salbstverständliche Integration in unsera Gesellschaft, verbunden mit der ebenso selbstvarständlichen

Rücksichtnahme und Hilfe, die der körperliche Zustand des einzelnan erfordert. Dazu gehört das Behindertengerätetransportmittal abenso wie die Eingliederung In den geaignetan Beruf. Deß körperbahinderta Kindar in die normala Schula gehören, daß die Kinder lernen müssen, ihren behinderten Schuikemereden zu akzeptieren wie jeden enderen, ihm zu heifen, ohne dies zu demonstrieren, versteht sich eus dieser Sicht gesehen von seibst.

Es bleibt die Frege, wie wir uns den geistig Behinderten gegenüber varhaltan sollen. Dabel muß an des Wort von der breiten Palette hier nochmals und ganz besonders erinnart wardan. Wir wissen, daß es viele geistig bahindarte Kindar und Erwechsene gibt, deren bester Hort dia Femilie ist. Sie sind soweit Integrierbar, daß ihre Förderung em besten in diesem Milieu ertolgt und artolgreich ist. Dia Anforderungen an Familia und Umwalt sind aber schon wesentiich größer - je nach Lege des Falles - eis beim körperlich behinderten, eber geistig vöilig normelen Femilienmitglied und Mitmenschen. Die notwendigen Hilfen müssen hler – so maina ich – schon wasantlich differenziertar sain. Mir ist wohi bekennt, daß die Mainung vartraten wird, men solla soiche geistig behindertan Kinder zusammen mit galstig völlig normalan in der gleichen Schulklesse untarrichten. Ich bezweifle, ob dias wirklich ein guter Dienst ist. Die harvorragenden Erfehrungen mit der erfreulich zunehmenden Zehl an Sonderschulen scheinen mir den besseren Weg aufzuzeigen. Die Sorge und Suche nach gaeigneten Arbeitsplätzen were dar waitare notwendige Schritt.

Wir können die Betrechtung en dieser Stelle nicht ebschließen. Es gibt euch noch die Mitmenschan, welche gelstig völlig behindert sind, vielfach eber sogar gelstig und körparlich. Sia sind weder bildungsfehig, noch lassen sia sich in dia Femilie intagriaren. Für diase Menschen zu sorgen, ist eine der vornahmsten Aufgeben unserer Geselischeft. Hier wurde uns gewissarmeßen eine Hypothek aufarlegt, dia wir ohne Murren tragen sollen und können. Diasa Hilfsbedürftigen müssen einen Pietz finden in ainer Pflegeansteit, wo sich Menschen liebevoli der Aufgaba widmen, diese Bedeuernswerten zu pflegen und zu versorgen - so wie die christliche Humanität es uns als salbstverständlich gebietet. Solche Anstaltan euflösen zu wollen, wäre eine Absurdität, iiaße en den athischen Grundlagen unserer Gesallschaft zwaifeln. Die Belastbarkeit einer Familia hat Grenzen, die nicht ohne Gefehr für ihren Bestand verletzt werden dürten. Die Güterabwägung, welche unsere zwischenmenschlichen Beziehungen beherrscht, het gerede hier ihre besondere Bedeutung.

ich habe seit nehezu vier Jahrzehnten das Giück, in einer solchen Anstelt den Schwestern als Arzt helfen zu dürfen. Die Autopfarung und zuglaich Heiterkeit, mit der diese Freuen ihre Autgabe ertüllen, empfinda ich stets von Neuem els ein Erlabnis, des mich zutiefst berührt, Solange es solche Menschen gibt, wird die christliche humanites ihren Platz in unserer Gesellschaft bahelten. Sie sind zugleich ein Vorbiid für uns alle, wie men Mitmanschan hilft, ohna Aufhebans und ohne Damonstration. Dies sollte ein Vorbild sein für elle, die Tëtigen und die nur Bagagnenden.

Professor Dr. Sewering



Etwa 350 Gäste nahman an dem Empfang anläßlich des 65. Geburtstages von Professor Dr. Hans J. Sawering teil. Das Foto zaigt ainen Blick in den großen Saal im Ärztahaus Bayern. In der arsten Raiha sind zu erkennen (von links nach rechts): Frau Braun, Dr. Braun (Vizapräsident der Bayarischen Landesärztekammer), Innenminister Tandler, Frau Sewering und Professor Sawering, Arbeits- und Sozialministar Dr. Pirkl und Dr. Wynen (Generalsekretär des Weltärztebundas) mit Frau

Ehrung für einen gestandenen Politiker Geburtstagsempfang für Professor Dr. Hans J. Sewering

Der Mann, der - nach einer scherzhaften Bemerkung von Innenminister Gerold Tandler - zwei Minister zur Rechtsaufsicht benötigt, feierte in repräsentativem Rahmen und doch fast familiär seinen 65. Geburtstag: Professor Dr. Hans Joachim Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Gut 350 Gäste waren der Einladung zu einem Empfang am 30. Januar gefolgt, den Bayerische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns gemeinsam im Ärztehaus Bayern gaben.

Wer angesichts der angekündigten Ansprechen von neun Vertretern des öffentlichen Lebens und der Ärzteschaft Schlimmes befürchtet hatte (denn von mancherlei Festakten und Empfängen ist man schon nicht endenwollende Rede gewohnt), wurde bel diesem Empfang angenehm enttäuscht: das waren keine abgelesenen langwierigen Referate, sondern wirklich auf die Person zugeschnittene, oft freundschaftliche Glückwünsche mit ein paar Ausflügen in die Gesundheitspolitik und die ärztliche Berufspolitik. Dr. Hermenn Braun, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, eröffnete den offiziellen Teil mit jenem schon fast privaten Stil, der dann von den anderen Gästen auch aufgenommen wurde.

Nach Breun sprachen:

Hippolyt Freiherr Poschinger von Frauenau, Präsident des Bayerischen Senats,

Gerold Tandler, Bayerischer Staatsminister des Innern,

Dr. Fritz Pirkl, Bayerischer Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung,

Dr. Fritz Schenk, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen RVO-Kassen.

Dr. André Wynen, Generalsekretär des Weltärztebundes,

Dr. Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages,

Dr. Hans Wolf Muschallik, Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und

Dr. Friedrich Kolb, Stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Das Geburtstagsgeschenk, das Braun namens der Kammer überreichte, ein Schutzengel, hatte Symbolkraft. Dr. Braun: Der Schutzengel möge in Zukunft alle Angriffe der Art abhalten, wie sie Sewering in den letzten Jahren durchzustehen gehabt habe. Die Schwlerigkeiten der

letzten Jahre — darauf spielte mancher in seiner Rede noch an, aber es waren auch nur noch Anspielungen, denn spätestens mit dieser Geburtstagsfeier wurde klar, daß die Vergangenheit vergangen ist.

Großer Verdienstorden mit Stern für den Gesundheitspolitiker Sewering

Als ein Stück solcher in die Zukunft weisender Arbeit gilt der sogenannte Bayern-Vertrag, jene Honorarvereinbarung mit den bayerischen RVO-Kassen, die anfangs außerhalb Bayerns (aber auch von dem einen oder anderen in Bayern) mit Argwohn bedacht wurde, jetzt aber auch bundesweit Anerkennung gefunden hat. Der "Bayern-Vertrag" wurde jedenfalls in diesem Sinne mehrfach lobend in den Geburtstagsreden hervorgehoben. Der Geburtstagsempfang war demnach über allem Persönlichen, das die Atmosphäre bewegte, auch an den politischen Fakten orientiert, denn Sewering ist nicht zuletzt - ein Politiker: gesundheitspolitisch engagiert in Bayern, auf Bundesebene und im Weltärztebund, aber auch allgemeinpolitisch in der Verantwortung als Mitglied des Senats.

Für diese Arbeit als (Gesundheits-) Politiker wurde er auch von Bundespräsident Professor Dr. Carl Carstens



Der Jubilar mit (von links nach rechts): den Ministern Dr. Pirkl und Tandler sowie dem Präsidenten des Bayerischen Senats Freiherr Poschinger von Frauenau

Foto: Neuwirth

mit dem Großen Bundesverdienstkreuz mit Stern ausgezeichnet. Innenminister Tandler überreichte diese nicht eben häufig verliehene Auszeichnung anläßlich des Empfanges. In Tandlers Rede kam auch die eingangs zitierte Redewendung von den zwei Rechtsaufsichten vor: "Mögen Sie das als Zeichen Ihrer Bedeutung für die Baverische Staatsregierung nehmen, daß in Ihrem Fall nicht eine staatliche Rechtsaufsicht genügt, sondern daß sie von zwei Häusern wahrgenommen werden muß. Ohne es im einzelnen nachgeprüft zu haben, werden Sie wohl der einzige Bürger Bayerns sein, dem im gesellschaftlich-berufsständischen Bereich diese Bürde und Ehre zuteil wird. Was mich betrifft und da kann ich auch meine Vorgänger einbeziehen, denn Sie sind ja schon ein volles Vierteljahrhundert Präsident der Bayerischen Landesärztekammer - war diese Rechtsaufsicht nie eine Bürde.

Tandler kam dann auf das (fruchtbare) Spannungsverhältnis zwischen Selbstverwaltung und Staat zu sprechen: "Selbst wenn die unterschiedliche Ausgangslage von Kammer und Staat ein gewisses natürliches Spannungsverhältnis erzeugt, war es stets eine Freude, mit wie großem Verständnis und welch bemerkenswerter Aufgeschlossenheit Sie staatliche Belange nicht nur zur Kenntnis genommen, sondern gefördert haben." Er fuhr fort: "Wir tun uns auf diesem Gebiet natürlich insofern leicht, weil es trotz der unterschiedlichen Ausgangsstellung von Kammer und Staat unser gemeinsames Ziel ist, die Voraussetzungen für eine gute ärztliche Betreuung unserer Bürger zu erhalten und nach Möglichkeit zu verbessern." Der Innenminister würdigte beispielhaft für andere zukunftsgerichteten Aktivitäten Sewerings Sorge um die Verbesserung der ärztlichen Ausbildung: "Auch hier haben Sie mit großer Sachkenntnis schon Ihre Vorstellungen entwickelt, und das Staatsministerium des Innern wird bei den kommenden Beratungen um eine verbesserte ärztliche Ausbildung dankbar Ihren wertvollen Rat in Anspruch nehmen."

Ethos und Zivilcourage

Tandler abschließend an Sewering gewandt: "Sie haben oft genug gezeigt, daß Sie den Mut haben, auch unpopuläre Themen aufzugreifen. Sie haben Schwierigkeiten nicht gescheut, wenn es galt, für Ihre Überzeugung einzustehen - ich erinnere nur an die Anfeindungen, denen Sie im Zusammenhang mit der Diskussion um die Liberalisierung des § 218 StGB ausgesetzt waren. Wer Schwierigkeiten so souveran meistert wie Sie, der braucht ein gutes Gewissen. Ich wäre froh, wenn sich alle Ärzte in unserem Lande Ihr Ethos und Ihre Zivilcourage zum Vorbild nähmen."

Die "soziale Nische"

Wurde von Tandler das Bonmot von den zwei Staatsaufsichten geprägt, so von Arbeitsminister Dr. Fritz Pirkl das von den "Nischen". Gemeint war, daß Sewering beruflich und privat vielerlei Nischen "besetzt" hat, die bei seinem Geburtstag angeführt wurden: die des Politikers, des Arztes, aber auch des Jägers (Freiherr Poschinger von Frauenau überreichte ihm beispielsweise für seine Jägerweste Knöpfe mit dem bayerischen Staatswappen; der Bläserchor des Bayerischen Jagdschutz- und Jägerverbandes München umrahm-

te, zusammen mit den Riederinger Sängern, die Veranstaltung); und Pirkl suchte jetzt die "Nische", die ihm als dem Minister für Arbeit und Sozialordnung noch übrig blieb. Nun, er fand sie in der "sozialen Nische".

Der Sozialminister würdigte Professor Sewering als einen bundes- und weltweit anerkannten Standespolitiker, Senator, Gesundheits- und Sozialpolitiker, der sich stets durch vorbehaltlose Bereitschaft zu extrem harter Arbeit, äußerste Disziplin, Gradlinigkeit sowie Konsequenz des Handelns und Weitblick ausgezeichnet habe wie auch durch ein Gespür für Entwicklungen, die es anzustreben, und für Fehlentwicklungen, die es zu verhindern gelte. Mit den Worten "uns verbindet die Verantwortung für die kassenärztliche Versorgung von rund 90 Prozent der Bevölkerung unseres Landes, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von derzeit über 11 400 Kassenärzten versorgt werden" wandte sich Dr. Pirkl an Sewering. "Wenn wir uns heute auf ein unbestreitbar hochwertiges Qualitätsniveau dieser kassenärztlichen Versorgung berufen können", so sei das entscheidend mit das Verdienst von Professor Sewering, der mit seiner unermüdlichen Initiativ- und Schaffenskraft ein zuverlässiger Garant und Motor des Fortschritts sei. Auf die Verdienste des Jubilars eingehend. nannte der Minister beispielhaft den richtungsweisenden Bereich der Gesundheitsvorsorge und Frühdiagnose, die Schrittmacherdienste auf dem Gebiet der Krebsfrüherkennungsmaßnahmen für Frauen und Männer sowie der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder; ferner die Vorbereitung umfassender ärztlicher Betreuungsmaßnahmen für Schwangere, erfolgreiche Anstrengungen, junge Ärzte zur Niederlassung in noch nicht gut versorgten Gebieten durch eine gezielte finanzielle Förderung "marktkonform" zu motivieren und schließlich dessen bemerkenswerten Beitrag zum weiteren Ausbau der notärztlichen Versorgung. Der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns von Anfang an verbunden, seit 1951 Vorstandsmitglied, seit 1972 der Vorsitzende, habe Professor Sewering die über 30jährige Geschichte der kassenärztlichen Selbstverwaltung in unserem Lande maßgebend geprägt und als Organmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bundesweit System und Vollzug der kassenärztlichen Versorgung mitgestaltet.

Schon Pirkl wer euf den "Bayern-Vertreg" eingegangen; erst recht tat des Dr. Fritz Schenk els Vertreter der RVO-Kassen: "Nach einer kurzen Zeit von Spennungen sind wir zu einer desto intensiveren Partnerschaft zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen RVO-Kassen gekommen, die, glaube ich, nur in unserem Freistaat Bayern möglich ist." Es sei wohl auch nur in Bayern möglich gewesen, "im Interesse der Erhaltung eines freiheitlichen Gesundheitswesens und den gegliederten partnerschaftlich verwalteten Krankenkassenverbänden hier eigene Wege zu gehen und dem Gesetzgeber zu zeigen, daß durch freie Vereinbarung eine bessere Kostendämpfung möglich ist els durch Gesetz. Wir sind dafür eine Zeit lang starker Kritik von ellen Seiten im Bundesgebiet ausgesetzt gewesen und Ich möchte sagen, es beruhigt uns, nunmehr zu sehen, daß man versucht, einige Aspekte der Philosophie des ,Bayern-Vertrages' nunmehr nachzuvollziehen." Schenk bekräftigte dann die Bereitschaft. "unseren gemeinsamen Weg diesbezüglich weiterzugehen".

Aufgaben in Weitärztebund, Bundesärztekemmer, Kessenärztlicher Bundesvereinigung

Die Reihe der Ehrengäste aus der Ärzteschaft eröffnete der Generalsekretär des Weltärztebundes, Dr. André Wynen, der mit Sewering schon seit langem befreundet ist. Sie kennen sich aus der jahrzehntelangen Zusammenarbelt. Sewering ist dessen Schatzmeister, und er hat — das hob Wynen in seiner Ansprache besonders hervor — maßgeblich zur Rettung des Weltärztebundes beigetragen; ohne den Schatzmeister Sewering wäre der Weltärztebund vor ein paar Jahren finanziell und organisetorisch am Ende gewesen.

Es folgte in der Reihe der Ehrengäste der Präsident der Bundesärztekemmer und des Deutschen
Ärztetages, Dr. Karsten Vilmar. Vilmar wies darauf hin, daß Sewering
bereits seit 1955 dem Vorstand der
Bundesärztekammer angehört, viele
Jahre deren Vizepräsident und mehrere Jahre deren Präsident gewesen
sei. Vilmar hob, wie auch andere,
den großen Fleiß, der Sewering
kennzeichne und dle seine vielen
Gesprächs- und Verhandlungspartner immer wieder verblüffenden Deteilkenntnisse hervor, aber euch sein

politisches Gespür, die Vorehnung dessen, was kommen wird, ohne die Politik und euch ärztiiche Berufspolitik nicht erfolgreich gemacht werden kann. In eller Detailkenntnis und bei aller Vielfalt von Sewerings Interessen und Aktivitäten lasse sich jedoch ein Oberbegriff finden, erklärte Vilmar: Sewerings Anliegen sei immer die individuelle Versorgung durch freiberufliche Ärzte gewesen.

Für diese Aufgabe setzte sich Sewering nicht zuletzt in seinen Funktionen im Rahmen der kassenärztlichen Selbstverwaltung – sowohl in Bayern als auch auf Bundesebene – ein. Der erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Hans Wolf Muschallik, würdigte diesen Einsatz mit der Ehrengabe der Kessenärztlichen Bundesvereinigung. Muschallik sprach das besondere Pflichtbewußtsein des Geburtstagsmannes" an: "Pflicht ist die Aufgabe des Tages" zitierte er.

Dr. Friedrich Kolb, der Stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, würdigte die Eigenschaften und Fähigkeiten von Sewering, die seiner Meinung nach "die Grundlage für seinen berufspolitischen Erfolg und seine in Bayern unangefochtene Stellung abgeben".

"Es war immer das Anliegen des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns", erklärte Kolb weiter, die Qualität der kassenärztlichen Versorgung zu steigern und moderne Entwicklungen der Medizin in Diagnostik, Prävention, Therapie und Nachsorge auch den Sozialversicherten baldmöglichst zugute kommen zu lassen.' Kolb erinnerte an die Diabetesfrüherfassungsaktion, die Einführung der Schwangerenvorsorge in Bayern als erstem Bundesland (als freiwillige Leistung der Krankenversicherung, lange vor Ihrer Einführung als Pflichtleistung der Kassen), die Einrichtung der Krebsnachsorgekliniken Trissl und Oberstaufen, die Einführung der programmierten, dokumentierten und enonymisierten Krebsnachsorge, die erfolgreiche Perinetelstudie. an die Qualitätssicherung in der Lebormedizin und Radiologie, die Übernahme der Schutzimpfungen in die kassenärztliche Versorgung und die Überführung des rettungsärztlichen Dienstes (Blaulichtdoktor) in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung. Auch Kolb sprach die Philosophle des "Bayern-Vertreges" an: "so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig."

"Die Entscheidung liegt bei den Kollegen"

Sewering kam in seinem kurzen Schlußwort ebenfalls darauf zu sprechen, vor allem ging er auf die gelegentlich gestellte Frege ein, weshalb men "von heute auf morgen das Kriegsbeil begraben" habe.

Sewerings Antwort: "Vielleicht haben es sogar manche bedauert. plötzlich zu erfahren, daß die Kontrahenten sich geeinigt und die Hand gegeben haben. Wenn das geschehen ist, dann deshalb, weil beide Seiten sich der uns gestellten Aufgabe verpflichtet fühlten und aus der Erkenntnis heraus, daß wir für unsere Bürger, für unsere Patienten nur etwas Gutes tun können, wenn wir zusammenwirken. Diese Erkenntnis war es, die uns bewogen hat, von heute auf morgen das Kriegsbeil zu begraben; und heute sind wir faire Partner, die miteinander an einem Strick ziehen und unsere Aufgabe erfüllen. Ich glaube, die Ergebnisse der letzten zwei Jahre haben bestätigt, daß es richtig war, so zu handeln. Man muß auch einmal die Vergangenheit vergessen. Würde das in Europa und in der Welt nicht so sein, dann gäbe es heute keine EG und auch keine NATO, denn die Völker, die in der Europäischen Gemeinschaft vereinigt sind, haben früher miteinander blutige Kriege geführt und dann erkannt, daß die Zukunft nur gemeinsam gewonnen werden kann. Es war mir ein Bedürfnis, dies hier einmal offen zum Ausdruck zu bringen."

Schließlich sprach Sewering auch die von seinen Vorrednern mehrfach zitierte "Altersgrenze" von 65 Jahren an, die für die meisten anderen die Pensionierung bedeutet. Nun wirkt Sewering wohl auf jeden, der mit ihm zu tun hat, ohnehin keineswegs wie ein Pensionär. Er ist ideenreich, engagiert wie eh und je. Mit Überzeugungskraft und Organisationsgeschick leitet er die beiden ärztiichen Körperschaften in Bayern. Es spricht zweifelios für ihn, wenn er selbst offen zu der 65-Jahresgrenze Stellung nahm: er werde seine Aufgabe so lange eusfüllen, wie die Kollegen das wünschen. Er hoffe aber auch, "daß die Kollegen eines Tages offen sagen, wenn sie melnen, daß ich abtreten möge".

Nach aliem, was bei dem Geburtstagsempfang gesagt und bekundet wurde, hat es damit wohl noch einige Zeit. – EB/NJ –

Gestagen-Therapie des metastasierenden Mammakarzinoms

Eine Aufgabe für den niedergelassenen Arzt

von A. Leonhardt

- Herrn Professor Dr. med. Hans J. Sewering zum 65. Geburtstag gewidmet -

Mammakarzinome haben auch heute noch eine schlechte Prognose. Nach einem unterschiedlich langen Intervall erkranken in Abhängigkeit vom Tumorstadium 60 bis 70 Prozent dieser Frauen an einem Rezidiv (4,8). Bel frühzeitiger Erkennung durch eine gewissenhafte onkologische Nach-Betreuung kann fast ein Viertel dieser Patientinnen noch einmal einer kurativen Therapie mit Operation und Bestrahlung zugeführt werden. 75 Prozent dieser Kranken können jedoch meist nicht mehr endgültig geheilt werden. Jedoch läßt sich durch eine moderne standardisierte Rezidivtherapie oftmals eine beträchtliche Lebensverlängerung bel einem lebenswerten Allgemeinbefinden erzielen (6).

Früher bestand die Rezidivbehandlung des Mammakarzinoms entweder aus der medizinischen Resignation oder aus symptomatischen Maßnahmen, die auf rein empirischer Basis beruhten. Heute verfahren wir nach wissenschaftlich erarbeiteten Behandlungsprinzipien (8). Je konsequenter diese Richtlinien eingehalten werden, um so häufiger wird man erstaunliche, immer wieder reproduzierbare und oft lang anhaltende Remissionen bei lebenswertem Allgemeinbefinden beobachten können (5, 6, 7). Diese Möglichkeiten ailt es zu nutzen.

In einer früheren Arbeit konnten wir nachweisen, daß die Behandlungsergebnisse der Rezidivtherapie deutlich abhängig sind

- 1. vom Zeitpunkt der Diagnosestellung.
- 2. vom Metastasenverteilungsmuster und
- 3. von der Behandlungsmethode (4).

Bei jeder Nachbetreuung einer Mammakarzinom-Patientin steht im Vordergrund die Frage: Rezidivfrei ja oder nein? Die Antwort auf diese entscheidende Frage kann durch eine relativ einfache Diagnostik gegeben werden. Entscheidend ist dabel, daß diese Diagnostik ambulant und in jeder Praxis — eventuell unter Zuziehung eines Fachkollegen — möglich ist.

Das Diagnostik-Check-Programm zum Ausschluß eines Rezidivs bei der Mammakarzinom-Patientin umfaßt neben der Erhebung einer sorgfältigen Anamnese die klinische Untersuchung mit der Feststellung des Gewichtes, die Messung der Armumfänge sowie die Inspektion und Palpation der Haut, des Operationsbereiches mit der Mamma der anderen Seite und die Kontrolle der regionären Lymphabflußbahnen mit Axilla-, Infra- und Supraklavikularregion (Tab. 1). Außerdem muß die

Diagnostik-Check-Programm bei der embulenten Nechbetreuung der Memmakarzinom-Patientin

- 1. Anamnese
- Klinische Untersuchung: Gewicht, Armumfang, Haut, Operetionsbereich + Memma, Regionäre Lymphknoten, Leber, WS
- 3. Gynäkologische Untersuchung + Zytologie
- Lebor: Hb, BKS, Alkelische Phosphetese, Gemme-GT, Karzinoembryonales Antigen = CEA
- Röntgenuntersuchung: Puimo, Memmographie
- 6. Skeiett-Szintigremm

Tabelle 1

Bayerisches Ärzteblatt 3/81





Lebergröße und die Klopfempfindlichkeit der Wirbeisäule geprüft werden. Erforderlich ist ferner die gynäkologische Untersuchung mit zytologischer Auswertung. Von den Laborwerten genügen heute neben Hb und BKS die Bestimmung der alkalischen Phosphatase, der Gamma-GT und des CEA-Spiegels. Zum Untersuchungsgang gehören weiterhin die Röntgenkontroile der Pulmo, das Skelettszintigramm und - falls die Mammographie länger als ein halbes Jahr zurückliegt die Mammographie (Tab. 1).

Hat dieser Untersuchungsgang den Verdacht oder den Nachweis eines Rezidivs oder einer Metastasierung des früher behandelten Mammakarzinoms ergeben, dann ist das weitere Procedere genau vorgezeichnet (Tab. 2).

Die erste Maßnahme bei Nachweis oder Verdacht auf ein Rezidiv oder auf eine Metastasierung ist die stationäre Einweisung der Patientin in die erstbehandelnde Tumorklinik oder in eine entsprechende Nachsorgeklinik (s. Tab. 2).

Hier erfolgt die Erhebung einer diagnostischen Bilanz. Wir verstehen unter diesem Begriff die Vervoliständigung der metastasentypischen Diagnostik (Hirn-Leber-Szinti, CT, Sonographie), die Integration von Histologie und/oder Zytologie in das gesamte Krankheitsbild sowie die abschließende Zusammen-

Vorgehen bei Rezidiv- oder Metestesenverdecht

Welche Konsequenzen

- 1. Stationäre Einweisung in Tumorklinik oder Nachsorgeklinik
- 2. Diagnostische Bilanz
- 3. Interdisziplinäres Konsilium erst dann:



Therapie

Tabelle 2

fassung aller erhobenen pathologischen Befunde. Anschließend wird in einem interdisziplinären Konsilium unter Beteiligung des Operateurs, des Strahlentherapeuten, des medizinischen Onkologen und des Endokrinologen die Therapiestrategie festgelegt.

Findet sich ein Rezidiv oder eine Metastasierung, geht man allgemein nach foigendem Therapieplan vor (Tab. 3):

Erster Schritt: Operation

Am Anfang jeder Rezidiv- oder Metastasentherapie steht - wenn nur irgend möglich - die Operation. Ziel des chirurgischen Eingriffes ist die totale Ausrottung des Rezidivtumors oder aber die Reduzierung der absoluten Tumorzellmasse.

Schema der Rezidivtherepie beim Memmekerzinom

I. Schritt Operation

Ziel: Totale Tumor-Entfernung

oder

Reduzierung der ebsoluten Tumorzellmasse

II. Schritt Radiatio

Ziel: Totale Tumor-Vernichtung

oder

Resttumor-Vernichtung nach Operation

Reduzierung der absoluten Tumorzelimasse

III. Schritt Hormontheraple

Ziel: Reduzierung der absoluten Tumorzellmasse

Verzögerung der Tumor-Wachstums-Geschwindigkeit

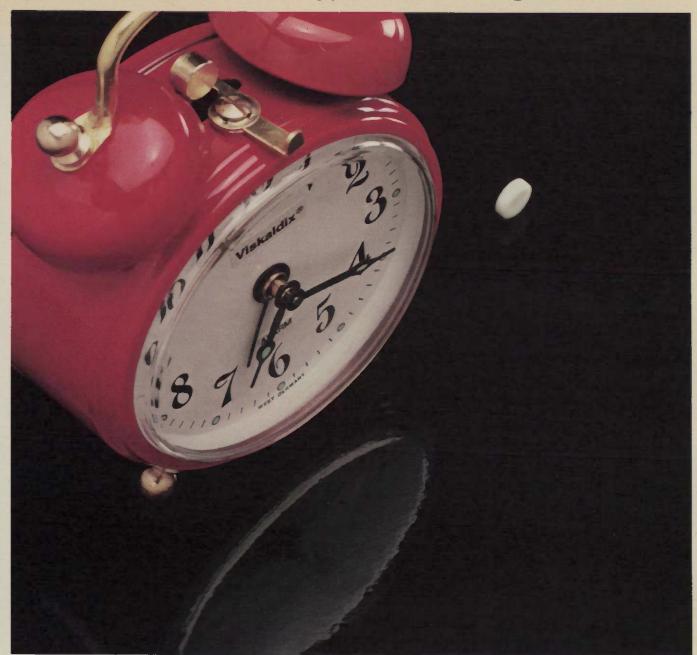
IV. Schritt Zytostatische Therapie

Ziel: Tumor-Zellvernichtung

Reduzierung der Tumorzellmasse

Tabelle 3

Ein neuer Tag für den Hypertoniker beginnt...

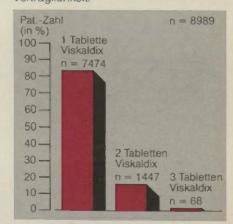


...Zeit für 1x täglich

Viskaldix Betablockade und Diurese



Bei 83% von insgesamt 8989 Hypertonikern reichte 1 Tablette Viskaldix aus, um eine zufriedenstellende Blutdrucksenkung zu erzielen. Fast ebenso hoch war der Prozentsatz (81%) der Patienten, die die Behandlung mit Viskaldix fortzusetzen wünschten — ein Beweis für subjektives Wohlbefinden unter der Therapie mit Viskaldix und dessen gute Verträglichkeit.¹



Hervorragende Eigenschaften von Viskaldix:

- zuverlässige Blutdrucksenkung
- wirksam bei allen Altersgruppen
- kaliumneutral
- einfachste Dosierung



Viskaldix entspricht in seiner Zusammensetzung neuen Erkenntnissen für eine Optimierung der Hochdruckbehandlung: Betasympathikolyse mit gleichzeitiger Kardioprotektion durch Pindolol (10 mg Visken®) und zusätzliche Salurese mit Clopamid (5 mg Brinaldix®). Die relativ niedrige Dosierung beider Komponenten resultiert aus dem Synergismus der Einzelwirkungen. Außerdem wird die geringe kaliuretische Wirkung von Clopamid durch den antihypokaliämischen Effekt von Pindolol kompensiert, so daß der Kalium-Spiegel nicht unter die Norm absinkt1

8989 Hypertoniker einer Viskaldix-Multizenterstudie sind in der Abbildung nach Altersgruppen aufgeschlüsselt. 75% der Patienten waren älter als 49 Jahre. Die lineare Beziehung zwischen den systolischen Blutdruckwerten vor und nach der 8wöchigen Therapie dokumentiert die vom Alter unabhängige antihypertensive Wirksamkeit von Viskaldix²

Sandoz AG 8500 Nürnberg Viskaldix®

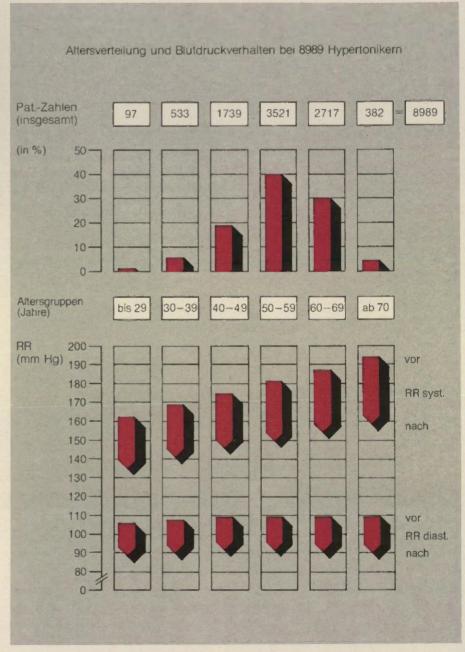
O Zusammensetzung: 1 Tablette Viskaldix enthäll 5 mg Clopamid (Brinaldix®), 10 mg

A Anwendungsgebiete:

chweregrade der Hyperlonie

Gegenanzeigen:
Bronchiafasthma, AV-Überteitungsstörungen 2. und 3.
Grades, Sulfonamidüberemplindlichkeit, Niereninsulfizienz Bradykardie. Während der Schwangerschaft Anwendung nur bei strenger Indikationsstellung.

Mobenwirkungen:
Manchmal können orthöstalische Regulationsstörungen,
Verstärkung peripherer Durchblutungsstörungen, Müdigkeit,
Herzklopfen, Koplschmertzen oder Schlafstörungen auftreten.
Außerst selten sind allergische Erscheinungen, Erbrechen,
psychische Reaktionen oder Alemnot. Der unter Saluretika
vom Typ des Clopamid gelegentlich erhöhten.
Kallumausscheidung wirkt die Pindolot-Komponente
entgegen, so daß m der ganz überwiegenden Zahl der Fälle nicht mit einem Absinken des Blutkaliumwertes zu rechnen ist



■ Doslerung: Morgens 1 Tablette. In der Regel tritt bereits innerhalb der ersten Behandlungswoche eine deutliche Bluidrucksenkung ein. Softle in Einzelfällen die Abnahme des Blutdrucks nicht ausreichend sein, kann die Dosis auf 2 Tabletten (je 1

#Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:

Bei gleichzeifiger Verabreichung von Calcium-Antagonisten (z. B. Isoptin®) kann es zu einem kardiogenen Schock

ber gleichtzeiniger Sate von mischen Wirkung. Die Symptome einer Hypoglykämie sind maskiert oder abgemildert. einer Hypoglykämie sind maskiert oder abgemildert. Anwendung von Viskaldix ber Diabetilikern oder bei längerem Fasten nur mit Vorsicht. Regelmäßige Blutzuckerkontrollen. Durch gleichzeilige Anwendung von Narkolika Verstärklung der kardiodepressiven Wirkung. Bei Eingriffen in Allgemeinnarkose sorgfältige Überwachung der Herz-Kreistauf-Funktion. Sollte Viskaldix im Einzetlall vor einer Dperation in Allgemeinnarkose abgesetzt werden, empfiehlt sich eine schrittweise Reduzierung der Dosis.

Thinweise:

Ber Patienten mit Phäochromozytom ist zusätzlich zu Viskaldix ein a Sympathikolytikum zu verabreichen.

Bei schweren Nierenfunktionsstörungen wurde in einzelnen

Fällen über eine weitere Verschlechterung der Nierenfunktion unter 8-Blockade berichtet. Anwendung von Viskaldix nur unter lautender Überwachung der Nierenfunktion. Bei Gichtkranken sollte der Harmsäurespiegel regelmäßig

Konfrollen des Kaliumspiegels empfehlen sich von Zeit zu Zeit, um auch etwaige Einzellälle zu erfassen Durch Viskaldix kann die allgemeine Reaktionsfähigkeit (Straßenverkehr, Maschinenbedienung usw.) beeinträchtigt.

Alkoholgenuß ist unter Viskaldix-Behandlung zu vermeiden

Antidot bei Überdosierung: Orciprenalinsultat i. v.

Handelstormen und Preise: 20, 50 und 100 Tabletten DM 23,74: 49,48: 85,44 und Anstaltspackung.

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, November 1980.



Zwelter Schritt: Radiatio

Ist eine operative Rezidivbehandlung unmöglich oder unvollständig, folgt als nächste Behandlungsmaßnahme die Bestrahlungstherapie. Ziel der Radiatio ist die Vernichtung des Rezidivtumors oder des Resttumors nach Operation oder aber die Reduzierung der absoluten Tumorzellmasse.

Bei der Aufstellung des Therapieplanes muß daran erinnert werden, daß Operation und/oder Bestrahlung die einzigen Behandlungsverfahren darstellen, mit denen eine Rezidivheilung noch einmal erreicht werden kann. Es gilt also, diese letzte therapeutische Chance einer möglichen Heilung nicht ungenutzt zu lassen.

Sind alle möglichen operativen und radiologischen Behandlungsmethoden ausgeschöpft, kommen palliative Therapiemaßahmen zur Anwendung.

Dritter Schritt: Hormontheraple

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht die Indikation zu einer spezifischen Hormontherapie. Diese hat die Aufgabe, die absolute Tumorzellmasse zu reduzieren oder eine Verzögerung der TumorWachstumsgeschwindigkeit einzuleiten.

Vierter Schritt: Zytostatische Therapie

Ziel der systemischen Behandlungsform ist die Tumorzellvernichtung oder die Reduzierung der absoluten Tumorzellmasse.

Vor der Festlegung der endgültigen Behandlungsstrategie beim metastasierenden Mammakarzinom steht die Unterscheidung zwischen einer prognostisch günstigeren Low-risk-und einer ungünstigeren High-risk-Gruppe (1, 6, 7, 8). Entsprechend dieser Einteilung wird die medikamentöse Therapie durchgeführt.

Als günstige Prognosekriterien werden angesehen:

- ein langsamer Krankheitsverlauf mit einem postoperativen Intervall zwischen Primärbehandlung und Rezidiv von mehr als zwei Jahren
- der Nachweis von entweder Hautmetastasen, Lymphknotenmetastasen, einem karzinomatösen Pleuraerguß bzw. Skelettmetastasen oder

Prognosekriterien beim metastasierenden Mammakarzinom

Low-risk-Gruppe (günstige Prognose)	High-risk-Gruppe (ungünstige Prognose)
1. Langsamer Krankheitsverlauf mit postoperativem Intervall > 2 Jahre und 2. Hautmetastasen Lymphknotenmetastasen Karzinomatöser Pleuraerguß Skelettmetastasen oder 3. Isolierte viszerale Metastasen nach	1. Schneller Krankheitsverlauf mit postoperativem Intervall < 2 Jahre 2. Befall der kontralateralen Mamma 3. Viszerale Metastasen 4. Metastasen des ZNS 5. Lebensbedrohliche Komplikatio-
postoperativem Intervall > 4 Jahre oder 4. Einzelne Lungenmetastasen mit langsamer Progredienz	nen: Einflußstauung Ateminsuttizienz Hyperkalzämie

Tabelle 4

- 3. eine isolierte viszerale Metastasierung nach einem postoperativen Intervall von mehr als vier Jahren
- 4. einzelne Lungenmetastasen mit langsamer Progredienz (Tab. 4).

Kranke mit einem schnellen Krankheitsverlauf mit Befall der kontralateralen Mamma oder einer viszeralen Metastasierung bzw. Metastasen des zentralen Nervensystems oder lebensbedrohlichen Komplikationen wie Einflußstauung, Ateminsuffizienz oder Hyperkalzämie müssen dementsprechend in die High-risk-Gruppe mit ungünstiger Prognose eingegliedert werden (8) (s. Tab. 4).

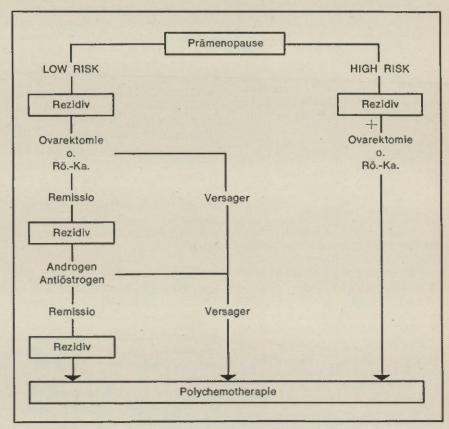


Abbildung 1
Therapiekonzept beim metastasierenden Mammakarzinom (ohne Rezeptor) nach ausgeschöpfter Operation oder Bestrahlung – *Prä*menopause

Eine zusätzliche Entscheidungshilfe für das weitere therapeutische Vorgehen bildet die Blutungsanamnese der Patientin in Verbindung mit der zytohormonellen Differenzierung zwischen einer hohen Proliferation (Grad 4, 4–3, 3) – meistens entsprechend einer Prämenopause – und einer abgeschwächten Proliferation (Grad 1, 2, 2–3), meistens entsprechend der Postmenopause.

Befindet sich die Kranke in der Prämenopause, ist bei der Low-risk-Patientin als erste Maßnahme die Ovarektomie oder die Röntgenkastratio indiziert (6, 8). Wird hierdurch eine Remissio erreicht, erfolgt vorerst keine weitere Maßnahme. Beim Versagen sofortiger Übergang auf die Polychemotherapie (8).

Kommt es nach einer gewissen Zeit, meistens zwischen neun oder zwölf Monaten und mehr, zu einem erneuten Rezidiv, sind Androgene oder Antiöstrogene indiziert (8). Zu den bekanntesten Antiöstrogenen gehört das Tamoxifen (Novaldex®). Kommt es zu einer Remissio, wird die eingeleitete Behandlungsmaßnahme fortgeführt. Beim Versager oder letztlich beim erneuten Tumorrezidiv erfolgt dann der Übergang auf eine Polychemotherapie (6, 8) (Abb. 1).

Bei der High-risk-Patientin sollte nach heutigem Erkenntnisstand sofort eine Polychemotherapie unter Umständen unter gleichzeitiger Ovarektomie oder Röntgenkastratio eingeleitet werden (6, 8).

