



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

April 1981

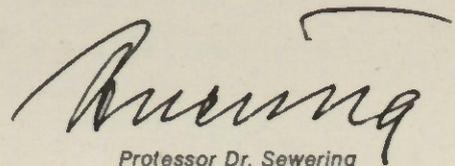
Zur Kenntnis genommen:

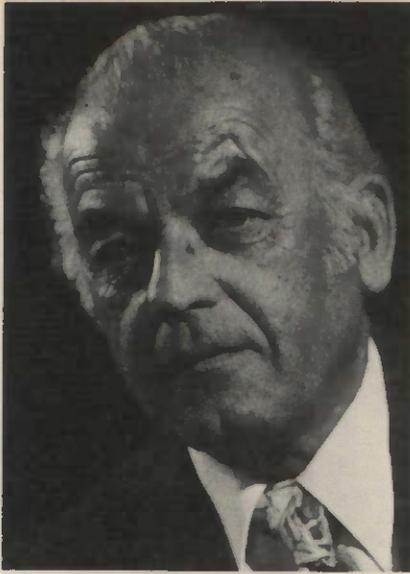
Das Thema „Sterben“ teucht seit einiger Zeit in der Publizistik immer wieder — man könnte auch sagen immer öfter — auf. Wenn davon geschrieben und gesprochen wird, so kann man darüber nur froh sein. Daß Sterben eine zwangsläufige Konsequenz des Geborenwerdens und Lebens ist, wurde in der öffentlichen Meinungsbildung vielfach zu sehr verdrängt. Die Sterblichkeit ist und bleibt hundert Prozent. Deran würde sich auch dann nichts ändern, wenn die Krebserkrankung morgen behandlungsfähig wäre wie heute die Tuberkulose oder wenn es sofort keine einzige Zigarette mehr geraucht würde. Weder der Fortschritt medizinischen Wissens und Könnens noch die vernünftige Lebensführung aller Menschen können das Gesetz des Sterbenmüssens verändern. Aber den Menschen würde eine höhere Lebenserwartung bei längerer Gesundheit, also mehr Lebensfreude, ins Haus stehen. Dazu lohnt es sich vielleicht, ein paar Anmerkungen zu machen. Als erstes: die Medizin würde dadurch mit Sicherheit nicht billiger. Natürlich könnte eine vernünftige Lebensweise der Jungen zu Einsparungen führen, weil Folgeerkrankungen von Alkohol, Nikotin und Überernährung zurückgingen. Einiges davon würde allerdings durch die Zunahme der Sportverletzungen ausgeglichen. Kostensteigerungen würden eintreten durch Maßnahmen zur Früherkennung von Erkrankungen mit dem Ziel ihrer besseren Heilung. Als wesentlicher Faktor muß aber bedacht werden, daß höhere Lebenserwartung im Ergebnis eine Zunahme alter Menschen bedeutet. Nachdem der Tod in aller Regel nicht aus voller Gesundheit heraus eintritt, würde es also dann mehr Behandlungsbedürftige in diesen Altersgruppen geben. Mehr Lebensfreude, mehr Lebenserwartung kosten eben ihren Preis; einen bezahlbaren Preis, wie ich meine. Für die Rentenversicherung entstünden Probleme, die nach heutigen Denkmustern unlösbar wären. Fest täglich kann man lesen, daß irgendein Sprecher einer Partei oder Gewerkschaft energisch eine weitere Herabsetzung des Rentenalters und der Wochenarbeitszeit gefordert habe. Die derzeitige „einstufige“ Regelung wird mehr und mehr in Anspruch genommen. Bereits der 59jährige wird zunehmend in den Betrieben als Belastung empfunden. Längere Gesundheit und längeres Leben, sei es durch vernünftige Lebensweise oder durch erfolgreiche Bekämpfung von Krankheiten, und zugleich Verkürzung der Lebenserbeitszeit lassen sich aber nicht miteinander vereinbaren.

Die Arbeitenden müssen nach dem „Generationenvertrag“ für die Versorgung, also für die Renten der Ruheständler, aufkommen. Das wird nur möglich und tragbar bleiben, wenn das Verhältnis der Arbeitenden, also Zahlenden, zu den Empfangenden, also zu den Rentenempfängern, in einer vertretbaren Relation bleibt. Schon die derzeitige Bevölkerungsentwicklung mit den Folgen des Geburtensturzes nach 1964 wird uns hier vor eine schier unlösbare Aufgabe stellen. Gelänge es, die Lebenserwartung der Menschen wesentlich zu erhöhen, würde

ein grundlegendes Umdenken unabwiesbar. Wenn die Menschen länger „jung“ und gesund bleiben, dann müßte es zur Selbstverständlichkeit werden, daß sie auch länger im Arbeitsleben bleiben. Allerdings gehört dazu auch, den lieben Mitmenschen begreiflich zu machen, daß Arbeit und Produktivität keine Strafe Gottes sind, sondern Lebensinhalt. Die Menschheit kann nur weiterleben, wenn sich jeder von uns als Glied in der Kette der Generationen begreift und bekennt. Das aber bedeutet auch Bereitschaft, seinen Beitrag zum Leben und Fortleben der menschlichen Gesellschaft so gut und so lange wie möglich zu leisten. Es bleiben ohnedies genug Menschen, die vom Schicksal benachteiligt oder geschlagen sind und keinen Beitrag zum Weiterleben leisten können. Für sie zu sorgen, ist unsere Aufgabe. Darüber habe ich vor einem Monat geschrieben. Also: wer ständig mehr Gesundheit fordert — sei es durch Fortschritt der Medizin oder durch Verhaltensänderung der Menschen — und gleichzeitig die immer weitere Verkürzung der Arbeitszeit, der wöchentlichen oder der lebenslänglichen, macht sich der Irreführung unserer Menschen schuldig. Es ist eine Heuchelei ohnegleichen, den Bürgern vorzugaukeln, beides sei unter einen Hut zu bringen. Eine Rente, die den Lebensstandard erhalten soll, kann nur von einer breiten und gut besetzten Schicht Berufstätiger erarbeitet werden. Wenn ein gesundes Zahlenverhältnis der Arbeitenden zu den Rentenbeziehern nicht gesichert ist, wird die Pleite unvermeidbar: entweder würden die Arbeitenden durch höhere Beiträge bis zur Erschöpfung ausgepreßt oder die Renten immer niedriger. Beides wäre gleichermaßen beklimmend. Verlängerte Lebenserwartung bei mehr Gesundheit würde nicht Geschenk, sondern Strafe bedeuten.

Nun könnte durchaus jemand kommen und erklären, solche Überlegungen seien geeignet, den Willen zum gesundheitlichen Umdenken (Schluß mit der Zigarette) zu gefährden. Diesen Einwand lasse ich nicht gelten. Wer sich zum medizinischen Fortschritt bekennt, wer bereit ist, für vernünftigere — also gesündere — Lebensweise einzutreten, muß auch bereit sein, sich zur zentralen Bedeutung der Arbeit für unsere Gesellschaft zu bekennen. Das eine ist vom anderen nicht zu trennen. Nur so kann der Wunsch nach längerer Gesundheit und Lebenserwartung positiv verstanden werden. Über das Sterben und die Sterbehilfe habe ich schon einmal 1975 geschrieben. Neuerdings ist sogar von Sterbekliniken die Rede. Dieses Thema bedarf einer nochmaligen gesonderten Betrachtung.


Professor Dr. Sewering



Hermann Braun ein Fünfundsechziger

Hermann Braun, ein geborener Oberpfälzer, ist seiner Heimat treu geblieben. Geboren am 2. April 1916 – mitten im ersten Weltkrieg –, Volksschule und Gymnasium in Regensburg, Medizinstudium in München mit Bestallung und Promotion 1942. Soldat und Sanitätsoffizier im zweiten Weltkrieg mit Polen-, Frankreich- und Rußlandfeldzug, und Kriegsgefangenschaft, ausgezeichnet mit dem Eisernen Kreuz II. und I. Klasse sowie dem Infanteriesturmabzeichen. Sofort nach Kriegsende kehrte er in seine Oberpfalz zurück, gründete eine Praxis als praktischer Arzt in Nittendorf bei Regensburg und ist seither dort als typischer Landarzt tätig, von seinen zahlreichen Patienten gesucht und verehrt. Schon vor einigen Jahren hat er seinen Schwiegersohn in die Praxis aufgenommen, nun wird sich auch einer seiner Söhne dem beruflichen Weg des Vaters anschließen. Er hat es verstanden, seine Liebe zum Landarzt auf die Jugend seiner Familie zu übertragen.

Was Hermann Braun als Landarzt geleistet hat, wäre für sich allein wert, als volles Lebenswerk gewürdigt zu werden. Doch er hat es dabei nicht bewenden lassen. Schon 1948 stellte er sich für die Mitarbeit in der ärztlichen Selbstverwaltung zur Verfügung und hat seither unermüdlich immer wieder neue Aufgaben übernommen. Es begann mit dem dornenvollen Amt eines Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses seiner oberpfälzischen KV-Bezirkstelle, 1954 Delegierter zum Bayerischen Ärztetag, 1958 2. Vorsitzender des heimatischen Ärztlichen Kreisverbandes Regensburg und des Bezirksverbandes Oberpfalz. 1966 folgte er als 1. Vorsitzender seinem hochgeschätzten Vorgänger Ferdinand von Velasco. Damit wurde er zugleich Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer. Schon im Jahre 1969 wählte ihn der Bayerische Ärztetag zum Vizepräsidenten. In diesem Amt folgte er Gustav Sondermann, einem Grandseigneur der bayerischen Ärzte. Daß Hermann Braun in diesen Ämtern mehrfach bestätigt wurde, zeigt, wie sehr es ihm gelungen ist, nicht nur ein eigenes Profil zu gewinnen, sondern auch durch seine Leistung zu überzeugen.

Dem Hartmannbund schloß sich der Jubilar schon 1950 an und gründete den Bezirksverband Oberpfalz. 1971 wählten ihn die HB-Mitglieder zum 1. Vorsitzenden des

Landesverbandes Bayern und schon ein Jahr später wurde er 1. Stellvertreter des Bundesvorsitzenden. Auch für die Rot-Kreuz-Arbeit stellte er sich schon 1947 zur Verfügung und arbeitete in der Oberpfalz als Vorstandsmitglied und einige Jahre als stellvertretender Chefarzt mit. Als 1974 der Landesverband Freier Berufe in Bayern einen neuen Vorsitzenden zu wählen hatte, war die bayerische Ärzteschaft angesprochen. Noch heute bin ich dankbar, daß er meiner Bitte folgte und sich als Kandidat zur Wahl stellte. In diesem Amt hat er seither viele fruchtbare Initiativen entwickelt und die Probleme der Freien Berufe – zusammen mit seinen Vorstandskollegen – in das Bewußtsein der Öffentlichkeit und Politik gebracht. Aus der Verpflichtung dieses Amtes heraus mußte er 1976 noch die Last des Vorsitzenden des Institutes für Freie Berufe übernehmen. Die Bedeutung der ärztlichen Fortbildung war ihm stets bewußt. Er gehört seit 1966 dem Kollegium für die ärztliche Fortbildung in Regensburg an und hat im Ärztlichen Kreisverband Regensburg unzählige Fortbildungsabende organisiert. Sein Engagement für die Allgemeinmedizin führte ihn in die Akademie für Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer, deren stellvertretender Vorsitzender er seit vielen Jahren ist. Bleibt schließlich abrundend der Hinweis, daß Hermann Braun bereit war, meinen Platz im Präsidium der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin einzunehmen, deren stellvertretender Präsident er seit 1974 ist.

Größere Anerkennungen wurden dem Jubilar für seine lebenslange Leistung zuteil: 1972 Ernst-von-Bergmann-Plakette für Verdienste um die ärztliche Fortbildung, 1973 Steckkreuz des Freistaates Bayern für besondere Verdienste um das Bayerische Rote Kreuz, 1974 Bundesverdienstkreuz 1. Klasse, schließlich als bisheriger Höhepunkt 1979 der Bayerische Verdienstorden.

Die Würdigung eines verdienten Mannes und Arztes kann sich nicht nur in Daten seines beruflichen Lebens erschöpfen. Hermann Braun ist für mich stets das Beispiel eines musischen und zutiefst gläubigen Menschen; er ist ein Ehemann und Familienvater aus einer „Welt, die in Ordnung ist“. Seine Einstellung zu Ehe und Familie hat er viele Jahre lang auch an die jüngeren Generationen weitergegeben: eine Unzahl von Vorträgen im Rahmen der katholischen Eheberatung legen dafür beredtes Zeugnis ab. In langen Jahren gingen wir Seite an Seite unseren zeitweise mühsamen Weg. Dabei hat er mir eine Sorge bereitet: die „Mißhandlung“ seiner Gesundheit. Während wir im Mai 1979 auf dem Deutschen Ärztetag waren, mußten wir ernste Sorge um ihn haben. Nach seiner Genesung hat er sich wieder voll seinen Pflichten zugewandt. Hier obsiegt die völlige Identifizierung eines Mannes mit seinen Aufgaben.

Ärzte, ärztliche Berufsvertretung, aber nicht minder unsere ganze Gesellschaft sind auf Männer angewiesen, die bereit sind, sich in ihren Aufgaben zu verzehren. Einer von ihnen ist Hermann Braun. Der landläufige Spruch „ad multos annos“ gilt deshalb ihm selbst, seiner lieben und liebenswerten Frau Maria, seiner Familie und uns allen.

H. J. Sewering

Pränatale Diagnostik

Bericht über 1000 Untersuchungen in Erlangen

von R. A. Pfeiffer, M. Meisel-Stosiek und B. Weber

Aus dem Institut für Humangenetik und Anthropologie der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. med. R. A. Pfeiffer)

— Herrn Professor Dr. med. G. Koch zum 68. Geburtstag gewidmet —

Die Pränataldiagnostik hat in den letzten Jahren sehr rasch Anerkennung und Verbreitung gefunden, weil die derzeitige Rechtslage den Schwangerschaftsabbruch bei nachgewiesener kindlicher (eugenischer) Indikation sichert, und das Untersuchungsrisiko für Mutter und Kind ebenso abgenommen wie die Zuverlässigkeit der Untersuchungsergebnisse zugenommen hat. Die Bundesärztekammer hat zuletzt in einer Stellungnahme am 24. Januar 1980 im „Deutschen Ärzteblatt“ die Bedeutung der Pränataldiagnostik begründet und ihren Ausbau nachdrücklich gefordert.

Sie wird empfohlen, wenn ein überdurchschnittlich hohes kindliches Mißbildungs- oder Krankheitsrisiko besteht. Die Untersuchung schließt nicht zwangsläufig die Absicht des Schwangerschaftsabbruches ein, erübrigt sich aber, wenn einer Interruption nicht zugestimmt würde.

In der Tabelle 1 sind die wichtigsten Indikationen zur Pränataldiagnostik zusammengestellt. Ihre Anwendung an 1000 Fruchtwasseranalysen wird im folgenden geschildert und kommentiert*).

1.

Im Institut für Humangenetik der Universität Erlangen-Nürnberg wurden von Mai 1974 bis Juli 1980 1000 pränatale Untersuchungen durchgeführt. In 64 Prozent der Fälle erfolgte die Amniozentese in der Universitäts-Frauenklinik (Direktor: Professor K. G. Ober), in 20 Prozent in der Geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Marienkrankenhauses

Amberg (Leiter: Professor Dr. D. Berg). Der Rest verteilt sich auf 28 Krankenhäuser in einem Einzugsgebiet, das sich über Mittelfranken und Oberfranken und die Oberpfalz erstreckt. Andere Bereiche waren nur sporadisch vertreten. Trotz eindringlicher Bitte erfolgte eine Meldung über den Ausgang der Schwangerschaft und den Zustand des Kindes nur in knapp 90 Prozent.

Anzahl Amniozentesen

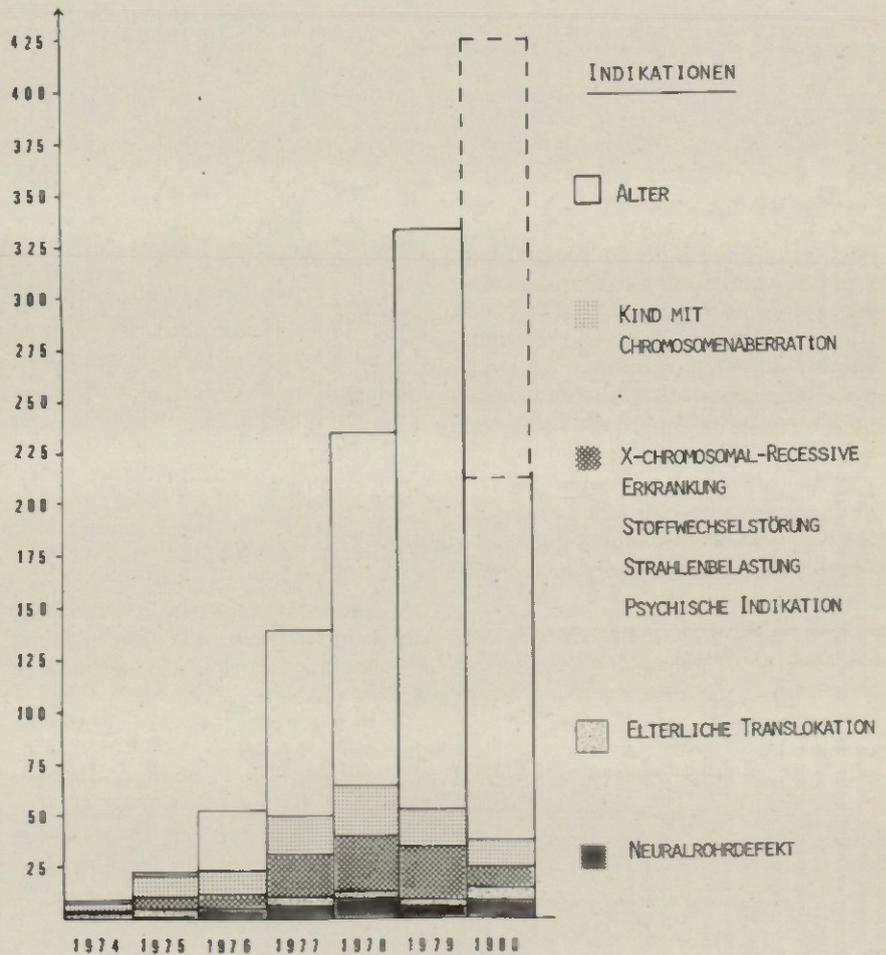


Abbildung Häufigkeit der Indikationen zur Amniozentese

Kommentar: Die Amniozentese wird in der Regel in der 16. Schwangerschaftswoche vorgenommen. Das Fruchtwasser, 15 bis 20 ml, wird in der Einmalspritze dem Labor zuge stellt. Durch Postversand werden die darin aufgeschwemmten Zellen nicht geschädigt.

2.

Die Zahl der Untersuchungen ist in dem genannten Zeitraum kontinuierlich angestiegen. Die Zunahme erfolgte vor allem zugunsten des Altersrisikos (s. Abb.).

Kommentar: In dem Labor waren bis 1978 nur eine, erst seit dem 1. Januar 1980 regelmäßig zwei technische Hilfskräfte beschäftigt. Die dadurch begrenzte Kapazität erklärt die Auswahl der Untersuchungen allein in Abhängigkeit von der Höhe des Risikos. Der Anteil der Frauen von 35 bis 36 Jahren beträgt 7,2 Prozent. Nach dem 37. Lebensjahr verteilen sich die Schwangeren wie in Tabelle 2.

* Ein Bericht über die Tätigkeit der Pränatalen Untersuchungsstelle in Erlangen, von Professor Dr. G. KOCH, ist unter dem Titel „Genetische Beratung und Pränatale Diagnostik in Erlangen 1966 bis 1977/78“ im Verlag Palm und Enke, Erlangen, 1979, erschienen.

Indikationen zur Pränataldiagnostik

Indikation	Begründung	Art der Untersuchung
Erhöhtes Alter der Mutter	Das Risiko für ein Kind mit einer autosomalen Trisomie (13, 18, 21) oder XXY bzw. XXX steigt nach dem 35. Lebensjahr an. Für die Trisomie haben die Untersuchungen in Schweden folgende Werte ergeben: 20 Jahre 0,579; 25 Jahre 0,799; 30 Jahre 0,795; 35 Jahre 2,032; 38 Jahre 5,113; 40 Jahre 12,88 (‰)	Chromosomenanalyse aus fetalen Zellen im Fruchtwasser
Kind mit einer Trisomie	Das Wiederholungsrisiko für ein Kind mit einer Chromosomenaberration beträgt – unabhängig vom Alter der Mutter – etwa 1 ‰	Chromosomenanalyse aus fetalen Zellen im Fruchtwasser
Genetisch balancierte Chromosomenaberration bei einem der Eltern (reziproke Translokation, Inversion)	Das Risiko für ein Kind mit einer unbalancierten Strukturaberration (Duplikations-Defizienz, tertiäre Trisomie) beträgt 2 bis 12 ‰	Chromosomenanalyse aus fetalen Zellen im Fruchtwasser
Die Mutter ist Konduktorin für ein geschlechtsgebundenes X-chromosomales Erbleiden *)	Das Risiko eines kranken Sohnes beträgt 50 ‰ (z. B. progressive Muskeldystrophie, Hämophilie)	Chromosomenanalyse und/oder Geschlechtsbestimmung aus fetalen Zellen oder Testosteronnachweis
Kind mit einer meist autosomal rezessiven Stoffwechselstörung, die pränatal nachweisbar ist	Das Risiko eines kranken Kindes beträgt 25 ‰ (z. B. Mukopolysaccharidosen, Lipidosen)	Enzymnachweis im Fruchtwasser oder in fetalen Zellen
Kind mit Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Anenzephalie)	Das Wiederholungsrisiko ist gegenüber der Häufigkeit in der Bevölkerung um das rd. 40fache erhöht	Bestimmung des Alpha-Fetoproteins oder der Acetylcholinesterase. Zytomorphologie

*) Hämoglobinopathien können aus fetalem Blut oder durch direkte DNA-Analyse aus Zellen im Fruchtwasser bestimmt werden. Enzymnachweis aus fetalem Blut, z. B. Blut bei progressiver Muskeldystrophie, ist noch umstritten

Tabelle 1

3.

Die Untersuchungsergebnisse sind nach den Indikationen geordnet (Tab. 3). Mit einer Ausnahme entschlossen sich die Schwangeren zum Abbruch der Schwangerschaft, wenn eine autosomale Trisomie oder eine unbalancierte Translokation nachgewiesen wurde. In zwei

von sechs Fällen einer gonosomalen Aberration wurde die Schwangerschaft unterbrochen.

Kommentar: In 3,1 Prozent der Untersuchungen aufgrund des Altersrisikos wurde ein pathologischer Befund erhoben. Dabei überwog erwartungsgemäß die Trisomie 21.

Zellmosaik, bestehend aus einer normalen Zelllinie und einer solchen mit einer Chromosomenaberration, wurden in sechs Fällen beobachtet. Es handelte sich dabei um Trisomien der Chromosomen 4, 13 und 20 und um ein Ringchromosom 13, die in mehr als einem Kulturgefäß festgestellt worden waren. Diese Schwangerschaften wurden unterbrochen, weil der Verdacht nicht widerlegt werden konnte, daß das Kind das gleiche Mosaik hatte und damit mit hoher Wahrscheinlichkeit als geschädigt gelten mußte bzw. nicht bewiesen werden konnte, daß das Mosaik in der Kultur entstanden war.

In einem Fall gelang die Chromosomenanalyse des Feten nicht. In

einem Fall wurde ein normaler Karyotyp festgestellt. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ließ keine Mißbildung erkennen. In den beiden übrigen Fällen wurde der zytogenetische pränatale Befund bestätigt, das Ergebnis der pathologisch-anatomischen Untersuchung war damit vereinbar. In zwei Fällen wurde (zufällig) eine Chromosomenaberration gefunden, die – weil sie auch bei einem der Eltern und bei gesunden Geschwistern vorlag – als genetisch balanciert betrachtet wurde. Die Kinder sind gesund.

In 14 Fällen war einer der Eltern Träger einer genetisch balancierten Chromosomenaberration. Nur zweimal wurde bei dem Feten eine unbalancierte Anomalie festgestellt und die Schwangerschaft abgebrochen. Eine zytogenetische Untersuchung fehlt. Die pathologisch-anatomische Untersuchung deckte aber morphologische Anomalien auf. In zwei Fällen war die als balanciert betrachtete Strukturaberration neu entstanden. In einem Fall wurde eine fami-

Absolute und relative Häufigkeit der Schwangeren über 36 Jahren

Alter	Zahl	%
37	101	14,3
38	122	17,3
39	131	18,6
40	135	19,1
41	88	12,5
42	59	8,4
43	32	4,5
44	18	2,5
45	9	2,8
46	7	
47	3	
48	1	

Tabelle 2

Teneretic[®] mite

Tenormin[®] + Chlortalidon

Neu

für die
Hypertoniker
in Ihrem
Wartezimmer



senkt das
Blutdruckniveau

verhindert
Blutdruckspitzen

verringert
das Infarktisiko

gewährt eine
kaliumstabile
Diurese



Teneretic[®] mite

synergistische Blutdrucksenkung und Kardioprotektion

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

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

(Stand Dezember 1980)



ICI-Pharma

Arzneimittelwerk Plankstadt

Indikation	Zahl der Untersuchungen	Pathologische Befunda	Beschreibung und Zahl der pathologischen Befunda	Zahl der Schwangerschaftsabbrüche
Mütterliches Alter 35 bis 36 Jahre	55	1	Trisomie 18 (1)	1
Mütterliches Alter 37 bis 48 Jahre	706 (10)*	24	Trisomie 21 (10) (1)* Trisomie 18 (3) Trisomie 13 (1) (Mosaik) (2)* Trisomie 4 (1) (Mosaik) (2)* Trisomie 20 (1) (Mosaik) (3)* XXY (2) (4)* XXX (1) (Mosaik) (4)* Monosomie X (1) (Mosaik) (5)* Marker (1) (6)* Inversion 4 (1) (6)* Bal. Translok. (2)	8 + 1 Spontanabort 3 1 1 1 — — — — — —
Kind mit Trisomie	101	4	Trisomie 21 (2) Ring 13 (1) (Mosaik) (7)* XXY (1) (4)*	2 1 1
Genetisch balancierte Strukturaberration	14	3	Duplikationsdefizienzen (2) X-isochromosom (1) (9)*	2 + 1 Spontanabort (8) 1
Elterliches Mosaik	2	—		
Kind mit Stoffwechselstörung	6	—		
Kind mit Neuralrohrdefekt	34	—		
X-chromosomale Erbfehler	7	—	46, XY (1) (11)*	—
Psychologische Gründe	83	—		
	1008 (12)*			

Tabelle 3

*) Anmerkungen:

(1) Ein Kind wurde ausgetragen. Diagnose bestätigt (2) Karyotyp normal. Fet pathologisch-anatomisch unauffällig (3) Zytogenetische Nachuntersuchung fehlt. Fet pathologisch-anatomisch unauffällig (4) Zytogenetische Nachuntersuchung fehlt. Entwicklung des Kindes unauffällig (5) Das Kind ist äußerlich unauffällig (6) Gleiche Chromosomenaberration bei einem der Eltern und gesunden Geschwistern (7) Zytogenetische Nachuntersuchung fehlt. Pathologisch-anatomische Arhinenzephalie (8) Genetisch balancierte Translokation (9) Zusätzlich genetisch balancierte Translokation. Pathologisch-anatomisch Pterygium (10) Einmal Anenzephalus, keine Chromosomenaberration (11) Indikation: X-chromosomaler Hydrozephalus. Verdacht bestätigt (12) Mehrfachindikation in 8 Fällen

liäre Translokation erstmalig bei dem Feten entdeckt. In zwei Fällen war ein vermutetes elterliches Mosaik mit Trisomie 21 Anlaß für die pränatale Untersuchung. Ein abnormer Karyotyp wurde nicht gefunden.

In vier Schwangerschaften von Frauen, die ein Kind mit einer numerischen Chromosomenanomalie geboren hatten, wurde wiederum eine Chromosomenaberration nachgewiesen. Nur in zwei Fällen handelte es sich um die gleiche Aberration, eine Trisomie 21.

In 83 Fällen war die Untersuchung aus sehr verschiedenartigen Gründen veranlaßt worden, eine strenge Indikation lag nicht vor. Eine Chromosomenanomalie wurde nicht ge-

funden. In den Fällen, in denen die Untersuchung wegen eines erhöhten Wiederholungsrisikos für einen Neuralrohrdefekt veranlaßt worden war und zugleich auch der Karyotyp untersucht wurde, wurde ebenfalls keine Chromosomenaberration festgestellt.

4.

In 62 Fällen gelang die Kultur der Fruchtwasserzellen nicht, so daß die Amniozentese wiederholt werden mußte, in fünf Fällen sogar zweimal.

In insgesamt 24 Fällen wurde kein abschließendes Ergebnis erhalten, zum Teil weil die Schwangeren auf eine Wiederholung der Punktion verzichteten.

Die Versager verteilen sich, wie die Tabelle 4 zeigt, über die Jahre unterschiedlich.

Kommentar: Die Chromosomenanalyse aus fetalen Zellen im Fruchtwasser setzt Zellzüchtung voraus, deren Erfolg von dem Anteil vitaler Zellen abhängig ist. Blutbeimengungen schließen nicht nur das Risiko der Züchtung mütterlicher Zellen ein, sondern wirken sich auch hemmend auf die Teilungsrate aus. Die Zellkultur erfolgt in mindestens zwei geschlossenen Gefäßen. In der Regel bilden sich erst nach zwei Wochen Zellkolonien aus, von denen Zellen, die sich in der Mitose befinden, abgelöst werden können. Die Chromosomen werden durch QM-Fluoreszenz oder gelegentlich durch

Juckreiz

Kennzeichen vieler Hauterkrankungen

Tavegil[®] · Corto-Tavegil[®]
beherrscht den Juckreiz

Oral und lokal

Tavegil®

O Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 1,34 mg Clemastinhydrogenfumarat entspr. 1,0 mg der Base. 2 Teelöffel Sirup (= 10 ml) enthalten 0,67 mg Clemastinhydrogenfumarat entspr. 0,5 mg der Base. 1 Ampulle zu 5 ml enthält 2,68 mg Clemastinhydrogenfumarat entspr. 2,0 mg der Base.

A Anwendungsgebiete: Allergische Erscheinungen, insbesondere allergische Rhinopathien (Heuschnupfen), Urtikaria, Quincke-Ödem, Pruritus jeglicher Genese (Kontaktdermatitis, Ekzeme, Windpocken). Parenterale Anwendung: Akute allergische Zustände, anaphylaktischer Schock, Prophylaxe von Kontrastmittelallergien sowie histaminbedingter Komplikationen in Anästhesie und Magenfunktionsdiagnostik. **Nebenwirkungen:** Unter Tavegil kann es gelegentlich zu Mundtrockenheit und Schwindel kommen.

Weitere Angaben zu Tavegil:

Dosierung: Erwachsene und Schulkinder: morgens und abends 1 Tablette oder 1–2 Eßlöffel Sirup. Kinder bis zum 6. Lebensjahr: 2mal täglich 1/2 Tablette oder 2 Teelöffel Sirup. Die Einnahme sollte stets vor den Mahlzeiten erfolgen. Aufgrund der großen therapeutischen Breite von Tavegil können in hartnäckigen Fällen unbedenklich auch höhere Dosen gegeben werden. Parenterale Anwendung: 2mal täglich 1 Ampulle i.v. Zur Prophylaxe von allergischen Reaktionen empfiehlt sich die Vorgabe von 1 Ampulle i.v. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die Wirkung von Analgetika, Hypnotika, Morkotika, Psychopharmaka und Alkohol kann verstärkt werden. **Hinweise:** Gelegentlich wird bei der Behandlung mit Tavegil ein sedativer Effekt beobachtet, insbesondere bei parenteraler Applikation; dadurch kann die allgemeine Reaktionsfähigkeit (Straßenverkehr, Maschinenbedienung usw.) beeinträchtigt werden. Wie alle Medikamente sollte Tavegil während der Schwangerschaft und Stillzeit nur auf ausdrückliche Anweisung des Arztes eingenommen werden. **Handelsformen:** Originalpackungen 20 und 50 teilbare Tabletten DM 10,25 und 22,50; Sirup zu 125 ml DM 10,25; 5 Ampullen zu 2 mg/5 ml DM 9,90 sowie Anstaltspackungen.

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, Dezember 1980.

Tavegil® · Corto-Tavegil® beherrscht den Juckreiz

Oral und lokal

Sandoz AG 8500 Nürnberg

Corto-Tavegil®

O Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 1,34 mg Clemastinhydrogenfumarat (Tavegil®) entspr. 1 mg der Base und 0,50 mg Dexamethason. **A Anwendungsgebiete:** Allergische und juckende Dermatosen, insbesondere akutes und chronisches Ekzem; Urtikaria; Arzneimittelallergien; Pruritus; allergische Erkrankungen der Atemwege wie Bronchialasthma und allergischer Schnupfen; allergische Konjunktivitis.

Gegenanzeigen: Die üblichen Risiken einer Kortikoidtherapie sind zu beachten. Corto-Tavegil Tabletten dürfen demnach nicht angewandt werden bei Magen- und Darmulcera, schwerer Osteoporose, früheren Depressionen, Herpes simplex, Herpes zoster, Varizellen, vor und unmittelbar nach Schutzimpfungen, Amöbeninfektionen, Systemmykosen, Poliomyelitis mit Ausnahme der bulbärenzephalitischen Form, Lymphknotenschwellung nach BCG-Impfung, Eng- und Weitwinkelglaukom. **Hebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Beginn der Einnahme von Corto-Tavegil zu leichter Müdigkeit kommen. Bei kurzfristiger Behandlung sind durch das Kortikoid bedingte unerwünschte Begleiterscheinungen nicht zu befürchten. Während einer Dauertherapie ist auf die typischen Kortikoidnebenwirkungen wie peptische Magen- und Darmulcera, verminderte Infektresistenz, Herabsetzung der Glukosetoleranz, Auftreten von Cushing-Syndrom, Glaukomeuslösung oder Osteoporose zu achten, wenngleich mit deren Auftreten wegen der niedrigen Dosierung nur selten zu rechnen ist.

Weitere Angaben zu Corto-Tavegil:

Dosierung: Die Tabletten sollen nach den Mahlzeiten eingenommen werden. Dosierung und Therapiedauer richten sich nach Art und Schwere der Erkrankung. Die mittlere Dosierung beträgt für Erwachsene anfangs täglich 3mal 1 Tablette. Zur Behandlung akuter allergischer Erkrankungen kann die Anfangsdosis verdoppelt werden. Nach Ansprechen auf das Präparat ist die Dosis auf das notwendige Minimum zu reduzieren (1 bis 2 Tabletten pro Tag). Höhere Dosen als 2 Tabletten pro Tag sind auf 3–5 Tage zu begrenzen. Die Beendigung der Therapie erfolgt durch ausschleichende Dosierung. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Verabreichung von Barbituraten, Diphenhydantoin oder Rifampicin kann die Wirkung des Kortikoids herabsetzen. Die Wirkung gleichzeitig verabreichter Herzglykoside, Schmerzmittel, Schlafmittel, Narkotika und Psychopharmaka kann verstärkt, die Wirkung oraler Antidiabetika und Coumarin-Derivate vermindert werden. Salicylate können die Gefahr gastrointestinaler Blutungen erhöhen. **Hinweise:** Vorsicht ist geboten bei schwerer Hypertonie, bakteriellen Infektionen und Phlebitis. Während der Schwangerschaft darf eine Therapie mit Corto-Tavegil nur bei strengster Indikationsstellung erfolgen. Durch die bei einer Behandlung mit Corto-Tavegil in seltenen Fällen auftretende Müdigkeit kann die allgemeine Reaktionsfähigkeit (Straßenverkehr, Maschinenbedienung usw.) beeinträchtigt werden. Die Wirkung von Alkohol wird verstärkt. Bei Diabetikern kann durch Kortikoide der Insulinbedarf gesteigert sein, die Insulindosis ist dann anzupassen. Bei Infektionen, insbesondere Tuberkulose, muß eine spezifische chemotherapeutische oder antibiotische Therapie erfolgen. Falls es während einer langfristigen Behandlung mit Corto-Tavegil zu besonderen körperlichen Belastungen wie fieberhaften Erkrankungen, Unfällen oder Operationen kommt, soll der Patient den Arzt, der ihn dann behandelt, über die Corto-Tavegil-Einnahme unterrichten. **Handelsformen:** Originalpackungen zu 20 und 50 Tabletten DM 12,79 und 27,88 sowie Anstaltspackung

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, Dezember 1980.

Tavegil® Gel

O Zusammensetzung: 1 g Tavegil Gel enthält 0,402 mg Clemastinhydrogenfumarat entspr. 0,3 mg der Base.

A Anwendungsgebiete: Juckende und allergische Hauterkrankungen, Sonnenbrand, Insektenstiche.

Weitere Angaben zu Tavegil Gel:

Dosierung: Tavegil Gel wird mehrmals täglich auf die betroffenen Hautstellen aufgetragen. Des Anlegen eines Verbandes erübrigt sich in den meisten Fällen. **Hinweise:** Tavegil Gel ist nicht zur Anwendung bei großflächigen, insbesondere entzündlichen Hauterkrankungen (z. B. Verbrennungen, Verbrennungen) bestimmt. Dies gilt vor allem für die Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern. Tavegil Gel soll nicht mit der Bindehaut des Auges in Berührung kommen und nicht auf offene Wunden gebracht werden. **Handelsformen:** Originalpackungen mit 20 und 50 g Gel DM 4,90 und 9,90, sowie Anstaltspackung.

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, Dezember 1980.

Sandoz AG 8500 Nürnberg

Corto-Tavegil® Gel

O Zusammensetzung: 1 g Corto-Tavegil Gel enthält 0,402 mg Clemastinhydrogenfumarat entspr. 0,3 mg der Base, 1,0 mg Clotocortolonivalat. **A Anwendungsgebiete:** Juckende, entzündliche und allergische Hauterkrankungen (Ekzeme, Dermatitis, Exantheme, Urtikaria, Pruritus), Sonnenbrand, Insektenstiche. **Gegenanzeigen:** Bei Windpocken, spezifischen, insbesondere tuberkulösen Hauterkrankungen, lokalen Impreaktionen, Pilzkrankungen und bakteriellen Infektionen der Haut darf Corto-Tavegil Gel nicht angewandt werden. **Hebenwirkungen:** Die Verträglichkeit von Corto-Tavegil Gel ist gut. Vereinzelt kann es zu einer unerwünschten Austrocknung der Haut kommen. Bei äußerlicher Anwendung von Nebennierenrindenhormonen sind folgende örtliche Nebenwirkungen möglich: Steroidakne, bleibende Erweiterung kleiner Hautgefäße, Haarwuchsveränderungen, Hautatrophie, Striae distensae.

Weitere Angaben zu Corto-Tavegil Gel:

Dosierung: Das Gel wird anfangs 3mal täglich auf die zu behandelnden Hautstellen in dünner Schicht aufgetragen. Nach Besserung der Beschwerden – diese tritt meist nach einigen Tagen ein – genügt eine zweimal tägliche Anwendung des Gels. Das Anlegen eines Verbandes ist in den meisten Fällen nicht nötig. Die Dauer einer intensiven Behandlung mit Corto-Tavegil Gel sollte 2–3 Wochen nicht überschreiten. **Hinweise:** Corto-Tavegil Gel ist nicht zur Anwendung bei großflächigen Hauterkrankungen geeignet. Dies gilt insbesondere für die Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern. Corto-Tavegil Gel soll nicht mit der Bindehaut des Auges in Berührung kommen und nicht auf offene Wunden gebracht werden. **Handelsformen:** Originalpackungen zu 10, 30 und 50 g Gel DM 5,16, 14,05 und 22,23 sowie Anstaltspackung.

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, Dezember 1980.

Häufigkeit der Punktionen und Versager

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
a)	28,6 %	27,3 %	13,2 %	3,6 %	3,8 %	5,7 %	6,6 %
b)	—	9,0 %	1,9 %	—	—	0,3 %	0,5 %
c)	—	13,6 %	3,8 %	2,2 %	0,8 %	2,7 %	2,4 %

Tabelle 4

a) = 2 Punktionen ■ b) = 3 Punktionen ■ c) = kein Ergebnis

andere Methoden (G-, C-Bänder) identifiziert.

5.

In 24 Fällen wurde die Frau in zwei sukzessiven Schwangerschaften punktiert, in zwei Fällen sogar in drei Schwangerschaften. Komplikationen, die auf die wiederholten Punktionen zurückgeführt werden müßten, sind nicht bekanntgeworden. In einem Fall kam es nach der zweiten Punktion zur Totgeburt.

6.

Die Überprüfung der zytogenetischen Befunde erfolgte nur in einigen, oben zitierten Fällen. Das fetale Geschlecht wurde in zwei Fällen falsch angegeben. Ein falsch negativer oder falsch positiver pathologischer Befund wurde unseres Wissens nicht erhoben.

Kommentar: Fehlerhafte zytogenetische Befunde können verschiedene Gründe haben. Es könnten mütterliche Zellen gezüchtet und ausgewertet worden sein, die sich morphologisch kaum von fetalen Zellen unterscheiden. Nur der Vergleich chromosomaler Polymorphismen würde einer Verwechslung vorbeugen. Diese aufwendige Zusatzuntersuchung muß auf Ausnahmen beschränkt bleiben. Der Nachweis eines Y Chromosoms in fetalen Zellen schließt einen Irrtum aus. Nicht ganz selten zwingt auch eine chromosomale Variante des fetalen Karyotyps zu einer Überprüfung mit den Karyotypen der Eltern. Wenn die

Qualität der Chromosomen keine Identifizierung zuläßt, können Fehlbestimmungen und Verwechslungen einzelner Chromosomen vorkommen.

7.

In elf Fällen lag eine Zwillingsschwangerschaft vor. Sie wurde zweimal nicht erkannt. In fünf Fällen konnten beide Fruchthöhlen getrennt punktiert und der Karyotyp bestimmt werden.

8.

In den ersten vier Wochen nach der Amniozentese kam es gelegentlich zum Spontanabort. Die Tabelle 5 zeigt die Häufigkeit der Ereignisse, der perinatalen Fruchttode und der Totgeburten, bezogen auf die Rückmeldungen.

9.

Verletzungen des Feten durch die Punktion könnten in drei Fällen vorgelegen haben. Bei den Neugeborenen wurden narbenähnliche Hautveränderungen (Nase, Unterschenkel, Hinterkopf) festgestellt. In einem Fall fand sich bei der in der 37. Woche erfolgten Totgeburt ein Abszeß an der rechten Schulter. Ein Zusammenhang mit der in der 18. Woche durchgeführten Amniozentese bleibt unbeweisbar.

Diskussion

Pränatale Untersuchungen aus Fruchtwasser und den darin enthal-

Häufigkeit von Fehlgeburten ein bis vier Wochen nach der Amniozentese, der Totgeburten und perinatalen Todesfälle

1. Woche	2. Woche	3. bis 4. Woche	Totgeburt	Perinataler Tod
11 1,2 %	1 0,1 %	3 0,3 %	26 3,3 %	17 1,9 %

Tabelle 5



Metoclopramid
als preiswerte
Spezialität

NET
von Sanorania

Gastro- Tablinen[®]

Übelkeit, Erbrechen, Reizmagen, Ulcus

20 Tabl. 7.85
50 Tabl. 17.80

Zusammensetzung
Eine Tablette enthält 10 mg Metoclopramid-HCl.

Indikationen
Störungen der Magen- und Darm-Motorik, Reizmagen, Magengeschwüre, Völle- und Druckgefühl im Oberbauch, Übelkeit und Erbrechen, Medikamentenunverträglichkeit, zur Vorbereitung der Röntgendiagnostik des Magen-Darm-Traktes.

Kontraindikationen
Phäochromocytom, Kinder unter 6 Jahren sollten Gastro-Tablinen nur bei vitaler Indikation erhalten. Kinder unter 14 Jahren und Schwangere sollten das Präparat nur bei besonderer Indikation einnehmen.

