Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Mai 1981

Zur Kenntnis genommen:

Im Monat Mërz gab es schon immer ein bedeutsames Datum – den Frühlingsentang. Seit einigen Jehren kam ein weiteres beachtenswertes Ereignis hinzu, die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ihre Geburt im Kostendämpfungsgesetz verdankt sie einem politischen Fehltritt der Dpposition, wobei nicht ganz genau feststellbar ist, wieweit ërztliche Kreise dabei els Verführer gewirkt heben. Die Tatsache, deß die Bundestagsmehrheit des Produkt dieses Fehltrittes in das bewußte Gesetz eufnehm, spricht keineswegs für seine Qualitët. Aber wer könnte es der Koelition schon verübeln, wenn sie die Dpposition mit den Früchten solcher sozielpolitischer Fehltritte kontrontiert?

Im teuersten Sektor der gesundheitlichen Versorgung, dem Krankenheus, war von vorneherein klar, daß eußer „ihr solltet schön brav sein" nichts bewirkt werden kann. Detür sorgen die Länder, verbunden mit sonstigen Krankenhausträgern bis hin zur krankenhausverbundenen Gewerkschatt. Sie können gute Gründe ins Feld führen, beispielsweise den hohen Anteil der Personelkosten, deren Anstieg aut dem Felde der Teritverhandlungen entschieden wird.

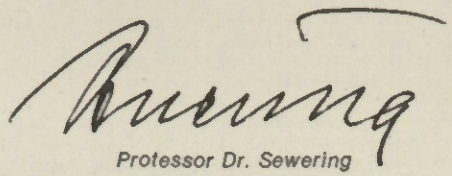
Die Entwicklung der Arzneikosten sollte mit harten Grenzwerten markiert werden. Dabei hat man „übersehen", daß diese nicht nur von der Verordnungsfreude der Kessenërzte ebhängen, sondern sehr wesentlich von der Preisentwicklung. Diese eber orientiert sich en Faktoren der Marktwirtschaft. Hier ergeb sich eber schon der erste Authënger für Forderungen nech staatlicher Preisregulierung bis hin zur staatlichen Lenkung der Pharmeindustrie.

Das eigentliche – und für Ehrenberg und Genossen willkommene – Aktionsteld fend sich aber in der kessenärztlichen Tëtigkeit. Die Kessenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbënde der Krenkenkessen versuchten, dem Dirigismus durch Abschluß von „Emptehlungsvereinbarungen" entgegenzuwirken, die das Wachstum der kassenärztlichen Vergütungen so deutlich begrenzten, daß die Konzertierte Aktion nur noch selbstzufrieden Ja und Amen zu sagen brauchte. Dennoch erklärte Ehrenberg, daß es ihm nicht genüge, nur als Noter für bereits vorher getätigte Abschlüsse zu fungieren. Er wolle selbst Maßstäbe setzen.

Das Ergebnis des letzten „Gesundheits-Konzerts" ist bekannt. Es wird festgestellt, daß im Jahre 1981 nur noch mit einem Zuwechs der Löhne und Gehälter von vier vom Hundert zu rechnen sei. Bei der Entwicklung der Prexiskosten gëbe es kein Anzeichen, daß sie mehr ansteigen würden als die Grundlohnsumme, und eine Steigerung der ërztlichen Arbeitszeit sei nicht enzunehmen. Also: Limit für den Anstieg der Gesamtvergütung vier Prozent. Für Arzneimittel wird die Grenze des Kostenenstieges euf 4,5 Prozent festgelegt. Die Krenkenhëuser werden „ermehnt" und vor allem zur Reduzierung des Bettenangebotes eutgefordert. Dabei sei eber darauf zu achten, „daß ein bedarfsgerechtes, leistungsfëhiges, wirtscheftliches und patientennahes Leistungsangebot in Krankenhëusern unterschiedlicher Größe und Autgabenstellung sowie die Beteiligung der unterschiedlichen Trëgergruppen en der Krenkenheusversorgung erhalten bleibt".

In den Erklërungen der Konzertierten Aktion tindet sich keine Silbe dezu, daß der kostenträchtige Bereich „Krankenhaus" durch Ausschöpfung der in der kassenärztlichen Prexis vorhandenen diegnostischen und therepeutischen Möglichkeiten entlastet werden soll. Demit müßte ja die Versicherung verbunden sein, daß mehr Leistungen im ambulenten Bereich auch honoriert werden, wenn die Leistungsantorderungen über vier Prozent steigen, sotern entsprechende Einsperungen im teueren Sektor Krankenhaus erzielt werden. Eine solche Entwicklung liegt allerdings auch nicht im Sinne von Ehrenberg und Genossen. Schließlich ist je die ganze Spitzengarnitur des Bundesarbeitsministeriums aus dem DGB, vor ellem der IG-Metall, hervorgegangen und dem heimatlichen Stall nach wie vor engstens verbunden. Damit gilt für sie euch des gerade erneuerte Grundsatzprogramm des DGB mit seiner Forderung nach Öftnung der Krenkenhäuser für die embulante Behandlung. Des war in diesen Wochen wieder eindrucksvoll zu beobachten. Des Heus Ehrenberg präsentierte seinen neuen Relerentenentwurf zur Änderung des Krankenhaustinanzierungsgesetzes (Krankenheus-Kostendämptungsgesetz). Derin war durch Änderung des Paregrephen 372 RVD vorgesehen, daß die Krenkenkassen verptlichtet sein sollten, mit den Krankenhëusern Verträge über zeitlich begrenzte vorstationëre Diagnostik und nachstationäre Behandlung abzuschließen, also das Krankenhausambulatorium zu ermöglichen und zu finanzieren. Nach bisherigem Recht k ö n n e n die Kassen solche Verträge ebschließen, sie haben es eber – jedentalls in Bayern – klugerweise nicht getan. Mit dem Änderungsgesetz sollte also ganz ottenbar der Versuch gemecht werden, dem DGB-Ziel „Öffnung der Krenkenhäuser" ein Stück näherzukommen. Der Gesetzentwurf, welcher jetzt vom Bundeskebinett verabschiedet wurde, kehrt wieder zur elten Regelung „können" zurück. Dlfenbar weren die Wetterbedingungen für diesen Versuchsballon doch noch nicht günstig genug.

In Bayern gehen wir seit Mitte 1979 unseren eigenen Weg. Wir bauen aut die Aktivität, das Gespür und Verantwortungsbewußtsein der Kessenärzte. Die bisherigen Ergebnisse ermutigen uns, den bayerischen Weg fortzusetzen. Er führt bergauf eus der Talsohle. Das ist mühsam und braucht Zeit. Unser Ziel ist klar erkennbar: Erhaltung eines treiheitlichen Systems der gesundheitlichen Betreuung, mit einer guten ambulanten ërztlichen Versorgung durch freipraktizierende Kassenärzte. Gelingen wird dieses Vorhaben, wenn letztlich jeder Kessenerzt begriffen het, daß es dabei euch um sein persönliches Schicksal geht.



Protessor Dr. Sewering

Terminalstadium der chronischen Pyelonephritis *

von U. Geßler

Bei einem Teil der Patienten führt die interstitielle oder Pyelonephritis zur terminalen Niereninsuffizienz. Über die Bedeutung der konditionierenden Faktoren für diese Entwicklung hat Kollege Sieberth bereits gesprochen. Meine Aufgabe ist es, das Terminalstadium der Pyelonephritis und die jetzt noch mögliche Therapie darzustellen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die intermittierende Hämodialysebehandlung in den letzten Jahren eine völlig neue Situation geschaffen hat. Betrachten wir daher zunächst die Ergebnisse älterer Untersuchungen von Berning, bei welchen die Todesfälle an Pyelonephritis nach dem Alter und Geschlecht aufgeschlüsselt wurden. Bei männlichen Patienten finden wir die Mehrzahl der Todesfälle im siebten und achten Lebensjahrzehnt (Abb. 1).

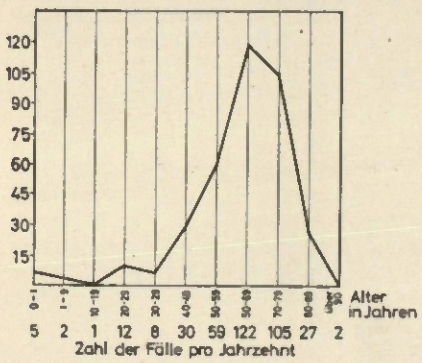


Abbildung 1
Altersfrequenz von 374 Todesfällen infolge einer Pyelonephritis beim männlichen Geschlecht
(nach Berning und Ruge)

Bei der Pyelonephritis der Frau treten die Todesfälle in der Mehrzahl vom sechsten bis achten Jahrzehnt auf (Abb. 2). Die Lebenserwartung von Patienten mit chronischer Pyelonephritis ist nach Sarre deutlich besser als die von Glomerulonephritis-Kranken (Abb. 3). Entsprechend der günstigeren Prognose finden wir unter den Dauerdialyse-Patienten mehr Kranke mit Glomerulonephritis als mit Pyelonephritis, obwohl die Pyelonephritis weit häufiger vorkommt (Tab. 1). In der Statistik der EDTA von 1975 beträgt der Anteil der Pyelonephritis und interstitiellen Nephritis 23 Prozent gegenüber 48,4 Prozent Glomerulonephritis. Die Anzahl der weiblichen Patienten ist etwa doppelt so groß wie die der männlichen, während bei der Glomerulonephritis eindeutig die Männer überwiegen. Ähnliche Verhältnisse ergeben sich auch, wenn man nur die Kranken herausgreift, welche in einem Jahr, im Jahr 1975, neu ins Dialyseprogramm übernommen wurden (Tab. 2).

Nachdem in den letzten Jahren in zunehmendem Maße auch ältere Patienten im siebten und im Beginn des achten Lebensjahrzehnts ins Dialyseprogramm aufgenommen werden, scheint sich der Anteil der Pyelonephritis-Kranken allmählich zu erhöhen, wie eine Übersicht neu aufgenommener Patienten von 1977 ergibt (Tab. 3). Die neuesten Zahlen für 1978 stimmen mit denen von 1977 überein.

1977 wurden in der Bundesrepublik fast 98 Prozent der Fälle ohne Rücksicht auf das Alter ins Dialyseprogramm aufgenommen. In Europa beträgt der Anteil der Zentren, welche keine Altersselektion betreiben, zur Zeit 70 Prozent.

Fast immer entwickelt sich die terminale Niereninsuffizienz aus einer *chronisch progredienten Pyelonephritis*. Eine Ausnahme bildet die *akute abszedierende Pyelonephritis*, die mit einer Sepsis einhergeht. Hier hängt das Schicksal der Kranken vor allem von der Überwindung der Sepsis ab. Gelingt diese, so erholt sich die Nierenfunktion oft wieder in ausreichendem Maße. Nur

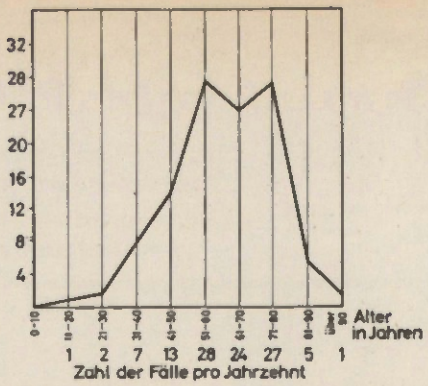


Abbildung 2
Altersfrequenz von 108 Todesfällen infolge einer Pyelonephritis (sui generis) beim weiblichen Geschlecht
(nach Berning und Ruge)

bei einem kleinen Teil der Patienten ist eine dauernde Hämodialysebehandlung erforderlich.

Das *Terminalstadium der Pyelonephritis* beginnt mit der kompensierten Retention, d. h. mit Serum-Kreatinin-Werten zwischen 1,5 und ca. 8 mg %. Es schließt sich das Stadium der Präurämie und Urämie an. Wir beginnen mit der Hämodialyse in der Regel bei einem Serumkreatinin von ca. 10 mg %. Nur bei Zystennieren kann man bei den meisten Patienten mit der Dialyse etwas länger warten, bis das Serum-Kreatinin 12 bis 14 mg % erreicht. Beginnen wir zu spät mit der Hämodialysebehandlung, so kommt der Patient inzwischen in einen präkachektischen Zustand, der unter Dialysebedingungen nur sehr schwer zu beseitigen ist. Entscheidend für den Dialysebeginn ist der klinische Befund, das Serum-Kreatinin ist nur eine Entscheidungshilfe.