Das Vorgehen in der Postmenopause wird ebenfalls bestimmt durch die Prognosekriterien. Beim Highrisk-Fall ist die sofortige Polychemotherapie ohne jede Verzögerung erforderlich (6, 8) (Abb. 2).

Handelt es sich jedoch um eine günstige Prognose, hängt bei Auftreten eines Rezidivs die weitere Behandlungsstrategie vom zytohormonellen Proliferationsgrad ab. Bei einer hohen Proliferation (Grad 4-3, 3), die selbst in der späten Menopause bei gut 20 Prozent der Frauen beobachtet wird, ist die Indikation zur Antiöstrogen-Therapie gegeben, bei einer abgeschwächten Proliferation (Grad 1, 1-2, 2, 2-3) die Behandlung mit hochdosierten Gestagenen (1, 5, 7). Dabel ist entscheidend für die Höhe der Ansprechrate die Höhe der Dosierung (1, 5). Beim

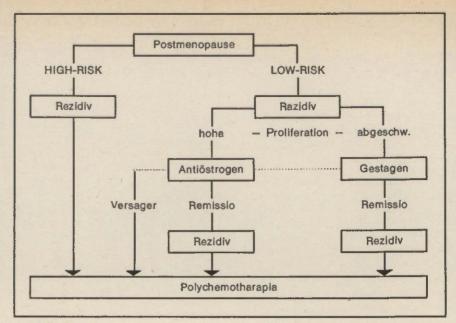


Abbildung 2
Tharapiakonzept beim metastasierenden Mammakarzlnom (ohne Rezeptor) nach ausgeschöpfter Operation oder Bestrahlung — Postmenopausa

Ansprechen auf diese Therapie kann bei erneuter Progressio noch einmal durch einen Wechsel des Hormons eine nochmalige Remission eingeleitet werden. Beim Versager oder nach Auftreten eines erneuten Rezidivs muß auf die Polychemotherapie übergegangen werden (8) (Abb. 2).

Die Beschreibung der Behandlungsstrategie beim metastasierenden Mammakarzinom mag vielleicht im ersten Augenblick etwas verwirrend und kompliziert erscheinen, ist es jedoch unter Kenntnis der Unterschiede zwischen Prä- und Postmenopause und günstigen bzw. ungünstigen Prognosekriterien nicht. Die Aufzählung der Möglichkeiten zeigt jedoch deutlich die Notwendiakeit an, beim Auftreten eines Mammakarzinomrezidivs oder einer Metastasierung eine diagnostische Bilanz zu erheben und anschließend interdisziplinäres Konsilium durchzuführen.

Bei der Entscheidung für eine Gestagen-Therapie ergeben sich für den Arzt immer wieder folgende Fragen:

- 1. Wie effektiv ist die Therapie mit hochdosierten Gestagenen und zwar mit dem Medroxyprogesteron-Acetat (MPA), im Handel als Clinovir® beim metastasierenden Mammakarzinom und mit welcher Ansprechrate kann man rechnen?
- 2. Ist die MPA-Behandlung ausschließlich bel Low-risk-Patientin-

nen mit abgeschwächter zytohormoneller Proliferation indiziert?

- 3. Läßt sich die MPA-Therapie auch ambulant durchführen?
- 4. Mit welchen unerwünschten Nebenwirkungen muß bei der Behandlung mit hochdosiertem MPA gerechnet werden?

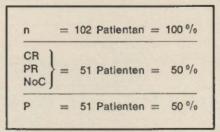
und

 Welche Kontraindikationen bestehen gegen den Therapieversuch mit MPA?

Elgene Untersuchungen

102 Patientinnen mit einem metastasierenden Mammakarzinom und zytohormonell nachgewiesener abgeschwächter Proliferation (Grad 1, 2, 2-3) erhielten pro Tag 500 mg Medroxyprogesteron-Actetat, aufgeteilt in 5 Tabletten à 100 mg Clinovir®.

Therapieergebnisse mit Medroxyprogasteron-Acetat (MPA) (Clinovir®)



CR = komplette Remission

PR = partielle Remission NoC = stationares Tumor-Verhalten

P = Progressio

Tabella 5

Behandlungsergebnisse nach sechs, neun und zwölf Monaten mit hochdosiertem MPA

Theraple-Ergebnis (n = 102)	nach 6 Monaten	nach 9 Monaten	nach 12 Monaten
CR	7 Pat. = 6,9 %	6 Pat. = 5,9 %	5 Pat. = 4,9 %
PR	13 Pat. = 12,7 %	9 Pat. = 8,8 %	7 Pat. = 6,9 %
NoC	31 Pat. = 30,4 %	18 Pat. = 17,6 %	11 Pat. = 10,8 %
	51 Pat. = 50,0 %	33 Pat. = 32,3 %	23 Pat. = 22,5 ⁰ / ₀

Tabelle 6

Bei keiner Kranken war eine Rezeptorbestimmung vorausgegangen. Der besseren Verträglichkeit wegen wurden morgens 2, mittags 1 und abends wiederum 2 Tabletten mit Joghurt gegeben (7). Diese Dosierung wurde kontinuierlich bis zum Nachweis der Unwirksamkeit fortgesetzt. In einigen Fällen mit anfangs zweifelhafter Therapiewirkung erfolgte eine Erhöhung der Dosierung auf 1000 mg per os pro die. Konnte nach sechswöchiger Beobachtungszeit keine Beeinflussung des Tumorwachstums konstatiert werden oder kam es sogar innerhalb dieser Zeit zu einer deutlichen Progression, wurde die Behandlung nach den oben angeführten Richtlinien umgestellt. Die Beurteilung des Therapieeffektes erfolgte grundsätzlich erstmals nach sechs Monaten.

Von 102 Patientinnen konnte am Ende des sechsten Monats bei 51 Frauen = 50 Prozent keine Beeinflussung des Tumorgeschehens beobachtet werden. Damit beträgt die Versagerquote – In Übereinstimmung mit anderen Autoren – 50 Prozent (1, 3). Auf der anderen Seite sprachen 51 Kranke = 50 Prozent auf unsere Therapie an (Tab. 5).

Es handelte sich bei 7 Patientinnen um eine komplette, bei 13 Frauen um eine partielle Remission. 31 Kranke = 30,4 Prozent zeigten nach sechs Monaten ein stationäres Tumorverhalten (Tab. 6).

50 Prozent der mit MPA behandelten Patientinnen profitierten also nach sechs Monaten von der eingeleiteten hochdosierten Hormontherapie.

Nach weiteren drei Monaten betrug die Rate der Responders (CR + PR + NoC) 32,3 Prozent. Nach neun Monaten war damit bei einem Drittel der mit Clinovir® behandelten Patientinnen noch eine positive Therapiewirkung nachweisbar.

Nach weiteren drei Monaten – praktisch also ein Jahr nach Therapiebeginn – verblieben noch 23 der 102 behandelten Patientinnen in Volloder Teilremission bzw. die Tumormanifestationen verhielten sich weiterhin stationär (Tab. 6). Nicht ganz ein Viertel aller mit MPA behandelten Patientinnen bzw. fast die Hälfte der Responders hatten somit noch nach einjähriger Beobachtungszeit einen deutlichen therapeutischen Gewinn.

In Übereinstimmung mit anderen Autoren mußten auch wir feststellen, daß die Patientinnen der High-risk-Gruppe mit 45,3 Prozent Responders gegenüber der Low-risk-Gruppe mit

MPA-Ergebnisse bei High- und Low-risk Patientinnen

	High-risk	Low-risk
	n = 64 (62,7 °/°)	n = 38 (37,3 %)
CR =	4/64 (6,3 %)	3/38 (7.9 %)
PR =	9/64 (14,0 %)	4/38 (10,5 %)
NoC =	16/64 (25,0 %)	14/38 (36,8 °/₀)
	29/64 (45,3 %)	21/38 (55,2 %)
P =	35/64 (54,7 %)	17/38 (44,8 %)

Tabella 7

MAGNESIOCARD

zur gezielten Behandlung von Risikofaktoren bei coronaren Gefäßkrankheiten und Infarktgefährdung



Therapeutisches Prinzip:

Streßabschirmung Calcium-Antagonismus Lipidsenkung



614.8 mg

1229,6 mg

Zusammensetzung

1 Kapsel/1 lackierte Tabletta/1 Amp, l. m. zu 5 ml enthaltan:

mono-Magnesium-L-aspartathydrochlorid-trihydrat Magnesium-Gehalt: 5 mval (60,78 mg)

Magnesium-Gehalt: 5 mval (60,78 mg) 5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten mono-Magnesium-L-aspartat

mono-Magnesium-L-aspartathydrochlorid-trihydrat

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 ßrimäran und sekundären Magnesium-Mangal-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Herzkrankheiten.

Bei Magnesium-Mangelzuständen, z. B. infolge Fastenkuren, Hypercholesterinaemie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatilis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Catciumoxalatstein-Prophylaxe.

Kontraindikationen

Exsikkose, Niareninsuffizienz mit Anurie.

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

Nebenwirkungen

Ampullen: Bradykardle, Überieltungsstörungen, periphare Gafäßerweiterungen.

Handeisformen und Preise

	Kapseln 50 Kapseln	DM	19,55	100 Kapseln	DM 35,20
	Lackiarta Tablett 50 Tabletten	ten		100 Tabletten	DM 34,40
-	Granulat zum Tri 20 Beutel		13,35	50 Beutel	DM 29,75
	Ampullen 2 Ampullen i.m. 3 Ampullen i.v.		3,85	5 Amp. i.m. 10 Amp. i.v.	DM 8,60 DM 20,45
	o rempendir t.v.		0,00	10.1	

Verla-Pharm
Tutzing/Obb.

Nebenwirkungen der hochdosierten MPA-Therepie

Gewichtszunahma	=	34	Patienten	=	33,3 %
Gewichtszunahme mit Therapieebbruch	=	3	Petienten	=	2,9 %
Tramor	=	4	Petienten	=	3,9 %
Thrombophlebitis	=	2	Petienten	=	2,0 %
Thrombose	=	2	Patienten	=	2,0 %
Embolie	=	4	Patienten	=	3.9 %

Tebelle 8

55,2 Prozent Responders schlechter ansprachen (1, 2, 3). Auf der anderen Seite jedoch zeigt dieses Ergebnis von 45,3 Prozent bei Kranken mit höherem Risiko, daß MPA bei Undurchführbarkeit einer Polychemotherapie eus den verschiedensten Gründen auch in der Highrisk-Gruppe indiziert und effektiv sein kann (2, 3, 5) (Teb. 7).

Nebenwirkungen

Als häufigste Nebenwirkung fanden wir – in Übereinstimmung mit anderen Untersuchern – in einem Drittel aller Fälle eine Gewichtszunahme, die zwar bei einem Teil der Behandelten erwünscht, bei einer anderen Gruppe jedoch zu drastisch ausfiel (1, 3). Bei drei Frauen veranlaßte eine extreme Gewichtszunahme sogar den Abbruch der Therapie. Als weitere beachtenswerte Nebenwirkungen beobachteten wir: Tremor, Thrombophlebitis, Thrombose und Embolie (Tab. 8).

Fassen wir die klinisch gewonnenen Ergebnisse mit hochdosiertem MPA (Clinovir®) zusammen, dann lassen sich folgende Feststellungen treffen:

- = 33,3 % A Ausgeo
 - A Ausgedehnte Varikosis
 - B Voreusgegangene Thrombosen
 - C Vorausgegangene Embolie

Kontreindikationen bei MPA-Therepie

- D Medikementöse Cholestase
- E Voreusgegangener Schwangerschaftsikterus

Tebelle 9

(Reletiv)

1. Mit einer Ansprechrate von 50 Prozent ist die Behandlung mit hochdosiertem Medroxyprogesteron-Acetat beim metastasierenden Mammakarzinom mit zytohormoneli abgeschwächter Proliferation als effektiv zu bezeichnen.

- Neben der Bevorzugung der Lowrisk-Gruppe ist auch bei den Highrisk-Kranken mit abgeschwächter Proliferation und Kontraindikationen gegen eine Polychemotherapie die MPA-Behandlung effektiv und damit indiziert.
- 3. Die MPA-Therapie läßt sich überall durchführen, da aufwendige Theraplekontrollen entfallen.
- 4. Die Behandlung mit MPA hat eine relativ geringe Nebenwirkungsquote.
- 5. Die Lebensqualität der Tumor-Patientin wird nicht ungünstig beeinflußt, meist sogar erheblich verbessert.
- 6. Bei ausbehandelten Patientinnen vermagdie MPA-Therapie als ultima ratio das physische und psychische Befinden der Kranken günstig zu beeinflussen.

Als relative Kontraindikationen gelten: ausgedehnte Varikosis, vorausgegangene Thrombosen, vorausgegangene Embolien, medikamentöse Cholestase und vorausgegangener Schwangerschaftsikterus (Tab. 9).

Für einen Therapieversuch mit hochdosiertem Medroxyprogesteron-Acetat (500 mg Clinovir®) beim metastasierenden Mammakarzinom ergeben sich nach unseren Untersuchungen folgende Indikationen (Tab. 10):

- 1. Bei der Low-risk-Patientin mit zytohormonell abgeschwächter Proliferation Erste Therapiemaßnahme
- 2. Bei der High-risk-Patientin mit zytohormonell abgeschwächter Proliferation und erheblich reduziertem Allgemeinzustand Erste Therapiemaßnahme
- 3. Bei allen Patientinnen mit zytohormonell ebgeschwächter Proliferation und bestehender Kontraindikation gegen eine zytostatische Therapie – Erste oder zweite Therapiemaßnahme
- 4. Als Versuch beim Versagen aller anderen Therapieformen und

Indikationen zum Therapieversuch mit MPA beim metastasierenden Mammakarzinom

- 1. Bei Low-risk-Patientinnen mit zytohormoneli abgeschwächter Proliferation (Grad 1, 2, 2-3) Erste Therapie-Maßnahme
- Bei High-risk-Patientinnen mit zytohormoneli abgeschwächter Proliferation (Grad 1, 2, 2-3) jedoch reduziertem Aligemeinzustand (Tumor-Progressio, Alter, internes Risiko)
- 3. Bei allen Patientinnen mit zytohormoneli abgeschwächter Proliferation (Grad 1, 2, 2-3) und Kontraindikation gegen zytostatische Therapie
- 4. Bei Versagen aller anderen Therapieformen
- 5. Bei ausbehandeiten Patientinnen als uitima ratio zur Hebung des physischen und psychischen Befindens

leneretic

Tenormin®+ Chlortalidon



senkt das Blutdruckniveau

verhindert Blutdruckspitzen

verringert das Infarktrisiko

gewährt eine kaliumstabile Diurese

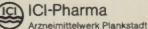




synergistische Blutdrucksenkung und Kardioprotektion

Block 2. u. 3. Gredes, Bredykerdie (Ruhepuls 55 Schl./Min.), schwere Nierentunktionsstörungen, Sulfonemidüberempfindlichkeit, therapieresistente Hy schaft und Stillzeit wird die übliche Vorsicht emptohlen. Vorsicht bei Gichl. Nebenwirkungen: seiten: vorübergehendes Schwere- und Kältegefühl in der nele Störungen, Schletstörungen; sehr seiten: Überempfindlichkeit (Verringerung der Thrombozyten und Leukozyten) wegen des Diuretikum-Anteils

Dosierung: täglich 1x 1 Teblette; talls erforderlich, Steigerung eut 1x 1 Teblette Teneretic (100 mg Atenolol und 25 mg Chlortalidon). Über die Behandlung der Hypertonie im Kindesalter mit Teneretic/Teneretic mite liegen z.Zt. noch keine eusreichenden klinischen Erfahrungen vor. Wechselwirkungen: eventuelli geringe Beeinträchtigung der Wirkung von Anti-diebetike und hernsäuresenkenden Mitteln; Nerkose (Anästhesisten intormieren); Vorsicht bei zusätzlicher Behandlung mit Clonidin und Verapemil. Hinwelse: wegen der ausgeprägten Kerdioselektivität sind Beeinträchtigungen der Atemfunktion sehr selten. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospesmen können jedoch mit Bronchodilatetoren leicht eufgehoben werden. Gelegentliche Kontrollen von Hernsäure- und Keilumspiegel sind empfehlenswert. Teneretic mite besonders bei Patienten mit Angine pectoris nicht plötzlich ebsetzen. Antidote: Atropin (0,5-2 mgi.v.), Orciprenelin (0,5 mg lengsamt.v.), Handelsformen und Preise: Kalenderpackungen mit 28 Filmtabletten DM 53,03, mit 98 Filmtabletten DM 86,93, Anstalfspackungen.



Übarsicht über Hormonpräparata und Dosierung bei der Bahandlung das matastasierendan Mammakarzinoms (Klinik Bad Trissi)

Hormongruppe	Substanz	Prāparat	Dosiarung
Androgena	Drostanolon	Masterid®	Initial: 100 mg/i. m., alla 2-3 Taga 4 Wochen lang. Dann langsam Rückgang auf 100 mg/i. m. pro Wocha
	Testolacton	Fludestrin®	Initial: 100 mg/l. m., ella 2-3 Tage 4 Wochen leng. Dann langsam Rückgang auf 2 x 100 mg/l. m. pro Woche
Gastagene	Medroxy- progesteron- Acetat	Clinovir®	500 mg pro die per os! Eventuell Steigerung auf 1000 mg pro dia per os
Antiöstrogene	Tamoxilen	Nolvadex®	20-40 mg pro dia per os

Taballa 11

5. bei ausbehandelten Patientinnen als ultima ratio zur Hebung des physischen und psychischen Befindens

Somit lassen sich mit der hochdosierten Medroxyprogesteron-Acetat-(Clinovir®-)Therapie beim metastasierenden Mammakarzinom Therapieergebnisse erzielen, deren Betonung vor allem auf der Lebensqualität beruhen, mit einem deutlichen Gewinn an lebenswerter Zeit unter akzeptablen Behandlungsbedingungen einhergehen und bei der ausbehandelten Patientin eine willkommene humane Hilfe darstellen.

Anhang

Hormonpräparate und Dosierung bei der Behandlung des metastasierenden Mammakarzinoms (Tab. 11)

Literatur

- 1. AMADORI, D., A. RAVAIOLI, R. RIDOLFI, B. TONELLI, P. GENTININI, A. CASADEI, G. VERDECCHIA, F. BARBANTI, D. DELL'AMORE, G. GARDINI: Die Therapie des metestasier-len Mammakarzinoms mit hochdoslertem Medroxyprogesteronazetal. Chemioterapia Oncologica 3 (1979), 44.
- 2. CASTIGLIONE, M., F. CAVALLI: Ergebnisse einer Pilotsludie mit hochdosiertem Medroxyprogesleron-Acetal in der Behendlung des meteslesierenden Mammakarzinoms. Schweiz. med. Wschr. 110 (1980), 1073.
- 3. De LENA, M., C. BRAMBILLA, P. VALAGUS-SA, G. BONADONNA: High-Dose Medroxyprogesterone Acetale in Breast Cancer Resistent to Endocrine end Cytotoxic Therapy. Cancer Chemother. Pharmacol. 2 (1979), 175.
- LEONHARDT, A.: Theraple von Mammakarzinom-Kranken. Münch. med. Wschr. 115 (1973), 899.
- PANNUTI, F.: Prospects in the Irealment of breast cancer and its metastases: Medroxyprogesterone in massive doses, an alternative to polychemotherapy. Minerva Chir, 32 (1977), 1.
- OUEISSER, W.: Zyloslatische Behandlung des Memma-Karzinoms. Mkurse ärztl. Fortbild. 30 (1980), 373.
- WALTER, L., H. EHRHART, H. SCHUSTER, A. LEONHARDT: Stellung und Ergebniase der Medroxyprogesteron-Acelat-Therapie (MPA) beim metaslasierenden Mammakarzinom. Im Druck.
- 8. WILMANNS, W., H. EHRHART; Internistische Therapie und Nachsorge. Mammakarzinom. Mkurse ärztl. Fortbild. 30 (1980), 360.

Anschrift des Varfassers:

Dr. med. A. Laonhardt, Ärztlicher Direktor der Gynäkologisch-onkologischen Klinik Bad Trissl, 8203 Oberaudorf

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Bestellungen von Broschüren können an die Schriftleitung des "Bayerischen Ärzteblattes", Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 5,— in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band, gerichtet werden.

- Band 50 "Technologische Fortschritte in der Kardiologie und Angiologie Moderne Untersuchungsmethoden – Aktuelle Hämatologie" (Vorträge der 18. Bayerischen Internistentagung, 1978)
- Band 51 "Akute und chronische arterielle Verschlußkrankheiten Harnwegsinfekt—chronische Pyelonephritis Psychovegetative Störungen Krebsvorsorgeuntersuchungen und Frühdiagnose des Krebses" (Vorträge des 30. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1979)
- Band 52 "Aktuelle Geriatrie Problematik alter und neuer Therapieformen Stoffwechselkrankheiten: Diätbehandlung und medikamentöse Therapie – Round-Table-Gespräch: Die medikamentöse Behandlung des Diabetes mellitus" (Vorträge der 19. Bayerischen Internistentagung, 1979)
- Band 53 "Der Reaktorunfall" (Vorträge der Fortbildungsveranstaltungen in Augsburg Landshut Würzburg, 1980)
- Band 54 SEWERING: "Der Arzt zwischen Ideologien und Realitäten"
 Schriften aus drei Jahrzehnten zur Berufs-, Gesundheits- und Sozialpolitik

Die Broschüren wurden an alle Kassenärzte in Bayern über ihre Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns versandt.

Neues in der Medizin — aktuell für die Praxis?

67. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin am 21./22. März 1981

Wer über Neues in der Medizin berichten will, kann nur Momentaufnahmen abliefern. Die letzte Erkenntnis von heute kann auch in der Medizin - obwohl eine der ältesten Errungenschaften menschlicher Kultur und Wissenschaft - der Irrtum von morgen sein. Krankheitsabläufe und -erscheinungen wandeln sich. Technik, Chemie, Physik, Biologie, Genetik verändern in immer schnellerer Folge die Medizin in Diagnostik und Therapie. Bestandsaufnahmen sind deshalb notwendig

Das Leitthema des 67. Augsburger Fortbildungskongresses, vom Collegium Medicum Augustanum gewählt, beinhaltet bereits den Zweck: Aus der Flut des Neuen in der Medizin das Aktuelle für die Praxis zu filtern. Der Programmgestalter Professor Dr. Hanns Kaiser, Chefarzt der I. Medizinischen Klinik des Krankenhauszweckverbandes Augsburg, hat sich deshalb auf einige wenige Krankheiten, Diagnostik und Therapieverfahren beschränkt, die als Neues in der Medizin bezeichnet und als aktuell für die Praxis angesehen werden können. Es ist ihm gelungen, dazu erfahrene Fachkenner als Referenten zu gewinnen.

Privatdozent Dr. A. Weber, Erlangen, berichtet über die Yersiniose, eine Infektionskrankheit, die bei Erwachsenen und Kindern weit verbreitet und doch wenig bekannt ist. Eine Erkrankung, die nicht nur den Internisten und Rheumatologen, den Kinderarzt oder Chirurgen, sondern in gleichem Maße den Allgemeinarzt interessiert.

Die "Legionärskrankheit" in ihrer verschleierten Symptomatik, hervorgerufen durch die Legionella pneumophila, kommt nicht nur als akute grippeähnliche Erkrankung, sondern auch als Ursache von Lungenfibrosen in Frage. Früherkennung und eventuelle Behandlung sind deshalb von besonderem Interesse. Chefarzt Dr. E. Holzer, München, wird über seine Erfahrungen berichten.

Der Samstag vormittag ist auch neueren Diagnostikverfahren gewidmet. Sonographie, Computer-Tomographie und Myokardszintigraphie sind inzwischen diagnostisches Allgemeingut geworden. Den Referenten (Privatdozent Dr. G. Rettenmaier, Böblingen, Sonographie, Professor Dr. G. Friedmann, Köln, Computer-Tomographie und Dozent Dr. O. Pachinger, Wien, Myokardszintigraphie) wird es jedoch ein besonderes Anliegen sein, eine kritische Bilanz über die Anwendung dieser Verfahren zu erstellen. Für den niedergelassenen Arzt, den "Veranlasser" dieser Untersuchungen, der ja mitten im Spannungsfeld zwischen Machbarem, Notwendigem und Bezahlbarem steht, dürfte die Aussage der Experten von besonderem Gewicht sein.

Der Samstag nachmittag ist Seminaren freigehalten, bei denen die Referenten des Vormittags zusammen mit Experten aus den Augsburger Kliniken sich zur Diskussion zur Verfügung stellen.

Am Sonntag vormittag wird über neuere therapeutische Verfahren berichtet, Privatdozent Dr. K. Mathias, Freiburg, referiert über die perkutane transluminale Angioplastie, die sogenannte Dotterung, die bei der heutigen Technik als ein echter Ersatz für Gefäßchirurgie in manchen Bereichen angesehen wird. Wenn auch nicht die Methode selbst, so doch Indikation und Erfolge dürften für die niedergelassene Ärzteschaft von besonderer Bedeutung sein.

Oberarzt Dr. Goswin von Mallinckrodt, München, wird neue Möglichkeiten der Wiederherstellungschirurgie vorstellen, wobei besonders die Mammaplastik im Vordergrund stehen soll.

Den Abschluß des 67. Fortbildungskongresses in Augsburg bildet ein Vortrag über Interferon am Sonntag um 11 Uhr, zu dem auch Nichtärzte, vor allem Ihre Angehörigen, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, eingeladen sind. Professor Gallmeier aus Nürnberg hat es übernommen, dieses aktuelle Thema. bisher vor allem von der illustrierten Presse abgehandelt, in das richtige Licht der heutigen Erkenntnis zu stel-Ien unter dem Motto: Hysterie oder Realität?

Das Collegium Medicum Augustanum, die ärztliche Fortbildung in Augsburg im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer, bemüht sich auch bei diesem Kongreß wieder, lebendige Fortbildung anzubieten und hofft, daß das Programm, begleitet von einer großen informativen pharmazeutischen Ausstellung neben den kulturellen Angeboten Ihr Interesse findet und Sie zu einem Besuch anregt.

Dr. K. Hellmann

Schnupfen Infekte Husten

Sinuselect

gegen Rhinitis, Sinuitis

Indikationen: Sinutitis, Pansinuittis, Rhinittis, Nebenhöhlenentzindungen, Deuerkopfschmerz, Schwindel und Übeikeit.
Kiefer- und Stirnhöhlenkstamhe und bei fieberhaften Infekten.
Kontralndikationen: Richt bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten:
Cinnubaris D₈ 15 g, Carbo vegetabilis D₈ 10 g, Silicea D₈ 10 g,
Mercut solub D₉ 15 g, Phydrastis D₈ 10 g, Kallum bichromic.
D₈ 15 g, Thuja D₈ 15 g, Calc. suffuric. D₈ 10 g.

Doslerung: 3-5 mal täglich 10-15 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen. Peckungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 6,50. 100 ml DM 17,30. Klinikpackungen.

Capval® Depot-Antitussikum

Dragée enthét: Hoscapin-Rasin entapr, 25 mg Noscapin. Envachanse und Kinder ab 12 Jahren:
 Noscapin. Envachanse und Kinder ab 12 Jahren:

Toxiselect

zur körpereigenen Abwehr akuter und chronischer Infekte

omen: Erklättungskrankholten in den verschliedensten Ford I Infektie, Insbesondere bei begleitenden Schleinisbath-n: Bei gymetekologischen und untergleichen Befunden, rykstronen jeder Genese, auch zur Prophylase bei anlättig n und bei Razidiren.

riter und Bei Razidiven.

Madishillationen: Nicht bekennt:

meenecksing: 100 g enhalten:

posite D₂ 20 g, Apis mellific. D₃ 10 g,

elis D₂ 20 g, Selfer D₃ 10 g,

elis D₂ 20 g, Selfer D₃ 10 g,

elis D₃ 20 g,

el

DRELUSO-PHARMAZELITIKA · 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Klassifikation und Differentialdiagnose chronischer Kopfschmerzsyndrome*

von D. Soyka

Kopfschmerz kann vielfältige Ursachen haben, wobei die Beurteilung im Einzelfall oft noch dadurch erschwert wird, daß sich mehrere Faktoren mit unterschiedlicher Gewichtung überschneiden. Im Blick auf die chronischen Kopfschmerzsyndrome kommt hinzu, daß hier die Erkenntnisse über Ätiologie und Pathogenese häufig lückenhaft sind und 'sich bei der Diagnostik ganz überwiegend keine belangvolle organische Noxe aufdecken läßt. So muß der Versuch einer umfassenden Klassifikation des Kopfschmerzes heute noch problematisch bleiben. In Tabelle 1 wird leicht modifiziert eine classification of headache wiedergegeben, die vor annähernd 20 Jahren von einem amerikanischen ad-hoc-Komitee erarbeitet worden ist.

Patienten mit chronischen Kopfschmerzerkrankungen werden oft als eine "Crux der Sprechstunde" empfunden. Das in dieser Formulierung zum Ausdruck kommende Unbehagen resultiert aus verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Problemen: Häufig reicht die einschlägige Vorgeschichte bei Konsultation des Arztes schon Jahre oder Jahrzehnte zurück, werden die verschiedensten und unergiebig abgelaufenen Voruntersuchungen und Therapieverfahren geschildert. Viele Patienten haben bereits Erfahrungen mit physikalischer Therapie, chiropraktischer Therapie, Psychotherapie, Neuraltherapie, Akupunktur, Homöopathle hinter sich, haben womöglich einen Heilpraktiker konsultiert, und oft genug ergibt sich dazu noch der Verdacht auf einen bereits eingetretenen Medikamentenabusus.

Therapeutische Fortschritte lassen sich angesichts solcher ungünstigen Vorbedingungen nur erhoffen, wenn eine möglichst saubere diagnostische Zuordnung und Faktorenanalyse durchgeführt wird, was freilich einen

beträchtlichen Zeitaufwand erfordert und von Fall zu Fall auch eine Einschaltung verschiedener Fachdisziplinen. Die Basisdiagnostik umfaßt neben der selbstverständlichen internistischen und neurologischen Befunderhebung Röntgen-Übersichtsaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, bei gegebenen Verdachtsmomenten auch eine Aufnahme der Nasennebenhöhlen, ferner eine EEG-Ableitung. Nicht zur Routinediagnostik gehören die kraniale Computertomographie oder gar invasive Untersuchungsmethoden. Bei chronischen Kopfschmerzsyndromen im höheren Lebensalter sollten stets auch bestimmte Laboruntersuchungen, wie etwa die BSG und die Serum-Elektrophorese, veranlaßt werden, damit nicht die rechtzeitige Diagnose einer Arteriitis temporalis verpaßt wird.

Lassen sich somatische Faktoren aufdecken, bleibt kritisch zu prüfen, welchen Stellenwert sie in der Syndromgenese des Kopfschmerzes einnehmen. Zurückhaltung ist vor allem bei der Interpretation radiologisch nachgewiesener Verschleißveränderungen an der Halswirbelsäule geboten, die bekanntermaßen oft genug einen klinisch nicht relevanten Nebenbefund darstellen.

Sowohl aus diagnostischen Erwägungen als auch für die Erarbeitung des therapeutischen Konzeptes empfiehlt sich eine systematisch durchgeführte Faktorenanalyse (Tab. 2). Dazu gehören die Beachtung des zeitlichen Auftretens und der gesamten Verlaufsdynamik des Schmerzes, des Schmerzcharakters, der Schmerzlokalisation, der Begleitsymptome, möglicher somatischer und psychischer Kausalfaktoren und nicht zuletzt spezieller auslösender Faktoren. Hinzufügen ließe sich diesem von J. Hirschmann angegebenen Schema noch die Beachtung des Manifestationsalters.

Im weiteren soll auf die Differentialdiagnose einiger besonders häufiger chronischer Kopfschmerzsyndrome näher eingegangen werden.

Vaskuläre Kopfschmerzsyndrome

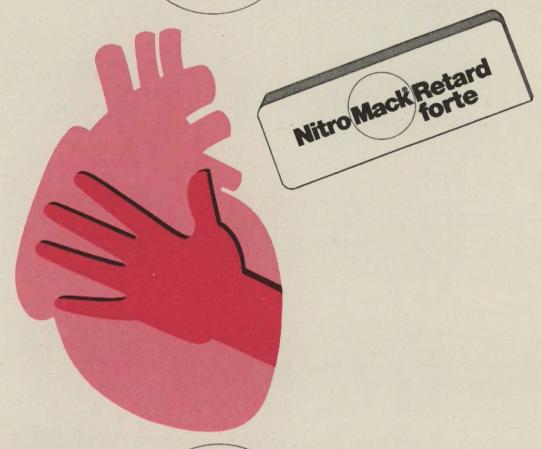
Bei der Migräne handelt es sich um eine gehäuft familiär und bei Frauen vorkommende Neigung zu anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen, die bezüglich Intensität, Lokalisation, Begleitsymptomen, Häufigkeit und Dauer allerdings eine erhebliche Streubreite aufweisen können. Die Anfälle kommen häufiger einseitig als beidseitlg vor und sind mit vegetativen Symptomen, wie Übeikeit und Erbrechen, vergesellschaftet. Bei einer Reihe von Fällen treten vor Beginn der eigentlichen Kopfschmerzphase oder während dieser passagere ophthalmoneurologische oder andere neurologische Symptome auf. So kommt es bei der klassischen bzw. ophthalmischen Migräne zu einem Initialen Flimmerskotom, das mit dem Einsetzen der Kopfschmerzphase abklingt. Eine Migraine accompagnée wird diagnostiziert, wenn in Verbindung mit dem Kopfschmerz flüchtige zerebrale Herdsymptome auftreten, wie etwa eine homonyme Hemianopsie. einseitige Kribbelparästhesien oder auch eine leichte zentrale Parese. Bei der ophthalmoplegischen Migräne findet sich eine Vergesellschaftung des Kopfschmerzes mit einseitigen Augenmuskelparesen, wobei besonders häufig der Nervus oculomotorius betroffen ist. Gerade diese letztgenannten Migränevarianten führen verständlicherweise zu einer erheblichen Beunruhigung des Patienten wie auch des betreuenden Arztes und geben dann in aller Regel Anlaß zu einer weiterführenden Diagnostik, die nur ausnahmsweise fündig wird. Am ehesten läßt sich noch bei der ophthalmoplegischen Migräne erwarten, daß sich hinter dem vermeintlich funktionellen Syndrom ein gravierender Befund, wie etwa ein Karotisaneurysma, verbirgt. Fast immer manifestiert sich die Migräne Im jüngeren Erwachsenenalter oder sogar schon in der Kindheit.

Die Schmerzattacken und die sie fakultativ begleitenden somatischen Symptome korrelieren mit abnormen Reaktionen intra- und extrakranieller Gefäße im Karotisoder Vertebralis-Basilaris-Stromgebiet. Im Ablauf des Schmerzanfalles kommt es ferner zu einer Freisetzung verschiedener biochemischer Stoffe, wie des Serotonins und des Bradykinins. Auch gibt es Hinweise darauf, daß zerebrale und psychi-

^{*)} Nach einem Vortrag anläßlich des 78. Nervenärztlichen Kolloquiums am 15. Oktober 1980 in München

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack Retard



Seda Nitro Mack Retard



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

Zusammensetzung: Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin. Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 5 keda Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebiete

La

Wechselwirkungen: Durch Seda Nitro Mack Retard kann die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka verstärkt werden. Cumarin-Derivate, Grissofuhrin und orale Kontrazeptiva erleiden einen beschleunigten Wirkungsverlust. Während einer Antikosgulansien-Therapie erfordern Barbfurstagsaben daher eine genaue Kontrolle der Blutgerinnungswerte. Hirweis: Seda Nitro Mack Retard kann, auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch, das Resktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Becktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Becktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Becktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Einlahme am Straßenverkehr oder zum Becktionsvermögen von Ausschlandern, daß die Fähigkeit zur aktiven Einlahme am Straßenverkehr oder zum Becktionsvermögen von Ausschlandern, daß die Fähigkeit zur aktiven Einlahme am Straßenverkehr oder zum Becktion Mack Retard O.P. mit 50 Kapseln DM 18,95; O.P. mit 100 Kapseln DM 28,10; O.P. mit 100 Kapseln DM 49,45; A.P. mit 5 x 100 Kapseln DM 49,45; A.P. mit 5 x 50 Kaps

Analysa des Kopfschmerzes

- Vaskulärar Kopfschmerz vom Migräne-Typus 1.
- 1.1 Klassischa Migräna (ophthalmische Migräna, classic migralna)
- Einfache Migräna (non classic migraine, common migraine)
- Syndroma mlt mahr oder weniger anger Beziahung zur Migrāna 2.
- 21 Hamiplegischa Migräna (Migraina accompagnée)
- 2.2 Ophthalmoplegische Migräne
- 2.3 Bing-Horton-Syndrom (Erythroprosopalgle, cluster headache)
- Atypischer Gesichtsschmerz (facial mlgraine, lower-half headacha, 2.4 Sluder-Neuralgie)
- 3. Andera vaskulära Kopfschmerztorman (ohna Migräne-Charakter)
- 3.1 Cephalaaa vasomotorica
- Kopfschmerz vom rhino-vasomotorischan Typus (vasomotor rhinitis, 3.2 Charlin-Syndrom)
- 3.3 Koptschmarz bei organischen Gefäßkrankheiten
- Muskulärer Kopfschmarz (tension headache, Myogelosen) 4.
- 5. Kombinierter vaskulärer und muskulärer Kopfschmerz
- 6 Koptschmerz aus psychischen Gründen ohne gesicherta periphere Schmerzauslösung
- bal neurotischen Störungen 6.1
- 6.2 bei endogenen Psychosen
- 6.2.1 bei endogener Depression
- 6.2.2 bei Psychosen aus dem schizophrenan Formenkreis
- 7. Kopfschmerz in Bezlahung zu einzeinen Nervan bzw. Hirnnerven
- 7.1 achta, sogenannte idiopathische Hirnnervenneuralgian
- 7.1.1 idiopathischa Trigeminusneuralgia
- 7.1.2 Idiopathische Glossopharyngeusnauralgie
- 7.2 symptomatischa Nauralgien infolge organischer Nervenschädigung durch Trauma, Tumor, Entzündung, mechanischa Irritation bzw. Stranquiation
- Kopfschmerz durch mechanische Irritation (Zerrung, Dehnung) intrakranialler Strukturen (traction headache)
- 8.1 durch Massenverschiebung bei raumfordernden Prozassen
- 8.1.1 bei primäran oder metastatischen Tumoren des Gehirns, der Meningen, der Getäße
- 8.1.2 bei Hämatomen epidural, subdural, intrazerebral
- 8.1.3 bei Abszassen epidural, subdural, intrazerebral
- 8.1.4 bei sonstigen raumforderndan Prozessen
- 8.2 bei Liquorunterdrucksyndrom, z. B. nach Lumbalpunktion
- g. Koptschmerz durch entzündliche Irritation dar Meningen
- bei infaktiösar Meningitis
- 9.2 bei nichtinfektiösar Entzündung
- 9.2.1 bei nichtintektiöser Meningitis
- 9.2.2 bei Subarachnoldalblutung
- 9.2.3 bei meningealer Reizung nach Pnaumenzephalographie
- 10. Kopfschmerz bai ophthalmologischan Krankhaiten oder Anomalien
- Kopfschmerz bei oto-rhlnologischen Krankheiten odar Anomalien 11.
- 12. Kopfschmerz bai Krankheiten odar Anomalien der Zähna und Kiefer
- 13. Koptschmerz bei Krankhaitan oder Anomalien des Schädals, der Halswirbelsäule, dar Kopf- und Halswaichtaila

Zeitliches Auttreten und Verlaut andauernd intermittierend paroxysmal Schmerzcharakter

Angeschuldigte Ursacha Auslösenda Faktoren

Schmarzlokalisation

Beglaitsymptoma

Taballa 2 (Nach J. Hirschmann, 1969)

Ursachen vasomotorfschar Kopfschmerzen

Blutdruckhypotonie und vegetative

Dystonie

Schlafentzug

Hunger und Hypoglykämie

Nikotinabusus

Katerkopfschmerz

Koffainentzug

Tyraminhaltige Nahrungsmittel (z. B. Kāse)

Eiscremekopfschmerz

Medikamente

Amylnitrit

Histamin

Phenazetin

Technische Gifte

Kohlenmonoxyd

Nitrite

Azetanilid Nitroglyzerin

Tatrachlorkohlenstoff

Blei

Insektizida

Schädal-Hirn-Trauma

Krampfanfälle

Innara Erkrankungen

hepatoganer Kopfschmerz

(Alkoholabusus)

Blutkrankhaiten

Anämie

Polyzythāmia

Hypertonle

essentiella renale

Phāochromozytom

Aortenisthmusstenose

Typhus abdominalis

Fleckfieber

Mataria

Tabelle 3 (Nach H. Gänshirt, 1975) sche Faktoren eine pathogenetische oder auch unmittelbar auslösende Rolle spielen können. Eine schlüssige Aussage über die Art der Primärstörung und den Stellenwert der einzelnen genannten Faktoren ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich, und so läßt sich auch nicht entscheiden, ob die Migräne im Klassifikationsschema des Kopfschmerzes möglicherweise an einer anderen Stelle besser aufgehoben wäre als unter den sogenannten vaskulären Schmerzsyndromen.