Nebenwirkungen
In Einzelfällen kann es nach der Einnahme zu Krampferscheinungen im Kopf-, Hals- und Schulterbereich kommen (dyskinetisches Syndrom). Dies tritt vorwiegend bei Kindern unter 14 Jahren auf, weshalb deren Behandlung nur unter strenger Indikationsstellung empfohlen wird. Die Krampferscheinungen klingen ohne Behandlung innerhalb einiger Stunden nach Absetzen des Präparates wieder ab. Gegenmittel i.v. Injektion von Coffein oder Biperiden. In seltenen Fällen können Müdigkeit, Schwindel, motorische Unruhe und verstärkte Darmtätigkeit auftreten. Diese Erscheinungen verschwinden jedoch meist bei Dosisreduzierung.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln
Die Resorption von Digoxin kann vermindert, die Resorption von Paracetamol und Antibiotika beschleunigt werden. Eine gleichzeitige Gabe von Mitteln, die Phenothiazin enthalten, sollte vermieden werden. Die Wirkung von Gastro-Tablinen kann durch Anticholinergika vermindert werden. Die Alkohol-Resorption kann beschleunigt und erhöht werden.

SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

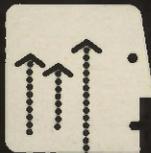
Mutterkornalkaloide
von Sanorania!
Bewährte, wirksame Therapie
zu minimalen Preisen!

DH-Ergotamin- Tablinen[®] retard



Antihypotonikum,
Venotonikum

DH-Ergotoxin- Tablinen[®] forte



Cerebral-
Therapeutikum

DH-Ergotamin-retard-Tablinen

1 Tablette enthält:

Dihydroergotaminmethansulfonat 2,5 mg.

Indikationen:

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

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

DH-Ergotoxin-forte-Tablinen

1 Tablette enthält:

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

Indikationen:

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

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

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

tenen fetalen Zellen werden seit zehn Jahren durchgeführt. Wenn die Amniozentese etwa in der 16. Schwangerschaftswoche erfolgt (Scheitel-Steißlänge etwa 12 cm) und unter Ultraschallkontrolle eine Verletzung von Plazenta und Fetus vermieden wird, ist das Risiko für Mutter und Kind sehr gering. In einer vergleichenden Untersuchung an 78 Amniozentesen in Kopenhagen konnten keine signifikanten Abweichungen hinsichtlich der Apgar-Werte, der Schwangerschaftsdauer, der Körpermaße des Neugeborenen, der Plazenta sowie der Häufigkeit von kindlichen Anomalien festgestellt werden.

Aus dem zellfreien Fruchtwasser wird in der Regel das Alpha-Fetoprotein bestimmt, da eine deutliche Vermehrung auf intrauterinen Frucht- oder eine kindliche Mißbildung schließen läßt. Ergänzende Untersuchungen dazu sind die Bestimmung der Acetylcholinesterase und die Zytomorphologie (Neuroblasten). Das Geschlechtschromatin, X und Y, wird nicht regelmäßig geprüft.

Die Zellzüchtung bereitet zwar keine grundsätzlichen Schwierigkeiten mehr. Es muß jedoch stets sichergestellt werden, daß es sich

1. um fetale Zellen handelt und
2. eine Chromosomenaberration nicht in der Kultur entstanden ist.

Eine Mutation in vitro wird eher erkannt, wenn auf einer Glaslamelle Zellkolonien herangezüchtet und isoliert untersucht werden, als wenn die Zellen auf dem Boden eines Kulturgefäßes gezüchtet und für die Chromosomenanalyse abgelöst und dadurch vermischt werden, ein technisch einfacheres Verfahren. Die Zellkultur, die Präparation und selektive Färbung der Chromosomen sowie die fotografische Dokumentation nehmen einen Zeitraum von drei bis vier Wochen in Anspruch.

In Zellkulturen können zellständige Enzyme nachgewiesen werden, wenn durch Voruntersuchungen mit einem homozygoten Enzymdefekt gerechnet werden muß.

Die Indikationen, Ergebnisse und Erfahrungen mit der pränatalen Diagnostik in 1000 Fällen haben vermeidbare und unvermeidbare, menschliche, betriebliche, metho-

dische und technische Mängel sichtbar gemacht.

Ähnliche Berichte aus anderen Ländern (Frankreich, USA, Schweden) haben gezeigt, daß mit Versagern gerechnet werden muß (bis zu 1 Prozent), daß Fehldiagnosen möglich sind (unter 0,5 Prozent) und sowohl Früh- als auch Spätaborte in etwa 1,5 Prozent auftreten. Ein Kausalzusammenhang mit der Amniozentese ist jedoch nicht immer beweisbar.

Die stetig wachsende Inanspruchnahme der pränatalen Diagnostik macht die Einrichtung von Untersuchungsstellen außerhalb der Universitäten dringend erforderlich. Im Berichtszeitraum waren im Freistaat Bayern nur zwei Laboratorien vorhanden, die jährlich weniger als 1000 Untersuchungen ausgeführt haben. Tatsächlich ist aber mit etwa 8500 Risikoschwangerschaften zu rechnen, wenn man davon ausgeht, daß 8,5 Prozent der Schwangeren älter als 35 Jahre sind und eine Geburtenfrequenz von 100 000 zugrunde gelegt wird. Ausgebildetes technisches Personal gibt es kaum. Wie groß der Bedarf ist, zeigt eine Schätzung, nach der eine technische Hilfskraft jährlich etwa 150 zytogenetische Untersuchungen übernehmen kann.

Die enge Zusammenarbeit und möglichst räumliche Nachbarschaft zwischen dem Arzt, der die Schwangere und den Ratsuchenden nicht nur informiert, sondern zugleich auch versucht, zusätzliche Risiken zu erfassen, dem Geburtshelfer, der die Amniozentese durchführt und den Mitarbeitern einer pränatalen Untersuchungsstelle bildet eine zwingende Voraussetzung für rasche und kritische Untersuchungsergebnisse, ebenso für gemeinsame verantwortungsvolle Entscheidungen.

Denk gebührt Frau Professor Dr. G. Schwanitz, der früheren Leiterin des Zytogenetischen Labors (jetzt Bonn), dem Direktor der Universitäts-Frauenklinik Erlangen, Herrn Professor Dr. K. G. Ober, und seinen Mitarbeitern, Oberarzt Dr. F. Eberlein und Dr. D. Mulz sowie Herrn Professor Dr. D. Berg, Amberg.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. R. A. Pfeiffer, Dr. med. M. Meisef-Stosiek und Dipl. Biol. B. Weber, Bismarckstraße 10, 8520 Erlangen

Asthma bronchiale im Kindesalter

von Th. Zimmermann

Aus der Kinderklinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Professor Dr. med. K. Stehr)

Das Asthma bronchiale im Kindesalter ist ein polyätiologisches Krankheitsbild, das in bezug auf Pathologie und Pathogenese nicht vollständig aufgeklärt ist.

Die klinische Symptomatik mit den Leitsymptomen

- expiratorisches Giemen
- Überblähung der Lunge mit abgeschwächtem Atemgeräusch

ist leicht erkennbar. Schwierig ist es, die einzelnen Pathomechanismen zu erkennen und zu analysieren.

Cropp (1) definiert Asthma als eine rezidivierende und reversible Bronchialobstruktion, die auf einer übermäßigen und spezifischen Empfindlichkeit und Reaktionsfähigkeit des Bronchialbaumes besteht.

Die Bronchialobstruktion kann durch exogene, endogene und durch psychische Reize ausgelöst werden, sie tritt in allen Abschnitten der Bronchien auf und wird durch Spasmus der glatten Bronchialwandmuskulatur, durch Ödem oder Schleimobstruktion hervorgerufen.

Die Häufigkeit des Asthma bronchiale im Kindesalter beträgt in der Bundesrepublik ca. ein bis zwei Prozent.

Vor der Einschulung erkranken rund 80 Prozent der Kinder, der Gipfel der Erstmanifestation liegt im zweiten bis dritten Lebensjahr.

Verlaufsformen

1. Transitorisches Asthma bronchiale mit leichtem klinischen Verlauf. Beschwerden verschwinden mit Eintritt in die Pubertät. Diese Form findet man in ca. 30 Prozent der Fälle.

2. Fortbestehendes Asthma bronchiale mit meist schwerem klinischen Verlauf und Übergang in das Erwachsenenalter, tritt in ca. 70 Prozent der Fälle auf (Abb. 1).

Knaben sind generell doppelt so häufig betroffen wie Mädchen.

Pathologisch-anatomisch findet sich nach Harms (2) eine Überblähung der Lunge, in den Bronchuslichtungen liegen zähe Schleimpröpfe (Abb. 2). Die Becherzellen sind vermehrt, die Bronchialdrüsen sind schleimig verändert, die Bronchus-schleimhaut ist ödematös verdickt, die Basalmembran und die Bronchusmuskulatur ist verdickt und zum Teil hyalinisiert (Abb. 3). Im Sputum und in den Curshmann-Spiralen treten Charkot-Leyden-Kristalle und eosinophile Zellen auf.

Das Asthma bronchiale im Kindesalter (Tab. 1) unterteilt sich in:

- extrinsic Asthma 10 Prozent
- intrinsic Asthma 10 bis 20 Prozent
- mixed Asthma 70 Prozent
- exercise induced Asthma und psychogen bedingtes Asthma 10 Prozent

Das extrinsic Asthma bronchiale wird durch exogen zugeführte Substanzen ausgelöst, es läuft eine Immunreaktion vom Typ I, IgE vermittelt und ohne Komplementverbrauch, oder/und eine Immunreaktion vom Typ III, IgG oder IgM vermittelt, ab (3).

Bronchokonstriktorische Substanzen, wie Histamin, slow reacting substance of anaphylaxis und ein eosinophil chemotactic factor of anaphylaxis, werden freigesetzt (4).

Anamnestisch ergeben sich Hinweise auf jahreszeitlich oder örtlich gehäuft auftretende Beschwerden.

Das intrinsic Asthma bronchiale bezeichnet ein ätiologisch uneinheitliches und pathophysiologisch weitgehend ungeklärtes Krankheitsbild, das meist mit schweren und schwersten Asthmaerscheinungen einhergeht.

MAGNESIOCARD®

zur
gezielten Behandlung
von Risikofaktoren
bei coronaren
Gefäßkrankheiten
und
Infarktgefährdung



Therapeutisches
Prinzip:

Streßabschirmung
Calcium-Antagonismus
Lipidsenkung



Zusammensetzung

1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i. m. zu 5 ml
enthalten:
mono-Magnesium-L-aspartat-
hydrochlorid-trihydrat 614,8 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (60,78 mg)
5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:
mono-Magnesium-L-aspartat-
hydrochlorid-trihydrat 1229,6 mg
Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg)
Verdauliche Kohlenhydrate 3,1 g
1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:
mono-Magnesium-L-aspartat-
hydrochlorid-trihydrat 737,6 mg
Magnesium-Gehalt: 6 mval (72,94 mg)

Indikationen

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

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie.

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

Nebenwirkungen

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Handelsformen und Preise

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

Verla-Pharm
Tutzing/Obb.

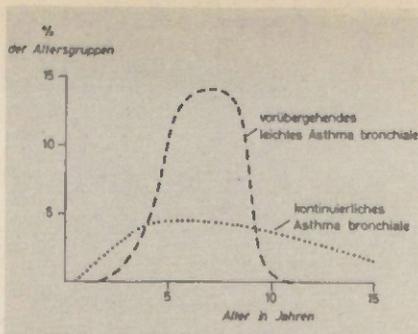


Abbildung 1
Verlaufsformen des Asthma bronchiale im Kindesalter



Abbildung 2
Mit Schleim verlegte Bronchuslichtung



Abbildung 3
Bronchialschleimhaut mit Becherzellmetaplasie

Für ein intrinsic Asthma spricht eine symptomarme Anamnese, eine unauffällige Familienanamnese, häufiges Auftreten nach viralen oder bakteriellen Infekten, allmähliche Zunahme der Asthmabeschwerden, negativer Haut- und Inhalationstest, nicht erhöhter IgE-Spiegel, bei inhalativer Histaminbelastung immer Hyperreagibilität der Bronchialschleimhaut, im Asthmaanfall tritt häufig Fieber und eitriges Sputum auf.

Das exercise induced Asthma wird durch körperliche Belastung, wie Laufen über sechs bis acht Minuten, Radfahren usw., ausgelöst.

Die Ursache dieser belastungsabhängigen bronchialen Obstruktion ist noch weitgehend unbekannt. Hyperventilation, Hyperkapnie, aber

auch mechanische Wirkungen der aneinander reibenden Bronchialwände werden diskutiert. Die Reaktionsstärke ist abhängig vom Wärmeverlust der Lunge, also von Temperatur und Feuchtigkeit der Atemluft (5).

Clark und Goodfrey vermuten eine Imbalanz zwischen dem durch Mediatorsubstanzen ausgelösten Bronchospasmus und dem autonomen Nervensystem (6).

Das rein psychogen bedingte Asthma bronchiale im Kindesalter ist selten, es kann bei disponierten Kindern durch Konfliktsituationen ausgelöst werden.

Nach Geubelle, Kraepelin und von der Hardt kann man vier Schweregrade abgrenzen:

- I. bis zu 5 Anfälle/Jahr
- II. bis zu 10 Anfälle/Jahr
- III. bis zu 20 Anfälle/Jahr
- IV. mehr als 20 Anfälle/Jahr und/oder Dauerasthma

Die Diagnostik muß mit einer ausführlichen Anamnese einschließlich Allergieanamnese beginnen (Tab. 2).

Häufigkeit der Asthmaformen im Kindesalter

- extrinsic Asthma	10 %
- mixed Asthma	70 % (extrinsic + intrinsic)
- exercise induced Asthma und rein psychogen bedingtes Asthma	10 %

Tabelle 1

Diagnostik allergischer Atemwegserkrankungen

Allergie-Anamnese
Körperliche Untersuchung
Labor
- großes BB, BKS
- Röntgen, Röntgen-Thorax
- Immunglobuline
- Pilocarpin-Iontophorese
Prick-Test
Intrakutan-Test
Radio-Allergo-Sorbent-Test (RAST)
Allergenkarenz
Provokationstest
Body-Plethysmograph

Tabelle 2



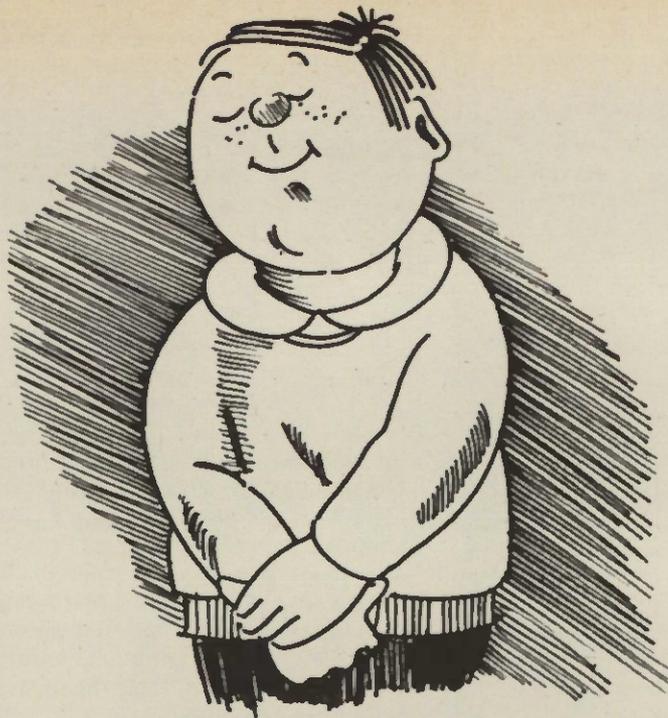
Abbildung 4
Ganzkörperplethysmograph mit on-line-Datenverarbeitung und Provokationseinrichtung

Nach Durchführung der körperlichen Untersuchung und Erhalt des Blutbildes, der BKS, der Immunglobuline IgG, IgM, IgA, IgE sowie nach Ausschluß einer Sinusitis wird ein Hauttest durchgeführt. Bei Kindern mit starkem Ekzem kann der Radio-Allergo-Sorbent-Test zum Nachweis von spezifischen IgE herangezogen werden. Anschließend sollte im Auslaßversuch die Aktualität des verdächtigen Allergens geprüft werden, in Zweifelsfällen kann mit dem inhalativen Provokationstest die Wirkung eines Allergens auf die Bronchialschleimhaut untersucht werden (Abb. 4).

Das Asthma bronchiale ist eine chronische Erkrankung der Lunge, es bedarf deshalb eine regelmäßige Betreuung des Patienten über Jahre. Ziel einer Langzeittherapie ist es, mit einem Minimum an Medikamenten ein Minimum an klinischen Symptomen zu erreichen.

Das überwiegend extrinsic Asthma bronchiale wird zunächst mit Allergenkarenz behandelt, bei Fortbestehen der Beschwerden und nach Ausschluß einer allergischen Alveolitis kann eine Hyposensibilisierung über zunächst drei Jahre durchgeführt werden. DNCG in Pulverform oder in flüssiger Form unterstützt die Behandlung, ein Luftbefeuchter sowie ein staubarmes Milieu kann zu weiterer Linderung der Beschwerden beitragen.

Bei Patienten mit überwiegend intrinsic Asthma bronchiale ist zunächst eine sorgfältige Infektsanierung erforderlich, an die sich eine Infektprophylaxe anschließt. Eine Kurverschickung läßt chronische Infekte der oberen und unteren Atemwege häufig ausheilen, DNCG kann auch hier die Beschwerden bessern.



Die Tabletten für Max

Das Bronchospasmolytikum Sultanol hat sich in der Praxis seit langem bewährt. Unabhängig von der Ätiologie lösen bzw. verhüten Sultanol Tabletten den Bronchospasmus bei Asthma bronchiale und anderen Bronchialerkrankungen.



Die Zäpfchen für Mäxchen

Durch die Sultanol Zäpfchen wird der Anwendungsbereich von Sultanol auf Kleinkinder ab dem 6. Lebensmonat erweitert. Auch Sultanol Zäpfchen bewirken innerhalb weniger Minuten eine kräftige Entspannung der Bronchialmuskulatur.

Für die Therapie des Asthma bronchiale in jedem Kindesalter

Sultanol® Tabletten

Zusammensetzung

Jede Sultanol Tablette enthält 2,4 mg Salbutamolhemisulfat entsprechend 2 mg Salbutamol.

Indikationen

Behebung oder Verhütung des Bronchospasmus bei Asthma bronchiale, Bronchitis und Lungenemphysem, Dauertherapie des Asthma bronchiale, der chronischen Bronchitis und des Lungenemphysems, eventuell in Kombination mit weiterer spezifischer Behandlung.

Dosierung

Kinder: 3 bis 6 Jahre $\frac{1}{2}$ bis 1 Tablette 3-4mal täglich, 6 bis 12 Jahre 1 Tablette 3-4mal täglich. Da Kinder Sultanol Tabletten gut vertragen, können die genannten Dosierungen bei Bedarf gesteigert werden.

Handelsformen und Preise

20 Tabletten à 2 mg Salbutamol DM 5,20
50 Tabletten à 2 mg Salbutamol DM 10,54
100 Tabletten à 2 mg Salbutamol DM 18,75

Sultanol® Zäpfchen 2 mg

Sultanol® Zäpfchen 1 mg

Zusammensetzung

1 Sultanol Zäpfchen 2 mg für Kinder enthält 2,4 mg Salbutamolhemisulfat entsprechend 2 mg Salbutamol. 1 Sultanol Zäpfchen 1 mg für Säuglinge und Kleinkinder enthält 1,2 mg Salbutamolhemisulfat entsprechend 1 mg Salbutamol.

Indikationen

Bronchospasmus bei: Asthma bronchiale aller Typen, chronischer Bronchitis, Emphysem.

Dosierung

Die Dosierung muß dem Einzelfall angepaßt werden. Als durchschnittliche therapeutische Dosen gelten: Kinder von 2 bis 12 Jahren: 1 Sultanol Zäpfchen 2 mg abends und morgens. Sultanol Zäpfchen werden von Kindern gut vertragen, und die angegebene Dosis kann bei Bedarf selbst bei jüngeren Kindern bis auf 4 Zäpfchen (8 mg) erhöht werden.

Säuglinge und Kleinkinder von 6 Monaten bis 2 Jahren: 1 Sultanol Zäpfchen 1 mg abends und morgens.

Handelsformen und Preise

Packung mit 10 Zäpfchen 2 mg DM 8,82
Packung mit 30 Zäpfchen 2 mg DM 23,50
Packung mit 10 Zäpfchen 1 mg DM 8,11
Packung mit 30 Zäpfchen 1 mg DM 22,16

Kontraindikationen

Kontraindikationen für Sultanol sind bisher nicht bekannt geworden. Obwohl keine teratogene Wirkung nachgewiesen worden ist, sollte Sultanol wie alle Arzneimittel, während der Schwangerschaft, vor allem im ersten Trimenon, nur mit Vorsicht eingesetzt werden. Sonstige Einzelheiten siehe wissenschaftliche Broschüre.

Glaxo

Glaxo Pharmazeutika GmbH
2060 Bad Oldesloe

Allgemeines Therapieprinzip Asthma bronchiale im Kindesalter

1. Regelmäßige Befeuchtung der Atemwege durch Inhalation von 2 ml 0,9% NaCl 4- bis 8 x täglich mit Druckluftvernebler (Minderung der Reizüberempfindlichkeit der Bronchien)
2. Bronchodilatation mit Beta-2-Mimetika, z. B. Sultenol 0,5% Lösung, 4 x täglich 6-8 Tropfen in 2 ml NaCl inhalieren
3. Mukolyse mit z. B. Kalium-Jodat-Kombipretten 50 mg/kg/Tag in 3 Tegetosen. Dies entspricht ungefähr 1 Tabl. à 0,5 g 3 x täglich über 4 Tage in der Woche, dann 3 Tage Pause. Therapiedauer über 6 Wochen
4. Krankengymnastische Betreuung, gezielte sportliche Betätigung (Schwimmen)

Tabelle 3

Indikationen zur stationären Aufnahme asthmakrankter Kinder

1. Drohender oder manifester schwerer Anfall
2. Ständige mindestens mittelschwere Symptome, die unbeeinflusst auch bei konsequenter Therapie sind: Gefahr des Medikamentenabusus!
3. Zur initialen Einleitung eines umfassenden Therapieprogramms: Inhalationen, Vibrationsdrainage, Atemübungen, Allergiediagnostiktherapie ...
4. Eventuell aus „sozialer“ Indikation

Tabelle 4

Kinder mit überwiegend exercise induced Asthma bronchiale können vor Beginn der sportlichen Tätigkeit mit Beta-2-Mimetika oder DNCG inhalieren. Es empfiehlt sich hier und auch bei den anderen Asthmaformen, den Schwimmsport vorzuziehen, da das Schwimmen erfahrungsgemäß gut von diesen Kindern vertragen wird und die Kinder in ihrem Selbstwertgefühl durch diese sportliche Tätigkeit gestärkt werden.

Beratungsgespräche, verhaltenstherapeutische Maßnahmen bis hin zum Milieuwechsel über lange Zeit können bei Kindern mit überwiegend psychogen bedingtem Asthma bronchiale erforderlich sein.

Die Mehrzahl der Kinder leidet unter der aus extrinsic, intrinsic, exercise induced und psychogen bedingten Form des Asthma bron-

chiale. Diese Kinder benötigen ab Schweregrad II (bis zu zehn Anfällen im Jahr) eine konsequente Langzeittherapie, die sich aus einer „Basistherapie“ und den jeweils erforderlichen Zusatztherapien zusammensetzt (Tab. 3).

Die Basistherapie besteht aus:

– Befeuchtung der Atemwege durch Inhalation von 0,9% NaCl-Lösung vier- bis achtmal am Tag mit einem Inhalationsgerät, das ein mittleres Teilchenspektrum von 0,5 bis 5,5 Mikron liefert.

– Bedarfsweise Bronchodilatation mit Beta-2-Mimetika, z. B. Sultanol Lösung 0,5% vier mal pro Tag 5 bis 10 gtt in NaCl

– Mukolyse mit z. B. Kalium-Jodat-Kompretten, vier Tage Einnahme, drei Tage keine Einnahme

– Krankengymnastische Betreuung

Zusätzlich sollten dann die bereits angeführten Therapiemaßnahmen zum Einsatz kommen.

Das Medikament, das zuletzt eingesetzt werden soll, ist das Cortison. Wenn die Gabe von Cortison unumgänglich ist, dann soll es ausreichend dosiert und zeitlich eng begrenzt gegeben werden. Inhalierbare Steroide, wie das Beclometa-sondipropionat, haben sich in der Asthmatherapie bewährt.

Die stationäre Behandlung (Tab. 4) empfiehlt sich bei einem drohenden oder manifesten schweren Asthmaanfall, bei ständig schweren Symptomen, die mit konsequenter Therapie nicht beeinflußt werden, zur initialen Diagnostik und Therapie sowie eventuell aus sozialer Indikation. Ein Status asthmaticus sollte nicht ausschließlicher Parameter zur stationären Behandlung sein.

Eine Kurverschickung zur Klimabehandlung empfiehlt sich bei ausgeprägtem Ekzem in Kombination mit Asthma, bei therapieresistenten Asthmabeschwerden zur Ausheilung einer unspezifischen Entzündung in den Atemwegen, zur Expositionsprophylaxe. Die Klimatherapie muß ausreichend lang, mindestens vier bis sechs Wochen, besser über mehrere Monate, durchgeführt werden.

Literatur

1. CROPP, G. J. A.: Mschr. Kinderheilk. 124, 227-230 (1976)
2. HARMS, O.: Mschr. Kinderheilk. 124, 211-215 (1976)
3. PEPYS, J. In: Allergology, ed. by YAMAMURA, Y. et al., pp. 84-94 Amsterdam: Excerpta medica (1974)
4. KONIG, W.: Struktur und Funktion der eosinophilen Leukozyten. Immunität und Infektion 6, 97 (1978)
5. FUCHS, E.: Themen der Medizin 1, 22 (1979)
6. CLARK, T. J. H. and GODFREY, S.: Asthma. London, Chapman and Hall (1977)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Th. Zimmermann, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g-Valerian. 1,7g.Tinct. Corvall. 0,8g.

-Castor. 0,6g. Camph. 1,0g. Menthol. 0,5g. Nicotin. 0,155g. O.R. 30g DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

Zur psychosozialen Situation von Herzschrittmacherträgern

von P. P. Wimmer

Aus der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der Landesversicherungsanstalt Oberbayern (Direktor: Professor Dr. med. M. J. Halhuber)

— Herrn Professor Dr. med. M. J. Halhuber zum 65. Geburtstag gewidmet —

Die Technologie des Herzschrittmachers hat in den vergangenen Jahren fortlaufende Verbesserungen erfahren. Die Prognose der Patienten mit Pace-maker ist somit heute im Hinblick auf Versagens- und Störquote des Schrittmachers als extrem niedrig anzusehen. Nur bei 2,3 Prozent der Todesfälle konnte ein Schrittmacher- bzw. Elektroden-defekt als Ursache nachgewiesen werden. Die kontinuierliche ambulante Überwachung der Schrittmacherpatienten in speziellen Zentren hat zur Verringerung von medizinischen Früh- und Spätkomplikationen beigetragen. Durch die frühzeitige Entdeckung von Störungen (Batterieerschöpfung; Dislokation, Perforation oder Fraktur der Elektrode, Endokarditis, Embolie) kann eine Verlängerung der Schrittmacherimplantationsdauer erzielt werden.

Aber wird den sozialen und psychischen Aspekten bei den 40 000 bis 50 000 Schrittmacherpatienten in der Bundesrepublik Deutschland genügend Beachtung geschenkt?

Folgende allgemeine Aussage kann und muß Antworten auf diese Frage vorausgeschickt werden: mit Ausnahme der erforderlichen Kontrollen und der notwendigen Batteriewechsel soll und darf ein Schrittmacherträger seinen Pulsgenerator im täglichen Leben mehr oder minder vergessen. Vor allem im Zusammenhang mit dem Grundleiden wird der Patient immer wieder an seinen Schrittmacher erinnert. Man muß sich dabei vor Augen führen, daß es sich bei der Schrittmacherimplantation nicht um eine kausale Therapie, sondern um eine prothetische Versorgung bei Störungen der Herzfrequenz handelt, die durch das Grundleiden (koronare Herzerkrankung, chronische Myokarditis, Kardiomyopathie) verursacht wird.

Die Lebenserwartung von Patienten mit Herzrhythmusstörungen ist zwar durch die Schrittmachertherapie verbessert worden, dennoch

liegt die Lebensdauer von Schrittmacherträgern wegen des Grundleidens unter der statistischen Lebenserwartung der entsprechenden Altersgruppe.

Auch die *Leistungsbreite* und die *Belastbarkeit* des Schrittmacherpatienten wird im täglichen und beruflichen Leben weniger durch die Eigenart der elektrisch gesteuerten Herztätigkeit als durch das vorliegende Grundleiden bestimmt. Auch beim Schrittmacherträger wird die mögliche Leistungssteigerung des Herzens vom Zustand des Herzmuskels abhängen.

Von *Medikamenten* wird die Schrittmacherfunktion nicht beeinflusst. Nicht selten ist erst durch die Schrittmacherimplantation eine optimale medikamentöse Behandlung des Grundleidens (Digitalisierung, anti-arrhythmische Behandlung usw.) möglich. Stets ist jedoch zu bedenken, daß die Herzfrequenz wegen des Grundleidens eines Herzschrittmacherpatienten auch nach oben begrenzt und so die Möglichkeit der Kreislaufanpassung eingeschränkt ist. Dies kann sich z. B. bei der Anwendung von Gefäßdilatoren negativ auswirken.

Im täglichen Leben ist die *Störanfälligkeit* der modernen Schrittmacher durch aus der Umgebung stammende „Fremdpotentiale“ (intakte elektrische Hausgeräte, Elektrorasierer, Radio- und Fernsehgeräte, Mikrowellenöfen) zu vernachlässigen. Ein potentiell Risiko entsteht aber durch die im medizinischen Bereich benutzten Diathermie-, Elektrokauter-, Kurzwellengeräte und Niederfrequenz-Reizstromgeräte.

Soziale Aspekte

Die Frage der *Fahrtauglichkeit* von Herzkranken im Straßenverkehr berührt auch öffentliche Interessen und ist immer wieder Gegenstand

der Diskussion (2). Die Fahrtauglichkeit im Straßenverkehr wird nicht durch einen funktionierenden Schrittmacher, sondern allein durch Alter und Persönlichkeit des Schrittmacherträgers limitiert. Der mit dem Schrittmacher erreichte Sicherheitsgrad im Hinblick auf bradykarde Rhythmusstörungen, die zu anfallsweiser Unterbrechung der Sauerstoffversorgung des Gehirns und damit zu Bewußtseinstrübung oder Bewußtlosigkeit führen können, ist hoch.

Unter Umständen wird die Indikation zur Schrittmachertherapie auch einmal mit dem Ziel entschieden werden, eine zuvor eingeschränkte Fahrtauglichkeit wieder herzustellen.

Zur *Frage des Sicherheitsgurtes* bei Herzschrittmachern (sie unterliegen wie jeder andere Autofahrer der Anschnallpflicht) wurde wie folgt berichtet:

„Bei fast der Hälfte der Fahrer und Beifahrer verläuft der Gurt direkt über dem Impulsgeber. Er kann dadurch Hautrötung und Schmerzen bedingen. Bei Crash-Versuchen ergab sich ein Abheben des Schrittmachers um ca. 7 cm durch den Aufprallvorgang und die Verdrängung durch den Gurt. Ein gepolstertes Schutzschild über dem Schrittmacher kann dies verhindern. Besser wäre es, wenn der Schrittmacher auf der Gegenseite des Gurtes liegen würde. Aufgrund der Erfahrung mit Unfallverletzten und aufgrund von Versuchsergebnissen ist das Tragen des Gurtes ärztlich vertretbar“ (4).

Die Schrittmachertherapie ist überwiegend ein geriatrisches Problem. Knapp 85 Prozent der Patienten, die einen Schrittmacher implantiert bekommen, haben das 60. Lebensjahr überschritten (3).

Die Rehabilitation im persönlichen Bereich, d. h. die Wiedereingliederung in häusliche Tätigkeiten, ist mit der Wiederkehr körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit bei den meisten Patienten möglich. Nur 14,5 Prozent der Patienten befanden sich zur Zeit des Schrittmachereinbaus noch im Arbeitsprozeß. Der linear zunehmende Anteil jüngerer Altersgruppen macht aber den Altersaspekt rentenrechtlich wichtig (1).

Der geringe Anteil von beruflich rehabilitierten Patienten dürfte am ehesten auf die ungünstige Altersverteilung des Patientenkollektivs zurückzuführen sein.

Welche gesetzlichen Möglichkeiten seitens der Reichsversicherungsordnung gibt es, um die berufliche Existenz von Schrittmacherpatienten zu gewährleisten?

In der Regel ist ein Wechsel des Arbeitsplatzes wegen des Grundleidens für sie mit größeren Schwierigkeiten verbunden als für Gesunde, was bei Umsetzungen, Abordnungen und Versetzungen berücksichtigt werden sollte. Insbesondere spielt dabei auch die Nähe eines klinischen Schrittmacherzentrums, in dem der Behinderte unter Kontrolle steht, eine Rolle.

Bei noch nicht 40jährigen Patienten, die ihren erlernten Beruf aufgrund des Grundleidens (nicht der Schrittmacherimplantation) nicht mehr ausüben können, kommen vor allem die in § 1237 a der RVO festgelegten *berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation* in Frage.

„Die berufsfördernden Leistungen sind darauf auszurichten, den Betreuten möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern. Bei der Auswahl der berufsfördernden Maßnahmen sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit angemessen zu berücksichtigen. Sie dienen dazu, dem Betreuten eine angemessene und geeignete Erwerbs- oder Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte zu ermöglichen.“

„Ist die Berufsunfähigkeit des Versicherten infolge der Krankheit oder anderer Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken, so kann bei Erfüllung der Wartezeit (d. h., wenn vor Eintritt der Berufsunfähigkeit eine Versicherungszeit von 60 Kalendermonaten zurückgelegt ist) der § 1246 der RVO in Kraft treten und Rente wegen *Berufsunfähigkeit* gewährt werden.“

„Kann der Versicherte infolge seiner Grundkrankheit auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht aus-

üben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielen, so kann der § 1247 der RVO in Kraft treten, und bei Erfüllung der Wartezeit Rente wegen *Erwerbsunfähigkeit* gewährt werden.“

Altersruhegeld erhalten nach § 1248 (§ 25 AGV) der RVO auf Antrag männliche Versicherte, die das 63. Lebensjahr vollendet haben, oder die das 60. Lebensjahr vollendet haben und zu diesem Zeitpunkt anerkannte Schwerbehinderte im Sinne § 1 des Schwerbehindertengesetzes sind, oder Berufsunfähigkeit (§ 1246) oder Erwerbsunfähigkeit (§ 1247) vorliegt, wenn die Wartezeit (d. h. 35 anrechnungsfähige Versicherungsjahre, in denen mindestens eine Versicherungszeit von 180 Kalendermonaten enthalten ist, zurückgelegt sind) erfüllt ist.

Nach § 1248 (§ 25 AGV) Abs. 3 erhalten auf Antrag auch *weibliche Versicherte* Altersruhegeld, die das 60. Lebensjahr vollendet und die Wartezeit erfüllt haben, wenn sie in den letzten 20 Jahren überwiegend eine rentenversicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit ausgeübt haben.

Sowohl bei schwerbehinderten Männern als auch bei Frauen ist das eben erwähnte „vorgezogene“ (flexible) Altersruhegeld eine wesentliche Hilfe zur sozialen Sicherung des Versicherten, zumal neben dem Altersruhegeld eine *laufende* Berufstätigkeit mit einem Bruttoarbeits-einkommen bis DM 425,- im Monat oder eine *gelegentliche* Berufs- oder Aushilfetätigkeit bis zu zwei Monaten oder bis zu 50 Arbeitstagen im Jahr ohne Einkommenseinschränkung im Gesetz (§ 1248 Abs. 4 der RVO) vorgesehen ist.

Unabhängig vom Grundleiden gelten Schrittmacherträger als Schwerbehinderte und unterliegen den Richtlinien über die Fürsorge für schwerbehinderte Beschäftigte im Geschäftsbereich des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Sie sind somit geschützte Personen im Sinne dieser Richtlinien. Ihre Rechtsstellung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft hat damit eine gesetzliche Grundlage. Das damit verfolgte Ziel einer umfassenden Rehabilitation kann nur durch eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Betroffenen und Beteiligten erreicht werden.

„Vorgesetzte und Mitarbeiter müssen davon ausgehen, daß der Schwerbehinderte es im Rahmen seiner individuellen Leistungsfähigkeit als selbstverständlich ansieht, seine Dienstpflicht wie jeder andere Beschäftigte zu erfüllen. Die Bemühungen des Schwerbehinderten, trotz körperlicher und seelischer Beeinträchtigung vollwertige Arbeit zu leisten, sind von Vorgesetzten und Mitarbeitern nach Kräften zu unterstützen.“

„Es ist davon auszugehen, daß sie zur Erbringung gleichwertiger Leistungen in der Regel wegen des Grundleidens mehr Energie als Gesunde aufwenden müssen. Sie sind so zu beschäftigen, daß sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst verwerten und weiter entwickeln können. Zur Förderung ihres beruflichen Fortkommens und bei dienstlichen Maßnahmen der beruflichen Bildung sind sie bevorzugt zu berücksichtigen und in ihrem Streben nach höherwertiger Tätigkeit im Rahmen vorhandener Möglichkeiten zu unterstützen und zu fördern“ („Bayerischer Staatsanzeiger“ 1978, Nr. 15).

Es sei in diesem Zusammenhang aber auch erwähnt, daß die Schwerbehinderteneigenschaft hinderlich sein kann in Betrieben, die keine Schwerbehinderten beschäftigen müssen (sechs Prozent ab 16 Mitarbeitern). Schwerbehinderte werden bei Neueinstellungen und Arbeitssuche, insbesondere auch bei Unternehmen, die die Schwerbehindertenquote erfüllt haben, geringere Chancen haben. Auch wird in Betrieben, wo eine Arbeitsleistung gefordert wird, die nicht vom Arbeitnehmer erfüllt werden kann, versucht werden, sich von diesen Arbeitskräften zu trennen. Es sei noch darauf hingewiesen, daß es auch Widerstände seitens der Kollegen geben wird, die die Leistungsmin- derung des Schwerbehinderten – eventuell noch bei gleichem Lohn – ablehnen.

Psychische Aspekte

Zum Unterschied von anderen Organen handelt es sich beim Herzen um ein besonders gefühlsbesetztes Organ und einen unüberschaubaren, nicht kontrollierbaren Teil der Existenz.

Versicherungstips von der »Vereinigten«

Für 1980 bis zu 3 Beiträge zurück

Bis zu 3 Monatsbeiträge zahlt 1980 die Vereinigte Kranken in ihren Ambulant- und Zahntarifen für Ärzte zurück. Die Rückerstattungsquoten:

3 Monatsbeiträge

für Versicherte, die 1978, 1979 und 1980 leistungsfrei waren;

2 Monatsbeiträge

für Versicherte, die 1979 erstmals und 1980 leistungsfrei waren;

1 Monatsbeitrag

für Versicherte, die 1980 erstmals leistungsfrei waren.

Bei den Stationärtarifen wird $\frac{1}{2}$ er Monatsbeitrag bei Leistungsfreiheit in 1978, 1979 und 1980 ausgeschüttet.

Die Beitragsrückerstattung wird Mitte des Jahres 1981 automatisch überwiesen.

In der Beitragsrückerstattung sieht die »Vereinigte« nicht nur eine Maßnahme zur Kostendämpfung. Sie will damit auch gesundheitsbewußte Lebensführung honorieren. Die hohen Rückerstattungsquoten bei den Ambulant- und Zahntarifen sollen einen Anreiz geben, auf die Erstattung von Bagatellbeträgen zu verzichten. Denn die Abrechnung von Kleinbeträgen verursacht einen erheblichen Verwaltungsaufwand.

1982 sollen bei Leistungsfreiheit in den Jahren 1978–1981 nach den Ambulant- und Zahntarifen voraussichtlich sogar 4 Monatsbeiträge ausgeschüttet werden.

Ärzte-Infodienst
Vereinigte
Krankenversicherung AG
Pressestelle
Postfach 20 25 22
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.

»Gut behütet, gut geschützt«



Unsere Quiz-Frage:

Diese Abbildung zeigt die Schutzkleidung, wie sie 1720 von Ärzten während der Pestepidemie in Marseille getragen wurde. Zu welchem Zweck trug man den Vogelschnabel? Kreuzen Sie bitte Ihre Antwort im Coupon an.

Quellenhinweis:
Geschichte der Medizin
Starobinski, Edition Rencontre and
Erik Nitsche International
Switzerland

Vereinigte Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Im Unternehmensverbund
Vereinigte
Versicherungsgruppe

Informationszentrale
Postfach 20 25 22, 8000 München 2



Ihr Quiz-Gewinn:
Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir die stetige Bücherreihe illustrierte Geschichte der Medizin mit wertvollen Dokumenten heil- kundlichen Wirkens aus 10 Jahr- hundertern.
Einsendeschluß ist der 31.5.1981.
Der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen.

Meiner Meinung nach wurde der Schnabel zu folgendem Zweck getragen.

- Mit Kräutern gefüllt sollte er die Atemluft reinigen
- Allgemeines Erkennungsmerkmal der Ärzte
- Symbol des heiligen Rochus des Schutzheiligen der Pestkranken

Adresse _____

Das ist auch bei der Psychologie des Schrittmacherträgers zu bedenken. Es lassen sich im wesentlichen drei verschiedene Reaktionsweisen von seiten des Patienten unterscheiden.

1.

Bei der Mehrzahl kommt es mit der Regulierung und Normalisierung der Herztätigkeit und der Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens zu einer Wiederherstellung von Lebensfreude und geistiger Leistungsfähigkeit. In der Regel war ja der Anlaß der Schrittmacherimplantation so dramatisch und der Erfolg so augenscheinlich, daß bei den mittelbar Betroffenen das Erlebnis der Hilfe und Sicherheit alle ängstlichen Bedenken überwiegt.

2.

Viele Patienten scheinen allerdings postoperativ Phasen von Ängstlichkeit und Unsicherheit zu durchlaufen, bis nach Wochen mit der „Internalisierung“ des Schrittmachers die präoperative emotionale Stabilität wieder erreicht wird. Ein selbstverständliches Vertrauen erwächst naturgemäß in erster Linie bei einem störungsfreien Behandlungsverlauf. Mit dem Schwinden der Furcht vor neuen Anfällen wachsen Lebenssicherheit und Lebensfreude, es sei denn, der Schrittmacherträger kann die Vorstellung nicht verdrängen, daß seine Herztätigkeit ausschließlich einer künstlichen elektrischen Stimulation anvertraut ist.

3.

Bei einigen Patienten kommt es jedoch nicht zu einer zufriedenstellenden seelischen Anpassung an den Herzschrittmacher. Es bleiben oft latente Depressionen, Gefühle der Angst, Abhängigkeit und Ohnmacht, Unsicherheit und körperliche Mißempfindungen sowie Zwangsvorstellungen über ein mögliches Versagen des implantierten Pacedmaker vorhanden (5).

Besonders ausführlich wurde die Krankengeschichte des ersten deutschen Herzschrittmacherpatienten erfaßt. Es zeigte sich dabei, daß es – zumindest in den ersten sechs Jahren – diesem Patienten nicht gelang, „die Entfremdung“ des Organs zu verarbeiten. Das Herz wurde zu einem Fremdkörper, dem nicht mehr blindlings vertraut werden konnte. Es resultierten daraus

Spannungen, Ängste, Selbstunsicherheit und Versagensgefühle. Der Patient entwickelte eine schwere Herzphobie, schließlich mußte psychotherapeutisch interveniert werden.

Die affektive Belastung des Patienten nimmt vereinzelt solches Ausmaß an, daß Suizidversuche durch Kabelabreißen erfolgte und psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen werden mußte.

Das Vermögen zur seelischen Bewältigung der Belastung durch den Herzschrittmacher ist aber sicher individuell sehr unterschiedlich.

Nach allen Erfahrungen ist die Befürchtung nicht berechtigt, daß eine sinnvoll programmierte Patientenüberwachung die Gefahr einer Neurotisierung heraufbeschwört.

Jeder Schrittmacherpatient soll für den Notfall immer einen *Herzschrittmachereusweis* bei sich führen, auf dem neben den Personalien mit Wohnort des Patienten und der ihn betreuenden Klinik noch folgende Daten vermerkt sein sollten:

- Art und Typ des Schrittmachers
- Modellbezeichnung und Hersteller
- Verwendete Elektrode
- Implantationsdatum
- Genaue Frequenz bzw. Periodendauer des Herzschrittmachers und dessen Impulsbreite zum Zeitpunkt der Implantation
- Indikation zur Schrittmachertherapie

Nach der Implantation sollen die regelmäßigen Kontrollen im Schrittmacherzentrum zunächst ein Monat nach Implantation (Frühkomplikationen) erfolgen, dann in ca. halbjährlichen Abständen und gegen Ende der Schrittmacherlebenserwartung häufiger (Verlängerung der Implantationsdauer).