Betrachten wir das Stadium der kompensierten Retention und prüfen wir, welche Möglichkeiten sich hier ergeben, um die Entwicklung zur terminalen Niereninsuffizienz aufzuhalten. Die Möglichkeiten liegen in der Natur der Erkrankung. Wir sprechen in der Regel von der glomerulären Filtrationsleistung,

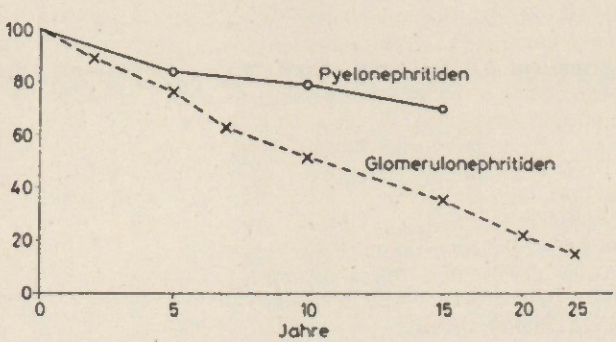


Abbildung 3

*) Vortrag anläßlich des 30. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer

Die Referate dieser Veranstaltung wurden in Band 51 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte in Bayern haben diesen Band über ihre Bezirksstelle der KVB bereits erhalten.

Teneretic® mite

Tenormin® + Chlortalidon

Neu

senkt das Blutdruckniveau

verhindert Blutdruckspitzen

verringert das Infarktrisiko

gewährt eine kaliumstabile Diurese

1×1 wirkt 24 Stunden

Teneretic® mite

synergistische Blutdrucksenkung und Kardioprotektion

Zusammensetzung: 1 Filmtebletle Teneretic mite enthält 50 mg Atenolol, t2,5 mg Chlortalidon. **Indikation:** Hypertonie. **Kontraindikationen:** nicht kompensierte Herzinsuffizienz, AV-Block 2. u. 3. Gredes, Bradykardie (Ruhepuls 55 Schl./Min.), schwere Nierenfunktionsstörungen, Sulfonamidüberempfindlichkeit, therapieresistente Hypokaliämie. Bei Schwangerscheft und Stillzeit wird die übliche Vorsicht empfohlen. Vorsicht bei Gicht. **Nebenwirkungen:** selten: vorübergehendes Schwere- und Kältegefühl in den Gliedmaßen, gastrointestinale Störungen, Schlefstörungen; sehr selten: Überempfindlichkeit (Verringerung der Thrombozyten und Leukozyten) wegen des Diuretikum-Anteils.

Dosierung: täglich 1 x 1 Teblette; falls erforderlich, Steigerung eul t 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 eusreichenden klinischen Erfehrungen vor. **Wechselwirkungen:** eventuell geringe Beeinträchtigung der Wirkung von Antidiabetika und harnsäuresenkenden Mitteln; Narkose (Anästhesisten informieren); Vorsicht bei zusätzlicher Behandlung mit Clonidin und Verepemil. **Hinweise:** wegen der ausgeprägten Kardioselektivität sind Beeinträchtigungen der Atemfunktion sehr selten. Trotzdem wird bei Petienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospesmen können jedoch mit Bronchodilatatoren leicht aufgehoben werden. Gelegentliche Kontrollen von Harnsäure- und Kaliumspiegel sind empfehlenswert. Teneretic mite besonders bei Petienten mit Angine pectoris nicht plötzlich absetzen. **Antidote:** Atropin (0,5–2 mg i.v.), Orciprenelin (0,5 mg langsam i.v.). **Handelsformen und Preise:** Kalenderpeckungen mit 28 Filmtabletten DM 27,82, mit 56 Filmtabletten DM 53,03, mit 98 Filmtabletten DM 86,93, Anstaltspackungen.

(Stand Dezember 1980)

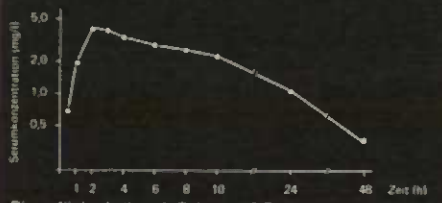
ICI-Pharma
Arzneimittelwerk Plankstadt

Wichtig*
Tabletten!
der Preisvorteil

8 Tabl. 18.06
16 Tabl. 33.00

Breitbandantibiotikum
Doxy-Tablinen®
Doxycyclin 100 mg

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



Bioverfügbarkeit nach Gabe von 2 Tabletten Doxy-Tablinen

Indikationen: Infektionen mit Docycyclin-empfindlichen Erregern.
Kontraindikationen: Leberfunktionsstörungen, Fotodermatosen, Allergien. Vorsicht bei Schwangeren, besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft. Vorsicht bei bestehendem Soor. Während der Knochen- und Zahnentwicklung kritische Abwägung der Einnahme, da Zahnverfärbungen und Knochenentwicklungsverzögerungen auftreten können.
Mögliche Nebenwirkungen: Gastrointestinale Störungen und allergische Reaktionen sind selten.
Dosierung und Anwendungsweise: Am 1. Tag morgens und abends je 1 Tablette, anschließend ist jeden Tag 1 Tablette mit möglichst viel Flüssigkeit einzunehmen.

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Häufigkeit der terminalen Niereninsuffizienz bei verschiedenen Nierenerkrankungen

Erkrankung	% ♂	% ♀	%	n
Pyelonephritis	14,4	28,1	19,8	8 148
Interstitielle Nephritis	1,8	5,2	3,2	1 302
Zystennieren	7,3	9,9	8,4	3 435
Glomerulonephritis	55,5	38,4	48,4	19 916
Übrige	21,5	18,4	20,2	8 324
	100,0	100,0	100,0	41 125

Tabelle 1
(nach EDTA 1975)

Terminale Niereninsuffizienz, 1975 neu aufgetreten

Erkrankung	% ♂	% ♀	%	n
Pyelonephritis	13,0	25,6	18,0	1 533
Interstitielle Nephritis	1,8	5,3	3,2	273
Zystennieren	7,8	10,6	8,8	758
Glomerulonephritis	46,8	32,7	41,2	3 515
Übrige	30,6	25,8	28,8	2 450
	100,0	100,0	100,0	8 529

Tebelle 2
(nach EDTA)

Terminale Niereninsuffizienz, 1977 neu aufgetreten

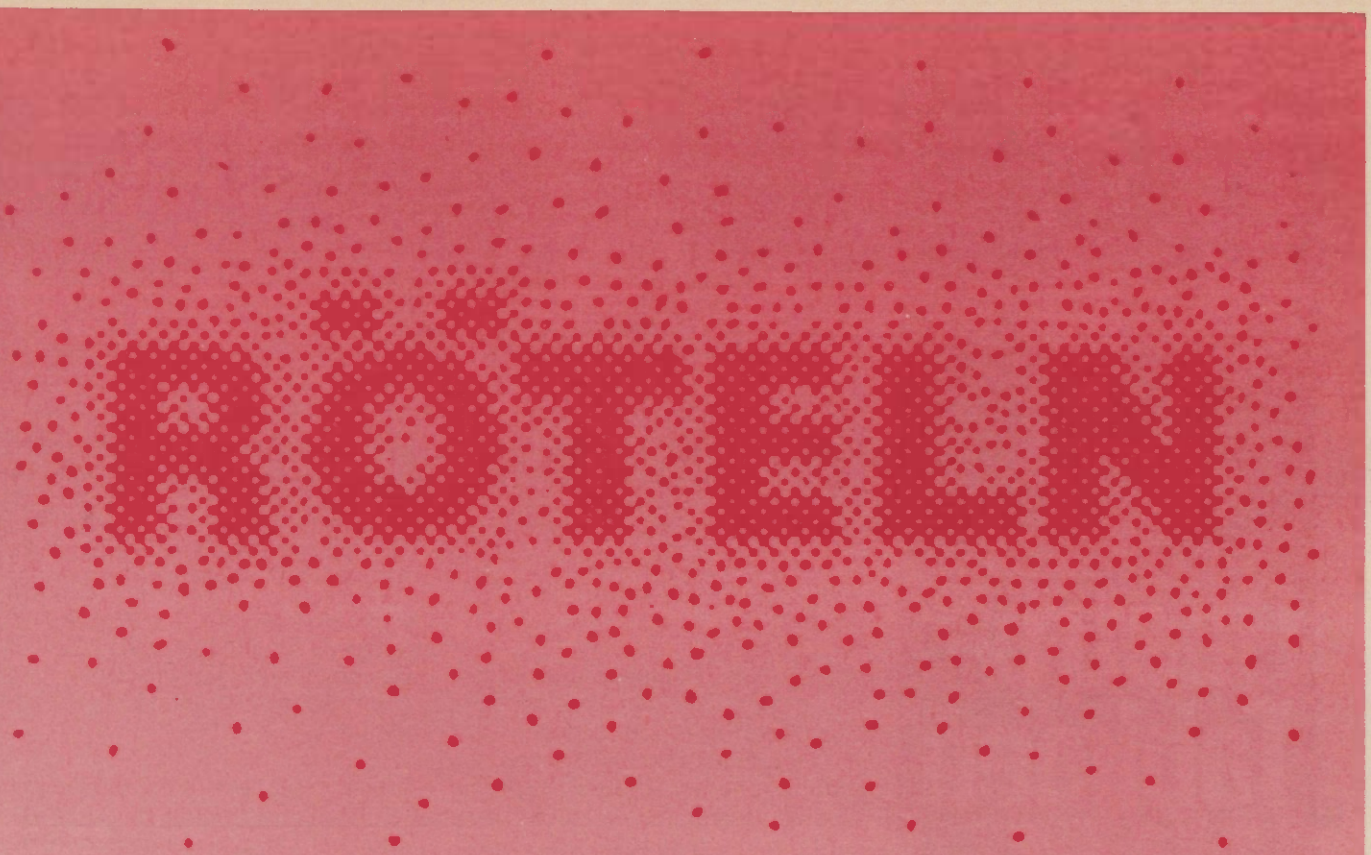
Erkrankung	% ♂	% ♀	%	n
Pyelonephritis	16,7	27,4	21,0	2 073
Interstitielle Nephritis	1,6	6,3	3,5	346
Zystennieren	8,2	11,6	9,6	948
Glomerulonephritis	38,9	25,4	33,5	3 307
Übrige	34,6	29,6	32,4	3 199
	100,0	100,0	100,0	9 873

Tebelle 3
(nach EDTA)

wenn wir die Niereninsuffizenz charakterisieren wollen. Tatsächlich aber spielt sich die Pyelonephritis vor allem im Interstitium und im tubulären Bereich ab. Hier fällt daher auch die Entscheidung, ob und in welchem Umfang ein Prozeß noch reversibel ist.

Die Funktion der Papille besteht in der Ausscheidung des Harns, der aus den Nephronen über die Sammelrohre zur Papillenspitze transportiert wird, wie eine zusammengesetzte Aufnahme des Heidelberger Physiologen Steinhausen erkennen läßt (Abb. 4). An der Papillen-

Abbildung 4
(nach Steinhausen)



Über 25 Mio. Impfungen in 23 Ländern

10 Jahre erfolgreiche Rötelnimpfung in der Bundesrepublik

Schutzimpfung mit Rötelnimpfstoff Stamm Cendehill®

von Röhm Pharma

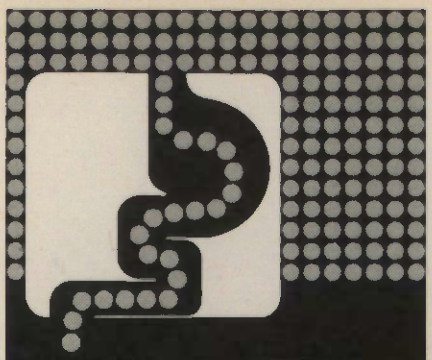
Der Impfstoff mit der geringen Temperaturempfindlichkeit und Allergierate.
Bis zu 98% Konversionsrate.

Indikation: Der Rötelnimpfstoff dient zur aktiven Schutzimpfung von Kindern und Erwachsenen gegen Röteln. Der Hauptzweck dieser Immunisierung ist der Schutz der Frucht vor angeborenen Anomalien, die durch eine Rötelninfektion während der Schwangerschaft verursacht werden. Kontraindikationen: Schwangerschaft, akute fieberhafte Erkrankungen, chronisch konsumierende Krankheiten, generalisierte Dermatitiden, Corticoidtherapie. Nebenwirkungen: Gelegentliche, vorübergehende Lymphknotenschwellungen, bei Erwachsenen auch Arthralgien. Handelsform: 1 OP enthält 1 Fläschchen mit 37 mg Trockensubstanz, enthaltend 1000 $GKID_{50}$ lebendes, abgeschwächtes Rötelnvirus vom Stamm Cendehill®. 1 Einmal-Spritze mit sterilem Lösungsmittel für 0,5 ml Impfstoff zur Einspritzung unter die Haut nach Anweisung. Für Massenschutzimpfungen stehen 10er- und 50er Mehrfachpackungen zur Verfügung (Preis auf Anfrage).

Verkaufspreis:*
DM 24,11.

*Stand bei Drucklegung.

Röhm Pharma
GMBH WEITERSTADT



Metoclopramid als preiswerte Spezialität

neu von Sanorania

Gastro-Tablinen®

Übelkeit, Erbrechen, Reizmagen, Ulcus

20 Tabl.	50 Tabl.
7.85	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
Phaochromocytom. 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 Anticholinerika vermindert werden. Die Alkohol-Resorption kann beschleunigt und erhöht werden.

SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

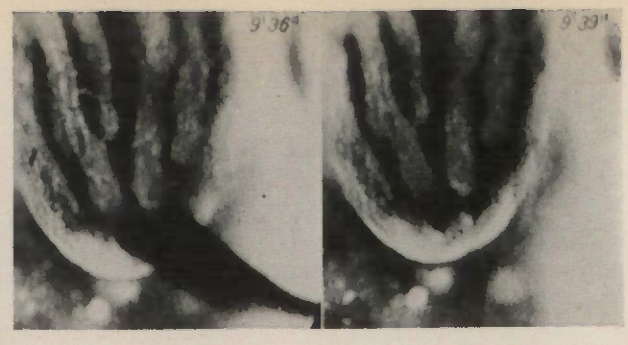


Abbildung 5
(nach Steinhausen)

spitze sammelt sich jeweils ein Tropfen Harn, der in das Nierenbecken aktiv sezerniert wird, wie Steinhausen in einem Film zeigen konnte. Zwei typische Phasen aus dem Film sind aus Abbildung 5 zu ersehen.

Wird nun die Papille in ihrer Funktion gestört oder wird sie gar zerstört, dann geht die Fähigkeit zur Harnkonzentrierung im Bereich der Sammelröhren verloren. Die Lichtung der Sammelrohre liegt für jede aufsteigende Infektion vom Nierenbecken her offen. Dieser Reflux kann primär als Folge einer Funktionsstörung der Papillenregion oder sekundär als Folge der Zerstörung der Papille eintreten. Es folgt die allmähliche Destruktion des Tubulussystems und des Interstitiums. Möglicherweise ist die vor allem von Thurau und seiner Schule vertretene tubulo-glomeruläre Balance in erster Linie für den Rückgang der glomerulären Filtration bei tubulären Schäden verantwortlich. Thurau zeigte die Rückkoppelungsfunktion vom früh-distalen Tubulus über die Macula densa zum Vas afferens in zahlreichen Versuchen.

Für die Therapie der kompensierten Retention lassen sich die folgenden Regeln ableiten:

1. Harnwegsobstruktionen müssen nach Möglichkeit beseitigt werden.

2. Jede Intoxikation mit Phenacetin oder anderen nephrotoxischen Substanzen muß unterbleiben.

3. Jeder Infekt der Harnwege muß sorgfältig behandelt und beseitigt werden. Dabei ist die Dosierung vom Grad der Niereninsuffizienz abhängig.

Bei der Pyelonephritis spielt die primäre Beeinträchtigung der glomerulären Filtration gegenüber der Tubulusschädigung nur eine geringere Rolle. Auf der anderen Seite ist die Therapie einer Herzinsuffizienz außerordentlich wichtig, nachdem die Nieren nahezu 25 Prozent der umlaufenden Blutmenge erhalten. Mit dem Eintritt einer Herzinsuffizienz kann das glomeruläre Filtrat abfallen. Manche Erhöhung des Serum-Kreatinins hat hier ihre Ursache. Beim Niereninsuffizienten bevorzugen wir Digitoxin, das im wesentlichen in der Leber abgebaut und nicht renal ausgeschieden wird. Die Beobachtung des Serum-Kreatinins unter der Digitalisierung zeigt, ob die glomeruläre Filtrationsrate ansteigt, da im Bereich der kompensierten Retention eine zuverlässige Aussage über den Grad der Einschränkung der glomerulären Filtra-

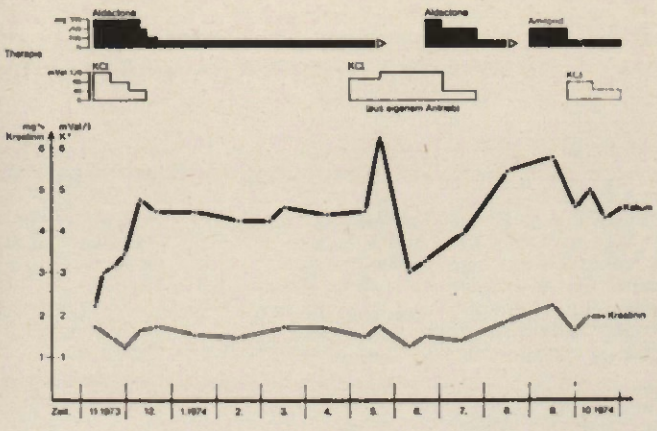


Abbildung 6
Interstitielle Nephritis, sekundärer Aldosteronismus

Juckreiz
Kennzeichen vieler Hauterkrankungen

Tavegil® · Corto-Tavegil®
beherrscht den Juckreiz

Oral und lokal

SANDOZ

Sandoz AG 8500 Nürnberg

Tavegil®

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 1,34 mg Clemastinhydrogenfumarat entspr. 1,0 mg der Base. 2 Teelöffel Sirup (= 10 ml) enthalten 0,67 mg Clemastinhydrogenfumerat entspr. 0,5 mg der Base. 1 Ampulle zu 5 ml enthält 2,68 mg Clemastinhydrngenfumaret entspr. 2,0 mg der Bese.
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 ½ 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 Anelgetika, Hypnotika, Narkotika, Psychopharmaka und Alkohol kann verstärkt werden. **Hinweise:** Gelegentlich wird bei der Behandlung mit Tevegil ein sedativer Effekt bedbachtet, insbesondere bei parenteraler Applikation; dadurch kann die allgemeine Reaktionstähigkeit (Straßenverkehr, Maschinenbedienung usw.) beeinträchtigt werden. Wie alle Medikamente sollte Tavegil während der Schwangerschaft und Stillzeit nur eut 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.

Sandoz AG 8500 Nürnberg

Tavegil® Gel

Zusammensetzung: 1 g Tevegil Gel enthält: 0,402 mg Clemastinhydrogenfumaret entspr. 0,3 mg der Bese.
Anwendungsgebiete: Juckende und allergische Hauterkrankungen, Sonnenbrand, Insektenstiche.

Weitere Angaben zu Tavegil Gel:
Dosierung: Tavegil Gel wird mehrmals täglich auf die betroffenen Hautstellen autgetragen. Des Anlegen einea Verbandes erübrigt sich in den meisten Fällen. **Hinweise** Tavegil Gel ist nicht zur Anwendung bei großflächigen, insbesondere entzündlichen Hauterkrenkungen (z.B. Verbrühungen, Verbrennungen) bestimmt. Dies gill 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 gebrecht 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.

Tavegil® · Corto-Tavegil® beherrscht den Juckreiz

Oral und lokal

Sandoz AG 8500 Nürnberg

Corto-Tavegil®

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 1,34 mg Clemastinhydrogenfumarat (Tavegil®) entspr. 1 mg der Base und 0,50 mg Dexamethason. **Anwendungsgebiete:** Allergische und juckende Dermatosen, insbesondere akutes und chronisches Ekzem; Urtikaria; Arzneimittelallergien; Pruritus; allergische Erkrankungen der Atemwege wie Bronchialasthma und allergischer Schnupfen; allergische Konjunktivitia.
Gegenanzeigen: Die üblichen Rielken einer Kortikoidtherapie eind zu beachlen. Corto-Tavegil Tablatten dürfen demnach nicht angewandt werden bei Magen- und Darmulcera, schwerer Osteoporose, früheren Depressionen, Herpes simplex, Herpes zostar, Varizellen, vor und unmittelber nach Schutzimpfungen, Amöbeninfektionen, Systemmykosen, Poliomyelitis mil Ausnahme der bulbärenzephalitischen Form, Lymphknotenschwellung nach BCG-Impfung, Eng- und Weitwinkelglaukom. **Nebenwirkungen:** 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 befürchlen. Während einer Dauertherapie ist auf die typischen Kortikoidnebenwirkungen wia peptische Magen- und Darmulcera, verminderte Intektresistenz, Herabsetzung der Glukosetoleranz, Auftreten von Cushing-Syndrom, Glaukomauslösung oder Osteoporose zu echten, wenngleich mit deren Auftrelen wegen der niedrigen Dosierung nur selten zu rachnen ist.

Weitere Angaben zu Corto-Tavegil:
Dosierung: Die Tebletten sollen nach dan Mahlzeiten eingenommen werden. Dosierung und Therapiedauer richten sich nach Art und Schwere der Erkrankung. Die mittiere Dosierung beträgt für Erwachsene anfangs täglich 3mal 1 Tablette. Zur Behandlung akuter allergischer Erkrankungen kann die Antangsdosis verdoppelt werden. Nach Ansprechen auf das Präparat iat die Dosis auf das notwendlge Minimum zu reduzieren (1 bis 2 Tabletten pro Teg). Höhere Dosen als 2 Tabletten pro Tag sind auf 3–5 Tage zu begrenzen.
Die Beendigung der Therapie erfolgt durch ausschlaichende Dosierung. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Verabreichung von Barbituraten, Diphenylhydantoin 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 Cumarin-Derivate vermindert werden. Salicylate können die Getehr gastrointestinaler Blutungen erhöhen. **Hinweise:** Vorsicht ist geboten bei schwerer Hypertonie, bakteriellen Intektionen und Phlebitis. Während der Schwangerschaft darf eine Therapie mit Corto-Tavegil nur bei strengster Indikationsstellung erfolgen. Durch die bei einer Behandlung mit Corto-Tevegil in seltenen Fällen auftretende Müdigkeit kann die allgemeine Reaktionstähigkeit (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 aine spezifische chemotherapeutische oder antibiotische Therapie erfolgen. Falls es während einer langfristigen Behandlung mit Corto-Tavegil zu besonderen körperlichen Belastungen wia 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.

Sandoz AG 8500 Nürnberg

Corto-Tavegil® Gel

Zusammensetzung: 1 g Corto-Tavegil Gel enthält 0,402 m Clemastinhydrngenfumarat entspr. 0,3 mg der Base, 1,0 mg Clocortolonpivelet. **Anwendungsgebiete:** Juckende, entzündliche und allergische Hauterkrankungen (Ekzeme, Dermatiiden, Exantheme, Urtikaria, Pruritus), Sonnenbrand, Insektenstiche. **Gegenanzeigen:** Bei Windpocken, spezifischen, insbesondere tuberkulösen Hauterkrankungen, lokalen Impfreaktionen, Plizerkrankungen und bakteriellen Intektionen der Haut darf Corto-Tavegil Gel nicht angewendt werden. **Nebenwirkungen:** Die Verträglichkeit von Corto Tavegil Gel ist gut. Vereinzelt kann es zu einer unerwünschte Austrocknung der Haut kommen. Bei äußerlicher Anwendur 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 u Kleinkindern. Corto-Tavegil Gel soll nicht mit der Bindehaut des Auges in Berührung kommen und nicht auf offene Wund gebracht werden. **Handelsformen:** Originalpackungen z 10, 30 und 50 g Gel DM 5,16, 14,05 und 22,23 sowie Ansta packung.

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, Dezember 1980.

SANDO

tion direkt aus dem Serumkreatinin zu erhalten ist.

Einige Besonderheiten verdienen es, hervorgehoben zu werden:

1. Die *Phenacetin-Niere* hat in den letzten beiden Jahrzehnten an Häufigkeit zugenommen. Sie betrifft in unserem Lande etwa dreimal soviel Frauen wie Männer. Bei mehr als 90 Prozent unserer Patienten war das Serum-Kreatinin erhöht, bei zwei Drittel war die glomeruläre Filtration bereits auf 30 Prozent vermindert, als wir die Patienten zum ersten Mal untersuchten. Wenn das Serum-Kreatinin für längere Zeit mehr als 3 bis 4 mg % beträgt, so ist eine Progredienz der Erkrankung in der Regel nicht mehr aufzuhalten, während bis dahin noch ein Stillstand der Entwicklung erreicht werden kann, der immerhin vor der Dialysebehandlung bewahrt. Ein solches Beispiel zeigt Abbildung 6. Die Patientin hatte auch bei der letzten Kontrolle vor einigen Wochen ein Serum-Kreatinin von 1,4 mg %. Sie nimmt seit vielen Jahren keine Phenacetin-haltigen Präparate mehr ein.

2. Bei der Gichtniere finden wir ähnliche Verhältnisse. Gelingt es, die Störung im Harnsäurestoffwechsel mit Allopurinol und mit der Regulation des Harn-pH zu beherrschen, so bleibt die Retention harnpflichtiger Substanzen stationär. Auch hier scheint die Grenze bei einem Serum-Kreatinin von ca. 3 bis 4 mg % zu liegen.

3. Der *Diabetes mellitus* kann über die interstitielle Nephritis zur Niereninsuffizienz führen, wenn auch eine diabetische Glomerulosklerose, das Kimmelstiel-Wilson-Syndrom, weitaus häufiger ist. Die Prognose der Niereninsuffizienz beim Diabetes mellitus ist in jedem Falle wegen der begleitenden Gefäßerkrankungen wesentlich schlechter als bei enderen Fällen mit terminaler Niereninsuffizienz, wie sich eus einer Übersicht der EDTA ergibt (Abb. 7).