Das Bing-Horton-Syndrom kommt wesentlich seltener als die Migräne vor und taucht in der Literatur unter den verschiedensten Bezeichnungen auf, wie etwa als Ervthroprosopalgie, cluster headache oder migrainous neuralgia. Der Migräne steht das Bing-Horton-Syndrom sicherlich nahe, läßt sich aber doch aufgrund verschiedener Kriterien klar abgrenzen. Fehldiagnosen und hier speziell eine Etikettierung als Migräne oder als Trigeminusneural- 3. gie sind häufig. Es handelt sich um einen vorzugsweise bei Männern streng einseitig in der Umgebung eines Auges und in der Schläfenregion auftretenden äußerst heftigen paroxysmalen Schmerz, der mit leichter Rötung der Gesichtshaut und der Konjunktiva, mit Tränenfluß, Rhinorrhoe oder auch mit dem Gefühl einer einseitig verstopften Nase, fakultativ mit einem inkompletten Horner-Syndrom verbunden ist. Die Attacken dauern weniger lange als Migräneanfälle, in der Regel etwa 20 Minuten bis maximal zwei Stunden. Sie treten bevorzugt nachts aus dem Schlaf heraus auf, können innerhalb eines Tages mehrfach rezidivieren. In der Längsschnittbetrachtung ist ein Wechsel von Perioden mit täglichen Attacken und oft mehrmonatigen freien Intervallen typisch, wenn auch nicht pathognomonisch. In etwa zehn Prozent der Fälle wird nämlich eine solche cluster-Bildung vermißt, und derartige Patienten werden über Jahre hindurch von täglichen Attacken gepeinigt.

Differentieldiegnose veskulärer Kopfschmerzsyndrome

	Migrāne	Bing-Horton	Cephalaea vasomotorice
Prodromi	+	-	-
Schmerztyp	Pulsierend, später dumpf- drückend	Brennend, schneidend	Bohrend, stechend, auch dumpf-drückend
Lokalisation	Halbseitig, bilateral, frontal, temporal, retroorbital	Einseitig, Umgebung eines Auges	Diffus
Vasomotorische Beglelt- erscheinungen	(+)	+++	(+)
Tageszeitliche Bindung	Vorwlegend tagsüber	Vorwiegend nechts	Ohne spezielle Bindung
Dauer	Stunden bis Tage	20 Minuten bls 3 Stunden	Stunden bls Tege

Tabelle 4 (D. Soyka, 1979)

Für zahlreiche, teils akut, teils mehr oder weniger chronisch-rezidivierend auftretenden diffusen Kopfschmerzformen werden vasomotorische Reaktionen postuliert, wobei die verschiedensten exogenen oder endogenen Noxen eine auslösende Rolle spielen können (Tab. 3). Diese Diagnose eines vasomotorischen Kopfschmerzes bzw. einer Cephalaea vasomotorica wird vorzugsweise in den deutschsprachigen Ländern gestellt, während entsprechende Fälle in der angloamerikanischen Literatur überwiegend in die Gruppe der common migraine eingeordnet werden. Eine scharfe diagnostische Abgrenzung gegenüber dem sogenannten habituellen Kopfschmerz, was immer darunter zu verstehen sein mag, sowie gegenüber muskulären und psychogenen Kopfschmerzformen ist nicht immer möglich. Zur zusammenfassenden Differentialdiagnose von Migrane, Bing-Horton-Syndrom und Cephalaea vasomotorica sei auf Tabelle 4 hingewiesen.

Spannungskopfschmerz

Spannungszustände der Kopf- und Nackenmuskulatur können sowohl akute als auch nachhaltige chronische Schmerzzustände hervorrufen. Diese Syndrome werden im Klassifikationsschema (s. Tab. 1) als muskulärer Kopfschmerz und in der angloamerikanischen Literatur auch als tension headache aufgeführt. Hinter der Bereitschaft zu Muskelverspannungen können sich die vielfältigsten psychischen und somatischen Störfaktoren verbergen. Die Schmerzen sind vorwiegend am Hinterkopf lokalisiert, können auch einseitig und anfallsweise auftreten und über den Scheitel nach vorn zur Augenregion hin ausstrahlen. Richtungsweisend sind der Tastbefund und insbesondere auch der Druckschmerz am Austrittspunkt des Nervus occipitalis major. Eine Überschneidung mit vaskulären Schmerzsyndromen vom Typ der Migrane oder der Cephalaea vasomotorica ist häufig zu beobachten, und wei-



RECORSAN-LIQUIO.

Rein phytoiogisches Kardiotonicum für die kieine Herztherapie Crataegus-Adonistherapie des Altereherzens

> Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylexe Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.

> In 100 ml: Rutin solub.0,6g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37.5g. Adonis, Visc. alb. ää 87g. Aplum grav. Auricul. ää 7,3 g. Val.13 g. Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,14 Recorsan-Gesellscheft Gräfelfing

terhin muß gerade bel diesem Syndrom auch an eine mögliche Irritation von seiten der HWS gedecht werden. Zur Differentialdiagnose der Schmerzzustände im Necken-Hinterkopfbereich sel auf ein von Mumenthaler und Regli entworfenes Schema (Tab. 5) verwiesen. Ein Im engeren Sinne psychogener Kopfschmerz liegt vor, wenn jede somatische Entsprechung fehlt, wenn der Schmerz also nicht durch eine Irritation von Schmerzrezeptoren in der Peripherie oder schmerzleitenden Bahnen hervorgerufen wird, sondern lediglich Symbolcharekter hat. Solche Syndrome lassen sich vor allem bei bestimmten neurotischen Entwicklungen und bei endogenen Psychosen beobachten.

Neuralglen

Ein weiteres wichtiges Feld In der Differentialdiagnose chronischer Kopfschmerzsyndrome stellen die Neuralgien dar. Dabei ist zu bedenken, daß der Neuralgiebegriff schon immer unscharf, schillernd und oft nicht mehr als ein wohlklingendes Etikett für medizinisches Nichtwissen gewesen ist. Viele sogenennte Neuralgien und sonstigen Algien sind im Laufe der Zeit zu Recht aus der medizinischen Literatur verschwunden. Aber gerade Schmerzen im Kopf- und Gesichtsbereich mehr oder weniger unklarer Genese haben schon immer dazu verleitet, relativ großzügig mit dem Neuralgiebegriff umzugehen, und so werden auch heute noch in diesem Bereich verschiedene Neurelgiesyndrome diagnostiziert. Dabei hat die echte bzw. idiopathische Trigeminusneuralgie im Mittelpunkt der Betrachtung zu stehen. Um sie herum gruppieren sich eine Reihe weiterer Schmerzsyndrome, die mit mehr oder weniger großer Berechtigung dem Formenkreis der Neurelgien zugerechnet werden.

Die idiopathische Trigeminusneuralgie ist gekennzeichnet durch blitzartig einschießende Schmerzettakken von äußerster Heftigkeit, die sich streng einseitig und der peripheren Verästelung des Nervus trigeminus entsprechend eusbreiten. Bevorzugt betroffen ist der zwelte Trigeminusast allein oder in Kombination mit einem der benachbarten Aste. Seltener sind alle drei Aste erkrankt, nur sehr selten der erste Ast für sich allein. Wichtige diagnostische

rytmonorm



Zusemmensstzung: 1 Filmtablette Rytmonorm
150 mg enthält 150 mg Propstenonhydrochlorid.
1 Filmtablette Rytmonorm
300 mg enthält 150 mg Propstenonhydrochlorid.
1 Filmtablette Rytmonorm
300 mg Propstenonhydrochlorid. 20 mi enthälten 70 mg Propstenonhydrochlorid. 20 mi enthälten 20 mi enthälitten 20 mi enthälten 20 mi enthälten 20 mi enthälten 20 mi enthä Kammerliattern bzw. -filmmern nicht ausgeschlossen werden. Bei einigen Tier-spezies ist gelegentlich nach 3- bis 4 wöchigsr ausschließlich intrevenöser Gabe von Rytmonorm[®] eine Störung der Spermiogensse beobechtet worden. Bis zur weiteren Abklärung sollten männliche Patienten vorerst nicht längsr als 1 Wochs intravenös mit Rytmonorm[®] behandelt werden. Bei oraler Langzeitgabe wurden bei keiner der untersuchten Tierspezles derartige Veränderungen gesehan.

bei keiner der untersuchten Tierspezles derartige Veränderungen gesehsn.

Dosierung und Anwendungsweise: Filmtabletten: Die Ermittlung der Individuellen Erhsitungsdosis sollte unter kardiologischer Überwechung mit EKG-Kontrolle (1. oder 2. Behandlungstag und Ende der Einstellungsphese) erfolgen. Bei Verlängsrungsn der ORS-Deuer über 20% oder Veränderungen der frequenzabhängigen OT-Zeit soll die Dosis reduziert oder bis zur Normelisierung des EKG abgsastzt werden. Für die Einstellungsphese und die Erheitungstherapie het sich eine Tegesdosis von 450 bis 600 mg (1 Filmtablette Rytmonorm* 150 mg 3mel täglich bis 1 Filmtablette Rytmonorm* 300 mg 2mal täglich) bewährt. Gelegentlich ist eine Steigerung der Tagesdosis euf 900 mg erforderlich (1 Filmtablette Rytmonorm* 300 mg 3mel täglich bis 1 Filmtablette Rytmonorm* 300 mg 3mel täglich). Diese Tegesdosis sollte nur in Ausnehmefällen und unter strenger kardiologischer Kontrolle überschrittsn werden. Diese Angaben gelten für Patienten mit einem Körpergewicht um 70 kg. Wie andere Antiarrhythmike soll euch Rytmonorm* bei Patienten in höhnsram Lebensalter oder mit stark vorgeechädigtem Myokard in der Einstellungsphase basonders vorsichtig – einschleichend – dosiert werden. Die Filmtsbletten sollsn wegen des bitteren Geschmecks und der oberflächenenästheelerenden Wirkung des Wirkstoffes ungelutscht und unzerkaut mit etwas Flüssigkeit nech dem Essen eingenommen werden. Ampullen: Als wirkseme und verträgliche Einzeldosis hat sich die i.v. Gabe von 1 mg/kg Körpergewicht erwiesen (entspricht 20 ml bsi sinsm mittleren Körpergewicht von 70 kg). Oft kenn die erwünechte branzeutische Wirksamkeit bereits mit 0.5 mg/kg Körpergewicht (— 10 ml) erzleit werden. Die Behandlung ist bei eufmerkssmer Beobachtung des Petlenten unter EKG- und Blutdruckkontrolle mit möglichst niedrigen Dosen zu beginnen. Die I.v. Injektion soll langsam innsrhelb 3–5 Minuten erfolgen. Falls erforderlich, kann die Einzeldosis auf 2 mg/kg Körpergewicht (— 40 ml) erhöht werden. Der Abstand zwischen 2 Injektionen s

Regimen inerapeutische Dosen zur Aumheiten nurnen, unter EKG-Kontrolle können jedoch auch solichs Fälle gut mit Rytmonorm⁶ 150 mg, 50 Filmtabletten DM 41,46. 100 Filmtabletten DM 70,47.100 Filmtabletten DM 120,36. Originalpackung mit 5 Ampullen Rytmonorm⁶ DM 27,58.

EKGLEGORIAG 6,700 Ludwinshafen

Knoll AG, 6700 Ludwigshafen

Rytmonorm.

Das Normo-Rhythmikum.

Erfolgreich.

14/4/4/4/4/

Auch in München.



Das Normo-Rhythmikum

rymonorm

bei <u>ventrikulärer Extrasystolie</u> und anderen tachykarden Rhythmusstörungen WKW MÜNSTEF

Kopfschmerz	Ursache	Cherekteristika	Auslösung	Befund
spondylogen	Spondylose, zervikele Diskopethie, Subluxetion, Gelenke, Ano- malie krenio- zervikaler Obergang	von okzipital gegen frontal; oft halbseitig; eventuell mit Brechialgie	lange gleiche Haltung; Treuma	verminderte Beweglichkeit des Kopfes; Zwengshal- tung; Dolenz paravertebrale Muskeln
"Okzipital- Neurelgie"	mechanische Reizung Wur- zel C 1 oder C 2; fraglich ob existent	blitzartig ein- setzend, kurzdauernd	sponten	streng lokali- sierte Dolenz Nervus occipi- talis major
Spannungs- kopfweh	abnorme Dauerkontrak- tion Nacken- muskeln	dumpf, tief- sitzend, ver- mehrt bei akti- ver Haltung, vermindert beim Abliegen	lange gleiche Kopfheltung; psychische Spannung	Dolenz der paravertebre- len Nacken- muskeln und ihrer Ansätze; eventuell psychische Konflikt- situation
Raumforde- rung hintere Schädelgrube	Tumor	mehr oder weniger dauerndes Kopfweh; Hirndruck- symptome	zunehmend beim Pressen	zerebelläre Zeichen; Hirn- druckzeichen

Tabelle 5 (M. Mumenthaler und F. Regli, 1980)

Kriterien sind weiterhin das Manifestationsalter, das meist oberhalb des 50. Lebensjahres liegt, der Trigger-Mechanismus, das Fehlen spezieller neurologischer Ausfallserscheinungen und das zumindest in den Anfangsstadien sehr gute Ansprechen auf Antikonvulsiva vom Typ des Carbamazepins und des Phenytoins. Übereinstimmung besteht darin, daß der Ursprung der Schmerzen im Bereich des Ganglion Gasseri oder der Nervenwurzel liegen muß und nicht weiter zentral. Der Trigger-Mechanismus durch abnorme Nebenschlüsse (Ephapsen) zwischen benachbarten Nervenfasern erklärt: In licht- und elektronenmikroskopischen Untersuchungen wurden Veränderungen an den Myelinscheiden afferenter sensibler Nervenfasern gesehen, und aus diesen Befunden ist die These abgeleitet worden, daß im Bereich solcher demyelinisierten Axone Impulse von Fasern des eplkritischen Systems auf die marklosen Fasern des protopathischen schmerzleitenden Systems über-

springen. Sehr wahrscheinlich spielt aber auch ein zusätzlicher zentraler. inhibitorisch wirkender Faktor eine Rolle. Die Ätiologie bleibt in der großen Mehrzahl der Fälle unklar. Bei manchen Patienten mit allen typischen Symptomen einer idiopathischen Trigeminusneuralgie lassen sich aber doch relevante Kausalfaktoren aufdecken, beispielsweise eine Encephalomyelitis disseminata oder ein Akustikusneurinom oder ein intrakranielles Aneurysma. Eng verwandt ist die idiopathische Glossopharyngeusneuralgie, für die, abgesehen von der unterschiedlichen Ausbreitung der Schmerzen, die gleichen Kriterien zutreffen wie für die idiopathische Trigeminusneuralgie.

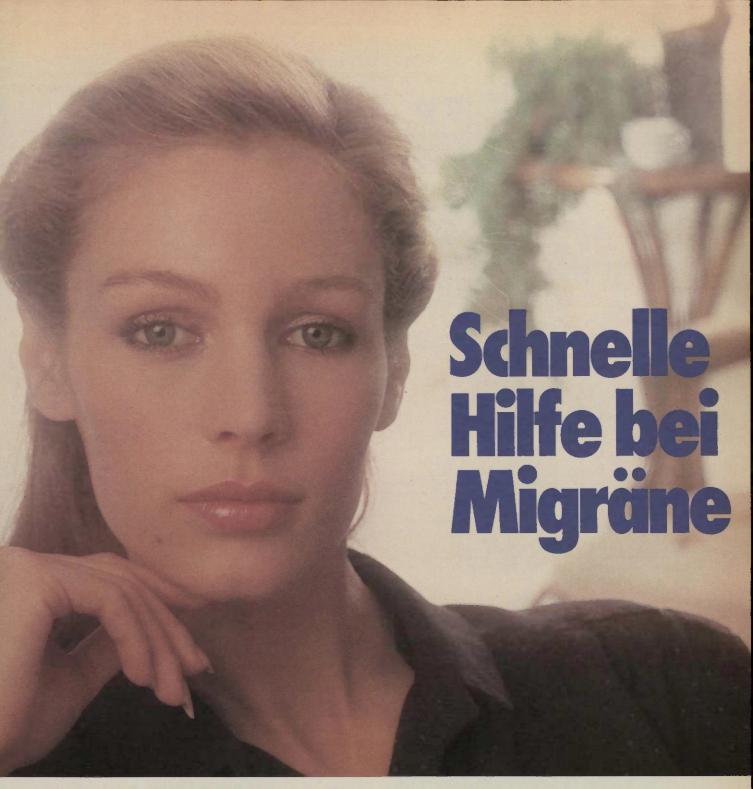
In der Differentialdiagnose dieser klassischen Neuralgien müssen noch einige weitere Schmerzsyndrome erwähnt werden. Die Neuralgie des Nervus auriculotemporalis wird entweder als eine idiopathische Erkrankung oder im Gefolge einer Parotisaffektion beobachtet. Vor dem Ohr treten paroxysmal brennende

Schmerzen auf, die durch den Kauakt und durch kräftige Geschmacksreize verstärkt werden. Auch eine lokale Hautrötung und Hyperhidrosis gehören zum klinischen Bild. Wie bel der echten Trigeminusneuralgie werden ephaptische Kurzschlüsse diskutiert. Die Neurelgie des Ganglion geniculi, euch Huntsche Neuralgie oder Intermediusneuralgie genannt, tritt idiopathisch oder Im Gefolge eines Zoster oticus auf. Hier werden die Schmerzen in den äußeren Gehörgang und in das Ohr selbst projiziert, können auch zum Gaumendach, zum Oberkiefer und zum Mastoid ausstrahlen. Die Schmerzen treten wiederum paroxysmal auf, wobei es durch eine Irritation der in der Chorda tympani verlaufenden Fasern auch zu abnormen Geschmacksempfindungen in den vorderen zwei Dritteln der Zunge kommen kann. Häufige Begleiterscheinungen sind eine Fazialisparese vom peripheren Typ und Hörstörungen.

Unscharf definierte und in der Ätiopathogenese uneinheitliche Schmerzsyndrome sind das Charlin-Syndrom, die Sluder-Neuralgie, die Vidianusneuralgie und das Raeder-Syndrom. Manche dieser Diagnosen werden heute kaum noch gestellt. Die sogenannte Horton-Neuralgie steht der Migräne wesentlich näher als den echten Neuralgien und wurde bereits weiter oben als Bing-Horton-Syndrom bzw. cluster headache abgehandelt. Viele Patienten, bei denen eine Sluder-Neuralgie diagnostiziert wurde, waren wohl in Wirklichkeit Bing-Horton-Fälle. Zur Differentialdiagnose der verschiedenen Neuralgien im Kopf- und Gesichtsbereich sei auf Tabelle 6 verwiesen.

Arteriitis temporalis

Bei chronischen Kopfschmerzsyndromen, die sich erst im höheren Lebensalter manifestieren und nicht die typische paroxysmale Schmerzdynamik der echten Neuralgien aufweisen, sollte unbedingt immer auch an eine Arteriitis temporalis (cranialis) gedacht werden. Es handelt sich um einen anhaltenden, sehr heftigen, dumpfen, drückenden oder auch bohrenden Kopfschmerz, der meist einseitig im Schläfenbereich akzentuiert ist, aber durchaus auch mit bitemporaler oder okzipitaler Betonung vorkommen kann. Als typisch gilt eine prominente, druckdolente Arteria temporalis super-





Bei Migräne und vasomotorischen Kopfschmerzen

ergo sanol spezial

bezwingt die Migräne

ERGO SANOL SPEZIAL <u>Zusammensetzung</u>: Kopsel: Ergatamintortrat 1 mg, Aneurinnitrat 5 mg, Phenyltoloxomindihydrogencitrat 25 mg, Coffein 100 mg, Athaxybenzamid 250 mg. Suppositorium: Ergatamintortrat 1,5 mg, Aneurinnitrat 5 mg, Phenyltoloxomindihydrogencitrat 50 mg, Coffein 95 mg, Coffein itrot 10 mg, Athaxybenzamid 250 mg, Indikation; Anfallsbehondlung der Migräne sowie anderer vosomotorisch bedingter Kapfschmerzen. Nebenwirkungen; Wie bei allen Ergatamin-Präparaten kann auch bei diesem Präparat Ergatismus auftreten. Über Magenunverträglichkeiten wird selten berichtet. Kontraindikationen; Schwerz Leber- und Nierenfunktions-Störungen, Angina pectoris, Hypertonie, Gefäberkrankungen, Loktotion, Gravidität, Engwinkelglaukam.

krankungen, Loktotion, Gravidität, Engwinkelglaukam.

<u>Dosierung:</u> Im Antall 1 - 2 Kapseln/Suppositarien moximal 6 Kapseln/4 Suppositorien pro Tag. Bei Nausea und nach den Mohtzeiten werden Suppositorien empfohlen. <u>Hinweise</u>: Dieses Arzneimittel kann dos Reaktionsvermögen, z. B. im Stroßenverkehr oder bei der Bedienung von Moschinen, beein-

trächtigen. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenhang mit Alkohol. <u>Dorreichungsformen und Preise:</u> Pockung zu 20 Kapseln DM 10,40, Pockung zu 10 Suppositorien DM 13,75 incl. MwSt. Sanol Schwarz GmbH · 4019 Monheim

Spezialist im Dienst der Gesundheit



Differentialdlagnose der wichtigsten Gesichtsneuralgien

Тур	Nerv, Ganglion	Schmerz- lokalisation	Schmerztyp, Besonderheiten
Trigeminus- neuralgie	N. ophthalmicus, N. maxiliaris, N. mandibularis	Stirn, Auge, Nasenrücken Oberkieler, Wange Unterkieler, Zunge	blitzartig elnschießend, Triggerzone
Charlin-Syndrom	N. nasociliaris e n. ophthalmico	Innerer Augen- winkel, Augen- höhle, Nasen- rücken	heftig, kurz oder lang anhaltend, konjunktivale In- jektion, Epiphora
Sluder-Neuralgie	Ganglion pterygopala- tinum	Nasenwurzel, Naseninneres, Augenhöhle, Gaumensegel, Rachen	heftig, kurz oder leng anhaltend, Niesreiz
Aurikulotempora- Ilsneuralgie	N. auriculo- temporalis, e n. mandibulare	vor dem Ohr	anfallswelse, brennend, lokale Hautrötung, Hyperhidrose, Provokation durch Geschmacks- relze
Hunt-Neuralgie	N. intermedius, Ganglion geniculi	Trommelfell, āußerer Gehör- gang, Telle der Ohrmuschel	paroxysmal, abnorme Ge- schmacks- empfindungen
Glossopharyn- geusneuralgie	N. IX	Rachen, Tonsil- lennische, Gau- men, Zungen- grund	blitzartig einschießend, Triggerzone

Tabelle 6 (D. Soyka, 1973)

ficialis mit entzündlicher Nachbarschaftsreaktion, aber dieser Befund ist nicht immer sehr deutlich ausgeprägt. Allgemeine Abgeschlagenheit, eine sehr stark beschleunigte BSG ("Sturzsenkung"), eine Erhöhung der Alpha-2-Globuline in der Serum-Elektrophorese und häufig

auch leichtes Fieber und eine leichte Anāmie gehören zum Vollbild der Erkrenkung. Hier muß die Diagnose durch eine Biopsie aus der Arteria temporalis superficialis abgesichert werden, aber schon vor dem Ergebnis der histologischen Untersuchung sollte eine Kortikoidtherapie eingeleitet werden, um möglichen Komplikationen wie einer durch Befall der Arteria ophthalmica und Optikomalazie bedingten Amaurose rechtzeitig vorzubeugen.

Weitere Ursachen organischer Kopfschmerzsyndrome

Auch Hochdruckleiden, arteriosklerotische Gefäßprozesse, Aneurysmen, chronische Intoxiketionen und natürlich raumlordernde intrakranielle Prozesse können mit einer Kopfschmerzsymptochronischen matik in Erscheinung treten. Jeder Neurologe kennt Patienten, bei denen sich eine vermeintliche Migräne, eine vasomotorische Cephalaea nach Jahren oder sogar erst nach Jahrzehnten als intrakranielles Aneurysma oder als Meningeom decouvriert. Eine erhöhte diagnostische Aufmerksamkeit Ist immer dann am Platze, wenn vom klassischen Bild der angenommenen Diagnose abweichende, also etypische Elemente auftauchen, und dann ergibt sich euch eine begründete Indikation für weiterführende Maßnahmen, wie eine Computertomographie oder eine angiographische Exploration.

Die vielfältigen Ursachen chronischer Kopfschmerzsyndrome von seiten der Ophthalmologie, der Rhino-Otologie sowie der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde können an dieser Stelle nicht detailliert ebgehandelt werden, sondern bedürfen einer gesonderten Darstellung.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. D. Soyka, Direktor der Abteilung Neurologie im Klinikum der Universität Kiel, Niemannsweg 147, 2300 Kiel

Prostatahypertrophie Stadium I und beginnendes Stadium II

PROSTAMED

Proliferationsbremsa 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. II. Herb. Solidag. 0,04 g, Extr. II. Fol. Popul. trem. 0,06 g. Sacch. lact. ad 0,5 g.

Doslerung: 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, Arzneipilanzenforschung, 7615 Zeil-Harmersbach/Schwarzwald

Aus der Isolation zur Integration



Dogmatil®

ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel DOGMATIL enthält 50 mg Sulpirid: N-[(1-Äthyl-pyrrolidin-2-yl)-methyl]-2-methoxy-5-sulfamoyl-benzemid. ANWENDUNGSGEBIETE: Psychovegetative Syndrome mit depressiver Komponente, psychosomatische Erkrankungen, Stimmungslabilität mit Leistungs- und Initiativverlust, Antriebsschwäche. Phobien, abnorme Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern, zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren. Darüber hinaus eignet sich DOGMATIL infolge seiner spezifischen Effekte auf bestimmte vegetative Zentren des Stammhirns zur Behandlung von Ulcus ventriculi et duodeni, akuter und chronischer Gastritis, Schwindelzuständen verschiedener Genese. Insbesondere Morbus Mehière. GEGENANZEIGEN: Epilepsie und manische Phasen. Tierexperimentell ließen sich über mehrere Generationen keine teratogenen Wirkungen feststellen. Dennoch sollte DOGMATIL in der Schwangerschaft nur angewendet werden, wenn es nach Ansicht des behandelnden Arztes für den Zustand der Patientinnotwendig ist. NEBENWIRKUNGEN: Gelegentlich extrapyramidale Erscheinungen, Parkinsonismen und endokrine Nebenwirkungen wie Zyklusstörungen und Galaktorrhöen, Transpiretion, Allergien, Mundtrockenheit, Übelkeit, Sehstörungen, Blutdrucksenkungen, Erregungszustände, Einschlatstörungen, Blutdrucksenkungen, Erregungszustände, Einschlatstörungen, Sexuelle Stimulation, Gewichtszunehme, übermäßige Speicheiskertein. WARNHINWEISE: Infolge der positiven Wirkung auf das Wachbewußtsein empfiehlt es sich, DOGMATIL, nicht nach 16.00 Uhr einzunehmen. DOGMATIL 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 Patienten mit den Zeichen einer Herzinsuffizienz sollta unter sorgfältiger ärztlicher Überwachung vorsichtig dosiert werden. Schürholz Arzneimittel GmbH, Fritz-Berne-Str. 47, 8000 München 60.

DOSIERUNG: Psychische und psychovegetative Syndrome, HNO (Vertigo), Ulkustherepie und gastritische Beschwerden: 3 xtgl. 1-2 Kapseln oder 2-4 Teelöffel Saft. Pädiatrie: 5 mg/kg/Körpergewicht Sulpirid (~ 1 ml DOGMATIL. Saft) verteilt auf 3 Einzelgaben pro die. Bei Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni sowie bei schweren Schwindelzuständen sollte die Initialtherapie bis zum Abklingen der Beschwerden mit 2 xtgl. 1 Ampulle DOGMATIL. in. erfolgen. Für die klinische Psychiatrie stehen DOGMATIL FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. DARREICHUNGSFORMEN UND PREISE: DOGMATIL. Kapsein, 20 Kapsein zu 50 mg DM 19.58, 50 Kapsein zu 50 mg DM 43.13. DOGMATIL Saft. Flasche mit 200 ml Saft (1 Seelöffel – 5 ml Saft – 25 mg Sulpirid) DM 19.74; DOGMATIL Ampullen, 6 Ampullen zu 2 ml (1 Ampulle entspricht 100 mg Sulpirid) DM 15.26; DOGMATIL FORTE Tabletten zu 200 mg DM 34.67; 60 Tabletten zu 200 mg DM 148,18. Preise inkl. MwSt. Ferner Anstaltspackungen. (Stand Januar 1981).



SCHÜRHOLZ ARZNEIMITTEL GMBH, Fritz-Berne-Straße 47, 8000 München 60

Epstein-Barr-Virus und Lymphoproliferation: Modell maligner Entartung?

von V. Diehl, M. Schaadt, und H. H. Kirchner

Arbeitsgruppe für internistische Onkologie der Medizinischen Hochschule Hannover (Direktor: Professor Dr. med. F. Hartmann)

Das Gebiet der "Lymphoproliferation" umfaßt nicht nur theoretisch die Arbeits- und Interessenbereiche der Pathologen, Immunologen und Virologen, sondern bedeutet für den klinischen Onkologen eine Herausforderung an seine diagnostische und therapeutische Intuition, da altvertraute Bezeichnungen (Lymphosarkom, Brill-Symmers, Retikelzellsarkom) einer differenzierten und nicht weniger diffizilen Nomenklatur gewichen sind, die nur nach intensivem Training einem Kreis von Spezialisten zugänglich geworden ist.

Die Vielfalt der klinischen Bilder spiegelt die Heterogenität der zytologisch-funktionellen Varianten wider, wie sie in einer bewundernswerten Präzision von Lennert und Mitarbeitern erarbeitet wurden. Morphologie, zum Teil Funktion, Grad der Malignität und somit klinisch prognostische Relevanz dieser einzelnen Imyphatischen Entitäten sind weitgehend erforscht oder erfahren, wenig jedoch ist bekannt über die Ätiologie und Pathogenese der lymphatischen Erkrankungen, denen eine Malignisierung dieser Zellsysteme zugrunde liegt.

Die geniale Intuition von Burkitt, einem englischen Chirurgen, der die Subentität des afrikanischen Lymphoms als Spezialität erkannte und eine Virusätiologie für diese nach ihm benannten "Burkitt-Lymphome" postulierte, leitete die bahnbrechende, für die Erforschung der Ätiologie menschlicher Tumoren bisher elnmaligen Untersuchungen in Kooperation zwischen Virologen, Immunologen, Pathologen und Klinikern ein.

1964 fanden Epstein und Barr in kultivierten Zellen dieses Lymphoms das nach ihnen benannte Virus, ein der Herpesvirusgruppe zugehöriges Agens, nämlich das Epstein-Barr-Virus (= EBV).

Im Verlaufe der sechziger Jahre war es durch die Arbeiten von Epstein, Pulvertaft und vor allem des Ehepaars Henle, mit dem einer aus unserer Gruppe einen großen Teil der hier dargestellten Ergebnisse erarbeiten konnte, möglich, die Epldemiologie und klinische Bedeutung dieses wahrscheinlich ersten menschlichen Tumorvirus zu ergründen.

Ätiologisch wird dieses Virus mit drei Erkrankungen in Zusammenhang gebracht: der latenten Infektion als stille Feiung (85 Prozent in USA und Europa), der infektiösen Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber, 15 Prozent der Erstinfektionen in USA und Europa) und schließlich mit Tumorerkrankungen, wie z. B. dem Burkitt-Lymphom und dem Nasopharynxkarzinom (Schminckesches Lymphoepitheliom).

Parallel zu der Erforschung der klinischen Bedeutung des EBV für benigne und maligne lymphoproliferative Erkrankungen wurden in unserem Labor Untersuchungen durchgeführt, die die Interaktion des EBV mit empfänglichen Zielzellen, nämlich B-Lymphozyten, erforschen sollten.

Zwei grundverschiedene Mechanismen der Virus-Zellinteraktion können bei der Infektion ablaufen:

- 1. die lytische Infektion der "permissiven" Zelle, bei der Virusnachkommenschaft in der zugrundegehenden Zelle gebildet wird,
- 2. die transformierende Infektion, häufig inszeniert durch defekte Viren, wobei nach Aufnahme des Virus durch die Zellmembran das Virus sich auflöst, seine Identität ver-

liert und nur in Form seiner genetischen Information, nämlich seiner Nukleinsäure-Sequenzen in das Genom der Zeile eingebaut wird.

Es entsteht keine Virusnachkommenschaft, sondern das Ergebnis ist die polyklonale Proliferation von EBV-Genom und/oder Viruspartikelhaltiger Zellen. Polyklonal, weil jeweils mehrere suszeptible B-Zellen gleichzeitig infiziert und "transformiert" werden. Wir konnten zeigen, daß Transformation von normalerweise nur begrenzt in vitro lebensfähigen B-Zellen sich darin zeigt, daß sie nach etwa 12 bis 15 Tagen in der Kulturflasche beginnen, sich zu teilen, zu Haufen zusammenzuklumpen und zu unsterblichen Kulturen auszuwachsen. Dabei verändern sie ihre Gestalt, ihr soziales Verhalten, ihre Beziehung zueinander, d. h. Klumpenbildung mit über Oberflächenveränderungen bewirktem Verlust der Kontaktinhibition, Erwerb von neuen Antigenstrukturen im Zytoplasma und auf der Zelloberfläche und Besitz EBVspezifischer Nukleinsäure-Sequenzen im Zellgenom. Die Kriterien dieses als Transformation bezeichneten Vorgangs seien hier noch einmal zusammengefaßt:

- Unbegrenztes Wachstum (Immortalisation)
- Verändertes soziales Verhalten
- Auftreten von virusspezifischen Antigenen
- Einbau der Virus-DNS im Zellgenom
- Bildung virusspezifischer Boten-RNS, die wiederum die Bildung virusassoziierter Proteine inszeniert und
- Tumorbildung im empfänglichen Wirt

Damit würde die EBV-induzierte Transformation von B-Lymphozyten zu proliferierenden, unsterblich wachsenden B-Lymphoblasten den Kriterien maligner Zellen entsprechen. Dieses von uns 1967 erstmalig entwickelte in vitro-Modell war und ist bisher das einzige humane "Tumormodell", bei dem eine sterbliche "normale" Zelle in eine unsterbliche "transformierte" Zelle verwandelt wird.

Diese in vitro gewonnenen Daten lassen sich jedoch nicht ohne weite-

res auf die in vivo-Situation maligner lymphoproliferativer Erkrankungen beim Menschen übertragen, weil das wichtigste Indiz für eine schlüssige Analogie fehlt: der Beweis, daß EBV bei Übertragung auf den Menschen unter experimentellen Bedingungen Tumoren erzeugt. Da diese Forderung, im Sinne des dritten Koch-Henleschen Postulates sich aus ethischen Gründen beim Menschen von selber verbietet, mußten wir versuchen, dieser Frage auf zwei Umwegen näher zu kommen:

- 1. Deduktiv vorzugehen, indem wir die beim Menschen bekannten Formen der Lymphoproliferation verglichen, nämlich die immunologische, durch Mitogene und Antigene induzierte Stimulation von Lymphozyten und Lymphoblasten und die maligne Lymphoproliferation verschiedenster Lymphozytenpopulationen, deren ätiologische und pathogenetische Bedingungen bisher noch weitgehend unbekannt sind.
- 2. Induktiv vorzugehen, indem wir nach suszeptiblen Wirten für eine in vivo-Proliferation von EBV-infizierten Lymphozyten oder durch andere Agentien induzierte Lymphoproliferation suchten. Wir wählten die thymusiose Nude-Maus (nackte Maus), die durch ihre T-Zell-Verarmung ein geelgnetes Modell für eine in vivo-Tumorbildung durch primäre Lymphomzellen oder experimentell mit EBV infizierte Lymphozyten zu sein schien.

Zunächst verglichen wir mit Hilfe verschiedener Zellmarker die Charakteristika von drei lymphoproliferativen Prozessen:

	Immunologische	Stimulation	EBV Trans- formation	Maligne Proliferation
Kultursystem	in vitro	in vitro limitiertes Wachstum		unlimitiertes Wachstum
"Nude-Maus"- Xenotrans- plantation	transplantiert intrakranlell	Φ	+	4
	transplantiert subkutan	Φ	Φ	+

Tabelle

- 1. Immunologische Reaktion: in vivo als physiologische Immunreaktion, in vitro als mitogen-antigen induzierte Kurzzeitkultur
- 2. Virusinfektion: *in viv*o beispielhaft als EBV-induzierte Mononukleose, *in vitr*o als "immortalisierte" Langzeitkultur von B-Lymphozyten
- 3. Lymphoproliferative Neoplasien: in vivo z. B. maligne Lymphome, Leukämien, Plasmozytome, in vitro unlimitierte Proliferation von lymphatischen Tumorzellen.

Die Kriterien zur Unterscheidung der einzelnen Kategorien waren folgende: Morphologie, Immunglobulinspezifität zur Bestimmung einer mono- oder polyklonalen Proliferation, zytogenetische Untersuchungen zur Analyse des Karyotyps und zytogenetischer Marker, sowie Tumorbildung nach Xenotransplantation primärer Biopsien oder etablierter Zellinien in nackte Mäuse. Trotz dieses breiten Spektrums der untersuchten Charakteristika vermochte diese Markeranalyse nur geringe Unterschiede zwischen einer immunologischen Kurzzeitkultur und einer EBV-transformierten

Langzeitkultur aufzuzeigen, während beide Systeme sich grundlegend von einer malignen Lymphoproliferation unterschieden (Tab.).

Umgingen wir bei unserem induktiven Vorgehen, nämlich der Suche nach einem geeigneten suszeptiblen Wirtsystem für die Induktion von lymphatischen Tumoren, die außerordentlich wirksame Abwehrfunktion der "natural killer cells" in der nackten Maus durch Einspritzen der Zellen in das Gehirn (Blut-Liquorschranke i. c.), so sahen wir, daß sich EBV-transformierte Lymphozyten wie Tumorzellen verhielten, nicht jedoch immunologisch stimulierte Zellen (PHA, CONA).

Intrakranielle Injektion von lymphoblastoiden Zellinien (= LCL) induzierte Tumoren, teils perivaskulär begrenzt entlang anatomischer Bahnen verlaufend, teils infiltrierend.

Wurden darüber hinaus primäre lymphoide Zellen von Patienten mit lymphoproliferativen Erkrankungen oder Kontrollpersonen ohne, oder unter Zusatz von EBV in nackte Mäuse intrakraniell gespritzt, so zeigte sich, daß unter Zugabe von

Topons, 100 ml entholate Concluse D4 70 mg. Consum D3. Ambra D6. Petroleum D8 and 30 mg. Imperators and an inject. 88.7 mg. Consum D3. Ambra D6. Petroleum D7 and Q1 ml. Neutrumchlorid Q1. gr. Ambra D6. Petroleum D7 and Q1 ml. Neutrumchlorid Q1. gr. Ambra D6. Petroleum D7 and Q1 ml. Neutrumchlorid Q1. gr. Ambra D6. Petroleum D7 and Q1 ml. Neutrumchlorid Q1. gr. Ambra D6. Petroleum D7 and Q1 ml. Neutrumchlorid Q1. gr. Ambra D6. Petroleum D7 and Q1 ml. Neutrumchlorid Q1. gr. Ambra D6. Petroleum D7 and Q1 ml. Neutrumchlorid Q1. gr. Ambra D6. Petroleum D7 and Q1 ml. Neutrumchlorid Q1. gr. Ambra D6. Petroleum D7 and Q1 ml. Neutrumchlorid Q1. gr. Ambra D6. Petroleum D7 and Q1. ml. Neutrumchlorid Q1. gr. Ambra D6. gr. Ambra D6. Petroleum D7 and Q1. ml. Neutrumchlorid Q1. gr. Ambra D6. gr. Ambra D6. gr. Ambra D6. gr. Ambra D6

EBV zu den primären, nicht etablierten Zellen Tumoren entstanden, während ohne EBV-Zugabe keine Tumoren, weder mikroskopisch noch makroskopisch, gesehen wurden.

Dabel zeigte sich, daß alle von Kontrollspenderzellen Induzierte Tumoren aus polyklonal proliferierenden lymphoblastoiden Zellen bestanden, während in 75 Prozent der Versuche, mit Material von malignem Ursprung, bei denen ein Tumor auswuchs, monoklonale Proliferation von Tumorzellen resultierte oder zumindest zytogenetisch aberrante Klone in diesen Tumoren proliferierten.

Während wir in diesen Versuchen die Rolle des EBV für die Induktion von intrakraniellen lymphatischen Tumoren in der Nacktmaus noch nicht genau erkennen konnten, kam uns ein glücklicher Umstand zu Hilfe:

Eine in unserem Labor etablierte. EBV-negative (monoklonale) und EBV-nicht-überinfizierbare Plasmazelleukāmie-Linie wuchs als einzige etablierte in vitro Zellinie im Nude-Mausgehirn nicht aus. Mischten wir jedoch diese Plasmazellkultur mit einer kindlichen lymphoblastoiden Zellinie, so bildete die Plasmazelllinie Tumoren, die aus einer reinen Plasmazellpopulation, identisch mit der vor der Passage, bestanden. Die Erklärung war ein wachstumsfördernder Effekt der lymphoblastoiden Zellen, die der Plasmazelle intrakraniell zu einem Wachstumsvorteil verholfen hatte.