Die spezifische Kontrolle umfaßt:

- Impulsanalyse
- EKG, eventuell mit Magnet
- wenn nötig, Röntgen

Hauptteil der Untersuchung ist die genaue oszilloskopische Untersuchung der Schrittmacherimpulse: Intervall (in msec) von Impuls zu

Impuls, eventuell unter Ausschaltung des Demand-Systems mit einem Magnet, Impulsamplitude (in mV) und Impulsbreite (in msec). Hinzu wird mittels EKG, eventuell mit Magnet, die einwandfreie Impulsübernahme der Kammern (pacing) und/oder des Schrittmachers (sensing) geprüft.

Weitere Maßnahmen können so eine Röntgen- oder EKG-Langzeitkontrolle bei Verdacht auf Elektroden-dysfunktion, ein Belastungs-EKG zwecks Wahl des nächsten Schrittmachertyps, Anpassung des Schrittmacherausgangsstromes an die gemessene Relzschwelle bei speziellen Modellen im Hinblick auf die Verlängerung der Implantationsdauer sein. Die Daten werden zu Kontrollzwecken notiert und sollen jederzeit griffbereit sein.

Nüchterne Sachlichkeit und Vermeiden von Überängstlichkeit haben sich im täglichen Umgang mit Herzschrittmacherträgern bewährt. Nur in Einzelfällen wird es notwendig sein, psychotherapeutische Maßnahmen anzuwenden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: beim Herzschrittmacherträger muß die umfassende Rehabilitation, wie bei jedem Schwerbehinderten, nicht nur die medizinischen Maßnahmen, sondern in gleicher Wertung auch die beruflichen, sozialen und psychischen Aspekte umfassen, die sowohl vom Grundleiden als auch von der Technologie des Schrittmachers mitbestimmt sind, um ihm ein menschenwürdiges Leben mit neuer Lebensqualität und Lebensfreude zu ermöglichen.

Literatur

1. OENECKE, P., R. FLÖTHNER, G. HARBAUER und L. BETTE: Medizinische und soziale Rehabilitation von Schrittmacherträgern. *Mchn. Med. Wschr.*, 116. Jahrg., 1974, Nr. 19 (S. 983–986)
2. HALHUBER, M. J.: „Herz- und Kreislaufkrankte als Kraftfahrer“. *Therapia der Gegenwart*, 116 : 2 (1979) 209–226
3. HIMMLER, F. CH., A. WIRTZFELDO, H. PRAUER und K. F. SEIOL: Herzschrittmachertherapie auch bei alten Menschen. *Oeutsch. Ärzteblatt*, Heft 36/1977.
4. KRÖGER, P., O. ANSELM, G. BEIER, A. W. PRAUER und H. WOLFF: Herzschrittmacher und Sicherheitsgurt. *Langenbecks Arch. Chir.* 347 (1978)
5. PAYK, Th. R.: Psychologische und psychopathologische Gesichtspunkte der Schrittmacherimplantation. *Med. Klin.* 74 (1979) 1131–1133 (Nr. 30)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. P. P. Wimmer, Klinik Höhenried, 8131 Bernried

31. Nürnberger Fortbildungskongreß

Für die von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Fortbildungstagung in der Nürnberger Meistersingerhalle hatte Professor H. Kleinfelder (Nürnberg) u. a. aktuelle Probleme aus der Gastroenterologie, Geriatrie und Kardiologie als Kongreßthemen gewählt.

In seinem Vortrag über die **konservative Behandlung des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs** erwähnte Professor F. Halter (Bern), daß die früher viel verwendeten Anticholinergika durch die Entwicklung des Cimetidin (Tagamet) praktisch aus dem Repertoire der Ulkustherapie verschwunden sind. Eine Ausnahme bildet allerdings das magenspezifische Anticholinergikum Pirenzepin (Gastrozepin), mit dem es möglich ist, die Magensäuresekretion stark, jedoch nur subtotal zu inhibieren. Zwei in Italien durchgeführte kontrollierte Studien hätten ergeben, daß eine Behandlung mit Pirenzepin einer Placebothherapie überlegen ist und etwa gleich gute Resultate ergibt, wie sie mit Cimetidin erzielt werden können.

Halter warf die Frage auf, wie man sich aufgrund der Erkenntnisse über die gute, aber keinesfalls völlig harmlose Therapie des peptischen Ulkus mit Cimetidin, hohen Antazidosen oder mit Pirenzepin im Einzelfall verhalten sollte. In Anbetracht der hohen Spontanheilungstendenz sei es sicherlich zu verantworten, den Patienten vorerst mit einfachen Maßnahmen und auch ent-

sprechend dem „Genus loci“ zu behandeln: Aus epidemiologischen Studien ist bekannt, daß die Spontanheilungstendenz in England wesentlich niedriger liegt als in den skandinavischen Ländern und auch in der Bundesrepublik. Wenn ein Patient eine spezielle Diät für nützlich hält und er früher auf kleine Antazidosen angesprochen hat, so besteht kein Grund, die Therapie zu ändern. Cimetidin kann als eine geeignete Waffe zur Behandlung von Ulzera angesehen werden, bei denen frühere andere Behandlungsversuche nicht zum Erfolg geführt haben. Eine Langzeitmedikation mit Cimetidin ist vor allem bei Patienten mit hohem Risiko angezeigt, bei denen wegen des Allgemeinzustandes eine chirurgische Intervention nicht in Frage kommt. Bei besonders hartnäckigen Ulzera kann es sinnvoll sein, Cimetidin und Pirenzepin miteinander zu kombinieren.

In seinen weiteren Ausführungen erinnerte der Gast aus Bern daran, daß es eine Reihe von Pharmaka für die Ulkustherapie gibt, die nicht eine Einschränkung der Säureproduktion zum Ziel haben. Einigen von ihnen wird ein protektiver Effekt zugeschrieben. In diese Gruppe gehört neben dem Carbenoxolon (Biogastrone), welches sich – zumindest in der Schweiz – wegen seiner Nebenwirkungen (sekundärer Hyperaldosteronismus) weniger durchsetzen konnte, auch das neue Sucralfat (Ulcogant). Als vielversprechend wurden die Methylprostaglan-

dine bezeichnet, weil sie schon in kleinen Dosen nebenwirkungsarm die Resistenz der Magenschleimhaut gegen Noxen vermehren können.

Professor O. Stadelmann (Fürth) sprach über **Diagnose und konservative Behandlung der gastro-ösophagealen Refluxkrankheit**. Er begann mit dem Hinweis, daß die bei dieser Erkrankung häufig feststellbare Hiatushernie lediglich ein Begleitphänomen und nicht die Ursache ist. Vielmehr sind es infektiöse, mechanische, physikalische und chemische Noxen, die zu einer Ösophagitis führen. Der Reflux von Verdauungsssekret ist die weitaus häufigste Ursache der Beschwerden, Säure ist nicht Voraussetzung, da auch Gallensaft entsprechende Veränderungen hervorrufen kann.

Die Ösophagitis kann sehr unterschiedliche und auch wechselnde Symptome hervorrufen, im Vordergrund stehen Sodbrennen sowie retrosternale und epigastrische Beschwerden, die durch gewürzte Speisen, Alkohol und Süßigkeiten provokierbar sind und sich im Liegen verschlimmern. Schluckstörungen können auch durch Stenosen verursacht sein, hier müssen vor allem ein Ösophaguskarzinom sowie extraluminale Prozesse differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden.

Die konservative Behandlung der Refluxösophagitis besteht nach Stadelmanns Ausführungen aus Allgemeinmaßnahmen wie Gewichtsreduktion, Hochlagerung des Oberkörpers während der Nacht, Meiden enger Kleidungsstücke und Stuhlnormalisierung. Ein wichtiges Prin-

Schnupfen • Husten • Infekte

Sinuselect®

gegen Rhinitis, Sinuitis

Indikationen: Sinusitis, Pansinusitis, Rhinitis, Nebenhöhlenentzündungen, Dauerkopfschmerz, Schwindel und Übelkeit, Kiefer- und Stirnhöhlenkatarrhe und bei febrilen Infekten.

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Cinnabari D₃ 15 g, Carbo vegetabilis D₃ 10 g, Silices D₃ 10 g, Mercur solub D₃ 15 g, Hydrastis D₃ 10 g, Kalium bichromic. D₃ 15 g, Thuja D₃ 15 g, Calc. sulfuric. D₃ 10 g.

Dosierung: 3–5 mal täglich 10–15 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen.

Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 6,50, 100 ml DM 17,30. Klinikpackungen.

Capval® Depot-Antitussikum

Indikationen: Akute und chronische Atemwegserkrankungen, die hustenreizende Wirkung erfordern. Reiz-, Krampf- und Keuchhusten, leichtes Asthma bronchiale, Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippeartigen Infekten.

Hinweis: Keine Sucht- oder Opioidgefahr.

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Zusammensetzung: Saft = 100 ml enthalten: Noscapin hydrochloricum 2,9 g, Coriisgentia ad 100 ml.

Dragees = 1 Dragee enthält: Noscapin-Resin entspr. 25 mg Noscapin.

Dosierung: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren.

Saft: 3–4 mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel.

Tropfen: Mehrmals täglich 10–20 Tropfen.

Dragees: Mehrmals täglich 1–2 Dragees.

Dosierungsanleitung für Kinder (3 bis 12 Jahre) und Kleinkinder (ab 3 Monate): bitte Packungsbeilage entnehmen!

Handelsformen und Preise: **Dragees:** OP m. 30 Stück DM 5,90

Saft: OP m. 100 ml DM 7,95 OP m. 250 Stück DM 41,15

Tropfen: OP m. 30 ml DM 7,95
Klinikpackungen.

Toxiselect®

zur körpereigenen Abwehr akuter und chronischer Infekte

Indikationen: Erkältungskrankheiten in den verschiedensten Formen, Grippe infecta, insbesondere bei begleitenden Schleimhautkatarrhen. Bei gynäkologischen und urologischen Befunden. Eitrige Infektionen jeder Genese, auch zur Prophylaxe bei entzündlichen Patienten und bei Rezidiven.

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Zusammensetzung: 100 g enthalten:

Echinacea purp. u. angust. 8,40 g, Bryonia D₃ 20 g, Apis mellifica D₃ 10 g,

Lachesis D₃ 20 g, Sulfor. D₃ 10 g.

Dosierung: Am ersten Tag 3–4 mal täglich 20–30 Tropfen, dann 3 mal

täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen!

Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 6,50, 100 ml DM 17,30, Klinikpackungen.

ORELUSO

ORELUSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Hessisch-Oldendorf 1

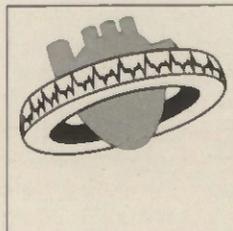
Depotfabrik für Orelusol: Magister BOISSEAU Ges. m. B.H. Wollmergr. 99 A-1190 WIEN

zip ist auch das Meiden von Säurelockern wie Alkohol und Coffein. Die Kost sollte aus häufigen, eiweißreichen, kleinen Mahlzeiten bestehen. Wesentlicher Bestandteil der Behandlung ist die Einnahme von Antazida, unter denen sich Aluminiumhydroxid durch seine galleadsorbierenden Eigenschaften auszeichnet. Als günstig erweist sich auch die Zusatzbehandlung mit Metoclopramid (Paspertin), welches die Entleerung des Magens beschleunigt und den duodenalen Reflux hemmt. Bei ausgeprägter Refluxösophagitis kann die Gabe eines H₂-Rezeptorantagonisten sinnvoll sein. In fortgeschrittenen Fällen oder wenn Komplikationen auftreten, sind chirurgische Maßnahmen meist nicht zu umgehen.

Zu einer Vortragsreihe über **praktische Fragen aus der Geriatrie** gehörte ein Beitrag von Professor H. Sattes (Würzburg), der zu **juristischen Problemen für den Arzt** bei geriatrischen Patienten Stellung nahm. Er ging dabei auch auf die Folgerungen ein, die sich bei einer durch Alterskrankheit des Gehirns hervorgerufenen Aufhebung der Entscheidungsfreiheit des Patienten ergeben können. Die letzte Verfügung eines alten Menschen, die oft seine bedeutungsvollste ist, besteht in der Errichtung seines Testaments, d. h. der Bekundung seines letzten Willens. Nach § 2229 BGB ist die Fähigkeit zur Testamenterrichtung aufgehoben, wenn jemand wegen krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder wegen Bewußtseinsstörung nicht in der Lage ist, die Bedeutung einer von ihm abgegebenen Willenserklärung einzusehen. Als Zeuge für das Vorliegen oder für das Fehlen dieser Fähigkeit wird häufig der behandelnde Arzt in Anspruch genommen.

Dem Gericht oder dem späteren Gutachter ist nicht damit gedient, wenn sich dieser in seiner Aussage auf die lapidare Feststellung beschränkt, daß der betreffende Erblasser testier- oder testierunfähig gewesen sei. Vor allem, wenn der Betreffende bereits verstorben ist und nachträglich seine Testierfähigkeit in Zweifel gezogen wird, kann es für den Arzt sehr schwierig sein, zu belegen, aufgrund welcher Wahrnehmungen und Feststellungen er auf die Orientierungsfähigkeit seines Patienten geschlossen hat. Die Feststellung, daß dieser seinen Arzt erkrankt hat und er über seine Beschwerden berichten kann-

rytmonorm®



Zusammensetzung: 1 Filmtablette Rytmonorm® 150 mg enthält 150 mg Propafenonhydrochlorid. 1 Filmtablette Rytmonorm® 300 mg enthält 300 mg Propafenonhydrochlorid. 20 ml enthalten 70 mg Propafenonhydrochlorid. Die Lösung ist durch Zusatz von 0,9684 g Glucose blutisotonisch. **Anwendungsgebiete:** Alle Formen von ventrikulären und supraventrikulären Extrasystolien, ventrikulären und supraventrikulären Tachykardien und Tachyarrhythmien, auch bei WPW-Syndrom. **Gegenanzeigen:** Manifeste Herzinsuffizienz, Kardiogener Schock (außer errhythmiebedingt), Schwere Bradykardie, Präexistente höhergradige sinuatrielle, etrioventrikuläre und intraventrikuläre Störungen der Erregungsleitung, Sinusknoten-Syndrom (Bradykardie-Tachykardie-Syndrom), Manifeste Störungen des Elektrolythaushaltes. Schwere obstruktive Lungenerkrankungen, Ausgeprägte Hypertonie. In den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft und während der Stillzeit ist die Verordung von Rytmonorm® kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich, insbesondere bei höherer Anfangsdosierung, können Magen-Darm-Störungen, u.a. Appetitlosigkeit, Völlegefühl, Brechreiz, auch ein bitterer Geschmack, vereinzelt unscharfes Sehen und Schwindel auftreten. Bei älteren Patienten kann es gelegentlich zu orthostatischen Kreislaufregulationsstörungen kommen. Diese Erscheinungen sind nach Minderung der Dosis oder Absetzen des Arzneimittels voll rückbildungsfähig. In äußerst seltenen Fällen können bei prädisponierten Patienten Störungen der Leberfunktion als Zeichen einer Überempfindlichkeitsreaktion (von hyperergisch-allergischem Typ) unabhängig von der Dosis auftreten. In diesem Fall ist das Arzneimittel sofort abzusetzen. Diese Nebenwirkung ist voll reversibel. In seltenen Fällen können Bradykardien, SA- oder AV-Blockierungen auftreten (Antidot: Atropin oder Orciprenalin); bei stark vorgeschädigtem Myokard (wie teilweise bei akutem Infarkt, Myokarditis u.a.) kann es zu einer unerwünscht starken Beeinträchtigung der Erregungsleitung im His-Purkinje-System (Gegenmaßnahme: Elektrotherapie) und der Myokardkontraktilität kommen. Ebenso wie bei anderen Antiarrhythmika kann bei Anwendung hoher Dosen das Auftreten von Kammererkrankungen oder von Kammerflattern bzw. -flimmern nicht ausgeschlossen werden. Bei einigen Therapiearten ist gelegentlich nach 3- bis 4wöchiger ausschließlich intravenöser Gabe von Rytmonorm® eine Störung der Spermienogenese beobachtet worden. Bis zur weiteren Abklärung sollten männliche Patienten vorerst nicht länger als 1 Woche intravenös mit Rytmonorm® behandelt werden. Bei oraler Langzeitgabe wurden bei keiner der untersuchten Tierpezies derartige Veränderungen gesehen.

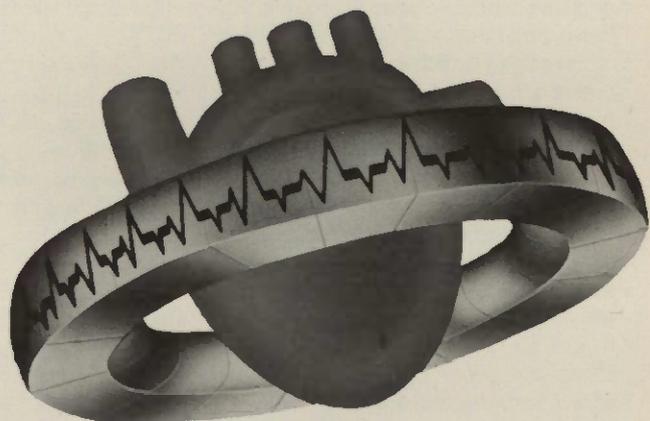
Dosierung und Anwendungswiese: Filmtabletten: Die Ermittlung der individuellen Erhaltungsdosis sollte unter kardiologischer Überwachung mit EKG-Kontrolle (1. oder 2. Behandlungstag und Ende der Einnahmephase) erfolgen. Bei Verlängerungen der ORS-Dauer über 20% oder Veränderungen der frequenzabhängigen QT-Zeit soll die Dosis reduziert oder bis zur Normalisierung des EKG abgesetzt werden. Für die Einstellungsphase und die Erhaltungstherapie hat sich eine Tagesdosis von 450 bis 600 mg (1 Filmtablette Rytmonorm® 150 mg 3mal täglich bis 1 Filmtablette Rytmonorm® 300 mg 2mal täglich) bewährt. Gelegentlich ist eine Steigerung der Tagesdosis auf 900 mg erforderlich (1 Filmtablette Rytmonorm® 300 mg 3mal täglich). Diese Tagesdosis sollte nur in Ausnahmefällen und unter strenger kardiologischer Kontrolle überschritten werden. Diese Angaben gelten für Patienten mit einem Körpergewicht um 70 kg. Wie andere Antiarrhythmika soll auch Rytmonorm® bei Patienten in höherem Lebensalter oder mit stark vorgeschädigtem Myokard in der Einstellungsphase besonders vorsichtig - einschleichend - dosiert werden. Die Filmtabletten sollen wegen des bitteren Geschmacks und der oberflächenanästhetisierenden Wirkung des Wirkstoffes ungelutscht und unzerkaut mit etwas Flüssigkeit nach dem Essen eingenommen werden. Ampullen: Als wirksame und verträgliche Einzeldosis hat sich die i.v. Gabe von 1 mg/kg Körpergewicht erwiesen (entspricht 20 ml bei einem mittleren Körpergewicht von 70 kg). Oft kann die erwünschte therapeutische Wirksamkeit bereits mit 0,5 mg/kg Körpergewicht (= 10 ml) erzielt werden. Die Behandlung ist bei aufmerksamer Beobachtung des Patienten unter EKG- und Blutdruckkontrolle mit möglichst niedrigen Dosen zu beginnen. Die i.v. Injektion soll langsam innerhalb 3-5 Minuten erfolgen. Falls erforderlich, kann die Einzeldosis auf 2 mg/kg Körpergewicht (= 40 ml) erhöht werden. Der Abstand zwischen 2 Injektionen soll etwa 90 bis 120 Minuten betragen. Treten Verlängerungen der ORS-Dauer über 20% oder Veränderungen der frequenzabhängigen QT-Zeit auf, ist die Injektion sofort zu unterbrechen. Wirkungseintritt: während bzw. kurz nach Ende der Injektion. Wirkungsmaximum: wenige Minuten nach der Injektion. Wirkungsdauer: bis zu 4 Stunden. Als Kurzinfusion (1 bis 3 Stunden) wird Rytmonorm® in einer Dosierung von 0,5-1 mg/min in Glucose- oder Lävulose-Lösung verabreicht. Bei Langzeitinfusion ist im allgemeinen eine Tagesdosis von 560 mg (= 160 ml) ausreichend. Eine Mischung mit physiologischer Natriumchloridlösung sollte unterbleiben. Da temperatur- und konzentrationsabhängige Ausfällungen auftreten. Bei der Dauerinfusion ist eine sorgfältige EKG- und Kreislaufkontrolle erforderlich. **Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln:** Bei gleichzeitiger Anwendung von Lokalanästhetika (z.B. bei Schrittmacherimplantation, chirurgischen oder zahnärztlichen Maßnahmen) sowie Antiarrhythmika mit gleichen Hauptangriffspunkten muß mit einer Wirkungsverstärkung gerechnet werden. **Zur besonderen Beachtung!** Bei eingeschränkter Leber- bzw. Nierenfunktion können therapeutische Dosen zur Kumulation führen. Unter EKG-Kontrolle können jedoch auch solche Fälle gut mit Rytmonorm® eingestellt werden. **Handelsformen:** Rytmonorm® 150 mg, 50 Filmtabletten DM 41,46. 100 Filmtabletten DM 70,47. Rytmonorm® 300 mg, 50 Filmtabletten DM 70,47. 100 Filmtabletten DM 120,36. Originelpackung mit 5 Ampullen Rytmonorm® DM 27,58.



Knoll AG, 6700 Ludwigshafen

Rytmonorm[®] Das Normo-Rhythmikum. Erfolgreich.

Auch in München.



Das Normo-Rhythmikum

rytmonorm[®]

Propafenon

bei ventrikulärer Extrasystolie
und anderen tachykarden Rhythmusstörungen

te, sei nicht ausreichend. Sie erlaube zwar eine Aussage über die Bewußtseinsklarheit des Patienten, nicht aber über seine Fähigkeit, die Bedeutung einer von ihm abgegebenen Willenserklärung zu erkennen. Es gebe aber nicht wenige Kranke, die hinter einer gut erhaltenen Fassade konventionellen Verhaltens und unter der Oberfläche einer alltäglichen Konversation den weitgehenden Verlust ihrer Verstandestätigkeit zu verbergen vermögen.

Im Rahmen seiner umfangreichen Gutachtertätigkeit hat Sattes die Erfahrung gemacht, daß in der Krankenkartei vielfach Aufzeichnungen über psychische Befunde fehlen. Wenn dies der Fall ist, müsse sich der Arzt darüber im klaren sein, daß er sich dann nicht nachträglich auf aufgezeichnete Befunde stützen kann und lediglich auf eine Rekapitulierung des Eindrucks angewiesen ist, den er von seinem Patienten noch hat. Die Situation wird bei Testamentsanfechtung nach dem Tode des Erblassers, den er behandelt hat, für den Arzt um so heikler, als er sich in den anschließenden Prozessen gewöhnlich zwischen den Fronten der zwei streitenden Parteien befindet. In einer solchen Situation, so wurde ausdrücklich betont, vergibt sich der Arzt nichts, wenn er bekundet, daß er sich über die Geschäfts- oder Testierfähigkeit seines Patienten kein Urteil gebildet hat oder daß er nicht in der Lage ist, ein solches Urteil abzugeben. Je sachlicher und konkreter die Aussagen über einen psychischen Befund bleiben, desto besser sind sie gutachtlich zu verwerten.

Wenn der behandelnde Arzt, wie dies nicht selten vorkommt, von einem Notar um Auskunft über die Testierfähigkeit eines Patienten gebeten wird, dann sollte er stets daran denken, daß er im Falle einer

Testamentsanfechtung den Beweis für seine Auffassung antreten muß. Auf jeden Fall sei es empfehlenswert, eine entsprechende Notiz im Krankenblatt vorzunehmen. Wenn sich hierbei irgendwelche Unsicherheiten oder Zweifel ergeben, sei es sicherlich der beste Weg, einen psychiatrischen Kollegen um konsiliarische Hilfestellung zu bitten.

Aus dem Vortrag von Professor S. Kanowski (Berlin) über **Formen der Depression im Alter** war zu entnehmen, daß bei endogenen Depressionen des späteren Lebens auslösende Situationen viel häufiger zu finden sind als in jüngeren Jahren. So fanden Vogel und Lungershausen bei Involutionen Depressionen im Unterschied zu einer Vergleichspopulation vor allem „situative Mehrfachbelastungen“. Dies erklärt die Schwierigkeit einer differentialdiagnostischen Abgrenzung gegenüber den beiden anderen Grundtypen der organischen und psychogenen Depression. Ein Kriterium der Abgrenzung, welches aus der Verlaufsbeobachtung gewonnen werden kann, ist die Tatsache, daß zwar am Anfang ein auslösendes Ereignis im Vordergrund steht, daß aber der weitere Verlauf des endogenen Typus dann im Gegensatz zu den psychoreaktiven Depressionen Eigengesetzlichkeit erkennen läßt, während bei der reaktiven Form die situative Abhängigkeit erhalten bleibt.

Ein weiteres Problem besteht darin, daß im Verlauf depressiver Phasen im höheren Lebensalter nicht selten scheinbar hirnorganische Symptome in den Vordergrund treten, z. B. Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Diese klinische Beobachtung hat zu dem Begriff der „depressiven Pseudodemenz“ geführt. Es wird darüber spekuliert, ob in solchen Fällen eine als symptomatische Form anzusehende Depression

einem dementiellen Prozeß vorausläuft oder aber eine endogene depressive Phase nur vorübergehend einen latenten hirnorganischen Prozeß ans Licht bringt.

Kanowski hob hervor, daß derartige, zum klinischen Bild der Depression hinzutretende hirnorganische Zeichen die Prognose nicht trüben und sie nicht Anlaß zu therapeutischer Resignation oder gar zur Einweisung in ein Pflegeheim sein sollten, da sie unter konsequenter antidepressiver Behandlung meistens völlig rückbildungsfähig sind. Selbst wenn ihnen ein hirnorganischer Abbauprozess zugrunde liegt, wirkt sich erfahrungsgemäß eine antidepressive Therapie günstig aus, da sie die zusätzliche depressive Leistungshemmung zu beseitigen vermag. Gerade bei solchen Patienten könne es auch nützlich sein, die Behandlung mit Antidepressiva durch Gabe sogenannter nootroper Pharmaka, wie z. B. Piracetam (Normabrain, Nootrop) oder Pyriithoxin (Encephabol), zu unterstützen. Denn sie können — wenn auch in bescheidenem Umfang — die zerebrale Leistung stimulieren und andererseits unter Umständen auch den antidepressiven Effekt verstärken.

Dr. K. A. Zölich (Nürnberg) berichtete über **klinische Erfahrungen bei der Behandlung der Herzinsuffizienz mit Vasodilatoren**, die in jüngster Zeit das klassische Therapiekonzept mit Digitalis und Diuretika bereichert haben. Je nach Ausgangslage trägt dabei die Senkung des Füllungs- oder des Austreibungsdruckes des linken Ventrikels zu einer spürbaren Entlastung der Herzarbeit und zu einer oft beeindruckenden Verbesserung der Hämodynamik, des klinischen Bildes und auch der subjektiven Beschwerden bei.

Unter den Vasodilatoren gelten die Nitrate als Mittel der Wahl bei erhöhter Vorlast, also bei Lungenstauung bzw. Lungenödem, wo ihr Einsatz schon seit einigen Jahren standardisiert ist. Die anderen Pharmaka, die vorwiegend den arteriellen Kreislaufschonkel erweitern, sind aus der Hypertoniebehandlung schon seit Jahren bekannt: Hydralazin, Nitroprussid-Natrium, Prazosin und auch das neue Captopril.

Zu den besonderen Eigenschaften des Hydralazin (Nepresol) gehört es, daß bei fehlender oder nur geringer

Band 53 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

„Der Reaktorunfall“

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

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

Für 9 von 10 Ihrer Hypertoniker

Combipresan® Perlongetten®

Diuretikum
(Chlortalidon):
Senkung
des peripheren
Widerstandes

Clonidin:
Zentrale
Sympathikus-
Hemmung

Eine Perlongette täglich –
einfacher geht's nicht

Zusammensetzung: 1 Combipresan 75 Perlongette enthält: 0,075 mg Clonidinhydrochlorid, 15,0 mg Chlortalidon. 1 Combipresan 150 Perlongette enthält: 0,150 mg Clonidinhydrochlorid, 15,0 mg Chlortalidon. **Indikation:** Hypertonie. **Kontraindikationen:** Combipresan Perlongetten sollen nicht angewandt werden bei Nierenversagen, bei schweren komatösen Lebererkrankungen, bei unbeeinflussbaren Kaliummangelzuständen und bei Überempfindlichkeit gegen Sulfonamide. **Nebenwirkungen:** Bei Behandlungsbeginn können Mundtrockenheit oder Müdigkeit auftreten, die gewöhnlich nach relativ kurzer Behandlungsdauer abnehmen. Gelegentlich kommt es zu Schwindelgefühl bei aufrechter Körperhaltung als Folge der Blutdrucksenkung. Sehr selten können allergische Erscheinungen auftreten. Bei höherer Dosierung von Clonidinhydrochlorid wurden vereinzelt Darmträgheit, Schlaf- und Potenzstörungen beobachtet. Diuretika (Chlortalidon) können gelegentlich zu Störungen des Elektrolyt-, Kohlenhydrat- oder Harnsäurestoffwechsels führen. Wenn diese Gefahr bei den Combipresan Perlongetten auch sehr gering ist, sind entsprechende ärztliche Kontrollen im Verlaufe der Therapie zu empfehlen. Um unerwünschte Wiederanstiege des Blutdrucks zu vermeiden, sollen blutdrucksenkende Medikamente nicht abrupt und ersatzlos abgesetzt oder weggelassen werden. Dies gilt auch für die Combipresan Perlongetten. Das Präparat 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. Boehringer Ingelheim KG, 6507 Ingelheim am Rhein.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Bei der gleichzeitigen Anwendung von Sedativa oder von anderen blutdrucksenkenden Präparaten kann es zu einer Verstärkung der Wirkung von Combipresan Perlongetten kommen. Combipresan Perlongetten können die blutzuckersenkende Wirkung der Antidiabetika vermindern, die kardi- und neurotoxische Wirkung von Lithiumpräparaten verstärken, zusammen mit Glukokortikoiden zu einer verstärkten Kaliumausscheidung führen und die Herzwirkung von Glykosiden bei Kaliummangel verstärken. Auch die Wirkung von Beruhigungs- oder Schlafmitteln sowie von Alkohol kann verstärkt werden. **Packungen** (Stand April 1981): A.V.P. Combipresan 75 Perlongetten: 28 Retardkapseln DM 18,45; 70 Retardkapseln DM 40,50. – Combipresan 150 Perlongetten: 28 Retardkapseln DM 21,35; 70 Retardkapseln DM 45,70; Klinikpackungen.

Boehringer
Ingelheim



Vergrößerung des Herzens die blutdrucksenkende Wirkung im Vordergrund steht, während es bei massiver Dilatation die Steigerung der Auswurfleistung eine bestehende Herzinsuffizienz günstig zu beeinflussen vermag. Nitroprussid-Natrium (Nipruss) hat eine gleichmäßig dilatierende Wirkung auf den venösen und arteriellen Kreislaufschonkel, und es wäre eine nahezu ideale Substanz für die Behandlung einer sonst therapierefraktären Herzinsuffizienz, wenn sein Einsatz nicht durch zwei entscheidende Nachteile limitiert würde: Es muß intravenös appliziert werden und hat eine extrem kurze Wirkdauer, weshalb es nur in der Klinik, und zwar unter intensivmedizinischen Bedingungen zum Einsatz kommen kann. Eine ähnliche Wirkung wie Natrium-Nitroprussid hat auch Prazosin (Minipress), ein postsynaptischer Alpha-Rezeptorenblocker, der ebenfalls zu einer Reduktion des Gefäßwiderstandes im pulmonalen und systemarteriellen Strombett führt. Da das Mittel oral voll wirksam ist, eignet es sich durchaus für eine Langzeitbehandlung und auch für die Bedürfnisse der Praxis.

Nach den Ausführungen von Zölch hat sich Captopril, welches in Kürze als Lopirin verfügbar sein wird, als derzeit effektivster Vasodilatator erwiesen, der zur Behandlung der schweren, sonst therapierefraktären Herzinsuffizienz geeignet ist. Dieses Mittel, das ebenfalls als Antihypertensivum entwickelt wurde, führt zu einer Blockierung der stärksten gefäßtonisierenden Substanz des Organismus, des Angiotensin II, wobei der Effekt durch Hemmung des sogenannten Converting-Enzyms zustande kommt. Daraus resultiert eine nachhaltige venöse und vor allem arterielle Erweiterung und eine deutliche Entlastung des Herzens. Der Vortragende konnte die Erfahrungen von Dzau und Mitarbeitern bestätigen, wonach bei Patienten mit Herzinsuffizienz des Schweregrades IV, die weder auf Digitalis und Diuretika noch auf andere Vasodilatoren reagierten und bei denen das herkömmliche therapeutische Spektrum „voll ausgereizt“ war, durch Captopril in jedem Fall ein Behandlungserfolg erzielt werden konnte.

Referent:

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

**Die Bayerische Landesärztekammer
– Akademie für ärztliche Fortbildung – informiert:**

Pflichtfortbildung: Nein! Fortbildungsverpflichtung: Ja!

Testbogenaktion 1981 „Selbstüberprüfung des Wissensstandes“

*Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!*

Die Bayerische Landesärztekammer – Akademie für ärztliche Fortbildung – startet eine zweite Testbogenaktion „Selbstüberprüfung des Wissensstandes“. Die Teilnahme ist eine mögliche Nachweistform Ihrer durchgeführten ärztlichen Fortbildung. Jeder Arzt ist zwar gemäß Berufsordnung zur Fortbildung verpflichtet, es ist ihm aber andererseits freigestellt, welche Fortbildungsmittel er hierzu benutzt. Diese Testbogenaktion ist eine Möglichkeit, der im § 7 der Berufsordnung geforderten Nachweispflicht zu entsprechen.

Solern Sie die eine oder andere Frage nicht gleich beantworten können, soll dies eine Anregung sein, in individueller Weise, z. B. durch ein Kollegialgespräch oder durch Literaturstudium, eine noch offene Frage zu klären. Vielleicht ist dies auch eine Anregung, bei einer örtlichen Fortbildungsveranstaltung in einem entsprechenden Diskussionsbeitrag Sachfragen im Kollegenkreis zu erörtern.

Beteiligen Sie sich auch bitte bei dieser Testbogenaktion 1981 so zahlreich wie im Jahre 1979!

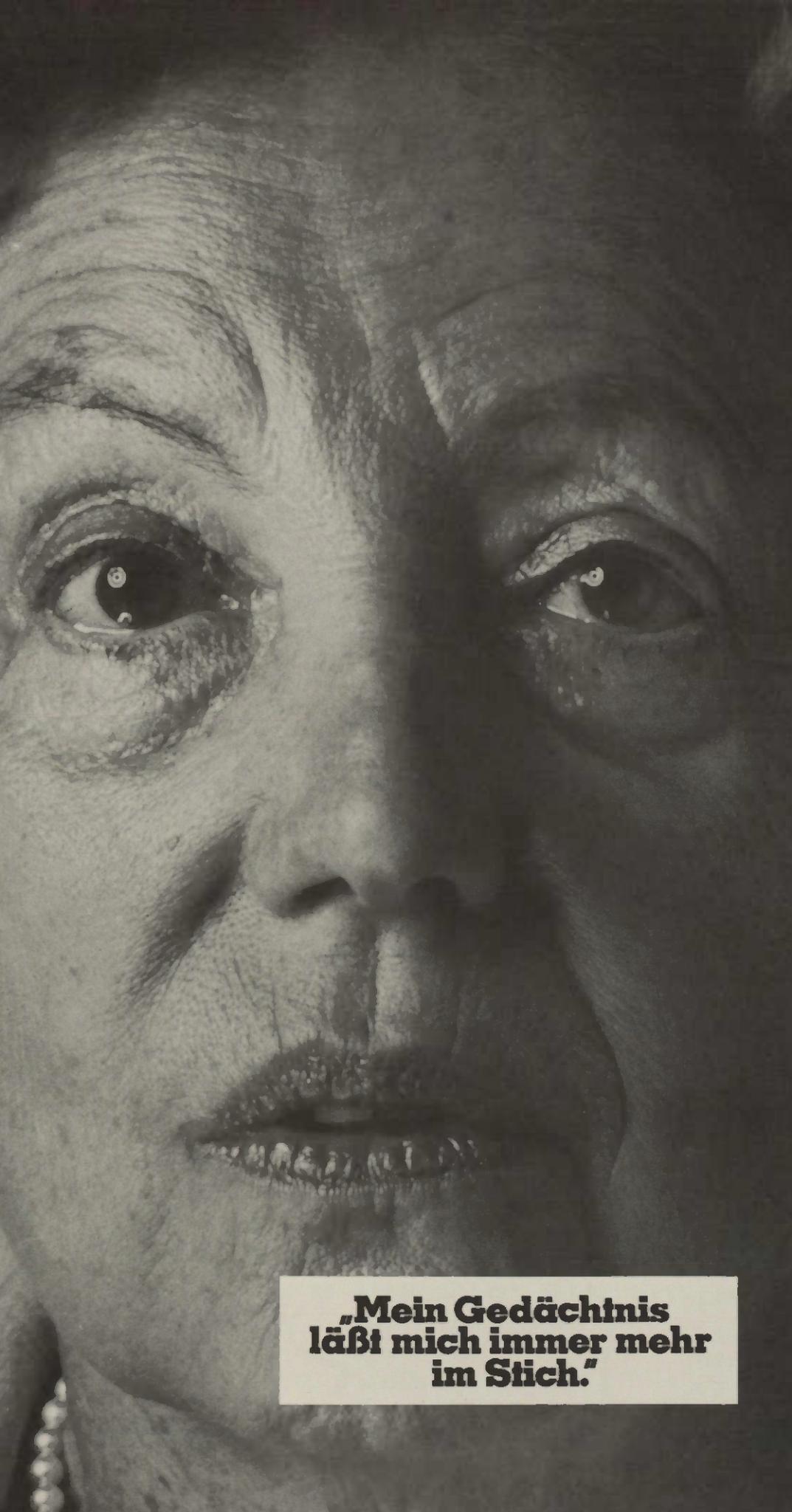
Wir werden im September-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ die Fragen besprechen und die Lösungen begründen.

Alle Kollegen können diese Testbögen bei der Kammer direkt abrufen. Sie erhalten dann zwei Exemplare des Testbogens, wovon Sie eines zu Ihrer eigenen Kontrolle zurückbehalten, das andere wollen Sie bitte anonym in den nächsten Wochen an die Bayerische Landesärztekammer einsenden.

Mit einer erneuten Beteiligung können Sie alle uns – Ihrer ärztlichen Berufsvertretung – helfen, die gelegentlich von staatlichen Institutionen geforderte Pflichtfortbildung für Ärzte argumentativ ad absurdum zu führen!

Einsendeschluß ist Freitag, der 12 Juni 1981!

*Dr. E. Thäle
Vorsitzender*



**„Mein Gedächtnis
läßt mich immer mehr
im Stich.“**

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 80 mg Butalaminhydrochlorid.

Indikationen: Arterielle Durchblutungsstörungen der unteren Gliedmaßen. Periphere arterioläre Durchblutungsstörungen. Cerebrale Durchblutungsstörungen.

Dosierung 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 Begleiterscheinungen: Sind im allgemeinen nicht zu erwarten; allenfalls können in einzelnen Fällen leichte Magen- oder Darmstörungen auftreten.

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.

Handelsformen und Preise:

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

 Zyama GmbH München

Diesen Satz hören Sie häufig von älteren Patienten, oft auch verbunden mit psychoaffektiven Beschwerden wie Aktivitätsverlust und Schlafstörungen.

Die Ursache dafür ist sehr oft in cerebralen Durchblutungsstörungen zu suchen. Klinische Studien haben für Adrevil® forte ein vermehrtes Blutangebot an Hirn und Gliedmaßen, ohne Einfluß auf den Blutdruck, nachgewiesen. Auch eine günstige Beeinflussung des Hirnstoffwechsels wird diskutiert.

30 Filmtabletten zum Einnehmen

Verschreibungspflichtig

Adrevil® forte
Tabletten

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

Zyama

Adrevil® forte. Die Kraft, die mehr Durchblutung schafft.

Die Bayerische Perinatal-Erhebung

Ein Beitrag zur freiwilligen Qualitätssicherung

Kommission für Perinatologie in Bayern

Bereits 1979, dem ersten Jahr, beteiligten sich freiwillig 136 geburtshilfliche Abteilungen mit rund 63 000 Geburten an der Bayerischen Perinatal-Erhebung. 1980 waren es schon über 160 Kliniken (Abb. 1 und 2), die ca. 78 000 Geburten dokumentierten und analysierten. Etwa 78 Prozent aller bayerischen Geburten wurden somit in der Erhebung erfaßt, variierend zwischen 50 Prozent in Niederbayern und 90 Prozent in Schwaben. Weitere Geburtshelfer haben ihre Teilnahme für 1981 angekündigt.

Münchener Perinatal-Studie

Hervorgegangen ist die Bayerische Perinatal-Erhebung aus der Münchener Perinatal-Studie, einer Pilot-Studie, deren Anfänge bis an das Ende der sechziger Jahre zurückreichen. An dieser hatten sich 26 Kliniken aus dem Großraum München beteiligt. Der neueste Auswertungsband der Münchener Perinatal-Studie (Band 17 der Wissenschaftlichen Reihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik, Köln) erschien 1980 und umfaßt die Daten von 55 089 Geburten aus den Jahren 1975 bis 1977. Man findet darin erste Ansätze zu Klinikvergleichen, Analysen zum Stand der Schwangerschaftenüberwachung, der operativen Entbindungen, der Frühgeburtlichkeit, der Schwangerschafts- und Geburtsrisiken und vieles andere mehr. Zudem befaßte sich die Tagung der bayerischen Gynäkologen 1979 in Regensburg überwiegend mit dem praktischen Wert der Ergebnisse der Münchener Perinatal-Studie.

Aufbauend auf den Erfahrungen mit dem Erhebungsbogen der Münchener Perinatal-Studie wurde ein neuer Bogen entwickelt, der neben den Katalogen für Schwangerschafts- und Geburtsrisiken auch solche für die Operationsindikationen und die kindliche Morbidität enthält.

Ziele und Voraussetzungen der Bayerischen Perinatal-Erhebung

Das Hauptziel der Bayerischen Perinatal-Erhebung ist die Sicherung und Verbesserung der Qualität geburtshilflichen Handelns durch:

1. eine Datenerhebung unter Verwendung standardisierter perinatalmedizinischer Begriffe,
2. Hilfestellung bei der internen Leistungsbeobachtung und beim externen Vergleich mit anderen Kliniken,
3. detaillierte Information über die perinatalmedizinische Situation in Bayern und
4. eine Datensammlung und Analysen zur Klärung aktueller perinatalogischer Fragen.

Mit Sicherheit beeinflussen die Lerneffekte aus dem Umgang mit dem Erhebungsbogen, die Beobachtung des eigenen Handelns über einen längeren Zeitraum, der Vergleich der eigenen Ergebnisse mit den Ergebnissen anderer Kliniken,

die Bewertung und die Schlußfolgerungen aus auffälligen statistischen Zahlen in eigener Regie und die beginnenden interkollegialen Gespräche auf der Basis der eigenen Daten die Qualität geburtshilflichen Handelns.

Hauptcharakteristiken und zum Teil unabdingbare Voraussetzungen für einen Erfolg der Bayerischen Perinatal-Erhebung sind:

1. die *freiwillige* Teilnahme der Geburtshelfer,
2. die verbürgte Anonymität für Patienten, Ärzte und Kliniken,
3. die Planung und Finanzierung in eigener Zuständigkeit,
4. die Praktikabilität des Erhebungsbogens,
5. die zentrale Organisation und Auswertung in den Händen der Ärzte und
6. die Eigenverantwortlichkeit des Teilnehmenden in den Schlußfolgerungen.