4. Die *Lokalisation der interstitiellen Nephritis* mit Funktionsstörungen im Bereich des Tubulus bringt es mit sich, daß wir bei Niereninsuffizienten Verluste von Kalium bzw. Natrium beobachten können. Der Ausgleich des entstehenden Mangels bessert die Nierenleistung. Meist ist eine fortgesetzte Substitution erforderlich. Hier haben wir Patienten mit Niereninsuffizienz, die unter Kochsalzzufuhr eine bessere Nierenleistung aufweisen. Die fortlaufende Beobachtung des Blutdruckes, der Harnausscheidung, des Gewichts und Serum-Kreatinins erleichtert die Einstellung der Patienten und ist geeignet, den Beginn der Hämodialysebehandlung hinauszuschieben. Wir beobachten diese Fälle besonders bei Patienten mit Phenacetin-Nieren.

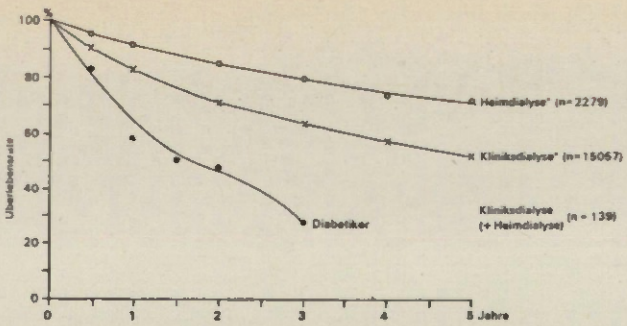


Abbildung 7
Vergleich der Überlebensraten von Dialyse-Patienten

5. Die *antibiotische Therapie* kann eine Besserung der Nierenleistung erbringen, so daß nach vorübergehender Hämodialyse wieder eine kompensierte Retention erreicht wird.

6. Auf eine kompensierte Retention kann sich ein akutes Nierenversagen aufpfropfen. Die Pyelonephritis selbst wirkt als disponierender Faktor im Sinne der renalen Vorschädigung. Dieses akute Nierenversagen kann auch nach operativer Beseitigung einer Obstruktion der Harnwege auftreten wie im Beispiel der Abbildung 8.

Schließlich kommt es zur *Präurämie* und *Urämie*, d. h. zur terminalen Niereninsuffizienz. Der Kranke bedarf jetzt der Hämodialyse, und sosehr wir uns zuvor bemüht haben, diesen Zeitpunkt hinauszuschieben, müssen wir jetzt die Behandlung baldmöglichst beginnen. Bei etwa 7 bis 8 mg % Serum-Kreatinin sollte eine Cimino-Fistel angelegt werden, um den Patienten dialysebereit zu machen. Wenn das Serum-Kreatinin ca. 10 bis maximal 11 mg % erreicht hat oder die klinischen Zeichen einer Urämie vollständig sind, beginnt die Behandlung mit der künstlichen Niere. Zu viele Versuche mit eiweißbeschränkter Kost gehen in der Regel an die Substanz, da der Kranke bei jeder inanition und bei jedem Erbrechen seine eigenen Eiweißreserven aus der Muskulatur verbraucht.

Der *Wert* der *Hämodialyse* wird sichtbar, wenn man ihre Ergebnisse mit denen von Behandlungsverfahren anderer desolater Erkrankungen vergleicht, etwa mit der Therapie von malignen Tumoren. Abbildung 9 zeigt einen solchen Vergleich, der von der EDTA angestellt

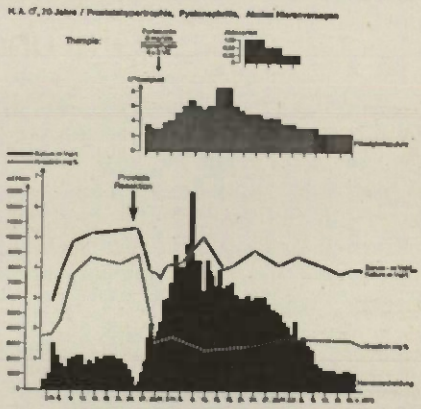


Abbildung 8
Prostatahypertrophie, Pyelonephritis, akutes Nierenversagen (H. A., 70 Jahre)

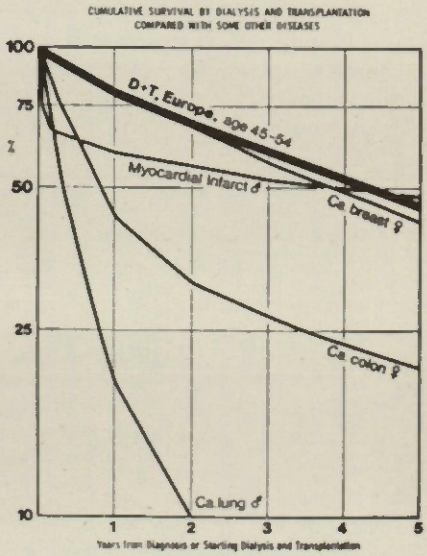


Abbildung 9

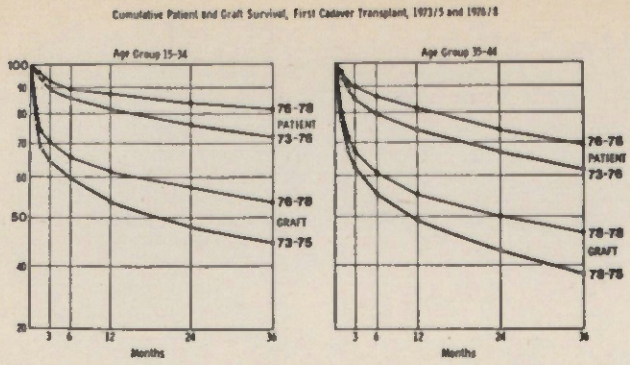


Abbildung 10
(nach EDTA)

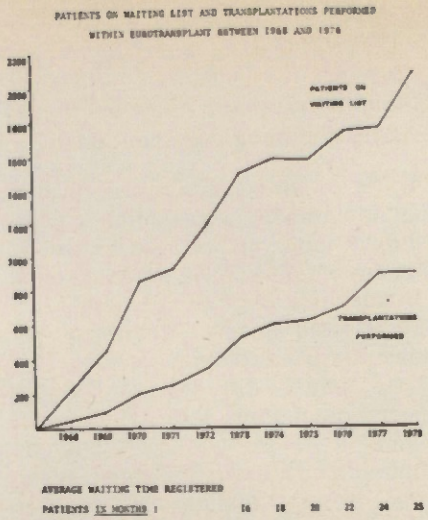


Abbildung 11

wurde, wobei deutlich wird, daß die Dialysebehandlung statistisch etwa gleiche Ergebnisse aufweist wie die Therapie des weiblichen Mammakarzinoms und weit bessere als die Behandlung der meisten anderen Neoplasien.

Wir dürfen aber auch nicht verkennen, welche großen Opfer ein Mensch mit der fortlaufenden Hämodialyse auf sich nimmt. Zwar sind die Behandlungszeiten durch neuere Techniken in den letzten Jahren verkürzt worden, aber sie betragen mit Vorbereitung und Nachbehandlung immer noch nahezu 20 Stunden pro Woche. Hinzu kommt, daß Spätschäden am Knochensystem, aber auch bei der Blutbildung und bei manchen Patienten hinsichtlich der zerebralen Leistungsfähigkeit auftreten.

Eine wesentliche Verbesserung seiner Lebensqualität erreicht der niereninsuffiziente Patient mit einer erfolgreichen *Nierentransplantation*. Je jünger die Kranken sind, desto besser sind die Ergebnisse, wie eine Untersuchung von Eurotransplant zeigt (Abb. 10). Die meisten Zentren transplantieren heute überwiegend Patienten, die jünger als 50 Jahre sind. Daher hat sich das Eintrittsalter bei der Hämodialyse in den letzten Jahren erhöht, bei der Transplantation jedoch nicht.

Die Frage ist berechtigt, ob eine Pyelonephritis unter den Bedingungen der Nierentransplantation mit Kortikoidbehandlung und immunsuppressiver Therapie nicht alsbald auf die übertragene Niere übergreift. Derartige Überlegungen haben vor allem im ersten Jahrzehnt der Transplantation die Indikation zur Nierenübertragung von sehr strengen Kriterien abhängig gemacht. Es zeigt sich aber, daß sich die Rezidive in Grenzen halten. Prat und Mitarbeiter untersuchten bei 54 Allotransplantationen die Infekthäufigkeit und fanden zehn Fälle infiziert (Tab. 4). Dabei waren aber auch zwei Patienten mit einer Nephrostomie. Wir selbst beobachten einen Patienten mit erheblichen Fehlbildungen und chronischer Pyelonephritis seit mehr als elf Jahren. Er wurde in den ersten zwei Jahren hämodialysebehandelt und vor neun Jahren nierentransplantiert. Die Niere ist immer noch leistungsfähig, obwohl die Fehlbildung weiter besteht.

Die Transplantation stellt für einen Teil unserer Patienten eine ausgezeichnete Lösung dar, wenn sie gelingt. Etwa 40 bis 60 Prozent der Dialyse-Patienten dürften sich für dieses Verfahren eignen. Von den nahezu 8500 Dialyse-Patienten in der Bundesrepublik sollten mehr als 3000 transplantabel sein.

Die Ergebnisse der Nierentransplantation wurden in den vergangenen Jahren deutlich besser. Im Jahre 1979 ist eine erfreuliche Aufwärtsentwicklung festzustellen: Von 100 Transplantationen, die in den letzten 13 Jahren in Erlangen-Nürnberg durchgeführt wurden, entfallen 31 auf das Jahr 1979. Aber zwei Drittel der bei uns übertragenen Nieren stammten von auswärts und vor allem aus dem Ausland, wobei Holland allein in elf Fällen als Spender auftrat.

Der Bedarf an Transplantationen ist in den vergangenen zehn Jahren rascher angestiegen als die Transplantationsrate. Die Abbildung 11 zeigt, daß sich die Schere noch immer weiter öffnet. Wir brauchen die Bereitschaft der Bevölkerung zur Nierenspende im Falle des Todes und wir brauchen die Bereitschaft der Kollegen, durch Aufklärung und Beratung mitzuwirken, um den zumeist jungen Kranken mit Niereninsuffizienz besser zu helfen, als wir dies bisher vermögen.

Autologe Transplentetionen	40	infiziert	0
Allotrensplantetionen	54	infiziert	10
Infektion durch:			
Hämetogene interstitielle Nephritis			4
Abszeß (perireneles Haematom)			1
Pseudomembrenöse Pyelonephritis			1
Pyelonephritis (Ketheter)			2
Akute Pyelonephritis (Nephrostomie)			1
Chronische Pyelonephritis (Nephrostomie)			1

Tabelle 4
(nach V. Prat und Mitarbeiter)

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. U. *Geßler*, Direktor des Instituts für Nephrologie an der Universität Erlangen-Nürnberg und der 4. Medizinischen Klinik des Klinikums Nürnberg, Kontumazgerten 14–18, 8500 Nürnberg 80

Krebsvorsorgeuntersuchung und Frühdiagnose des Krebses aus der Sicht des Urologen *

von W. Lutzeyer und G. Durben

Aus der Abteilung Urologie der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (Vorstand: Professor Dr. med. W. *Lutzeyer*)

Werden bei einer routinemäßigen Untersuchung des Patienten durch die zur Verfügung stehenden Screening-Methoden objektiv verdächtige Krebssymptome im Gegensatz zu fehlenden subjektiven Beschwerden gefunden, so ist damit der Sinn der Früherkennung des möglichen Tumors erfüllt und der Weg zur weiterführenden Diagnostik frei.

Deshalb sollte besser der bisherige Begriff der Vorsorgeuntersuchung durch den Begriff der Früherkennung oder Frühdiagnose einer Krebserkrankung ersetzt werden. Unser bisheriges Wissen über die Epidemiologie des Karzinoms ist nämlich lückenhaft.

Erstdiagnose bedeutet aber nicht Früherkennung! Die Erstdiagnose ist nicht en das jeweilige Tumorstadium gebunden, während die Früherkennung den Tumor im frühest möglichen Stadium erkennen will. Nur die exakte Klassifizierung des Tumors entscheidet, ob eine Früherkennung vorliegt oder nicht.

Zur Systematisierung des Themas teile ich den *urogenitalen Tumor organspezifisch* auf, nämlich in

A) den Nierenparenchymtumor oder das sogenannte Hypernephrom,

B) den urothelialen Tumor der ableitenden Harnwege und der Blase,

C) den Prostatatumor (Prostata-Ca)

und

D) den Hodentumor.

Aus der Früherkennung des organbezogenen Tumors leitet sich in der Regel ein Therapiekonzept ab. Für den erstuntersuchenden Arzt sind jedoch neben der Kenntnis der *Epidemiologie* und der *Klassifikation* zur Tumorfrüherkennung die onkologischen Kennzeichen von entscheidender Wichtigkeit.