Diese Ergebnisse, die vielfältig bestätigt wurden, schienen ebenfalls die Wirkung des EBV auf das Auswachsen von Tumorzellpopulationen aus primärem Tumormaterial zu erklären, insofern, als kontaminierende B-Zellen passager durch EBV zur Proliferation angeregt wurden und somit einer sonst nicht wachstumsfähigen Tumorzellpopulation einen Wachstumsvorteil verschafften, entweder durch "Schutz"- oder "Nutz"-Effekt (Enzyme, Substrate?).

Diese Daten wurden in zahlreichen Versuchen mit primärem Tumormaterial erhärtet, so daß wir uns berechtigt sehen, folgende Hypothesen aus diesen Versuchen abzuleiten:

EBV führt sowohl in vivo als auch in vitro zu einer B-Lymphoblasten-proliferation.

In vivo verläuft diese Reaktion als

- a) inapparente Infektion,
- b) Mononukleose oder
- Tumorbildung unter bestimmten Umwelt- oder genetischen Bedingungen.

In vitro erfolgt eine unlimitierte Proliferation polyklonal wachsender Lymphoblasten.

In der Nude Maus (Gehirn) kommt es entweder zur Tumorbildung von B-lymphoblastoiden Zellen, die sich nach sekundärer Explantation in vitro nicht von elner primären EBV-transformierten LCL unterschelden, oder kann EBV durch passagere B-Zell-Proliferation für wachstumsschwache Tumorzellpopulationen (Hodgkin, Leukämien, Lymphome) einen "Schutz"- oder "Feeder"-Effekt geben, der zum Auswachsen von monoklonal proliferierenden aneuploiden Tumorzellen führt.

Im Falle der Malignisierung einer EBV-resistenten Zelle kann die parallel ablaufende EBV-induzierte polyklonale Lymphoproliferation als "Schutz"- oder "Feeder"-Effekt für eine zunächst wachstumsgehemmte Tumorzellpopulation wirken (s. Beispiel Plasmazelle-LCL).

Hypothetisch könnte dieses Modell mit aller Vorsicht übertragen werden auf z. B. den Morbus Hodgkin, bei dem sowohl polyklonal proliferierende B-Lymphoblasten (47 Prozent Etablierung von LCL gegenüber 17 Prozent beim gesunden Spender) als auch autoaggressiv wirksame T-Zellen und darüber hinaus monoklonal wachsende EBV-negative Tumorzellen in der Biopsie neben neutrophilen und eosinophilen Granulozyten und Plasmazellen gefunden werden.

Neben möglicherweise wirksamen additiven Mechanismen zur Tumorproliferation bleibt beim Morbus Hodgkin jedoch die zentrale Frage nach der Natur der malignen Zelle bestehen.

1978 gelang in unserem Labor die in vitro Kultivierung maligner Zellen aus den Pleuraexsudaten zweier

Patienten mit Morbus Hodgkin (L 428, L 439). Die histologische Dlagnose war in beiden Fällen durch zwei unabhängige Pathologen bestätigt worden. Für die Malignität der angezüchteten Zellen spricht der Nachweis multipler numerischer und struktureller Chromosomenaberrationen, wobei die Identität der Markerchromosomen in den einzelnen Mitosen auf einen klonalen Ursprung jeder Linie schließen lassen. Beide Kulturen erwiesen sich nach intrakranieller und subkutaner Transplantation (nur L 428) im Plasmaclot in "Nude-Mäusen" als tumorigen, wobei das histologische Bild der Transplantattumoren morphologisch große Ähnlichkeit mit primären Hodgkin-Tumoren des Menschen zeigt.

Durch eine Analyse multipler Oberflächen- und Zytoplasmastrukturen sowie von biochemischen Eigenschaften konnte bisher keine Zuordnung der angezüchteten Zellen zu der lymphozytären, myeloischen oder Monozyten-Markrophagenreihe getroffen werden. Im Gegensatz zu den von Kaplan und Mitarbeitern (persönliche Mitteilung) kultivierten Zellen ist in unseren Linien kein Lysozym nachweisbar. Alle bisher untersuchten Eigenschaften unserer Zellen decken sich mit den an frisch gewonnenen Hodgkin- und Sternberg-Reed-Zellen gewonnenen Befunden mit Ausnahme des Nachwelses zytoplasmatischer Immunglobuline, der an den Kulturzellen nicht erbracht werden konnte. Diese Diskrepanz könnte durch die Kulturbedingungen erklärt werden.

Die bisher vorliegenden Befunde legen den Schluß nahe, daß die in vitro angezüchteten Kulturzellen in der Tat von Hodgkin- und Sternberg-Reed-Zellen abstammen. Dies eröffnet im Zusammenhang mit den Forschungsergebnissen über die proliferationsfördernde Wirkung virustransformierter Lymphoblasten die Möglichkeit, neue Einsichten in die Natur und Pathogenese der Hodgkinschen Erkrankung zu gewinnen.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. V. Diehl, Dr. med M. Schaadt und Dr. med. H. H. Kirchner, Arbeitsgruppe für Internistische Onkologie, MHH, Dpt. Innere Medizin, Postfach 61 01 80, 3000 Hannover 61

"Dickes Bein"·Postthrombophlebitisches Syndrom·Ulcus cruris

Venalot

trifft Stauung · Entzündung · Ödem · Schmerz



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

Doslerung: Oral: Venalot®-Depot: morgens und / oder abends 1 Dragée. Venalot®-Kapseln: $3 \times t$ äglich 1–2 Kapseln. Parenteral: 2-5 ml i.v. oder i.m. Venalot®-Liniment: mehrmals täglich über den erkrankten Stellen einreiben. Darreichungsformen und Packungsgrößen: Kapseln 30 St. DM 10,95, 75 St. DM 23,65, AP 500 St.; Ampullen 5×2 ml DM 9,10, AP 100 $\times 2$ ml; 5×5 ml DM 18,29, 10×5 ml DM 28,60, AP 100 $\times 5$ ml; Liniment 40 ml DM 7,88, 70 ml DM 12,26, AP 400 ml; Depot-Dragées 20 St. DM 14,40, 50 St. DM 30,89, (Stand: Juni 1980).



Naturstoff-Forschung und -Therapie

20. Bayerische Internistentagung in München

Zu den Themen der von Professor E. Wetzels (Rosenheim) geleiteten Tegung im Kongreßzentrum des Münchener Sheraton-Hotels gehörten die ellgemeine und spezielle Pharmakotherapie in der Gastroenterologie sowie die Internistische Therapie des Mammakarzinoms.

Die Beelnflussung der Pharmakokinetik durch Erkrenkungen der Leber war das Thema von Professor G. Paumgartner (München), der davon ausging, daß bei Lebererkrankungen eine Reihe von Störungen auftreten können, welche die Medikamentenelimination und somit die Pharmakokinetik hepatisch ausgeschiedener Substanzen verändern. Bei diesen Störungen handelt es sich um eine Verminderung der hepatozellulären Kapazität für die Extraktion von Medikamenten aus dem Blut, was ihren Metabolismus und schließlich ihre Ausscheidung in die Galle beeinträchtigt. Weiterhin kann die Leberdurchblutung vermindert sein, es können portosystemische Shunts sowie qualitative und quantitative Veränderungen der Plasmaproteine als Störfaktoren auftreten.

Die hepatische Elimination weist gegenüber der renalen Ausscheldung eine Reihe von Besonderheiten auf:

- 1. Der Abbau in der Leber kann nicht nur zu inaktiven, sondern auch zur Bildung pharmakologisch aktiver Metaboliten führen. Ein Beispiel hierfür ist die Biotransformation von Diazepam (Valium) zum pharmakologisch aktiven Oxazepam (Adumbran, Praxiten).
- Durch Diät, durch gleichzeitig verabreichte Medikamente oder auch durch Alkohol kenn die hepatische Elimination beeinflußt werden.
- 3. Die hepatische Clearance verschiedener Medikamente wird durch Lebererkrankungen in unterschiedlichem Maß beeinflußt.

Im Zentrum der neuen pharmakokinetischen Betrechtungsweise, die Paumgartner skizzierte, steht die Tatsache, daß die hepatische Clearance nicht nur von der Fähigkeit der Leberzelle selbst zur Elimination einer Substanz aus dem Blut ebhängt, sondern auch vom Angebot des Arzneimittels en die Leberzelle. Man kann dies durch die einfache Formel ausdrücken: Die hepatische Clearance ist gleich Leberblutfluß mal Extraktion.

Hierbei gilt es zu bedenken, daß hepatisch eliminierte Medikamente sehr unterschiedlich von der Leber aus dem Blut extrahiert werden: Beim Antipyrin beispielsweise sind es nur sieben Prozent, die während einer Passage durch die Leber extrahiert werden, während es beim Propranolol etwa 80 Prozent sind, Man unterscheidet also niedrig-extrahierte und hoch-extrahierte Medikamente. Die Elimination niedrig-extrahierter Medikamente wird vor allem durch die Kapazität der Leberzelle für die Aufnahme und den Metabolismus des Pharmakons limitiert, weshalb man hier von einem kapazitätslimitierten Medikamententyp spricht. Hingegen wird die Elimination der hoch-extrahierten Arzneimittel vor allem durch den Blutfluß begrenzt, dieser Medikamententyp wird deshalb auch als flußlimitiert bezeichnet.

Wie Paumgartner weiter ausführte, ist die hepatische Extraktion für sich allein noch kein gültiges Maß für die Fähigkeit der Leber, ein Medikament aus dem Blut aufzunehmen und zu metabolisieren. Es müssen noch zwei weitere Parameter berücksichtigt werden, nämlich die Eiweißbindung und die sogenannte intrinsische Clearance, welche ein Maß für die maximale Kapazität der Leber darstellt, ein bestimmtes Medikament aufzunehmen und zu metabolisieren. Aufgrund dieser beiden Parameter kann man drei Gruppen von Medikamenten unterscheiden:

Die Gruppe I ist kapazitätslimitiert und bindungsunabhängig. Sie zeichnet sich durch eine niedrige intrinsische Clearance und durch eine niedrige Eiweißbindung aus. Prototyp ist das Antipyrin, auch Paracetamol, Theophyllin sowie Hexobarbital und Phenobarbital gehören hierzu.

Die Gruppe II ist ebenfalls kapazitätslimitiert, aber bindungsabhängig. Protoyp dieser Gruppe ist das Diazepam.

Die Gruppe III ist flußlimitiert, sie zeichnet sich durch eine hohe intrinsische Clearance eus. Prototyp ist

Propranolol, weltere Repräsentanten dieser Gruppe sind u. a. Lidoceln, Pethidin, Pentazocin, Nortriptylin.

Als praktische Schlußfolgerungen für die Klinik erwähnte der Vortragende, daß bei den Medikamenten der Gruppe I bei schweren Leberkrankheiten bei einer Einzeldosis keine Anpassung der Dosierung erforderlich ist, wohl aber muß bei wiederholter Gabe eine Dosisreduktion erfolgen, die dem klinischen Effekt angepaßt werden sollte.

Für die Medikamente der Gruppe II gilt im wesentlichen das gleiche, jedoch mit der Einschränkung, daß bei einigen von ihnen die Elimination auch bei den schweren Lebererkrankungen nur gering beeinträchtigt ist. Deshalb sollte man sich bei der Dosierung im wesentlichen vom kiinischen Effekt leiten lassen.

Bei den Medikamenten der Gruppe III gibt es einige Besonderheiten, die klinisch relevant sind: Diese flußlimitierten Pharmaka zeichnen sich dadurch aus, daß sie normalerweise schon während einer Passage durch die Leber zu 60 bis 95 Prozent aus dem Blut eliminiert werden. Dies bedeutet, daß bereits eine Minderdurchblutung der Leber, etwa im Rahmen einer Herzinsuffizienz, zu einer Verlängerung der Halbwertszeit führt. Ein weiterer wesentlicher Unterschied im Vergleich zu den anderen Medikamentengruppen ist die erhöhte orale Bioverfügbarkeit bei Patienten mit Lebererkrankungen, wobei die Abhängigkeit der Elimination von der Applikationsart eine große Rolle spielt. Bei Lebererkrankungen kenn durch Verminderung der präsystemischen Elimination die Bioverfügbarkeit so stark erhöht sein, daß bereits mit einer oralen Einzeldosis toxische Blutspiegel erreicht werden. Dies hängt nicht nur mit eventuell portosystemischen Koilateralen zusammen, sondern auch mit der verminderten Extraktionsfähigkeit der Leberzelle. Hierbei sollte bedacht werden, daß bereits eine mäßige Reduktion der Extraktion, beispielsweise von 90 auf 80 Prozent, den In die systematische Zirkulation gelangenden Anteil des Medikaments verdoppelt.

Paumgartner faßte seine Ausführungen in drei Merksätze zusammen:

Versicherungstips von der »Vereinigten«

Steuertip

Alle Jahre wieder brauchen Sie fürs Finanzamt einen Nachwels über die bezahlten Krankenversicherungsbeiträge. Das muß aber keine gesonderte Bescheinigung der »Vereinigten« sein. Die Finanzämter erkennen den Versicherungsschein oder die Zahlungsbelege als Nachweis an. Auch Kontoauszüge der Geldinstitute können vorgelegt werden (mit Versicherungs-Nummer und Empfänger).

Versichert zu Semesterbeginn?

Auch Medizinstudenten müssen sich vor Semesterbeginn (1.4.1981) um ihre Krankenversicherung kümmern, sonst ist keine möglich. Einschreibung Privatversicherte Studenten können sich befreien lassen; der Antrag sollte schon vor Semesterbeginn der zuständigen AOK vorliegen. Zur privaten Studentenversicherung gibt es bekanntlich einen staatlichen Zuschuß.

Arbeitgeberantell ausschöpfen!

Vor allem junge angestellte Ärzte schöpfen den Arbeitgeberzuschuß zu ihrer pri-Krankenversichevaten rung noch nicht aus. Bekanntlich zahlt der Arbeitgeber bis 50% des höchsten Pflichtbeitrages z. B. der örtlichen AOK - das sind bis zu 200 DM im Monat. Wer diesen Zuschuß voll in Anspruch nehmen will, kann z. B. bei Bedarf seine Verdienstausfallveraufstocken. sicherung Krankenhaustagegeld vereinbaren oder einen niedrigeren Selbstbehalt wählen.

Ärzte-Infodienst Vereinigte Krankenversicherung AG Pressestelle Postfach 202522 8000 München 2 Die meisten Ärzte kennen uns bereits als führende Krankenversicherung der Ärzteschaft. Deshalb möchten wir in dieser Anzeige einmal nicht über Versicherungen reden, sondern Sie zu einem Quiz-Spiel einladen.

»Einfach fabelhaft«





- 1. Bei Leberkranken sollten Medikamente bevorzugt werden, deren Elimination durch die eingeschränkte Leberfunktion nicht oder nur wenig beeinträchtigt wird; beispielsweise sollte Oxezepam gegenüber Diazepam bevorzugt werden.
- 2. Bei eingeschränkter Leberfunktion sollte bereits die Anfangsdosis von Medikamenten mit hoher intrinsischer Clearance auf höchstens 1/4 bis 1/2 reduziert werden.
- Wenn möglich, sollte die Dosierung von hepatisch eliminierten Arzneimitteln bei Lebererkrankungen dem klinischen Effekt angepaßt werden.

Professor P. Schwandt (München) sprach über unerwünschte Wirkungen lipidsenkender Medikamente am Gastrointestinaltrakt. Er begann mit dem Hinweis, daß die in der Bundesrepublik gebräuchlichen Präparate jeweils für bestimmte Hyperlipoproteinämieformen eingesetzt werden und nach wie vor unverzichtbar sind. Prinzipiell muß man hier die nicht-resorbierbaren Hypolipidämika von den resorbierbaren Monosubstanzen unterscheiden. Zur ersten Gruppe gehören die nur bei isolierter Hypercholesterinämie indizierten Ionenaustauscher (z. B. Colestid, Cuemid) sowie das pflanzliche Sterin Beta-Sitosterin (z. B. Sitolande). Bei den Ionenaustauschern ist Obstipation eine relativ häufige Nebenwirkung, gelegentlich klagen die Patienten auch über Flatulenz, Völlegefühl und Übelkeit.

Unter den resorbierbaren Monosubstanzen stehen Nikotinsäurederivate (z. B. Niconacid) und Beta-Pyridylcarbinol (z. B. Ronicol) sowie Clofibrat (z. B. Regelan) sowie andere Fibrate (z. B. Atherolipin, Cedur, Lipanthyl) im Vordergrund des Interesses. Die gastrointestinalen Nebenwirkungen der Nikotinsäurederivate sind Magenbeschwerden, Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe. Bei den Fibraten, die bei isolierter Hypercholesterinämie als Mittel der zweiten Wahl zu gelten haben, werden unterschiedlich für die verschiedenen Substanzen - meist nur vorübergehend Übelkeit, Brechreiz, Magenbeschwerden und Diarrhoe beobachtet.

In seinen weiteren Ausführungen nahm Schwandt zu einigen Fragen Stellung, die in letzter Zeit aufgrund tierexperimenteller Befunde und vor dem Hintergrund der WHO-Studie mit Clofibrat viel diskutiert werden, nämlich ob Hypolipidämika kanzerogen sind, ob sie leberschädigend wirken und ob sie die Lithogenität der Galle steigern.

Wenn experimentelle Hinweise dafür vorliegen, daß Clofibrat bei bestimmten Nagetierstämmen kanzerogen wirkt und gleichzeitig zu einer Peroxisomenproliferation führt, so sei es nicht gerechtfertigt, darauf die Hypothese aufzubauen, daß eine Peroxisomenproliferation bei Mäusen und/oder Ratten auch für den Menschen kanzerogen ist, wie dies in einem Artikel in der "Frankfurter Allgemeinen Zeitung" dargestellt wurde. In diesem Zusammenhang wurde erwähnt, daß eine Reihe von Autoren die Peroxisomenproliferation mit einer gesteigerten Fettsäureoxidation erklärt, und daß es auch andere Medikamente (wie z. B. Acetylsalicylsäure) gibt, die zu einer Proliferation von Peroxisomen führen.

Nach einer dreimonatigen Behandlung mit täglich 1,5 g Clofibrat konnte Schwandt in einer multizentrischen Studie bei allerdings nur 27 Patienten lichtmikroskopisch keine Anhaltspunkte für eine Leberschädigung finden; es wurde sogar ein Rückgang der Fettinfiltrationen beobachtet. Wenn man andere Langzeitstudien zugrunde legt, so besteht kein begründeter Anlaß zu der Vermutung, daß Ciofibrat zu Leberschädigungen führt. Auch für die anderen lipidsenkenden Medikamente gibt es keine diesbezüglichen Anhaltspunkte, wobei einschränkend iedoch vermerkt werden muß, daß Clofibrat das bei weitem am gründlichsten untersuchte Präparat ist.

Zur Frage der Lithogenitätssteigerung äußerte sich Schwandt dahingehend, daß nach Angaben einiger Autoren unter Clofibrat aufgrund der erhöhten biliären Cholesterinexkretion und der Abnahme der Gallensäuren eine Cholesterin-übersättigte Galle produziert wird. Deshalb wird empfohlen, Clofibrat bei Patienten mit objektivierten Gallensteinen nicht zu verabreichen. Für verwandte Präparate wie Bezafibrat, Etofibrat ist diese Vorsichtsmaßnahmo offenbar nicht notwendig.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über internistische Therapie des Mamma-karzinoms kam Dozent Dr. U. Jehn (München) zu Wort, der sich mit den hormoneilen Behandlungsmöglich-

kelten dieser Tumorform befaßte. Man muß hier die chirurgisch-ablativen und die medikamentösen Verfahren unterscheiden, belde Therapiewege sind nicht als konkurrierende Methoden zu betrachten, sondern als Teil eines Therapiekonzepts, welches für jeden Patienten neu ersteilt werden muß.

Bei allen Therapieverfahren - einschließlich der chirurgischen - zeigen die Tumoren mit Östrogenrezeptoren in etwa 50 Prozent ein Ansprechen, während solche ohne Rezeptoren nur eine verschwindend geringe Remissionsrate aufweisen, und zwar unabhängig von der Art der endokrinen Behandlung. Unter den verschiedenen Methoden, die eine Vorhersage darüber erlauben, ob eine endokrine Therapie überhaupt sinnvoll ist oder nicht, hat die Bestimmung der Hormonrezeptoren die größte Bedeutung erlangt. Dadurch wurde ein wesentlicher Wandel im Verständnis und im Anwendungsbereich der hormonellen Therapie des metastasierenden Mammakarzinoms bewirkt, auch wenn die Anwendung dieses diagnostischen Verfahrens in der Bundesrepublik noch keine allgemeine Verbreitung gefunden hat; in den USA wird heute bei 44 Prozent aller Mammakarzinome eine Rezeptorenanalyse durchgeführt.

Wie Jehn weiter ausführte, gibt es Östrogenrezeptoren nicht nur an der Zellmembran, sondern auch am Zellkern. Neuere Untersuchungen haben gezeigt, daß die Erfolgsaussichten einer endokrinen Therapie beim Vorliegen nukleärer Rezeptoren günstiger sind als beim Vorliegen membranständiger Östrogenrezeptoren. Von den Progesteronrezeptoren weiß man, daß sie unter Östrogenkontrolle stehen, die Androgenrezeptoren scheinen hingegen nur eine geringe Wirkung auf das Tumorwachstum zu haben. in diesem Zusammenhang wurde erwähnt, daß sowohl der Anteil Rezeptor-positiver Tumoren als auch der Rezeptorgehalt pro Tumor mit dem Alter zunimmt und dadurch auch das bessere Ansprechen spätmenopausischer Mammakarzinom-Patientinnen auf eine Antiöstrogentherapie zu erklären ist. Deshalb lohnt sich vor allem bei Patientinnen im sechsten und siebten Jahrzehnt auch bei unbekanntem Rezeptorstatus zunächst ein Versuch mit endokriner Therapie; führt diese



Zusammensetzung: Es enthelten 1 Inimur" Dragse 200 mg Nituratei (INN), 1 Inimur" Stäbchen 250 mg Nituratei (INN), 1 Inimur" Stabchen 250 mg Nituratei (INN), 1 Inimur" Stäbchen 250 mg Nituratei (INN), 1 Inimur" Stabchen Stabchen

*Stand: Januar 198 Zurück zur Döderlein-**Flora** trichomonazid • antimykotisch • antibakteriell Überzeugende Therapieerfolge durch breites Wirkspektrum 96%1) Trichomonaden-Infektion Trichomonaden (Nifuratel in vitro) 87%2) Candida-Infektion Hefepilze (insbesondere Candida) 90% Mischinfektion Grampositive Bakterien 97%4) Vulvitis

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

90%

über

Partnerbehendlung

Gramnegative Bakterien

(insb. Proteus und Koli)

nicht zum Erfolg, muß zytostatisch weiter behandelt werden.

Zu den Indikationen für eine endokrine Behandlung äußerte sich der Vortragende dahingehend, daß eine solche - welcher Art auch immer nur dann durchgeführt werden sollte, wenn Metastasen sicher nachgewiesen sind. Eine prophylaktische endokrine Therapie, sei es die prophylaktische Ovarektomie oder die immer noch weit verbreitete prophylaktische Anwendung von Androgenen, müsse abgelehnt werden, da sie weder im Hinblick auf eine Verlängerung des freien Intervalls noch der Überlebenszeit einwandfreie Verbesserungen gebracht hat. Eine endokrine Therapie ist auch dann wenig ertolgversprechend, wenn die Patientin weniger als fünf Jahre in der Menopause Ist. oder wenn das freie Intervall kürzer ist als zwei Jahre; eine Ausnahme bildet hier das Vorliegen reiner Knochenmetastasierung als "early disease".

Jehns präsentierte die Ergebnisse verschiedener Arbeitsgruppen (einschließlich der eigenen Klinik), bei denen keinerlei Auswahlkriterien getroffen wurden, also ohne Rücksicht auf die Stadien und klinische Ausdehnung des Tumors, ohne Rücksicht auf das Menopausenalter und ohne Rezeptorbestimmung. Hierbei ergab sich unter Monotherapie mit Tamoxifen (Nolvadex) eine objektivierbare Remission in 37 Prozent der Fälle. Antiöstrogene vom Typ des Tamoxifen weisen im Vergleich zu anderen hormonellen Therapievertahren die geringsten Nebenwirkungen auf; nur gelegentlich kommt es zu einer Thrombozytopenie oder Hyperkalzämie.

Derzeit läßt sich noch nicht klar übersehen, ob auch in Zukunft eine schematisierte Trennung im Therapieverhalten von endokrinen Maßnahmen einerseits und Chemotherapie andererseits Gültigkeit haben wird. Wenn man berücksichtigt, daß das Mammakarzinom aus einer heterogenen Zellpopulation von Rezeptor-positiven und Rezeptornegativen Tumorzellen besteht. dann erscheint es sinnvoll, Chemotherapie und endokrine Therapie frühzeitig miteinander zu kombinieren.

Referent:

Dr. med. D. Müller-Plettenberg, Herzkamper Straße 1 a, 5600 Wuppertal 2

Personalia

Dr. R. Schindlbeck 70 Jahre

Dr. med. Robert Schindlbeck, Summerstraße 3, 8036 Herrsching, feiert am 2. März 1981 seinen 70. Geburtstag. Für einen so verdienten Standespolitiker und Klinikchef ist es absolut keine Pflicht, sich seiner zu erinnern, sondern eine normale menschlich, ärztliche Aufgabe. Es ist notwendig, es deshalb zu tun, um die jüngere Ärzteschaft auf die großen Verdienste, die R. Schindlbeck sich nicht nur im bayerischen Raum besonders für die Internisten erworben hat, hinzuweisen.

Der Jubilar kann für alle Ärzte ein Vorbild an Arbeitskraft, Bescheidenheit und gewissenhaftester Pflichterfüllung sein. Nachdem sich R. Schindlbeck 1946 In Herrsching als Internist und Chefarzt seiner eigenen Privatklinik etabliert hat, wurde diese seine Klinik ein anerkanntes hochgeachtetes internes Krankenhaus und eine ausgezeichnete Weiterbildungsstätte für viele Ärzte.

R. Schindlbeck, der den Bayerischen Internistenverband bis 1977 geleitet hat, hat sich bis dahin sehr große Verdienste, besonders um die Fortbildung, erworben. Der große bayerische Internistenkongreß, der jedes Jahr im Herbst stattfindet, ist seine Schöpfung. Dieser internistische Kongreß ist aus der Fortbildung der bayerischen und der deutschen Internisten nicht mehr wegzudenken. Nach der Niederlegung seines Amtes als Vorsitzender steht R. Schindlbeck nach wie vor dem Internistenverband mit Rat und Tat voll zur Verfügung.

R. Schindlbeck hat zudem zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten und Vorträge veröffentlicht. Aktiv arbeitet R. Schindlbeck weiter an den Zeitschriften "Der Internist" und "Der Bayerische Internist" mit.

Seine Verdienste wurden 1973 von der Bundesärztekammer mit der Verleihung der Ernst-von-Bergmann-Plakette gewürdigt.

Dem Jubilar ist zu wünschen, daß er noch möglichst lange so rüstig bleiben möge, wie er Immer noch ist, damit er noch lange seinen Sachverstand zur Verfügung stellen kann. Natürlich kann man ihm auch wünschen, daß er deshalb lange gesund bleiben möge, damit er seinem Sport, nämlich dem Segeln, nachgehen kann. Besonders wir Internisten haben ihm für all seine nebenamtlichen Tätigkeiten zu danken und ihm zu diesem Jubeltag alles Gute zu wünschen.

H. Holzgartner

Großes Verdienstkreuz

Dr. med. Erich Hein, Ministerialdirigent a. D., Bomhardstraße 6 a, 8022 Grünwald — der langjährige Leiter der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministerium des Innern —, wurde mit dem Großen Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Die Paracelsus-Medaille, höchste Auszeichnung der deutschen Ärzte, erhielt Dr. Hein 1979 auf dem Deutschen Ärztetag in Nürnberg.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Hermann Aub, Leitender Medizinaldirektor a.D., Rankestraße 1a, 8000 München 40;

Dr. med. Alois Beitinger, Leitender Medizinaldirektor i. R., Grundnerstraße 1, 8070 Ingoistadt;

Dr. med. Johann Herzer, Weidenweg 9, 8481 Störnstein;

Dr. med. Friedrich Meyer, Am Sattlerrangen 6, 8482 Neustadt a. d. Waldnaab:

Professor Dr. phil. Gerhard Pfohl, Ordinarius für Geschichte der Medizin und Medizinische Soziologie der Technischen Universität München, Sternwartstraße 2, 8000 München 80;

Dr. med. Theodor Stählin, Hermann-Löns-Weg 24, 8802 Lichtenau.

Professor Dr. med. Wolfram Domschke, Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde zum Mitglied der American Gastroenterological Association (AGA) gewählt.

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Wir empfehlen ihnen, sich in jedem Fali vor Ihrer Niederlassung mit der zuständigen Bezirksstelle der Kessenärztlichen 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

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Effeltrich, Lkr. Forchheim:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Teuschnitz, Lkr. Kronach:

1 Aligemein-/Praktischer Arzt

Selb, Lkr. Wunsledel: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale: 1 Augenarzt

Kulmbach: 1 Augenarzt

Lichtenfeis: 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 bitta an dia Bezirksstella Oberfranken der KVB, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 29 21.

Unterfranken

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

Mömbris, Lkr. Aschaffenburg: 1 Aligamain-/Praktischar 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 Auganarzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg: 1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt: 1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg: 1 HNO-Arzt

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

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

Haßfurt, Lkr. Haßberge: 1 Heutarzt

Ebern, Lkr. Haßberge: 1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

Miltenberg, Lkr. Miltenberg: 1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstreße 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

Tiefenbach, Lkr. Cham:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Stadt Schwandort, Lkr. Schwandort: 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

Dingolfing-Stadt: 1 Hautarzt

Regen-Stadt: 1 Hautarzt

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

Schwaben

Höchstädt a.d. Donau, Lkr. Dillingen: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Thlerhaupten-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.

Noch wenig bekannt: der Datenschutz

Noch zu wenig geschärft in der Öffentlichkeit ist nach Ansicht des Landesbeauftragten für Datenschutz, Konrad Stollreither, das Bewußtsein für Datenschutzfragen. In seinem zweiten Datenschutzbericht, den Stollreither dem Landtag und der Staatsregierung übermittelt hat, warnt er vor der Ansicht, daß jemand, "der nichts zu verbergen habe, auch des Datenschutzes nicht bedürfe und der Datenschutz letztlich nur von mehr oder wenigen schweren Rechtsbrechern benötigt werde". Er wolle zwar jeder Art von Datenhysterie begegnen, müsse jedoch andererseits auch vor einer allzu großen Sorglosigkeit warnen, die eine erhebliche Gefahr beinhalte. Diese rühre weitgehend daher, daß die technischen Möglichkeiten der modernen Computertechnik teilweise unbekannt sind. Andererseits berichtet Stollreither aber auch davon. daß der Bürger heute den Informationswünschen von Verwaltung und Wissenschaft kritischer gegenübersteht. Er fordert in diesem Zusammenhang dringend, daß durch Gesetze oder Rechtsverordnungen nicht gedeckte Datenerhebungen unterbleiben oder auf das durch die Rechtslage gebotene Maß begrenzt werden.

In seinem Tätigkeitsbericht weist der 1978 eingesetzte Datenschutzbeauftragte auf seine Beratungsfunktion für den Bürger ausdrücklich hin. Man habe ihn wiederholt als eine Art "Ombudsmann" bezeichnet, diese Aufgabe setze jedoch einen Dialog zwischen ihm und dem Bürger voraus. Schwierigkeiten für seine Arbeit sieht Stollreither in einem gewissen Mißverständnis der Rolle des Landesbeauftragten. Noch ein verhält-

nismäßig großer Prozentsatz von Bürgern bitte ihn "um Mitteilung aller über ihn gespeicherten Daten", oder es werde an ihn die Frage gestellt, welche Stelle denn über alle von irgendwelchen Verwaltungsbehörden gespeicherten Daten über eine Person Auskunft geben könne. Eine solche Stelle gäbe es aber nicht, sie wäre auch eine Bedrohung für den Bürger, denn für diese Stelle würde der Betroffene tatsächlich zu einem weithin "gläsernen Mensch". So bleibe ihm nur der Hinweis auf das Datenschutzregister und auf den mühsamen, allerdings unvermeidbaren Weg der Nachfrage bei einer Vielzahl speichernder Stellen. Dieser Weg sei allerdings nicht geeignet, die Anfragenden mit dem Datenschutz anzufreunden. So nehmen noch unverhältnismäßig wenige Bürger ihre Rechte aus dem Datenschutz wahr. Als weitere Schwierigkeit bei der Beratung des Bürgers nennt der Datenschutzbeauftragte die Vielfalt der Zuständigkeiten.

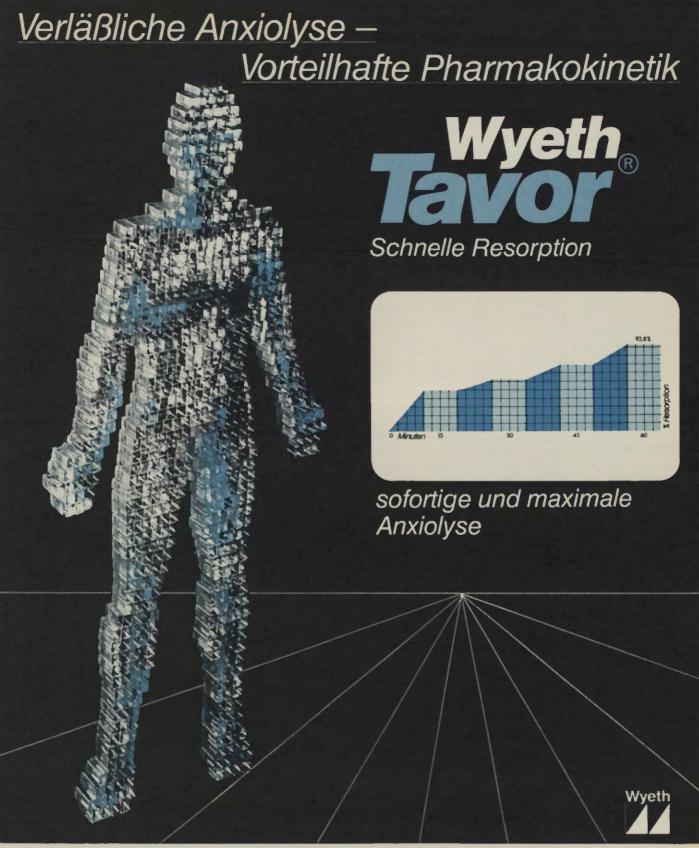
Der Landesbeauftragte, der in seiner Aufgabe keinerlei Weisungen unterworfen ist, führt nach dem bayerischen Datenschutzgesetz ein sogenanntes Datenschutzregister. Es enthält die Angaben der öffentlichen Stellen, die personenbezogene Daten verarbeiten, eine Darstellung des Dateiinhalts und die Angabe der Stellen, denen Daten regelmäßig übermittelt werden. Zum 1. April 1979 waren bei der Geschäftsstelle Stollreithers insgesamt 4460 Datei-Einzelmeldungen von 1575 speichernden Stellen eingegangen, zum 1. Juli 1979 waren es 6440 Einzelmeldungen von 2080 speichernden Stellen und schließlich wurden zum 2. November 1979, über das Datenschutzregister,

8286 Einzelmeldungen von 2537 speichernden Stellen registriert. Es sei damit zu rechnen, daß die Zahl der Datei-Einzelmeldungen bis zum Ende des Jahres 1980 auf ca. 11 000 ansteigen wird. Nach Stollreithers Angaben hat das Register zweierlei Aufgaben zu erfüllen: Es biete ihm einen wichtigen Anhaltspunkt für Kontrollen und soll vor allem dabei helfen, daß ieder Bürger herausfinden kann, von welcher Stelle welche Daten für welche Aufgaben automatisiert gespeichert und verarbeitet werden. In diesem Zusammenhang verweist er auch auf die Schutzrechte, die der Bürger hat: das Recht auf Auskunft über gespeicherte Daten, auf Berichtigung unrichtiger Daten, auf Sperrung und auf Löschung von Daten.

Wie aus seinem Bericht hervorgeht, dürfen zwar die zur Erfüllung der behördlichen Aufgabe erforderlichen Daten gespeichert werden, doch sei gelegentlich die Tendenz zu erkennen gewesen, daß Behörden Angaben vorsorglich erheben und speichern, auch wenn die Erforderlichkeit strenggenommen zunächst noch nicht gegeben sei. Ähnlich sei es mit der Löschung von nicht mehr benötigten Daten. Nach dem Gesetz bestehe die Pflicht zur Löschung dann, wenn der Betroffene dies verlangt. Das sei aber problematisch in den Fällen, in denen der Betroffene kein Recht auf Auskunft über die über ihn gespeicherten Daten hat, er somit einen konkreten Löschungsantrag gar nicht stellen kann. Bewährt hat sich nach Mitteilung Stollreithers, daß im Normalfall für Auskünfte keine Kosten erhoben werden. Diese Kosten seien als notwendige Nebenkosten der Datenverarbeitung anzusehen und nicht den Betroffenen anzulasten.

Insgesamt fordert Stollreither, Datenschutz solle auch dazu beitragen, der zu beobachtenden Ausweitung der Staatssphäre im Bereich der Verarbeitung von Informationen über den Bürger entgegenzutreten. Dabei könnten sich auch Effekte einer Vereinfachung der Verwaltung ergeben. Der Landesbeauftragte fordert: "Der Datenschutz begrenzt und schränkt - im Interesse des Persönlichkeitsschutzes des Bürgers nicht seiten den Handlungsspielraum von Behörden. Datenschutz ist damit ein Korrektiv behördlichen Handelns."

Michael Gscheidle



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 vole z. B. Magen-Darm-Störungen oder Schlaffen, Schlerungen eine Angstreutssen, Zwanganeurosen, Phobleit: Angstreutstände bei Depressionen und Schizophrenieri, Sedierung vor diagnostischen und operativen Eingriften. Gegenanzeigen: Myasthenia gravis. Anwendung in der Schwindel auftreten, die im weiteren Verlauf der Behandlung oder, wenn notwendig, bei Herabsetzen der Dosis meist verschwinden. Weiteren Nebenwirkungen, die gelegantlich lestgestellt wurden, sind leichte Übelkeit, Mundtrockenheit, Appetit: und Gewichtsveränderungen. Bei hohen Dosen sind infolge des muskelrelakierenden Effektes Gangunsicherheit, attaktische Erscheinungen, Doppelbilder und Artikulationsstörungen möglich. Wechselwirkungen: Zwischen Tavor und anderen zentraldämpfenden Pharmaka (z. B. Analgstika, Schlafmittel, Psychopharmaka) ist eine wechselseitige Wirkungsverstärkung möglich. Besondere Hinwelse: 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 as nicht völlig auszuschließen, daß längere und hochdosierte Anwendung bei entisprechend disponierten und zu Mißbrauch neigenden Patienten zu einer gewissen Abhängigkeit führen kann. Packungsgrößen und Preise: Tavor 1,0 O. P. 20 Tabletten zu 1 mg O. P. 50 Tabletten DM 17,02, A. P. 500 Tabletten DM 3,17,8, A. P. 500 Tabletten ind mit einer Teilungsrille versehen.

Schwierigkeiten in der Koalition

Die Soziel- und Gesundheitspolitik steht weiterhin im Schetten der Wirtschefteund Finenzpolitik, der Außen- und Verteidigungspolitik und vor ellem der Querelen in der Koalition, zwischen SPD und F.D.P. und Innerhalb der SPD. Diese Auseinendersetzungen heben inzwischen ein Ausmaß erreicht, die es vielen Bonner Beobachtern zweifelheft erscheinen läßt, ob die Regierung Schmidt/Genscher tatsächlich bis zum Ende der Legislaturperiode 1984 halten wird. In Bonn wird, so schelnt es, zeitwelse mehr über den Zustend der Koalition spekuliert els regiert. Richtig ist jedenfells, daß sich die Koalition trotz ihres Wehlerfolgs, der erst vier Monete zurückliegt, in einer denkbar schlechten Verfessung befindet. Des gilt euch für den Kanzler.