Allein schon die Teilnahme an der Bayerischen Perinatal-Erhebung scheint die Qualität geburtshilflichen Handelns zu verbessern. Einen erheblichen Beitrag zur Qualitätssicherung leistet der externe Vergleich von Kliniken, auch der externe Vergleich verschiedener Kliniktypen. In diesem Zusammenhang muß erwähnt werden, daß 1980 insgesamt 39 Prozent der von der Perinatal-Er-

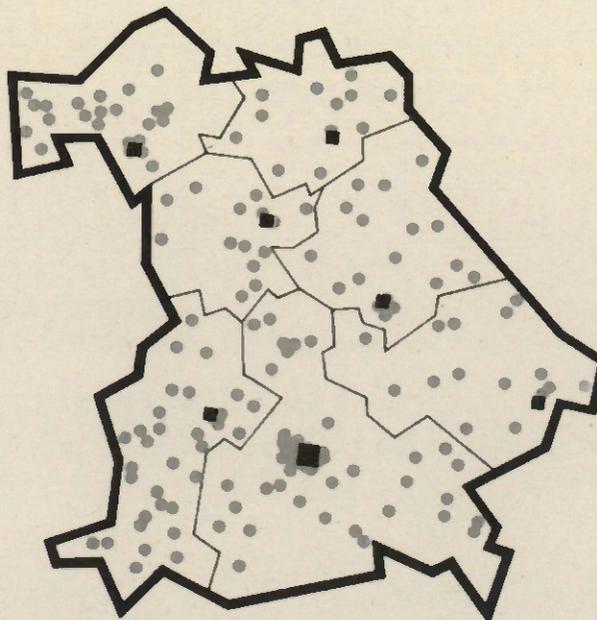


Abbildung 1
Geographische Verteilung der teilnehmenden Kliniken in Bayern
(Stand: Mitte 1980)

hebung erfaßten geburtshilffichen Betten an Belegkliniken sind, von denen 43 Prozent aller eingesandten Erhebungsbögen stammen.

Bereits die Münchener Perinatal-Studie hatte ergeben, daß Klinikvergleiche im allgemeinen, aber auch solche innerhalb gleicher organisatorischer Strukturen über einfache Summenstatistiken nicht ohne weiteres möglich sind. Jede Klinik hat ihr eigenes Patientenspektrum. Dazu kommen unterschiedliche klinikspezifische Vorstellungen von geburtshilfflichem Verhalten. Hier haben neu entwickelte Verfahren statistischer Aufarbeitung und Darstellung erstmalig Voraussetzungen für eine sinnvolle Eigenbeobachtung im externen Vergleich geschaffen. Sie ist gekoppelt mit einer praxisnahen Fortbildung durch gezielte Information über klinikeigenes Handeln und über die Analyse überregionaler geburtshilfficher Probleme. Obwohl die Bayerische Perinatal-Erhebung erst zwei Jahre alt ist, las-

sen sich erste Anzeichen dafür erkennen, daß von vielen Kliniken qualitätsverbessernde Schlußfolgerungen gezogen werden. Dies läßt sich nicht zuletzt am starken Rückgang der perinatalen Sterblichkeit in Bayern von 17,4 Promille im Jahr 1976 auf 12,0 Promille in 1979 erkennen. In der Bundesrepublik reduzierte sich die perinatale Sterblichkeit im gleichen Zeitraum nur von 17,1 auf 12,6 Promille, so daß sich Bayern im Ländervergleich erheblich verbessert haben dürfte.

Das vordringlichste Ziel der Bayerischen Perinatal-Erhebung ist die Charakterisierung und, darauf aufbauend, die Verminderung perinataler Morbidität bleibender Behinderung. In diese Aufgabe ist die Neonatologie und Pädiatrie mit einzubeziehen. Eine seit Anfang 1979 im südbayerischen Raum laufende Pilotstudie deutet bereits an, daß das Interesse an interdisziplinärer Zusammenarbeit von seiten der Kinderärzte vorhanden ist.

Organisation der Bayerischen Perinatal-Erhebung

Federführend für diese in der Bundesrepublik zur Zeit einmalige permanente Einrichtung einer freiwilligen ärztlichen Selbstkontrolle ist die Kommission für Perinatologie der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, zusammen mit der Landesgruppe Bayern des Berufsverbandes der Frauenärzte. Die Überwachung der Datenqualität liegt in den Händen eines ärztlichen Dokumentationsstabes, der seinen Sitz in der Zentralen Organisationsstelle der Bayerischen Perinatal-Erhebung hat und in Verbindung mit den Kontaktärzten der Kliniken für eine hohe Qualität der Daten sorgt. Nur korrekt dokumentierte Erhebungsbögen lohnen den damit verbundenen Aufwand, die Analyse und die Schlußfolgerungen in ärztlicher Eigenverantwortung. Hier ist in manchen Kliniken noch ein Nachholbedarf vorhanden.

TIEFENWIRKUNG

hyperämisiertes Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-Therapie

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

Marament[®]
Balsam N



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

Indikationen:

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

Gegenanzeigen:

Bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern Langzeit-

behandlung auf großen Flächen vermeiden; ebenso bei vorgeschädigter Niere.

Zusammensetzung:

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

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

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

WIDER



Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

Als unverzichtbar und äußerst fruchtbar erwies sich die enge Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik der Ludwig-Maximilians-Universität in München, das die methodische Entwicklung im Rahmen eines von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Projektes unterstützt.

Aktivitäten in anderen Bundesländern

Inzwischen hat sich in Niedersachsen eine perinatologische Arbeitsgemeinschaft gebildet, die seit Anfang 1980 eine Erhebung in enger Anlehnung an das bayerische Modell durchführt und gut mit der Kommission für Perinatologie in Bayern zusammenarbeitet. Mehrere andere Bundesländer befassen sich intensiv mit dem Gedanken an eine nach diesem Muster durchgeführte statistische Erhebung. Zahlreiche Anfragen aus dem In- und Ausland zeigen das Interesse an dieser Arbeit und ihren Ergebnissen.

Es ist zu hoffen und zu wünschen, daß von den bayerischen Geburtshelfern, die bis jetzt noch abseits stehen – aus welchem Grund auch immer –, sich möglichst viele freiwillig der perinatologischen Erhebung in Bayern anschließen werden. Sie sind dazu herzlich eingeladen.

Kontaktadresse:

Kommission für Perinatologie in Bayern, c/o Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Zentrale EDV, Arabellastraße 30/XI, 8000 München 81

Regierungsbezirk Oberbayern Incl. München Stadt und Land

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Altötting** (Chefarzt: Dr. Gastroph)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Bad Reichenholl** (Chefarzt: Dr. Haas)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Berchtesgaden** (Belegärzte: Dr. Foertig, Frau Dr. Lottermoser, Dr. Niedermeyer)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Burghausen** (Chefarzt: Dr. Brixner)

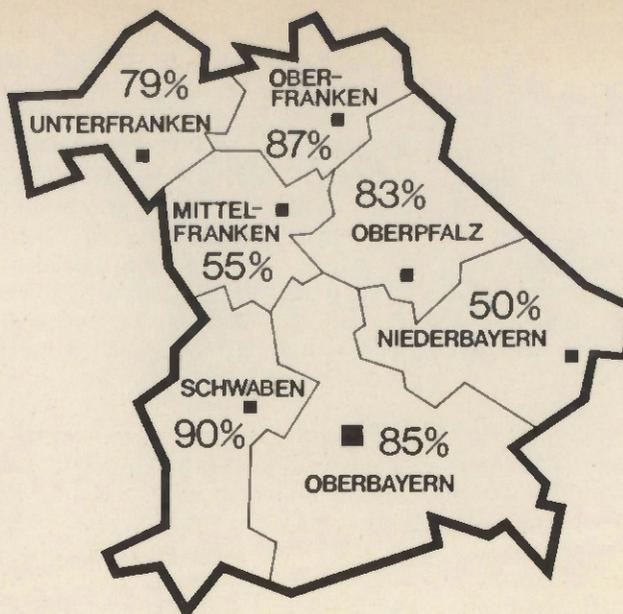


Abbildung 2
Anteil der erfaßten Geburten in den Regierungsbezirken Bayerns (für 1980)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Decheu** (Chefarzt: Dr. Erdmenn)

Privatklinik Dr. Koschade, Dechau (Belegärzte: Dr. Koschade, Dr. Krone, Frau Dr. Lohmann, Frau Dr. Martin, Dr. Möller, Dr. Tzschirmtsch, Dr. Wengeler)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Ebersberg** (Chefarzt: Dr. Bergauer)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Elchstät** (Belegärzte: Dr. Dietl, Dr. Peschek)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Frellassing** (Belegärzte: Dr. Griefahn, Dr. Koch)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Freising** (Chefarzt: Dr. Thelmair)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Fürstenfeldbruck** (Chefarzt: Dr. Keck)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Garmisch** (Chefarzt: Dr. Strauß)

Privatklinik Dr. Wolfart, **Gräfelfing** (Belegärzte: Dr. Appel, Dr. Bachmann, Dr. Betisweiler, Dr. Brügger, Dr. Hefner, Dr. Hildenbrand, Dr. Hölscher, Dr. Kretz, Dr. Maier, Dr. Walter, Dr. Zlemann)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Heeg** (Chefarzt: Dr. Federhofer)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Ingolstadt** (Chefarzt: Dr. Wiedemann)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Ingolstadt** (Belegarzt: Dr. Graßl)

Privatklinik Dr. Maul Don Bosconeum, Ingolstadt (Belegarzt: Dr. Pirkel)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses des Marktes **Kralburg e. Inn** (Belegärzte: Dr. Angstwurm, Dr. Gutsche, Dr. Hilbig)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Köschling** (Belegärzte: Dr. Jenata, Frau Dr. Janata)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses **Landsberg/Lech** (Chefarzt: Dr. Weiss)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Mühdorf** (Belegarzt: Dr. Rilović)

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

I. Frauenklinik der Universität **München** (Direktor: Professor Dr. Zander)

Frauenklinik der Universität **München** im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. Richter)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **München-Schwabing** (Chefarzt: Dr. Keller)

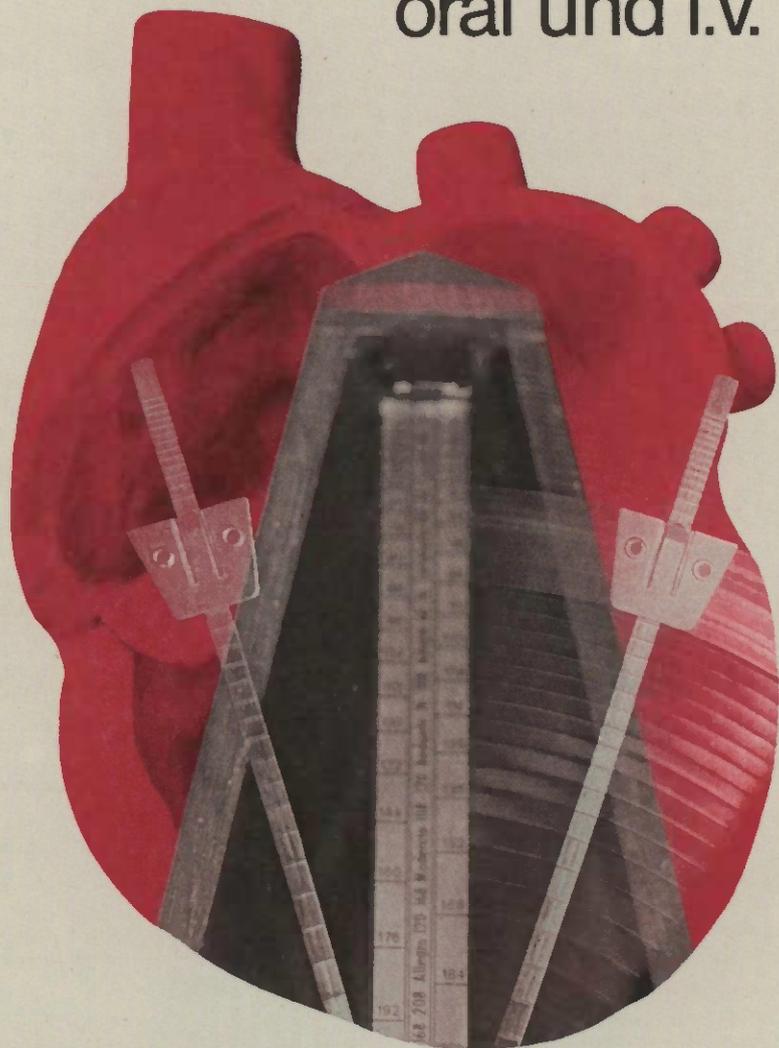
Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **München-Harlaching** (Chefarzt: Professor Dr. Döring)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **München-Neuperlach** (Chefarzt: Dr. Mehring)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **München-Pasing** (Chefarzt: Professor Dr. Zimmer)

Regulativum für das Herz **Esbericard®**

Crataegus-Therapie oral und i.v.



reguliert
die
Herztätigkeit

verbessert
die Koronar-
durchblutung

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 ml Liquidum enthält: 120 mg Extrakt entspr. mindestens 10 mg kondens. Flavane; 2 ml Injektionslösung enthalten: 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 anfallswise Tachykardien, auch im Kindesalter. Die kombinierte Anwendung mit Herzglykosiden ist möglich. Der angenehme Geschmack von Esbericard ist für die Langzeittherapie günstig. Auch bei län-

geram Gebrauch treten keine schädlichen Nebenwirkungen auf. Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt.

Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

Dosierung:

3mal täglich 15 – 20 Tropfen oder 1 – 2 Dragees. Parenteral 2 – 4 ml i.v. bzw. tief intraglutäat täglich oder alle 2 – 3 Tage.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

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



Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der Krenkenanstalt des Dritten Ordens, München-Nymphenburg (Cheferzt: Dr. Brunner)

Freuenklinik vom Bayerischen Roten Kreuz, München (Belegärzte: Frau Dr. Ackermann, Professor Dr. Bailer, Dr. Büttner, Dr. Heisig, Dr. Heuberger, Dr. Höpfner, Dr. Holdschuer, Dr. Krauss, Dr. Maczey, Dr. Nowotny, Dr. Stockmann)

Klinik Dr. Heas, München (Belegärzte: Dr. Anton, Frau Dr. Becker, Dr. Bullinger, Dr. Conrad, Dr. Gengkofner, Dr. Geisler, Dr. Georgl, Dr. Glasser, Dr. Goppelt, Dr. Groebli, Dr. Gross, Dr. Hecker, Dr. Kraus, Dr. Kreuse, Dr. Krumpmann, Dr. Melige, Dr. Mehringer, Dr. Rebhan, Dr. Riedl, Frau Dr. Stetter, Dr. Tiller, Frau Dr. Veit, Dr. Th. Weber)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der Klinik Krecke KG, München (Belegärzte: Dr. Deryng, Frau Dr. Hartmann, Dr. Kamm, Dr. Leiblein, Dr. Schiefeling, Dr. Schmidt, Dr. Seiler)

Klinik Dr. Roth, München (Belegärzte: Frau Dr. Armbruster-Meyer, Frau Dr. Bauersachs, Dr. Biehler, Dr. Blasiu, Dr. Borgmann, Dr. Grem, Dr. Grenzmann, Dr. Hahn, Dr. v. Holleben, Dr. Hostalke, Dr. Jäger, Dr. Kemm, Dr. Khalaf, Dr. Koch, Dr. v. Lovenberg, Dr. Lücke, Dr. Toroutz, Dr. Tsachiotis, Dr. Weber, Dr. Wittmann, Frau Dr. Wymer)

Privatfreuenklinik Dr. W. v. Weidenbech, München (Belegärzte: Dr. Alter, Dr. Becker, Dr. Brunner, Dr. Eichner, Dr. Gajo, Frau Dr. Helder, Dr. Helzer, Dr. Kleeberger, Dr. Menken, Frau Dr. Nägele, Dr. Ploch, Dr. Riessner, Dr. Schall, Dr. Suren, Dr. v. Weidenbech, Frau Dr. Winkler-Galgon)

Klinik Dr. Spreng, München (Belegärzte: Dr. Becker, Dr. Bernhard, Dr. Engelhardt, Dr. Franke, Dr. Grenzmann, Dr. Hanken, Dr. v. Hertlein, Dr. Horvath, Dr. Koch, Dr. Koller, Dr. Kurz, Frau Dr. Kutzer, Dr. Lönicker, Frau Dr. Lorenz, Dr. von Lovenberg, Dr. Oittner, Dr. Sasse, Dr. Schulze, Dr. A. Schuster, Dr. W. Schuster, Dr. Spreng, Dr. Ulrich, Dr. Wiesinger, Dr. Wolff, Dr. Wurst, Dr. Zeiss)

Frauenklinik Dr. Geisenhofer, München (Belegärzte: Dr. Csaky, Dr. Gärtner, Dr. Geisenhofer, Dr. Gertner, Dr. v. Gültlingen, Frau Dr. Hauser, Dr. Hoffmeister, Dr. Krings, Dr. Linhardt, Dr. Ohnolz, Frau Dr. v. Riadel, Dr. Schneider, Professor Dr. Wallner)

Privattrauenklinik Dr. Boruth, München (Belegärzte: Dr. Boruth, Dr. Cunderlik, Dr. Etlmov, Dr. Estel, Dr. Kulbe, Dr. Legal, Dr. Müller, Dr. Shirvani-Nejed, Dr. Michael)

Frauenklinik Prien am Chiemsee (Belegärzte: Dr. Hofhensel, Dr. Lehnert, Frau Dr. Murr, Dr. Steinseifer, Dr. Wachsmann)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krenkenheuses **Rosenheim** (Chefarzt: Dr. Kneer)

Freuenklinik Rosenheim (Belegärzte: Dr. Buttenberg, Dr. Kemkes, Dr. Kerscher, Dr. Klemm, Frau Dr. Klemm, Dr. Knorr, Dr. Obermayer, Dr. Sale, Dr. Schildbach, Dr. Schmidt, Dr. Straubinger, Dr. Thamm)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Schongau** (Belegärzte: Dr. Pöschel, Dr. Vogler)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Schrobenhausen** (Belegärzte: Dr. Köhl, Dr. Sahiri)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Starnberg** (Chefarzt: Professor Dr. Dittmar)

Frauenklinik am See, Starnberg (Belegärzte: Dr. Horkel, Dr. Rexilius)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Tegernsee** (Chefarzt: Dr. Berleb)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Stadtkrankenhauses **Traunstein** (Chefarzt: Dr. Schatbauer)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Wasserburg** (Chefarzt: Dr. Miethaner)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Wellheim** (Belegärzte: Dr. Balde, Dr. Rutke)

Regierungsbezirk Oberpfalz

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Marienkrankenhauses **Amberg** (Chefarzt: Professor Dr. Berg)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Burglengenfeld** (Belegärzte: Dr. Klausen, Dr. Wilbrend)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Cham** (Belegärzte: Dr. Dimplt, Frau Dr. Habash, Dr. Habash)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Eschenbach** (Belegarzt: Dr. Richter)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Hirscheu** (Belegärzte: Dr. Amann, Dr. Rücker)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Kötzting** (Chefarzt: Dr. Metschl)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Nebburg** (Belegarzt: Dr. Kunze)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Neumarkt** (Chefarzt: Dr. Roth)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Oberviechtach** (Belegärztin: Dr. Kostic)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses St. Josef, **Regensburg** (Chefarztin: Dr. Rauch)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Evangelischen Krankenhauses, **Regensburg** (Belegärzte: Dr. Müller, Dr. Plessner)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der Klinik St. Hedwig, **Regensburg** (Chefarzt: Dr. Krumbacher)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der Klinik Dr. Opitz, **Regensburg** (Belegärzte: Dr. Liebl, Dr. Opitz, Dr. Tiemann)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Roding** (Chefarzt: Dr. Müller)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des St.-Barbara-Krenkenhauses **Schwandorf** (Belegarzt: Dr. Schleicher)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Sulzbach-Rosenberg** (Chefarzt: Dr. Kurz)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Tirschenreuth** (Belegarzt: Dr. Rueth)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krenkenhauses **Weiden** (Chefarzt: Dr. Lettermann)

Regierungsbezirk Niederbayern

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Bogen** (Belegarzt: Dr. Gröger)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Dingolting** (Chefarzt: Dr. Kollitz)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Eggenfelden** (Chefarzt: Dr. Siebert)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Hutthurm** (Belegarzt: Dr. Jungmann)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Kelheim** (Chefarzt: Dr. Warnick)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Lendau** (Chefarzt: Dr. Frohbech)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krenkenhauses **Lendshut** (Chefarzt: Professor Dr. Spechter)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Regen**

(Belegärzte: Dr. Figmeier, Tarlowski)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses

Rotthelmünster

(Chefarzt: Dr. Ferstl)

Frauenklinik des Elisabeth-Krankenhauses, **Straubing**

(Chefarzt: Privatdozent Dr. Zahn)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Vilshofen**

(Belegärzte: Dr. Bachmeier, Dr. Köhler, Dr. Pollatos, Dr. Steinhuber, Dr. Wallner)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses

Wegscheid

(Chefarzt: Dr. Steinherdt)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Zwiesel**

(Chefarzt: Dr. Spaeth)

Regierungsbezirk Oberfranken

Staatliche Frauenklinik und Hebammenschule **Bamberg**

(Chefarzt: Professor Dr. Krone)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der Städtischen Krankenanstalten **Bayreuth**

(Chefarzt: Professor Dr. Weldinger)

Frauenklinik – Landkrankenhaus, **Coburg**

(Chefarzt: Dr. Junker)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses

Forchheim

(Chefarzt: Dr. Gsönger)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Kronech**

(Chefarzt: Dr. Beyerle)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Stadt- und Kreiskrankenhauses

Kulmbach

(Chefarzt: Dr. Hofmann)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses

Lichtenfels

(Chefarzt: Dr. Brandt)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreis- und Stadtkrankenhauses

Wunsiedel-Marktredwitz

(Chefarzt: Dr. Fikentscher)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses

Münchberg

(Belegärzte: Dr. D. Brendler, Dr. F. Brendler)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Nalle**

(Belegarzt: Dr. Krepp)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses

Pegnitz

(Belegarzt: Dr. Klefssl)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreis- und Stadtkrankenhauses

Wunsiedel-Selb

(Chefarzt: Dr. Gailer)

Regierungsbezirk Mittelfranken

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Aldorf**

(Belegarzt: Dr. Herzog)

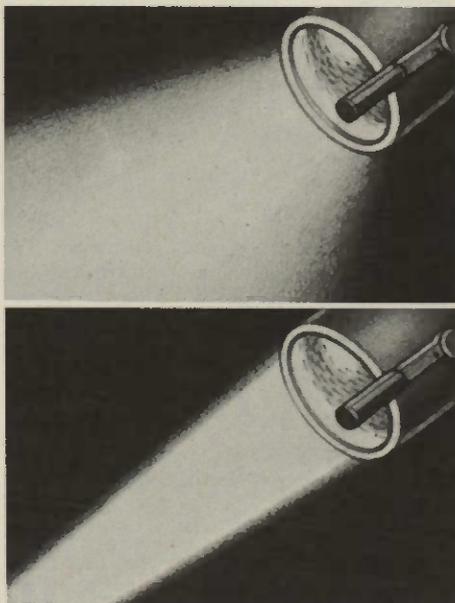
Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der Stiftsklinik Augustinum,

Bed Windsheim

(Belegarzt: Dr. Rässler)

Frauenklinik mit Poliklinik und Hebammenschule der Universität **Erlangen**
(Direktor: Professor Dr. Ober)

Das perfekte Licht der UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte erleichtert richtige Diagnosen



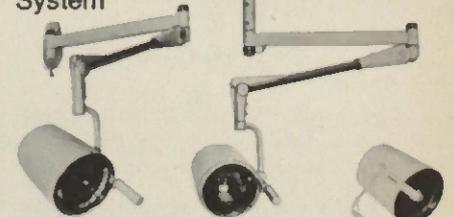
Nutzen Sie die umfassende Leuchten-Erfahrung von ORIGINAL HANAU für Ihre tägliche Praxis. Die UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte formt Licht so, wie Ärzte es brauchen: Hell und kühl, ähnlich dem Tageslicht, damit Sie sicher diagnostizieren können.

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

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

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

Die UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte nach dem System HANAU LUX® -



hilft Ihnen, Diagnosefehler durch irreführendes Licht zu vermeiden.

Fordern Sie den Prospekt mit weiteren Informationen gleich telefonisch oder schriftlich an.



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



Freuenklinik – Stadtkrankenhaus, **Fürth**
(Chefarzt: Dr. Hahn)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Gunzenhausen**
(Belegärzte: Dr. Mäderer, Dr. Netalls)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Hersbruck**
(Belegarzt: Dr. Sperber)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses des Diakoniewerkes, **Neuendettelsau**
(Chefarztin: Dr. Lorbeer)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Neustadt/Alsch**
(Chefarzt: Dr. Gabor)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Theresienkrankenhauses, **Nürnberg**
(Belegärzte: Dr. Angermeler, Dr. Barth, Dr. Dobmeyer, Dr. Ghane, Dr. Gössler, Dr. Grus, Dr. Matthal, Dr. Pfüzenteiler, Dr. Schmidt)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses **Martha-Marie, Nürnberg**
(Belegärzte: Frau Dr. Cordes, Dr. Hoffmann, Dr. Ziegler)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der Klinik am Birkenwald, **Nürnberg**
(Belegarzt: Dr. Battenstein)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Roth**
(Belegarzt: Dr. Gruhl)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Rothenburg o. d. T.**
(Chefarzt: Dr. Böhm)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Weißenburg**
(Belegärzte: Dr. Welther, Dr. Fernbecher)

Regierungsbezirk Unterfranken

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Alzenau**
(Chefarzt: Dr. Hemmerschmidt)

Frauenklinik der Städtischen Krankenanstalten **Aschaffenburg**
(Chefarzt: Professor Dr. Strobel)

Frauenklinik und Entbindungsenstalt, **Aschaffenburg**
(Belegärzte: Dr. Drescher, Dr. Gräber, Frau Dr. Halbach)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Bed Brückeneu**
(Belegärzte: Dr. Placzek, Dr. Welcher)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des St.-Elisabeth-Krankenhauses, **Bed Kisslingen**
(Chefarzt: Dr. Plekarski)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Bed Neustadt**
(Belegarzt: Dr. Zitzmann)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Erlenbech**
(Chefarzt: Dr. Kirsch)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Carl-von-Heß-Krankenhauses, **Hammelburg**
(Belegärzte: Dr. Hedrich, Dr. Schott)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Karlstedt**
(Belegärzte: Frau Dr. Feige-Bruhns, Dr. Vogtmann)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Lohr a. M.**
(Belegärzte: Dr. Dornhöfer, Dr. Messner)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Merkt-Heidenfeld**
(Belegarzt: Dr. Schindler)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Miltenberg**
(Chefarzt: Dr. Maass)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Schwabfurt**
(Chefarzt: Dr. Hofmann)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses St. Josef, **Schweinfurt**
(Chefarzt: Dr. Götz)

Privat-Frauenklinik Dr. Knüpfer, **Schweinfurt**
(Belegärzte: Dr. Brasche, Dr. Knüpfer)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Gemeindekrankenhauses **Werneck**
(Belegärzte: Dr. Hanschka, Dr. Kuppe, Dr. Schmitt, Dr. Schwind)

Frauenklinik und Poliklinik der Universität **Würzburg**
(Direktor: Professor Dr. Wulf)

Frauenklinik der Missionsärztlichen Klinik, **Würzburg**
(Chefarzt: Dr. Weld)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der Theresienklinik, **Würzburg**
(Belegärzte: Dr. Schoemig, Dr. Schwaba)

Privatfrauenklinik „Martha-Haus“, **Würzburg**
(Belegärzte: Dr. Engelschalk, Dr. Levin, Dr. Rupp, Dr. Wirths)

Regierungsbezirk Schwaben

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Althech**
(Belegärzte: Dr. Reichert, Dr. Völker)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Josefinum, **Augsburg**
(Belegärzte: Dr. Epple, Dr. Estermann,

Dr. Florio, Dr. Glatt, Dr. Jehrsdörfer, Dr. Kaut, Dr. Kirschbaum, Dr. Krey, Dr. Kürn, Dr. Löchner, Dr. Roth, Dr. Schalm, Dr. Schweigert, Dr. Tihany, Dr. Weiß)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Wöchnerinnenheims und Frauenklinik, **Augsburg**
(Belegärzte: Dr. Braun, Frau Dr. Gehring, Dr. Gernhardt, Dr. Jäger, Dr. Jehrsdörfer, Dr. Löchner, Dr. Nitzow, Dr. Schweigert, Dr. Tillo, Dr. Wölflle)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Augsburg-Heunstetten**
(Belegarzt: Dr. Böck)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Bobingen**
(Belegärzte: Frau Dr. Welsch, Dr. Welsch)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses St. Josef, **Buchloa**
(Belegärzte: Dr. Franz, Dr. Kincer)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des St.-Elisabeth-Krankenhauses, **Dillingen**
(Belegarzt: Dr. Frenck)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Doneu-wörth**
(Chefarzt: Dr. Gleser)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Friedberg**
(Belegärzte: Dr. Peczynski, Dr. Schlüter)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Füssen**
(Chefarzt: Dr. Ruff)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Günzburg**
(Belegärzte: Dr. Giebel, Dr. Görlich, Dr. Spranger)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Höchstädt**
(Belegarzt: Dr. Schmidt)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Ichenhausen**
(Belegarzt: Dr. Klotz)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Illertissen**
(Belegarzt: Dr. Kaffer)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Immenstedt**
(Belegärzte: Dr. Bartel, Dr. Wild)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Keufbauren**
(Belegärzte: Dr. Kimmich, Dr. Pollak)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Keufbeuran**
(Belegärzte: Dr. Fahrenkamp, Dr. Slabert)

Tremarit®**Zusammensetzung**

1 Tablette Tremarit® 5 mg enthält: Metixenhydrochlorid
1 Tablette Tremarit® 15 mg (Bitab = Mantelkern-Tablette) enthält: 15 mg Metixenhydrochlorid.

Anwendungsgebiete

Isolierte extrapyramidale Tremorformen, essentieller Alters- (seniler) Tremor, Parkinsonsyndrom jeglicher Genese (idiopathischer, postencephalitischer, arteriosklerotischer, Parkinsonismus, Neuroleptika-Parkinsonoid, Restsymptom nach stereotaktischen Operationen).

Gegenanzeigen

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftungen, Engwinkelglaukom, Prostataadenom, Restharnbildung, intestinale Atonie, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Lebererkrankungen, Gallenkolik.

Tierexperimentell und klinisch bestehen keine Hinweise auf eine keimschädigende Wirkung von Tremarit. Die Anwendung sollte jedoch in der Frühschwangerschaft nur unter sorgfältiger Risikoabwägung erfolgen.

Nebenwirkungen

Die Verträglichkeit von Tremarit ist im allgemeinen gut. Höherer Dosierung können gelegentlich Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion, Hautrötung, Schwindel, Akkommodationsstörungen, Tachykardie, Verstopfung und Harnverhalten auftreten. Übelkeit und Erbrechen sind selten.

Durch vorsichtige einschleichende Dosierung können diese Nebenwirkungen weitgehend vermieden werden.

Tremarit®



Selektiv tremorwirksam
bei allen
extrapyramidalen
Tremorformen

Weitere Angaben zu Tremarit**Dosierung und Anwendungshinweise**

Die Dosierung von Tremarit wird individuell festgelegt und ist nach den folgenden Richtlinien vorzunehmen. Im allgemeinen gelten folgende Richtlinien:

de Richtlinien:

Bei den verschiedenen Formen des Parkinsonsyndroms mit Einzeldosen von 1/2 Tablette (5 mg) 3- bis 4mal über den Tag verteilt begonnen. Steigerung im Laufe der nächsten 6 bis 8 Wochen auf die optimal wirksame zwischen 15 bis 60 mg (bis 60) mg liegende Tagesdosis. Dauertherapie zweckmäßig unter Verwendung von Tremarit® 15 mg Tabletten.

Während einer kombinierten Therapie mit L-Dopa und Amantadin kann die Tagesdosis von Tremarit im allgemeinen unverändert bleiben. Die Tagesdosis von L-Dopa und Amantadin kann häufig um 1/4 bis 1/2 herabgesetzt werden. Bei essentiellen und Alters- (senilen) Tremor wird die optimal wirksame zwischen 10 bis 20 (bis 30) mg liegende Tagesdosis ebenfalls in Wochenabschnitten ermittelt. Dauertherapie nach teilweiser oder vollständiger Umstellung auf Tremarit 15 mg Tabletten.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln

Amantadin, Chinidin und trizyklische Antidepressiva können die anticholinerge Wirkung von Tremarit verstärken.

Hinweise

Wegen des gelegentlich zu Beginn der Behandlung auftretenden leichten Schwindels und Anpassungsstörungen des Auges ist eine mögliche Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit, z. B. im Straßenverkehr und bei Präzisionsarbeiten zu beachten.

Antidot: Neostigmin, 0,5 - 2,5 mg, ist intramuskulär langsam intravenös zu injizieren, kann gegebenenfalls wiederholt werden.

Handelsformen

Tabletten 5 mg:
Originalpackungen zu 50 und 100 Stück DM 19,32 und DM 30,32
Anstaltspackungen mit 500 Tabletten
Tabletten 15 mg:
Originalpackung zu 50 Stück DM 47,12
Anstaltspackungen mit 250 und 1000 Tabletten

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, Febr. 1988

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Stadtkrankenhauses **Kempten** (Chefarzt: Dr. Vogt)

Frauenklinik Dr. Krebs, Kempten (Belegärzte: Dr. Andreadis, Dr. Krebs, Dr. Krlening, Dr. Link, Dr. Neudecker, Dr. Uher)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Krumbach** (Belegärzte: Dr. Litschmann, Dr. Öttle)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Lauingen** (Belegärzte: Dr. Hitzler, Dr. Schmidt)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Lindau** (Belegärzte: Dr. Kreuzer, Dr. Wagner)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Dr. Otto-Geßler-Krankenhauses, **Lindenberg** (Belegarzt: Dr. Eberherdinger)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Merktobendorf** (Belegärzte: Dr. Biberacher, Dr. Decker)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Mering** (Chefarzt: Dr. Littich)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Stadtkrankenhauses **Memmingen** (Chefarzt: Medizineldirektor Dr. Käser)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses Memmingen (Chefarzt: Dr. Wilhelm)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Mindelheim** (Belegärzte: Dr. Büllmann, Dr. Weisshaupt)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses der Vereinigten Wohltätigkeitsstiftungen, **Nördlingen** (Belegärzte: Dr. Brandl, Dr. Tykal)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der Klinik des Vereins für ambulante Krankenpflege e. V., Nördlingen (Belegarzt: Frau Dr. Reichert)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Gemeindefrankenhauses **Oberstdorf** (Belegärzte: Dr. Hohenedl, Dr. Linke-mann)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Oettingen** (Belegarzt: Dr. Vogelgsang)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Städtischen Krankenhauses **Schwabmünchen** (Belegarzt: Dr. Drechsel)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses **Weißenhorn** (Belegarzt: Dr. Aboul-Kheir)

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses **Wertingen** (Chefarzt: Dr. Schäfer)

Personalia

Großes Bundesverdienstkreuz mit Stern und Schulterband für Staatsminister a. D. Dr. Junker

Dem langjährigen Staatssekretär und Staatsminister im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Dr. h. c. Dipl.-Ing. Heinrich Junker, Am Sandberg, 8060 Dachau, wurde das Große Bundesverdienstkreuz mit Stern und Schulterband verliehen. Die Ärzteschaft dankte ihm schon 1965 für seine Aufgeschlossenheit durch Verleihung des Ehrenzeichens der Deutschen Ärzteschaft.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Professor Dr. med. Friedrich Legler, Ahornweg 48, 8520 Erlangen-Eltersdorf;

Dr. med. Georg Hornung, Obermedizinalrat a. D., Wildensorgerstraße 17, 8600 Bamberg.

Wilhelm-Warner-Preis für Professor Sigel

Professor Dr. med. Alfred Sigel, Direktor der Urologischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde für seine Arbeit auf dem Gebiet der Nierentumoren der mit DM 10 000 dotierte Wilhelm-Warner-Preis 1980 verliehen. Professor Dr. Sigel hat diesen Betrag dem Erlanger Krebsverein e. V. für urologische Wissenschaft zur Verfügung gestellt.

Professor Dr. med. Helmut Stickl, Leiter der Bayerischen Landesimpfanstalt und der Forschungsstelle für Impfwissenschaften und Untersuchungsstelle für Tropenmedizin der Technischen Universität München, Am Neudeck 1, 8000 München 95, wurde von der Vollversammlung des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer für eine Amtszeit von drei Jahren zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.

Professor Dr. med. Ludwig Demling, Direktor der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde für die nächsten vier Jahre zum Präsidenten der Europäischen und Mediterranen Gesellschaft für Gastroenterologie sowie zum Vizepräsidenten der Europäischen Gesellschaft für Gastrointestinale Endoskopie gewählt.

Professor Dr. med. Franz Paul Gall, Direktor der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde zum Präsidenten des International College of Surgeons, Deutsche Sektion, und damit zum Kongreßpräsidenten für den Europäischen Kongreß des International College of Surgeons 1983 in Berlin gewählt.

Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Norbert Henning, em. Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Fichtestraße 7, 8520 Erlangen, wurde von der British Society of Gastroenterology zum Ehrenmitglied gewählt.

Dr. med. Joachim Kühn, Kinderklinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde von der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg der diesjährige Josef-Schneider-Preis für seine Arbeit „Halslymphknoten-Tuberkulose im Kindesalter – eine immer noch aktuelle Problematik“ verliehen.

Professor Dr. med. Johann Kugler, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität München, Nußbaumstraße 7, 8000 München 2, wurde vom Landeshauptmann der Steiermark für seine Verdienste um die Beziehungen der Universität Graz zu den Nachbarländern Bayern und Italien und für seine Bemühungen in der ärztlichen Fortbildung mit dem großen goldenen Ehrenzeichen des Landes Steiermark ausgezeichnet.

Professor Dr. med., Dr. med. dent. Emil Steinhäuser, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie der Universität Erlangen-Nürnberg, Glückstraße 11, 8520 Erlangen, wurde von der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Teuschnitz, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Augenarzt

Kulmbach:

1 Augenarzt

Lichtenfels:

1 Augenarzt

Hof/Saale:

1 HNO-Arzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Neustadt b. Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Hof/Saale:

1 Lungearzt

Kronach:

1 Urologe

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

Unterfranken

Großostheim, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbrits, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Fuchsstadt, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rauhenebrach, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:

1 Augenarzt

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 Hautarzt

Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 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-Weizbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

Stadt Welden:

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

Regen-Stadt:

1 Hautarzt

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

Schwaben

Höchstädt a. d. Donau, Lkr. Dillingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Thierhaupten-Unterbaar,

Lkr. Augsburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Zivilisationsprobleme der Gegenwart aus biologisch-medizinischer Sicht

Leben wir auf Kosten der kommenden Generation?

Wer diese Frage spontan mit Nein beantwortet, wird dies begründen können: in der Vergangenheit haben sich von Generation zu Generation die Lebensbedingungen verbessert; der wissenschaftliche und technische Fortschritt und die damit verbundene Industrialisierung haben die Menschen von schwerer körperlicher Arbeit weitgehend entlastet, zu gesichertem Einkommen und wirtschaftlichem Wohlstand geführt; die Sterblichkeitsraten sind drastisch gesunken, die Lebenserwartung gestiegen; vielfältige Bildungseinrichtungen ermöglichen berufliche und persönliche Entfaltung. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Medizin, insbesondere in der Hygiene und Infektionsverhütung, haben zu diesem Fortschritt erheblich beigetragen.

Zunehmend wird die Frage aber auch mit Ja beantwortet. Sorge macht sich breit, daß die Art und Weise, wie wir zu leben gezwungen sind, negative Wirkungen mit sich bringt, deren Last wir bereits empfinden. Zugleich müssen wir befürchten, daß wir diese Last weiterhin vermehren, daß wir wenig – zu wenig – tun können, um sie abzutragen, und daß dadurch Lasten auf die nächste Generation verschoben werden.

Welche Erfahrungen haben wir im einzelnen gemacht, aus denen wir die Frage beantworten können? Neben der unbestrittenen Butterbrotseite des Fortschritts zeigt sich die Kehrseite: zunehmende Siedlungsdichte in Ballungsräumen, um wirtschaftliche und persönliche Vorteile wahrnehmen zu können – den Menschen geht das Leben in natürlichen Gruppen verloren, sie leben immer mehr in Kollektiven und werden von außen organisiert und gesteuert. Auf Dauer haben die entstehenden Siedlungs- und Verkehrsprobleme negative Wirkungen. Aus ständig steigender Produktion und ausgeweitetem Verbrauch folgen zwangsläufig Umweltbelastungen. Flora und Fauna, die gesamte Biosphäre, das Klima nehmen biologischen Schaden. Auch der Mensch ist in dieses Schädigungsfeld einbezogen: Giftwirkungen am Arbeitsplatz, in der Nahrung, durch die Art und Weise der Behandlung und Lagerung von Nahrungsmitteln, durch Genußmittel, die in zunehmender Menge verbraucht werden.

Körperliche Schäden am Menschen sind unausweichliche Konsequenz dieser Situation. Der Mensch ist nicht dazu geschaffen und kann auch nicht in die Lage versetzt werden, sich all diesen Umwelt-

belastungen ohne Folgen anzupassen. Häufig gelingt dies nicht auf Dauer, auch nicht immer schnell genug, die Anpassung kann auch grundsätzlich versagen oder mit früher oder später einsetzenden Folgen verbunden sein. Unter dieser Situation hat sich das Krankheitspektrum hin zu chronischen Erkrankungen verschoben, häufig mit längerer Krankheitsdauer und verbunden mit psychischer und finanzieller Belastung. Die Verödung der zwischenmenschlichen Landschaft, die mit den veränderten Lebensbedingungen Hand in Hand geht, führt zu psychischen Störungen. Auch des Spektrum der bösartigen Erkrankungen hat sich verändert und weist eine Vorverlegung des Krankheitsbeginns bei gewissen Krebserkrankungen in jüngere Altersstufen auf. Genetische Schäden und schwere körperliche Störungen als Auswirkung toxischer Substanzen werden bekannt. Von diesen schädigenden Wirkungen wird sowohl ein ständig zunehmender Anteil der Bevölkerung, und dies schon vom Kindesalter an, betroffen als auch einem Gefährdungsgrad für verschiedene Krankheiten ausgesetzt, der sich weder für den einzelnen Menschen kalkulieren und konkretisieren läßt, noch festzulegen ist, in welchem zeitlichen Intervall die Schädigungen eintreten. Die Medizin ist bemüht, diese Wirkungen zu kompensieren: vielfältige technisierte Diagnostik wird eingesetzt, um toxische Schäden und genetische Schäden festzustellen und die Frühformen chronischer und bösartiger Erkrankungen in einem Zeitpunkt zu erfassen, der noch günstige Heilungsaussichten verspricht; auch Transplantationen und die medikamentöse und Psychotherapie nehmen immer breiteren Raum ein. Dies alles führt zu erheblichen Kosten.

Die Veränderung der sozialen Umwelt mit unnatürlicher Organisation der Siedlungsräume, Uniformierung der Bedürfnisse, aufgelöster Rangordnung und reduzierter Individualdistanz bleibt nicht ohne Auswirkung; die Sozialordnung ist gestört, die Familie zeigt Schrumpfs- und Auflösungserscheinungen und verliert ihre sozialen und erzieherischen Funktionen, ihr stammesgeschichtlich fixiertes Verhaltenssystem zerbricht, und andere soziale Institutionen, denen ein derartiges Verhaltenssystem nicht eigen ist, können die soziale Ordnung nicht tragen.

Unmittelbaren Ausdruck finden diese Veränderungen im Sozialverhalten, das gekennzeichnet ist durch Schwund des Vertrauens, zunehmendes Mißtrauen, mangelnde Erfahrungs- und Sinnbildung. Besondere Bedeutung kommt der

enthaltenden Bild- und Sprachüberflutung durch die Medien zu. Die Fähigkeit des Menschen, durch Sehen und Hören die Umwelt zu erfassen und daraus Sinn und Erfahrung zu entwickeln, ist nicht dazu geschaffen, sich an die optische und akustische Flut anzupassen. Es leidet das seelische Seh- und Hörvermögen, die darauf aufbauende Erfahrung und die individuelle Entfaltung und Sicherheit. Derartige Frustration fundamentaler sozialer Bedürfnisse löst Fluchtbewegungen aus: Bruch aus dem Familienverband, instabile Lebensformen, Gruppenbildungen, Sucht-, Sekten- und Drogenszene.