Diese drei wesentlichen Punkte müssen in ihrem Verhelten bei den verschiedenen Tumorarten (A bis D) berücksichtigt werden.

I. Der Tumor des Nierenparenchyms

(Adenokarzinom der Niere, Hypernephrom)

1. Epidemiologie

12000 Neuerkrankungen und 6000 Tote jährlich sind die Bilanz amerikanischer Statistiken. Der Häufigkeitsgipfel liegt im sechsten Lebensjahrzehnt, doch können sämtliche Altersstufen befallen sein. Das Verhältnis Männer zu Frauen ist 2:1. Deshalb werden endokrine Faktoren in der Ätiologie des Hypernephroms und in seiner Wachstumstendenz daraus abgeleitet, die sich teilweise in neuen medikamentösen Therapieversuchen niederschlagen.

2. *Onkologische Kennzeichen*

Die klassische *Trias:* Hämaturie – Flankenschmerz – palpabler Tumor ist in den Lehrbüchern als das Leitsyndrom für den Nierenparenchymtumor angegeben. Die Realität bietet uns jedoch eine andere Situation, denn nur in 16 Prozent ist dieser klinische Symptomenkomplex anzutreffen. Es gibt *keinen* Screening-Test für einen Nierenparenchymtumor für die Praxis, wenn man in Zukunft nicht die Mikrohämaturie mit zytologischen Ver-

*) Vortrag anläßlich des 30. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer

Die Referate dieser Verenstaltung wurden in Band 51 der von der Bayerischen Landesärztekammer hereusgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht. Die Kassenärzte in Bayern haben diesen Band über ihre Bezirksstelle der KVB bereits erhalten.

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-aspartet-hydrochlorid-trihydret 614,8 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (60,78 mg)
5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:
mono-Magnesium-L-aspartet-hydrochlorid-trihydret 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-trihydret 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 Kontrazeptive, zur Calciumoxaletstein-Prophylaxe.

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie.

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

Nebenwirkungen

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Handelsformen und Preise

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

Verla-Pharm
Tutzing/Obb.

fahren oder Simplet-Tests, wie sie jetzt modern sind, ferner mit Verfehren wie der verfeinerten Ultraschalltomographie oder der Computertomographie kombiniert.

Folgende Symptome haben zu der in der Urologie entscheidenden Röntgenuntersuchung, der intravenösen Ausscheidungsurographie, geführt und konnten damit die Verdachtsdiagnose oder die Diagnose eines Nierenparenchymtumors bestätigen:

— Makrohämaturie	33 %
— Klinischer Malignomverdacht	20 %
— Primärtumorsuche bei nachgewiesenen Metastasen	13 %
— Zufallsbefund bei anderen urologischen Erkrankungen, wie Prostataadenom, Pyelitis, Zystitis, Hypertonie, Prostatakerzinom, palpabler Lendentumor	7 %
— Mikrohämaturie	4 %
— Schmerz	4 %

Das heißt: Jede intravenöse Ausscheidungsurographie, aus welchen Gründen auch immer sie vorgenommen wird, sollte auf tumorspezifische Zeichen genau angesehen werden.

Die *Bedeutung der Hämaturie* ist nicht zu übersehen, insbesondere die der schmerzlosen Hämaturie. Hämaturie, auch einmalige Hämaturie, ist gleichzusetzen mit der roten Ampel im Straßenverkehr. Das bedeutet: Halt, keine symptomatische Therapie, erst wieder weiterfahren, wenn sämtliche Untersuchungen einen Tumor der Niere, der ableitenden Harnwege oder der Blase gesichert oder ausgeschlossen haben. Dann erst sollte die „diagnostische Ampel" grünes Licht und freie Fahrt signalisieren.

Somit ist eine gezielte Nierentumoruntersuchung ohne die eben in der Tabelle aufgeführten Indikationsursachen zur Röntgenuntersuchung bis heute noch nicht Usance.

Oft sind die *Metastasen* auffällige Zeichen, die in langen Röhrenknochen zur Spontanfraktur, in der Lunge zu Rundherden oder im Gehirn zu Zeichen eines Hirntumors führen können (13 Prozent bei 369 Fällen). Sie sind aufgrund eines primären Einbruchs des Tumors in das venöse Gefäßsystem der Niere möglich.

Für den Hausarzt ist eine Reihe extrarenaler Manifestationen des Hypernephroms wichtig:

— Die erhöhte BSG, im ersten Wert meistens bei 100 liegend.

— Unklare Fieberschübe (Febris undulans, zwischen 20 und 23 Prozent)

— Blutbildveränderungen im Sinne einer Anämie oder unter Umständen einer Polyzythämie

— Eine Hypertonie ist möglich.

Das *Stauffer-Syndrom* ist zu beachten: Primär wird eine Erkrankung der Leber angenommen. Es besteht aus einer Verlängerung der Prothrombinzeit, einer Erhöhung der alkalischen Phosphatase, einer vermehrten Bromsulfthaleinretention und einer Veränderung der Serum-Elektrophorese.

3. Klassifikation

Die Klassifiketion sämtlicher Tumoren wird nach der 1974 eingeführten und 1979 verbesserten TNM-Klassifikation der UICC vorgenommen. Das TNM-System wird angewandt:

T = Tumorausdehnung

N = Lymphknotenbefall

M = Fernmetastasierung

T-Kategorie bedeutet Tumorausdehnung und verlangt klinische Untersuchung, das Ausscheidungsurogramm und die Angiographie. Heute sind die Ultraschalluntersuchung oder Sonographie und die Computertomographie mit erstaunlich empfindlichen Geräten einsetzbar.

Die *N-Kategorie,* darunter versteht man den Lymphknotenbefall, ist durch die Lymphographie allein nicht beweisbar. Eine sogenannte Staging-Operation, d. h. eine Entfernung der regionalen Lymphknoten zur Vornahme der histopathologischen Bestimmung des Lymphknotenbefalls und des Tumorgrades, muß vorgenommen werden.

Unter *M-Kategorie* versteht man die Fernmetastasierung des Tumors: Klinische Untersuchung, Röntgenuntersuchung der in Frage kommenden oder prädisponierten Organe und Ganzkörperscan mit Radionukleiden sind hier die Regel.

II. Der Tumor des Nierenbeckenkelchsystems, der ableitenden Harnwege und der Blase

(Urotheltumor)

1. Epidemiologie

Der Urotheltumor des Nierenbeckenkelchsystems, des Harnleiters, übergehend auf die Blese, entweder ubiquitär oder isoliert, unterscheidet sich grundlegend in der Symptomatologie, im Wachstum, in der Metastasierungstendenz und in der Bösartigkeit vom Parenchymtumor der Niere. *Kanalikulär angesiedelt, ist sein erstes Symptom in der Regel die Hämaturie.*

Der Blasentumor soll repräsentativ auch für die anderen Lokalisationen dargestellt werden, da er im Grunde genommen denselben epidemiologischen Gesetzen unterliegt.

Die *Anamnese* ist in der Erkennung oder der Verdachtsdiagnose des Blasentumors führend. Sie beinhaltet nicht nur den Beschwerdekomplex, sondern auch die berufliche Exposition oder bestimmte Lebensgewohnheiten (Genußgifte, die els *exogene Noxen* in Frage kommen können).

Neben *endogenen Faktoren* spielen auch *exogene Noxen* beim Blasentumor eine entscheidende Rolle. Ich erinnere an den sogenannten Anilintumor, der bereits 1895 von Rehn bei den Arbeitern der BASF entdeckt wurde. Er gilt als das klassische Beispiel eines unfreiwilligen klinischen Experimentes.

Häufigkeit:

21 000 Patienten erkranken jährlich in der Bundesrepublik Deutschland an einem diagnostizierten Blasentumor, pro Jahr sterben 9000 Patienten. Der Erkrankungsgipfel liegt im siebten Lebensjahrzehnt, das Geschlechtsverhältnis zwischen Mann und Frau ist 2 : 1.

Aromatische Amine sind also mitauslösende Substanzen, die mittlere Latenzzeit beträgt bis zu 18 Jahren.

Retrospektive Studien, vor allen Dingen in Amerike und in Schweden, reihen den Zigarettenraucher mit in den prädisponierten Kreis des potentiellen Tumorträgers ein. Angeschuldigt werden geringe Konzentrationen von 2-Naphthylamin, außerdem das Schwermetall Cadmium.

„Dickes Bein“ • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

Venalot®

trifft Stauung · Entzündung · Ödem · Schmerz

beseitigt Schweregefühl und Schmerzen

bessert venöse Zirkulationsstörungen

befreit das Interstitium von angehäuften Plasma-Proteinen

mobilisiert den Lymphstrom

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

Schaper & Brümmer Salzgitter – Ringelheim

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

Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

In der letzten Zeit wurde *bei Patienten mit vermehrtem Phenacetinverbrauch oder Dauermedikation mit Phenecetin-ähnlichen Substanzen* ebenfalls das aromatische Amin als auslösende Ursache des Urotheltumors sowohl des Nierenbeckens, des Harnleiters als euch der Blase angeschuldigt.

Ein ursächlicher Zusammenhang besteht bei der zytostatischen Therapie beim Gebrauch von Zyklophosphamid (Endoxan), wobei wir selbst Fälle von Blasenblutungen und tumorähnlichen Neubildungen erlebt haben.

Die nicht sehr häufigen Plattenepithelkarzinome der Blase sind aufgrund von Fremdkörpern (Blasenbilharziose) oder chronischen Entzündungen (Umwandlung über Leukoplakie) bei Steinträgern zu verstehen. Sie spielen jedoch eine untergeordnete Rolle.

Endogene Eiweißabbauprodukte, genannt Tryptophanmetaboliten, können ebenfalls eine Rolle in der Auslösung des Urotheltumors spielen.

Sie sehen also, daß die *ätiologischen Noxen* multifaktoriell sein können und nicht zuletzt von der beruflichen Exposition und von den täglichen Lebensgewohnheiten, wie Essen, Trinken, Rauchen, abhängen können. Die meisten Stoffwechselmetaboliten werden mit dem Harn ausgeschieden und stehen längere oder kürzere Zeit mit dem Urothel in Kontakt, besonders in der Blase, die Reservoirfunktion besitzt.

2. *Symptomatologie*

Unser Blasentumorregister, welches 20 Kliniken und ca. 5000 Tumoren seit fünf Jahren umfaßt, zeigt, daß das Hauptkennzeichen die Hämaturie ist (75 Prozent), dysurische Beschwerden als zweites Symptom 20 Prozent, häufiges Wasserlassen und Schmerzen oder Harndrang vier Prozent ausmachen.

Die einmalige Mikro- oder vor allen Dingen Makrohämaturie ist ein ganz entscheidender Hinweis für das Vorliegen eines Urotheltumors. Sie verlangt die Einweisung des Patienten zur Abklärung der Diagnose, und zwar so lange, bis ein Tumor entweder ausgeschlossen oder bestätigt worden ist.

Hat man einen Tumor durch *Zytologie des Urins* (Wert des Screenings [Rathert] und moderne Simplettests!) und durch *Zystoskopie* gesichert, dann kann auch hier noch je nach *TNM-Klassifikation* eine Frühdiagnose möglich sein:

2.1 Die T-Kategorie betrifft die Ausdehnung des Tumors im Hinblick auf die Blasenwand. Sie reicht von T1 bis T4; selbstverständlich ist dann die Metastasierung bereits möglich, wenn der Tumor mit der Basis die Muskulatur erreicht hat. Die Prognose ist also vom Invasionsverhalten des Tumors abhängig, wobei selbstverständlich die histologische Dignität, *hochdifferenziert* oder *schlecht differenziert*, eine Rolle spielt (Grading).

Bei alleinigem Befall des Urothels, d. h. der Schleimhaut, ist die Therapie einfach, die Prognose gut und der Krebs damit heilbar.

2.2 Das gesamte Urothel kann vom Karzinom befallen sein.

2.3 Tumorzellverbände im Urin können bei der *mikroskopischen Untersuchung des Harnsediments* erkannt werden. Damit ist die *Harnzytologie* bei Patienten, bei denen epidemiologische Risiken vorausgesagt werden können, wichtig.

2.4 *Der Urotheltumor*, mit anderen Worten das Blasenkarzinom, *verschiedenen Invasionsgrades neigt zum Rezidiv*. Darunter versteht man das Wiederauftreten des Tumors, wobei die zeitlichen Abstände nicht einem Gesetz unterliegen. Infolgedessen ist die engmaschige Überwachung des einmal *früh erkannten* und optimal behandelten Patienten notwendig, wobei bestimmte zeitliche Intervalle die Art des Überwachungsnetzes charakterisieren. Sie müssen vom Arzt festgesetzt und vom Patienten befolgt werden!