Für die derzeitige Schwäche der Koalition gibt es eine Reihe von Gründen. Da ist zunächst einmal der Wehlerfolg der F.D.P. zu nennen. Genscher und Lembsdorff haben mit ihrem politischen Kurs Abgeordnete ins Parlament gebracht, die dort nicht nur eine Gestrolle zu geben wünschen. Da diese Abgeordneten überwiegend den Lembsdorff-Flügel stärken, het sich das politische Gewicht Innerhalb der Frektlon, nicht innerhalb der Partel, eher ein wenig nach rechts verlagert. Der Spielreum für Genscher, den Linken in der eigenen Fraktion und vor allem dem Koelitionspartner Konzesslonen zu mechen und beim Kompromisseschmieden weit entgegenzukommen, scheint kleiner geworden zu sein. Dies hat sich z. B. im Streit um die Sicherung der Montan-Mitbestimmung gezeigt, els der in den Koalitionsverhandiungen zunächst erreichte Kompromiß von der Fraktion mit großer Mehrhelt verworfen wurde.

Dies hat netürlich Rückwirkungen euf die SPD, In der viele meinen, deß Schmidt in den letzten Wochen des Wehlkempfes die Chence vergeben habe, die SPD im Bundestag zur stärksten Fraktion zu machen. Exponent dieser Auffassung ist der Frektionsvorsitzende Wehner, der gehofft hette, nach der Wehl F.D.P. und CDU/CSU gegeneinander eusspielen zu können, ohne dadurch die Führung der SPD in der Regierung zu gefährden. Die CDU/CSU wäre dann für die SPD zur denkbaren Alternetive els Koalitlonspertner geworden. Sicherlich wer es nicht dee Ziel Wehners, das Bündnis mit der F.D.P. eufzukündigen, aber er hētte damit politisch spielen und die F.D.P. unter Druck setzen können, um selne politischen Vorstellungen durchzusetzen.

Aber Wehners Rechnung ist nicht eufgegangen. Die Position der SPD ist nicht stärker, sondern eher schwecher geworden, wes in den Koelitionsverhandlungen und in den Monaten danach ganz deutlich geworden ist. Schmidt muß auf die F.D.P. mehr als früher Rücksicht nehmen. Das fällt dem Kenzler persönlich zwar nicht sonderlich schwer, es schwächt jedoch seine Stellung in der eigenen Partel, in der ihm nicht nur die Linksaußen vorhelten, er betreibe keine sozieldemokretische Politik mehr. Der Kenzler ist inzwischen en einem Punkt engelangt, wo seine Kompromißfehigkeit gegenüber der F.D.P. eufhört.

Am besten läßt sich dies em Mitbestimmungsstreit zeigen. Mit seinen parlamentarischen Initiativen vor der Wehl wollte Wehner die Montan-Mitbestimmung eusweiten, zumindest eber den erreichten Besitzstand unbefristet sichern. Zähneknirschend mußten die Sozialdemokreten denn nech der Wahl einem Kompromiß zustimmen, der vorseh, daß ein Monten-Konzern beim Wegfall der Voraussetzungen für die Anwendung der Montan-Mitbestimmung sechs Jahre lang diesen Mitbestimmungsregeln unterworfen bleibt. Zusētzlich eollte das Entsendungsrecht der Gewerkscheften für ihre Vertreter in den Aufsichtsräten durch ein Vorschlagsrecht ersetzt werden. Auch externen Arbeitnehmer-Vertreter sollten von den Betrlebsräten gewählt werden.

In wochenlengen Verhendlungen ist es der SPD dann gelungen, der F.D.P. Zugeständnisse beim vereinbarten Wahlverfahren ebzuhandeln. Eine Wahl findet nur statt, so sagte die F.D.P., wenn wenigstens zwei Kandidaten für einen zu vergebenden Aufsichtsretssitz benannt werden. Nech dem nun vom Kebiverabschiedeten Gesetzentwurf breuchen die Gewerkscheften eber nur einen Kandidaten je Aufsichtsretsmandet vorzuschlegen. Dieser Kendidat bederf dann der ebsoluten Mehrheit der Stimmen des Betriebsrates. Das ursprünglich vereinberte Wahlverfahren ist elso zum Veto-Recht des Betriebsrates eingeschränkt worden. Da faktisch nur die DGB-Gewerkscheften Wahlvorschläge unterbreiten dürfen und die BetriebsAnhängern der IG-Metell oder der IG-Bergbau beherrscht werden, wird sich gegenüber dem bisherigen Entsendungsrecht nichts ändern. In der zweiten Phase der Auseinandersetzungen über die Mitbestimmung hat also eindeutig die F.D.P. nachgegeben. Warum? Der Grund liegt euf der Hand. Je schwächer die Position des Kenzlers in seiner eigenen Partei wird, um so schwecher wird auch die F.D.P. in der Koalition, wenn sie daren unbeirrt festhalten will. Die von inneren Auseinandersetzungen zerrissene SPD war In der Mitbestimmungsfrege nicht weiter belastbar. Die F.D.P. hette sich nur um den Preis einer Gefährdung der Koelition durchsetzen können. Genscher und Mischnick haben daher die Fraktion gedrengt, nicht auf einer strikten Einheltung der Koelitionsebsprechen zu bestehen. Übrig bleibt ein

Minimal-Kompromiß, der nichts löst und

der in hohem Maße problematisch ist.

räte in den Monten-Konzernen von den

An diesem Beispiel zeigt sich, wie schwer es für die Regierung Schmidt/Genscher geworden ist, wirkungsvoll zu regieren. Beim Kenzler breitet sich Resignetion eus, vor ellem wenn er an den Zustend seiner Partei denkt. Eine seiner Stützen, den Justizminister Vogel mußte er als Nothelfer nach Berlin schicken. Des Revirement im Kabinett bringt dem parlementarischen Steatssekretär Engholm Ministerreng. Engholm zēhlt zum linken Spektrum der Pertei. Anke Fuchs kann es sich leisten, dem Kanzler für das Ministeramt einen Korb zu geben. Der Links-Außen der Frektion, Hansen, wirft dem Kanzler in rüdem Ton vor, Perteitagsbeschlüsse zu mißachten. Die Frektion rügt die Form der Kritik, nicht den Inhalt. Sollte Hansen dennoch aus der Partei eusgeschlossen werden, so droht ihr eine Abspeltung auf den linken Flügel, was für die Bonner Politik weitreichende Folgen heben könnte.

Elne starke Gruppe in der SPD-Frektion provoziert die Regierung mit dem Antrag, die Verteldigungseusgaben zu kürzen und dafür die Entwicklungshilfe eufzustocken. Der Nachrüstungsbeschluß der NATO wird in Zweifel gezogen, das Penzergeschäft mit Saudi-Arabien, unserem zuverlässigsten Ölleferanten, blokkiert. Minister Apel ist engeschlagen. Die Arbeitslosenzahlen steigen. Das Sozialprodukt sinkt. Und die wirtschaftspolitische Handlungsfählgkeit ist durch die lange Schuldenpolitik stark reduziert.

Der Regierung wäre keine lenge Lebensdauer mehr zu prognostizieren, wenn SPD und F.D.P. sich nicht immer wieder so mechtbewußt und geschickt im politischen Krisen-Management erwiesen hätten.



1. antacid

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

2. schleinhantprotektiv

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). Zuckerftel. 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 Zwöfflingerdarmgeschwüren, zur Prophylaxe und Therapie von Stredulcera. Kontraindikationen: Überempfindlichkeit gegen einen der Bastandteile des Präparates.

PFIZER GmbH Karlsruhe Abt. Roerig Pharmazeutika

Dosierung und Anwendungshinweise: 2 Teelöffel bzw. 1 Beutel Kompensan-S Liquid zwischen den Mahlzeiten, vor dem Zübettigehen und bei Auftreten von Beschwerden in einem halben Glas Wasser – gut verrührt – einnehmen. Kompensan-S Liquid kann auch unverdünnt eingenommen werden. 1—2 Tableiten Kompensan-S mehrmals täglich untschen oder zerkauen. Handelsformen und Preise: Kompensan-S Magen-Liquid, Flasche mil 20 mil DM13.35; Packung mit 20 Beutein zu je 10 mil DM13.35; Klinikpackung. Kompensan-S Magen-Tableiten, Packung mit 40 Tableiten DM9.30; Packung mit 100 Tableiten DM9.05; Klinikpackungen



Warum Sie sich hohe Auslandszinsen entgehen lassen sollten

Auf dem Euro-Dollar-Markt und in den USA werden für eine Festgeldanlage in US-Dollar hohe Zinsen gezahlt. Da fregt man sich eigentlich, warum nicht noch viel mehr Deutsche ihr Geld über dem großen Teich sich vermehren lassen, oder es nach dem benachbarten Luxemburg schaffen lassen.

Der große Ertrag ist nur mit hohen Beträgen zu machen. Für eine Festgeldanlage sieht Sie eine Bank gar nicht an, wenn Sie nicht mindestens 50 000 US-Dollar für eine Anlage bei ihrer Luxemburger Tochterbank oder mindestens 100 000 US-Dollar in der Tesche heben, die sie in den USA unterbringen soll.

Die Zinssätze defür endern sich stündlich. Am letzten Februer-Wochenende konnten Sie in Luxemburg mit etwas über 17 Prozent auf einen bis zwei Monate und etwas über 16 Prozent auf sechs Monate rechnen. In den USA hätte dieselbe Bank für Sie nur je ein Dreiviertel Prozent weniger bekommen.

Auf meine Anfrage bel einer amerikanischen Bank in Deutschland bot sie mir vor ellem hohe Konditionen ab 500 000 US-Dollar, aber wenn ich ihr nur weniger als 30 000 US-Dollar hätte anvertrauen können, waren gerade noch 5,25 Prozent Zinsen euf einen bis zwei Monate drin. De ist jede deutsche Benk mit Festgeldenlegen zur Zeit günstiger. Selbst für ein Sperkonto in US-Dollar verlengt man mindestens 2000 US-Dollar und verzinst sie denn mit gesetzlicher Kündigungsfrist In Höhe von 2.5 Prozent. 4,5 Prozent offerieren dagegen die deutschen Sparkassen und Benken für Einlagen ab 5,- DM und von de an pfennigweise aufwärts.

Wenn Sie viel, sehr viel Glück heben. nimmt Ihnen ein emerikanischer Broker. ein in den USA registrierter und von dort auch kontrollierter Makler, ab 1000 Dollar auf drei Monate en, und wenn Sie noch mehr Glück haben, kommen Sie mit 18 Prozent heraus und haben anschlie-Bend noch einen Währungsgewinn, falls der Dollarkurs weiter klettert. Im allgemeinen machen die Broker so etwas nur für Kunden oder Leute, die sie als Kunden ziemlich sicher gewinnen könnten. Der Kundendienst solcher Broker geht so weit, daß sie über solche Geschäfte auch Ihr Finanzamt unterrichten, demit dem Fiskus nichts entgeht, falls Sie in der Freude über den hohen Ertrag vergessen sollten, den Steuereinnehmer deran zu beteiligen.

Angenommen, Ihr Spitzensteuersatz liegt bei 50 Prozent. Dann bleiben Ihnen von den 18 Immer noch neun Prozent netto. Ein gutes Geschäft, falls Sie jemanden finden, der es mit Ihnen macht. Ich fürchte, diese Anlage über einen Broker in den sogenannten Geldmarkt-Fonds ist von hier aus nicht so einfach.

Die Kehrseite der Medaille. Neun Prozent netto im Jahr sind 2,25 Prozent im Quartal. Das heißt, falls der Dollar-Kurs nach diesen drei Monaten von 2,09 DM auf 2,04 DM zurückgegangen ist, haben Sie zwar noch nichts verloren, aber auch keinen Pfennig gewonnen. Sie können netto rechnen, weil Ihnen für solche Geldgeschäfte keine Spesen ebgenommen werden. Die Broker haben nur Arbeit damit, und daher betreiben sie sie eben auch nur zugunsten von Kunden.

Eine noch viel unangenehmere Überraschung können Sie bei der hochverzinslichen Anlage in dänlschen Banken
erleben, denn die Dänen-Krone ist sehr
schwach. Und wenn sie während der Anlagedauer noch abgewertet wurde, können Sie von Glück sagen, ohne Einbuße
davongekommen zu sein.

Desselbe scheint mir bei einer Liechtensteiner Aktiengesellscheft zu drohen. "Das elfte Jahr zahlen wir stolze 14 Prozent Zinsen an unsere Geldanleger", behauptet sie. Und sie verrät sogar, wem Sie diese hohen Zinsen zu verdanken hätten. Ungekündigte Arbeiter und Angestellte aus der Bundesrepublik zehlen noch viel höhere Zinsen für Kleinkredite, die von Ihrem Anlagegeld ausgereicht werden.

Allerdings bleibt es das Geheimnis der AG, wer ihre Gesellschafter sind und wie ihre Bilanzen aussehen. Vielleicht zahlt sie die Zinsen an ihre Anleger von gestern aus den Mitteln der Anleger von heute. Schneeballsystem helßt diese betrügerische Praktik, und wenn er schmilzt, ist ihr Geld dahingeflossen.

Wenn Sie eine überschaubare Geldanlege schätzen und sich Ihrer Partner sicher sein wollen, dann bleiben Sie bei den deutschen Sparkassen und Banken. Immerhin sind die etwa neueinhalb bis zehn Prozent zur Zeit euch nicht zu verachten.

Horst Beloch

Unsoziale Manipulation

Wenn etwes geschoben wird, ist es em Ende verschoben. Wenn etwes verschoben wird, spricht man von Schiebung. Feinheiten der Spreche: Doch wer weiß sie schon für diesen Fall richtig enzuwenden:

In sechs Jahren bis zum Jehr 1980 het sich eine Schuld der Rentenversicherungsträger en die gesetzlichen Krankenversicherungen in Höhe von 750 Millionen DM bis einer Milliarde DM engesemmelt. Das gescheh so:

Seit dem 1. Oktober 1974 gilt bei einer Beruls- oder Erwerbsunfähigkeit ein Antrag euf Rente, wenn eine Rehebilitetion nicht erfolgversprechend verleufen würde oder, so die Auflassung der Krankenkessen, erfolgios durchgeführt wurde. Dagegen die Rentenversicherungsträger: Bei Erfolgiosigkeit ist ein neuer Rentenentrag zu stellen.

Der Unterschied: Für die strittigen Zeiträume sind die Krankenkassen bisher
mit Krankengeldzahlungen eingetreten.
Tatsächlich haben die Rentenversicherungsträger defür aufzukommen. Sie heben sich im Oktober 1980 nach einigen
Bundessozielgerichts-Urteilen endlich
dazu bereit erklärt.

Das Bundesarbeits- und Sozielministerium soll indes Überlegungen anstellen, die Forderungen der Krenkenkassen en die Rentenversicherungsträger ganz oder teilweise zu negieren. Offenbar schert dort nicht, was ein Gericht befindet.

Die Folge: Die Rückzahlung würde die Finenzen der Krenkenkessen und somit die Beitrege stebilisieren. Aber vielleicht peßt das jenen nicht in den Krem, die nur darauf werten, der gegliederten Krankenversicherung eine Unfähigkeit ihres Finanzgebarens vorwerfen zu können, um ein Motiv für die Bildung der von ihnen ersehnten Einheits-Krankenversicherung vorweisen zu können?

Prosper

Kurz über Geld

BAUKOSTENSTEIGERUNG schwächt sich ab. Auftragsvergaben erwägenswert.

TUTANCHAMUN IN GOLD auf einer Medeille 480 DM bei reinem Goldwert etwa 250 DM. Mit Wertsteigerung durch Sammlernachfrage nicht zu rechnen.

KAUF DEUTSCHER AKTIEN bei gegenwärtigen Niedrigkursen gezielt und nacheinander erwägenswert.

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. Orthoslph. 40 mg, Extr. Virgaur. 60 mg, Extr. Equiset. 60 mg, Extr. Betul. 80 mg, Ol. Junip 4 mg, Ol. Foenic. 4 mg. Atherische Ole mikroverkapselt. Indikationen: Zur Durchspülungstherapie der Harnwege bei bakteriellen, entzündlichen und spastischen Erkrankungen wie Pyelonephritis, Urethritis, Cystitis; Nephrolithiasis. Kontraindikationen: Schwere Einschränkung der Nierenfunktion. Dosierung und Anwendungsweise: 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. 25 Tassen DM 18,45; Anstaltspackung und 100 ml Pulver, ausreichend für ca. 100 Tassen DM 18,45; Anstaltspackung LUDWIG HEUMANN & CO - GMBH - NÜRNBERG Stand März 1980



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 -

(Fortsetzung)

Der Nachfolger Rössles als Prosektor und erster Assistent am Münchener Pathologischen Institut wurde Alexander Schmincke, zweiter Assistent Werner Hueck, dritter Assistent Leonhard Wacker und Hilfsassistent Hans Sänger. Ab Wintersemester 1912/13 wurde die Hilfsassistentenstelle in eine vierte Vollassistentenstelle umgewandelt, die zunächst Eugen Wehner erhielt. Ein halbes Jahr später wurde eine neue Hilfsassistentenstelle eingerichtet, die mit Hermann Grol! besetzt wurde. Vom März bis Dezember 1912 war Hans von Meyenburg Volontärassistent am Institut, später wurde er ordentlicher Professor der pathologischen Anatomie in Lausanne und Zürich. Vom 1. März 1912 bis 1. Mārz 1913 war Ernst Leupold Volontärassistent am Pathologischen Institut. Er habilitierte sich später in Würzburg und wurde ordentlicher Professor der pathologischen Anatomie in Greifswald und Köln. Vor dem Wintersemester 1913/14 legte Werner Hueck freiwillig seine Assistentenstelle nieder und war von da an als Volontärassistent am Institut tätig. Die Hilfsassistentenstelle erhielt jetzt Walter Schmolck und dann, nechdem Wehner das Institut verlassen hatte, August Reiser. Im letzten Vorkriegssemester war Alexander Schmincke erster Assistent und Prosektor, Werner Hueck Vo-Iontärassistent, Leonhard Wecker zweiter Assistent, Hermann Groll dritter, Walter Schmolck vierter und August Reiser Hilfsassistent. Der zur Verfügung stehende Etat betrug im letzten Vorkriegsjahr rund 20 500 Mark.

Vom 23. bis 25. März 1914 fand in München die 17. Tagung der Deutschen Pathologischen Gesellschaft unter dem Vorsitz von Ludwig Aschoff statt. De das alte Pathologische Institut für die stark angewachsene Gesellschaft zu klein wer, mußte die Tagung in der Anatomie gehalten werden.

Während des ersten Weltkrieges waren Borst, Schmincke, Hueck und Groll verschieden lange Zeit im Kriegsdienst tätig. Borst war zunāchst Stabsarzt in einem Kriegslazarett, dann Oberstabsarzt in einem Feldlazarett. Er erkannte als erster die Notwendiakeit einer eigenen Kriegspathologie. Aufgrund einer Denkschrift vom Herbst 1914 wurde er im Frühighr 1915 der erste "beratende Pathologe" im Felde, zuerst beim ersten baverischen Reservekorps, später bei der IV. Armee. Seine Assistenten waren dort Hueck und Groll. Borst sorgte für die Einrichtung einer "Feldprosektur" und einer "Kriegspathologischen Sammlung", zu der dann auch Präparate anderer bayerischer Armeepathologen, z. B. von Siegfried Oberndorfer, sowie von der Militärischen Akademie kamen.

Während des Krieges waren außer Schmincke, Hueck, Wacker, Groll und Schmolck noch Ferdinand Wagenseil (später Lehrer der Anatomie an der Tungchi-Universität in Shanghai), von Koritzinsky und Herbert Siegmund als Assistenten am Münchener Pathologischen Institut tätig. Siegmund wurde später zunächst außerordentlicher Professor der pathologischen Anatomie in Köln, dann Leiter der Prosektur des Katharinen-Hospitals in Stuttgart. 1935 wurde er Ordinarius in Kiel und 1942 in Münster, wo er 1954 starb.

Erst im Wintersemester 1918/19 konnte die Arbeit im Münchener Pathologischen Institut wieder wie in der Vorkriegszeit aufgenommen werden. 1918 wurde Franz Oppenheim vierter Assistent, 1921 wurde er Vorstand des Pathologischen Instituts der Tungchi-Universität in Shanghai. Vom Wintersemester 1918/19 bis zum Wintersemester 1919/20 war Franz Krampf Hilfsassistent, später wurde er Vorstand der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Bad Rei-

chenhall. Hueck ging 1920 als ordentlicher Professor nach Rostock. Alexander Schmincke wurde 1921 ordentlicher Professor für pathologische Anatomie In Graz, 1922 in Tübingen als Nachfolger von Mönckeberg und 1928 in Heidelberg, wo er 1953 starb. Schminckes Nachfolger als Prosektor am Münchener Pathologischen Institut wurde Hermann Groll. Die zweite Assistentenstelle behielt weiterhin Leonhard Wacker, der Leiter des chemischen Laboratoriums. Im Wintersemester 1921/22 wurde die Hilfsassistentenstelle in eine fünfte Assistentenstelle umgewandelt. Im Sommersemester 1923 wurde eine neue Hilfsassistentenstelle eingerichtet, auch eine vierte Dienerstelle wurde genehmigt. 1927 wurden die Stellen der fünf Assistenten und des einen Hilfsassistenten in vier ordentliche und zwei außerordentliche Assistentenstellen umgewandelt. Außerdem bestanden vier Beamtenstellen und zwei Stellen für technische Assistentinnen.

Bis 1930 waren folgende Herren verschieden lange Zeit Assistenten am Münchener Pathologischen Institut: Gotthilf Feucht, Wilhelm Burlage, Gustav Döderlein (wurde später ordentlicher Professor der Gynäkologie in Jena), Otto Kühne (später Vorstand der internen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Bad Reichenhall), Carl Fahrig (habilitierte sich 1927 für pathologische Anatomie), Fritz Klinger (später Privatdozent für pathologische Anatomie in Leipzig), Hanns Baur, Matthias Beck, Julius F. Buchaly, Hermann Gross, Ernst Dormanns (wurde 1927 Lehrer für pathologische Anatomie an der Sun-Yatsen-Universität in Kanton in China und kehrte später als Assistent an das Pathologische Institut der Universität München zurück), Gustav Borger, Heinz Lützeler, Hans Königsdörffer und Richard Fikentscher (wurde später Ordinarius für Geburtshilfe und Gynäkologie und Direktor der II. Universitäts-Frauenklinik in München).

Die Zahl der jährlichen Sektionen stieg bis 1930 allmählich auf 1200 bis 1300 an. Die Zahl der von Kliniken und Ärzten zur histologischen. Untersuchung eingesandten Präparate betrug in den letzten Jahren im elten Institut jährlich etwa 2500. 1926 stand für Sachzwecke ein Etat von 26 000 Mark zur Verfügung. 1929 — im letzten Jahr im alten Institut — betrug der Sachhaushalt 40 920 RM.

Zahlreiche Volontärassistenten aus dem In- und Ausland arbeiteten wissenschaftlich am Münchener Pathologischen Institut, außerdem mußte jährlich eine große Anzahl von Bewerbern abgewiesen werden, da auch bei Ausnutzung aller Möglichkeiten nicht mehr als 26 Arbeitsplātze an Volontäre, Medizinalpraktikanten und Famuli vergeben werden konnten. Das alte Institut entsprach allmählich in keiner Weise mehr den Anforderungen der Forschung und Lehre. Max Borst machte in mehreren Denkschriften auf die Unzulänglichkeit des Instituts und seiner Einrichtungen aufmerksam. Als Borst 1921 einen Ruf nach Leipzig ablehnte, beschloß der Landtag auf Anregung der Staatsregierung einstimmig den Neubau eines Pathologischen Instituts.

1923 wurde das 4350 m² große Gelände der Städtischen alten Gasanstalt zwischen Thalkirchner und Frauenlobstraße als Bauplatz für das neue Pathologische Institut von der Stadtgemeinde käuflich erworben. Durch die Geldentwertung verzögerte sich der Baubeginn bis 1928. Die Bauunkosten betrugen ohne Grunderwerbungskosten 3 300 000 Mark. Den Entwurf des Bauplanes und die Bauoberleitung übernahm Ministerialrat Dr. Th. Kollmann.

Das Institut wurde in Form eines nach Norden offenen Hufeisens gebaut. Der Hauptbau mit einer Frontlänge von 76 m steht an der Winckelstraße, zwei Flügelbauten von 60 und 51 m Länge an der Thalkirchner und Frauenlobstraße. Im Hofraum befindet sich noch das Stallgebäude mit einer 25 m langen Front gegen Süden. Die wichtigsten Arbeitsräume, wie der Sektionssaal, der histologische Kurssaal, der histologisch-technische Kurssaal und der große histologische Arbeitsraum, liegen nach Norden, um eine möglichst gleichmäßige Belichtung zu sichern.

Das Institut enthält

- 1. Räume für den Unterricht,
- 2. Räume für die Forschung,
- Räume für den Sektionsbetrieb und
- Leichenaufbahrungs- und Aussegnungsräume.

Diese vier Raumgruppen wurden weitgehend voneinander getrennt

und erhielten eigene Eingänge. An der Hauptfront an der Winckelstra-Be wurde eine große Vorhalle angelegt mit dem Haupteingang zum Institut und zu den wissenschaftlichen Arbeitsräumen an der Ostseite und einem eigenen Eingang zu den Aussegnungsräumen an der Westseite. Über den Doppelsäulen dieser Eingangshalle sieht man acht nach Entwürfen von Professor Bleeker modellierte Köpfe bedeutender Ärzte und Naturwissenschaftler, von links nach rechts Francis Bacon von Verulam, William Harvey, Albrecht von Haller, Giovanni Battista Morgagni, Francois Xavier Bichat, Theodor Schwann, Johannes von Müller und Rudolf Virchow. In dem den übrigen Universitätsinstituten und den Kliniken am nächsten gelegenen Gebäudeteil an der Frauenlobstraße wurden eigene Eingänge für die Studenten zum theoretischen Hörsaal und zum Sektionshörsaal geschaffen. Der Eingang zu den Leichenaufbewahrungsräumen befindet sich im Hof an der Nordseite des Hauptbaues.

Das Institut besteht aus einem Kellergeschoß, einem Sockelgeschoß, einem Erdgeschoß und drei Obergeschossen. Im Sockelgeschoß wurden Leichenaufbewahrungsräume, ein Leichenankleideraum, das Sarglager, ein Sektionsraum mit einem Sektionstisch für besonders infektiöse Leichen, ein Röntgenzimmer mit Dunkelkammer, das Kesselhaus mit Nebenanlagen, die Werkstätte, Garagen, die Wäscherei und Bäder untergebracht, im Erdgeschoß ein großer Sektionssaal mit halbkreisförmigem Grundriß mit fünf Apsiden mit je einem Sektionstisch, ein welterer Sektionsraum mit zwei Sektionstischen, der Sektionshörsaal mit stark ansteigendem Auditorium mit 226 Sitzplätzen und 100 Stehplätzen, die Prosektor- und Assistentenzimmer, eine bakteriologische Abteilung, der Leichenschauraum und der Aussegnungsraum mit Vorhalle, im ersten Stock die Zimmer des Vorstandes, die Bibliothek, ein großer histologischer Arbeitsraum, histologische Laboratorien, der histologische Kurssaal mit 156 Arbeitsplätzen, der histologischtechnische Arbeitsraum mit 30 Arbeitsplätzen und der theoretische Hörsaal mit Galerie und 292 Sitzplatzen. Der Sektionshörsaal, der theoretische Hörsaal und der histologische Kurssaal reichen jeweils durch zwei Stockwerke. Im zweiten

Stock fanden die Leboratorien der pathologisch-physiologischen, der chemischen und der physikalischchemischen Abteilung und Sammlungsräume Platz, im dritten Stock die fotografische Abteilung, eine kleine Abteilung für Gewebezüchtung, je ein Raum für Spektroskopie und Polarisation, Sammlungsräume, das Archiv und Dienstwohnungen. Das Stallgebäude besteht aus Keller, Erdgeschoß, Obergeschoß und Dachräumen und enthält außer Räumen für Käfige einen Operationsraum für Tiere und Vorratsräume; es ist durch einen unterirdischen Gang mit dem Hauptgebäude verbunden.

Am 17. Mai 1930 wurde das Institut eingeweiht. Es war damals das schönste und vollkommenste Pathologische Institut der Welt.

Vom 9. bis 11. April 1931 fand im neuen Pathologischen Institut in München die 26. Tagung der Deutschen Pathologischen Gesellschaft unter dem Vorsitz von Werner Hueck statt.

Der Sachhaushalt des Pathologischen Instituts betrug 1931 106 180 RM (gekürzt durch Notverordnung), ausschließlich Bauangelegenheiten, Post und Telefon.

1931 waren em Institut sechs ordentliche Assistenten (Professor Dr.
Hermann Groll, Professor Dr. Leonhard Wacker, Privatdozent Dr. Carl
Fahrlg, Dr. Gustav Borger, Dr. Stephan Diez und Dr. Rudolf Zenker,
der später ordentlicher Professor
der Chirurgie zunächst in Marburg
und dann in München wurde), zwei
außerordentliche Assistenten (Dr.
Siegfried Bischoff und Dr. Flora
Stürmlinger), sieben Beamte, eine
Hilfskraft (Heizer), drei technische
Assistentinnen und zwei technische Hilfskräfte beschäftigt.

1932 wurde Carl Fahrig außerordentlicher Professor, 1934 wurde er Abteilungsdirektor em Oskar-Zieten-Krankenhaus in Berlin-Lichtenberg, gleichzeitig übernahm er eine Lehrverpflichtung an der Akademie für ärztliche Fortbildung. Er starb 1942 in Berlin.

Leonhard Wacker trat 1933 in den Ruhestand und arbeitete bis zu seinem Tode als Gast im Pathologischen Institut weiter. Sein Nachfolger als Leiter des chemischen Laboratoriums, Wolfgang Graßmann, ging 1934 en das Kaiser Wilhelms-Institut In Dresden, später wurde er Direktor des Max-Planck-Institutes für Eiweiß- und Lederforschung in München. Graßmanns Nachfolger, Hans Dyckerhoff, wurde 1941 Ordinarius für physiologische Chemie in Straßburg.

Hermann Groll wurde 1934 els Nachfolger von Martin Benno Schmidt ordentlicher Professor für Pathologie in Würzburg, wo er 1947 starb.

Bis zum Beginn des zweiten Weltkrieges waren u. a. folgende Herren
Assistenten am Münchener Pathologischen Institut: Hans Bayerle,
Ernst Dormanns (der inzwischen
aus China zurückgekehrt war und
später Direktor des Pathologischen
Institutes der Städtischen Krankenanstalten in Solingen wurde), Werner Gloggengießer, Heinrich Gramann, Karl Herzog, Julius Höra,
Otto Hörner, F. H. Podloucky und
Wilhelm Voss.

Die Zahl der Sektionen betrug 1939 1544, die Zahl der von Ärzten und Kliniken zur histologischen Untersuchung eingesandten Operationspräparate 5812.

Während des zweiten Weltkrieges stellte sich Borst als beratender Pathologe für den Dienst in der Heimat zur Verfügung. Er richtete eine Dienststelle in einem von der Wehrmacht belegten Hotel in Garmisch ein. Sein Assistent dort war Podloucky. Außerdem waren von den Assistenten Hans Bauer, Gustav Borger, Werner Gloggengießer, Otto Hörner und Wilhelm Voss verschieden lange Zeit im Kriegsdienst. Werner Gloggengießer war während des Krieges auch zeitweise in der Chirurgischen Universitätsklinik in München, Abteilung Thalkirchner Straße, tätig. Otto Hörner fiel am 22. Februar 1941 als Oberarzt der Luftwaffe.

Während des Krieges waren außer Gustav Borger und Werner Gloggengießer u. a. Hans Bayerle (der 1941 Leiter des chemischen Laboratoriums wurde), Julius Höra, Erna Jahn, Margret Klischan, Erich Kugel, Franz Petermeier, Wilhelm Speidel und Alexander Stanlscheff Assistenten am Münchener Pathologischen Institut.

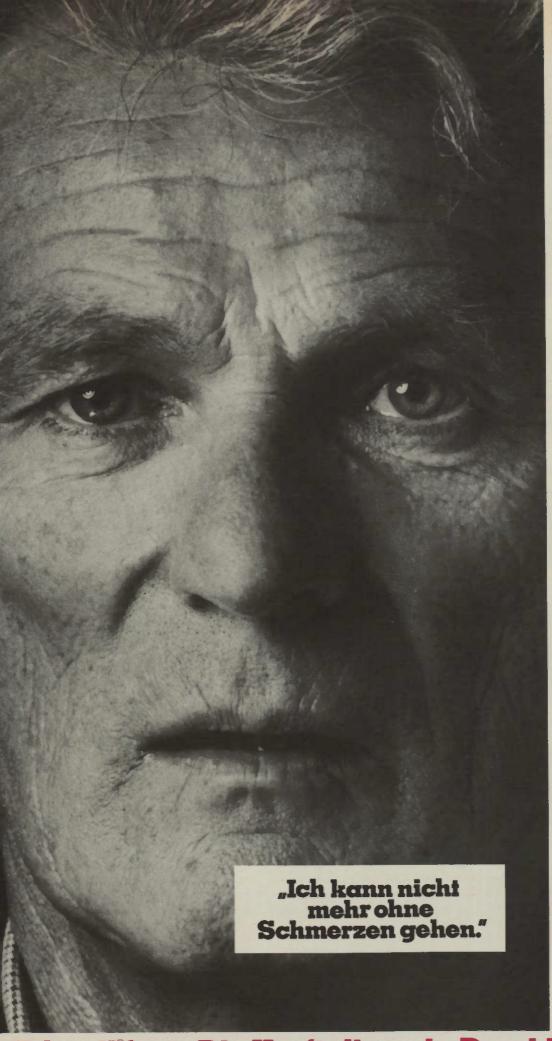
Für die folgende Schilderung der Kriegsschäden des Pathologischen Institutes und des Wiederaufbaues hat Dr. Dr. Bayerle liebenswürdigerweise seine persönlichen Erinnerungen zur Verfügung gestellt.

Beim ersten Luftangriff auf das Stadtgebiet Münchens 1942 wurde die pathologisch-enatomische Sammlung Im zweiten Stock zur Hälfte unbrauchbar gemacht, das Gebäude erlitt nur unbedeutende Schäden. Nach dem Angriff wurden Im Erdgeschoß des Traktes Thalkirchner Straße und in einem Teil des Sockelgeschosses die Fenster ummauert und die Laboratorien soweit möglich - in die unteren Stockwerke, einzelne soger aufs Land verlegt. Auch die Angriffe der nächsten Jahre, sogar die schweren des Sommers 1944, die ein Drittel des Stadtgebietes beschädigten, brachten dem Pathologischen Institut keine bedeutenden Schäden, wenn man von der Zerstörung fast aller Fensterscheiben absieht. Andere Institute der Fakultät lagen bereits in Schutt und Asche, z. B. Max von Pettenkofers Institut für Hygiene, das Gerichtsmedizinische und das Physiologische Institut, andere waren schwer beschädigt (Anatomie, zahlreiche Kliniken). Die Gerichtsmedizin wurde im Pathologischen Institut untergebracht, sie erhielt zunächst zwei Labors und einen kleinen improvisierten Sektionsraum im Sockelgeschoß. Außerdem wurde im Mitteltrakt und im Trakt Frauenlobstraße eine zentrale staatliche Luftschutzbefehlsstelle einquartiert und in der Aussegnungshalle und den angrenzenden Räumen ein Ausweichlager für Ausgebombte eingerichtet.

Beim Luftangriff des 7. Januar 1945, der die Innenstadt zerstörte, erlitt das Pathologische Institut neben zahlreichen kleineren Bombeneinschlägen einen Volltreffer im Mitteltrakt. Zahlreiche schwerste Bombeneinschläge in der unmittelbaren Umgebung des Institutes brachten weitere Schäden. Neben kleineren Gebäudeschäden wurden das Dach und der Dachstuhl des gesamten Gebäudes, die Außenmauern und die Stockwerkszwischendecken, vor allem im Mitteltrakt, Zwischenmauern Im dritten Stock, Im Mitteltrakt und im Trakt Frauenlobstraße und die Treppen Im Trakt Frauenlobstraße zerstört. Außer im Erdgeschoß des Traktes Thalkirchner Straße, wo die Fenster verbaut wor-

den waren und das Eingangslabor, das Zimmer des Prosektors, einzelne Assistentenzimmer, Pforte und Telefonzentrale untergebracht waren, wurden sämtliche Fensterrahmen, Türstöcke und Türen zerstört oder beschädigt. Im Stallgebaude wurden vor ellem das Dachgeschoß und der Dachstuhl durch Brendeinwirkung vernichtet. Die nicht bewegliche Inneneinrichtung des Institutes und ebenso die bewegliche Inneneinrichtung - soweit sle nicht verlagert war - wurde zu einem großen Teil unbrauchbar gemacht. Infolge der Zerstörung von Radiatoren der Zentralheizung kam es zum Einfrieren der Leitungen. Die Fußböden und die gefliesten Wandflächen waren durch Sprengwirkung sowie durch Regen und Frost unbrauchbar geworden. Erhalten blieben das Untergeschoß und - dank der Ummauerung der Fenster und der Anbringung von Stahlturen - das Erdgeschoß des Traktes Thalkirchner Straße. Relativ gut erhalten blieb die Einrichtung der Räume des Sokkelgeschosses, deren Fenster ebenfalls ummauert worden waren (Werkstätte, Garage, Wäscherei, Leichenankleideräume). Auch die Leichenkühlanlage blieb unbeschädigt. Der große Sektionssaal konnte nicht mehr benutzt werden: Der Raum war mit Bauschutt angefüllt, die Fenster fehlten, die Sektionstische waren zwar größtenteils erhalten geblieben, ihre Installation war jedoch durch Kälteeinwirkung beschädigt. Der kleine Sektionssaal hatte ebenfalls schwere Schäden erlitten. Im theoretischen Hörsaal war das Gestühl stark beschädigt, die Tafeln und Projektionseinrichtungen unbrauchbar, die Decke durchlöchert und rissig. Des Dach und die Tafeln des Sektionshörsaales waren vollständig und die Außenmauern teilweise zerstört, auch in diesem Hörsaal war das Gestühl beschädigt. Außer im nördlichen Gebäudeteil an der Thalkirchner Straße waren alle Laboratorien und Einzelzimmer unbrauchbar geworden, ebenso das Stallgebäude.

Weitere Luftangriffe zwischen Januar 1945 und Kriegsende brachten keine wesentlichen Schäden. Kurz vor Kriegsende kam es dann noch zum Einschlag eines schweren Blindgängers, der das zweite Stockwerk Im Trekt Thalkirchner Straße durchschlug. Zusätzliche Schäden brachten eine Regenperiode und anschließender Frost.



Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält B0 mg Butalaminhydrochlorid.
Indikationen: Arterielle Durchblutungsstörungen der unteren Gliedmaßen. Periphere arterioläre Durchblutungsstörungen. Cerebrale Durchblutungsstörungen.
Doslerung und Anwendungsweise:
Soweit nicht anders verordnet, 3- bis 2mal täglich 1 Filmtablette einnehmen. Adrevil forte ist wegen seiner guten Verträglichkeit besonders zur Langzeittherapie geeignet. Nebenwirkungen und Begleiterschelnungen: Sind im allgemeinen nicht zu erwarten; allenfalls können in einzelnen Fällen leichte Magen- oder Darmstörungen

Unverträglichkeiten und Risiken: Adrevil forte sollte bei Nieren- und Leberinsuffizienz und unmittelbar nach Herzinfarkt nicht verabreicht werden.

Besondere Hinweise: Aus Gründen der Sicherheit raten wir von der Verwendung des Präparates in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten ab, obwohl eine entsprechende Studie keine Hinweise für eine Schädigung der Leibesfrucht ergeben hat. Hendelsformen und Preise:

Originalpackung zu 30 Filmtabletten DM 27.50

zu 30 Filmtabletten DM 27,50 zu 60 Filmtabletten DM 49,20 zu 100 Filmtabletten DM 73,30 Klinikpackungen

Zyma GmbH München

Diesen Satz hören Sie häufig in Ihrer Praxis. Ein Symptom einer peripher-arteriellen Durchblutungsstörung. Nach Gabe von Adrevil® forte läßt sich eine Durchflußsteigerung in der Arteria femoralis um etwa 60% konstant über 6 Stunden nachweisen. Die ökonomische Steigerung des Herzzeitvolumens wird durch die Erhöhung des Schlagvolumens bewirkt. Durch die Senkung des peripheren Widerstandes wird der Blutdruck nicht verändert.

Bereits nach 1 bis 2 Wochen zeigt sich die klinische Wirkung; die schmerzfreie Gehstrecke verlängert sich stetig.

30 Filmtabletten zum Einnehmen

Verschreibungspflichtig

Adrevil forte

Arterielle Durchblutungsstörungen der unteren Extremitäten. Periphere arterioläre Durchblutungsstörungen. Cerebrale Durchblutungsstörungen.

Zyma

Der Wiederaufbau des Pethologischen Institutes, der bls 1948 von Dr. Bayerle geleitet wurde, begann Im Sommer 1945 mit Schutträumen und mit der Bergung noch brauchbarer Gegenstände. Große Schwierigkeiten bereitete der Mangel an Handwerkern, der nur durch die Beteiligung von Studenten und Volontären an Bau- und Reumarbeiten notdürftig behoben werden konnte.