Auch mit den Konsequenzen dieser Veränderungen ist die Medizin konfrontiert: In der täglichen Praxis muß sie sich einmischen mit dem Verlust an Toleranz, mit psychischer Instabilität, Aktivitätsverlust, Bildungs- und Lernschwächen, Psychosen und den vielfältigen Wirkungen psychischer und physischer Art bei Suchterkrankungen.

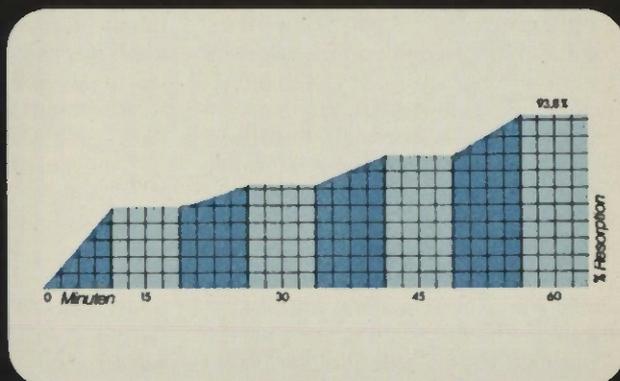
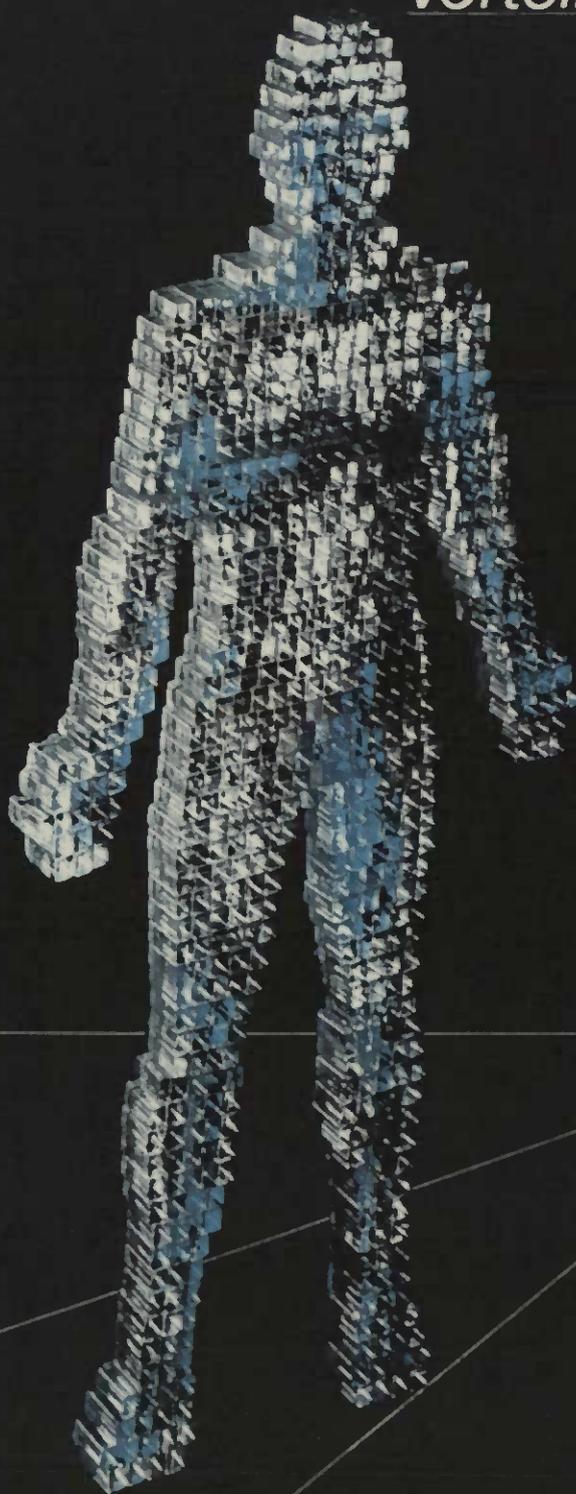
Eindrucksvoll zeigt sich die Dynamik sozialer, wirtschaftlicher und biologischer Faktoren und die komplizierten Zusammenhänge am Problem „Bevölkerungsentwicklung“: Dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit und der Infektionskrankheiten folgte seit etwa 50 Jahren eine ständig sinkende Geburtenrate. Dies ist eine biologische Anpassung an die grundlegend veränderten Lebensbedingungen zu werten. Das 2-Kinder-System wurde zur gesellschaftlichen Norm. Später wurden immer mehr Frauen berufstätig und in das Wirtschaftsleben einbezogen. Schon die verlängerte Berufsausbildung allein hat zu einer Verspätung und Verkürzung der Fruchtbarkeitsperiode geführt. Verhütungsmittel wurden einfach in der Verfügung und sicher in der Anwendung, sozialer Druck auf Frauen, ein bestimmtes Fruchtbarkeitsverhalten einzuhalten, ist an der Tagesordnung. Schwangerschaftsabbruch möglich und gesellschaftlich weitgehend toleriert. Der allgemeine Funktionsverlust der Familie hat auch einen Funktionsverlust der Frau im erzieherischen Bereich mit sich gebracht. Die nächste Generation wird mit Sicherheit zahlenmäßig geringer sein als die gegenwärtige; die geschilderten sozialen Probleme und Umweltprobleme, die wir bisher bewirkt haben und auch noch weiterhin verstärken werden, lösen sich jedoch nicht von selbst, wenn die Bevölkerung abnimmt. Vielmehr werden der nächsten Generation alle daraus entstehenden Schäden biologischer und medizinischer Art als volle Last weitergegeben. Ob die nächste Generation diese Last tragen und möglicherweise abtragen kann, wird einzig und allein davon abhängen, ob es unserer Generation gelingt, ihr Belastbarkeit, Tragfähigkeit und soziale Bildung zu vermitteln.

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

Verlässliche Anxiolyse – Vorteilhafte Pharmakokinetik

Wyeth Tavor®

Schnelle Resorption



sofortige und maximale Anxiolyse

Wyeth

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

WYETH-PHARMA GMBH · POSTFACH 8808 · 4400 MÜNSTER

TAV PK 1A 80 GER

Kontroverses Krankenhauskonzept

Unter den vielen landespolitischen Themen gibt es kaum eines, „das mehr Widersprüche unter einen Hut zu bringen hat als das Thema ‚Krankenhausbedarfsplanung‘.“ Mit diesen Worten umriß der sozialpolitische Ausschußvorsitzende im Landtag, der CSU-Abgeordnete Franz von Prümmer, die Problematik eines neuerlichen heftigen Parteienstreits im bayerischen Parlament über den Krankenhausbau und die Krankenhausfinanzierung im Freistaat. Anlaß dafür war eine von der F.D.P. beantragte Aktuelle Stunde, in der die Opposition das Krankenhauskonzept der Staatsregierung nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer Resolution des Landesgesundheitsrates vom letzten Dezember massiv kritisierte. U. a. hatte das Gremium vor einer ungunstigen Entwicklung zu Lasten des kranken Menschen gewarnt, dem auf absehbare Zeit die Behandlung in veralteten Kliniken zugemutet werden müßte, falls der vordringliche Ersatz- und Sanierungsbedarf im bayerischen Krankenhausbau in den nächsten zehn bis 15 Jahren nicht befriedigt werden sollte.

Mit schweren Vorwürfen attackierte der F.D.P.-Abgeordnete Dr. Gerhard Zech die Debatte: Der Staatsregierung fehle der Mut zu einem klaren Konzept und zu einer klaren Verantwortung beim Krankenhausbau und der Krankenhausfinanzierung. Zunächst hätten Gigomanterie und Superperfektionismus als Prinzipien den Krankenhausbau beherrscht, dann sei eine Rückbesinnung auf kleine, bürgernahe Häuser erfolgt. Dies finde zwar die Zustimmung der F.D.P., „aber damit verbunden ist ein Problem von drohenden Überkapazitäten, weil die großen Kästen weitergebaut und die kleinen Häuser nunmehr nicht stillgelegt werden“. Dies verursache zusätzliche Kosten. Eng-

pässe durch Verwaltungsentscheidung hätten zu einem „Anschwellen des Sparschweins der Krankenhausumlage geführt“, weil die Mittel nicht verbaut wurden. Heftig kritisierte der Redner, daß Mittel für den Krankenhausbau im vergangenen Jahr zugunsten von Abwasseranlagen im Haushalt umgeschichtet worden seien. Für die SPD bemängelte deren Abgeordneter Walter Dorsch, daß bereits im Jahr 1972, als das Krankenhausfinanzierungsgesetz in Kraft trat, 17 Millionen DM an Fördermittel nicht ausgegeben worden waren. In den folgenden Jahren seien diese zweckgebundenen Ausgabenreste kontinuierlich angestiegen und hätten fünf Jahre später bereits das Zehnfache betragen. Bis in die jüngste Zeit sei die Krankenhausplanung wie auch die -finanzierung im argen gelegen, zumal es an einer zuverlässigen Bettenbedarfsanalyse fehle.

Die Vorwürfe der Oppositionsredner konterte Sozialminister Dr. Fritz Pirkl namens der Staatsregierung damit, die Finanzierungsprobleme seien durch Fehlanalysen, Fehlprognosen und falsche Zielsetzungen von SPD und F.D.P. auf Bundesebene verursacht worden. In diesem Zusammenhang kritisierte der Minister, daß entgegen den Zusagen bereits beim Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Drittelfinanzierung auf die sogenannten gesetzlichen Leistungen beschränkt wurde, während die Bundesmittel für Um-, Erweiterungs- und Neubauten nach oben hin begrenzt wurden. Durch weitere Haushaltsmaßnahmen sei der Anteil des Bundes an den Fördermitteln von 404 Millionen DM 1976 auf 225 Millionen DM im Jahr 1980 gesunken. Dementsprechend habe Bayern für seine Gesamtausgaben im Krankenhausbau im Jahr 1980

von 550 Millionen DM lediglich 27 Millionen DM, also runde fünf Prozent, an Finanzhilfen des Bundes erhalten. Dr. Pirkl kündigte an, daß man 1981 programmgemäß 52 Maßnahmen finanzieren werde. Außerdem wolle man einen zweiten Teil des diesjährigen Bauprogramms mit etwa 30 Neubaumaßnahmen vorlegen. Zusammen mit dem Krankenhausplanungsausschuß werde dann eine Prioritätenliste erstellt. Den Vorwurf der Engpässe bei Verwaltungsentscheidungen gab der Minister zurück: „Denn das dirigistische, investitionslenkende, mit bürokratischen Hemmnissen gespickte Krankenhausfinanzierungsgesetz hat doch nicht der Freistaat Bayern, sondern der Bund geschaffen!“ Das Bestmögliche, was in diesem Bereich geschehen könnte, sei „eine Rückübertragung der Kompetenzen im Krankenhauswesen auf die Landeszuständigkeit“.

Die Entstehung der sogenannten Haushaltsreste begründete der Sozialminister zunächst mit einer Überprüfung aller Planungs- und Baumaßnahmen der Jahre 1974 bis 1977, die einen Einsparungseffekt von rund 4000 Betten erbracht habe. Dies sei die Konsequenz aus dem zwischenzeitlich eingetretenen Bevölkerungsrückgang und einer verringerten durchschnittlichen Verweildauer in den Krankenhäusern gewesen, die von 17,3 Tagen auf 14,8 Tage zurückgegangen sei. Dies dürfe in der Krankenhausbedarfsplanung nicht unberücksichtigt bleiben. Grundsätzlich sprach sich Dr. Pirkl für einen „guten, aufeinander abgestimmten Zusammenhang kleiner und größerer Krankenhäuser“ aus, die eine möglichst patientennahe Versorgung, aber auch effiziente, medizinische Leistungsfähigkeit verspreche. Er forderte: „Beides gehört zusammen: Patientennähe auf der einen Seite und Leistungsfähigkeit des Krankenhauswesens in medizinischer Hinsicht auf der anderen Seite. Das naheste Krankenhaus nützt nichts, wenn es nicht dem Fall gerecht wird, der eben behandelt werden muß, und das weit entfernte Krankenhaus ist ein Unsinn für die Fälle, die auch in der Nähe behandelt werden können. Wir müssen von der Überlegung, von dem Gesichtspunkt ausgehen, eben nicht einen Klassenkampf zwischen kleinen und großen Häusern in Bayern zuzulassen, sondern ein Miteinander zu gewährleisten.“

Michael Gscheidle

Ausgabenentwicklung im Sozialbereich

Die Sozialpolitik hat wieder Themen: Die Finanzen der Arbeitslosenversicherung und der Rentenversicherung, der Kostenanstieg im Gesundheitswesen, die Sozialversicherung der Künstler und die Neuregelung der Krankenversicherung der Rentner. Jedes dieser Themen steckt voll von politischer Brisanz. Der Bund wird 1981 seine Zuschüsse an die Bundesanstalt für Arbeit um zwei bis drei Milliarden DM aufstocken müssen. Die Konsequenz: Matthöfer wird noch mehr Schulden machen müssen. Oder: Die Beitragssätze müssen um 0,5 Prozent angehoben werden. Die von der SPD favorisierte Arbeitsmarktgabe, die die Beamten und die Selbständigen und Freiberufler treffen würde, hat keine Chance.

Die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen wird das zentrale Thema der nächsten Zeit sein. Eine schwierige „Konzertierte Aktion“ steht bevor. An den Honorarempfehlungen dürfte sich nichts ändern, auch wenn Ehrenberg derauf drängen sollte. Zur Diskussion könnte dagegen die Laufzeit der Empfehlungsvereinbarungen stehen. Interessant wird auch der Rückblick auf das abgelaufene Jahr 1980. Die Empfehlungen der „Konzertierten Aktion“ sind zum Teil beträchtlich überschritten worden; die Ausgaben sind den Einnahmen davongelaufen, vor allem bei der stationären Behandlung und den Arzneimitteln. Das wird zu analysieren sein, aber auch die Frage, warum im dritten Quartal die Morbidität so überraschend stark zugenommen hat. Aber darüber wird im nächsten „Brief aus Bonn“ zu berichten sein.

Über die Finanzen der Rentenversicherung läßt sich dagegen schon jetzt Präziseres sagen, obwohl der Rentenrapportbericht 1981 der Bundesregierung erst Ende März vorliegen wird. Die Rentenversicherungsträger haben bereits eine mittelfristige Vorausschätzung veröffentlicht, die ein recht zuverlässiges Bild gibt. Danach wird sich die Finanzlage der Rentenversicherung, die sich 1980 erkennbar verbessert hatte, wieder verschlechtern. Mittelfristig gibt es aber

vorerst noch keinen Grund, die Entwicklung zu dramatisieren. Steigende Arbeitslosenzahlen treffen die Rentenversicherung längst nicht mehr so stark wie früher. Ende 1980 deckte die Rücklage der Rentenversicherung 2,1 Monatsausgaben. Steigen die Löhne und Gehälter bis Ende 1985 jährlich im Durchschnitt um 5,5 Prozent, so sinkt die Rücklage bis 1985 auf 1,6 Monatsausgaben ab. Liegen die Lohnerhöhungen im Jahresdurchschnitt bei sechs Prozent, so kann die Rücklage auf dem heutigen Niveau stabilisiert werden. Legt man der Rechnung eine jährliche Lohnrate von fünf Prozent zugrunde, so wird 1985 die Mindestrücklage von einer Monatsausgabe erreicht.

Die Rentenversicherung steuert also schon wieder aufs Defizit zu. Der Umschwung wird deutlich, wenn man weiß, daß die mittelfristige Voreusschätzung im letzten Jahr unter der Annahme einer sechsprozentigen jährlichen Lohnsteigerung bis Ende 1984 eine Rücklage von 3,5 Monatsrücklagen ergeben hatte. Heute steht jedenfalls fest, daß die Rentenversicherung für die bevorstehende Rentenreform keine Rücklagen ansammeln kann, was mit der Beitragserhöhung zum letzten Jahreswechsel angestrebt worden war. Auch in der Rentenversicherung wird mittelfristig mit weiteren Beitragserhöhungen zu rechnen sein, selbst wenn im Rahmen der Reform der Hinterbliebenenversicherung keine zusätzlichen Ausgaben beschlossen werden sollten.

Die Neuregelung der Krankenversicherung der Rentner nimmt allmählich konkrete Formen an. Ehrenberg hat einen Referentenentwurf vorgelegt, der bis 1983 in Kraft treten soll. Bereits 1977 hatte der Gesetzgeber beschlossen, den pauschalen Beitragszuschuß der Rentenversicherung an die Krankenkassen in Höhe von 11,7 Prozent der Rentenausgaben durch einen individuellen Beitrag der Rentner zu ersetzen und zugleich die zusätzlichen und der Sozialrente vergleichbaren Alterseinkommen beitragspflichtig zu machen. Diese Grundsätze müssen nun präzisiert wer-

den. Aber was hat Ehrenberg aus diesen Grundsätzen gemacht? Die Renten sollen 1983 durch einen Zuschuß um 11,8 Prozent erhöht, zugleich aber durch einen Krankenversicherungsbeitrag um 11,8 Prozent gekürzt werden. Das wird über die Rentenversicherung abgewickelt; der Rentner merkt nichts davon. Die Individualisierung des Beitrags steht nur auf dem Papier. Im Grunde ändert sich nichts, jedenfalls für den, der im Alter nur von der Sozialrente lebt.

Anders ist dies bei allen Rentnern, die zusätzliche Einkommen beziehen. Sofern diese der Sozialrente vergleichbar sind, werden sie ebenfalls beitragspflichtig, und zwar mit dem halben Beitragssatz von 5,9 Prozent. Nach Ehrenbergs Entwurf sollen Beamtenpensionen, Leistungen der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst, die betriebliche Altersversorgung, Leistungen berufständischer Versorgungswerke, z. B. der Ärzte, Apotheker und Zahnärzte sowie der Journalisten, aber auch die Einnahmen der ehemals Selbständigen aus der Verpachtung ihrer Betriebe in die Beitragspflicht einbezogen werden. Aber die Betroffenen haben ihre Beiträge nicht direkt an ihre Krankenkassen abzuführen. Auch hier gilt das Quellenabzugsverfahren. Betriebe und Versorgungskassen haben die Alterseinkünfte um 5,9 Prozent zu kürzen und die einbehaltenen Beiträge an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte abzuführen, die das Geld an die Krankenkassen verteilt und zugleich den gesetzlich vorgeschriebenen Finanzausgleich vornimmt, der mit diesem Gesetz noch perfektioniert wird. Mit einer Individualisierung der Beiträge der Rentner hat dies alles wenig zu tun.

Besonders problematisch sind zwei Vorstellungen: Die Beitragsbemessungsgrenze soll nur für die zusätzlichen Alterseinkommen, nicht aber für die Sozialrenten gelten. Damit werden gleichhohe Alterseinkommen – je nach Zusammensetzung – unterschiedlich belastet: die Beitragsbemessungsgrenze wird umgangen. Beitragspflichtig werden aber auch alle Kapitalleistungen der betrieblichen Altersversorgung oder der Versorgungswerke. Der Kapitalbetrag soll im Versicherungsfall schlicht um 5,9 Prozent gekürzt werden, und zwar bis zum Zehnfachen der Jahresarbeitsverdienstgrenze; 1981 wären das 396 000 DM. Im Höchstfall können also 23 364 DM zugunsten der Krankenkasse einbehalten werden. Das käme einem enteignungsgleichen Eingriff zumindest sehr nahe. Ehrenberg scheint das nicht zu stören.

bonn-mot

Fakultät

München — Technische Universität

Dr. med. habil. Jürgen Ohlen wurde die Lehrbefugnis für Innere Medizin erteilt. Mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zum Führen der Bezeichnung Privatdozent verbunden.

Der akademische Grad eines Dr. med. habil. wurde verliehen, nachdem in einem ordnungsgemäßen Habilitationsverfahren die Lehrbefähigung festgestellt wurde, an: Dr. med. Franz-Christoph Himmler für Innere Medizin; Dr. med. Hubert Hofmann für Innere Medizin; Dr. med. Gernot Klein für Innere Medizin; Dr. med. Wolfgang Schütz für Urologie; Dr. med. Rüdiger Strigl für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Dr. med. Eberhard Volger für Innere Medizin.

Universität Erlangen-Nürnberg

Privatdozent Dr. med. habil. Herwig Egger, Klinik für Frauenheilkunde mit Poliklinik, wurde zum Professor - C 3 ernannt.

Dr. rer. nat., Dr. med. habil. Gerhard Hommel, Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation, wurde zum Professor an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz ernannt.

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. rer. nat. Manfred Blösch, Nervenklinik mit Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Ursula Mayer, Augenklinik mit Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Thomas Pasch, Institut für Anästhesiologie; Privatdozent Dr. med. Wolfgang Rösch, Medizinische Klinik mit Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Wulf-Dieter Rummel, Frauenklinik des Stadtkrankenhauses Kassel, Privatdozent Dr. med. Walter Schulz, 3. Medizinische Klinik des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Bamberg.

Leitender Medizinaldirektor Dr. med. Friedrich Burkhardt, Leiter der Abteilung I des Landesuntersuchungsamtes für das Gesundheitswesen Nordbayern, wurde zum Honorarprofessor für Klinische Mikrobiologie bestellt.

Zum Akademischen Rat zur Anstellung wurden ernannt: Privatdozent

Dr. med. habil. Peter Frühmorgen Medizinische Klinik mit Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Wolfgang Steiner, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke.

Privatdozent Dr. med. habil. Robert Hacker, Chirurgische Klinik mit Poliklinik, wurde unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe zum Akademischen Oberrat ernannt.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeich-

nung Privatdozent verbunden): Dr. med. habil. Reinhart Clemens für Neurologie und Psychiatrie; Dr. Dr. Siegfried Geiger für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde; Dr. med. habil. Claus-Toni Haid für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde; Dr. med. Walter Huk für Neurochirurgie und Neuroradiologie; Dr. med. Margareta Klinger für Neurochirurgie; Dr. med., Dr. med. dent. habil. Helmut Lindorf für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde; Dr. med. habil. Gerd Lux für Innere Medizin; Dr. med. habil. Jürgen Tonak für Chirurgie.

Jodprophylaxe bei schweren Kernkraft-Störfällen

Merkblatt für Ärzte

1. Dieses Merkblatt für Ärzte wurde, wie auch zwei weitere Merkblätter (Merkblatt - A - zur Verteilung mit den Tabletten und Merkblatt - B - für die Vorinformation der Bevölkerung) zur Anwendung von Jodtabletten bei einem kerntechnischen Unfall vom Unterausschuß Medizin des Länderausschusses Atomkernenergie-Strahlenschutz unter der Federführung des Bundesministers des Innern ausgearbeitet. Die drei Merkblätter wurden vom Länderausschuß Atomenergie-Strahlenschutz gebilligt.
2. Sofern bei schweren Kernkraft-Störfällen hohe Radiojodfreisetzungen zu erwarten sind, werden an die Bevölkerung in der Umgebung Jodtabletten zur Einnahme verteilt werden. Wenn auch seit Einführung der Kerntechnik noch kein Störfall (einschließlich Harrisburg) bekanntgeworden ist, bei dem der Einsatz von Jodtabletten erforderlich war, haben sich die Katastrophenschutzbehörden der Länder trotzdem entschlossen, Jodtabletten zu bevorraten, um auch für diesen höchst unwahrscheinlichen Fall vorzusorgen und erforderlichenfalls die Tabletten an die betroffene Bevölkerung schnellstens ausgeben zu können.

Inhaltsübersicht (Merkblatt für Ärzte)

Anfangsdosis	Kontraindikationen
Dosierungsschema	Nebenwirkungen
Halbwertszeit	Regulationsmechanismen
Hyperthyreose	Risiken
Indikation	Thyreotoxische Krise
Jodallergie	Zeitpunkt der Verabreichung

3. Dieses Merkblatt geht als Informationsdienst ... über die Quartalsaussendungen der Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns allen niedergelassenen Ärzten zu. Alle übrigen Kolleginnen und Kollegen können diesen Informationsdienst bei der Bayerischen Landesärztekammer — Pressestelle — schriftlich oder telefonisch ([089] 41 47-287) anfordern.

Thema "Compliance":

Sie werden ein wichtiges

Paket dazu erhalten.

Kostenlos.

Ein motivierter Patient wird eher einsehen, warum er Ihrer Anweisung folgen muß.

Motivation setzt individuelle Information voraus. Und deshalb gibt es jetzt für Sie* und Ihre Patienten das Patienten-Informationssystem.

Mit seiner Hilfe können Sie die häufigsten Krankheitsbilder einfach und schnell erklären, ja Sie können diese Information Ihren Patienten mit nach Hause geben.

* Praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin erhalten das komplette System ab März kostenlos, direkt von dem Verlag.



Patienten-Informationssystem – Eine Leistung aus dem perimed Compliance Verlag Dr. med. Dietmar Straube GmbH
Vogelherd 35, 8520 Erlangen, Telefon 091 31/609-1, Telex 0629851

Die Geschichte der Pathologie in München

von L. Thörn

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 Huecks als Ordinarius für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie und Direktor des Pathologischen Institutes der Universität München wurde 1956 *Walter Büngeler* (Abb. 3). Büngeler wurde am 30. Dezember 1900 in Niedermendig im Rheinland geboren. Die Schule besuchte er in Koblenz. 1918 leistete er Kriegsdienst. 1919 begann er in Bonn sein Medizinstudium, das er in Rostock und Frankfurt fortsetzte und in Bonn 1924 mit Staatsexamen und Promotion abschloß. Von 1925 bis 1934 war er zunächst Assistenzarzt, später Oberarzt am Pathologischen Institut der Universität Frankfurt am Main, wo er sich 1928 habilitierte. Neben seinem Lehrer Bernhard Fischer-Wasels hatte der Internist Franz Volhard wesentlichen Einfluß auf die Entwicklung Büngelers als Forscher. In Frankfurt befaßte sich Büngeler vor allem mit experimentellen Arbeiten, wobei seine Hauptarbeitsgebiete die Pathologie des Blutes und der blutbildenden Organe, die Pathologie der Entzündung und die allgemeine Geschwulstpathologie waren. Er stellte grundlegende Beziehungen zwischen Regeneration und Geschwulstbildung fest, arbeitete über experimentelle Krebszeugung mit Teer und Arsen und bewies als erster, daß Leukämie experimentell mit Indol erzeugt werden kann. Für seine grundlegenden Entdeckungen wurde er in den Jahren 1932, 1933 und 1934 mit dem Preis der „Lady Tata Memorial-Stiftung“ ausgezeichnet. 1934 wurde Büngeler zum außerordentlichen Professor ernannt und im gleichen Jahr nach Danzig berufen als ordentlicher Professor und Leiter des Pathologischen Institutes der Akademie für praktische Medizin. Außerdem hatte er in Danzig als Gründungsdekan wesentlichen Anteil am



Abbildung 3 Foto: H. Hampe
Professor Dr. W. Büngeler

Aufbau der neugegründeten Akademie.

1936 erhielt Büngeler einen Ruf auf das Ordinariat für Pathologie in São Paulo. Während seines Aufenthaltes in Brasilien von 1936 bis 1942 baute er die Pathologie dieses Landes auf. In São Paulo entstanden unter seiner Leitung das Pathologische Institut und ein staatliches Lepra-Forschungsinstitut, dessen Direktor er war. Außerdem wirkte er bei der Einrichtung zahlreicher weiterer Pathologischer Institute in Brasilien mit. Er bildete zahlreiche Schüler aus, die später Lehrstühle für Pathologie in Brasilien erhielten. Seine tropenmedizinischen Arbeiten veröffentlichte er in Zeitschriften und als Lehrbuchbeiträge. Sein Hauptinteresse galt dabei der Lepra. Aufgrund seiner Studien des unterschiedlichen Baues der Granulome, des Bakterienbefundes und des Ablaufes der Mitsuda-Reaktion schuf er eine neue Einteilung der Lepra. Er

beschrieb drei verschiedene Formen des Lepragranuloms: das uncharakteristische Infiltrat, das Leprom und das tuberkulide Granulom. Diese neue Einteilung erlangte grundlegende Bedeutung für die Therapie der Lepra. Als Büngeler 1942 nach Deutschland zurückkehrte, wurden seine Leprastudien von seinen Schülern in Brasilien weitergeführt. Büngeler wurde Senator der Deutsch-Iberoamerikanischen Ärzteakademie und Ehrenmitglied und korrespondierendes Mitglied zahlreicher südamerikanischer ärztlicher und wissenschaftlicher Gesellschaften. Er ist Inhaber des Komturkreuzes des brasilianischen Ordens „Cruzeiro do Sul“.

Von 1942 bis 1956 war Büngeler Ordinarius für Pathologie an der Universität Kiel, wo er zunächst seine Leprastudien fortsetzte. Dann wandte er sich mit seinen Schülern erneut der Geschwulstpathologie zu. In Weiterentwicklung der Gedankengänge von Herbert Sigmund, seines Vorgängers auf dem Lehrstuhl für Pathologie in Kiel, gelangte Büngeler zu einer neuen Betrachtungsweise des Geschwulstbegriffes. Sigmund sah Geschwülste als Folge einer Störung des regulativen Wachstums und der ganzheitsbezogenen Formbildungen an. Büngeler unterscheidet grundsätzlich zwischen bösartigen Geschwülsten und sogenannten gutartigen Geschwülsten. Letztere bezeichnet er als „tumorförmige Anpassungshyperplasien, die wegen des Fehlens der für die echten Geschwülste typischen Autonomie die Bezeichnung einer Geschwulst im Rahmen der klassischen Definitionen nicht mehr verdienen“. Außerdem forderte Büngeler eine Einengung des Begriffes „Präkanzerose“. In Kiel habilitierten sich bei Büngeler 1944 Kurt Patzelt, 1948 Karlferdinand Kloos, 1953 Joachim Günther Kracht und 1954 Walter Dontenwill. 1946 wurde Wolfgang Rotter, 1948 Horst Merkel nach Kiel umhabilitiert. Das Pathologische Institut der Universität Kiel, das 1944 durch Bombeneinwirkung beschädigt worden war, wurde nach dem Krieg unter Büngeler nicht nur wiederhergestellt, sondern grundlegend umgestaltet. Der Umbau war im wesentlichen abgeschlossen, als Büngeler, der in der Zwischenzeit mehrere Berufungen abgelehnt hatte, zum 1. März 1956 den Ruf auf das Ordinariat in München annahm.

In München setzte Büngeler die experimentelle Geschwulstforschung mit seinen Schülern fort. Bei Büngeler habilitierten sich in München 1956 Max Eder (der 1966 als Ordinarius für Pathologie an die Universität Köln berufen wurde), 1957 Heinrich Wrba, 1958 Hans-Joachim Löblich, 1959 Mirko Knezević (Primärarzt am Pathologischen Institut des Allgemeinen Krankenhauses und Dozent der Medizinischen Fakultät der Universität Zagreb/Jugoslawien), 1960 Axel Georgii (seit 1968 Ordinarius für Pathologie an der Medizinischen Hochschule in Hannover), 1963 Alfred Schauer (der 1974 einen Ruf auf ein Ordinariat für Pathologie an der Freien Universität Berlin ablehnte und im gleichen Jahr einen Ruf an die Universität Göttingen annahm), 1965 Hartmut Rabes und 1969 Peter Meister (der 1975 zum außerplanmäßigen Professor ernannt wurde).

Werner Gloggenießer wurde 1956 Konservator. Im Februar 1961 gründete er eine private Prosektur im Krankenhaus des Roten Kreuzes in München, die er bis zu seinem Tode am 23. Oktober 1968 leitete. In seinen wissenschaftlichen Arbeiten befaßte sich Gloggenießer vor allem mit Problemen der speziellen pathologischen Anatomie und schrieb zahlreiche Sammelreferate in medizinischen Zeitschriften. 1949 erschien sein „Sektionskurs für Ärzte und Studierende“. Seit 1954 war er Mitherausgeber der Zeitschrift „Ultraschall in Medizin und Grenzgebieten“. Nach dem Tode Gloggenießers übernahm Heinrich Trebbin die Leitung des Pathologischen Institutes an den Rotkreuzkrankenanstalten in München. In den siebziger Jahren wurden in diesem Institut jährlich etwa 100 Sektionen durchgeführt.

Walter Döntenwill, der sich 1954 in Kiel für Pathologie habilitierte und 1956 mit Büngeler nach München kam, wurde 1960 zum außerplanmäßigen Professor ernannt. In seinen wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigte er sich hauptsächlich mit der experimentellen Krebsforschung. 1965 übernahm er die Leitung der wissenschaftlichen Forschungsstelle im Verband der Zigaretten-Industrie in Hamburg, später die Leitung des Pathologischen Institutes am Allgemeinen Krankenhaus Barmbek in Hamburg.

Vom 8. bis 11. Juni 1960 fand im Pathologischen Institut in München die

42. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie unter dem Vorsitz von Edmund Randerath statt.

Unter Büngeler wurde das Pathologische Institut weiter ausgebaut, vor allem wurden neue wissenschaftliche Abteilungen gegründet.

Die kleine Abteilung für Gewebzüchtung im dritten Stock wurde zu einer Abteilung für experimentelle Pathologie erweitert. Ihre Leitung übernahm Dr. Dr. Heinrich Wrba. Wrba war zunächst wissenschaftlicher Assistent am Pathologischen Institut in Heidelberg und dann am Institut für experimentelle Krebsforschung in Heidelberg. 1956 kam er als wissenschaftlicher Assistent an das Münchener Pathologische Institut, wo er sich 1957 für experimentelle Medizin habilitierte und 1963 außerplanmäßiger Professor wurde. 1964 wurde er als Direktor des Institutes für experimentelle Pathologie an das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg berufen; 1967 nahm er einen Ruf auf das Ordinariat für Krebsforschung an der Universität Wien an. Sein Nachfolger als Leiter der Abteilung für experimentelle Pathologie am Münchener Pathologischen Institut wurde Hartmut Rabes, der sich 1965 für experimentelle Medizin habilitierte und 1971 zum außerplanmäßigen Professor ernannt wurde.

1957 wurde im dritten Stock eine Abteilung für Elektronenmikroskopie eingerichtet, deren Leitung Dr. Hans-Joachim Löblich übernahm. Löblich war 1956 an das Münchener Pathologische Institut gekommen, habilitierte sich hier 1958 für pathologische Anatomie und wurde 1964 außerplanmäßiger Professor. Am 1. März 1964 übernahm er die Leitung des Pathologischen Institutes des Krankenhauses Nordstadt in Hannover.

Am 12. Mai 1961 wurde Professor Dr. Fritz Miller außerordentlicher Professor für elektronenmikroskopische Pathohistologie und Leiter der Elektronenmikroskopischen Ab-

teilung am Münchener Pathologischen Institut. Miller war von 1945 bis 1961 Assistent am Pathologischen Institut in Innsbruck, wo er sich 1950 habilitierte und 1957 außerplanmäßiger Professor wurde. 1959/60 arbeitete er 18 Monate am Rockefeller-Institute in New York. Bis zur Beendigung des Ausbaues der Elektronenmikroskopischen Abteilung im dritten Stockwerk des Münchener Pathologischen Institutes ging Miller nochmals für acht Monate an das Rockefeller-Institute. 1967 wurde Miller zum ordentlichen Professor für Zytopathologie ernannt. Als durch Straßenbahnverlegungen entstandene elektromagnetische Felder ein geordnetes Arbeiten am Elektronenmikroskop unmöglich machten, übersiedelte Miller am 1. Juni 1971 mit seiner Abteilung in den Bereich Physiologie und Physiologische Chemie an der Goethestraße. 1972 wurde die Abteilung in ein Institut für Zellbiologie umgewandelt.

Am 2. Juni 1965 wurde im dritten Stock des Münchener Pathologischen Institutes eine Abteilung für Neuropathologie eingerichtet und Professor Dr. Otto Stochdorph gleichzeitig zum außerordentlichen Professor für Neuropathologie ernannt. Stochdorph war von 1950 bis 1958 wissenschaftlicher Assistent am Pathologischen Institut in Düsseldorf, wo er sich 1955 für allgemeine Pathologie und Neuropathologie habilitierte. Von 1958 bis 1960 war er Assistant Chief of the Neuropathology Branch, Armed Forces Institute of Pathology, Washington D. C. und von 1960 bis 1961 wissenschaftlicher Mitarbeiter des Max-Planck-Institutes für Hirnforschung am Neurologischen Institut der Universität Frankfurt. 1961 wurde er Universitätsdozent für Neuropathologie in München und Anfang November 1961 außerplanmäßiger Professor. 1969 erfolgte seine Ernennung zum ordentlichen Professor für Neuropathologie. 1975 wurde die Abteilung für Neuropathologie in ein Institut für Neuropathologie umgewandelt.



Krank im Ausland?

Schwere Unfälle im Ausland oder Erkrankungen fern von der Heimat sind kein Schreckgespenst mehr! Förder-Mitglieder werden bei medizinischer Notwendigkeit bis zu DM 10 000,- kostenfrei heimgeholt. Weitere Informationen bei

S.O.S.-Flugrettung e.V.

7000 Stuttgart 23 Flughafen Postfach 230 323 Telefon 07 11/70 55 55

Außerdem wurden Anfang der sechziger Jahre im Sockelgeschoß des Pathologischen Institutes ein Laboratorium für Arbeiten mit radioaktiven Substanzen und ein Sektionsaal für Leichen, die mit strahlendem Material kontaminiert sind, und im zweiten Stock des Traktes Frauenlobstraße ein Autoradiographie-Laboratorium eingerichtet. 1965 wurde der Tierstall umgebaut.

1968 wurde im Erdgeschoß ein Zytologisches Laboratorium eingerichtet, das Hertha Finsterer bis 1974 leitete. Anfang Januar 1975 eröffnete Frau Finsterer in Gröbenzell bei München ein privates Laboratorium für Zytodiagnostik, das 1977 nach Starnberg verlegt und zu einer Praxis für Pathologie erweitert wurde.

1970 wurde Walter Büngeler emeritiert. Neben der wissenschaftlichen Arbeit, von der zahlreiche Veröffentlichungen in Zeitschriften, Lehrbüchern und Handbüchern zeugen, war die praktische Krankheitsbekämpfung immer ein besonderes Anliegen Büngelers. Während seines Aufenthaltes in Brasilien baute er eine Organisation für die Leprakranken auf. In Deutschland wandte er sich der praktischen Krebsbekämpfung zu. Von 1951 bis 1965 war er Generalsekretär und Vizepräsident des Deutschen Zentralaussschusses für Krebsforschung und Krebsbekämpfung, der Vorläuferorganisation der Deutschen Krebsgesellschaft, deren Ehrenmitglied er ist. Ein weiteres Betätigungsfeld fand Büngeler in der Herausgabe bzw. Mitherausgabe wissenschaftlicher Zeitschriften und Schriftenreihen („Fortschritte der Allgemeinen Pathologie“, „Veröffentlichungen aus der Pathologie“, „Münchener Medizinische Wochenschrift“, „Blut“). Als akademischer Lehrer zeichnete sich Büngeler durch hervorragende rhetorische Begabung aus und durch die Fähigkeit, seinen Schülern und Studenten am makroskopischen und mikroskopischen Präparat richtiges Beobachten und Erkennen des Beobachteten beizubringen. Ein besonderes Erlebnis war für seine Schüler in jedem Sommersemester das Kapitel über die Lepra in seiner Vorlesung über „Allgemeine Pathologie“.

Anschrift der Verfasserin:

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

(Schluß folgt)

Äskulap und Pegasus

Bücher von Ärzten für Ärzte

Eine Reihe von Neuerscheinungen sind in den letzten Wochen herausgekommen, zu spät für eine Besprechung zu Weihnachten, aber noch rechtzeitig für eine solche zu Ostern. Es findet sich diesmal für jeden etwas. Suchen Sie sich etwas Schönes heraus! Die Schriftleitung wünscht allen Lesern ein frohes und besinnliches Osterfest.

Almanach '80 deutscher Schriftsteller-ärzte

Herausgeber: A. Jüngling, 283 S., 8 Bildtafeln und einem Titelblatt aus dem Anthropologium des Magnus Hundt (1501), 1980, DM 18,—. Verlag Th. Breit, Marquartstein.

Der Ärzteschriftsteller-Almanach erscheint jährlich als Demonstration schrittstellerischen Schaffens. Er ist auch dieses Mal wieder ein stattlicher Band geworden, nicht nur dem Volumen nach, sondern auch, was den Inhalt betrifft. Dem Herausgeber ist die Mischung, die ein guter Almanach verlangt, hervorragend gelungen, die Mischung zwischen Lyrik und Kurzprosa, zwischen humorvollen und besinnlichen bis ernstesten Beiträgen. Die beigelegten Reproduktionen der Bilder fügen sich nahtlos dem Buche ein, das unter den Worten aus dem Vorworte Jünglings steht: „Nichts wird uns geschenkt, ohne mitzudenken“. Auch diesmal haben wieder eine Anzahl von bayerischen Kolleginnen und Kollegen mitgewirkt: Bednara, Maria, München; Göttlicher, Bamberg; Heberger, Weyarn; Jüngling, Unterwössen; Lodes, München; Pepesch, Regensburg; Rossmüller, München; Schuhmann, München; Völk, Schrobenhausen; Weißmüller Margret, Erlenbach/Main; von Wicht, Krailing. — Die Gedichte und Kurzgeschichten dieses Almanachs werden ein guter Begleiter durchs Jahr 1981 sein.

Des Schiff der Hoffnung

Verse und Bilder der Zeit

Verf.: A. Boskamp, 39 S., großformatiger Bildband, Leinen, 3. Aufl., 1980, DM 14,50. Copyright 1958 by Artur Boskamp, Schillerstraße 12, Itzehoe.

Der Autor breucht den Lesern von „Äskulap und Pegasus“ nicht mehr vorgestellt zu werden. Es ist sein erstes Werk, das bereits 1959 erschien und des jetzt die 3. Auflage erlebt. Schon hier zeigt sich die Doppelbegabung des Autors. Mit eindrucksvollen Bildern und dazu gehörigen Versen werden die Gefahren und Fehler unseres technokratischen Zeitalters aufgezeichnet, auf die weltpolitischen Gegensätze von Kapitalismus und Kommunismus hingewiesen, ebenso wie auf die Problematik der Gleichberechtigungsbestrebungen der Frau, der

Notwendigkeit des Naturschutzes u.a.m. Doch trotz aller Bedenken läßt Boskamp das Schiff der Hoffnung segeln: „Das Schiff der Hoffnung segelt / auch heut noch Tag und Nacht / hin bis ans End der Tage / da alles Tun vollbracht“. — Wort und Bild harmonieren wie in Boskamps bekannten Jahreskalendern vorzüglich miteinander, so daß das Buch genußreich zu lesen ist. Die Ausstattung ist vorzüglich und das Buch unwahrscheinlich preiswert.

Gerellt In Stille

Eine Ernte schöngestiger Gedichte

Verf.: Th. Meny, 69 S., brosch., DM 9,80. J. G. Bläschke Verlag, Darmstadt.

Der Autor stellt seine nach Form und Inhalt klassischen Gedichte unter vier große Themen: „... Gottes Welt, ach ewig schön, ... dem Menschsein und ewiger Ordnung verpflichtet, ... und walten wird in Ewigkeit die Kraft der Liebe, ... in deinen Händen ruhet meine Zeit.“ Meny ist ein Freund der Natur und ihres Waltens: „Schweift mein Blick weit über Höhen / weicht von mir der Erde Last / Bleibt mit mir am Waldrand stehen / Weltgetriebe, Menschenhast.“ Es erfreut, in einem modernen Gedichtband wieder einmal die gehobene Sprache von Hexametern und Pentametern lesen zu können wie in den „Freiburger Impressionen“ und der „Karlsbrücke zu Prag“. Und was der Autor schließlich den Künstlern zuruft, gilt für uns alle: „Drum laßt uns also nicht nach immer kälteren Himmeln suchen! / Laßt wehn den Frühlingwind der Zuversicht in unserm Lend / Dem Geist der Dissonanz, der Leugnung aller Werte laßt uns fluchen / denn ewig nur hat Güte, Schönheit, Harmonie Bestand.“ — Wer den klassischen Versstil liebt, dem sei dies Büchlein dringend als Lektüre empfohlen.

Vom Tisch des Kapitäns

Reiseerzählungen

Verf.: O. Bolte, 244 S., Farbfotos v. Marie-Luise Bolte, Aquarelle und Zeichn. v. Hilde Hudemann, 1980, DM 24,80. Hens Christians Verlag, Hamburg.