Unsere eigene Harnzytologie ergab folgende Befunde: Positive Befunde in 75 bis 80 Prozent richtig, negative zytologische Befunde in 90 Prozent richtig. Sie sehen also, daß bei einer guten Zytologie die falsch positiven bzw. falsch negativen Befunde sich in engen Grenzen bewegen. Es gilt der Grundsatz: Je höher differenziert der Tumor ist, d. h. je mehr sich ein Blasentumor dem normalen Epithel angleicht, desto schwieriger ist die zytologische Diagnose, je entdifferenzierter ein Tumor sich darstellt, desto treffsicherer ist die zytologische Diagnose.

Nachdem diese beiden Gruppen: Nierenparenchymtumor und Urotheltumor (Nierenbecken-, Harnleiter- und Blasentumor) besprochen wurden – sie kommen bei Mann, Frau und beim Kind vor –, wende ich mich nun den klassischen Tumoren des männlichen Geschlechts zu, nämlich dem Prostatakarzinom und dem Hodentumor.

III. Das Prostatakarzinom

1. Epidemiologie

1977 waren mehr als 12,3 Prozent aller Krebstodesfälle beim Mann in der Bundesrepublik Prostatakarzinome. 1974 betrug die Morbidität des Prostatakarzinoms laut Angaben des Prostatakarzinomregisters des Saarlandes (Professor Dhom) 43,2 pro 100 000 der männlichen Bevölkerung. Umwelteinflüsse und rassische Verschiedenheiten können die Inzidenz des Prostatakarzinoms beeinflussen.

2. *Onkologische Kennzeichen*

In den frühen Stadien *keine Beschwerden*. Die Anatomie der Prostata und die primäre Entstehung des Prostatakarzinoms in der sogenannten Außendrüse (85 bis 90 Prozent) beweisen, daß

2.1 die Symptomatik erst dann auftritt, wenn das Karzinom harnröhrennah durchgewachsen ist und Blutungen oder Miktionsbeschwerden verursacht, oder

2.2 bereits die Ischialgie oder die pathologische Fraktur als Metastasenfolgen das bisher verborgen gebliebene Prostatakarzinom anzeigen.

Gerade deshalb ist die rektale Untersuchung der klassische Fall für die mögliche Früherkennung des Prostatekarzinoms.

Die lymphogene Metastasierung tritt vor der hämatogenen ein, der Befall ist jedoch klinisch schwer zu erfassen.

Zur TNM-Klassifikation:

Die Kategorie T wird bestimmt durch den rektalen Tastbefund, die Biopsie und die Ausscheidungsurographie; das Stadium N durch eine Lymphknotenprobeexzision, sprich Staging, und das Stadium M durch Ganzkörperskelettszintigra-

phie, Röntgenuntersuchung und Laboruntersuchung.

Entscheidend ist, daß das biologische Verhalten des Tumors oder seine Wachstumstendenz, wie Metastasierungsfreudigkeit, mit dem Grading, d. h. dem histologischen Aufbau, korrelieren. Eine eindeutige histologische Basis sehen wir nur in 45,4 Prozent, wir sprechen hier von einem uniform gebauten Prostatakarzinom, während in ca. 54,6 Prozent pluriform gebaute Karzinome auftreten. Lediglich 13,3 Prozent aller Prostatakarzinome sind hochdifferenzierte Adenokarzinome, d. h., eine verschiedene Histologie und ein verschiedenes biologisches Verhalten bestimmen die Verlaufsform des Karzinoms. Der Pathologe wird mit unseren Beobachtungen übereinstimmen, daß das hochdifferenzierte Karzinom, welches manifest gefunden wird, meist die Organgrenze nicht überschritten hat, während die wenig differenzierten, entdifferenzierten, anaplastischen, soliden oder kribrösen Karzinome die Organgrenze bereits verlassen haben.

Über die Frage der *Metastasierungstendenz* durch rektale Manipulation, wie rektale Untersuchung, Stanzbiopsie oder Saugbiopsie, soll hier nicht diskutiert werden, da hier eindeutige Aussagen von seiten der Pathologen getroffen wurden (Professor Grundmann, Professor Dhom), die anhand eindeutiger experimenteller und klinischer Serien eine derartige Möglichkeit mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausschließen.

Entscheidend ist, daß sich nach Festlegung des histologischen Differenzierungsgrades zumindest eine therapeutische Richtung abzeichnet, wenn die übrigen Kriterien des TNM-Systems mit erfüllt sind. Hochdifferenzierte Karzinome im Anfangsstadium können ohne weiteres beobachtet werden; heute konkurriert mit der vielgeschmähten Radikaloperation, deren Komplikationen ja Impotenz, Inkontinenz und Fistelbildung sind, die Computer-gesteuerte Hochvolttherapie. Sie hat bei einer Impotenzrate von nur 30 Prozent in den Händen der Geübten einen guten Effekt, verlangt aber trotzdem die histopathologische Kontrolle des Tumors.

Damit ist die routinemäßige rektale Untersuchung des Mannes über 45 Jahre nach wie vor oder erst recht gerechtfertigt.

Der Wert *nichtinvasiver Laboruntersuchungen*, wie der Serum-Phosphatasen, wobei der Prostata-Phosphatase eine spezifische Bedeutung zukommt, dienen genauso wie der heute in den USA in verschiedenen Zentren durchgeführte Radio- und Enzymimmunessay *nicht der Früherkennung*.

IV. Der Hodentumor

1. Epidemiologie

Jährlich erkranken zwei bis drei pro 100 000 Männer an einem Hodentumor (USA und Europa). Beim 20- bis 34jährigen machen die germinalen Hodentumoren ein bis zwei Prozent der malignen Geschwülste des Mannes aus.

Statistiken aus den USA zeigen 1972 1700 Neuerkrankungen und 700 To-

TIEFENWIRKUNG

hyperämisierendes Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-Therapie

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

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

Marament® Balsam N

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

Gegenanzeigen:
Bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern Langzeitbehandlung auf großen Flächen vermeiden; ebenso bei vorgeschädigter Niere.

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

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

WIDER

Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

desfälle aufgrund eines malignen Hodentumors.

Die Häufigkeit, bezogen auf das Lebensalter, ist dreigipfelig: Bis zu zehn Jahren der erste Gipfel, der zweite Gipfel zwischen 20 und 40 Jahren und der dritte Gipfel ab 60 Jahren und aufwärts. Zwei bis drei Prozent der Hodentumoren kommen bilateral vor. Daran sollte man denken. Außerdem ist entscheidend, daß die Häufigkeit beim kryptorchen Hoden fünf- bis 100mal höher liegt, im Mittel 33mal, als im normel deszendierten Hoden!

Gründe: Entweder Dysgenesie des maldeszendenten Hodens oder mangelnde Untersuchungsmöglichkeit des nicht palpablen Hodens.

2. Onkologische Kennzeichen

In der Regel kommt der junge Patient zum Arzt, weil ihm beim Baden eine schmerzlose Schwellung oder eine veränderte Konsistenz durch eigenes Tasten aufgefallen ist (80 Prozent). Dumpfes Schweregefühl wird angegeben, außerdem Schmerz oder Ziehen in der Inguinalgegend. Der *akute Schmerz* ist in zehn Prozent vorhanden. Zeichen sind die Epididymitis oder Orchidoepididymitis bzw. die Hydrocele testis.

Die Früherkennung des Hodentumors durch Aufklärung des Patienten, wie immer wieder Abtasten der Gonaden im Bad, ist eine der einfachsten Methoden der Vorsorgeuntersuchung.

Man beachte als weitere Hinweise: Metastasenbeschwerden, wie supraklavikuläre Lymphknotenmetastasen (zwei bis 24 Prozent), pulmonale Beschwerden oder gastrointestinale Beschwerden wegen retroperitonealer Lymphknotenmetastasen, fallen ebenfalls in diesen Kreis, desgleichen Gynäkomestie mit oder ohne Erhöhung des Choriongonadotropins (zwei bis zehn Prozent).

Entscheidend für den Verlauf des germinalen Hodentumors ist seine lymphogene Metastasierung, d. h., die erste Lymphknotenstation liegt hoch und nicht inguinal, so daß bereits frühzeitig über den Ductus thoracicus mediastinale, supraklavikuläre, zervikale oder axilläre Lymphknotenmetestasen entwickelt werden können. Inguinale Lymphknotenmetastesen kommen nur vor, falls eine Umkehr des Lymphflusses durch Skrotalerkrankungen oder vorausgegangene Leistenbruchoperation stattgefunden hat.

Merke: Wichtig für den erstuntersuchenden Arzt: Junge Männer mit uncharakteristischen Hodenbeschwerden, mit Hydrocele testis oder einer auf die normale antibiotische Therapie nicht ansprechenden Orchidoepididymitis bzw. kleinen Konsistenzunterschieden müssen solange eis Hodentumorverdachtsfälle gelten, bis die Hodenfreilegung einen Hodentumor ausschließt. Spermographische oder sonographische Untersuchungen geben hier keine eindeutige Diagnose, Probepunktionen des Hodens müssen abgelehnt werden.

Die in der Diegnostik heute spezifischen Tumormarker sind

— das Alpha-Fetoprotein und

— das humane Choriongonadotropin, welches jedoch ein gut ausgestattetes Labor verlangt.

Diese Tumormarker sind in der Verlaufskontrolle der Tumorbehandlung angezeigt, sind jedoch nicht als Screening-Test anwendbar.

Zusammenfassung

Nierentumor (Parenchymtumor), Urotheltumor des Nierenbeckens, der ableitenden Harnwege und der Blase (Blasenkarzinom), Prostatakarzinom und Hodentumor wurden nach Kenntnis der bisherigen epidemiologischen Fakten, der onkologischen Kennzeichen bzw. Symptome und der modernen TNM-Klassifizierung dargestellt. Wir haben gesehen, daß beim Nierentumor und beim Blasentumor die Hämaturie ein führendes Zeichen sein kann. Wir konnten zeigen, daß beim Blasentumor Risikopatienten aufgrund unseres bisherigen epidemiologischen Wissens eingegrenzt werden können. Wir haben gezeigt, und es ist bekannt, daß die Prostata, insbesondere die dem Karzinom ausgesetzte Außendrüse mit dem tastenden Finger leicht zugänglich ist und exakt untersucht werden kann. Wir haben dargelegt, daß gerade der Hodentumor unter einer Reihe von Masken auftreten kann und deshalb früh dem palpierenden Finger des aufgeklärten Patienten und des Arztes zugänglich ist. Deshalb ist die Vorsorgeuntersuchung oder die Früherkennung von Urogenitaltumoren beim Mann polyvalent. *Ein Arbeitsgang* kann sinnvoll zur Frühdiagnose des Urogenitalkrebses beitragen:

1. Inspektion und Palpation der Leistendrüsen bedeutet mögliche Früherkennung von Penis- oder Hodentumoren.

2. Die *rektale Untersuchung* kann die Verdachtsdiagnose und damit die Früherkennung eines Prostatakarzinoms bewirken. Ein tiefsitzendes Rektumkarzinom kann ausgeschlossen werden, die Beurteilung eines möglichen Prostataadenoms ist möglich.

3. Die *Harnuntersuchung* bei Mikro- und Makrohämaturie kann die Verdachtsdiagnose und die Frühdiagnose von Nieren- und Blasentumoren einleiten. Hier sind einfache Screening-Verfahren mit Sticks möglich.

4. Pathologische Zellverbände lassen sich oft im Nativurin unter dem Mikroskop nachweisen und bieten dem Erfahrenen die Chance, durch entsprechende Färbungsmethoden auch hier bereits in den Gang der Früherkennung einzugreifen.

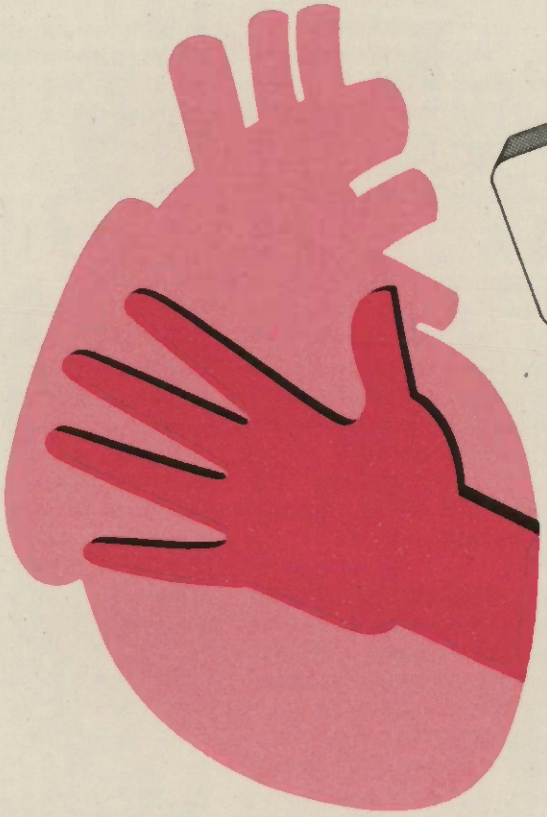
Ich fasse zusammen: Früherkennung urogenitaler Tumoren bedeutet das Wissen um die Möglichkeiten oft banaler Symptome, um eine spezifische Anamnese und die Kenntnis einfacher, oft in einem Arbeitsgang in der Praxis durchführbarer Untersuchungsverfahren.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. W. *Lutzeyer* und Dr. G. *Durben*, Goethestraße 27/29, 5100 Aachen

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack® Retard



Nitro Mack® Retard forte

Seda Nitro Mack® Retard

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

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

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

Wechselwirkungen: Durch Seda Nitro Mack Retard kann die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka verstärkt werden. Cumarin-Derivate, Griseofulvin und orale Kontrazeptiva erleiden einen beschleunigten Wirkungsverlust. Während einer Antikoagulantien-Therapie erfordern Barbituratgaben daher eine genaue Kontrolle der Blutgerinnungswerte. **Hinweis:** Seda Nitro Mack Retard kann, auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch, das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierung:** Im allgemeinen 2–3 Kapseln täglich. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,95; O.P. mit 100 Kapseln DM 32,50; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 28,10; O.P. mit 100 Kapseln DM 49,45; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Seda Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 19,80; A.P. mit 5 x 50 Kapseln.