Bald konnte das Eingangslabor wieder reibungslos arbeiten und der Sektionsbetrieb im kleinen Sektionssaal aufgenommen werden. Unterricht gab es vorerst nicht, die Universität war am Ende des Krieges geschlossen worden. Schließlich gelang es, die damals zum Betrieb von Leboratorien notwendige Genehmigung der Militärregierung zunächst für das chemische Labor zu erhalten. Mit Hilfe einer Arzneimittelfirma, mit der eine Zeitlang wissenschaftlich zusammengearbeitet wurde, konnte auch der Versuchstierstall wieder in Betrleb genommen werden.

Am 1. Januar 1946 wurde Ludwig Burkhardt erster Assistent und Prosektor am Pathologischen Institut der Universität München. Er kam eus dem Pathologischen Institut des Schwabinger Krankenhauses. In der Zeit zwischen Kriegsende und Herbst 1946 waren außerdem Hans Bayerle, Franz Petermeier (der bald nach Ende des Krieges an Typhus, den er sich im Dienst zugezogen hatte, starb), Hans Bauer, Elias Manuelidis, Margret Fikentscher, Sebastian Karnbaum, Ruth Graf, Elisabeth Benzinger, Rupprecht Bernbeck, Benno Stampfl und Carola Blocherer Assistenten am Münchener Pathologischen Institut.

Als im Frühjahr 1946 der Unterricht der Universität wieder begann, konnte der theoretische Hörsaal wieder benutzt werden. Max Borst, dem der Unterricht sehr viel bedeutete, war glücklich, wieder Vorlesungen und Kurse helten zu können. Leider erlebte er den vollständigen Wiederaufbau seines Institutes nicht mehr. Am 19. Oktober 1946 verunglückte er in der Nähe von Murnau tödlich euf der Fahrt vom Institut zu seiner Wohnung in Grainau bei Garmisch.

Nach dem Tode Borsts wurde Ludwig Burkhardt stellvertretender Vorstand des Pathologischen Instituts. Während seiner Amtszeit konnte die wissenschaftliche Arbeit in allen Abteilungen wieder aufgenommen werden. Assistenten waren während dieser Zeit Hans Bayerle, Sebastian Karnbaum, Benno Stampfl, Carola Blocherer, Eudoxia Dutkewitz, Rolf Burkhardt, Ferdinand Hartl, Josef Kahler, Volker Goldschmidt und Reinhard Schober, außerplanmäßige Assistenten Vera Bader und Glsela Kirstein.

An das Gerichtsmedizinische Institut, zu dessen Direktor jetzt Professor Wolfgang Leves ernannt wurde, und das ebenso wie das Pathologische Institut selnen Tätigkeitsbereich mehr und mehr erweiterte, wurden mehrere Räume im ersten Stock des Mitteltraktes und die nach Borsts Tode leerstehenden beiden Räume des Institutsvorstandes abgegeben.

Im Jahre 1947 wurde das Dachgeschoß des Traktes Thalkirchner und Winckeistraße ausgebessert, dadurch wurden die darunter liegenden Stockwerke benutzbar. Die Bibliothek, die ins Untergeschoß verlagert worden war, konnte in den dafür bestimmten Raum im ersten Stock rückverlegt werden. Die Schäden des Raumes waren leicht zu beheben. Empfindlicher waren die Schäden der Bücher durch Feuchtigkeitseinwirkung und Plünderung. Auch der große histologische Arbeitsraum neben der Bibliothek konnte wieder benutzt werden. Er war mit Öfen beheizbar und diente in den Wintersemestern 1947/48 und 1948/49 als histologischer Kurssaal und theoretischer Hörsaal. Mit Ausnahme des großen chemischen Laboratoriums konnten die Laboratorien im zweiten Stock des Traktes Thalkirchner Straße in Betrieb genommen werden. Auch die Beamtenwohnungen im dritten Stock konnten wieder bezogen werden.

Im Frühjahr 1948 gelang es, das Bauholz für den gesamten Trakt Thalkirchner Straße zu beschaffen. So konnte der Dachstuhl aufgeführt und das Dach gedeckt werden. Damit war auch die Reparatur und die versuchsweise Wiederinbetriebnahme der Warmwasserheizung sinnvoil geworden.

Die Währungsreform im Sommer 1948 brachte endlich den Schluß des Improvisierens. Es kam eine Baufirma, die die großen Gebäudeschäden des Mittel- und Westtraktes behob. So verschwand der bedrückende Anblick des Ruinenhaften. Allerdings konnten die wiederhergestellten Räume zunächst wegen des Fehlens des Daches und der Heizung nicht in Betrieb genommen werden.

Das entscheidende Ereignis des Jahres 1948 für das Münchener Pethologische Institut war die Berufung Werner Huecks auf das Ordinariat für Pathologie an der Universität München. Bevor Hueck aus Leipzig kam, mußte für ihn im Pathologischen Institut eine Wohnung geschaffen werden. Später wurden diese Räume im dritten Stockwerk in wissenschaftliche Abteilungen einbezogen.

Im Herbst 1948 trat Werner Hueck die Nachfolge seines Lehrers Borst als Ordinarius für Pathologie und Direktor des Pathologischen Institutes in München an. Hueck wurde am 18. April 1882 in Lüdenscheid in Westfalen geboren. Er stammte aus einer Familie von Großkaufleuten, Gelehrten und Künstlern. Er besuchte die humanistischen Gymnasien in Höxter und Ilfeld/Harz und studierte Medizin in Tübingen, München und Rostock. 1906 promovierte er in Rostock mit einer Arbeit über die Aufnahme und Ausschüttung des Eisens im tierischen Organismus, im gleichen Jahr erhielt er die Approbation. Dann arbeitete er zunächst bei dem Physiologen Langendorff und dem Pharmakologen Koberl in Rostock. Während einer anschließenden kurzen Assistentenzeit bei Albert Dietrich en der neuerrichteten Prosektur der Städtischen Krankenanstalten in Berlin-Charlottenburg Westend beschäftigte er sich weiter mit dem Eisenstoffwechsel.

1909 wurde er Assistent am Pathologischen Institut der Universität München, zunächst bel Otto von Bollinger und dann bei Max Borst. In München arbeitete Hueck zuerst über Pigmente, 1912 habilitierte er sich für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie mit einer Arbeit über Pigmentstudien. Später befaßte er sich zusammen mit dem Chemiker Leonhard Wacker mit dem Cholesterinstoffwechsel, was zur Erforschung der Arteriosklerose einschließlich ihrer rheumatischen Formen führte. Eine zusammenfassende Arbeit Huecks über die Arterio-

Bei bakteriellen Harnwegsinfekten Urospasmon® kompromißlose Infektabwehr



Urospasmon

bei akuten Infekten: spasmolytisch

Urospasmon sine

bei chronischen Infekten zur Dauerbehandlung

LUDWIG HEUMANN & CO - GMBH - NORNBERG

UROSPASMON®

Zusammensetzung:

Tablette = Nitrofurentoin 50 mg, Sulfediezin 150 mg, Phenezopyridin 50 mg
 Handelsformen und Preise;

20 Tabletten DM 11.20 50 Tabletten OM 26,- UROSPASMON® sine

Zusammensetzung:

1 Kepsel - Nitrofurentoin 50 mg, Sultadiezin 150 mg

20 Kapseln DM 10.95 50 Kapsein DM 25,50



UROLOGIKA

HEUMANN

sklerose erschien 1920 in der "Münchener Medizinischen Wochenschrift". 1913 arbeitete Hueck an der Zoologischen Station in Neapel. 1916 wurde er in München außerordentlicher Professor. 1919 ging er els Ordinarius und Nachfolger Schwalbes nach Rostock, 1921 els Nachfolger Marchands nach Leipzig, 1948 kehrte er als Nachfolger Borsts nach München zurück.

Am bekenntesten von Huecks Arbeiten wurden seine Mesenchymstudien. Weitere Arbeiten beschäftigten sich u. e. mit den Alterskrankheiten, der normalen und pathologischen Histologie der Milz, mit Doppelbildungen, einseitigem Riesenwuchs, der Lymphogranulomatose, dem Schneeberger Lungenkrebs, der organolden Geschwulstbetrachtung, der Genese rheumatischer Erkrankungen, der Zyto- und Morphodiagnostik der Blastome, der Geschwulstforschung, der Architektonik der Mastopathia cystica und der Architektonik einiger Mammakarzinome. Hueck befaßte sich in seinen Arbeiten vorwiegend mit den morphologischen Veränderungen. 1937 erschien seine "Morphologische Pathologie", die 1944 ins Spanische übersetzt und von Walter Büngeler durch ein Kapitel über Tropenkrankheiten ergänzt wurde.

Huecks Arbeiten zeugen von unerbittlicher Selbstkritik. Auch die Arbeiten seiner Mitarbeiter beurteilte er äußerst kritisch. Die Ausbildung bei ihm wurde allgemein geschätzt. Sechs von Huecks Schülern erhielten deutsche Lehrstühle. Zu seinen Schülern zählten auch zahlreiche Ausländer, aus der Leipziger Zeit u. a. die Amerikaner McEwen und Mark Schulz, der Bulgare Sarafoff und die Japaner Hamazaki, Higushi und Ono.

Huecks Assistenten am Münchener Pathologischen Institut waren Werner Gloggengießer, Hans Bayerle, Benno Stampfl, Eudoxia Dutkewitz, Ferdinand Hartl, Josef Kehler, Volker Goldschmidt, Reinhard Schober, Max Eder, Rudolf Eisenmann und Vera Ketzenberger. Ludwig Burkhardt war bls zum 30. September 1955 Prosektor, dann wurde er Cheferzt der Pathologischen Abteilung des Krankenhauses rechts der Isar. Werner Gloggengießer wurde 1952 zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Besondere Sorgfalt verwendete Hueck auf seine Vorlesungen, die er bis in alle Einzelheiten vorbereitete. Als erster hielt er schon während seiner Assistentenzeit em Münchener Pathologischen Institut zusammen mit Klinikern ein Sammelkolleg. Diese Gemeinschaftsvorlesungen setzte er in Rostock und Leipzig fort.

Hueck war von überaus großer Bescheidenheit. Aus diesem Grunde ist es auch nicht möglich, eine vollständige Liste seiner wissenschaftlichen Arbeiten zusammenzustellen. Hueck legte auch keinen Wert auf öffentliche Ehrungen, die ihm reichlich zuteil wurden. Seit 1927 war er Mitglied der Sächsischen Akademie der Wissenschaften, außerdem war er Mitglied der Kaiserl. Leopold. Akademie der Naturforscher und vieler anderer wissenschaftlicher und ärztlicher Gesellschaften.

In seiner Freizeit beschäftigte sich Hueck vorwiegend mit der modernen Literatur, der Philosophie und der Musik, er betätigte sich selbst als Pianist und veranstaltete auch Kammermusikabende.

Im Münchener Pathologischen Institut kam es unter Hueck zu einer

räumlichen Trennung zwischen Pathologischem und Gerlchtsmedizinischem Institut, nur der Sektionshörsaal und die technischen Einrichtungen für Wärme-, Wasser- und Stromversorgung werden seither gemeinsam benutzt. Das Gerichtsmedizinische Institut erhielt die früheren Räume der sogenannten kleinen Sammlung im dritten Stock und technische Reserveräume im Sockelgeschoß. Weitere Räume für die Gerichtsmedizin wurden durch Umbau früherer Speicherräume des Mittelund Westtraktes gewonnen.

Im Jahre 1949 erhielten der restliche Gebäudetrakt und das Stellgebäude einen neuen Dachstuhl und Bedachung. Während der Amtszeit Huecks wurde das Pathologische Institut in seinen Grundzügen wieder so hergestellt, wie es unter Borst gewesen war.

1956 wurde Hueck emeritiert. Er starb am 1. Juli 1962 in München kurz nach Vollendung seines 80. Lebensjahres.

(Fortsetzung folgt)

Anschrift der Verfasserin:

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

Führen von Arztbezeichnungen

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

"Die bisher ausgesprochenen Anerkennungen von Bezeichnungen bleiben gültig mit der Maßgabe, daß die in der Weiterbildungsordnung bestimmten entsprechenden Bezeichnungen zu führen sind. Die Umstellung der Bezeichnung ist Innerhalb einer Frist von drei Jahren vorzunehmen."

Diese Frist von drei Jahren ist am 31. Dezember 1980 abgelaufen. Danach muß jeder Arzt in Bayern, der eine Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung führt, diese in der Fassung der Weiterbildungsordnung vom 1. Januar 1978 auf Praxisschild, Briefkopf, Rezeptvordruck und Stempel führen.

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



packt Grippe, Schnupfen, Erkältung



Tylex wirkt rasch

- schleimhautabschwellend sekretionshemmend
- antiallergisch fiebersenkend schmerzlindernd

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 2 mg Carbinoxamin-maleat, 300 mg Paracetamol, 10 mg Phenylephrin-hydrochlorid. 100 ml Saft enthälten 40 mg Carbinoxamin-maleat, 2400 mg Paracetamol, 100 mg Phenylephrin-hydrochlorid. Indikationen: Fisberhafte Erkältungskrankheiten, Rhinitis simplex, akute Rhinitis, Rhinitis allergica (Heuschnupten), Rhinitis vasomolorica, Sinusitis, Nebenhöhlenentzündung, Kopfschmerzen Infolge Erkältungskrankheiten, Konfrankflaktionen: Schwere Nierenfunktionsstörungen, Erkrankungen Infolge Hyperthyreose, hämolytische Anämie Infolge Mangel an Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Phäochromocytom, Glaukom. Keine Monoaminoxidase-Hemmer gleichzeitig einnehmen. Nebenwirkungen: Selten Müdigkeit; Herzklopfen, Herzrhythmusstörungen, sehr selten pektanginäse Beschwerden: bei Überdosierung Leberzellschädigungen und Hypokaliämie. Darrsichungsformen und Packungsgrößen (AV mit MwSt.): Cilag GmbH OP mit 20 mit 31 mit 31 mac. Nr. 49240: OP mit 30 mit Saft DMB 27. Rea. Nr. 48280 Apothekenpflichtig. Bitte fordern Sie ausführliche wissenschaftliche Informationen an.

Tylex-mehr ist kaum zu machen.

Askulap und Pegasus

Unserem Präsidenten Herrn Professor H. J. Sewering zum 65 Geburtstag Aus der Taufe hubst Du uns einst und hast uns sorgsam behütet; Darum wünschen wir Dir fernerhin Freude und Glück. Äskulap und Pegasus

Wir bringen unseren Lesern In dieser Nummer den interessanten Bericht von Consoeur Bednara über den 10. Kongreß des BDSÄ zur Kenntnis. Dieser Kongreß bekam eine besondere Note dadurch, daß die neugewählte Präsidentin der Union mondiale des écrivains médecins (UMEM), Marguerite de Miomandre, Brüssel, daran teilnahm und in deutscher Sprache eine ihrer Kurzgeschichten vortrug. Wir danken unserer UMEM-Präsidentin auch an dieser Stelle dafür, daß sie uns die Erlaubnis des Nachdrucks ihrer herzhaften Attacke gegen das Zigarettenrauchen gegeben hat. Mögen die Leser, ob Raucher oder nicht, ihre Freude an den geistreichen Ausführungen haben und vielleicht den einen oder anderen zum Nachdenken über das Rauchen veranlassen.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

10. Kongreß des **Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte**

vom 24. bis 28. September 1980 in Fredeburg

Gerhard Jörgensen sagte am Schluß dieses Kongresses: er war "der Kongreß der Begegnungen". Besser konnte er das Gesamtbild dieser harmonischen Zusammenkunft deutscher Schriftstellerärzte nicht ausdrücken.

Wir trafen uns am Anreisetag im "Hotel zur Post" zu einem ersten gemütlichen Beisammensein. Zu unserer großen Freude durften wir die Präsidentin der UMEM, Frau Dr. Marguerite de Miomandre, in unserer Runde begrüßen. Am späten Abend kam Frau Dr. Ilse Benn, die keine Mühe gescheut hatte - wie einige von uns -, dieses bezaubernde Städtchen im Hochsauerland zuerreichen.

Am Donnerstag, den 25. September, vormittags lasen einige unserer Mitglieder in der Realschule von Fredeburg vor älteren Schülern: Achim Anderer, Willy Eberhard Pfeiffer, Frau Soeder (sie las ein Gedicht von Otto Molz), Gerhard Jörgensen, Maria Bednara. Im allgemeinen hielten sich die Lesungen im Rahmen des Elternhaus-Kind-Problems. Die Gedichte und Kurzgeschichten wurden von den Schü-

lern erst zögernd, dann lebhafter aufgenommen. Es folgten Diskussionen mit den Schülern, die positiv ausfielen. Einer der Schüler trug sogar das Gedicht von Otto Molz "Sprache lebendige Brücke der Worte" nach Aufforderung selbst vor. Es kann nur gewünscht werden, daß solche Ärzteschriftsteller-Schülerbegegnungen öfter stattfinden.

Am Donnerstagnachmittag wurde der Kongreß im Kurmittelhaus Fredeburg durch unseren Präsidenten. Herrn Dr. Michael Soeder, offiziell eröffnet. Es folgten Grußworte des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Herrn Professor Dr. Farthmann, des Vorsitzenden der Landesärztekammer Nordrhein-Westfalen, Herrn Dr. Staedtfeld, der Präsidentin der UMEM, Frau Dr. Marguerite de Miomandre, und des Vorsitzenden des Landesverbandes der Nordrhein-Westfälischen Schriftstellerärztegruppe, Herrn Dr. Rei-

Den Festvortrag hielt Frau Dr. Kisro-Völker von der Ruhruniversität Bochum über den Arzt und Dichter Karl Arnold Kortum und seine

Jobsiade. Der im Jahre 1824 in Bochum verstorbene Kollege und Dichter hätte die brillanten bis in die tiefste Philosophie hineinreichenden Ausführungen von Dr. Kisro-Völker hören sollen - für uns alle waren sie ein Genuß. Die harmonische Veranstaltung wurde von einem Kammerorchester musikalisch umrahmt.

Herr Dr. Volkmar von Zühlsdorff. Präsidialratsmitglied des Freien Deutschen Autorenverbandes, gab uns die Freude seines Kommens zur Kongreßeröffnung.

Am gleichen Abend wurde eine öffentliche Lesung vor Kurgästen veranstaltet über das Thema: Mensch und Droge. Es lasen Achim Anderer. Gerhard Vescovi, Willy Eberhard Pfeiffer, Frau Soeder las Otto Molz, Hellmuth Jebens, Gerhard Jörgensen, Reza Madiderev, Dietrich Reimers, Maria Bednara, Unsere Präsidentin der UMEM, Frau Marguerite de Miomandre, las eine mit hinrei-Bend beißendem Humor durchflochtene Kurzgeschichte über das Zigarettenrauchen.

Am Freitag, den 26. September, vormittags fand eine freie Lesung im Kurmittelhaus statt unter der Moderation von Dietrich Reimers, Hellmuth Jebens begann das Tableronde-Gespräch mit einem Gedicht "Könige" - "alle Bäume tragen Kronen - auch im Fallen". Die Stimmung glitt in eine romantische Atmosphäre hinein und Michael Soeder legte uns nahe, diese Stimmung in unseren Gedichten weiterzutragen. Es lasen an diesem Vormittag: Dieter Reimers, Bernhard Geue, Willy Eberhard Pfeiffer, Reza Madiderey, Balder Kattentidt, Achim Anderer, Ingeborg Hasse Novak, Maria Bed-

Einen Höhepunkt dieses Vormittags brachte Herr Dr. Herrin (Deutscher Internationaler Kurzgeschichtenpreis der Stadt Arnsberg) mit einem Vortrag über das Thema "Kurzgeschichte". Anschließend las Dr. Herrin zwei prämijerte Kurzgeschichten vor, die sehr beeindruck-

Am Nachmittag des gleichen Tages fuhren wir in Ramsbeck in ein stillgelegtes Erzbergwerk ein. Zunächst hat die "Umkleidung" zu Bergleuten - weißer Plastikhelm, blaue Kittel - viel Spa8 gemacht. Kleine Bergmannsloren rollten uns in die Tiefe. Diese Besichtigung stimmte uns sehr nachdenklich. AnschlieBend fand ein Abendessen im Hotel "Knoche" am Rimberg statt. Danach moderierte Gerhard Jörgensen im "Hotel zur Post" (Fredeburg) einen Abend mit heiteren Beiträgen. Herr Horn, der Wirt des Hotels, und sein Personal trugen viel zu unserem Wohlbefinden bei. Es lasen: Marguerite de Miomandre, Gerhard Vescovi, Achim Anderer, Reza Madiderey, Bernhard Geue, Dietrich Reimers, Hellmuth Jebens, Willy Eberhard Pfeiffer, Gerhard Jörgensen, Maria Bednara.

Am Samstag, den 27. September, vormittags fand in der Fachklinik Fredeburg eine freie Lesung statt, der sich praktische Übungen mit Video-Aufnahmen anschlossen. Herr Dr. Gottschalk, der Vorsitzende des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen der Freien Deutschen Autoren, besuchte uns an diesem Vormittag.

Am Nachmittag des 27. September wurde die Mitgliederversammiung einberufen. Gerhard Jörgensen übernahm die Wahlleitung. Vor der Wahl erfolgte die Entlastung des Vorstandes. Es wurde einmütig festgestellt, daß die Möglichkeit der Stimmübertragungen limitiert werden müßte. Als Sekretär des Bundesverbandes wurde Herr Dr. Stetter (Amberg) vorgeschlagen. Gerhard Jörgensen plädierte für die Wiederwahl des alten Vorstandes des Bundesverbandes. Die Wahl wurde einstimmig angenommen. Präsident: Michael Soeder - 1. Vizepräsident: Alfred Rottler - 2. Vizepräsident: Hellmuth Jebens Schatzmeister: Gerhard Vescovi -Informationsleiter: Bernhard Geue

Einer der wesentlichen Punkte dieser Sitzung war der Vorschlag von Gerhard Jörgensen und Gerhard Vescovi, den nächsten Kongreß von jüngeren Mitgliedern unseres Verbandes gestalten zu lassen. Nächster Kongreßort: Bad Mergentheim vom 27. bis 31. Mai 1981. — Es folgte dann eine Vorstandssitzung.

Zum Schluß dieses "Kongresses der Begegnungen" bleibt die schöne Aufgabe, unserem lieben Präsidenten, Herrn Dr. Michael Soeder, für all seine Mühe, für all sein Tun, für all seine Sorge zu danken. Sein Wissen um uns, hat den Kongreß getragen. Wir fühlten uns geborgen und aufgehoben.

Michael Soeder - Dankl

Dr. med. Maria Bednara, München

Kriegserklärung

von Marguerite de Miomandre

Jeder kennt "Die Rede über die Übeltaten des Tabaks" von Tschechow. Eigentlich handelt es sich mehr um den langen Monolog eines von seiner Frau und seinen Töchtern unterdrückten alten Tölpels, der seine Malheurs erzählt, über alles und nichts plaudert, der aber über die — wahrscheinlich damals noch unbekannten Schäden des Tabaks — kein einziges Wort äußert.

Doch hatte der Mediziner Tschechow sicher nicht verfehlt, bei seinen rauchenden Patienten gewisse Krankheiten zu beobachten, die, obwohl sie nicht mit der heutigen wissenschaftlichen Präzision diagnostiziert wurden, sich nichts desto weniger so verhängnisvoll wie heutzutage erwiesen.

"Achl" werden mir die Raucher jetzt einwenden, "man muß doch an irgend etwas sterben."

Ganz und gar, als ob sie sich gezwungen fühlten, durch ihre eigene Hand ihre eigene Vernichtung zu beschleunigen. Diese Hand, mit der sie so leichtsinnig an ihre Lippen Todesinstrument, diesen selbstmörderischen Lutschbeutel führen, den eine verbrecherische Publizität in den Mund der Kinder verstohlen steckt: die erste Zigarette. Diejenige, die sie mit Angst, wenn nicht mit Ekel rauchen, aber mit dem Wunsche, es diesen jungen nikotinsüchtigen Strohpuppen nachzumachen, die, auf einem himmelblauen oder blaßgrünen Hintergrund fotografiert, ihre Lungen für den größten Ruhm der Giftverkäufer verkohlen; auch für den Profit des Staates, der - bei uns - zwanzig Milliarden Steuer dabei gewinnt, wie mir ein achtzehnjähriger Bursche so feierlich erklärte, daß ich ihn sogleich fragte, ob er Belgien zuliebe rauche. In diesem Falle müßte man auf seinen Grabstein die Inschrift setzen: "Fürs Vaterland gestorben."

Dies ist ein bemerkenswerter Bürgersinn in einem Alter, in dem die Jugend sich oft als "Contestataire" entpuppt und übrigens da einen exzellenten Grund hätte, sich gegen eine Regierung aufzulehnen,

die an ihrer Vertilgung mitschuldig wird. Wäre das Verweigern des Rauchens nicht der beste Aufruhr gegen die so häufig beschimpfte Konsumption? Dies wäre jedenfalls viel ratsamer, als blödsinnig nur "um wie die anderen tun" zu rauchen auf die Art des bekannten "Schäfer von Panurge", den der Medicus Rabelais erfunden hat.

Leider ist die Jugend sehr beeinflußbar, besonders in bezug auf schlechte Gewohnheiten. Aber was muß man von den Eltern und Vorgesetzten denken, die mit schlechtem Beispiel vorangehen! Wie - nämlich - diese Lehrerin, die sich eines Tages ruhig und ungeniert vor ihren zehnjährigen Schülern eine Zigarette anzündete? Viellelcht war sie nicht mehr die Jüngste. Denn nur für die uralten Frauen gibt es noch eine Entschuldigung: sie haben das Laster vor dem ersten Weltkrieg gelernt, in einer Zeit, wo die Gefahr des Tabaks noch unbekannt war. Denken wir an die Heldinnen der berühmten "Forsyte Saga" Fleur oder Mariorie Ferrara. Wie lächerlich altmodisch, fast Mitleid erregend, erscheinen sie mit ihrer erbärmlichen und billigen Anstrengung nach Originalität, Selbständigkeit und Nachäffung der Männer!

So eine habe ich einmal auf der Straße getroffen: graues Haar, aschfahle Haut, gebückter Gang, kurzer Atem ..., aber zwischen den vertrockneten Lippen ein noch brennender Zigarettenstumpf, wie eine Flackerlampe über Ruinen.

Noch kann sie von Glück sagen, daß sie nicht — wie zwei Frauen, die ich kannte — mit dreißig Jahren an einem Herzanfall oder mit vierzig an einem Lungenkrebs starb. Was mich an jene Mutter erinnert, die bei der Beerdigung ihres an dieser Krankheit erlegenen Sohnes sagte: "Er zündete eine Zigarette mit dem Rest der anderen an." Und in ihrem Schluchzen spürte man einen gewissen Klang von mütterlichem Stolz, als habe er stattdessen die Leistung vollbracht, fünfzig feindliche Flugzeuge in Flammen herabgeschossen zu haben.

Die arme Dame ëhnelt unserer Gesellschaft, die mit einer wunderbaren Blindheit den Raucher zum Symbol der männlichen und militärischen Kraft gemacht hat.

Männlich! Daß ich nicht lache! Ein Hasenfuß, ein Neuropath, ein Säugling, der sich an eine Tabakstange klammert und den Schutz einer Rauchwolke sucht auf die Manier der Kopffüßler, Mollusken, die ihre Flucht hinter einem Wirbel von schwarzer Tinte verbergen!

Zu denken, daß dieses zurückgebliebene Baby das verwöhnte Kind der Zivilisation geworden ist! Man erweist ihm alle möglichen Rücksichten. Hat man nicht den Hausfrauen gelehrt, daß es sich schicke, den Herren Zigaretten anzubieten und die Löcher im Teppich oder die Brandschäden auf der eingelegten Konsole mit einem tapferen Lächeln zu übersehen?!

Nehmen in den Zügen nicht die Raucherabteile fast den ganzen Wagen in Anspruch? Streut man nicht in den Banken, den Büros, sogar in den Krankenhäusern die Aschenbecher unter die Schritte der Raucher wie die Rosenblätter bei einer Prozession?

Kein Wunder, daß unsere schuldvolle Nachsicht ihre Frechheit nur verstärkt. Ich erinnere mich an ein Ehepaar in einem Hotel der normannischen Küste. Die Frau blies mir unaufhörlich den verpesteten Rauch von ihren "Cigarettes gauloises" ins Gesicht. Als ich meine Menükarte als Fächer benützte, verließ die Dame mit großem Aufsehen den Platz. Und der Mann erklärte mir grob, daß Leute wie ich wohl besser auf ihrem Zimmer essen sollten. Zwar habe ich ihm trocken erwidert. daß ich mit Bären nicht spreche. Aber das tröstet mich nicht über die Tatsache hinweg, daß ich keinen Revolver zur Hand hatte, mit welchem ich ihn standrechtlich erschossen hätte. Und der Gedanke, daß man mich, das unglückselige Opfer eines giftigen Luftangriffs, noch dafür bestraft hätte - denn es gibt noch viel zu viele Richter, die selbst rauchen -, erbittert nur meinen Haß gegen diesen Schuft. Wahrhaftig würde ich ihn mit Vergnügen eine einzige Zigarette rauchen sehen: die letzte Zigarette des zum Tode Verurteilten.

Solche neue Einstellung empfehle Ich Ihnen! Genug der Feigheit den Rauchern gegenüber! Ich für meine Person habe diese schönen Umgangsformen eufgegeben, die mich zum Opfer der Raucher machten. Ich bitte diese nicht mehr, ich verbiete einfach.

Und wenn einer von ihnen höflich genug ist, zu fragen, ob er rauchen dürfe, so antworte ich anstatt meines alten noch demütigen "Nein, entschuldigen Sie mich" ein kategorisches "Nein, entschuldigen Sle sich",

Dies sage ich meinen Freunden. Was meine Feinde betrifft ... nun ... ich verlasse den Platz und lasse sie nach Herzenslust rauchen, denn dies ist das beste Mittel, um sie in kurzer Frist loszuwerden.

Adresse der Autorin:

Mme. Dr. med. M. de Miomandre, 151. Ave Molière, B-1060 Bruxelles

Amtliches

Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung und Überwachung beruflich strahlenexponierter Personen

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 2. Dezember 1980 – Nr. VII - 1494/329/80 –

(Die mit * gekennzeichneten Ärzte haben sich zur Hilfeleistung bei Störfällen bereit erklärt.)

Die zum 1. Mai 1980 neu gefaßte Anlage zur Bekanntmachung über die Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung beruflich strahlenexponierter Personen vom 30. September 1976 (AMBI S. A 210 = StAnz Nr. 42 S. 6), geändert durch Bekanntmachung vom 31. März 1977 (AMBI S. A 127 = StAnz Nr. 15 S. 6, ber. Nr. 23 S. 3) wird mit Wirkung vom 1. Dezember 1980 wie folgt geändert:

1. In Abschnitt I. 1. sind

1.1 einzufügen:

beim Reglerungsbezirk Oberbayern Dr. Huber, Maurus, Internist, Betriebsarzt der Siemens AG, Hofmannstraße 51, 8000 München 70

beim Regierungsbezirk Mittelfranken

* Dr. Schulze, Renate, Betriebsarztzentrum Schwabach-Rothe e. V., Bahnhofstraße 18, 8540 Schwabach

1.2 zu streichen:

belm Reglerungsbezirk Oberbayern

* Dr. Frey-Quitte, Christine, Medizinaldirektorin em Staatlichen Gesundheitsamt Traunstein, Bachmayerstraße 13, 8220 Traunstein

beim Regierungsbezirk Schwaben

Dr. Bachmayr, Franz, Internist, Ärztlicher Direktor des Kreiskrankenhauses Oettingen, Kellerstraße 15, 8867 Oettingen

1.3 die Anschrift zu ändern:

belm Reglerungsbezirk Mittelfranken

- * Dr. Feßler, Wilhelm, Internist, Arbeitsmediziner, Sportmedizin, Leiter des Arbeitsschutzdienstes Nordbayern des TÜV Bayern e. V., Nopitschstraße 84, 8500 Nürnberg 70
- In Abschnitt I. 2. ist die Zahl "60" durch "63" zu ersetzen.
- 3. In Abschnitt II. 1. sind einzufügen:

straße 12, 8000 München 40

beim Regierungsbezirk Oberbayern Dr. Decker, Hanns, Internist, See-

zu streichen:

belm Regierungsbezirk Unterfranken

- * Dr. Nürnberger, Siegfried, Internist, Steubenstraße 3, 8700 Würzburg
- 4. In Abschitt II. 2. ist die Zahl "18" durch "14" zu ersetzen.

Regulativum für das Herz

Esbericard®

Crataegus-Therapie oral und i.v.



reguliert die Herztätigkeit

verbessert die Koronardurchblutung

erhöht die Kontraktionskraft

Zusammensetzung:

Extr. Crataegi (fol. c. flor.: fruct. = 1:3) standard. Standard: 1 Dragee enthält: 60 mg Extrakt entspr. mindestens 5 mg kondens. Flavane; 1 mt. Liquidum enthält: 120 mg Extrakt entspr. mindestens 10 mg kondens. Flavane; 2 mlinjektionslösung enthälten: ca. 90 mg Extrakt, biologisch auf DL 50 an der weißen Maus standardisiert.

Indikationen:

Minderleistung von Herz und Kreislauf. Vegetativ bedingte Herzbeschwerden, Stenokardien und Rhythmusstörungen sowie anfallsweise Tachykardien, auch im Kindesalter. Die kombinierte Anwendung mit Herzglykosiden ist möglich. Der angenehme Geschmack von Esbericard ist für die Langzeittherapie günstig. Auch bei tängerem Gebrauch treten keine schädlichen Nebenwirkungen auf. Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt.

Schaper & Brümmer Salzgitter - Ringelheim



Schaper & Brümmer Salzgitter · Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Dosierung

3mattäglich 15 – 20 Tropfen oder 1 – 2 Dragees. Parenterat 2 – 4 mt t.v. bzw. tiet intraglutäat täglich oder alle 2 – 3 Täge.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Liquidum 50 mt DM 10,80, Anstaltspackung 500 mt; Dragees 200 Stück DM 10,80, Anstaltspackung 1000 Stück; Ampullen 5 x 2 ml DM 7,05, Anstaltspackung 100 x 2 ml. (Stand: Juni 1980)

Ausländische Ärzte in amerikanischen Krankenhäusern

Die Anzahl eusländischer Ärzte in den USA wird sich gemäß neuer Gesetzgebung um zwei Drittel vermindern. Für die amerikanischen Krankenhäuser entsteht dadurch eine große Schwierigkeit. Die amerikanische Medizin hat seit Jahren einen starken Zustrom ausländischer Ärzte erfahren, sowohl aus Europa als auch aus anderen Erdteilen. Im Jahresdurchschnitt kamen bisher 7500 ausländisch diplomierte Ärzte nach den USA. Diese Zahl soll jetzt auf 2000 verringert werden. In New York allein waren über 3000 ausländische Ärzte im vergangenen Jahr tätig, die meisten von ihnen in den Krankenhäusern. Diese Zahl soll bis 1985 auf 1100 sinken.

Was eine solche Verringerung für ein New Yorker Krankenhaus bedeutet, geht aus einer Studie des Downtown Medical Center in Brooklyn hervor. Danach sind zur Zeit über 40 Prozent der internen Krankenhausärzte (Residents and Interns) Ärzte mit ausländischen Diplomen. Die "Routinearbeit" in den Krankenhäusern steht vor allem diesen zu. Ersatz durch heimische Ärzte und endere Hilfskräfte ist nicht leicht durchführbar. In manchen Krankenhäusern kann eine Notlage entstehen.

Eine einzige Zahl wird das beweisen: von den 62 000 Residents und Interns in den amerikanischen Krankenhäusern sind 18 000 ausländische Ärzte. Das sind 29 Prozent. Namentlich in den kleineren und ärmeren Krankenhäusern sind diese ausländischen Ärzte tätig. Im Staat New Jersey waren 58 Prozent der ärztlichen Krankenhausstäbe ausländische Ärzte. In New York betrug dieser Prozentsatz 42 Prozent.

Eine andere Zahl. Im vergangenen Jahr weren insgesamt 16 000 mit ausländischen Diplomen in den USA tätig. 28 Prozent von ihnen arbeiteten in den Stäben der Krankenhäuser.

Welche Gründe veranlassen viele, hier zu bleiben?

Hier drei Antworten von befragten ausländischen Ärzten, die wohl als typisch gelten können:

Ein Schweizer Arzt: "Als ich hier ankam, war mein Gedanke, nicht länger als höchstens zwei Jahre zu bleiben. Jetzt dagegen denke ich daran, dauernd hier zu bleiben, sicher, daß ich die superben Forschungsgelegenheiten in meinem Heimatland nicht finden könnte."

Die zweite Antwort stammt von einem chinesischen Arzt aus Taiwan: "Vielleicht werde ich es noch erleben, daß melne Heimat Taiwan wirklich seine Unabhängigkeit gewinnen wird. Wenn das geschieht, werde ich vielleicht in meine Heimat zurückkehren."

Ein Arzt aus Iran hatte einen einleuchtenden Grund: "Ich glaube nicht, daß ich jemals wieder in mein Heimatiand zurückkehren werde. Ich habe eine Amerikanerin geheiratet, und meine Kinder sind hier geboren."

Die offiziellen Stellen der Gesundheitsbehörden sagen, daß hinreichend Ärzte zur Verfügung stehen, um eine auftretende Lücke in Krankenhäusern auszufüllen. Zahlenmäßig mag das gewiß zutreffen. Doch das Problem ist nicht einfach ziffernmäßig zu verstehen. Viele amerikanische Ärzte ziehen es vor, in großen Städten tätig zu sein — sowohl nach bestandenem Examen als auch später.

Es sel nochmals betont, daß die Verminderung der Zahl ausländischer Ärzte den großen Krankenhäusern wenig Kopfzerbrechen bereiten wird. Medizinische Zentren wie New York Hospital oder Presbyterian Hospital in New York sind dagegen gefeit. Junge Ärzte streben danach, an solchen wissenschaftlichen Glanzpunkten arbeiten zu dürfen. Weit mehr amerikanische Ärzte bewerben sich um solche Stellen, als verfügbar sind. Die Verbindung sol-

cher Hospitäler mit Medizinschulen der Universitäten ist ein besonderer Anziehungspunkt.

Aber in Gegenden wie Brooklyn und Bronx in New York ist das anders. Dies sind Stadtteile mit großen Minoritätsgruppen der Bevölkerung, zum Teil auch armer Bevölkerung. Die Krankenhäuser in solchen Bezirken haben geringe Anziehungskraft für ärztliche Bewerber. Die Hospitäler in solchen Stadtteilen sind daher weitgehend auf die Mithilfe ausländischer Ärzte angewiesen.

Es wurde schon bisher den ausländischen Ärzten nicht leicht gemacht, ihre Lizenz zur Praxisausübung hier zu erhalten. Im Durchschnittsjahr haben nur 46 Prozent das Examen bestanden, das dazu nötig ist. Man kann das Examen so oft wiederholen, wie man will. Manche ausländische Ärzte haben es viermal gemacht und öfter, ehe sie Erfolg hatten.

Neuankommende ausländische Ärzte bekommen zunächst ein "Interim-Zertifikat". Dafür ist nötig:

- Das Bestehen des medizinischen Examens mit der Mindestwertung von 75
- Bestehen der englischen Sprachprüfung, die nicht zu schwer ist.
- Nachweis der vollendeten Ausbildung in einer anerkannten amerikanischen Medizinschule

Das Interim-Zertifikat ist sechs Monate gültig und für Ärzte, die das amerikanische Examen in ihrem Heimatland gemacht haben, sechs Monate lang nach ihrer Ankunft in den USA.

Ärzte mit ausländischen Diplomen sind in amerikanischen Krankenhäusern besonders auf drei Gebieten tätig, die im allgemeinen als weniger hervorragend und weniger einträglich gelten: Anästhesie, Rehabilitation und Pathologie.

Was können die Hospitäler tun, um die Lücken auszufüllen, die durch das Ausscheiden ausländischer Ärzte geschaffen werden? Es kommen "nurse pratitioners" in Betracht sowie "Physician Assistants", und nicht zuletzt die Hoffnung auf mehr amerikanlsche Ärzte.