Der Autor, der vor der Gründung des BDSÄ Gastmitglied bei den französischen Schriftstellerärzten war und schon

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-benzamid. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Psychovegetative Syndrome mit depressiver Komponente, psychosomatische Erkrankungen, Stimmungsstabilität 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 Ménière. **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 Patientin notwendig ist. **NEBENWIRKUNGEN:** Gelegentlich extrapyramidale Erscheinungen, Parkinsonismen und endokrine Nebenwirkungen wie Zyklusstörungen und Gelaktorrhöen, Transpiration, Allergien, Mundtrockenheit, Übelkeit, Sehstörungen, Blutdrucksenkungen, Erregungszustände, Einschlafstörungen, sexuelle Stimulation, Gewichtszunahme, übermäßige Speichelsekretion. **WARNHINWEISE:** Infolge der positiven Wirkung auf das Wechbewußtsein 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 sollte unter sorgfältiger ärztlicher Überwachung vorsichtig dosiert werden. Schürholz Arzneimittel GmbH, Fritz-Berne-Str. 47, 8000 München 60.

DOSIERUNG: Psychische und psychovegetative Syndrome, HNO (Vertigo), Ulkustherapie und gastritische Beschwerden: 3 x tgl. 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 x tgl. 1 Ampulle DOGMATIL i. m. erfolgen. Für die klinische Psychiatrie stehen DOGMATIL FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. **DARREICHUNGSFORMEN UND PREISE:** DOGMATIL Kapseln, 20 Kapseln zu 50 mg DM 19,58, 50 Kapseln zu 50 mg DM 43,13; DOGMATIL Saft, Flasche mit 200 ml Saft (1 Teelöffel = 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, 12 Tabletten zu 200 mg DM 34,67, 60 Tabletten zu 200 mg DM 146,18. Preise inkl. MwSt. Ferner Anstaltspackungen. (Stand Januar 1981).

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



einige Bücher mit Erzählungen aus unserem Arztberuf und aus seiner Hamburger Heimat veröffentlicht hat, legt uns nun nach dem erst kürzlich erschienenen „Poetischen Hamburgiensien – 12 Stunden Jungfernstieg“ (Besprechung s. „Bayerisches Ärzteblatt“ 3/1978, Seite 311) ein neues Buch vor. Es ist die Schilderung einer Seereise mit einem modernen Luxusdampfer in ferne Länder. Der Autor verbringt diese Reise am Tisch des Kapitäns, der seine Tischgenossen bittet, ihre Erlebnisse bei den Landausflügen in der Runde herum zu erzählen. Der Autor selbst gibt dazu in seinem bekannten flüssigen Stil ein eindrucksvolles Bild von dem gesellschaftlichen Leben auf dem modernen Schiffe in einer Art und Weise, daß man auch als eingetleischte Landratte den Eindruck bekommt, mit dabei gewesen zu sein, wie etwa bei der plastischen Beschreibung, was der Fahrgast bei Windstärke acht erlebt und was dabei auf dem Schiffe passiert. Die erzählten Geschichten am Tisch des Kapitäns sind lebensnahe Darstellungen, die oftmals psychologisch und ärztlich mit dem Schicksal der Erzählenden verknüpft sind. – Die Gestaltung der einundvierzig Kapitel ist so geschickt abgeteilt, daß es nicht notwendig ist, das Buch in einem Zuge zu lesen; man kann sich auch einzelne Kapitel als Bettlektüre hereinsuchen. Die beigegebenen Farbfotos, Aquarelle und Zeichnungen ergänzen gut den Text des Buches.

Frohsinn für Dich

Verf.: W. Freytag, 147 S., 1 Glasmalerei des Autors, 1980, DM 12,80. Orion-Heimreiter Verlag GmbH, Heusenstamm.

Die meisten der bisher erschienenen 16 Bücher des Autors, die bereits mit über 200 000 Exemplaren verkauft wurden, sind im „Äskulap und Pegasus“ besprochen worden. Nun legt uns Freytag, der meist erste wissenschaftliche Sechsbücher verfaßt hat, ein Büchlein voll von Humor vor, bei dem freilich auch der nachdenkliche Hintergrund immer durchschimmert, der „Esprit“, wie die Franzosen sagen. Das Buch ist in fünf Kapitel eingeteilt: „Humor in Anekdoten, Humor als geistiger Widerstand, Heitere Erzählungen aus meinem Leben, Humor aus dem ärztlichen Milieu, Witzpalette aus aller Welt.“ Besonders lesenswert ist das Kapitel „Humor als geistiger Widerstand“, in dem der Autor Zitate aus den Ostmezzinen „Das Krokodil“ und „Der Eulenspiegel“ entführt sowie politische Witze, die er auf Reisen in die DDR, Polen, Tschechoslowakei, Ungarn, Rumänien, Bulgarien und Sowjetrußland mitbekommen hat. Daß der Arzt Freytag auch einmal sich selbst zum Besten heben kann, zeigt er im Humor aus dem ärztlichen Milieu. – Es ist ein unterhaltendes Buch, nach dessen Lektüre man die Definition des Autors nur bestätigen kann: „Humor ist der Schwimmgürtel des oft so tristen Lebens.“

Besinnliches für Dich

Verf.: W. Freytag, 107 S., 1 Glasmalerei des Autors, 1980, DM 12,80. Orion-Heimreiter Verlag GmbH, Heusenstamm.

Der bekannte Arzt und Biologe hat aus seinen zahlreichen Büchern und über 100 wissenschaftlichen Veröffentlichungen eine Blütenlese seiner Erkenntnisse und Erlebnisse ausgesucht und diese in vier große Gruppen zusammengefaßt: Maximen – Leitsätze, Erzählungen aus meinem Leben, Gedichte, Naturwissenschaft und Philosophie für jedermann. Unbekannt war bisher wohl seine Lyrik mit einem tiefempfundenen Sonett über die Nacht. Die Gedanken aus den Maximen wird man beim Ausruhen von der alltäglichen Hetze immer wieder mit Gewinn zur Hand nehmen. Die zusammenfassende Darstellung des Weltgesetzes aus naturwissenschaftlicher Sicht ist in ihrer allgemein verständlichen Form klassisch. – Das Buch ist besonders geeignet als Geschenk für junge Leute oder – ebenso wie das Buch „Frohsinn für Dich“ – für die kleine Bibliothek im Wertezimmer. Viele Patienten werden für eine solche Lektüre dankbarer sein als für die mehr oder weniger geistlosen Illustrationen unserer Zeit.

November Liebe

Midlife Crisis in drei Dutzend Briefen

Verf.: S. Nik, 52 S., brosch., 1980, DM 6,80. J. G. Bläschke Verlag, A-9143 St. Michael.

Der Autor ist Internist in München, wo er auch geboren wurde; daher sind auch einige Gedichte in oberbayerischer Mundart geschrieben. In seiner Geburtsstadt und in Genf studierte er Kunstgeschichte, Pressewissenschaft, Medizin und Chemie. 1946 und 1947 veröffentlichte er zwei Gedichtbände, seit 1956 als Wissenschafts-Journalist tätig. Herausgabe einiger Sachbücher und an die 1000 Artikel in wissenschaftlichen Zeitschriften und Tageszeitungen. Wegen schwerer Kriegsverletzungen erhebliche Schwierigkeiten beim Aufbau einer Existenz und der sozialen Einordnung, daher der oftmals depressive Grundton seiner Gedichte, unter denen sich tormollende Sonette befinden. Sie befassen sich u. a. mit der Angst vor dem Alleinsein, die ja schon fast zu einer Volkskrankheit geworden ist: „I bü gor so elloa / Und dees baßt ma neet recht / Wisses scho, wos i mecht / Awa drau me's neet doa.“ Eine leise Resignation spricht aus den Versen: „Du hast gehottt gellebt gezeugt und bist allein geblieben / Nun wird es Zeit, daß man die schlappen Segel streicht / Tu Deinen Erben den Getellen leise zu verschwinden.“ Das letzte Gedicht „Stille nach dem Sturm – was war wirklich“ endet mit den Worten: „Denn nichts ist in mir von dem was ich dichte.“ – Die Gedichte des Autors stimmen nachdenklich, eber nicht traurig und sie beleuchten

manchmal mit einer etwas zynischen grenzenden Ironie die bei allen Liebesbeziehungen vorhandenen Probleme sehr treffend.

Die Odyssee in Scherenschnitten

Begleitender Text: Fragmente aus Homers „Odyssee“ in der Übersetzung von J. H. Voß.

Verf.: J. Schwendy, 104 S., 40 Abb., Leinen, DM 29,80. Albert Lengen – Georg Müller Verlag, München.

Die Kunst des Scherenschnitts ist alt und wurde von berühmten Männern wie Goethe und Malern wie Philipp Otto Runge, Moritz Schwind und Adolph Menzel angewandt. Uns Heutigen ist sie meist nur aus Dedikationssilhouetten bekannt, deren Blütezeit von 1820 bis 1860 bestand. Es gab auch Mischungen von Scherenschnitten und Tusche. Der Autor, Internist in München, hat diese Kunst zu neuem Leben gerufen. Der vorliegende Band ist schon der vierte dieser Art, vorher erschienen „So lebten wir in Afrika“, „Der alte Wang“ und „Frenz von Assisi“. Nun hat sich Schwendy die alte szenenreiche Odyssee in der bekannten Übersetzung von Voß vorgenommen, hat die markentesten Abenteuer mit seiner „erzählenden Schere“ kunstvoll eingefügt, wie z. B. das trojanische Pferd, den Kyklopen Polyphem, das Zeuberreich der Kirke, die Sirenen, die Heimkehr nach Ithaka, die blutige Rache an den Freiern und das glückliche Ende im Ehebett unter dem voll entfalteten Lebensbaum. Die Ausweih der Verse aus Homer ist kurz und treffend, ein Humanist hätte man sich den griechischen Text dazu gewünscht. Die griechischen Buchstaben hätten gut zu den meisterhaften Filigranzisierungen der Scherenschnitte gepaßt. – Das Buch ist – wie es im Klappentext heißt – „ein bibliophiles Vergnügen und ein optischer Hochgenuß in einem!“.

Selbstgespräche zu zweit

Variationen zu Charles Baudelaires „die Blumen des Bösen“

Verf.: A. Jüngling, 97 S., aphoristische Prose-Lyrik, brosch., 1980, DM 12,-. Verlag Th. Breit, Marquartstein.

Der Autor ist unseren Lesern bekannt durch die Besprechung seiner Bücher und Anthologien. Er hat seine Gedankenbilder in gebundener Form und kaum merklichen Zwiesgesprächen über Erscheinungen und Beobachtungen der Natur, aus der wir entstanden sind und in der wir leben müssen, dargelegt: *Wolken* als geronnene Träume am Himmel, *Farben* sind im Erwachen und Absterben der Natur, *Duft* ist Leben, ist Sein, ist Schönheit, *Klänge* sind Sprache, Gesang, von Instrumenten, den Winden, des Meeres, des Regens und sogar des Schneefalls, *Formen* verlangen Gestalt, um sie wahrnehmen zu

Der gute Morgen beginnt am Abend davor



**Der Ein-
und Durch-
schlafsafft**

**auf rein
pflanzlicher
Basis**

Jossa-Arznei, Steinau, **Sedinfant**[®]
Zusammensetzung:
100 g enthalten: Extr. Rad. Valerianae fld.
(1:1) 2,0 g, Extr. Flor. Humuli Lupuli
(1:1) 1,6 g, Extr. Herb. Passiflorae incarnata fld.
(1:1) 1,6 g, Extr. Cort. Piscidiae fld. (1:1) 0,3 g,
Extr. Herb. Visci etbi fld. (1:1) 1,3 g.
Anwendungsgebiete:
Schlafstörungen, Unruhezustände,
Übererregbarkeit. Besonders geeignet als
Einschlafmittel im Kindesalter.
Gegenanzeigen/Nebenwirkungen:
Bisher keine bekannt.



Dosierung:

Wenn nicht anders verordnet: Kinder bis zum
3. Lebensjahr nehmen zum Einschlafen 2 Tee-
löffel; Kinder vom 4.-6. Lebensjahr nehmen zum
Einschlafen 2-3 Teelöffel; Schulkinder und
Erwachsene nehmen zum Einschlafen 1-2 Eßlöffel
Sedinfant. Soll Sedinfant als Tagessedativum
verwendet werden, nehmen Kinder bis zum 6.
Lebensjahr 3mal täglich 1 Teelöffel; Schulkinder
und Erwachsene 3mal täglich 1 Eßlöffel Sedinfant.

Hinweis für Diabetiker:

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

Handelsform und Preis:

Flasche mit 100 ml Sirup DM 6,85;
Flasche mit 250 ml Sirup DM 13,35.

Stand: Juni 1980

Arzneimittel so natürlich wie möglich

JOSSA
ARZNEI

KURT MERZ · 6497 STEINAU

können. Jünglings Verletionen zu den obigen Themen sind vielgestaltig, kritisch und regen zum Weiterdenken an. Seine Schlußfolgerungen, denen man leider zustimmen muß, enden mit dem sarkastischen Gedicht „Am Tag danach“ dessen Schlußzellen lauten: „Die Blumen des Bösen begannen zu blühen.“

Dr. Jerdon

Arztromen aus Fernost

Verf.: W. Fick, 278 S., 1980, DM 22,80. J. G. Bläschke Verlag, A-9143 St. Michael.

In seinem 1978 erschienenen Buch „Le-sezeichen“ („Bayerisches Ärzteblatt“ 3/1978, S. 311) hat der Autor bereits ein interessantes Kapitel aus seinem Roman voraus abgedruckt und im „Bayerischen Ärzteblatt“ 9/1980, S. 876, brachten wir unter Hinweis auf das baldige Erscheinen einen Auszug aus dem ersten Kapitel. Nun ist der Roman erschienen, er ist schon äußerlich ein stattlicher Band geworden. Der Autor erzählt lebendig seine Erlebnisse als Arzt und Mensch, die er in verschiedenen Ländern Asiens machte. Er selbst bemerkt zu seinem Buch: „Es ist ein buntes Mosaik und gibt ein Bild Asiens, wie ich es als Europäer sah und erlebte. Mag sich manches politisch geändert haben, das Gesicht Asiens bleibt sich gleich, was immer auch darüber hinwegzieht. Und das ist für uns Europäer das Eindrucksvollste, die wir Veränderungen gewohnt sind und Wandlungen.“ Typisch für Asien sind unter vielen anderen die Geschichte von der vertauschten Braut sowie die nachdenkliche Geschichte von der Wiederkehr Li Pai's. Asien, für die meisten Europäer ein terner unbekannter Erdteil und doch politisch vielleicht einmal für uns bedeutungsvoll. — Das Buch Ficks gibt uns einen persönlichen, tiefgründigen Einblick in die Mentalität des fernen Asiens aus der Sicht eines Europäers und Arztes in unterhaltsamer Form.

Dr. med. Robert Peschke,
8535 Emskirchen

Kongresse

14. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane

vom 19. bis 21. Juni 1981 in Bad Reichenhall

Ort: Staatliches Kurhaus, Bad Reichenhall

Freitag, 19. Juni 1981

Thema: *Aktuelle Probleme in der Allergiediagnostik*

Moderator: Professor Dr. D. Nolte, Bad Reichenhall

14.00—18.00 Uhr:

Immunologische Grundlagen der Allergiediagnostik — Diskussion — Allergen-Hautteste — IgE-Nachweismethoden (RIST, PRIST, RAST) — Histaminreisetzung aus Blutbasophilen — Diskussion — Bronchiale und nasale Allergen-Provokationsteste — Orale Allergen-Provokationsteste — Diskussion — Allergene Potenz und Stabilität von Test- und Therapie-Extrakten — Praktische Bedeutung der Kreuzallergenität von Pollen — Diskussion — Besonderheiten der Allergiediagnostik im Kindesalter — Rundtischgespräch und allgemeine Diskussion

Samstag, 20. Juni 1981

Thema: *Fortschritte in der pneumologischen Therapie*

Vorsitz: Professor Dr. R. Wettengel, Bad Lippspringe

9.00—18.00 Uhr:

Eröffnung — Festvortrag: Das ärztliche Gespräch

1. Asthma-Lengzeittherapie: Was ist gesichert?

Inhalierbare Corticoide — Cromoglycat — Ketotifen — Pathophysiologische Wirkprinzipien dieser Pharmake an Mastzellen — Diskussion — Bronchospasmodolytika: Pharmakologie der glatten Bronchielmuskelfasern — Stellenwert des Theophyllins in der Asthma-Therapie unter Berücksichtigung der Blutspiegel —

Neue Applikationsformen von Sympathikomimetika — Diskussion — Corticoide und ACTH: Pharmakologie der Corticoide — Radio-immuno-Assay von exogenen Corticoiden — Klinisch-pharmakologische Aspekte der Glucocorticoidtherapie — Therapie mit ACTH — Diskussion — Verhaltenstherapie bei Asthma — Beeinflussung des Bronchietwiderstandes durch Autogenes Training — Diskussion

2. Chronische Bronchitis und Ateminsuffizienz

Inhalations-Therapie — Sauerstoff-Lengzeittherapie — Körperliches Training bei obstruktiven Atemwegserkrankungen — Diskussion — Antibiotika-Therapie der chronischen Bronchitis — Behandlung mit Immunglobulinen bei chronischer Bronchitis — Diskussion

Sonntag, 21. Juni 1981

9.00—12.30 Uhr:

3. Bronchialkarzinom

Präneoplasien im Bronchialsystem — Tumor-Marker für Diagnose und Verlaufsbeurteilung — Operative Behandlung — Chemotherapie — Strahlentherapie (nach jedem Vortrag Diskussion)

Rundtischgespräch: Aktuelle Fragen zur Behandlung von Asthma, Bronchitis und Ateminsuffizienz — Problematische Pharmaka in der Asthma-Therapie

Moderator: Professor Dr. R. Wettengel, Bad Lippspringe

Auskunft:

Professor Dr. D. Nolte, Städtisches Krankenhaus, Riedelstraße 5, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (0 86 51) 7 22 07 oder 7 22 83

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100 g enthalten: Arnica 0,5 g; Calendula 0,5 g; Hamamelis 0,5 g; Echinacea angustifolia 0,5 g; Echinacea purpurea 0,5 g; Chamomilla 0,5 g; Symphytum 0,5 g; Bellis perennis 0,5 g; Hypericum 0,5 g; Millefolium 0,5 g; 0,02 g; Aconitum D1, Belladonna D1 0,02 g; Aristolochia clematitis 0,5 g; Mercurius solubilis Hahnemannii D1 0,04 g; Hepati sulfuris D1 0,025 g.

DOSIERUNGSANLEITUNG Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.

DARREICHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖßEN (incl. MwSt.)
Salbe (Reg.-Nr. 49 982): Tuben mit 20 g DM 4,21, mit 80 g DM 12,70.

WEITERE DARREICHUNGSFORMEN Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

1/80

**Risikofreies Antiphlogistikum
bei Verletzungen,
Entzündungen, Arthrosen**

Traumeel®

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

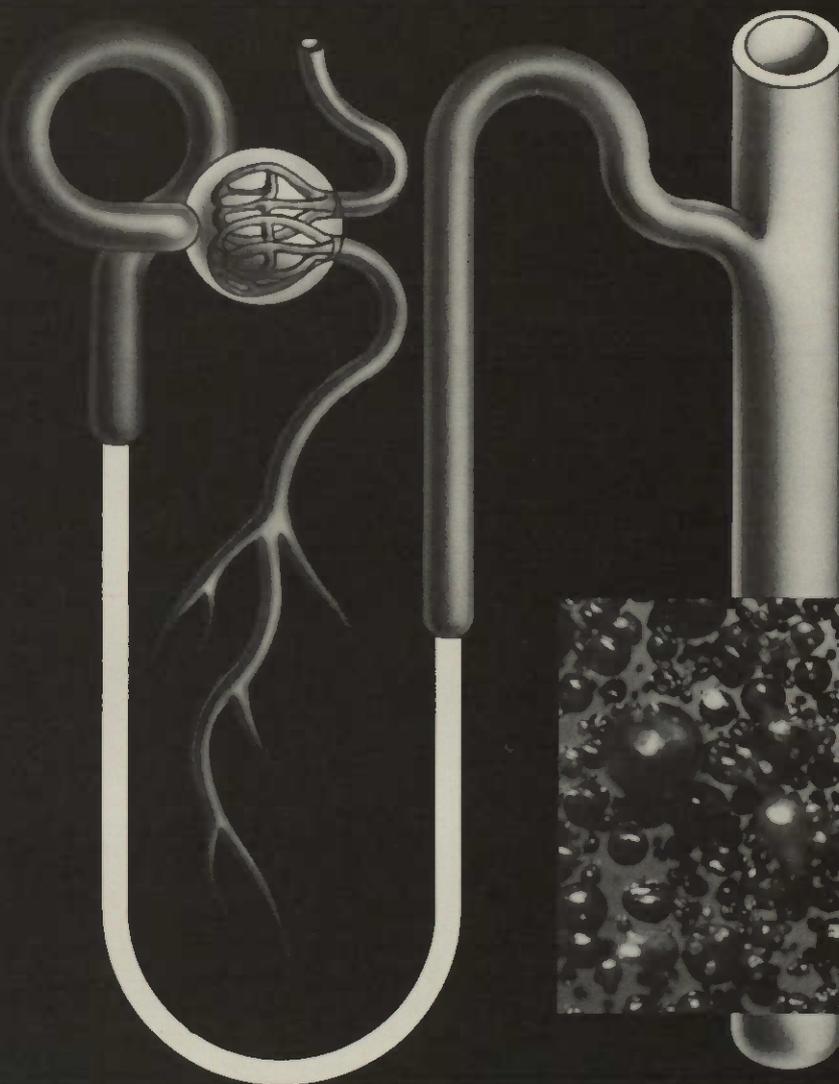
**Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden**

- Heel

Solubitrat®

erfüllt die tägliche Harnpflicht

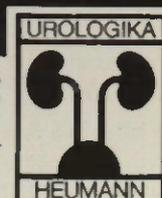
- induziert eine verstärkte Diurese
- wirkt spasmolytisch und antibakteriell
- * mikroverkapselte ätherische Öle verstärken die Wirkung



* 120fache Vergrößerung
eines ätherischen Öles,
mikroverkapselt

Zusammensetzung: 6 ml (1 Teelöffel) enthalten: Extr. Orthosiph. 40 mg, Extr. Virgaur. 60 mg, Extr. Equiset. 60 mg, Extr. Betul. 80 mg, Öl. Junip. 4 mg, Öl. Foenic. 4 mg. Ätherische Öle mikroverkapselt. **Indikationen:** Zur Durchspülungstherapie der Harnwege bei bakteriellen, entzündlichen und spastischen Erkrankungen wie Pyelonephritis, Urethritis, Cystitis; Nephrolithiasis. **Kontraindikationen:** Schwere Einschränkung der Nierenfunktion. **Dosierung und 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. 50 Tassen DM 9,90; Packung mit 600 ml Pulver, ausreichend für ca. 100 Tassen DM 18,45; Anstaltspackung. LUDWIG HEUMANN & CO. GMBH · NÜRNBERG



Stand März 1980

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzterverbandes e. V.

24. bis 26. April 1981 in Erlangen

EKG-Kurs für Sportärzte (Grundkurs)

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

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

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Fräulein Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 37 02

am 25./26. April in München-Hochbrück
Sportärztliche Ausbildungstagung

Thema: Trainer, Arzt und Athlet, speziell Schießsport

Leitung: Dr. P. Lenhart - Dr. H. Pabst, München

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (0 89) 64 96 26

am 9. Mai 1981 in Bischofsmals

10. Sportärztliches Seminar in Niederbayern

Leitung: Dr. K. Kohler, Deggendorf

Ort: Hotel „Wastlsäge“, Bischofsmals

Auskunft und Anmeldung:

Dr. K. Kohler, Krankenhausstraße 4, 8360 Deggendorf, Telefon (09 91) 66 20

Katastrophenmedizin 1981

Fortbildungsseminare für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

am 29. April und 20. Mai 1981 in München

29. April 1981

Der Polytraumatisierte - Teil I (Verletzung der großen Körperhöhlen - Extremitätenverletzungen - Der Polytraumatisierte aus anästhesiologischer und intensivmedizinischer Sicht)

20. Mai 1981

Der Polytraumatisierte - Teil II (Prioritäten in Diagnostik und Therapie des Polytraumatisierten aus chirurgischer Sicht - Die Versorgung des Schädel-Hirn-Traumas aus neurochirurgischer Sicht - Der Schock aus internistischer Sicht - Organversagen beim Polytraumatisierten
Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15 Uhr s. t. bis 18 Uhr

Ort: Auditorium maximum der Sanitätsakademie der Bundeswehr, Neuherbergstraße 11, München 45

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Urban, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-287

16. Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft

vom 1. bis 3. Mai 1981 in Erlangen

Themen: Immunologie - Krankenhaushygiene - Mykotoxine

Auskunft:

Privatdozentin Dr. H. Hauck, Dermatologische Universitäts-Klinik und -Poliklinik Erlangen, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 1

Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte

am 8./9. Mai 1981 in Würzburg

Das wissenschaftliche Programm konzentriert sich auf Berichte aus der Arbeit der verschiedenen nervenärztlichen Einrichtungen im Raum Unterfranken unter Einfluß der Würzburger Universitätsklinik und -Institute. - Die Tagung gilt auch der Vorstellung des Neubaus der Universitäts-Nervenambulanz Würzburg.

Beginn: Freitag, 10.00 Uhr - Ende: Samstag, 13.00 Uhr

Auskunft:

Dr. P. Steck, Kongreßsekretariat der Universitäts-Nervenambulanz, Fuchsleinstrasse 15, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 20 33 03 und 20 33 01

Augenärztlicher Fortbildungskurs der Augenambulanz mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

am 13. Mai 1981 in Erlangen

Thema: Lidtumoren: Ihre Einordnung und Behandlung - Kurzdemonstrationen - Diskussion

Zeit und Ort: 18.00 Uhr c. t. - Großer Hörsaal des Kopfklinikums der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6, Erlangen

6. Oberstaufener Symposion für praktische Onkologie

am 27. Juni 1981 in Oberstaufen

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. in Verbindung mit dem Tumorzentrum München, der Schloßbergklinik Oberstaufen GmbH und dem Ärztlichen Kreisverband Oberallgäu

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Ort: Kurhaus, Oberstaufen

Auskunft:

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 2 68

- Das endgültige Programm wird in der *Mai*-Nummer veröffentlicht -

30. Tagung der Süddeutschen Kinderärzte

am 16./17. Mai 1981 in Garmisch-Partenkirchen

Ort: Kongreßhalle, Garmisch-Partenkirchen

Auskunft: Professor Dr. H. Truckenbrodt, Gehfeldstraße 24, 8100 Garmisch-Partenkirchen, Telefon (0 88 21) 5 30 28 und 5 30 29

Symposion „Anwendung von Spasmolytika in der Urologie und Praxis“

am 29./30. Mai 1981 in Bamberg

Ort: Großer Hörsaal der Universität Bamberg, Feldkirchenstraße 21, Bamberg

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. P. May, Untere Sandstraße 32, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 7 03 01

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung veranstaltet am

11. April 1981

27. Juni 1981

26. September 1981

21. November 1981

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

Beginn: jeweils 9.15 Uhr - Ende: jeweils 16.30 Uhr

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

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

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

Kopf-Klinik Würzburg, Universitäts-Augenklinik

Direktor: Professor Dr. Dr. W. Leydhecker

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

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 12.30 Uhr

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

Letzter Anmeldetermin: 1. Juni 1981

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

Echokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74,
8000 München 70

Cheferzt: Professor Dr. D. Michel

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

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Beginn: Freitag 9.15 Uhr — Ende: Samstag 12.00 Uhr

Kursgebühr: DM 50,—

Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1981 (Posteingang)

Ergometrie

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

Cheferzt: Dr. H. Hofmann

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

Beginn: Samstag 9.30 Uhr — Ende: Sonntag 12.30 Uhr

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 90.—

Auskunft und Anmeldung:

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

April bis Oktober 1981

10./11. April
Onkologie, Oberaudorf

10. bis 12. April
Neurologie und Psychiatrie,
Erlangen

8./9. Mai
Onkologie, Oberaudorf

9. Mai
innere Medizin, Würzburg

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

11. bis 16. Mai
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

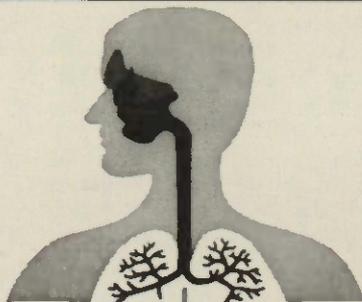
Ernährungsmedizin

Kurparkklinik Bad Neustadt/Saale

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

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

Beginn: Samstag 9.00 Uhr — Ende: Sonntag 12.00 Uhr



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, eubakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinuitis, Sinobronchitis, Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom; einogener Kopfschmerz. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,6 g, Herb. Rumic. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,8 g, Herb. Verben. 0,8 g - 1 Dragée enthält: Rad. Gentian.

0,006 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,018 g, Herb. Rumic. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich $\frac{1}{2}$ bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Hendeleformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 8,95, OP mit 60 Dragées DM 8,95, OP mit 240 Dragées DM 25,90; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Thema: Grundlagen der Ernährungslehre sowie die daraus ableitbaren diätetischen Behandlungsmöglichkeiten

Begrenzte Teilnehmerzahl

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

Auskunft und Anmeldung:

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

Innere Medizin

Medizinische Universitäts-Poliklinik
Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. Franke

5. Kardiologisches Seminar am 9. Mai 1981

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 18.00 Uhr

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

Themen: Bedeutung der Langzeitbeobachtung für Forschung und Klinik – Das koronare T im EKG – Toxische Kardiomyopathie – Chronische Herzrhythmusstörungen – Periphere Verschlusskrankheit – Colitis ulcerosa und granulomatosa – Chronische Pankreatitis – Chronisch obstruktive Bronchitis – Asthma bronchiale – Lymphogranulomatose – Rheumatoide Arthritis – Die Bedeutung röntgenologischer Kontrollen in der Langzeitbeobachtung – Filmvorführung „Insulin in der Praxis“ und Rundtischgespräch „Aktuelle Probleme der Diabetologie“

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Medizinische Universitäts-Poliklinik, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 201-1

Innere Medizin

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

Seminar 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

Neurologie und Psychiatrie

Universitäts-Nervenkl. Erlangen

Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. Daun

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

Freitag, 10. April 1981

Beginn: 17.00 Uhr – Ende: 19.00 Uhr

Falldarstellungen und -besprechungen neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen – Neurophysiologische Untersuchungsmethoden (EMG, NLG, Evozierte Potentiale u. a.) – Kraniale Doppler-Sonographie – Anwendung der Audiovision in Neurologie und Psychiatrie – Aussagekraft neuroradiologischer Untersuchungsverfahren bei intrakraniellen Raumforderungen – Neurologisch relevante Befunde am Auge
Ort: Großer Hörsaal der Universitäts-Nervenkl., Erlangen

Samstag, 11. April 1981

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 18.30 Uhr

Neuropsychiatrische Erkrankungen im höheren Lebensalter – Diagnose und Therapie der Polyneuropathien
Ort: Stadthalle – Kongreßzentrum, Erlangen

Sonntag, 12. April 1981

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 13.00 Uhr

Diagnose und Differentialdiagnose intrakranieller Raumforderungen
Ort: Stadthalle – Kongreßzentrum, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dipl.-Soz. R. Witkowski, Universitäts-Nervenkl. mit Poliklinik, Kopfklinik, Schwabachanlage 6 und 10, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-45 63, 85-45 64 und 85-42 64

Onkologie

Gynäkologisch-onkologische Klinik
Bad Trissl/Oberaudorf

Leitung: Chelarzt Dr. A. Leonhardt

Klinisch-onkologisches Wochenende am 10./11. April 1981 und am 8./9. Mai 1981

Beginn: Freitag 9.00 Uhr (bis ca. 18.30 Uhr); Samstag 9.00 Uhr (bis ca. 13.00 Uhr)

Thema: Gynäkologisch-onkologische Nachsorge

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vor Kursbeginn

Praktische Elektrokardiographie

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

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

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

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

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

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

Sonographie

Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Einführungs- und Fortbildungskurse für Sonographia am 15./16. Mai 1981 und 11./12. September 1981

Leitung: Oberarzt Dr. Zimmermann

Beginn: Freitag 9.00 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Kursgebühr: DM 80,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

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

IV. Interdisziplinärer Kongreß am 4. April 1981 in München

Veranstalter: Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V. in Zusammenarbeit mit dem Münchener Arbeitskreis Gastroenterologie und Endoskopie

Leitung: Dr. M. Strauch, München

Thema: Gastroenterologische Probleme in der täglichen Praxis

Beginn: 9.00 Uhr – Ende ca. 17.30 Uhr

Ort: Hotel Hilton, Am Tucherpark 7, München 22

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Holzgartner, Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V., Richard-Strauss-Straße 53, 8000 München 80, Telefon (0 89) 98 30 64

4. Onkologisches Seminar für niedergelassene Ärzte am 6. Mai 1981 in München

Veranstalter: Medizinische Klinik III im Klinikum Großhadern der Universität München (Direktor: Professor Dr. W. Wilmanns) gemeinsam mit dem Tumorzentrum München

Thema: Besprechung onkologischer Krankheitsbilder ambulanter Patienten in Praxis und Klinik mit Fallvorstellung

Beginn: 19.30 Uhr s. t. – Ende: 21.30 Uhr

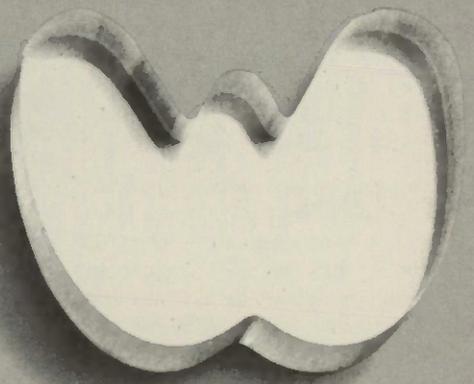
Ort: Klinikum Großhadern der Universität München, Hörsaal VI, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:

Privatdozent Dr. R. Hartenstein, Medizinische Klinik III im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-31 55

Novothyral®

bevorzugt bei blander Struma



Reine Schilddrüsenhormone Novothyral® · Novothyral® mite

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Lävathyroxin-Natrium, T₄) und 20 µg L-Trijodthyronin (= Liothyronin-Natrium, T₃).
Anwendungsgebiete: Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormontherapie, vorzugsweise bei blander Struma und zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion; außerdem bei Hypothyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ) und zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose. **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. Die angegebenen Gegenanzeigen sind im Kindesalter mit Ausnahme der Myokarditis nicht relevant. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechselsteigernden Wirkung der beiden Schilddrüsenhormone können gelegentlich, vor allem zu Beginn der Behandlung, Tremor, Tachykardie, Hyperhidrosis oder Durchfall auftreten. Die Tagesdosis sollte in diesem Falle reduziert und gegebenenfalls in größeren Zeitabständen langsam bis zur Toleranzgrenze wieder erhöht werden. **Vorsichtsmaßnahmen:** Bei koronarer Herzerkrankung sollte die Therapie mit niedriger Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Die Wirkung von Antikoagulantien kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßig Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Novothyral-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindensuffizienz zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Novothyral in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyremine ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermieden wird. Novothyral sollte deshalb 4–5 Stunden vor der Colestyremine-Applikation eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Novothyral-Therapie sollte Diphenylhydantoin nicht intravenös gegeben werden. **Anwendungshinweise:** Die mit Kreuzrille versehenen Tabletten sind leicht teilbar, so daß die Dosierung dem individuellen Bedarf gut angepaßt werden kann. Die Einnahme erfolgt zweckmäßigerweise bei einer Tagesdosis bis zu 1 Tablette morgens, bei höherer Dosierung als zweimalige Gabe morgens und mittags. **Anmerkung:** Bei einem Schilddrüsenhormonbedarf unter 1 Tablette Novothyral täglich kann Novothyral mite verordnet werden, wenn eine Teilung der Novothyral-Tablette vermieden werden soll. 1 Tablette Novothyral mite enthält 25 µg L-Thyroxin-Na und 5 µg L-Trijodthyronin-Na und entspricht damit im Hormongehalt ¼ Tablette Novothyral. **Handelsformen: Novothyral®:** 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 13,05, 100 Tabletten mit Kreuzrille DM 23,90. Ferner Anstalts-Packung. **Novothyral® mite:** 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 7,65. Ferner Anstalts-Packung. Apoth.-Abg.-preise. Stand 1. 11. 1979. ■

HORMON
FORSCHUNG

MERCK



MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

Im Zweifelsfall zu überlegen: Sozialversicherungspflicht – oder nicht

Es ist eine Frage der beruflichen Entwicklung, der Beschäftigungsmerkmale, der Zweckmäßigkeit und der nüchternen Kalkulation, ob ein Erwerbstätiger mit einem Einkommen innerhalb der Beitragsbemessungsgrenzen zu den Sozialversicherungen die Versicherungspflicht hinnimmt, sie sogar anstrebt, oder ob er sich bemüht, jene Vorsorgen gegen Krankheit und Arbeitslosigkeit und für das Alter selbst betreiben zu können.

Im Zweifelsfall werden Sie stets von einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit ausgehen, wenn Sie fest beschäftigt sind. Und es schien bisher, als hätten Sie sich in jedem Fall einer solchen Regelung zu beugen. Das stimmt nicht. Es ist auch nicht zulässig, eine unterstellte Versicherungspflicht mit der Behauptung zu begründen, es sei der Sinn der Sozialversicherung, vor den gesundheitlichen und gesellschaftlichen Risiken grundsätzlich jeden zu schützen, der gegen Entgelt beschäftigt werde.

Eine angebliche soziale Schutzbedürftigkeit ist indes kein geeignetes Mittel, die Grenzen anzudeuten zwischen Beschäftigten, also letztlich abhängigen Erwerbstätigen einer- und Selbständigen andererseits. Sozialschutzbedürftig kann ein Selbständiger zuweilen in weitestem Ausmaß oder überhaupt ein Arbeitnehmer in entsprechender Position dagegen gar nicht sein. Daher ist ja auch beispielsweise die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung auf bestimmte Gruppen von Selbständigen ausgedehnt worden.

Im übrigen dürfte zumindest die gesetzliche Rentenversicherung ihre Mitglieder je nach dem Preis alsbald einstellen. Das kann Ihr nämlich auch Nachteile einbringen. Deutlich wurde das jetzt in dem noch unveröffentlichten Bericht einer Untersuchung des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern (LdO). Dort heißt es u. e.:

„Die Beitragsanteile der freiwillig Versicherten für Leistungsausgaben müssen um 15 bis 16 Prozent aus Pflichtbeiträgen erhöht werden ...“ und in der Schlußfolgerung: „Sollten sich diese Ergebnisse in weiteren Untersuchungen bestätigen, ... müßten auch die Regeln für den Zugang und den Leistungs-

spruch versicherungsberechtigter Personen zu den Kassen neu überdacht werden, denn es steht wohl außer Zweifel, daß Einkommensübertragungen von den pflichtversicherten Erwerbstätigen zu den Selbständigen und Beamten und zu den Angestellten, deren Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegen, den sozialpolitischen Zielsetzungen des Solidarsystems nicht entsprechen ...“.

Solche Ermittlungen und Erwägungen können, ja werden eines späteren Tages ohne weiteres dazu führen, die Beitragsforderungen an die freiwillig weiterversicherten ihrem Risiko gerecht anzupassen, das bedeutet nach den Feststellungen des LdO Bayern, zu erhöhen.

Unter diesem Aspekt vielleicht sogar auch eine Ausgliederung der freiwillig weiterversicherten aus der gesetzlichen Krankenversicherung und nach der Äußerung des Bundesverfassungsgerichtspräsidenten Benda in einem Vortrag in der Universität Köln, die ich kürzlich hier zitierte, wonach nicht jede Rente in ihrer Höhe verfassungsrechtlich garantiert sei, ergeben sich neue Aspekte für die Zugehörigkeit zur Sozialversicherung.

Für solche Überlegungen aufschlußreich ist die Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG), wonach die Frage nach der Sozialversicherungspflicht aufgrund des Gesamtbildes des beruflichen Einsatzes zu beantworten sei. Dabei seien jeweils alle Umstände des Einzelfalles einschließlich der vertraglichen Ausgestaltung des Dienstverhältnisses zu beachten. Und wenn die vertragliche Regelung von den tatsächlichen Verhältnissen abweiche, komme letztlich die ausschlaggebende Bedeutung den wirklichen Umständen zu.

Im Zweifel also auch gegen die Sozialversicherungspflicht, eine überlegenswerte Möglichkeit für alle, die entweder in die Sozialversicherung mehr einzahlen, als sie eines Tages bekommen dürften wie für andere, deren Verbleib zu bisherigen Preisen oder überhaupt auf mittlere Sicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gewährleistet erscheint.

Horst Beloch

Volk unter Kuratel

Das Adjektiv „mündig“ vor dem Titel „Bürger“ zählt zum bevorzugten Wortschatz so mancher Politiker. Den „mündigen Bürger“ sprechen sie an, wenn sie an die Erkenntnistätigkeit ihrer Hörer oder Leser appellieren, ihre Aussage oder Darstellung als unumstößlich zu begreifen. Unausgesprochen: wer sich dieser Ansicht nicht beugt, ist eben unmündig.

Die Vokabel vom „mündigen Bürger“ wird ausgerechnet von jenen am meisten strapaziert, die alle möglichen Institutionen aufrechterhalten, ausbauen und sogar neu gründen wollen, die in bestimmten Bereichen eine Vormundschaft über den Bürger ausüben, die er selbst noch teuer zu bezahlen hat.

So sind mündige Bürger hier und Sozialversicherung da eigentlich Widersprüche. Eine gesetzliche Pflichtversicherung stellt den Bürger unter staatlich erzwungene Vormundschaft. Zum Schutze der Gesellschaft vor einer Alimentierung jener, die fahrlässig jegliche Vorsorgeanstrengungen unterlassen haben, wäre lediglich denkbar, dem einzelnen Mindestvorkehrungen für die Wechsellälle des Lebens aufzuerlegen, ohne daß er dafür eine öffentlich-rechtliche Lösung wählen müßte.

Öffentlich-rechtliche Einrichtungen rufen nämlich die Fiktion der Perfektion und der absoluten Sicherheit hervor. Eine Chimäre, wie u. a. die jüngste Feststellung des Bundesverfassungsgerichtspräsidenten Bende beweist, wonach es mit dem Grundgesetz durchaus vereinbar sei, bei sich verkneppender Zuteilungsmasse die Rentenhöhen unterschiedlich zu bestimmen, d. h., den Zahlern höherer Beiträge eine relativ niedrigere Rente zuzuweisen als anderen mit geringem Beitragskonto.

Der einzelne kann demnach durch die Sozialversicherung zu seinem Nachteil gezwungen werden. Der „mündige Bürger“ ...

Prosper

Kurz über Geld

PREISVERGLEICH BEIM AUTOKAUF lohnt mehr den je. Für Neuwagen werden vor allem in konkurrenzbelebten Städten hohe Rabatte in höheren Klassen geboten.

EINHEITSGEBÜHR-INFORMATION für Euroschecks ab 1. Mai 1981 bei Kreditinstitut besorgen.

WERTSTEIGERUNGS-AUSSICHTEN nunmehr vor allem für Diamanten von einem Zehntel bis einem halben Karat, prophезieren Experten.

Pharmaindustrie

100 Jahre Wellcome

Die Deutsche Wellcome GmbH, Burgwedel, konnte ihr 100-jähriges Bestehen feiern. Das Forschungsziel dieses Unternehmens ist auch weiterhin, die Krankheitsprobleme in aller Welt lösen zu helfen.

25 Jahre Wissenschaftliches Büro Thomae

Vor 25 Jahren hat das Wissenschaftliche Büro München der Dr. Kari Thomae GmbH, Biberach an der Riss, seine Arbeit im Rahmen des Medizinischen Außendienstes aufgenommen. Es wird seit dieser Zeit von Dr. Harbert Klein geleitet.

Fortbildungsprogramm: Der kardiovaskuläre Patient

Moderne Behandlungsmethoden bei koronarer Herzkrankeheit und Hypertonie

In einigen europäischen Ländern wurde vor kurzem dieses multimediale, multinationale und kontinuierlich geführte medizinische Fortbildungsprogramm gestartet. Es wird durch die Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes, die Deutsche Gesellschaft für Herz- und Kreislaufforschung und die Europäische Gesellschaft für Kardiologie gefördert. Die Betreuung für dieses kostenlose Fortbildungsprogramm hat in der Bundesrepublik Deutschland die Firma Leppe Arzneimittel, Neu Isenburg, übernommen.