(Stand Febr. 1981)

Das chronisch niereninsuffiziente Kind*

Behandlung – Prognose – Rehabilitation

von K. Pistor

Aus der Abteilung für pädiatrische Nephrologie (Direktor: Professor Dr. med. H. *Olbing*) der Kinderklinik des Universitätsklinikums der Gesamthochschule Essen (Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. med. U. *Stephan*)

Mit der Einführung aktiver Behandlungsmethoden (Dialyse und Transplantation) in die Pädiatrie hat sich die Lebenserwartung chronisch niereninsuffizienter Kinder erheblich verbessert. Deshalb gewinnen Fragen der Rehabilitation besondere Bedeutung. Die Situation des von der Dialyse abhängigen Kindes kann heute

1. durch frühzeitige Diagnose und langfristige Betreuung im Vordialysestadium,

2. sich nicht mit der Durchführung der Dialysen allein erschöpfenden umfassenden Betreuung und

3. nach erfolgreicher Nierentransplantation verbessert werden.

Frühdiagnostik und langfristige konservative Behandlung ermöglichen, Symptome und Komplikationen der chronischen Niereninsuffizienz zu vermindern sowie das Kind und seine Familie auf die spätere Dialysebehandlung vorzubereiten. Die Langzeitbetreuung des Kindes kann in Zusammenarbeit von Hausarzt und Kliniknephrologen erfolgen. Damit wird dem zeitlebens von ärztlicher Behandlung abhängigen Kind unnötige Hospitalisierung erspart. Die konservative Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz soll nur kurz erwähnt werden: die urämische Osteopathie muß bereits frühzeitig ab einer Verminderung der Kreatinin-Clearance auf weniger als 50 ml/min/1,73 m² K.O. mit 1000 E. Vitamin D pro m² Körperoberfläche behandelt werden. Die Vitamin D 3 Substitution soll mit progredienter Niereninsuffizienz individuell gesteigert werden. Bei einer glomerulären Filtrationsrate unter 20 ml/min/1,73 m² Körperoberoberfläche sind 5000 E. Vitamin D 3 pro m² Körperoberfläche notwendig, bei bereits dialysepflichtigen Kindern 20 000 bis 50 000 E. Vitamin D 3 pro Tag. Regelmäßige Kontrollen der Calcium-Tagesausscheidung im Harn sind obligat. Eine Verminderung der Vitamin D Substitution wird notwendig, wenn die Calcium-Ausscheidung auf das Zweifache des Ausgangswertes angestiegen ist. Überdosierungen sind mit der Gefahr einer Nephrokalzinose verbunden. Wirksamere Vitamin D Metaboliten werden wegen ihrer geringen therapeutischen Breite noch nicht allgemein bei Kindern angewendet.

Phosphatbindende Medikamente (Aluminiumhydroxyd) werden eingesetzt, wenn die Serumphosphatwerte im oberen Normbereich liegen. Die Dosierung der phosphatbindenden Medikamente muß individuell erfolgen, wesentlich ist die Gabe des Aluminiumhydroxyd (z. B. Aludrox , Alu-Cap®, Phosphalugel®) jeweils zu den Mahlzeiten.

Die renale metabolische Azidose behandeln wir mit oraler Gabe von Natriumbikarbonat oder Acetolyt® bei regelmäßiger Kontrolle der Blutgaswerte. Die Ernährung des Kindes sollte hochkalorisch sein. Eine Verminderung der täglichen Eiweißzufuhr auf 1 g/kg Körpergewicht bei Schulkindern und auf 1,5 g/kg Körpergewicht bei Kleinkindern pro Tag empfehlen wir erst ab Harnstoff/Stickstoffwerten über 80 bis 100 mg/dl. Unter eiweißreduzierter Kost geben wir regelmäßig essentielle Aminosäuren oder deren Ketoanaloga. Spezielle Diätformen (Kartoffel-Ei-Diät, Schwedendiät), die bei Zufuhr relativ geringer Eiweißmengen ein Defizit essentieller Aminosäuren vermeiden, haben sich wegen der für Kinder monotonen Speisefolge nach unseren Erfahrungen nicht bewährt.

Die im Vergleich zu Erwachsenen ausgeprägtere nephrogene Anämie macht streng indizierte Entnahme möglichst kleiner Blutmengen notwendig. Die Anämie ist in der Regel normochrom. Intestinale Mikroblutverluste, Hämaturie, Epistaxis sowie zu große oder zu häufige Blutentnahmen können eine Eisensubstitution erfordernde Sideropenie verursachen.

Die Ätiologie des von Dauer und Schwere der CNI abhängigen Minderwuchses ist multifaktoriell: Neben Osteopathie und Anämie sind unterkalorische Ernährung, Azidose, endokrine Störungen sowie die Urämitoxine Teilursachen.

Die arterielle Hypertonie stellt einen entscheidenden Risikofaktor quoad vitam dar und kann durch eine Nephroangiosklerose die Zunahme der chronischen Niereninsuffizienz beschleunigen. Deshalb ist eine energische Hochdruckbehandlung unumgänglich.

Von gleicher Bedeutung wie diese hier angedeuteten konservativ medizinischen Behandlungsrichtlinien ist die Information des Kindes und seiner Familie auf die aktuellen Möglichkeiten einer integrierten Behandlung mit Zentraler Heim- und Nieren-Dialyse, Heimdialyse, Verwandten-Nieren oder Verstorbenen-Nierentransplantation im Terminalstadium der chronischen Niereninsuffizienz. Frühzeitige und schrittweise Informationen lassen die zahlreichen sich mit der Dialysepflichtigkeit des Kindes ergebenden Probleme leichter lösen. Erfahrungsgemäß dauert es Monate, bis Eltern und Kind die chronische Krankheit seelisch akzeptieren und lernen, mit der Krankheit zu leben. Diese Zeitspanne, in der die Familie von Ängsten, Fragen und Zweifeln geplagt wird, kann für eine sinnvolle Vorbereitung intensiv genutzt werden. So sollen bei einer Entscheidung für die Verwandten- oder Verstorbenen-Nierentransplantation die Voruntersuchungen noch während der Vordialysephase der CNI vorgenommen werden. Damit kann die spätere Wartezeit unter Umständen abgekürzt werden. Bei Tendenz der Familie für die Heimdialyse können Eltern und Kinder auf die Vor- und Nachteile dieser Behandlungsform hingewiesen und bereits mit der Methodik vertraut gemacht werden.

Die Wahl des geeigneten Zeitpunktes für die Anlage eines Gefäßzugangs darf nicht versäumt werden. Wir bevorzugen heute auch bei jungen Kindern die subkutane Fistel

*) Nach einem Vortrag anläßlich eines Kolloquiums der Kinderkliniken der Universität München

nach Brescia und Cimino am Unterarm, da sie die freie Bewegungsfähigkeit der Fistelextremität bei Spiel, gegenüber der Alternative „Scribner-Shunt“ mit epikutanen arteriovenösen Schlauchverbindungen weniger infektions- und thrombosegefährdet ist. Diese Fistel wird von uns bei Serum-Kreatininwerten zwischen 6 und 7 mg/dl in Lokalanästhesie angelegt.

Hinweise auf die durch das Bundessozialhilfegesetz gegebenen Möglichkeiten finanzieller und steuerlicher Erleichterungen sind für viele Familien von großer praktischer Bedeutung. Bereits bei leichten Funktionsstörungen (Kreatinin i. S. unter 1,5 mg/dl) wird eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bestätigt.

Diese Aspekte einer möglichen Langzeitbetreuung chronischer niereninsuffizienter Kinder entsprechen nicht der Realität. Von 1969 bis 1978 wurden in der Bundesrepublik Deutschland von 424 niereninsuffizienten Kindern nahezu 40 Prozent mit Kreatininwerten über 4 mg/dl erstmals zu konsiliarischer Mitbetreuung an eine Krankenanstalt überwiesen. Bei diesen Kindern bestanden bereits behandlungsbedürftige Symptome der CNI, wie z. B. Osteopathie, sofern die Behandlung nicht zuvor vom Arzt in eigener Praxis bereits eingeleitet wurde. Weitere Bemühungen um eine frühzeitig einsetzende gemeinsame Betreuung von niedergelassenem Arzt und Kliniknephrologen sind notwendig. Dabei ergeben sich neue Aufgaben für den niedergelassenen Arzt, der insbesondere im Vordialysestadium der CNI mit Informationen der ihm vertrauten Eltern und Übernahme eines Teils der Laboruntersuchungen Spezialambulanzen entlasten, Wegezeiten zu den Kliniken ersparen und damit auch zur Kostendämpfung beitragen kann.

Die Indikation für den Beginn der Dialysebehandlung ist gegeben, wenn das Kind Symptome der chronischen Urämie, wie Mattigkeit, Konzentrationsschwäche, Nachlassen des Appetits oder Übelkeit, aufweist. Spätestens sollte bei einer Kreatinin-Clearance von weniger als 5 bis 3 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche oder bei Kreatininwerten über 10 mg/dl die Dialysebehandlung eingeleitet werden. Die Technik der Dialysebehandlung ist derjenigen bei Erwachsenen vergleichbar. Bei Kindern wesentlich ist die Wahl des geeigneten Dialysators mit entsprechendem Blutschlauchsystem. Das extrakorporale Blutvolumen sollte nicht mehr als 10 bis maximal 15 Prozent des Gesamtblutvolumens betragen. Nur bei geringen Extrakorporalvolumen können Blutdruckabfall, Übelkeit und Erbrechen während der Dialyse dem Kinde erspart werden. Die Hämofiltration ist für diejenigen Kinder geeignet, bei denen während der Dialyse mit Ultrafiltration hypotone Kreislaufregulationsstörungen bei geringem Extrakorporalvolumen auftreten.

Hämodialyse und Hämofiltration werden in der Regel ambulant durchgeführt. Während der Behandlung erhalten die Kinder individuellen Schulunterricht und werden beschäftigungstherapeutisch betreut. Eine Förderung des Schulunterrichts an der Heimatschule, den die Kinder ein- bis zweimal wöchentlich versäumen, muß durch einen individuellen Nachhilfeunterricht bei der Dialyse erfolgen. Bei unzureichenden Schulleistungen wird die Berufsfindung für Jugendliche weiter erschwert. Frühzeitige Eignungstests in Zusammenarbeit mit den Arbeitsämtern und Berufsberatern sind notwendig. Im Einzelfall stößt die Stellenvermittlung dennoch auf Schwierigkeiten. In Nordrhein-Westfalen haben sich einige Konzerne inzwischen bereit erklärt, dialysepflichtige Jugendliche – ungeachtet ihrer Krankheit – einzustellen und ihnen bei ausreichenden Leistungen während der Ausbildungszeit eine Weiterbeschäftigung zu ermöglichen. Damit sind Ansätze geschaffen, in diesem Land nach Anschluß weiterer Großfirmen ein Verbundmodell für die Vermittlung von Ausbildungsplätzen zu entwickeln.