Dr. W. Sch., New York

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 3. Vierteljahr 1980

Nr. der		Sterbetälle						
ICD 1979 ¹)	Todesursachen	197	79	1980				
ICD (9/9')		Vierteljahres- durchschnitt	3. Vie	rteljahr				
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	212	178	216				
011-018, 137	darunter.		100	407				
140-199	Tuberkulose insgesamt	114	100 6 345	107 6 305				
151	darunter	6 318						
153, 154	des Magens	1 048	1 075	976				
160-163	des Dickdarms und des Mastdarms	969	991 885	970 912				
174	der weiblichen Brustdrüse	914	499	509				
179-182	der Gebärmutter	505 220	216	229				
185	der Prostata	333	334	320				
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen	333	004	020				
	Gewebes	387	365	429				
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Neubildungen unsicheren							
240-279	Verheltens, Neubildungen unbekannten Charakters	425	394	434				
240-213	Endokrinopathlen, Ernährungs- und Stoftwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems	980	886	818				
250	darunter							
280-289	Diabetes mellitus	839	747	688				
290-389	Psychietrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der	61	72	80				
	Sinnesorgane	497	434	458				
390-459	Krankheiten des Kreislautsystems	14 494	13 098	13 497				
410	ekuter Myokerdinfarkt	2 976	2 772	2 817				
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	1 529	1 337	1 452				
426, 427	Herz-Reizleitungs- und -Rhythmusstörungen	340	287	325				
428, 429	Herzinsuftizienz und mangelhatt bezeichnete Herzkrankheiten .	3 145	2 897	2 829				
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4 495	4 030	4 102				
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	1 887	1 515	1 605				
480-486	Pneumonie	654	531	603				
487	Grippe	31	5	10				
466, 490, 491	Bronchitis	559	462	471				
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	1 655	1 581	1 571				
	darunter							
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	151	139	164				
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	87	89	72				
571.2, .5, .6 570, R. v. 571	Leberzirrhose	620	603	567				
u. 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gellengänge .	335	346	312				
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	628	608	536				
	darunter							
580-583, 587 630-676	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im	53	47	41				
	Wochenbett	6	5	7				
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzeilgewebes, des Skeletts, der							
740-759	Muskeln und des Bindegewebes	116	104	131				
760-779	Kongenitale Anomalien	126	125	141				
790 700	haben	177	181	172				
780-799	Symptome und mangelhatt bezeichnete Todesursachen	399	395	348				
800-E949	Untälle	1 552	1 653	1 518				
810-E825	Kraftfahrzeuguntälle innerhalb und eußerhalb des Verkehrs	817	952	794				
850-E869	Vergittungen	10	7	8				
880-E888	Unfälle durch Sturz	476	448	455				
950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	586	612	581				
960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	64	68	60				
	Sterbetälle insgesamt	30 568	28 619	28 907				

¹⁾ iCD: internetionele Klessifiketion der Krenkheiten, Verletzungen und Todesursechen.

Beyerisches Ärzteblatt 3/81

Mitteilung des Beyerischen Stetistischen Lendesemts aus den Ergebnissen der Todesursachenstetistik. Diese stützt sich auf die Angeben über die Todesursache, die der Leichenschauerzt in der Todesbescheinigung mecht. Aus ihnen wird nech von der Weitgesundheitsorgenisation empfohlenen Regein des sogenennte Grundleiden, des em Beginn einer zum Tode führenden "Keuselkette" steht, berücksichtigt.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Dezember 1980*)

(Zusemmengestellt eutgrund der Wochenmeldungen)

Die Meldungen von Salmonellose-Erkrankungen gingen, der Jahreszelt entsprechend, im Dezember weiter zurück. Die Erkrankungsziffer senk von 71 im November euf 45 je 100 000 Einwohner, umgerechnet jewells auf ein Jahr. Auch Erkrankungen en Virushepatitis wurden in geringerer Zahl als im Vormonat bekannt, nëmlich 30 gegenüber 39 im Vormonat, jeweils auf 100 000 Elnwohner bezogen.

An den verschiedenen Formen der Meningitis/Enzephalitis erkrankten im Dezember insgesamt etwas weniger Menschen als im November. Die Zifter nahm

Enteritis infectiose

von 9 eut 7 je 100 000 der Bevölkerung eb. Zugrunde leg ein leichter Rückgang bei den bakteriellen Meningitiden (ausgenommen Meningokokken-Meningitis) und bei den sonstigen Formen der Meningitis/Enzephalitis.

Virushepetitis

nicht

Neuerkrenkungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. Dezember 1980 (vorläufiges Ergebnis)

Meningitis/Enzephelitie

Gebiet	kol	ningo- kken- ingitis	I N	ender ekterie lening den	eiie jiti-	Men	ue- ingo- cheli- e		brige ormen		Selm		For	rige men ')	Н	epeti A	itis		Hepetitis bestim B übrig Forme		ere ur übrige orme	nd e n
	E	St 1		2	St	E	St 3	E	St 4		E 5	St	E	St 6	E	7	St	E	St	E	9	St
		1		-				-	1	+	1				-							
Oberbeyern	7	1		1	-	3	1	4			166	-	3	-	5	4	-	39	1	*	9	
Niederbayern	3	1	1000	3	-	-	-	5	-		22	-	-	-	1		-	8	1		5	1
Oberpfeiz	- 1	-		1	-	3	-	1	-		41	-	-	-			-	2 .	1			
Oberfrenken	-	-		-	-	-	-	7	-	-	18	-	1	-		7	-	4	1 7	35	8	_
Mitteifrenken	3	-		1	-	-	-	1	-		38	-	8	-	14		-	17	1		4	
Unterfrenken	-	-		1	-	1	-	-	-	-	46	1	7	-	19		-	8	1		3	-
Schweben	4	-		1	-	3	-	2			46	-	10	-	2		-	11	-		8	-
Beyern	18	2		8	-	10	1	20		1	377	1	29	-	12		-	89	4		8	1
Vormonet	18	2	1	9	-	8	2	28		1	595	-	10	-	18		1	105	3	3		-
München	5	1		-	-	2	-	-	-	-	71	-	-	-	1		-	16	-		6	-
Nürnberg	1	-		1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		7	-	7	-		2	-
Augsburg	1	-		-	-	-	-	1	-	-	8	-	-	-		5	-	3	-		5	-
Regensburg	-	-		-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-		4	-	-	-	1		-
Würzburg	-	-		-	-	-	-	-	-	-	5	1	2	-	100	1	-	2	-		-	-
Fürth	-	-		-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-		3	-	-	-	-	-	-
Eriengen	_	-		_	-	-	-	-	-	-	4	-	3	-		1	-	1	-		-	-
Gebiet	ebd	ohus omi- elie	gel	hi- len- ıhr	Ме	lerle	Orn		Boti		To	jeb. xo- es- ose	Bruc		Dipt		C Fie)- ber	Tul		ve de	oii- ut- er- cht
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St		
	1	0		1		12	13	3	14	1	1	5	16	16		7		18		9	20	
Oberbeyern	2	_	18	_	1	-	-	_	-	-	2	-	_	-	1	-	-	-	-	-	5	8
Niederbeyern	-	_	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		3
Oberpfeiz	_	-	-	_	-	-	. 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-		2
Oberfrenken	_	_	2	_	-	_	-	-	-	_	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-		5
Mittelfrenken	2	_	6	_	-	_	-	_	-	_		_	1	-	-	-	-	-	1	-		1
Unterfrenken	-	_	_	_	-	_	_	-	1	-	1	_	-	-	-	-	-	-	-	-	6	33
Schweben	_	-	5	-	-	-	2	_	_	-	-	_	-	-	-	-	-	-	-	-	3	38
Bayern	4	_	33	_	1	_	4	_	1	-	4	_	1	-	1	-	1	-	1	-		30
Vormonat	6	_	21	-	6	-	2	_	1	_	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	14	12
München	2	_	7	_	1	-	_	_	_	_	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-		6
Nürnberg	1	-	_	_	-	_	_	_	_	_	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-		8
Augsburg	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-

Regensburg

Würzburg

Fürth Erlengen 27

1

^{*)} Bericht dee Beyeriechen Stetletischen Landecemtes

E = Erkrenkungen, einschließlich der erst beim Tode bekenntgewordenen Krenkheitefälle, unter Ausschluß der Verdachtsfälle.

St = Sterbefälle.

¹⁾ Enteritie Infectiose übrige Formen, einschließlich mikrobieil bedingter Lebensmitteivergiftung.

²) Tollwutverdecht: Verletzung eines Menschen durch ein toilwutkrenkes oder -verdächtigee Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Der gute Morgen beginnt am Abend avor Der Einauf rein pflanzlicher und Durch-**Basis** schlafsaft Dosierung: Wenn nicht anders verordnet: Kinder bis zum 3. Labansjahr nehman zum Einschlafen 2 Tea-löffal; Kinder vom 4.-6. Lebensjahr nehmen zum Jossa-Arznei, Steinau, Sedinfant® Zusammensetzung:

20sammensetzung:
100 g enthalten: Extr. Rad. Valerianae Ild.
(1:1) 2,0 g, Extr. Ffor. Humuli Lupuli
(1:1) 1,6 g, Extr. Herb. Passiflorae incarnala fld.
(1:1) 1,6 g, Extr. Cort. Piscidiae fld. (1:1) 0,3 g,
Extr. Herb. Visci albi fld. (1:1) 1,3 g. Anwendungsgebiete Schlafstörungen, Unruhezustände, Übererregbarkeit. Basonders geeignet als Einschlafmittel im Kindesalter. Gegenanzeigen/Nebenwirkungen Bisher kaina bekannt

Einschlafen 2-3 Teelöffel; Schulkindar und Erwechsene nehmen zum Einschlafen 1-2 Eßlöffel Sedinfant, Soll Sedinfant als Tagessedativum verwendet werden, nehmen Kinder bis zum 6. Lebensjahr 3mal täglich 1 Teelöffel; Schuikinder und Erwachsene 3mal täglich 1 Eßlöffel Sedinfant. Hinweis für Diabetiker; 1 Eßlöffel entspricht ca. 1,8 g KH (0,15 BE); 1 Teelöffel

entspricht ca. 0,9 g KH (0,08 BE)

Handelsform und Preis: Flascha mit 100 ml Sirup DM 6,85.

Flasche mit 250 mf Sirup DM 13,35.

Stand: Juni 1980

Arzneimittel so natürlich wie möglich



KURT MERZ 6497 STEINAU

Klinische Fortbildung in Bayern

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

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

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

Augenheilkunde

Kopfklinikum Würzburg, Universitäts-Augenklinik

Direktor: Professor Dr. Dr. W. Leydhecker

Fortbildungsverenstaltung für prektische Ärzte, internisten, Neurologen und Kinderärzte em 27. Juni 1981

Beginn: 9.00 Uhr - Ende: 12.30 Uhr

Themen: Augensymptome bei Allgemeinerkrenkungen: Wann soll der praktische Arzt einen Augenarzt bei Allgemeinleiden hinzuziehen? (Rundgespräch) – Die Differentialdiegnose des Doppeltsehens 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: Sekreteriat 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

Ergometriewochenende em 23./24. Mei und em 24./25. Oktober 1981

Beginn: Samstag 9.30 Uhr - Ende: Sonntag 12.30 Uhr

Das Programm umfaßt prektische 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

Elnführungs- und Fortbildungskurs in die Kilnische Echokerdiogrephie (UKG) am 23/24. Oktober 1981

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Beginn: Freitag 9.15 Uhr - Ende: Sams-

tag 12.00 Uhr

Kursgebühr: DM 50,-

Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1981

(Posteingang)

Ernährungsmedizin

Kurperkklinik Bad Neustadt/Saale Kursleitung: Chefarzt Privatdozent Dr. med. habil. F. Matzkies

4. Ernährungsmedizinisches Seminer em 27./28. Juni 1981

Beginn: Samstag 9.00 Uhr — Ende: Sonnteg 12.00 Uhr

Thema: Grundlagen der Ernährungslehre sowie die daraus ebleitbaren 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

Innere Medizin

Klinik Höhenried für Herz- und Krelsiauferkrankungen der LVA Oberbeyern Direktor: Professor Dr. M. J. Halhuber

Seminer über praxisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation vom 11. bis 16. Mai 1981

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat Chefarzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 2 42 66

März bis Oktober 1981

20./21. März Sonographie, München

3/4. April Ultraschallkurs, Kronach

4. April 1981 Neurochirurgie, Günzburg

10. bis 12. April Neurologie und Psychiatrie, Erlangen

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

11. bis 16. Mal Innere Medizin, Bernried

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

Neurochirurgie

Bezirkskrankenhaus Günzburg Leitender Direktor: Professor Dr. E. Lungershausen

Chefarzt der Neurochirurgischen Abteilung: Professor Dr. Klaus Schmidt

Wissenscheftlicher Vormittag em 4. April 1981

"10 Jehre Neurochirurgie Günzburg/ Uim"

Leitung: Oberarzt Professor Dr. P. C. Potthoff

Beginn: 9.00 c. t. - Ende: 13.00 Uhr

Thema: Neurochirurgie der Wirbelsäule und des spinalen Nervensystems in Kilnik, Diagnostik und Therapie

Anmeldung und Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. Potthoff, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Neurochlrurgische Abtellung, Postfach 349, 8870 Günzburg, Telefon (0 82 21) 9 61

Neurologie und Psychiatrie

Universitäts-Nervenklinik Erlangen Kommissarischer Direktor: Prolessor Dr. H. Daun

9. Fortbildungsverensteltung Neurologie und Psychietrie für niedergelessene Arzte eller Fechgebiete vom 10. bls 12. **April 1981**

Themen: Neuropsychiatrische Erkrankungen im höheren Lebensalter - Diagnose und Therapie der Polyneuropathien - Diagnose und Differentialdiagnose interkranieller Raumforderungen

Auskunft und Anmeldung:

Herr Witkowski, Universitäts-Nervenklinik mit Poliklinik (Koplklinikum), 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

Fortbildungsseminer I vom 8. bis 10. Mai 1981 (Einführungsseminer)

Fortbildungsseminer II vom 22. bis 24. Mel 1981 (Seminer für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag 17.00 Uhr - Ende: Sonntag 12.00 Uhr, Hörsaal B, Ismaninger Streße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Tell 1: Posteingang 28. April 1981, Teil II: Postelngang 12. Mai 1981

Sonographie

Stiltsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Chelarzt: Professor Dr. D. Michel

Einführungs- und Fortbildungskurse für Sonogrephie am 20/21, März 1981, 15./16. Mal 1981 und 11./12. September 1981

Leitung: Oberarzt Dr. Zimmermenn

Beginn: Freitag 9.00 Uhr - Ende: Sams-

tag 12.00 Uhr

Kursgebühr: DM 80,-

Begrenzte Teilnehmerzehl

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

Ultraschallkurs

Kreiskrankenhaus Kronach

Chefarzt: Medizinaldirektor Dr. F. Zeh-

Einführungskurs in die Ultraschalldlagnostik der Inneren Medizin em 3./4. **April 1981**

Leitung: Oberarzt Dr. E. Farrenkopl

Beginn: Freitag 9.00 Uhr - Ende: 16.45 Uhr

Beginn: Samstag 9.00 Uhr - Ende:

Programm: Grundlagen der Ultraschalldiagnostik, Untersuchungstechnik, Vorbereitung der Patienten, Untersuchungstechnik, Milz, Leber, Gallenblase und Gallenwege, Nieren, Harnblase, Prostata, Magen-Darm, Thorax, Pankreas, Oberbauchgefäße, Schilddrüse, Sonogrephisches Vokabular, Befunddokumentation, praktische Obungen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Kursgebühr: DM 70,- (Konto Nr. 4093 Sparkasse Kronach) Vermerk "Ultraschallkurs"

Anmeldung und Auskunft:

Freu Bernschneider, Kreiskrankenhaus, 8640 Kronach, Friesener Stra8e 41, Telefon (0 92 61) 10 71

Tropenmedizinisches Koiloquium der Missionsärztlichen Klinik Würzburg

em 7. März 1981 in Würzburg

Themen: Maleria - Durchfallerkrenkungen - Impfungen

Auskunft:

Privatdozent Dr. K. Fleischer, Obererzt an der Missionsärztlichen Klinik, Akademisches Lehrkrankenhaus, Salvatorstraße 7, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 800-228

3. Ophthaimologen-Nachmittag em 11. März 1981 in München

Themen: Physiologie und Pathophysiologie des Tränenfilms - Das "trockene Auge" - Diskussion - Kurzbeiträge

Zeit und Ort: 16.00 Uhr s. t. - Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, München 2

12. Kurs für Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Abiatio retinae

em 7./8. Mei 1981 in München

Leitung: Prolessor Dr. O.-E. Lund

Thema: Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae mit Unterstützung des Hermann-Wacker-Fonds

Anmeldung erbeten bis 10. April 1981

Am 7. Mei 1981 besteht die Möglichkeit, an einem Farbsinnkurs, eusgerichtet von der Augenklinik der Universität Heidelberg, tellzunehmen. - Teilnahmebegrenzung, Anmeldung erbeten

Auskunit und Anmeldung:

Professor Dr. O.-E. Lund, Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 38 11



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Indikationen: Akute, subakute und chronischa Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, Intektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom; sinoganer Koptschmerz. • Kontraindikationan und Nebenwirkungen sind bishar nicht bekennt, • Zusammensetzung; 100 g antheiten 29 g Mazarat aus: Red. Gantlen. 0.2 g, Flor. Primul. sina Calyc. 0.8 g, Herb. Rumic. acet. 0.8 g, Flor. Sambuc. 0.8 g - 1 Dregée anthält: Rad. Gantian. 0.018 g, Vitamin C 0.010 g. • Doelerung: 3mel täglich ½ bis 1 Teelöffel odar 1 bis 2 Dragées. • Handelstormen: Sinupret OP mit 100 ml DM 8,95, OP mit 60 Dregées DM 8,95, OP mit 240 Dregées DM 26,80; Großpackungen mit

BIONORICA KG - APOTHEKER POPP - NÜRNBERG



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. März	Sichtung (Triage) – Erste ärztliche Notfalima0nahmen	
	- Die Bedeutung der Sichtung (Triage)	Privatdozent Dr. K. Hell, Liestal/Schwelz
	- Massenkarambolage auf der Autobahn (audiovisuelle	
	Demonstration) - Erste ärztliche Hilfe beim Massenanfall	DiplIng. B. Hersche, Zürlch Dr. E. W. W. Wischhöfer, München
	- Schock und Volumenersatztherapie	Dr. G. Weidringer, München
29. April		
29. April	Der Polytraumatialerte (Tell I) — Verletzung der großen Körperhöhlen	Brotoness Dr. E. Seeleberg, München
	Extremitätenverletzungen	Professor Dr. F. Spelsberg, München Professor Dr. J. Probst, Murnau
	- Der Polytraumatisierte aus anästhesiologischer und inten-	
	sivmedizinischer Sicht	Professor Dr. K. Peter, München
20. Mai	Der Polytraumatisierte (Teil II)	
	- Prioritäten in Diagnostik und Therapie des Polytraumati-	
	sierten aus chlrurgischer Sicht — Die Versorgung des Schädel-Hirn-Traumas aus neuro-	Professor Dr. G. Heberer, München
	chirurgischer Sicht	Professor Dr. P. Oldenkott, Ulm
	 Der Schock aus Internistischer Sicht – Organversagen beim Polytraumatisierten 	Professor Dr. H. Jahrmärker, München
24. Juni	Brandverletzungen und Kombinationsschäden nuklearer	
	Kampfmittel	
	Versorgung von Brand- und Explosionsverletzten unter Katantanhanhanhanhanhanhanhanhanhanhanhanhanha	B. 11.1 W Value
	Katastrophenbedingungen - Flugrettung Brandverletzter - Belspiel Campingplatz-	Dr. H. L. Klammer, Koblenz
	unfall Spanien	Professor Dr. B. Domres, Tübingen
	Problematik von Kombinationsverletzungen beim Einsatz nuklearer Waffen	Professor Dr. O. Messerschmidt, Münche
	nundater watter	Professor Dr. O. Messerschmat, Manche
8. Juil	Einführung in die Einsatzpläne und -mittel dea Kataatrophen-	
	schutzes mit anschließender Lehrvortührung	Katastrophenschutzschule
	Busfahrt von SanAK - Geretsried - SanAK	Bayern/Geretsried
30. September	Seuchen, Vergiftungen und bekterlologische Kempfsloffe	
	- Massenvergiftung Im Frieden	Professor Dr. N. Weger, München
	Epidemien und Seuchenausbreitung im Katastrophen- und Verteidigungsfall	Professor Dr. H. Stickl, München
	- Problematik bakteriologischer Kampfstoffe	RegDir. Dr. J. v. Stuckrad, München
28. Oktober	Praktiache Fragen der Rechismedizin im Katastrophenfall	
	Leichenschau und Todeszeitbestimmung	Professor Dr. W. Spann, München
	- Identifizierung von Leichen	Professor Dr. W. Elsenmenger, München
	Praktische Erfahrungen eus drei Massenkatastrophen (Einer der Aufgebergen und de	Bertana De II D. Takana Münchan
	(Flugzeugabstürze)	Professor Dr. H. D. Tröger, München
25. November	Massenhysterie und abnorme psychische Reaktionen — chemische Kampfatoffe	
	- Abnorme psychische Reaktionen im Katastrophenfali	Dr. R. Brickenstein, Hamburg
	Massenvergiftung durch chemische Kampfstoffe Brohlome der Messenhunterle und des Courchübergriffen	Professor Dr. N. Weger, München
	 Probleme der Massenhysterle und des Gewaltübergriffes im Katastrophenfall aus der Sicht der Sicherheitskräfte 	Dr. O. Keller, München
	- Abschlußabend (Geselliges Beisammensein im Offiziers-	
	kasino der Sanitātsakademie)	

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

67. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

em 28./29. März 1981 in Augsburg

Wissenschattliche Leitung: Coltegium Medicum Augustanum Programmgestaltung: Professor Dr. H. Keiser, Augsburg

Kongre8leitung: Dr. K. Hetlmenn, Augsburg

Thema: Neues in der Medizin - ektueti für die Prexis?

Ort: Kongre8halle der Stedt Augsburg

Samstag, 28. März 1981

9.15 - 10.15 Uhr:

Dia Yersiniosa – waitverbreitet, wenig bekannt

Privatdozent Dr. Weber, Erlangen

Dia Legionärskrankheit, jetzt auch In Deutschland

Dr. Holzer, München

11.00 - 12.30 Uhr:

Neue Diagnostikvarfahran zwischen Schonung des Patiantan und Kostanexplosion

Sonographie ·

Privatdozent Dr. Rettenmalar, Böblingen

Computertomographia

Protessor Dr. Friedmann, Köln

Myokardszintigraphie

Dozent Dr. Pachinger, Wlen

14.00 - 16.00 Uhr:

Seminare und Demonstrationen zum Tagungsthema mit den Ratarenten des Vormittags und den Chetärzten der Augsburger Kliniken

14.00 - 16.00 Uhr:

Parallelveranstaltung: "Tharapeutischer Sport

Welcha Sportarten sind für die Bewegungstherapie geaignet und sinnvoll? Diskussionsleitung: Dr. E. Gossner, Augsburg

Sonntag, 29. März 1981

9.00 - 12.00 Uhr:

Dia perkutana transtuminala Angioplastia – Ersatz für Gafäßchlrurgie? (soganannta Dotterung) – Diskussion Privatdozent Dr. Mathias, Freiburg Neua Möglichkeiten der Wiederherstallungschirurgia – Diskussion Dr. G. von Mallinckrodt, München Interferon – Hystaria oder Realität? – Diskussion Protessor Dr. Gallmeier, Nürnberg

Auskunft und Anmetdung:

Sekretariat des Augsburgar Fortbildungskongresses tür praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 3 37 77

Kolioqulum des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

gemeinsam mit dem Verband Deutschar Betriebs- und Werksärzta a. V., Landesvarband Südbayarn

am 19. März 1981 In München

Thema: Gefährdung durch Lösungsmittel am Arbeitsplatz (Protessor Dr. W. Forth, Vorstand des Instituts tür Pharmakologie und Toxikologie der Universität München) — Diskussion

Zeit und Ort: 18.15 Uhr — Kleiner Hörsaal dar Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/It, Zimmer 251, München 2



Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns

München

18. Mei 1981

Laborkurs: Hämatologie, Thrombozyten (Leitung: Dr. Hoeflmayr, Frau Nenzel) Zeit und Ort: 8.30 Uhr — Wainer Schulen, Hämatologischer Kurssael, Lindwurmstreße 73, München 2

Oberbayern

21. März 1981

Orthopädische Möglichkeiten in der Allgemeinprexis (Leitung: Dr. Lenhart) Zeit und Ort: 14.00 Uhr – Medizinische Klinik der Universität München, Hörseal, Ziemssenstraße 1, München 2

9. Mel 1981

Psychotherapie in der Allgemeinpraxis (Leitung: Dr. Ulrich)
Zeit und Oct. 15.00 Libr. Gestatätte

Zeit und Ort: 15.00 Uhr — Gaststätte Schnitzlbaumer, Konferenzzimmer, Am Stedtpletz, Traunstein

Niederbayern

28. März 1981

Abrechnungskurs für Ärzte, Arzthelferinnen und Arztfrauen (Leitung: Dr. Hege) Zeit und Ort: 14.00 Uhr — Hotel Weißer Hase, Passau

11. April 1981

Technischer EKG-Kurs für Ärzte und technisches Personal (Leitung: Dr. Alber) Zeit und Ort: 14.00 Uhr — Trausnitz-Wirtscheftsschule, An der Oberndorfer Straße, Lendshut

Unterfranken

21. März 1981

Psychotherapeutische Möglichkeiten in der Allgemeinpraxis – Einführung in die Balint-Gruppe (Leitung: Dr. Lenner) Zeit und Ort: 15.00 Uhr – Hofkellerei, Seinsheimstuben, Residenzplatz 1, Würzburg

Mittelfranken

11. März 1981

Psychotherepeutische Möglichkeiten in der Allgemeinpraxis (Leitung: Dr. Dr. Thurn)

Zeit und Ort: 18.00 Uhr — Stadtperk-Restaurent, Berliner Platz 9, Nürnberg — wird gemeinsam mit Oberpfelz veransteltet —

8. April 1981

Abrechnungskurs für Ärzte, Arzthelferinnen und Arztfrauen (Leitung: Dr. Hege) Zeit und Ort: 16.00 Uhr — Stadtpark-Restaurant, Berliner Pletz 9, Nürnberg

Oberfranken

7, März 1981

Leborkurs: Gerinnungsüberwachung, Thrombozyten (Leitung: Dr. Hoeflmayr, Freu Nenzel)

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kessenärztliche Vereinigung verenstaltet em

11. April 1981

27. Juni 1981

26. September 1981

21. November 1981

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

Beginn: jeweils 9.15 Uhr - Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Lendesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-788, Freu Klockow, zu richten bis 3. April, 19. Juni, 18. September und 13. November 1981. vember 1981.

Die Teilnehmergebühr ist em Tege des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Zeit und Ort: 9.00 Uhr — Hotel Parkhaus, Luitpoldstraße, Kulmbach

23. Mal 1981

Infarkt-EKG: EKG bei Lungenembolie (Leitung: Professor Dr. D. Athanasiou) Zeit und Ort: 10.00 Uhr — Parkrestaurent Rosenau, Coburg

Oberpfalz

11. März 1981

Psychotheraple (Leitung: Dr. Dr. Thurn) Zeit und Ort: 18.00 Uhr — Stadtpark-Restaurant, Berliner Platz 9, Nürnberg — wird gemeinsam mit Mittelfranken veranstaltet —

25. April 1981

Allgemeinärztetreffen Zeit und Ort: 15.00 Uhr - Hotel Keiserhof, Regensburg

Schwaben

23. Mai 1981

Orthopädische Möglichkeiten in der Allgemeinpraxis (Leitung: Dr. Lenhart) Zeit und Ort: 14.30 Uhr – Hotel Alpenhof, Donauwörther Straße 233, Augsburg

Auskunft:

Sekretariat der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90, Telefon (0 89) 65 55 05 (von 9.00 bis 13.00 Uhr)

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1981

13. bis 25. April 1981 in Meran:

Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

31. Mal bis 13. Juni 1981 in Grado:

Thema: Leben mit der Krankheit als Aufgabe von Patient und Arzt

27. Juil bis 8. August 1981 in Davos:

Thema: Prāvention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

23. August bis 5. September 1981 in Grado:

Thema: Rationelle Diagnostik und Theraple In der ärztlichen Prexis

24. August bis 5. September 1981 in Meran:

Thema: Medizin heute und morgen — aktuelle Aspekte und Zukunftsperspektiven

18. bis 20. September 1981 in Augsburg:

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

Auskunft und Anmeldung:

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

Verleihungen

Wolf-Boas-Preis 1980 - Die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten verlieh diesen von den Nordmark-Werken unterstützten wissenschaftlichen Förderpreis Dr. Angelika Maassen, Düsseldorf, für ihre Dissertation "Früherkennung alkoholbedingter Leberschäden: eine tierexperimentelle Studie zur Frage der Gamme-Glutamyltransferase-Aktivitätserhöhung im Serum durch mikrosomele Enzyminduktion".

Arthur-Peppenhelm-Preis 1980 - Anläßlich der gemeinsamen Jahrestagung der Österreichischen und Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie wurde dieser von den Nordmark-Werken unterstützte Preis Dr. Michael Seitz, Heidelberg, für seine Arbeit "Die Regulation der Prostaglandin E1-Synthese und Prosteglandin E1-Empfindlichkeit von Phagozyten" verliehen.

Johenn-Georg-Zimmermann-Preise für die Krebsforschung 1980 - Die Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover e. V. verlieh den Johann-Georg-Zimmermann-Wissenschaftsprels Professor Dr. Brigit ven der Werf-Messing, Rotterdem, für ihre Arbeiten zur Vorbestrahlung des Blasenkarzinoms vor der Zystektomie sowie zur Strahlentherepie der hypernephroiden Karzinome. - Die Johann-Georg-Zimmermann-Förderpreise wurden verliehen en Privatdozent Dr. Jörg Baltzer, München; Dr. Hubertus Knüfermann, Freiburg; Dr. Max Ernst Scheulen, Professor Dr. Siegfried Seeber und ihre Arbeitsgruppe Tumorforschung, Essen; sowie an Dr. Hans-Joechim Schmoli, Hannover.

Ausschreibungen

Preis der Deutschen Thereplewoche 1981 - Das Kuratorium der Deutschen Therapiewoche, die Stadt Kerisruhe und die Karisruher pharmezeutischen Firmen Dr. Willmar Schwabe und Pfizer GmbH schreiben diesen mit DM 15 000 dotlerten Preis eus. Ziel ist die Förderung therapiebezogener wissenschaftlicher Arbeiten, aus denen die erfolgreiche Umsetzung von wissenschaftlichen Grundlagen, Erkenntnissen oder originelien Beobachtungen in rational begründete und methodisch einwandfreie therapeutische Maßnahmen hervorgehen teilt Dr. P. Hoffmann, Ärztlicher Geschäftsführer der Deutschen Therepiewoche, Keiserallee 30, 7500 Kerlsruhe 1, Telefon (07 21) 84 30 21.

Franz-Redeker-Preis 1982 - Das Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) schreibt diesen mit DM 6000 dotierten Preis anläßlich des Robert-Koch-Jahres 1982 für eine bisher noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung in sozialhygienischer Hinsicht eus. - Einsendeschiuß: 31. März 1982. Nähere Auskünfte erteilt die Geschäftsstelle des DZK, Poppenhusenstraße 14 c, 2000 Hemburg 60, Telefon (0 40) 2 99 30 37.



Die Neuorientierung in der Lipidtherapie



- intensive Senkung von Triglyceriden und Cholesterin
- dauerhafte Erhöhung des physiologischen Schutzfaktors HDL
- gute Verträglichkeit bei 96,6 % der Patienten (Ergebnis der Verträglichkeitsstudie en 1091 Petienten, Medizinische Forschung Bo'ehringer Mannheim 1978.)
- keine Erhöhung des lithogenen Index, d.h. keine Förderung von Gallensteinen

Cedur – mit der bewährten Monosubstanz Bezafibrat für alle Formen der Hyperlipidämie*, wenn Diät allein nicht ausreicht

* außer Typ I, der nur diätetisch behandelt wird.

Zusammensetzung: 1 Dragée Cedur enthált 200 mg Bezefibret.

Indikationen: Alle Formen von Fettstoffwechselstörungen (außer Typ I, der nur diätetisch behandelt wird).

(außer Typ I, der nur diätetisch behendelt wird).
Kontralndikationen:
Laberarkrankungen (mit Ausnahme des Fettleber,
die häufiges Begleitsyndrom bei Hypertrigitzerzidamie ist, Gallenbisserenkrankungen mit und
ohne Cholelthiasis (die die Möglichkeit einer
Laberbetatiglungn incht ausgeschlossen werden
kann), schwere Nierenfunktionsstörungen mit
Serumkreatininwerten über 6 mg/100 mt. Gravidität, Laktationsperiode. Bei Kindern sollte die
Indikation für eine Behandlung mit Cedur besonders streng gestellt werden.

Nebenwirkungen: Gelagantlich meist n

gentlich meist pessägere gastrointestinale ungen. Sehr selten: myösilisähnliches Syn-i, Potenzstörungen, allergische Reaktionen.

Doslerung:

3 x 1 Dragée täglich – jeweils 1 Dragée nach dem Frühstück, Mittag- und Abendassen. Die Dragées solltan unzerkaut mit etwes Flüssigkeit eingenommen werden. Bei magenempfindlichen Petienten kann einschleichend doslert werden. Man beginns mit 1 Dragée, legt nach 3–4 Tagen des zweite und nach weiteran 3–4 Tagen ein drit-

tes Dragée zu. Bei gutem therapeutischem Erfo – insbesondere bei Patienten mit Hypertrigly-zeridämie – kann eine Dosisreduktion auf 2 x 1 Dragée (morgens und ebends) versucht werder

Dregee (morgens and ebends) versucht werven. Wechselwirkungen: Die Wirkungen: Die Wirkung von Antikoegulentien von Cumarin: trp wird verstärkt. Antänglich Reduktion der Antikoegulentiendosis um 30–50 %, enschließend Neueinstellung unter Kontrolle ber Blutgerinnung.

ber Bluttgermung.

Hinwele
Die bluttruckersenkende Wirkung von Insulin und
Suffonylharnstoffen kann durch Cedur verstärkt
werden. Dies kann mit einer verbesserten Gluco-seutlisetion bei gleichzeitiger Insulineinsparung
erklärt werden. Hypoglykämien wurden bisher
nicht beobechtet.

Für die Verordnung: OP mit 50 Dragdes 28, 15 DM, OP mit 100 Dragdes 50,50 DM. Weitere Inform enthält der wissenschaftliche Prospekt (z. Zt. gültige Auflege: Oktober 1980).



Schnell informiert

Krankenversicherung:

F0r 1980 bis zu drei Belträge zurück

Bis zu drei Monatsbeiträge zahft unser Gruppenversicherungsvertragspertner, die Vereinigte Kranken, den nach Krankheitskostentarifen versicherten Ärzten zurück, wenn sie in einem bestimmten Zeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen haben, im einzelnen gelten folgende Rückerstattungsquoten:

Bei den Ambulant- und Zahnterifen (Tarife 76, 74)

- 1 Monatsbeitrag bei Leistungsfreiheit in 1980
- 2 Monatsbeiträge bei Leistungsfreiheit in 1979 und 1980
- 3 Monatsbeiträge bei Leistungstreiheit in 1978, 1979 und 1980

Bei den Stationärtarifen (Tarife 78)

- $^{1}\!/_{2}$ Monatsbeitrag bei Leistungsfreiheit in 1978, 1979 und 1980

Ausschlaggebend ist der Im Dezember 1980 gültige Tarif. Als Monatsbeitrag gilt hier der im Jahresdurchschnitt gezahlte Beitrag. Die Beitragsrückerstattung wird Mitte des Jahres 1981 automatisch überwiesen.

Da der Rückerstattungsbetrag im Einzelfall ganz erheblich sein kann, empfiehlt die Vereinigte Kranken jedem Arzt, vor der Einreichnung von Rechnungen zu prüten, ob er mit der Beitragsrückerstattung nicht besser fährt. Eine eventuelle Selbstbetelligung muß bei dieser Gegenüberstellung berücksichtigt werden.

In der Beitragsrückerstattung sieht die "Vereinigte" nicht nur eine Maßnahme zur Kostendämpfung. Sie will damit auch gesundheitsbewußte Lebensführung honorieren.

Die hohen Rückerstattungsquoten bei den Ambulent- und Zahntarifen sollen einen Anreiz geben, auf die Erstattung von Bagatellbeträgen zu verzichten. Denn die Abrechnung von Kleinbeträgen verursacht einen erheblichen Verwaltungskostenaufwand. In diesem Zusammenhang unterstützen wir auch den Wunsch der Vereinigten, Rechnungen möglichst gesammelt zur Erstattung vorzulegen.

Die Beitragsrückerstattung stellt gleichzeitig ein Äquivalent für die Beibehaltung ärztlicher Gepflogenheiten dar. Gemeint ist die kostenlose Kollegenbehandlung bzw. die Berechnung eines Mindesthonorers und die Eigenbehandlung, die es ermöglichen, die Kosten und damit die Beiträge in den Spezialtarifen für Ärzte niedriger zu halten.

Unter diesen Gesichtspunkten sollen 1982 bei Leistungsfreiheit in den Jahren 1978 bis 1981 nach den Ambulant- und Zahnterifen voraussichtlich sogar vier Monatsbeiträge ausgeschüttet werden.

Neuauflase 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

Englisch für Mediziner

Wie auch in den Vorjahren finden berufsorientierte Englischintensivkurse für Mediziner am Colchester English Study Centre statt. Das Zwel-Wochen-Programm richtet sich en Ärzte, die über relativ gute englische Sprachkenntnisse verfügen, um Fachpublikationen, Berichte und medizinische Bücher lesen zu können, die aber im Bereich "Sprechen" einer Verbesserung von Ausdruck, Hörverständnis, Sprechtlüssigkeit und Wortwahl bedürfen.

Die Kurse werden 1981 zu folgenden Terminen durchgeführt: 11. bls 22. Mai; 1. bls 12. Juni; 6. bls 17. Juli und 14. bls 30. Oktober 1981

Informationen erteilt: Dr. Frank Sprachen & Reisen GmbH, Waldstraße 22 c, 6148 Heppenheim 5, Telefon (06252) 5077

ADAC sichert vollen Ausbau der Luftrettung

Der ADAC hat dem Bundesinnenminister und den Landesregierungen angeboten, weitere Rettungshubschrauber-Stationen einzurichten, um einen drohenden Stillstand in der Luftrettung zu verhindern. Das Bundesinnenministerium kann nämlich derzeit das Netz von 18 Katastrophenschutz-Stationen in nächster Zukunft nicht so erweitern, daß eine nahezu vollständige Versorgung der Bundesrepublik mit Rettungshubschraubern gewährleistet ist. — Derzeit verfügt die Luttrettung in der Bundesrepublik über 18 Rettungshubschrauber des Katastrophenschutzes, fünf Bundeswehrmaschinen und fünf private Helikopter.

DZK-Film ausgezeichnet

Der Film "Tuberkulose heute" des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämptung der Tuberkulose (DZK) wurde von der Filmbewertungsstelle mit dem Prädikat "wertvolf" ausgezeichnet. — Verleih oder Verkaut durch die Geschäftsstelle des DZK, Poppenhusenstraße 14 c, 2000 Hamburg 60, Telefon (0 40) 2 99 30 37.

Boehringer-Mannhelm-Film ausgezeichnet

Die Medikinale International in Marburg 1980 verlieh dem Film "Die intrevenöse Ernährung" die Goldmedaille, das Prädikat summa cum laude "als ausgezelchneter Film für die ërztliche Fortbildung" und den Sonderpreis für "hervorragendes Drehbuch". Beim U. S. Industrial Film Festival in Chicago 1980 erhielt er den "Silver Screen Award" und beim Filmund TV-Festival in New York die Silbermedaille. Außerdem wurde von der Filmbewertungsstelle Wiesbaden das Prädikat "besonders wertvoll" zuerkannt.

Gru8karten vom Nange Parbat

Das Deutsche fnstitut für Auslandsforschung startet am 25. April 1981 unter der Leitung von Protessor Dr. Herrligkoffer eine große Expedition zum Nanga Parbat. De die Finanzierung sehr schwierig ist, werden Grußkarten zum Verkauf engeboten. Gegen Einzahfung von DM 20,— ist ein Orlginaffoto vom Nanga Parbat mit den Unterschritten aller Expeditionsmitglieder erhältlich. Bei Überweisung von DM 100,— sind 10 Farbdias erhältlich. Für DM 130,— kenn das Buch "Kampf und Sieg am Nanga Parbat" erworben werden.

Konten: Postscheckkonto München, Nr. 885-804 "Herrligkoffer Expeditionskonto", oder Deutsche Bank München, Nr. 17/33 302 "Herrligkoffer-Expeditionskonto"

Buchbesprechungen

Krankenhaushygfene

Herausgeber: Arbeits- und Forschungskreis Hyglene und Sauberkelt, 516 S., geb., DM 68,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Es handelt sich um eine Zusemmenstellung von über 10 000 Literaturangaben aus dem internetionalen Schrifttum der Jahre 1963 bis 1977 zu den Themen: Epidemiologie, hygienische Antorderungen en den Krankenhausbau, en den laufenden Krenkenheusbetrieb sowie an Geräte und Meterialien (in einigen Fachbereichen), ferner Reinigung, Desinfektion, Sterilisetion, Besonderheiten des Apothekenbereiches, Schädlingsbekämpfung, Organisetion und Wirtscheftflichkeit der Hygienemeßnahmen. — Das Werk ist also nur für den direkt mit speziellen Hygieneproblemen im Krankenhaus Befaßten els Literaturnachschlegewerk von Interesse.

Dr. med. W. Rulffs, Nürnberg

Die verrückte Bandschelbe

Herausgeber: Dr. B. A. Bäker, 112 S., zahlr. Abb., DM 18,80. Ehrenwirth Verleg, München.