Broschüre: Prolaktin

In der Reihe der „Kurzmonographien Sandoz“ ist vor kurzem diese Broschüre von Dr. H. K. Rjosk und Professor Dr. K. von Werder, beide München, erschienen. Sie wird kostenlos an Ärzte abgegeben.

Felthstuhl G Z - 9 1

Der so benannte Apparat kann zusammengeklappt auf dem Dach eines jeden Autos untergebracht werden. Mit dem Strom, der für den Betrieb einer Parkleuchte ausreicht, kann er auf Knopfdruck auf das Autodach befördert werden. Ein besonderer Vorteil dieser mit zahlreichen Behinderten getesteten Vorrichtung ist die Tatsache, daß der Benutzer den Felthstuhl mit Leichtigkeit in die Hebe-Aufhängung bringen kann, wenn er bereits auf dem Autositz sitzt. — Vertrieb über „Hilfen für Körperbehinderte“, Postfach 83, 2740 Bramarvörda.

Broschüre: Vom Germanin zum Acylureidopenicillin

Anlässlich der 85. Wiederkehr des Geburtstages des Nobelpreisträgers Professor Dr. Gerhard Domagk hat die Pharmasparte von Bayer diese Broschüre herausgebracht mit dem Untertitel „Forschung, die Geschichte machte — Dokumentation einer wissenschaftlichen Revolution“. Sie gibt einen Überblick über den geschichtlichen Hintergrund und die Entwicklung bis zum heutigen Tage.

Patienten-Informationen

Galenus Mannheim, eine Tochterfirma von Boehringer Mannheim GmbH, hat verschiedene Broschüren herausgegeben, die in einfacher, „patientenbezogener“ Sprache zum Verständnis der Krankheitszusammenhänge beitragen sollen. Am Beispiel koronarer Herzerkrankungen werden Fragen erläutert und die Patienten motiviert, ihre Lebensgewohnheiten entsprechend zu ändern. — Diese Patienten-Informationen stehen Ärzten kostenlos zur Verfügung.

Press-O-Test

Press-O-Test ist ein geeichtes, halbautomatisches Präzisionsgerät zur Selbstmessung des Blutdruckes nach dem Prinzip der Korotkoffgeräusch-Aufnahme. Es ermöglicht durch seine Kompaktbauweise bei einfachster Handhabung eine zuverlässige Messung und wurde in Zusammenarbeit mit Blutdruckspezialisten entwickelt. — Vertrieb über Heinrich Mack Necht., Hiltessen.

Infrarotlicht fühlt den Puls

Dieser neue, einstellige, totoelektrische Pulsrazaptor der Siemens AG, München, benutzt zwei Infrarotdioden als Lichtquelle und eine rotempfindliche Silizium-Fotodiode als Empfänger. Er besteht aus stoßfesten, leuchtigen Halbleiterdioden, läßt sich leicht reinigen und desintenzieren und ermöglicht ein einfaches, bequemes Anlegen an Finger, Daumen oder Zehen.

Kolposkop 99

Dieses Kolposkop von Carl Zeiss, Oberkochen, dient durch eine regelbare 75-W-Halogenlampe der besonders heißen Ausleuchtung des Sehfeldes bei hoher Farbtemperatur. Die Feseroptik-Beleuchtung verhindert störende Wärmeentwicklung am Mikroskopkörper. Die Vergrößerung läßt sich in drei Stufen einstellen und ein einsehbarer Grünfilter erleichtert die Erkennung von Blutgefäßen.

Prostatahypertrophie Stadium I und beginnendes Stadium II

PROSTAMED®

Proliferationsbremse des Prostategewebes bei gleichzeitiger Beseitigung venöser Steuungskongestionen der Prostata.

Zusammensetzung: 1 Tablette à 0,5 g enthält:

Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Kakao 0,05 g, Extr. fl. Herb. Solidag. 0,04 g, Extr. fl. Fol. Popul. trem. 0,06 g, Sacch. lact. ad 0,5 g.

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

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



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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Januar 1981 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Meldungen von Salmonellose-Erkrankungen gingen im Januar weiter zurück. Im Dezember 1980 waren es 45, im Januar 1981 36 Fälle je 100 000 Einwohner, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Auch die Erkrankungszifferen Virus-

hepatitis sank im Berichtsmonat, nämlich von 30 im Vormonat auf 27, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung.

Auch an Meningitis/Enzephalitis erkrankten im Januar etwas weniger Men-

schen als im Dezember vorigen Jahres. Die Erkrankungsziffer nahm von 7 auf 6 je 100 000 Einwohner ab.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. Dezember 1980 bis 1. Februar 1981 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiose				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellosa		übrige Formen ¹⁾		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimm- bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	4	—	10	2	6	1	3	—	168	—	—	—	54	—	36	—	15	—
Niederbayern	2	—	2	—	—	—	7	—	28	—	—	—	6	—	7	—	—	—
Oberpfalz	1	—	3	—	1	—	—	—	34	—	—	—	6	—	4	—	1	—
Oberfranken	1	—	3	—	1	—	3	—	22	—	—	—	5	—	13	1	11	—
Mittelfranken	3	—	2	—	—	—	2	1	35	—	2	—	24	—	21	—	5	—
Unterfranken	1	—	1	—	1	—	2	—	53	—	9	—	21	—	6	—	2	—
Schwaben	—	1	—	—	—	—	2	—	39	—	2	—	29	—	11	—	5	—
Bayern	12	1	21	2	9	1	19	1	379	—	13	—	145	—	98	1	39	—
Vormonat	18	2	8	—	10	1	20	1	377	1	29	—	128	—	89	4	38	1
München	3	—	2	1	4	1	—	—	106	—	—	—	25	—	15	—	12	—
Nürnberg	2	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	4	—	8	—	2	—
Augsburg	—	1	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—	6	—	3	—	1	—
Regensburg	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	2	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	1	—	9	—	—	—	—	—	—	—	3	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Shigellenruhr		Malaria		Ornithose		Brucellose		Angeb. Toxoplas-mose		Gesbrand								Tollwutverdacht ²⁾		
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St			
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19			20	
Oberbayern	1	—	10	—	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—							11		
Niederbayern	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—							—		
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1							13		
Oberfranken	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—							5		
Mittelfranken	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—							38		
Unterfranken	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—							18		
Schwaben	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	1							41		
Bayern	3	—	16	—	5	—	5	—	2	—	2	—	2	2							126		
Vormonat	4	—	33	—	1	—	4	—	1	—	4	—	—	—							180		
München	—	—	6	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—							2		
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—							13		
Augsburg	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	1							—		
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1							—		
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—							5		
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—							2		
Erlangen	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—							—		

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

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

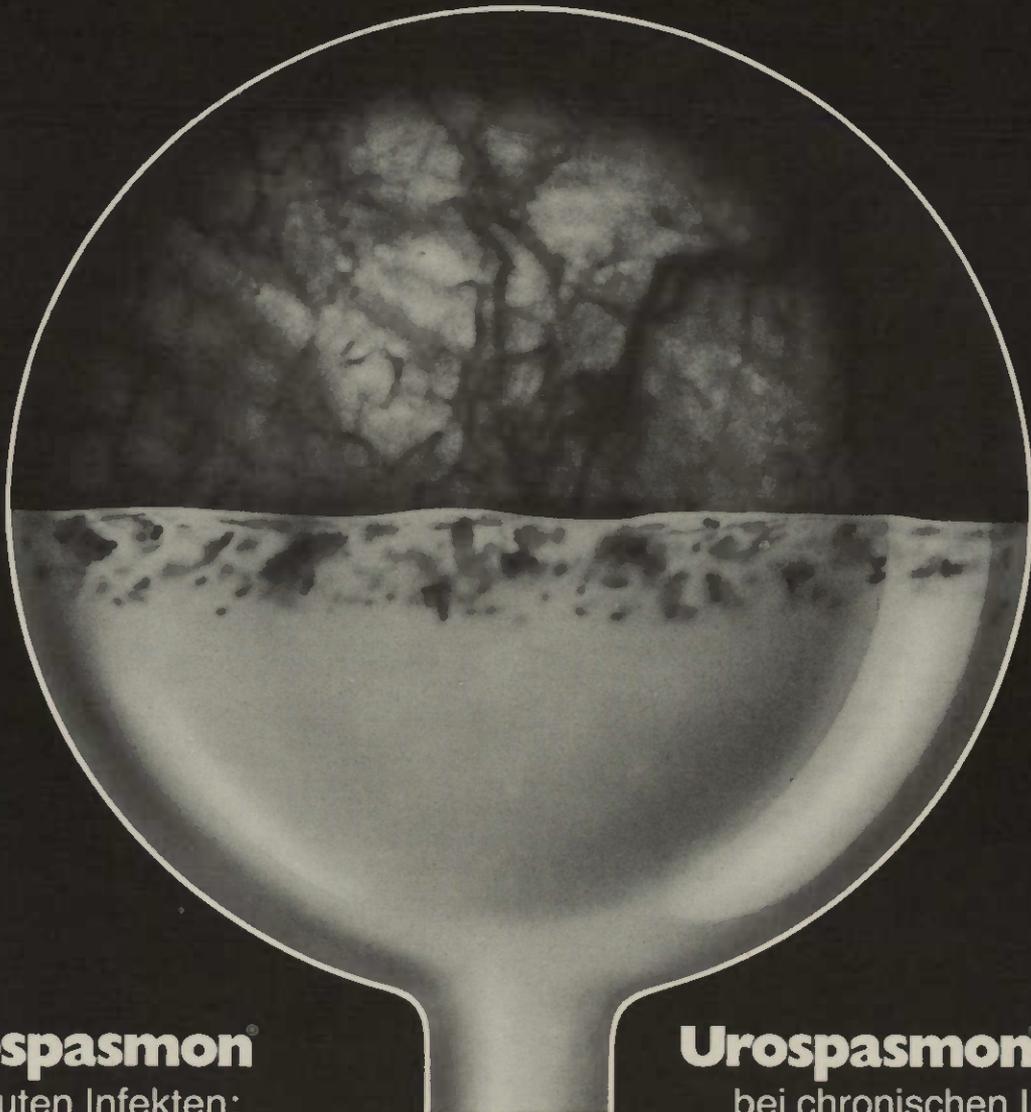
¹⁾ Enteritis infectiose übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.

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

Bei bakteriellen Harnwegsinfekten

Urospasmon[®]

kompromißlose Infektabwehr



Urospasmon[®]
bei akuten Infekten:
spasmolytisch

Urospasmon[®] sine
bei chronischen Infekten
zur Dauerbehandlung

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

LUDWIG HEUMANN & CO · GMBH · NÜRNBERG

UROSPASMON[®]

Zusammensetzung:

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

Handelsformen und Preise:

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

Anstaltspackungen

UROSPASMON[®] sine

Zusammensetzung:

1 Kapsel = Nitrofurantoin 50 mg, Sulfadiazin 150 mg

Handelsformen und Preise:

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

Anstaltspackungen

Stand September 1980



Stellenausschreibung für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 8. Februar 1981 — Nr. I Z 4 — 5135/1 — 4/81 —

Im öffentlichen Gesundheitsdienst des Freistaats Bayern sind Baamtanstellen für Ärzte(Innen) zu besetzen, und zwar im amtsärztlichen Dienst Stellen für ärztliche Mitarbeiter bei den Staatlichen Gesundheitsämtern

Alteich, Altötting, Ansbeck, Aschaffenburg, Bayreuth, Coburg, Dachau, Dillingen a. d. D., Dingolfing, Donauwörth, Eichstätt, Freyung, Fürth, Günzburg, Hof, Karlstadt, Kelheim, Landshut, Lichtenfels, Mühldorf a. Inn, Neumarkt i. d. Opf., Neu-Ulm, Pfarrkirchen, Regen, Regensburg, Roth, Straubing, Weißenburg i. Bay., Wunsledel;

für die vorgenannten Stellen wird eine mindestens zweijährige (möglichst klinische) ärztliche Tätigkeit nach der Approbation vorausgesetzt;

Im tuberkulosefürsorgeärztlichen Dienst (geeignet für Lungenärzte und Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde, ferner für Internisten und Radiologen mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Lungenkrankheiten)

bei den Staatlichen Gesundheitsämtern

Bad Kissingen, Deggendorf, Donauwörth, Eichstätt, Hof, Miltenberg, Neumarkt i. d. Opf., Neu-Ulm, Pfarrkirchen, Rosenheim, Schweinfurt, Straubing und außerdem an einem noch festzulegenden Gesundheitsamt in Oberbayern;

als Röntgenschulmbildarzt (fachliche Voraussetzungen wie im tuberkulosefürsorgeärztlichen Dienst)

bei den Regierungen in

Ansbeck, Bayreuth, München;

im landgerichtsärztlichen Dienst (mit selbständiger Tätigkeit in gerichtlicher Psychiatrie und gerichtlicher Medizin), und zwar

Chefstellen: Coburg, Landshut, Memmingen, Passau, Traunstein, Schweinfurt, Weiden i. d. Opf.

sonstige Stellen: Augsburg, Nürnberg, Regensburg.

Der öffentliche Gesundheitsdienst bietet den Ärzten vielfältige und interessante Aufgaben mit der Möglichkeit, den jeweiligen besonderen Neigungen weitgehend Rechnung zu tragen. Die Weiterbildung zum „Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen“ ist möglich.

Bewerber, die schon Beamte sind und die Amtsarztprüfung abgelegt haben, werden als Beamte übernommen. Die übrigen Bewerber werden zunächst als Angestellte (BAT) eingestellt.

Die Teilnahme am Amtsarztlehrgang ist kostenlos. Während des Lehrgangs laufen die Dienstbezüge weiter; daneben wird Trennungsgeld bezahlt. Nach der Amtsarztprüfung erfolgt die Übernahme in das Beamtenverhältnis. Die Laufbahn reicht vom Medizinalrat (A 13) bis zum Leitenden Medizinaldirektor (A 16).

Trennungsgeld und Umzugskostenvergütung werden gewährt. Staatsbedienstetenwohnungen werden nach Möglichkeit vermittelt. Nebentätigkeiten können auf Antrag genehmigt werden.

Bewerbungen und jederzeit mögliche Anträge auf unverbindliche Vormerkung für künftig frei werdende Stellen werden erbeten an Bayerisches Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 92 — 66 55 oder 67 95.

Bücher zur Rezension

Die folgenden Bücher wurden uns zur Besprechung zur Verfügung gestellt. Kolleginnen und Kollegen, die besonders sachkundig und interessiert sind, können diese Bücher zur Besprechung im „Bayerischen Ärzteblatt“ von uns erhalten. Wir bitten um Benachrichtigung unter der Telefonnummer (0 89) 41 47 - 274.

1. Barth: Ärztlicher Rat bei Erkrankungen der weiblichen Brust
2. BRK-Lehrbuch für den Rettungsdienst
3. Burgis: Kurzlehrbuch der Physiologie für medizinische Assistenzberufe und Studierende der Medizin
4. Brusis/Weber: Handbuch der Koronargruppenbetreuung
5. Chafik/Rogner: Rudolf Dreikurs zur Psychotherapie in der Medizin
6. Chargaff: Unbegreifliches Geheimnis (Wissenschaft als Kampf für und gegen die Natur)
7. Denck/Karrer: Kolo-rektale Tumoren
8. v. Dittfurth: Mannheimer Forum 80/81 (Ein Panorama der Naturwissenschaften)
9. Dühmke: Medizinische Radiographie mit schnellen Neutronen
10. Eisenberg: Magenkrank? (Behandlung — Heilung — Richtige Lebensweise)
11. Fechner: Intreokularlinsen (Grundlagen und Operationslehre)
12. Frick/Leonhardt/Starck: Allgemeine Anatomie I + II
13. Friese/Menger: Die Betreuung des Herzinfarkt-Kranken in der Praxis
14. Ganz: HNO Praxis heute
15. Hartmann: Der Kranke als Fahrzeuglenker
16. Herder-Dorneich: Gesundheitsökonomik (Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen)
17. Hertl/Kornhuber/Landbeck: Ergebnisse der Pädiatrischen Onkologie
18. Herzberg: Cutane paraneoplastische Syndrome der Haut
19. Höfer: Was ist Demokratie (mit einem Beitrag von Golo Mann)
20. Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie: Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen
21. Jonas/Heidler/Thüroff: Urodynamik
22. Junghans: Wirbelsäule und Beruf
23. Junghans: Nomenclatura Columnae Vertebralis — Wörterbuch der Wirbelsäule (in 6 Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Russisch, Spanisch)
24. Junghans: Die Wirbelsäule in der Arbeitsmedizin (Teil I: Biomechanische und biochemische Probleme der Wirbelsäulenbelastung — Teil II: Einflüsse der Berufsarbeit auf die Wirbelsäule)
25. Karrer/Kotz: Sarkombehandlung
26. Klinger: Arzneimittelnebenwirkungen
27. Konopka/Oberfell: Die gesunde Ernährung des Sportlers
28. Kramer: Lehrbuch der Elektroakupunktur (Band III)
29. Krebs: Klinische Pharmakologie der Herzglykoside
30. Kurth: Das Gutachten (Anleitung für Mediziner, Psychologen und Juristen)

31. Ledger: Infektionen in der Gynäkologie und Geburtshilfe
32. Lindemayr/Partsch u. a.: Ekzeme in der Praxis
33. Martini/Schroif: Der Tod wird keine Grenze für uns sein
34. Maurer: Lehrbuch für Arzthelferinnen
35. Mayer-Scheu/Kautzky: Vom Behandeln zum Heilen (Die vergessene Dimension im Krankenhaus)
36. Meinhof: Psychophysiologische Aspekte bei Hautkrankheiten
37. Merté: Augenärztliche Fortbildung (Jahreskurse für die praktische Augenheilkunde: Gesamtinhaltsverzeichnis + Band 6, Teil 2)
38. Meyer-Wahl: Anfallskrankheiten
39. Mihich/Eckhardt: Design of Cancer Chemotherapy (In englischer Sprache)
40. Petersen: Die juvenilen Wachstumsstörungen der Wirbelsäule (Morbus Scheuermann)
41. Piotrowski: Ganzheitstherapie bei Augenkrankheiten
42. Potthoff: Der Tod im medizinischen Denken
43. Rilling: Bleskerzinom
44. Rosenthal: Arterielle Hypertonie
45. Sehhati-Chafai/Frey: ABC der lebensrettenden Sofortmaßnahmen und Erste Hilfe
46. Sovák: Kopfschmerz – Biofeedback
47. Scheibe/Wagner/Bokelmann: Krebsnachsorge
48. Schücking: Psychosomatik des Kindes aus familienärztlicher Sicht
49. Schumacher/Bühlmeier: Diagnostik angeborener Herzfehler (Band 2: Systematik der angeborenen Herzfehler)
50. Schwann: Taschenlexikon „Gesundheit“
51. Tarnopol: Neurogene Lernstörungen
52. Telos Dokumentation: Alarm um die Abtreibung
53. Thiele: Handlexikon der Medizin (2 Bände A–Z)
54. Volk/Zehfuß: Gynäkologie und Geburtshilfe
55. Weidner/Tonek: Das maligne Melanom der Haut
56. Weißauer/Opderbecke: Anästhesist und Krankenhaus (Vertragsmuster – Strukturmodelle – Organisationsformen)
57. Wendt: Angiopathien – Eiweißspeicherkrankheiten – Autoimmunkrankheiten
58. Wurzer: Organische Chemie – kein Geheimnis (Teil 2)
59. Zöllner/Häußler/Brandmeier/Korfmacher: Die kassenärztliche Tätigkeit

Eine Radiologie von morgen auf ganzheits-biologischer und bioenergetischer Grundlage

Verf.: Dr. O. Becker, 320 S., 47 Abb., 2 Tab., DM 90,—. Verlag für Medizin, Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.

Die Autorin versucht, von Bucky 1928 beschriebene Phänomene der Wirkung von Grenzstrahlen auf Organe bzw. den menschlichen Organismus mit der von ihr vertretenen Ganzheitslehre und Mesenchymtheorie zu erklären, wobei sie die Meinung vertritt, daß eine falsche Hypothese besser sei als gar keine. Ein Buch, das laut Einleitung zur Diskussion anregen soll, aber das Gegenteil erreicht. Selbst für den sechskundigen Leser ist es verwirrend und unverständlich geschrieben, zum Teil wissenschaftlich ungenau und widersprüchlich. Neue Erkenntnisse über Grenzstrahlen werden nicht mitgeteilt. Bis auf wenige Ausnahmen sind die Literaturangaben älter als zehn Jahre, ein Stichwortverzeichnis, das zum besseren Verständnis beitragen könnte, fehlt völlig.

Dr. med. E. Richter, Würzburg

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 an 1091 Patienten, Medizinische Forschung Boehringer 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 enthält 200 mg Bezafibrat.

Indikationen:

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

Kontraindikationen:

Lebererkrankungen (mit Ausnahme der Fettleber, die häufiges Begleitsyndrom bei Hypertriglyceridämie ist), Gallenblasenerkrankungen mit und ohne Cholelithiasis (da die Möglichkeit einer Leberbeteiligung nicht ausgeschlossen werden kann), schwere Nierenfunktionsstörungen mit Serumkreatininwerten über 6 mg/100 ml, Gravidität, Laktationsperiode. Bei Kindern sollte die Indikation für eine Behandlung mit Cedur besonders streng gestellt werden.

Nebenwirkungen:

Gelagentlich meist passagere gastrointestinale Störungen. Sehr selten: myositisähnliches Syndrom, Potenzstörungen, allergische Reaktionen.

Weitere Informationen zu Cedur:

Dosierung:

3 x 1 Dragée täglich – jeweils 1 Dragée nach dem Frühstück, Mittag- und Abendessen. Die Dragées sollten unzerkaut mit etwas Flüssigkeit eingenommen werden. Bei magenempfindlichen Patienten kann einschleichend dosiert werden. Man beginnt mit 1 Dragée, legt nach 3–4 Tagen das zweite und nach weiteren 3–4 Tagen ein drittes Dragée zu.

Bei gutem therapeutischem Erfolg – insbesondere bei Patienten mit Hypertriglyceridämie – kann eine Dosierreduktion auf 2 x 1 Dragée (morgens und abends) versucht werden.

Wechselwirkungen:

Die Wirkung von Antikoagulantien vom Coumarin-Typ wird verstärkt. Anfänglich Reduktion der Antikoagulantendosis um 30–50%, anschließend Neueinstellung unter Kontrolle der Blutgerinnung.

Hinweis

Die blutzuckersenkende Wirkung von Insulin und Sulfonylharnstoffen kann durch Cedur verstärkt werden. Dies kann mit einer verbesserten Glucoosutilisation bei gleichzeitiger Insulininsparung erklärt werden. Hypoglykämien wurden bisher nicht beobachtet.

Für die Verordung:

OP mit 50 Dragées ZB 15 DM, OP mit 100 Dragées 50,50 DM. Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt (z. Zt. gültige Auflage: Oktober 1980).



Boehringer Mannheim GmbH
6800 Mannheim 31

Bauernjugend und Gesundheit

Verl.: K. Bienar, 100 S., brosch., DM 21,50. Schwaba & Co. Verlag, Basal-Stuttgart.

Mit diesem Buch wird eine sozialmedizinische, epidemiologische Untersuchung einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt, die der Autor in der Schweiz durchgeführt hat.

Das Ziel der Untersuchung bestand darin, soziologische Sondergruppen zu Gesundheitsfragen und -problemen zu befragen, um mögliche Unterschiede zur Stadtjugend herauszufiltern, die möglicherweise Hinweise auf unterschiedliche Gesundheitsvorsorge und Gesundheitspädagogik zulassen. Die befragten Bereiche gingen von Lebens- und Gesundheitswünschen über Tabakkonsum, Drogenkonsum, Sexualhygiene bis zum Gesundheitswissen usw. — Dem Autor ist hier ein aufschlußreicher Beitrag zu Gesundheitsproblemen einer Randgruppe in der Bevölkerung gelungen.

Professor Dr. med. H. Weber, Benediktbeuern

Taschenbuch klinischer Funktionsprüfungen

Herausgeber: Prof. Dr. G. Bruschke, 10. völlig neu bearbeitete Aufl., 724 S., 86 Abb., 76 Tab., DM 36,—. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Das Taschenbuch ist eine wertvolle Informationsquelle für den klinisch tätigen Arzt, aber auch in der Praxis kann es eine ausgezeichnete Hilfe sein. Es beschreibt die meisten klinischen Funktionsprüfungen aus fast allen Gebieten der Medizin. Der Herausgeber wurde bei der Zusammenstellung dieses riesigen Materials von 33 weiteren Autoritäten unterstützt.

Gegenüber früheren Ausgaben wurde der Abschnitt über die Laboratoriumsdiagnostik aufgegeben, da diese schon einen solchen Umfang angenommen hat, daß dies einem eigenen Buch zugewiesen werden kann. In der neuen Ausgabe wurden im Text bereits die Maßeinheiten des Internationalen Systems (SI) verwendet. Deswegen wurden im Anhang Umrechnungsgleichungen und -tabellen für die häufigsten Parameter aufgeführt. Ein Register hilft beim Auffinden der verschiedensten Funktionsprüfungen. Ein Buch, das auch weiterhin großen Erfolg haben wird.

Dr. med. J. Mertens, Fürth

Therapiekontrolle in der Angiologie

Herausgeber: R. Hild / G. Spean, 572 S., 400 Abb., z. T. mehrfarbig, 119 Tab., Leinen, DM 74,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

„Therapiekontrolle in der Angiologie“ war das Leitthema einer Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie in Heidelberg. In dem vorliegenden Band sind sämtliche Vorträge der damaligen Tagung aufgeführt, und so bietet sich ein weiterer Einblick in die Probleme und in die therapeutischen Möglichkeiten dieses Zweiggebietes der Inneren Medizin. Der Bogen spannt sich von den zahlreichen heute gebräuchlichen Behandlungsprinzipien der arteriellen Verschlusskrankheiten über die Beeinflussung der Venenkrankungen bis hin zu den therapeutischen Maßnahmen im Bereich der Lymphstrombahnen. Besonderer Raum wurde der Mikrozirkulation sowie rheologischen Fragen gewidmet, was den Stellenwert und die rasche Entwicklung dieses Zweiges der Angiologie eindrucksvoll unterstreicht. Durch die Vielfalt der Arbeiten und ihre gleichzeitig meist straffe und zum Teil auch gut dokumentierte Artikel stellt das vorliegende Buch nicht nur für den fachkundigen Angiologen sicher eine wertvolle Hilfe dar.

Dr. med. G. Tepohi, Gauting

Streß

Herausgeber: Prof. Dr. A. W. von Eiff, 228 S., 36 Abb., 10 Tab., kart., DM 24,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Zu diesem Thema nehmen Vertreter verschiedener medizinischer Sparten, aber auch Psychologen und Theologen Stellung. Zunächst wird die sträßbedingte Symptomatologie aufgezeigt, anschließend die wichtigsten Sträßauslöser. Dabei finden neben den individuellen auch die gesellschaftlichen Gegebenheiten Berücksichtigung.

Magenfrühkarzinom

Herausgeber: K. Elster / E. Seifert, 76 S., 42 Abb., 8 Tab., Leinen, DM 38,50. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Als ein weiteres Bändchen im Rahmen des gastroenterologischen Kompendiums berichten die Autoren über den heutigen Stand der Kenntnisse über das Magenfrühkarzinom aus klinischer und pathologisch-anatomischer Sicht. Wenn man bedenkt, daß die Diagnose des „early gastric cancer“ mit einer postoperativen Fünfjahresheilungsrate von über 90 Prozent sehr günstig ist, während das fortgeschrittene Karzinom nur eine Heilungsrate von 10 Prozent aufweist, erscheint es außerordentlich wichtig, daß es das Ziel aller Beteiligten sein muß, den Anteil der Frühkarzinome möglichst zu erhöhen. Hierzu will dieses Bändchen mit klarer Beschreibung der Befunde und zahlreichen, teils farbigen Abbildungen seinen Beitrag leisten.

Dr. med. A. Wunderer, Nürnberg

Augenarzt und gesetzliche Unfallversicherung

Verf.: Prof. Dr. B. Gramberg-Danielsen / H. Hülsmeier, 98 S., kart., DM 28,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Der Augenarzt wird in seiner Praxis täglich mit gutachterlichen Fragen konfrontiert und das selbständige Anfertigen von Gutachten gehört zur Weiterbildung. Es ist deshalb zu begrüßen, daß in diesem Buch die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen, aber auch alle entscheidenden Verordnungen, neueste Urteile, Rententabellen und interessante Beispiele aus der täglichen Rechtspraxis zusammengestellt wurden. Die beiden Autoren haben es dazu verstanden, ein leicht lesbares, aber nicht allzu dickes Buch zu schreiben. Es wird dem Augenarzt in Klinik und Praxis und Ausbildung empfohlen.

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

Bewußt mit dem Körper leben

Verf.: M. Kjellrup, 96 S., zehlf. Abb., DM 18,80. Ehrenwirth Verlag, München.

Eutonia ist eine Methode körperlicher Selbsterfahrung und Selbstentspannung mittels Tonusregulierung, vor allem der Muskulatur. Wie z. B. das Autogene Training beherrscht, wird sich dank des Buches schnell in die Methodik einarbeiten können, wozu vor allem die einprägsamen Illustrationen verhelfen. Das Buch wendet sich an alle, die barutlich mit physikalischer Therapie zu tun haben und die Methode erlernen wollen. Insbesondere spricht es natürlich Krankengymnastinnen und Messeure, aber auch Ärzte an, die sich mit manueller Therapie befassen. Trotz der didaktisch hervorragenden Darstellung eignet sich das Buch nur bedingt zum Selbststudium. Es kann und will auch nicht eine Anleitung durch einen in Eutonie erfahrenen Therapeuten ersetzen.

Dr. med. J. Schleimer, München

Bayerisches Ärzteblatt 4/81

„Dickes Bein“ • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

Venalot[®]

trifft Stauung · Entzündung · Ödem · Schmerz



beseitigt
Schwere-
gefühl und
Schmerzen

bessert venöse
Zirkulationsstörungen

befreit das Interstitium von
angehäuftem Plasma-Proteinen

mobilisiert den Lymphstrom

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Extr. Melilot. stand. sicc. 25 mg. (Cumarinegehalt 5 mg), Rutin 25 mg. 1 Ampulle zu 2 ml/5 ml enthält Extr. Melilot. aquos. stand. 10 mg/25 mg (Cumarinegehalt 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 (Cumarinegehalt 500 mg), Heparin 5000 I. E. **Kontraindikationen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** wurden bisher nicht beobachtet.

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



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Tierische Parasiten des menschlichen Auges

Verf.: Dr. H. Hulsmans, 184 S., 92 Abb., kart., DM 59,—.
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Mit tierischen Parasiten hat der Augenarzt erfreulicherweise recht selten zu tun. Deshalb lernt er auch in seiner Ausbildung sehr wenig darüber, obwohl Parasiten nicht nur auf die Tropen beschränkt sind. Der Autor hat die oft sehr seltenen Erkrankungen übersichtlich zusammengestellt und dazu verschiedene Originelartikel benutzt. Da isolierter okulärer Befall vorkommen kann, gehört dieses Buch, besonders in der Zeit des weltweiten Tourismus, in die Semmlung jedes Augenarztes und jedes Tropenarztes.

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

Innere Medizin

Ein kurzgefaßtes Lehrbuch mit Schlüssel zum Gegenstandskatalog

Herausgeber: Prof. Dr. Dres. h. c. G. Schettler.
Band I: 630 S., 72 Abb., 61 Tab., 8 Farbtafeln, DM 26,80. —
Band II: 576 S., 53 Abb., 86 Tab., 4 Farbtafeln, DM 26,80.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das vorliegende Werk gibt nicht nur bis ins Detail reichende Klarheit, sondern zeichnet sich durch seine Prägnanz und Aktualität aus. Um den Taschenbuch-Charakter zu erhalten, wurden in dieser Neuauflage Kürzungen und Straffungen des Gehaltes sowie des Textes vorgenommen. Ferner wurde die Gliederung verbessert und auch satztechnisch neu gestaltet.

Gynäkologie und Geburtshilfe

Herausgeber: Prof. Dr. H.-E. Stegner, 464 S., 150 Abb., 28 Tab., kart., DM 39,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Stegners Gliederung ist ungewohnt, verglichen mit anderen gynäkologisch-geburtshilflichen Lehrbüchern. Doch erst in diesen Aufbau gewöhnt, ist für den Assistenten in der Weiterbildung, dem Allgemeinmediziner, dem interessierten Arzt der Nachbardisziplinen und dem praktizierenden Gynäkologen das Buch ein wertvolles Nachschlagewerk zur Kurzinformation. Der auf multiple-choice getrimmte Student und PJ'er vermißt wohl den so beliebten Fragenkatalog zur Selbstkontrolle. — Geringfügige Korrekturen an Details der nächsten Auflage werden das Buch noch wertvoller machen. Bei positivem Gesamteindruck bleibt dem Buch eine adäquate Verbreitung zu wünschen.

Dr. med. H. G. Arnold, Amberg

Ein Jahrhundert München — 1800 bis 1900

Herausgeber: G. J. Wolf, unveränderter Nachdruck der Auflage v. 1935, 540 S., 248 Abb. auf Tafeln und im Text, Leinen, DM 75,—. Verlag W. Weidlich, Frankfurt.

Die große Liebe zu München und seiner Umgebung kommt in allen Beiträgen zum Ausdruck. Die Stadt hatte in dem Jahrhundert zwischen 1800 und 1900 eine besondere Atmosphäre, die die Textbeiträge geprägt hat. Des Vorwort ist betitelt „Ein Hoch auf München“. Unter diesem Motto sind wohl die Texte ausgewählt worden, die uns von Beginn bis Schluß zu fesseln vermögen. Die vielen Abbildungen auf Tafeln und im Text zeigen neben bekannten und beliebten Ansichten viel Unbekanntes und Originelles. Blätter berühmter Stecher, Redierer, Lithographen usw. wurden für die Illustrationen dieses Werkes kenntnisreich und liebevoll ausgewählt. — Dieses Werk sollte in keiner Bibliothek der zahllosen Freunde Münchens fehlen.

Der chiropraktische Report

Herausgeber: W. Peper, 208 S., 34 Abb., kart., DM 30,—.
Karl F. Haug Verlag, Heidelberg.

Mit diesem Buch wird dem Leser, Mediziner und Nichtmediziner, eine Lektüre in die Hand gegeben, die bemüht ist, Einblicke zu vermitteln in den Werdegang der chiropraktischen Heilmethode. In spannender Weise schildert der Autor, selbst einer der ersten im Deutschland der dreißiger Jahre tätigen Chiropraktoren, die Entwicklung dieses jahrzehntelangen, heftigen Anfeindungen von seiten der regulären Medizin ausgesetzten Berufsbildes. Ein geschichtlicher Abriss verfolgt die frühen Vorläufer der manuellen Therapie bis in das vorchristliche Griechenland. Wichtige Erkenntnisse des Chirurgen Laurentius Heister (1683—1758) und eines Johann Storch (1734) blieben über zwei Jahrhunderte hinweg in Vergessenheit. Neue Impulse kamen aus den USA der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und sind untrennbar mit dem Namen der Palmer-Dynastie verbunden. Von Nichtärzten gegründet, entwickelte sich die Chiropraktik zunächst als paramedizinische Monokultur mit einer eigenen „Philosophie“. Aus der vorliegenden Darstellung wird deutlich, wie sich im Laufe von zwei Generationen aus einem einfachen empirischen Heilverfahren das hochschulfähige Lehrtuch „Manuelle Medizin“ entwickelt hat. Bis zum heutigen Stand der Entwicklung reicht dieses mit viel Fleiß und Liebe zur Sache geschriebene Buch, das einen Platz im großen Gebiet der Medizingeschichte verdient hat!

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

Quellen der Fröhlichkeit

Ringheftung, DM 6,40; Luxus-Ausgabe in Seide, DM 12,80.
Verlag Leobuchhandlung, St. Gallen.

Das 29. Bändchen der beliebten Quellen-Geschenkreihe enthält eine Anthologie mit fröhlichen Texten aus der Weltliteratur, Spruchweisheiten und Gedichte, mit sechs farbigen, humoristischen Bildern des bekannten schwedischen Künstlers Robert Högföldt.

Taschenbücher aus dem Herder-Verlag

Aus dem bunt gefächerten Taschenbuch-Programm können wir eine Reihe interessanter Titel empfehlen:

R. Affemann: Woran können wir uns halten? 128 S., Band 812, DM 5,90

B. Flad-Schnorrenberg: Unser Partner Natur, 128 S., Band 788, DM 5,90

M. Leist: Leid und Trost, 144 S., Band 809, DM 6,90

E. Lukas: Auch dein Leben hat Sinn, 256 S., Band 825, DM 9,90

H. v. d. Mehden: Die Fliegen der Wend, 144 S., Band 774, DM 5,90

F. Müller-Partenkirchen: Der vergnügte Professor, 128 S., Band 828, DM 5,90

R. Rogoll/W. Rautenberg: Werde, der du werden kannst, 288 S., Band 776, DM 9,90

G. u. T. Sartory: Heimgang — Orientierungen für den letzten Weg, 128 S., Band 820, DM 5,90

S. Schaup: Spanne deinen Wagen an die Sterne, 128 S., Band 780, DM 5,90

K. Thomas: Warum Angst vor dem Sterben? 240 S., Band 784, DM 9,90

Beobachtungen und Hilfen am Sterbebett aus ärztlicher und theologischer Sicht

Herausgeber: Dr. P. Becker/Dr. A. Reiner, 59 S., kerf., DM 9,-. Karl F. Haug Verlag, Heidelberg.

In dem kleinen Heft sind zwei Vorträge veröffentlicht, die sich mit Sterbenden beschäftigen. Der erste Vortrag wurde von dem Arzt Dr. Paul Becker (St. Vinzenz-Krankenhaus, Limburg/Lahn) vor der Gesellschaft für Erfahrungsheilkunde gehalten. Er beschäftigt sich speziell mit Beobachtungen am Sterbebett und bei reanimierten klinisch tot gewesenen Patienten. Die Ausführungen sind meines Erachtens noch wenig konkret, da es sich offenbar um einen noch nicht voll wissenschaftlich ausgewerteten Zwischenbericht handelt. Man kann durchaus gespannt sein, was bei diesen Untersuchungen nach wissenschaftlicher Prüfung herauskommen wird. — Der zweite Vortrag wurde von dem Heidelberger Klinikpfarrer Dr. A. Reiner vor der Deutschen Gesellschaft für medizinische Tumortherapie gehalten. Der Geistliche beschäftigt sich im wesentlichen mit seinen Erfahrungen mit Tumorkranken. Er gehört zu den Vertretern der Vorstellung, daß man Tumorkranken ihre Krankheit sagen und bewußt machen sollte. Ob dies jedoch von jedem Menschen erfragt werden kann, vermag er nicht zu sagen. — Insgesamt handelt es sich um eine Veröffentlichung für einen Kreis bestimmt Interessierter.

Dr. med. J. Mertens, Fürth

Psychophysiologische Methoden

Verf.: Prof. Dr. Ch. Becker-Cerus/Dipl.-Psych. G. Ziegler/Dipl.-Psych. T. Heyden, 192 S., 80 Abb., Taschenbuch, DM 16,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Als „Einführung“ in psychophysiologische Methoden bieten die Verfasser auf 180 Seiten umfassend den Unterrichtsstoff für die entsprechenden Seminare und Praktiken. — Jedoch auch für praktisch tätige Ärzte und Psychologen sind die Darstellungen zur schnellen Orientierung kurz und ausreichend. Das Atembiofeedback (entgegen S. 55) wird seit einigen Jahren vor allem durch H. Leuner in der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität Göttingen ausgearbeitet und angewandt und hat mittlerweile auch in zahlreichen Kliniken, psychiatrische, interne und allgemeine Praxen mit großem Erfolg Eingang gefunden. — Für Interessierte empfehlenswert.

Dr. med. W. Englert, Waldaschaff

Mensch – Kultur – Gesellschaft

Verf.: R. Linton, 264 S., kerf., DM 38,-. Hippokrates Verlag, Stuttgart.

Von den Ergebnissen der Evolutionsforschung aus werden Ursprünge und Elemente von Gesellschaft und Kultur definiert, so „Status“ als Summe von Rechten und Pflichten des Individuums und „Rolle“ als dessen dynamischer Aspekt. „Universale Reaktionen“, unter anderem „Bedürfnisse“ – Prestige als „eine der sozial nützlichsten oder angeborenen Eigenschaften des Menschen“ – und fundamentale Mechanismen – Funktionen, Interessen – schaffen Gebräuche und Verhaltensmuster „kultureller Konfigurationen“, mittels „Diffusion“ und „Integration“ vielfach verflochten. Erbe, Persönlichkeit und Umwelteinfluß werden in ihren Wechselbeziehungen in dem durch ethnologische Fakten reich illustrierten Werk des weitgereisten Forschers anregend ausgelegt.

Professor Dr. med. Hans Grosch, Erlangen

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



Bayerische Versicherungs-kammer

NIEDERLASSUNGSSEMINAR

München – Samstag – 25. April 1981

Hotel Bayerischer Hof, München,
Promenadeplatz 2-6, Clubraum

Programm

Beginn 9.00 Uhr

Was ist vor der Niederlassung zu beachten – Standortwahl

Finanzierung einer Praxisgründung

Die Risikoabsicherung für Praxis und Familie

Pause ca. 13.00 Uhr

Steuerfragen der jungen Arztpraxis

Anschließend Besprechung von Einzelfragen

Ende ca. 15.00 Uhr

Coupon

ANMELDUNG

Beschränkter Teilnehmerkreis.
Bitte sofort anmelden.

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE,
Bayerische Versicherungskammer,
Stiftsbogen 132, 8 München 70, Telefon 089/70 40 44,
Frau Schulte-Rahde

Zur Teilnahme an dem Seminar am 25. April 1981 melde ich mich hiermit an:

mit Ehepartner

ohne Ehepartner

Name, Vorname

Straße

Fachrichtung

PLZ/Ort

Niederlassungszeitpunkt

Unterschrift

Therapeutika

Betapressin®

Zusammensetzung: 1 Filmtablette Betapressin enthält 40 mg Penbutololsulfat.

Indikationen: Alle Formen der Hypertonie; koronere Herzkrankheit, Zustand nach Herzinfarkt; hyperkinetisches Herzsyndrom; tachykerde Rhythmusstörungen.

Kontraindikationen: AV-Block 2. und 3. Grades, ausgeprägte Bradykardie, nicht kompensierte Herzinsuffizienz, Hypotonie, kardogener Schock, obstruktive Atemwegserkrankungen. Während der Schwangerschaft nicht anwenden.

Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Wirkungsweise und Hinweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: In der Regel morgens 1 Tablette Betapressin, bei Bedarf nach 3–6 Wochen auf 2 Tabletten erhöhen. In leichten Fällen 1/2 Tablette.

Handelsformen und Preise: Betapressin: 20/50/100 Filmtabletten DM 26,10 / 57,20 / 102,15, Anstaltspackungen.

Hersteller: Hoechst AG, 6230 Frankfurt 80

Feriel® Nasenspray

Zusammensetzung: 1 ml Lösung enthält: 1,18 mg N-(2-Imidazolyl)-N-(4-indanyl)amin-monohydrochlorid

Indikationen: Zum Abschwellen der Nasenschleimhaut bei akutem und chronischem Schnupfen. Feriel ist nur für Erwachsene und Schulkinder bestimmt.

Kontraindikationen: Feriel soll nicht bei trockener Entzündung der Nasenschleimhaut (Rhinitis sicca) und bei erhöhtem Augeninnendruck (Engwinkel-Glaukom) angewendet werden.

Nebenwirkungen und Wechselwirkungen: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Nach Bedarf 3 bis 4 x täglich je einen Sprühstoß in jedes Nasenloch geben. — Bei sehr stark geschwollenen Schleimhäuten kann es notwendig sein, ca. 15 Minuten nach der ersten Applikation erneut Feriel in die Nase zu sprühen, wobei eine vorherige Reinigung der Nase sinnvoll ist.

Dauer und Häufigkeit der Anwendung: Die Wirkung von Feriel hält bei den meisten Patienten ca. 8 Stunden an, so daß während der Nacht keine weitere Anwendung erforderlich ist. Sofern nach zweiwöchiger Anwendung von Feriel, z. B. bei chronischer Entzündung der Nasenschleimhaut, die Beschwerden nicht abgeklungen sind, ist vor Fortsetzung der Behandlung erneut der Arzt aufzusuchen. — Bei länger dauernder Anwendung von Feriel wurden bislang keine Nebenwirkungen wie Austrocknung der Schleimhaut beobachtet.