Der Autor dieses "Ehrenwirth-Beratungsbuches" wendet sich en den vorgebildeten Laien wie interessierten Kollegen glelchermaßen. Wie wir elle wissen, ist die menschliche Wirbelsäule durch den eufrechten Gang des Menschen mencherlei Gefahren und Belastungen ausgesetzt, sei es im täglichen Leben, In der Berufsausübung oder beim Sport. Flüssig geschrieben und reichlich mit Zeichnungen illustriert werden in diesem Buch die Ursachen eufgezeigt, eus denen sich Wirbelsäulenschäden - bis hin zur Irreparabilität - entwickeln können. Dabei kann der Autor euf ein jahrzehntelanges Erfahrungsgut zurückblicken. Durch vorbeugende Verhaltensmaßregeln, vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Petient, wilf das Buch verhindern helfen, daß schwerwiegende Meßnahmen, wie menuelle Behandlung oder schließlich Wirbelsäulenoperationen, notwendig werden müssen. In einem Anhang beschäftigt sich der Autor mit bandscheibenbedingten Erkrankungen (Unfallschäden, Versicherungsfälle). Dieses Buch kann jedem empfohlen werden, der sich mit der Problematik der Wirbelsäule und der Bandscheibe befassen möchte.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

Ophthelmologische Operationsindlketionen

Eine Orientierung für den Allgemeinprektiker

Herausgeber: G. Eisner, 81 S., 80 Abb., 6 Teb., geb., DM 76,-.. Verlag Hans Huber, Bern.

In diesem Buch sind elle Artikei eines Fortbildungsheftes der Zeitschrift "Therapeutische Umschau" eus dem vergangenen Jahr zusemmengestellt. Für den Nichtophthalmologen ist es oft schwer zu verstehen, werum em Auge operiert wird und welche Methode derzeit gängig ist. Er kann sich in diesem Buch gut orientieren, zumal die Artikel enschaulich bebildert und gut gegliedert sind. Als Beispiel für elle anderen Artikel sei die Arbeit von Klöti über die Therapie der diabetischen Retinopathie genannt. Hier kenn man sich über den neuesten Stand der Gleskörperchirurgie und der Laserkoagulation Informieren.

Professor Dr. med. W. D. Schäfer, Würzburg



Infektionskontrolle in Klinik und Prexis

Vert.: F. Daschner, 258 S., Tabellenwerk, brosch., DM 9,10. Verleg Gerhard Witzstrock GmbH, Beden-Baden.

Dieses Buch sollte Pflichtlektüre aller Krenkenhauserzte werden. Kurz und vollständig werden Doslerung, Prophylexe und Nabenwirkungen der Antibiotika wiedergegeben. Dia tabellarischa Darstallung dar Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Antibiotika und andaren Pharmaka sind einprägsam und anregend. Der krankenhaushyglenischa Teil dieses Taschenbuchas ist eina Fundgrube für alla Hyglenebaauftragten. Die prägnante Wiedergabe der Defination krankenhausarworbener Infektionen wird jedam alna Entschaldungshilfe sein, der sich mit der schriftlichen Registrierung dieser Infektionen beschäftigt.

Dr. med. J. Weber, Ansbach

Vom Symptom zur Diagnose

Hereusgeber: W. Hadorn / N. Zöllner, 7., vollständig neu beerbeiteta Auflage, 608 S., 291 Abb., 4 Farbtaf., 167 Teb., geb., DM 98,-. S. Karger AG, Basel.

Das bekannte Lehrbuch, 1960 in erster Auflage erschienen, liegt vollständig neu beerbeitet vor. Es will nicht eine Derstellung der Differentialdiagnosa innerer Krankheiten sein, sondern zeigen, wie anamnestisch und durch die verschiedenen klinischen, chemischen und morphologischen Untersuchungen gewonnenen Symptoma richtig interpretiert werden müssen, daß sie zur Diegnose führen. Hierbei geht die Anordnung des Stoffes von allgemeinen Symptomen aus und führt zur Beschreibung spezieller Erscheinungen der verschiedenen Organsystema. Bemerkungen über die Interpretetion, Insbesondera der epparativ gewonnenen Befunde, wollen zu einer eigenen kritischen Wertung anleiten. Besonders dies läßt das Lehrbuch Studenten in den klinischen Semestern empfehlen, aber euch ellen klinisch und praktisch tätigen Ärzten zur Wiederholung oder Ergänzung ihres Wissens. Literaturverzeichnisse nach jedem einzelnen Kapitel regen zu weitertührendem Studium en.

Dr. med. A. Wunderer, Nürnberg

Die ärztilcha Gruppenpraxis in dar Bundesrepublik Deutschlend

Hereusgeber: Dr. B. Kosenke / Prof. Dr. J. v. Troschke, 239 S., kert., DM 34,—. Ferdinand Enka Verleg, Stuttgart.

Staigenda Investitionskosten, zunehmende Spezialisierung und die Ausweitung präventiver sowia psychosozialer Aufgaben in der ambulanten medizinischen Versorgung ertordern eine Intensivierung der ärztlichen Zusemmenerbeit. Die Diskussion über die organisierte Kooperation in Gesundheitspraxen litt bisher unter dem Mangel an empirischen Daten. Dia in diesem Buch dargestellten Ergebnisse einer dreijährigen Forschungsarbeit sollen Orientierungen vermitteln und der Versechlichung der Diskussion dienen.

Arbeiten zur Kinderpsychotherepie

Verf.: S. Lebovici, 245 S., DM 32,—. Ernst Reinhardt Verlag, München-Basel.

Der Autor S. Lebovici — Leiter das Alfred-Binet-Zentrums für Psychoanalysa in Paris — versucht hier, in ausführlicher Walse Klarhalt in dia Begriffsbestimmung zwischen Psychopathla, infantiler Neurosa und Hysteria beim Kind zu bringan. Es werden vorwiegend grundsätzlicha Begriffe abgehandelt und Unterschiede einzelner infantiler Neurosen herausgearbeitet. Kapitel über Hysterie, Phobien, Zwangsvorstellungen, Charakterstörungen, Hemmungen und dapressiva Zu-

stände sind sehr enschaulich dargestellt, Insbesondere werden sie durch klinische Fellderstellungen bereichert. Die Ausführungen sind fast ausschließlich psychoenalytisch geprägt. Einzelne Kapitel sind etwas ausgeweitet und verlieren dedurch von der Themetik her an Prägnanz. Vom Thema her findet sich aber insgesamt ein guter Überblick.

Dr. med. R. Zenglein, Bayreuth

Rehebilitation und Prävention

Rehebilitation als Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz

Harausgaber: J. F. Scholz, 712 S., 116 Abb., 88 Tab., geb., DM 78,—. Springer-Verleg, Berlin-Heidelberg-New York.

Der Band dokumentiert Vorträge und Diskussionen des Heidelberger Rehabilitationskongresses. Auf über 700 Seiten werden in 24 Symposionbeiträgen zu Fragen, Erfahrungen und Forderungen für dia Rehabilitation Stellung bezogen. — Der Band bietet eine gute Übersicht für den Bereich Rehabilitation für fast alle chronischen Krankheiten, vom psychisch Kranken, Alkoholabhängigen über Herzinfarktpatlenten bis zu Behinderten mit Dysmelie. In übersichtlicher Darstellung findet sich in diesem Band der aktuelle Wissensstand in Fragen der Rehabilitation für die Bundesrepublik.

Professor Dr. med. H. Weber, Benediktbeuern

Das Cennebis-Problem

Verf.: K.-L. Täschner, 212 S., 11 Abb., geb., DM 78,-. Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden.

Der Verfasser des Buches hatte 1974 mit einem weiteren Wissenschaftler (Wanke) von der Staatsanwaltschaft Frankfurt am Main den Auftrag erhalten, ein Gutachten zur Frage der Wirkung und Gefährlichkeit des Haschisch zu machen. Dieses Gutachten fand so breites Interesse, was den Verfasser veranleßte, dieses Buch zu schreiben, wobel er sich ganz wesentlich auf das seinerzeitige Gutachten stützte. Bei der riesigen Fülla vorhandener Litaratur hat sich der Verfassar bemüht, das Thema so gewissenhaft und ausgewogen wie möglich zu bearbeiten, obwohl er ein gewisses personliches Engagement nicht verschweigen kann. Er hat jedoch versucht, die Dinga so darzustellen, daß es dem Leser möglich ist, sich ein eigenes Urteil über die Wirkung und Gefährlichkeit dieser Droge zu bilden. - Zweifelsohne Ist das Buch ein wesentlicher Beitrag zur Diskussion um Drogenproblema.

Dr. med. J. Mertens, Fürth

Sterbenskrenke und die Kirche

Gesellscheft und Theologie / Prexis der Kirche

Verf.: E. Engelke, 200 S., DM 25,—. Matthlas-Grünewald-Verlag, Mainz.

Das Buch bietet aufgrund einer ausgedehnten Kasulstik eine weitgespannte Übersicht über den heutigen Stand der Sterbeforschung. Sealische Führung, sich anpessend an die jeweilige psychosoziela Situation des Sterbenden sowia die Sakramente der Kirche, umzeichnen diesa Hilfa. Dia Umbenennung der Letzten Ölung in Krankensalbung sollta meines Erachtens nicht als Tebuislarung dieses Sakramants verstanden werden, da dia Entschaldung über Leben und Tod in dar Hand Gottas liagt. Daß dia aus dam Glauben artolgenda Bewältigung des Sterbens heute nicht mehr die Regel ist, stellt einen Aufruf en uns elle dar. Eina ausgezeichnete Übersicht über die Problema des Sterbens und dia Hilfe, dia die Kirche dafür geben kann.

Dr. med. W. Fick, Kutzenhausen

Nicht toxische Additivtherapie und diagnostische Verfahren beim Kerzinom

Herausgeber: Professor Dr. S. Rilling, 249 S., 81 Abb., 7 Teb., kert., DM 48,—. Verlag für Medizin Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.

Auf der Basis eigener langjähriger Beobachtungen und unter Berücksichtigung der vielfältigen Literatur gibt der Verfasser einen Überblick über dle Möglichkelten einer nicht toxischen Krebszusatzbehandlung. Er versteht darunter, daß die entsprechenden Präparete lange Zeit ohne Beeintrechtigung des Mineralhaushalts, ohne Beeinträchtigung der Granulopoese, ohne Funktionsstörung der Lymphopoese oder des lymphatischen Gewebes, ohne Schädigung des Darmepithels, des Samenepithels und ohne Auftreten von Haareusfall angewendet werden können. Die Aussagen enderer Autoren zu Fragen der Enzymtherapie, der körpereigenen Abwehr, der Hyperthermie, der Fokalprobleme, der Ozon-, Mistelextrakt-, Neural- und Zelltherepie werden zusammengefaßt und mit den eigenen Erfahrungen verglichen.

Dr. med. W. Rulffs, Nürnberg

Weitliteratur

Verf.: Z. Konstantinovic, 128 S., zahlr. Abb., geb., DM 26,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Nachdem durch elektronische und elektromagnetische Medien eine gelstige Umorientierung bevorsteht, ist es um so erfreulicher, wenn durch eine "vergleichende Problemgeschichte der Weltliteratur neue Denkakzente gesetzt werden. In 18 Kapiteln stellt uns der Autor Schwerpunkte vor, die vom Stoff und seiner Bewältigung her überdauern.

Ob eilerdings mit den großen Vertretern des skandinavischen Naturalismus (H. Ibsen usw.) der Norden Europas erstmals für die Weltliteratur in Erscheinung tritt (wie euf S. 107 geschrieben), läßt sich nur behaupten, wenn man die altisländischen Seges vernachlässigt, die nach F. Renke "wohl die reinste Prose der Weltliteratur" darstellen. – Die "Rend"-Bemerkungen stören vielleicht den Lesefluß stärker els die üblichen Fußnoten bzw. Anheng. – Alles in allem ein lesenswertes Buch.

Das große Buch der schönsten Schwänke

Verf.: B. Bartos-Höppner, 188 S., 34 Abb., geb., DM 20,80. Arena-Verlag Georg Popp, Würzburg.

Der Schelk im Nacken sitzt ellen Helden dieser neuen Sammlung berühmter deutscher Schwänke. Freiherr von Münchhausen erzählt seine ungleublichen Reise- und Jegdebenteuer, die Sieben Schwaben gehen euf Ungeheuerjagd und ersetzen fehlenden Mut durch pfiffige Ausreden, die klugen Schildbürger verwandeln sich in einfältige Narren, und Till Eulenspiegel berichtet von seinem kunterbunten Leben voller Scheberneck. Die Autorin erzählt die alten Geschichten mit flüssiger Feder und voller Humor. Nicht auf grobe Späße kommt es ihr dabel an, sondern auf die Liebenswürdigkeit der Aufschneider, Narren und Schelme.

Mein Sohn Andi

Verf.: B. Krüger, 144 S., kart., DM 16,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Der Sohn der Autorin leidet en einer überaus seltenen Krankheit mit Bewegungsstörungen, der sogenannten Dermatomyositis. Mit Hilfe von Spezialbehandlungen läßt sie sich aber bekämpfen und über Jahre "einschläfern". Einer solchen Behandlung mußte sich Andi unterziehen. Um Ihn nicht allein zu lassen, entschloß sich die Mutter, am selben Ort in einem Altenheim zu arbeiten.



Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmel geändert werden, empfehfen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongre8b0ro bzw. der Auskunttsstelle in Verbindung zu setzen.

April 1981

- 1.-4. Köln: Tegung der Internationalen Gesellschaft für tröpische Dermatologie. Auskunft: Professor Dr.
 G. K. Steigleder, Joseph-Stelzmann-Straße 9, 5000 Köln 41.
- Bad Nauheim: 19. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hirntraumetologie e. V. – Auskunft: Dr. R. Walch, Fachklinik "Lendgrat Friedrich", Postfach 1209, 6382 Friedrichsdorf.
- Berlin: 4. Internationales Seminar tür Ergometrie.
 Auskuntt: Ass. Professor Dr. 1.-W. Franz, Forckenbeckstraße 20, 1000 Berlin 33.
- Kronech: Einführungskurs in die Ultraschalldiagnostik der Inneren Medizin. – Auskunft: Frau Bernschneider, Kreiskrankenhaus, Friesener Straße 41, 8640 Kronech.
- Berlin: Lehrgang über die Problematik der Lärmbelästigung. – Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 9.—12. Bad Wörlshoten: 28. Ärzteseminar tür Anfänger "Autogenes Training". — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.
- Klel: 18. Kongreß der Deutschen Gesellschatt für Ernährung. – Auskunft: Deutsche Gesellschatt für Ernährung e. V., Feldbergstraße 28, 6000 Frankfurt 1.
- 10.-11. Oberaudort: Klinisch-onkologisches Wochenende.
 Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wenger, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 10.-12. Erlangen: 9. Fortbildungsveranstaltung "Neurologie und Psychiatrie tür niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete". Auskuntt: Herr Witkowski, Universitäts-Nervenklinik mit Poliklinik (Kopfklinikum), Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen.
- München: Einführungslehrgang für die kassenärztliche T\u00e4tigkeit. – Auskunft: KVB-Landesgesch\u00e4ftsstelle, Frau Klockow, M\u00fchlbaurstra\u00e4e 16, 8000 M\u00fcnchen 80.
- 13.-25. Meran: Xtlt. tnternetionaler Seminarkongre8 der Bundesärztekemmer und der Österreichlschen Arztekammer. Auskuntt: Kongre8b0ro der Bundesärztekemmer, Postfech 41 02 20, 5000 Köln 41.
- Beyreuth: Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. – Auskunft: Medizineldirektor Dr. W. Ralsch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.

- Forth: Fortbildungsverensteltung des Ärztlichen Kreisverbendes Fürth. – Auskunft: Dr. J. Mertens, Brendenburger Stre
 ße 11, 8510 Fürth.
- Lindeu: 31. Lindeuer Psychothereplewochen. –
 Auskuntt: Sekretariet der Lindeuer Psychotherepiewochen, Orlandostreße 8/IV, 8000 München 2.
- München: 98. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgle. – Auskunft: Protessor Dr. K. Spohn, Moltkestreße 14, 7500 Kerlsruhe.
- 24.-26. Erlangen: EKG-Kurs für Sportärzte (Grundkurs). Auskunft: Frl. Bergmenn, MedizInische Poliklinik, Maximilianspletz 1, 8520 Erlengen.
- Hochbrück: Sportärztliche Ausbildungstagung. Auskuntt: Dr. H. Pebst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- Germisch-Partenkirchen: Tagung der European Society für Surgical Reseerch. – Auskunft: Professor Dr. K. Messmer, Marchioninistreße 15, 8000 München 70.
- 26.-30. Wiesbeden: 87. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. – Auskunft: Protessor Dr. B. Schlegei, Kliniken der Lendeshauptstedt, 6200 Wiesbeden.
- 29. München: Fortbildungsseminar Katastrophenmedizin "Der Polytraumatisierte (Teil I)". Auskunft: Bayerische Lendesärztekammer, Frau Urban, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 30. 4.— Bed Aussee: 27. Ausseer Symposion. Auskunft:
 3. 5. Arztekemmer für Stelermerk, Radetzkystraße 20/I, A-8011 Graz.

"Bayerisches Arztebiatt". Hereusgegeben von der Beyerischen Landesärztekemmer und der Kessenärztlichen Vereinigung Bayerns, inhaber und Verleger: Beyerische Lendesärztekemmer (Körperschaft des ötfentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hens Joechim Sewering, Schrittleitung: Professor Dr. med. Hans Joechim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verentwortlich für den Inheit: Rite Horn. Gemeinseme Anschrift: Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80, Telefon (ü.89) 41 47-1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilege "Beyerische Akademie für ärztliche Fortbildung".

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Hereusgebers oder der Schriftleitung der. Des Recht auf Kürzung bielbt vorbehalten.

Bezugspreis monetlich DM 5,— einschließlich Postzeitungsgebühr und $6^{1/2}$ % = DM \bar{u} ,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Beyerische Lendesärztekemmer (Abt. "Beyerisches Arzteblett"). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitreg enthelten.

Anzeigenverweitung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfech, Sonnenstreße 29, 8000 München 2, Teiefon (0.89) 51.77-1, Fernschreiber: 05/23.662, Telegremmedresse etlespress. Für den Anzeigenteil verentwortlich: Alexender Wisetzke.

Druck: Druckerei und Verleg Hens Zauner jr., Augsburger Streße 9, 8060 Decheu.

Alle Rechte, insbesondere des Recht der Verbreitung, Vervleifättigung und Mikrofotogrefie sowle des Recht der Dbersetzung in Fremdsprechen für elle veröffentlichten Beiträge vorbehelten.

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

ISSN 0005-7126



Städtisches Marienkrankenhaus 8450 Amberg/Opf.

(Lehrkrenkenhaus der Friedrich-Alexander-Universität Erlengen-Nürnberg, 615 Betten, 10 Fachebteilungen) Zentrefe Röntgenabteilung, Cheferzt Dr. Heckrodt

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin einen

1. Oberarzt

(Radiologe, nuklearmedizinische Weiterbildung erwünscht)

Die in Röntgendiagnostik, Nuklearmedizin und Strehlentherepie ge-gliederte Abteilung ist modern eingerichtet (neun Röntgendiagnostik-Arbeitsplätze mit zwei Ebenen, AOT Anglographie, Gemma Cemera mit EDV, konventionelle Therapie und Kobalt-60-Bestrehlungsgerät, Ultraschall).

Alle bewährten, modernen röntgendiagnostischen Untersuchungsver-lahren werden durchgeführt (z.B. Anglographie, Lymphogrephie, Myelo-graphie, PTC), in der Nuklearmedizin Örgendiagnostik, redioimmuno-logische, dynamische und Cleerence Untersuchungen.

Stellenplen der Abteilung: Chefarzt, zwei Oberärzte, sechs Assistenz-

Der Chefarzt ist zur vollen Weiterbildung zum Radiologen ermächtigt. Vergütung nach BAT, zuzüglich Vergütung für Rufbereitschaftsdienst, übliche Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes (Beihilfe, zusätzliche Altersversorgung). Hohe Nebeneinnahmen werden zugesichert.

Amberg (ca. 50 000 Einwohner) liegt zwischen Nürnberg und Regens-burg in reizvoller Landschaft mit hohem Freizeitwert, elle Schulen em Ort.

Nähere Auskünfte Cheferzt Dr. Neckrodt, Telefon (99621) 1 50 81. Bewerbungsunterlegen werden erbeten innerhalb von zwei Wochen nach der Ausschreibung en des Personalemt der Stedt, Postlech, 8450 Amberg.



Am Pathologischen Institut des Leopoldine-Krenkenhauses der Stadt Schweinfurf

(Chefarzt Professor Dr. Heine), Lehrkrenkenheus der Universität Würzburg, ist die Stelle

Oberarztes

zum 1. April 1981 oder später zu besetzen.

Gesucht wird ein Pethologe (eventuell Kollege im fetzten Weiterbildungsjahr), der in der Lage ist, den Chefarzt zu vertreten. Gute Kenntnisse auf dem Obduktions-, Blopsle-, Cytologieund Gutachtensektor sind deshelb erforderlich. Auf ein gutes Betriebsklima wird Wert gelegt. Möglichkeiten zu wissenschaftlicher Arbeit sind gegeben.

Des fnstitut wird voreussichtfich am 1. April 1981 den Betrieb aufnehmen und ist methodisch sehr gut eusgestattet (Stellenplan 1 - 1 - 1).

Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag und Nebeneinnahmen durch den Chefarzt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Personalemt der Stadt Schweinfurt. Stedt Schweinfurf, Postfach 4440, 6720 Scheinfurt

Im KEISKRANKENHAUS, 8482 NEUSTADT a. d. Waldnaab ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines

Assistenzarztes

auf der Chirurgischen Abtailung – Leitung OMD Dr. F. Meyer –

Das Kreiskrenkenheus Neustedt a. d. Waldnaab, Grundkrankenhaus mit zur Zeit 174 Betten und den drei Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe ist seit 1976 erweitert und auf den modernsten technischen Stand gebrecht.

Eine gute Welterbildung in der Allgemein- und Unfaflchirurgie ist ge-währleistet. Der Leitende Chefarzt ist zur Welterbildung ermächtigt. Bei Interesse besteht euch die Möglichkeit geburtshilflich-gynäkologisch tätig zu sein.

gisch tatig zu sein.

Die Bezehlung erfolgt bei einer 5-Tage-Woche nech den tarlfrechtlichen
Bestimmungen des BAT einschließlich eiler sozieler Leistungen und
Vergütung der Beschäftigten im öffenttlichen Dienst. Der Bereitschaftsdienst wird nech der SR 2c zum BAT vergütet.

Neustedt e. d. Weldneab liegt in einer landscheftlich reizvollen Gegend in unmittelbarer. Nähe der kreisfreien Stadt Welden.

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

Bei der Wohnungsbescheffung ist das Landratsamt behilflich.

Bewerbungen sind zu richten en den

Leitenden Arzt des Kreiskrankenhauses Neustadt a. d. Waldnaab, OMD Dr. F. Meyer — Tel.-Nr. (0 96 02) 771 —

bzw. an das

Landretsamt Naustadt a. d. Waldnaab Tal.-Nr. (0 96 02) 7 92 54

Orthopädie:

Für große Praxis in Kreisstadt Oberbayerns Assistent gesucht. Praxisübernehme vorgesehen.

Anfragen unter Chiffre 2064/36.

Beim Kreiskrenkenheus Mühldorf e. Inn (320 Betten, 80 km östlich Münchens, Gebirgsnähe, sämtliche weiterführenden Schulen im Landkreis) ist euf der Chirurgischen Abteilung ab 1. April 1981 die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind bis 28. Februer 1981 bei der

Heupt- und Personelverwaltung des Landratsamtes Mühldorf am Inn, Töginger Streße 18, 8260 Mühldorf em Inn, einzureichen.



Am Städt. Marienkrankenhaus Amberg (Lehrkrenkenhaus der Universität Erlengen-Nürnberg)

ist ab sofort dle Stelle eines

1. Oberarztes der Pädietrischen Abteilung

zu besetzen.

Die Pädietrische Abteilung umfeßt zur Zeit 70 Betten einschließlich Intensiv-, Frühgeborenen- und Infektionsstation. Vollständige Weiterbildungsmöglichkeit durch den hierzu ermächtigten
Chefarzt. Der Bewerber muß Kinderarzt sein, den Chefarzt in
klinischen und organisatorischen Belangen voll vertreten können. Spezielkenntnisse in der Intensivmedizin, Perinetologie
oder Neuropädiatrie sind Bedingung.

Das Krankenhaus umfaßt zur Zeit 615 Betten mit folgenden Fachebteilungen: Med. (m. Dielyse-, Intensiv- und infektionsstat.); Chir. (m. Unfall-, Thorex-, Gefäß- und Kinderchir. Stet.); Gyn./Geburtsh. (m. onkolog. Stat.); Anaesthesie (m. oper. Int. Stat.); Rö. (m. Nuklearmed. Diagnostik und Bestrehlung); HNO; Ophthalmologie; Urologie; Patholog. Institut.

Die Vergütung erfolgt nach BAT Ib/Ia, zusätzlich Nebeneinnahmen.

Amberg (ce. 50 000 Einwohner) mit einem Einzugsgebiet von ca. 150 000 Einwohnern ilegt zwischen den Städten Nürnberg und Regensburg; Autobehnenschluß, mehrere Gymnasien und weiterführende Schulen, Theater, Bibliothek, Sportanlagen etc. befinden sich am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlegen sind zu richten an das

Personalamt der Stadt Amberg, Marktplatz 11, 8450 Ambarg.

Privatnervenklinlk Gauting bei München

Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütsfelden, Psychotherapie. Alle Kassen. Die Klinik ist lendscheftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

> Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0.89) 8 50 60 51 wochentags euch Telefon (0.89) 53 20 02

Assistenzarzt

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

Hilfe · Hoffnung · Heimat

Die Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission E. V. suchen für das Krankenheus Rummelsberg

Chefarzt/-ärztin

für die Neurologische Abtellung.

Wegen Einfritt in den Ruhestand des bisherigen Stelleninhabers ist die Stelle demnächst neu zu besetzen.

Die Neurologische Abteilung umfaßt derzeit 45 Betten und soll in den kommenden Jahren erweitert werden.

Wir erwarten uns einen Arzt für Neurologie und/oder Psychiatrie, der aufgrund langjähriger Erfahrungen das ausgeschriebene Fachgebiet beherrscht und bei guler interdisziplinärer Kooperation (Ortho-pädie 300 Betien, Innere 70 Betien), seine medizinischen und insbesondere geisteswissenschaltlichen Interessen im Rahmen der diakonischen Arbeit neurologischen Problempatienten ebenso angedeihen läßl, wie Menschen, die einer psychosomatischen Behandlung bedürfen.

Anstellung und Vergütung erlolgen nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland, die dem BAT entsprechen. Liquidationsrecht wird eingeräumt, eine zusätzliche Altersversorgung wird angeboten.

Au8erdem ist die Stelle eines(r)

Assistenzarztes/-ärztin

sofort oder späler zu besetzen.

Rummelsberg – ein großer Anstallsbereich – liegt 20 km südöstlich von Nürnberg an der B 8 (Aulobahn Berlin-München). Alle welterführenden Schulen sind in Nürnberg, Altdorf oder Neumarkt.



Rewerbungen werden erbeten an den Vorstand der Rummelsberger Anstallen, Rummelsberg 2, 8510 Schwarzenbruck, Telefon (0 91 28) 72 22 12 bzw. 72 22 16.

Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission E.V.

Kurklinik im Allgäu

Bewegungs- und Übungsbehandlung, Kneipp-Theraple, 132 Betten, drei Ärzte, sucht für Anfang 1981 einen

der Interesse an sportmedizinischen Fragen het, auch selbst gerne Sport treibt und weitgehend selbständig arbeiten möchte.

Kureinrichtungen: medizinische und Kneippsche Badeabteilung, Ergometrie, Spielhalle, Gymnastikraum, Zirkeltrainingsreum, Schwimmbecken (werm und kelt), Sauna, Freispiel-

Zur Kur gehören eu8erdem geführte Bergwanderungen, Waldlauf, Radtouren, Skifahren, Ballspiele, autogenes Trel-

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an den Leitenden Arzt,

Dr. med. Rolf Kuhn, 8942 Otfobeuren Kurklinik em Bennweld, Telefon (0 83 32) 88 11

Jüngerer

Pathologe

als Mitarbeiter an Pethologischem (Privat-) Institut in süddeutscher Großsladt gesucht. Vergülung übertariflich, spätere Assoziation möglich.

Anlragen unter Chiffre 2064/65.

Arzt für Allgemelnmedizin

in Augsburg sucht Arztin zur Mitarbeil, eventuell auch halb-tags. Weilerbildungsberechtigung ilegt vor.

Anfragen unter Chiffre 2064/37,



Compur Anrufbeantworter (09 11) 66 0 88 **DEISS** - Elektronik

Kreiskrankenhaus Lichtenfels

Wir suchen für unsere Abteilung für Radiologia ab 1. April 1981 odar späler

1 Oberarzt

Arzt oder Xrztin für Radiologie

Oberarztstelle BAT le; alle Sozialleistungen des öftentlichen Dienstes; hohe Nebeneinnahmen aus der Ambulanz des Leitenden Arzies und aus einem Pool; Einnahmen eus Rufbereitschaft und Unterricht an

der Krankenpflegeschule;

10 Tage bezahlten Fortbildungsurlaub pro Jahr, Unkostenersiallung bei Kongreßreisen; kollegiale Zusammenarbeit;

Milhille bei der Wohnungsbeschaffung.

Das Im Jahr 1973 in Betrieb genommene Kreiskrankenhaus (404 Betten, fünf Fachabteilungen, zwei Be-Belegabteilungen) ist modern eusgestaffel. In unserer zentralen Röntgenabteilung (Röntgendlagnostik und nuklearmedizinische Diagnostik) werden jährlich ca. 140 000 Leistungen durchgeführl (3 BV-FS-Plätze, Angiographie, Mammographie, große Ambulanz, Isotopenfabor).

Lichtentels ist eine Kreisstadt in Nordbayern mit ca. 20 000 Einwohnern, Alle Schulen am Ort. Gute Verkehrsverbindungen nach Nürnberg, Erlangen und Würzburg.

Bewerben Sie sich bitte sofort.

Bewerbungen an:

Kreiskrankenhaus - Varweitung, Professor-Arneth-Stra8a 2, 8620 Lichtenfels, Telefon (0 95 71) 12 - 391

Dr. med. E. Schöner, Leitender Arzt der Abteilung tür Radiologie, Kreiskrankanhaus Lichtenfels, Telelon (0 95 71) 12 - 293

Oberfranke,

Allq. Praktiker

zwischen Heldelberg und Karlsruhe suchl gut ausgebildeten Nachfolger für Mitte 1981.

Antragen unter Chiffre 2064/52

München oder Ravern

Kinderarzt -- Chirurg

Langjährige Klinikerfahrung, sucht Praxisübernahme mil Belegbetten, auch Ailgemeinpraxis kinderspezifisch orientiert.

Antragen unter Chiffre 2064/49.

Deutsche Arztin

sucht Dbernahme einer Allgemeinpraxis im südostbayeri-schen Raum für Ende 1981 oder Anfang 1982, Vertretung mög-

Anfragen unter Chiffre 2064/58.

Deutscher, 30 Jahre, verheiratel, ein Kind, H-Arzt, sucht ab Oktober 1981 Übernahme einer großen

Landpraxis

in Mittel-, Oberfranken oder der Oberpfalz. Vorherige Vertretungszeit erwünscht.

Angebote unter Telefon (06105) 79 52 oder Chilfre 2064/57.

Übernahme einer großen Allgemeinpraxis

im Laufe 1981 gesucht. Anfragen unter Chiffre 2064/48.

CTA

sucht alundenweise Mikroskopiertätigkeit, eventuell auch zuhause, elgenes Mikroskop vorhanden.

Anfragen unter Chiffre 2064/35

Arzt für Allgemeinmedizin

mit tünijähriger klinischer Welterbildung möchle zum 1. Juli 1981 oder später eine Landpraxis in Frenken übernehmen. Anfragen unter Chiffre 2064/59.

Für die Monate März, April 1981

Urlaubsvertretung

erfahrener HNO-Arzt. Anfragen unter Chiffre 2064/38.

seit acht Jahren im sozialmedizinischen Bereich tätig, sucht Teilzeilbeschältigung im Raum Nürnberg Fürth-Erlangen.

Anfragen unter Chiffre 2064/66.

Vertretung in **Allgemeinpraxis**

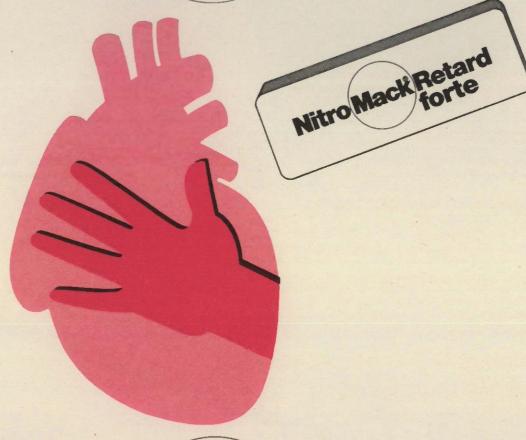
in der Zeit IV, bis IX. 1981 ge-

Aniragen unter Chiffre 2064/47.



Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack Retard



Seda Nitro Mack Retard



Heinrich Mack Nacht., Chem.-pharm. Fabrik, 7918 Jilertissen

Zusammensetzung: Nitro Mack Retard: 1 Kapset mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin. Nitro Mack Retard forte: 1 Kapset mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin. Sede Nitro Mack Retard: 1 Kapset mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin. Sede Nitro Mack Retard: 1 Kapset mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebietet
Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebietet
Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebietet
Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. Anwendungsgebietet
Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin beobarbital Schwindel, 5 mg Nitroglycerin beobarbital Nebenwirkungen (Kopfschmerz
Schwindel, Dibelkeit, Tachkardie, Bitatdrucksbalbil) treten nach Nitroglycerin beobarbital verbanden und vermindert auf

Wechselwirkungen: Durch Seda Nitro Mack Retard kann die Wirkung zentraldämptender Pharmaka verstärkt werden. Cumarin-Derivate, Griseofulvin und orale Kontrazeptiva erleicien einer beschleunigten Wirkungsverlust. Während einer Antikosgulantien-Therapie erfordem Barbituratgaben daher eine genaue Kontrolle der Butgerinnungsgemäßen Gebrauch, das Rejaktionsvermögen soweit verändern, das die Fähigkeit zur aktiven Teilnahmhe am Straßenverkehr loder zum Becktionsvermögen soweit verändern, das die Fähigkeit zur aktiven Teilnahmhe am Straßenverkehr loder zum Becktionsvermögen soweit verändern, das die Fähigkeit zur aktiven Teilnahmhe am Straßenverkehr loder zum Becktionsvermögen soweit verändern, das die Fähigkeit zur aktiven Teilnahmhe am Straßenverkehr loder zum Becktionsvermögen soweit verändern, das die Fähigkeit zur aktiven Teilnahmhe am Straßenverkehr loder zum Becktionsvermögen soweit verändern, das die Fähigkeit zur aktiven Teilnahmhe am Straßenverkehr der zum Becktionsvermögen und Packungsgrößen: Nitro Mack Retard O.P. mit 50 Kapseln DM 18,95; O.P. mit 100 Kapseln DM 28,10; O.P. mit 100 Kapseln DM 32,50; A.P. mit 5 x 100 Kapseln Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 38,10; O.P. mit 100 Kapseln DM 49,45; A.P. mit 5 x 50 Kapseln DM 50



Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

"Bayerisches Ärzteblatt" - April 1981

Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Schmerzen

Der Notfall: Bandscheibenvorfall

bearbeitet von Professor Dr. H. Hess, Saarlouis

Symptomatik:

Starke intermittierenda oder anhaltende Schmerzen im Gasäß und/oder Leiste, Oberschenkel, Wada, Fuß (aventuell beidersaits), Ruhaschmarzen, Sitzschmerzen odar Belastungsschmerz, Kreuzschmerz nicht obligatorisch!

Sensibla oder motorische Ausfälle im Bereich einer oder mehrerer Nervenwurzeln, gelegentlich Störung von Blasen- und/oder Darmmotorik — (gezielt fragen). Reflexabschwächung, Bawegungselnschränkung der LWS, Auswalchskoliose, Nervandruckpunkta, Insartionstendopathische Druckpunkte, z. B. hintere Spinae und im Zwischendornfortsatzbereich 4/5, 5/S1

Anamnese:

Oft früher gehäuft Hexenschüsse (ohne Beinschmerz). Jetzt ohne ersichtlichen Anlaß oder nach Erkältungen, Varhaban o. ä. Bainschmarzan. Salten als echta Traumafolga. Beginn akut odar schleichend

Sofortdiagnostik:

Schmerzprojektion, Parästhesien, Hypästhesien oder Gefühl der motorischan Schwächa erfragan (Hinwais auf Lokalisation des Vorfalls). Husten-, Nies- oder Preßschmarz erfragan. Miktions- und Defäkationsstörungen eruiaren.

Prüfung dar LWS-Bewaglichkeit (bei ausgestoßenem Vorfall eventuell frei)

Lesègua prüfen (bei ausgestoßenem Vorfall unter Umständen negativ)

Reflaxe, Sensibilität und Motorik prüfen (Fersengang, Zehenspitzengang, Zehenbeugar und Zehenstrecker, Fußheber und Fußsenker)

Druckpunkta ertasten (Dornfortsätze, hintere Spinae, Beckenkamm, Ischiasdruckpunkte)

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Stark wirkendes Analgetikum – für nachts eventuell Oplata –. Hoch dosierte Antirheumatika, am bestan i. m. – lokal feuchte Wärme, aventuell warmes Bad – entspannta Lagarung (Stufanlagerung: beide Unterschenkel auf zwei übereinandergestepelte Schubladen, die mit Kissen, Dacken usw. gepolstart sind) – Infiltration dar Schmarzpunkta mit Implatol oder einam Gemisch von 1 Amp. Corticosteroid und 20 ml Lokalanästhetikum – Abführmittel zur schmerzlosen Darmentleerung – Patienten aufklären, daß das Auftreten von Blasen- und Mastdarmstörungen, sowie von Lähmungserscheinungen des Fußes Alarmsymptoma sind.

Eventuell paravertebrala infiltration (cave: intradurale injaktion)

Indikation für die sofortige Überweisung zum entsprechenden Fachspezialisten bzw. in die Kilnik: Chiropraktische Meßnahmen nur mit äußerster Zurückhaltung (Gefahr der Perforetion und Lehmung). Motorische Ausfälle der Beine sowie Störungen der Blasen- und Darmmotorik sollten Anlaß zur Überweisung zum Fechspezielisten bzw. In eine Orthopädische oder Neurochirurgische Kilnik seln. Bei Blesen- und Darmlähmung besteht eine Notfallsituetion mit dringlicher indikation zur sofortigen Operetion.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen: Die normale Röntgenaufnahme hilft im ellgemeinen diagnostisch nicht weiter, sollte jedoch zum Ausschluß eines entzündlichen bzw. tumorösen Geschehens verenleßt werden. Bei unklerer Symptomatik, insbesondere mit neurologischen Ausfällen, empfiehlt sich zum Ausschluß einer Systemerkrankung eine neurologische Zusetzuntersuchung sowie eine Myelographie mit Liquoruntersuchung und eventuell Elektromyogremm. Eine Herdsanierung (Tonsillen, Nebenhöhlen, Zähne usw.) sollte bei chronischem Verlauf durchgeführt werden.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen: Häufige Verwechslung mit "Lumbago" und "Pseudolschialgie". Lumbego: Fixierte LWS, sterk schmerzhaft, jedoch keine typische Ausstrahlung ins Bein. Neurologische Symptome fehlen.

Pseudoischieigie: In Oberschenkelrückseite ausstrahlende Schmerzen meist unter Belestung. Ausgangspunkt sind die äußerst druckempfindlichen Spinae iliacae posteriores (Ursprung der Glutäalmuskeln). Neurologische Symptome fehlen. Lasègue manchmal "pseudopositiv", verschwindet nach Infiltration des Schmerzpunktes.

Spineltumoren und neurologische Systemerkrankungen können mit ischlalgiformen Schmerzen einhergehen. Beginnt jedoch fast nie so akut, Schmerzprojektion melst nicht so streng im Wurzelgebiet und neurologische Symptome bunter. Entzündliche und tumoröse Erkrankungen der LWS mit begleitender Wurzelkompression imponieren melst durch zusätzliche stärkere Lokelschmerzen en der Wirbelsäule selbst. Beginn selten akut (Rö.-Übersichtsaufnahmen, Tomographie, Szintigraphie; Blutbild, BSG, Temperetur)

Koxarthrosen oder Koxitiden können ähnliche Beinschmerzen verursachen, bieten jedoch typische Bewegungsschmerzen und Bewegungseinschränkungen des Hüftgelenkes.

Rheumetische Erkrenkungen (z. B. Spondylarthritis enkylopoetica). Mehr Lokalschmerzen Im Kreuz, keine neurologischen Symptome