Besondere Hinweise: Bei Feriel Nasenspray als Dosierspray ist zusätzlich zu beachten: vor der ersten Anwendung mehrfach pumpen bis zum ersten Sprühstoß; für alle weiteren Anwendungen ist der Dosierspray dann gebrauchsfertig. — Der Dosierspray ist vor Frost zu schützen!

Packungsgrößen und Preise: Feriel® Nasenspray: OP 1 Sprayflasche zu 10 ml Lösung DM 5,60; Feriel® Nasenspray als Dosierspray: OP 1 Spreytlesche zu 10 ml Lösung DM 7,25
Hersteller: Nordmerck-Werke GmbH Hamburg, 2082 Uetersen 1

Estulic®-Wander

Zusammensetzung: 1 Tablette zu 1 mg enthält: 1,15 mg Guenfacinhydrochlorid (entspr. 1 mg Guanfacin); 1 Tablette zu 2 mg enthält: 2,30 mg Guanfacinhydrochlorid (entspr. 2 mg Guantacin)

Anwendungsgebiete: Alle Formen und Schweregrade des Bluthochdrucks.

Nebenwirkungen: Bei hohen Anfangsdosen oder zu schneller Dosiserhöhung Mundtrockenheit und Müdigkeit. Dadurch Beeinträchtigung der allgemeinen Reaktionsfähigkeit. In seltenen Fällen Verstopfung, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Potenzstörungen. Meist klingen diese Erscheinungen im Laufe der weiteren Behandlung ab. Nach abruptem Absetzen der Therapie kann in seltenen Fällen ein Wiederanstieg des Blutdrucks über den Ausgangswert auftreten. Bei einer notwendigen Therapieunterbrechung ist deshalb ein „Ausschleichen“ empfehlenswert.

Gegenanzeigen, Eigenschaften und Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Art der Anwendung: Die Behandlung wird mit 1 mg täglich begonnen. Reicht diese Dosis nicht, wird sie in wöchentlichen Abständen um je 1 mg erhöht, bis die gewünschte Blutdrucksenkung erreicht ist. Meist genügt eine tägliche Gesamtdosis von 1–2 mg. — Estulic-Wander Tabletten werden in einmaliger Gabe morgens oder abends unzerkaut mit etwas Flüssigkeit eingenommen. — Sollte der Blutdruck durch Estulic-Wander allein nicht ausreichend gesenkt werden, können zusätzliche Diuretika oder Vasodilatoren gegeben werden.

Handelsformen und Preise: Tabletten zu 1 mg: OP mit 20 Stück DM 10,92, OP mit 50 Stück DM 24,66, OP mit 100 Stück DM 42,07, Anstaltspackung; Tabletten zu 2mg: OP mit 20 Stück DM 15,29, OP mit 50 Stück DM 33,66, OP mit 100 Stück DM 58,09, Anstaltspackung.

Hersteller: Wander Pharmed GmbH, 8500 Nürnberg 1

Gastro-Tablinen®

Zusammensetzung: 10 mg Metoclopramid-HCl

Anwendungsgebiete: Gastro-Tablinen normalisieren die Motilität des Verdauungssystems und beschleunigen dadurch die Magenentleerung und den Weitertransport der Nahrung. Sie werden daher angewendet bei: Störungen der Magen- und Darm-Motorik, nervösem Reizmagen, Magengeschwüren, Völle- und Druckgefühl im Oberbauch, Übelkeit und Erbrechen, Medikamentenunverträglichkeit, zur Vorbereitung der Röntgendagnostik des Magen-Darm-Traktes.

Nebenwirkungen: In Einzelfällen kann es nach der Einnahme zu Krampferscheinungen im Kopf-, Hals- und Schulterbereich kommen (dyskinetisches Syndrom). Dies tritt vorwiegend bei Kindern unter 14 Jahren auf, weshalb deren Behandlung nur unter strenger Indikationsstellung empfohlen wird. Die Krampferscheinungen klingen ohne Behandlung innerhalb einiger Stunden nach Absetzen des Präparates wieder ab. Zum sofortigen Verschwinden werden sie durch i. v. Injektion von Coffein oder Biperiden gebrecht. In seltenen Fällen können Müdigkeit, Schwindel, motorische Unruhe und verstärkte Darmtätigkeit auftreten. Diese Erscheinungen verschwinden jedoch meist bei Dosisreduzierung.

Gegenanzeigen und Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Als Normdosis gilt für Erwachsene 3 x 1 Tablette täglich vor den Mahlzeiten, Kinder ab 6 Jahren 3 x 1/2 Tablette täglich vor den Mahlzeiten.

Handelsformen und Preise: 20 Tabletten DM 7,85, 50 Tabletten DM 17,80.

Hersteller: Sanorania Dr. G. Strohscheer, 1000 Berlin 28

Volon A soluble 200 mg Spritzampulle

Zusammensetzung: Volon A soluble enthält in 5,0 ml 272,0 mg Triamcinolonacetonid -21-dikaliumphosphat entsprechend 200,0 mg Triamcinolonacetonid als wirksamen Bestandteil.

Anwendungsgebiete: Alle Indikationen einer Therapie mit Glucocorticoiden, wenn eine möglichst schnell einsetzende Wirkung erzielt werden soll. Status asthmaticus, schwere Allergien, Überempfindlichkeits-Reaktionen auf Arzneimittel, Röntgenkontrastmittel-Unverträglichkeiten (auch zur Prophylaxe); bedrohliche Ödeme, wie z. B. Glottis-, Quinckesches Ödem, Lungenödem, Hirnödem, kardiogener Schock (frischer Herzinfarkt), septischer Schock, Endotoxinschock, traumatischer Schock, Schocklunge, anaphylaktischer Schock bzw. anaphylaktoide Reaktionen; ferner Verbrennungen, akute schwere Dermatosen, akute Blutkrankheiten. Bei thyreotoxischen Addison-Krisen muß zusätzlich zu Volon A soluble ein Corticoid mit mineralocorticotroper Wirkung verabreicht werden. — In der Notfalltherapie stellt die Gabe von Volon A soluble eine Zusatz-Therapie dar. Alle Maßnahmen im Rahmen einer kausalen Therapie bleiben davon unbeeinflusst.

Nebenwirkungen: Bei mehrfach wiederholter Anwendung können, insbesondere bei hoher Dosierung, die Nebenwirkungen einer systemischen Glucocorticoid-Therapie auftreten. Vollmondgesicht, Stemmfettsucht, Muskelschwäche, Hypertonie, Osteoporose, verminderte Glukosetoleranz, Diabetes mellitus (Verschlechterung eines bestehenden Diabetes mellitus bzw. Manifestation eines latenten Diabetes mellitus), Störungen der Sexualfunktion (Amenorrhoe, Hirsutismus, Impotenz), Striae rubrae, Petechien, Ekchymosen, Steroidakne, vermehrte Kaliumausscheidung, Inaktivität bzw. Atrophie der NNR, Vaskulitis, Magenbeschwerden (Ulcus ventriculi), Erhöhung des Infektionsrisikos, Behinderung der Immunvorgänge, verzögerte Wundheilung, Wachstumsverzögerung bei Kindern, eptische Knochennekrosen (Femur- und Humeruskopf). Glaukom, Katarakt, psychische Störungen, Erhöhung des Thromboserisikos, Pankreatitis.

Gegenanzeigen und Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierungsanleitung und Art der Anwendung: Volon A soluble ist spritzfertig und wird langsam intravenös appliziert. — Wenn in Notfällen eine intravenöse Injektion nicht möglich ist, kann ausnahmsweise eine intramuskuläre Injektion erfolgen; der Wirkungseintritt ist jedoch im Vergleich zur intravenösen Verabreichung verzögert oder — im Schock — freglich.

Packungsgrößen und Preise: OP mit 1 x 5 ml Spritzampullen Volon A soluble 200 mg Triamcinolonacetonid entsprechend DM 67,50; OP mit 3 x 5 ml Spritzampullen Volon A soluble 200 mg Triamcinolonacetonid entsprechend DM 161,50, Klinikpackungen.

Hersteller: von Heyden GmbH, 8000 München 19

peripher peripher

Die periphere Unterbrechung des Hustenreflexes durch Benproperin läßt die Therapie auch bei Zuständen mit eingeschränkter Atemfunktion zu

peripher peripher peripher



Tussafug[®]-Saft

gegen Husten

Indikationen: Akuter und chronischer Husten, insbesondere Reizhusten, auch bei Zuständen, die mit eingeschränkter Atemfunktion einhergehen. Hinweis: In Tierversuchen zeigte Tussafug keine teratogene Wirkung, jedoch sollte die Verwendung in den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft — wie bei allen neuen Arzneimitteln üblich — sorgfältig abgewogen werden.

Zusammensetzung: 1 ml Saft enthält 4,88 mg Di-benproperin-embonat, entsprechend 3 mg Benproperin.

Auch für Diabetiker geeignet!

Uneingeschränkt kassenzulässig!

O.P. Flasche mit 150 ml 8,20 DM, A.P. 1500 ml (10 x 150 ml).

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Bi-Vaspl®

Zusammensetzung: 1 g Bi-Vesplit-Creme enthält Fluocortinbutylester 7,5 mg, Isoconazolnitrat 10 mg.

Anwendungsgebiet: Windeldermatitis.

Nebenwirkungen: Gelegentlich lokale Reizerscheinungen.

Wirkung, Gegenanzeigen und besondere Hinweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: 2–3 x täglich – wenn erforderlich bei jedem Windelwechsel –, später 1 x täglich dünn auftragen. Kontakt mit den Augen vermeiden.

Handelsformen und Preise: Tube mit 15 g DM 16,90

Hersteller: Schering AG, 1000 Berlin 65

Tannolact® Substanz

Zusammensetzung: 1 g Tannolact Substanz enthält 0,4 g nicht färbenden Gerbstoff (Harnstoff-Phenol-(Kresol)-Kondensationsgerbstoff mit endständigen neutralen Sulfongruppen), 0,4 g Calciumlactat.

Indikationen: Ekzeme, entzündliche Hauterkrankungen im nässenden Stadium, Haut- und Schleimhautentzündungen im Genitalbereich, übermäßige Schweißabsonderungen, Milchschorf, zur Wundbehandlung.

Kontraindikationen: Bei Anwendung von Tannolact als Vollbad – wie bei allen Vollbädern: Fieberhafte Erkrankungen, Tuberkulose, schwere Herz- und Kreislaufinsuffizienz, Hypertonie.

Anwendungsweise: Tannolact Substanz wird im warmen Wasser gelöst. Nähere Einzelheiten zu Teil-, Voll- sowie Kinderbädern und feuchten Umschlägen siehe Packungsprospekt.

Darreichungsformen und Preise: Tannolact Substanz 5 Btl. à 10 g DM 5,85; Tannolact Substanz 10 Btl. à 10 g DM 11,70; Tannolact Substanz 40 Btl. à 10 g DM 28,25.

Hersteller: Basotherm GmbH, 7950 Bibersheim an der Riss 1

Tricodein Hustensatt

Zusammensetzung: 120 g Sirup enthalten 0,18 g Codeinphosphat, 8,40 g wässrig-äthanol. Fluidextrakt aus Thymiankraut 3 : 1 (Extr. Herb. Thymi aquos.-spir. fluid.), 7,20 g wässrig-äthanol. Fluidextrakt aus Roskottensamen 4 : 1 (Extr. Sem. Hippocastani equos.-spir. fluid.), Zucker und Zuckeraustauschstoffe: 0,642 g/ml.

Indikationen: Reizhusten jeder Art, Husten bei Bronchitis, Rachen- und Kehlkopfentzündungen sowie grippalen Infekten.

Kontraindikationen: Bei Krankheitszuständen, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß; bei chronischer Verstopfung ist eine Langzeitverabreichung zu vermeiden.

Eigenschaften, Wirkung, mögliche Nebenwirkungen und besonderer Hinweis: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Soweit nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene und Kinder über 10 Jahren 2–3 x täglich je 1 Eßlöffel, Kinder von 6–10 Jahren 2–3 x täglich je 1 Teelöffel und Kinder von 3–6 Jahren 2–3 x täglich 1/2 Teelöffel, möglichst vor dem Essen ein.

Handelsform und Preis: Flasche mit 120 g Sirup DM 7,88

Hersteller: Zyma GmbH, 8000 München 70

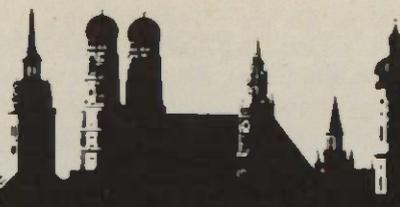
Kongreßkalender

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

Mai 1981

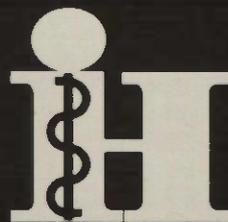
- 1.–3. **Erlangen:** 16. Tagung der deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft. – Auskunft: Privatdozent Dr. H. Hauck, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen.
- 3.–8. **Berlin:** Kongreß der Deutschen und der Österreichischen Gesellschaften für Laboratoriumsmedizin sowie des Schweizer Verbandes der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien. – Auskunft: Dr. H. Gold, Griesinger Straße 27–33, 1000 Berlin 20.
- 4.–8. **Berlin:** Arbeitsmedizinisches Seminar. – Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 6.–9. **Hannover:** 17. Fortbildungsseminar des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. – Auskunft: Dr. H. Walther, Westliche 32, 7530 Pforzheim.
- 7.–8. **München:** 12. Kurs für Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae. – Auskunft: Professor Dr. O.-E. Lund, Mathildenstraße 8, 8000 München 2.
- 8.–9. **Obereudorf:** Klinisch-onkologisches Wochenende. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Freu Wanger, Mühlbaaurstraße 16, 8000 München 80.
- 8.–9. **Hamburg:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin in Verbindung mit der Deutschen Verkehrswacht. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin, Seewartenstraße 9 a, 2000 Hamburg 11.
- 8.–9. **Würzburg:** Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte. – Auskunft: Dr. P. Steck, Fuchseleinstraße 15, 8700 Würzburg.
- 8.–10. **München:** Fortbildungsseminar I in Praktischer Elektrokardiographie. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Freu Wanger, Mühlbaaurstraße 16, 8000 München 80.
- 8.–10. **Rinteln:** 29. Ärzteseminar „Autogenes Training“. – Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jeudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.
9. **Bischofsmals:** 10. Sportärztliches Seminar. – Auskunft: Dr. K. Kohler, Krankenhausstraße 4, 8360 Deggendorf.

9. **Traunstein:** Fortbildungsveranstaltung „Psychotherapie in der Allgemeinpraxis“. – Auskunft: Sekretariat der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns, Ludmillestraße 13/III, 8000 München 90.
9. **Würzburg:** 5. Kardiologisches Seminar. – Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg.
- 11.–16. **Bernried:** Seminar über praxisnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation. – Auskunft: Sekretariat Chefarzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8131 Bernried.
- 11.–22. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs (Grundkurs A 2). – Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terrassenstraße 2–4, 6350 Bad Nauheim.
13. **Erlangen:** Augenärztlicher Fortbildungskurs. – Auskunft: Universitäts-Augenklinik mit Poliklinik, Schwebachenanlage 6, 8520 Erlangen.
- 13.–16. **Berlin:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V., Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 14.–16. **Florenz:** 6. Konferenz der European Association of International Medicine. – Auskunft: Professor U. Teodori, Clinica Medica Generale e terapia Medica, Viale Morgagni, I-50134 Firenze.
- 14.–16. **Graz:** 7. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und der Bayerischen Urologen-Vereinigung. – Auskunft: Professor Dr. G. Hubmer, Auenbruggerplatz, A-8036 Graz.
- 15.–16. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Freu Wanger, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 15.–16. **München:** Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V. – Auskunft: Dr. Gisele Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen 1.
- 15.–17. **Bregenz:** Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. – Auskunft: Prim. Dr. W. Oser, Röntgenebeilung des Krankenhauses der Landeshauptstadt, A-6900 Bregenz.
16. **München:** Leborkurs „Hämatologie, Thrombozyten“. – Auskunft: Sekretariat der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns, Ludmillestraße 13/III, 8000 München 90.
- 16.–17. **Germisch-Pertenkirchen:** 30. Tagung der Süddeutschen Kinderärzte. – Auskunft: Professor Dr. H. Truckenbrodt, Gehfeldstraße 24, 8100 Germisch-Pertenkirchen.
- 16.–17. **Hennef:** Sportärztlicher Fortbildungslehrgang. – Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Wiliach-Straße 2, 5207 Ruppichterath.



München lädt ein Größte Krankenhausfachmesse der Welt

Interhospital '81



München, 19.-22. Mai 1981

Humane Technik sichert den Fortschritt

Das leistungsorientierte Krankenhaus darf im Interesse der Sicherheit des Patienten auch in Zukunft nicht an der neuesten Technik vorbeigehen. Patientenorientiertes ärztliches Handeln wird unterstützt durch sichere Geräte, Systeme und Einrichtungen, die den Arzt im Krankenhaus von arztfremden Verrichtungen entlasten. Die führenden internationalen Hersteller präsentieren ihre Leistungsschau auf der Interhospital '81 in den Bereichen:

Medizintechnik, Techn. Versorgungsbedarf, Einrichtungen und Einrichtungsgegenstände, Textilreinigungstechnik, Großkochanlagen, Wirtschaftsbedarf, Nahrungsmittel, Krankenhaustextilien, Dienstleistungsbereich.

11. Deutscher Krankenhaustag „Das Krankenhaus der 80er Jahre“

Dieses Generalthema des 11. Deutschen Krankenhaustages stellt die aktuelle Frage nach der Entwicklung des Krankenhauses in den nächsten Jahren. In mehrtägigen Vortragsveranstaltungen wird darauf Antwort gegeben aus medizinischer, gesellschaftlicher, pflegerischer und politischer Sicht.

Interhospital '81 und 11. Deutscher Krankenhaustag

das internationale Forum in München für alle Medizin- und Krankenhausexperten.

..... ✂

Interhospital '81 - Informationen erbeten:

Name:
Anschrift:

Münchener Messe- und Ausstellungsgesellschaft mbH,
Postfach 12 10 09, D-8000 München 12

17. **Augsburg:** Ärztelauf im Rahmen des 5. Internationalen Via-Claudia-Augusta-Laufes. — Auskunft: Deutscher Verband langlaufender Ärzte e.V., Dr. H.-H. Borchers, Prinzregentenstraße 1, 8900 Augsburg.
- 17.–22. **Jerusalem:** Internationales Symposium für Radiologie. — Auskunft: KENES, P. O. Box 16271, Tel Aviv/Israel.
- 18.–23. **Trier:** 84. Deutscher Ärztetag. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 19.–22. **München:** 11. Deutscher Krankenhaustag verbunden mit Interhospital 81. — Auskunft: Münchener Messe- und Ausstellungs GmbH, Postfach 12 10 09, 8000 München 12.
20. **Fürth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth. — Auskunft: Dr. J. Mertens, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth.
20. **München:** Fortbildungsseminar Katastrophenmedizin „Der Polytraumatisierte (Teil II)“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Urban, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 21.–23. **Baden bei Wien:** 2. Internationale Tagung über Radio-Onkologie. — Auskunft: Dozent Dr. H. D. Kogelnik, Alserstraße 4, A-1090 Wien.
- 21.–23. **München:** Gemeinsame Tagung Irisch und Beyerischer Augenärzte. — Auskunft: Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, 8000 München 2.
- 22.–24. **München:** Fortbildungsseminar II für Praktische Elektrokardiographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 22.–27. **Varna:** 76. Versammlung der Anatomischen Gesellschaft. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Abteilung Kongresse, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
23. **Augsburg:** Fortbildungsveranstaltung „Orthopädische Möglichkeiten in der Allgemeinpraxis“. — Auskunft: Sekretariat der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
23. **Coburg:** Fortbildungsveranstaltung „Infarkt-EKG“. — Auskunft: Sekretariat der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
- 23.–24. **Höhenried:** Ergometrie-wochenende. — Auskunft: Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8131 Bernried.
- 25.–26. **München:** Tagung „Der pränatale und perinatale Virusinfekt“. — Auskunft: Dr. med. K. Krejci, Pettenkoferstraße 8a, 8000 München 2.

27. **Velden:** 16. Veldener Symposion. — Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 27.–31. **Freudenstadt:** 12. Diagnostisch-therapeutische Gespräche der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“. — Auskunft: Hippokrates Verlag, Postfach 593, 7000 Stuttgart 1.
- 28.–30. **Bremen:** 16. Tagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. — Auskunft: Dr. L. Niklas, Hammersbeker Straße 228, 2820 Bremen 70.
- 28.–30. **München:** Jahreshauptversammlung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte. — Auskunft: ABR, Frau Hack, Im Hauptbahnhof, Postfach 20 01 25, 8000 München 2.
- 28.–30. **Velden:** 33. Kärntner Ärztetreffen. — Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 29.–30. **Bamberg:** Symposion „Anwendung von Spasmolytika in der Urologie und Praxis“. — Auskunft: Professor Dr. May, Untere Sendstraße 32, 8600 Bamberg.
31. 5.–13. 6. **Grado: XXIX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer.** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

Ballagenhinweis

Dieser Ausgabe beigelegt sind Prospekte des Verlages **Enzyklopädische Literatur**, Dr. phil. Egon Müller, Hans-Pinsel-Straße 7, 8013 Haar.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenzärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Eren, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 18, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47 - 1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“. Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

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

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

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zauner Jr., Augsburgener Straße 9, 8060 Dechau.

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

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

ISSN 0005-7126

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Bestellungen von Broschüren können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 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 – Stoffwechselerkrankungen: 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.



An der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Kösching ist ab sofort oder später die Stelle des

Oberarztes (Ärztin)

zu besetzen. Von den Bewerbern werden fundierte Kenntnisse auf dem Gebiet der Inneren Krankheiten, Beherrschung der Internen Röntgendiagnostik sowie der endoskopischen Untersuchungsmethoden und ein selbständiges Arbeiten erwartet. Da in vier Jahren ein Cheferztwechsel ansteht, besteht bei entsprechender Bewährung Aussicht auf die Chefertznachfolge.

Das Kreis Krankenhaus Kösching wurde 1969 und 1975 erbaut und verfügt über 240 Betten, davon 100 Betten mit kleiner Intensivpflegeeinheit für die Innere Medizin. Daneben besteht eine selbständige Chirurgische Abteilung und die Gynäkologie als Belegabteilung.

Die innere Abteilung, deren Leiter zur Weiterbildung voll ermächtigt ist, verfügt über eine moderne Röntgeneinrichtung, ein leistungsfähiges Labor, eine Endoskopie mit Laperoskopie, Gestroskopie, Coloskopie und Sonographiergerät. Die Abteilung ist ständig mit sechs Assistenten besetzt, die teilweise schon mehrere Jahre im Hause tätig sind. Die Vergütung erfolgt nach BAT. Rufbereitschaftsdienst wird pauschal entschädigt. Weitere Nebeneinkünfte durch Cheferztzulage, Vertretung des Cheferztes im Urlaub und Beteiligung am Arztee pool.

Kösching (6000 Einwohner, neues Heilenbad, Tennisplätze) liegt 10 km von Ingolstadt (Theater, viele weiterbildenden Schulen, gute Sportmöglichkeiten) und 80 km von München, das in 45 Minuten per Bahn und Auto (Autobahnanschluß 3 km) bequem zu erreichen ist, entfernt.

Bewerbungen oder Anrufe erbeten

Cheferzt Dr. med. W. Broemet, Kreis Krankenhaus, 8073 Kösching,
Telefon (0 84 56) 7 11.

Verlag für Medizin

sucht

Arzt/Ärztin

mit mehrjähriger Berufserfahrung als

wissenschaftlichen Redakteur

für seine Lexikon-Abteilung in Dauerstellung.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Angabe eventueller eigener Publikationen und Gehaltswünschen an

Urban & Schwarzenberg

Pettenkofferstraße 18, 8000 München 2
Telefon (0 89) 53 01 81

LAND-
KREIS



Freyung-Grafenau

Das
KREISKRANKENHAUS, 8393 FREYUNG
im südlichen Bayerischen Wald

sucht zum nächstmöglichen Termin für die
Anästhesieabteilung

Oberärzte/-ärztinnen
Assistenzärzte/-ärztinnen

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

Betreut werden Chirurgie mit Unfallchirurgie, große Bauchchirurgie, Schrittmacherimplantationen, Gynäkologie/Geburtshilfe, HNO-, Augen- und Intensivpflege.

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

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

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

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die

Krankenhausverwaltung Freyung
8393 Freyung, Telefon (0 85 51) 50 11

LANDKREIS  ALTÖTTING

Auf der Urologischen Abteilung (65 Betten) des
Kreiskrankenhauses Nauötting/Obb.

Ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach den Bestimmungen des Bundes-Angestelltentarifvertrages. Umzugskostenvergütung und alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes werden gewährt.

Bewerbungen erbeten an die

Verwaltung des Kreiskrankenhauses
Altöttinger Straße 16, 8262 Nauötting

Die **Heinz Kalk-Klinik** für Innere Medizin - Gastroenterologie in Bad Kissinger (88 Betten) sucht zum 1. April 1981 oder später

1 jungen deutschen
Assistenzarzt/-ärztin

Bezahlung und Nebenleistungen in Angleichung an BAT. Nebeneinnahmen durch Bereitschaftsdienst, guterärztliche Tätigkeit und Ambulenz. Zwei Jahre können alternativ für innere Medizin oder Gastroenterologie angerechnet werden. Für Unverheiratete Wohnmöglichkeit in der Klinik.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte mit den üblichen Unterlagen und Lichtbild an:

Prof. Dr. D. Mütting, Heinz Kalk-Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie, Postfach 2180, 8730 Bad Kissinger-Hausen, Telefon (09 71) 40 41.

Der Landkreis Dingolfing-Landau a. d. Isar
sucht ab sofort eine(n) deutsche(n)

Arzt (Ärztin) für Chirurgie

Der (die) Bewerber(in) soll eis

Oberarzt in der Chirurgischen Abteilung
des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar

tätig und in der Lage sein, den Chefarzt zu vertreten.

Das Kreiskrankenhaus Landau a. d. Isar wurde am 10.2.1979 in Betrieb genommen und ist zum BG-Hellverfahren zugelassen (Voraussetzung Arztanerkennung für Unfallchirurgie).

Das nach modernsten Gesichtspunkten erbaute Kreiskrankenhaus Landau a. d. Isar umfaßt folgende operative Abteilungen: Chirurgie, Geburtshilfe-Gynäkologie, HNO und Augen, sowie eine Interdisziplinäre Intensivstation.

Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht nach Tarif • RBD-Vergütung • Ce-Nebeneinnahmen • sowie den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen •

Die Stadt Landau a. d. Isar ist ein aufstrebendes Mittelzentrum und liegt verkehrsgünstig an der B 20, bzw. nahe der B 11 Lendshut-Deggendorf in Niederbayern, verfügt über weiterführende Schulen und allen Einrichtungen für Freizeit- und Daseinsvorsorge.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend erbeten an die Verwaltung des

Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar
Bayarwaldring 17, 8380 Landau a. d. Isar

Das Kreiskrankenhaus Rain (Landkreis Donau-Ries)
sucht zum 1. Mai 1981 für die Chirurgische Abteilung

einen Assistenzarzt

Bezahlung nach BAT II, Bereitschaftsdienstvergütung, geregelte Arbeitszeit, gutes Betriebsklima, Wohnung und Verpflegung im Hause möglich.

Vielseitiges Krankengut, D-Arzt- und Verletzungs-ertenverfahren, Weiterbildungermächtigung in Chirurgie für zwei Jahre. Die Stelle ist jedoch besonders auch für Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. für Anfänger geeignet.

Günstige Verkehrsverbindungen nach Augsburg und München.

Bewerbungen erbeten an **Chefarzt Dr. Müsigg, Kreiskrankenhaus Rain am Lech, Vinzenz-Lachner-Straße 28, Telefon (0 90 02) 20 76.**

MYKOSEX

DAS HERVORRAGEND BEWAHRTE ANTIMYCOTICUM

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

SALBE
PUDER
FLÜSSIG

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

MYKOSEX-FUSS-SPRAY

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

Bitte beachten Sie unser

DERMAREX WAS

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

DÄV-Treff am 3.6. München

Praxisfinanzierung – aus wirtschaftlicher Sicht.

Diskutieren Sie mit
Kollegen und den Experten
3.6.
Dr. G. Braun und
D. Thomas über
alle wirtschaftlichen Aspekte
bei der Praxisgründung. Die
Deutsche Ärzteversicherung
lädt Sie ein.

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

Rechtzeitig vor der Niederlassung sollten Sie alle
Aspekte der Finanzierung und Vertragsgestaltung
sowie alle betriebswirtschaftlich relevanten Daten
kennen. Kommen Sie deshalb zum DÄV-Treff der
Deutschen Ärzteversicherung am 3.6.
Treffpunkt ist München, Penta-Hotel
im Motorama, Hochstraße, 18.30 Uhr.

Für diesen Abend haben wir zwei Experten
gewonnen: Dr. Guido Braun –
Geschäftsführer des Marburger Bundes-
Landesverband Bayern und Dieter Thomas –
Filialleiter der Dresdner Bank in Starnberg.
Zur Beantwortung Ihrer steuerrelevanten
Fragen wird außerdem ein namhafter
Steuerberater anwesend sein. Auf
diesem DÄV-Treff möchten wir Ihnen
Gelegenheit geben, das Thema Praxis-
finanzierung mit Ihren Kollegen und
den Experten ausgiebig zu
diskutieren.

Der beste Weg, recht schnell einen
aktuellen, objektiven Überblick zu
bekommen und weitreichende
Entscheidungen zu treffen.
Darum werden wir diesen
neuartigen Informations-Service
fortführen. Mit anderen
DÄV-Treffs. Um Ihnen so die
Möglichkeit zu geben, sich
umfassend und neutral über
alle Bereiche im privaten
Vorsorgeplan zu informieren.
Wir werden Sie weiter
unterrichten.

Anmelde-Coupon

Coupon bitte schnell einsenden (begrenzte Teilnehmerzahl, Bestätigung
nach Eingang). Ausschneiden und senden an:
Deutsche Ärzteversicherung, Filialdirektion München, Schwanthaler Str. 69,
8000 München 2.

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

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

Name: _____

Anschrift: _____



Deutsche Ärzteversicherung
Zweigniederlassung der Colonia Lebensversicherung AG

Ihr kompetenter Partner. In allen Fragen finanzieller Sicherheit.

Orudis®

Das Programm



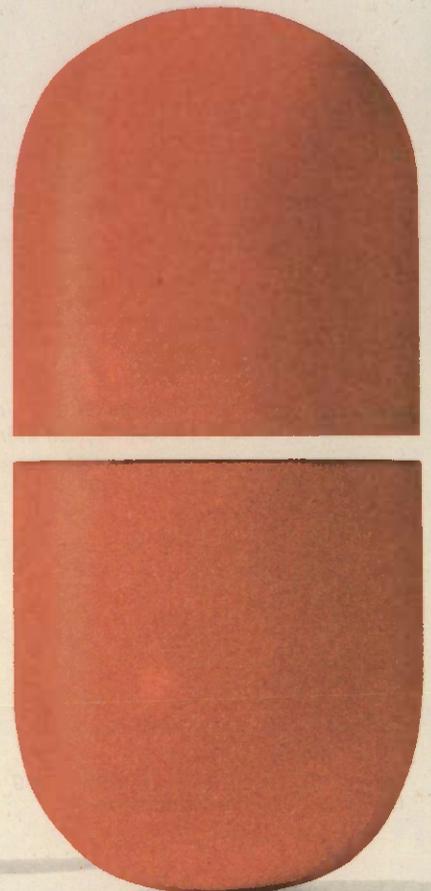
**Orudis®
inject.**

100 mg Ketoprofen-Injektion.
Schnelle Wirkung bei akuten
Zuständen
(z. B. Lumbago, Ischialgie).



**Orudis®
Suppositorien**

100 mg-Zäpfchen.
Für die rektale Anwendung
bei Problempatienten.



**Orudis®
Kapseln**

50 mg Ketoprofen. Die orale
Form gegen den chronischen
Entzündungsschmerz.

Schmerzfremie Mobilität für Ihren Rheumatiker

Zusammensetzung: (2-[3-Benzoyl-phenyl]-propionsäure). Kapsel zu 50 mg, Zäpfchen zu 100 mg, Injektionstlasche zu 100 mg Ketoprofen. **Indikationen:** Arthritiden und Arthralgien: chronische Polyarthritis, Morbus Bechterew, Arthrosen (insbesondere Coxarthrose), Verlebralsyndrom (z. B. Lumbago, Ischias), Tendovaginitis, Bursitis, Arthritis urica, nicht-rheumatische entzündliche Schmerzzustände. **Kontraindikationen:** Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre. Obwohl unter Orudis® keinerlei teratogene bzw. embryotoxische Schädigungen beobachtet wurden, soll das Präparat vorläufig nicht während der Schwangerschaft verordnet werden. Kreuzallergie mit salicylsäurehaltigen Präparaten kann in Ausnahmefällen auftreten. **Nebenwirkungen:** Orudis® kann bei prädisponierten Patienten Störungen von seiten des Magen-Darm-Kanals hervorrufen (Magen-schmerzen, Übelkeit, Diarrhoe, seltener Obstipationen). Diese meistens geringfügigen und vorübergehenden Erscheinungen erfordern nur in seltenen Fällen die Unterbrechung der Behandlung. Evtl. auftretende lokale Hauterscheinungen sind meist flüchtig und klingen nach Absetzen des Medikaments ab.

Eigenchaften: Orudis® verfügt über ausgeprägte antiphlogistische, analgetische und antipyretische Eigenschaften. Es hemmt den Angriff von peripheren Entzündungs- und Schmerzmediatoren (inkl. Hemmung der Prostaglandinsynthese). Orudis® greift zum Teil kausal in den Entzündungsprozess ein und verfügt über einen kortikoideinsparenden Effekt. Vor allem Nebenwirkungen zentralnervöser Art wie Kopfschmerzen, Schwindel und Müdigkeit sind sehr selten.

Richtdosis: **Kombinierte Anwendung:** 1 Zäpfchen für die Nacht, 2 (-3) Kapseln am Tag. **Zäpfchen:** 2-3 Zäpfchen über den Tag verteilt. **Kapseln:** je 2 Kapseln morgens und abends. **Empfohlene Höchstdosis:** 300 mg/die. **Injektion:** 1 Injektion pro Tag (tief intragluteal), in schweren Fällen können zu Beginn der Behandlung auch 2 Injektionen pro Tag verabreicht werden. (Dabei Injektionsseite wechseln.) (Empfohlene maximale Behandlungsdauer: 12 Tage.) **Handelsformen und Preise:** OP mit 30 Kapseln DM 19,70; OP mit 100 Kapseln DM 52,15; OP mit 10 Zäpfchen DM 14,05; OP mit 50 Zäpfchen DM 58,70; Orudis inject. (3 Ampullen mit Lösungsmittel) DM 15,75.

Stand 1. 4. 1981



RHÔNE-POULENC

RHÔNE-POULENC PHARMA GMBH
MÜHLENWEG 131-139
2000 NORDERSTEDT



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Atemnot – Akuter inspiratorischer Stridor

Der Notfall: Das Krupp-Syndrom

bearbeitet von Professor Dr. med. Werner Kirsch, Saarbrücken

Symptomatik:

Schwere Atemnot mit ausgeprägtem inspiratorischen Stridor und meist erschwertem Expirium, sich innerhalb von Stunden entwickelnd. Bei akuter stenosierender Laryngotracheitis kommt es zu kruppösem, bellendem Husten mit Heiserkeit bis Aphonie. Bei der Epiglottitis gehen meist Schluckstörungen und klosige Sprache voraus. Meist hohes Begleitfieber bei den eben genannten Erkrankungen, dagegen in der Regel afebriler Verlauf bei Fremdkörperaspiration, toxisch-allergischem Ödem und Spätstenosen nach früherer Intubation oder Tracheotomie. Bei Aspiration von Fremdkörpern im Kehlkopfbereich kommt es zu Stimmstörungen mit Heiserkeit und Aphonie und in der Regel starkem, quälendem Hustenreiz.

Im Verlauf der nachfolgenden Stunden rasche Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit zunehmender Dyspnoe, Zyanose, Unruhe und Angstgefühl der Kinder, Bewußtseinstörung, Kreislaufdepression mit Schocksymptomatik

Anamnese:

Der Altersgipfel des Krupp-Syndroms im Kindesalter liegt zwischen zwei und vier Jahren mit stärkerer Knabenwendigkeit.

Bei der stenosierenden Laryngotracheitis ist der Beginn in der Regel etwas protrehiert über mehrere Stunden bis wenige Tage, mit allgemeinen Infektzeichen und typischem, bellendem Husten mit Heiserkeit oder Aphonie.

Die Epiglottitis zeigt einen hoch akuten, stürmischen Verlauf mit septischem Fieber und klosiger Sprache, Dysphagie und rasch sich verstärkendem inspiratorischen Stridor. Die Fremdkörperaspiration zeigt sich ohne Prodromi und ohne begleitendes Fieber.

Das toxisch-allergische Ödem zeigt einen oft in Minuten zu messenden Beginn ohne Fieber, doch meist begleitenden allgemeinen allergischen Symptomen, wie Rötung und Schwellung des Gesichts, Quaddelbildung, eventuell einseitigem Quincke-Ödem. Bei Wespen- oder Bienenstich entsprechende Anamnese

Die Ursachen des Krupp-Syndroms bei den Spätstenosen ergeben sich aus der Anamnese nach vorhergegangener Intubation oder Tracheotomie. Hier entwickeln sich die entsprechenden Symptome der Dyspnoe und des inspiratorischen Stridors langsam über Tage oder Wochen.

Sofortdiagnostik:

Bei schwerkranken Kindern mit Blässe, Zyanose, schwerer Dyspnoe und ausgeprägtem Stridor sowie Tachykardien über 160/min sind diagnostische Maßnahmen, insbesondere Inspektion des Mund-Rachen-Raumes kontraindiziert, da hier jederzeit mit einem reflektorischen Herz-Atem-Stillstand gerechnet werden muß. Sofortige Einweisung in eine Kinderklinik sollte ohne diagnostische Maßnahmen erfolgen.

Ist eine Inspektion des Mund-Rachen-Raumes nicht zu umgehen, so sollte dies sehr vorsichtig mit Hilfe eines Spatels oder eventuell auch durch ein Kinderlaryngoskop vorgenommen werden, wobei Intubations- bzw. Reanimationsbereitschaft zu bestehen hat. Bei der akuten stenosierenden Tracheolaryngitis zeigt sich eine starke Entzündung mit Rötung der Schleimhäute des gesamten Rachens einschließlich des Kehlkopfbereiches. In der Regel sind keine eitrigen Beläge nachweisbar.

Bei der akuten Epiglottitis ist der Kehlkopfdeckel maximal geschwollen und zeigt zum Teil ulzerierende und eitrige Schleimhautdefekte. Auch die Umgebung des Kehlkopfeingangs ist meist stark geschwollen.

Bei der Aspiration ist ein Fremdkörper mit Hilfe des Laryngoskopes oder des Bronchoskopes eventuell auszumachen.

Eine Röntgendiagnostik gehört beim Krupp-Syndrom nicht in den Bereich der Sofortdiagnostik und ist allenteils als flankierende diagnostische Maßnahme anzusehen, mit Ausnahme bei Verdacht auf Aspiration.

Ursachen:

Bei der akuten stenosierenden Laryngotracheitis meist Virusinfektionen, bei der akuten Epiglottitis in der Regel bakterielle Infektionen mit *Haemophilus influenzae*, Streptokokken, Pneumokokken

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Das ausgeprägte Krupp-Syndrom im Kindesalter bedarf der sofortigen Klinikeinweisung, wobei der einweisende Arzt das Kind auf dem Krankentransport begleiten sollte. Akuter Kehlkopfverschluss oder Herz-Atem-Stillstände können während des Transports eintreten. Bei leichteren Fällen können konservative Maßnahmen bei häuslicher Beobachtung versucht werden.

Konservative Sofortmaßnahmen:

1. Ausreichende Sedierung z. B. mit *Chloralhydrat* (ein bis drei Rektien Chloralhydrat, je nach Alter und Erfolg) oder *Valium* 2 bis 5 bis 10 mg langsam i. v. bis Eintritt der Sedierung (cave: Kreislaufdepression oder Atemdepression bei zu rascher Injektion), *Atosiltropfen*, 1 bis 2 mg/kg KG oder auch *Phenobarbital* 5 bis 10 mg/kg KG p. o. oder i. m.
2. Anfeuchten und Kühlen der Atemluft (z. B. Freilufttherapie bei geöffnetem Fenster)
3. Corticoide, z. B. *Prednison*, 2 mg/kg KG initial intravenös, besonders vor dem Transport, eventuell kombiniert mit *Calcium* i. v. (5 bis 10 ml 10% Ca.-Lösung)
4. Gabe von Hustenblockern, Sekretolytika und in schweren Fällen Digitalis
5. Unspezifisch Antiphlogistika und medikamentöse Fiebersenkung, z. B. mit Paracetamol.
6. Bei vorliegendem bakteriellen Befund Anwendung eines Breitbandantibiotikums, zwingend notwendig bei der Epiglottitis

Notfallmaßnahmen:

In schweren Fällen akuter Atemnot mit starkem Stridor, jugularen und thorakalen Einziehungen, Blässe oder Zyanose, Tachykardie sowie Angst, Unruhe und eventuell Bewußtseinsstrübung der Kinder ist die Zufuhr von Sauerstoff sowie die künstliche Freihaltung der Luftwege vorrangig.

1. Vor der Intubation kann ein Versuch mit Verneblung von Micronefrin über eine Maskenüberdruckbeatmung gemacht werden. Dazu wird 1 ml *Micronefrin* (2,2%iges Adrenalin-Razemat) mit 7 ml *Aquadest* versetzt und mit diesem Gemisch bei einem Beatmungsdruck von 30 cm Wassersäule mit reinem Sauerstoff über einen Medikamentenvernebler in einem Respirator beatmet. Nach wenigen Atemzügen deutliche Besserung des Zustandes bei akuter stenosierender Laryngotracheitis, möglicher Erfolg beim toxisch-allergischen Ödem des Kehlkopfes, jedoch Versagen der Behandlung bei akuter Epiglottitis und Fremdkörperaspiration.
2. Bei Versagen dieser Therapie, oder wenn sie nicht zur Verfügung steht, sofortige naso- bzw. orotracheale Intubation mit einem weichen Kunststoff-Einmal-Katheter zur Offenhaltung der Luftwege.

Bei akuter stenosierender Laryngotracheitis und Epiglottitis kann diese Intubation durch die Verquellung des Kehlkopfeingangs schwierig sein, und es muß deshalb eine etwas kleinere Tubusgröße als normal gewählt werden. Eine Nottracheotomie darf heute nur mehr in verzweifelten Fällen vorgenommen werden, wenn sonstige Möglichkeiten erschöpft sind.

Außerhalb einer Klinik ist, bei fehlender Intubationsmöglichkeit oder Erfahrung, die Spikung der Trachea mit Hilfe dicker Kanülen ein eventuell lebensrettender Ausweg.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Die Abgrenzung der akuten Tracheolaryngitis, Epiglottitis, Fremdkörperaspiration und der toxisch-allergischen Ödeme bereiten in der Regel keine Schwierigkeiten. Mißbildungen im Kehlkopfbereich mit starkem Stridor finden sich altersgemäß bei jungen Säuglingen und sind anamnestisch gut zu erfassen. Seltene Ursachen eines angeborenen Stridors können Kompression der Trachea durch fehlverlaufende Gefäße sein. Krupp-Syndrome durch Traumen im Kehlkopfbereich mit Schwellungen und Verletzungen des Kehlkopfes oder auch Verbrühungen und Verätzungen, wie sie bei Kindern relativ häufig zu finden sind, bereiten anamnestisch wie klinisch in ihrer Abgrenzung keine Probleme.

Der früher oft beobachtete Laryngospasmus bei Vitamin D-Mangel wird heute nur noch selten beobachtet. Gelegentlich kann er eintreten nach Erbrechen mit Aspiration geringer Mengen Magensaft.

Subglottische Stenosen nach vorangegangener Intubation oder Tracheotomie, Krupp-Syndrome als Folge einer Einengung des subglottischen Raumes oder der Trachea durch einen Ösophagus-Fremdkörper sind seltenere Ereignisse, können aber erkannt werden. Der diphtherische Krupp oder auch echte Krupp wird heute kaum noch beobachtet, außer sehr selten bei Ausländerkindern aus den Balkanländern.