Unseres Erachtens können nur relativ wenige Kinder mit der Heimdialyse besser als unter ambulanter Klinikdialyse rehabilitiert werden. Die Vorteile der Heimdialyse sind größere Unabhängigkeit von der Klinik, Zeitersparnis bei langen Anfahrtswegen in die Klinik und damit bessere Reintegration des Kindes in Familie und Schule. Diesen Vorteilen stehen ein mindestens dreimonatiges Heimdialysetraining, bei dem Mutter oder Vater dreimal wöchentlich die Dialysebehandlung erlernen müssen sowie eine in Heimdialyse permanente psychische Anspannungssituation der Familie entgegen. Die Fistelpunktion und die Belastungssituation der Eltern zuhause kann durch regelmäßigen Kontakt mit der Klinik gemildert, jedoch den Eltern nicht abgenom-

Cholezystitis • Hepatopathien • Gastritis

Galloselect

- entzündungshemmend
- spasmolytisch
- sedativ
- mild-abführend

Indikationen: Entzündliche Erkrankungen der Gallenblase, der Leber (Hepatitiden aller Art) und deren degenerative Erkrankungen. Steingallen, Dyskinesen, Stauungen in der Galle und im Pfortadergebiet mit Folgeerscheinungen. **Kontraindikationen:** Bei Gravidität ist Vorsicht geboten! **Zusammensetzung:** 1 Dragée enthält: Extr. Chamomillae 5 mg, Extr. Cardui marianae 5 mg, Extr. Chelidonii 5 mg, Extr. Taraxaci 25 mg, Extr. Cynarae 30 mg, Extr. Rhei 50 mg, Fel Tauri 50 mg, Ol. Menthae piperitae 0,5 mg, Ol. Carvi 0,5 mg, Vitamin-B-Komplex 1 mg. **Dosierung:** 3–4 mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel voll in einer Tasse heißer Flüssigkeit vor den Mahlzeiten. Die Mixtur kann auch unverdünnt eingenommen werden. Dragées: 3 mal täglich 1 Dragée. **Handelsformen:** Dragées: Packung mit 50 Stück DM 10,45, Packung mit 100 Stück DM 17,15. **Auch als Liquidum im Handel!**

Hepaselect

- regenerierend
- entspannend
- abschwellend

Indikationen: Lebererkrankungen und Erkrankungen des Gallensystems. **Kontraindikationen:** Schwere Leberfunktionsstörungen, Gallenweg-Verschluß, Gallenblasenemphysem, Coma hepaticum. **Zusammensetzung:** In 100 ml sind enthalten: Lycopodium D4 20 ml, Chelidonium D4 20 ml, Carduus marianus Ø 20 ml, Colocynthis D4 20 ml, Taraxacum D1 20 ml. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, 3–4 mal täglich 5–10 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen. **Handelsformen:** Tropfflasche mit 30 ml DM 8,50, Tropfflasche mit 100 ml DM 17,30.

Gastriselect®

- reizhemmend
- krampflösend
- beruhigend
- antigastritisch

Indikationen: Reizzustände der Magenschleimhaut, Gastritis, Duodenitis, Ulcus ventriculi und duodeni, Krampfzustände im Bauchraum, Tenesmen, versetzte Blähungen, spastische Obstipation. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Zusammensetzung:** In 100 ml sind enthalten: Nux vomica D4, Alumina D6, Aesculus D4, Plumbum acet. D6, Colocynthis D4 ãn 20 ml. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, 3–4 mal täglich 10–20 Tropfen in etwas Wasser zwischen den Mahlzeiten einnehmen. **Handelsformen:** Tropfflasche mit 30 ml DM 8,50; Tropfflasche mit 100 ml DM 17,30.

DRELUSO

DRELUSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Depositeur für Österreich: Magister DOSKAR Ges. m. b. H. Weimarerstr. 66 · A-1190 WIEN

men werden. Nur psychisch sehr stabile Eltern mit entsprechenden räumlichen, zeitlichen und intellektuellen Voraussetzungen sind für ein Heimdialysetraining geeignet. 90 Prozent der Eltern unserer Dialysepatienten ziehen die ambulante Zentrale Heimdialyse in der Klinik vor.

Dialysebehandlung und Nierentransplantation sind sich ergänzende Behandlungsverfahren. Endziel jeder Dialysebehandlung sollte beim Kind die Nierentransplantation sein. Die Entwicklung der Nierentransplantation setzte in Deutschland im Vergleich zum benachbarten Ausland und den USA mit Verzögerung ein. Nach eigenen Untersuchungen nahm die Anzahl der Nierentransplantationen in Deutschland jedoch rascher zu, als dies aus bisherigen Ermittlungen hervorging. Dabei wurde die mittlere Wartezeit zwischen erster Dialyse und Nierentransplantation bei Kindern zunehmend kürzer. Nur nach erfolgreicher Nierentransplantation können Kinder völlig rehabilitiert werden. Deshalb sind weitere intensive Bemühungen um eine Vermehrung der Transplantationsfrequenz in Deutschland für Kinder wie auch Erwachsene notwendig.

Abschließend soll über Erfahrungen in Essen berichtet werden: Im Oktober 1977 wurde an der kindernephrologischen Abteilung eine Kinderdialyseeinheit eröffnet. Bis heute wurden 48 Kinder mit terminal chronischer Niereninsuffizienz behandelt.

Über 5000 Hämodialysen und über 100 Peritonealdialysen wurden bei diesen Kindern vorgenommen. Die rasche Zunahme der überwiesenen Kinder zeigte rückblickend die Notwendigkeit einer Kinderdialyseeinheit in zentraler Lage im Ruhrgebiet. Die Hälfte der Kinder wurde an der kindernephrologischen Abteilung in Essen vorbetreut. 20 Prozent der Kinder wurden von anderen Dialyseabteilungen überwiesen. Bei diesen waren Osteopathieprophylaxe, Hochdruckbehandlung, Diätberatung und rechtzeitige Anlage eines Gefäßzuganges möglich. 30 Prozent der Kinder wurden mit Kreatininwerten von 8 bis 17 mg/100 dl erstmals vorgestellt. Dieser hohe Anteil spät überwiesener Kinder unterstreicht die Notwendigkeit weiterer Bemühungen um Frühdiagnostik und Langzeitbetreuung. Dennoch konnten 85 Prozent der Dialysen ambulant im Rahmen der zentralen Heimdialyse vorgenommen werden. Bei 60 Prozent der stationären Behandlungen waren Shunt- oder Fistelkomplikationen, bei 25 Prozent schwere Überwässerung mit fluid lung und/oder Hypertonie, bei 15 Prozent nicht vom Gefäßzugang ausgehende Infektionen die Aufnahmeindikation.

Seit 1978 führt die Kinderdialyse Essen für diejenigen Patienten regelmäßig Feriendialysen durch, deren Eltern mit ihren Kindern nicht in eines der Feriendialysezentren fahren können. Eine Abwechslung vom monotonen Dialysealltag, Umgebungswechsel und neue Eindrücke verbesserten das Befinden der Kinder stets deutlich.

In Essen wurden bisher bei 35 Kindern im Alter von zweieinhalb bis zu 15 Jahren Nierentransplantationen vorgenommen. Bei drei Kindern traten Transplantationsrupturen auf, die in keinem Fall zu unmittelbarem Organverlust führten. Bei drei Kindern wurde eine Nierenarterienstenose nach Transplantation erfolgreich korrigiert. Diese Kinder haben heute, drei, 26 bzw. 28 Monate nach dem Eingriff eine gute Nierenfunktion.

Wir haben von den nierentransplantierten Kindern drei Patienten verloren. Die kumulative Überlebensrate der in Essen transplantierten Kinder entspricht mit 85 Prozent nach zwei und 78 Prozent nach drei Jahren ebenso wie die Transplantatüberlebensrate von 75 Prozent nach zwei und 68 Prozent nach drei Jahren den von der EDTA für spezialisierte Zentren sowie von einzelnen Behandlungszentren mit größeren Patientenzahlen (z. B. Los Angeles) mitgeteilten Erfahrungen.

Der im Vergleich zu anderen Ländern geringe Anteil nierentransplantierter Kinder ist mit auf die Anzahl von Verwandtentransplantationen zurückzuführen. Vorteile der Verwandtentransplantation sind kürzere Wartezeiten bis zur Nierentransplantation, statistisch günstigere Transplantatüberlebensraten sowie auch bessere Patientenüberlebensraten.

Die Transplantationsergebnisse nach Verstorbenen-Nierentransplantationen zeigen jedoch in den letzten Jahren dank besserer Konservierungsmöglichkeiten und immunologischer Auswahlkriterien eine zunehmende Angleichung an die Ergebnisse nach Verwandtentransplantationen.

Die Verwandtentransplantation wird deshalb in der Bundesrepublik nur nach sehr strengen Kriterien vorgenommen. Die Möglichkeit und Risiken der Verwandtentransplantationen werden den Eltern eingehend geschildert. Besteht der Wunsch eines oder beider Elternteile nach einer Verwandtentransplantation, so werden die notwendigen Voruntersuchungen vorgenommen. Dabei erfolgen weitere Gespräche und eine psychologische Beratung. Wegen der strengen Kriterien zu einer Verwandtentransplantation wurde in Essen bisher nur bei einem Kinde eine Verwandtentransplantation vorgenommen.

Bei Kleinkindern sehen wir eine besonders dringliche Indikation zur Nierentransplantation. Bis vor wenigen Jahren wurden Kinder im Alter bis zu vier Jahren in Deutschland in der Regel nicht aktiv behandelt. Medizinische und psychosoziale Probleme schienen unüberwindbar. Diese Alterslimitierung kann heute nicht mehr verallgemeinert werden. Eine Dialysebehandlung von Kleinkindern ist nur gerechtfertigt, wenn diesen sehr rasch die Möglichkeit zur Nierentransplantation geboten werden kann.

Die integrierte Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz mit nahtlosem Übergang der präterminal konservativ zu behandelnden Niereninsuffizienz in ambulante Dialysebehandlung – unter Umständen Heimdialyse, Nierentransplantation und, wenn notwendig, Wiederdialyse – ist heute für Kinder eine realistische Möglichkeit, ein wieder lebenswertes Leben zu führen. Die Behandlung der Kinder wird erleichtert, wenn die Betreuung während der gesamten Phase der chronischen Niereninsuffizienz von den Kindernephrologen in Zusammenarbeit mit den Transplantationschirurgen, Immunologen und anderen Fachdisziplinen übernommen werden kann.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. K. *Pistor*, Oberarzt, Hufelandstraße 55, 4300 Essen

Versicherungstips von der ›Vereinigten‹

Bis 200 DM Krankenhaustagegeld
Als vorsorgebewußter Arzt sind Sie zumindest im Stationärfall gegen Heilkosten versichert. Aber wie sieht es mit den zusätzlichen Aufwendungen aus, wenn Sie in der Klinik liegen?
Hier hilft die preiswerte Krankenhaustagegeld-Versicherung, die für jeden Kliniktag eine Summe zwischen 10 DM und 200 DM garantiert. Sie leistet unter entsprechenden Voraussetzungen auch für Kur- und Sanatoriumsaufenthalte.

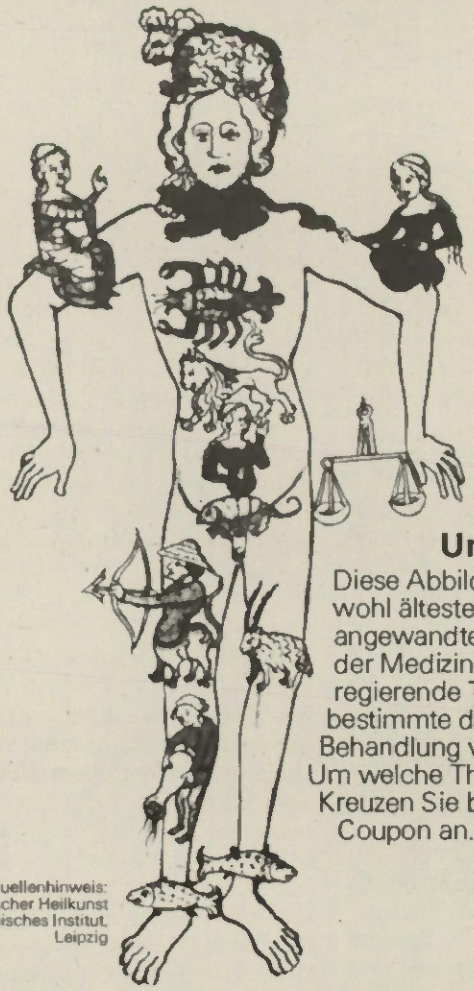
Krank Im Urlaub?
Lanzarote, 24.8.79, 17.00 Uhr: Dr. K. aus München stürzt die Hoteltreppe herunter. Diagnose: Komplizierter Beckenbruch. Per Sanitäts-Jet wird er am nächsten Tag nach München zurückgeflogen.
Kosten: 21.600 DM – 100%ig erstattet von der ›Vereinigten‹. Die kurzfristige Reisepolice mit 100%-Leistungen ist wegen des Rückhol-Services auch für ›gruppenversicherte‹ Ärzte, deren Vollversicherung weltweit gilt, interessant. Der Reise-Tarif kann problemlos und schnell abgeschlossen werden – zu einem geringen Beitrag: nur 60 Pf. pro Tag und Person.

Auch Nebeneinnahmen versicherbar
Wichtig für angestellte und beamtete Ärzte: Auch regelmäßige Nebeneinnahmen, z.B. aus ärztlicher Gutachtertätigkeit können als fester Einkommensbestandteil privat abgesichert werden. Geeignet dafür ist ein Krankentagegeldtarif mit kurzer Karenzzeit (z.B. 3 Tage), da diese Einnahmen bei Arbeitsunfähigkeit ja sofort entfallen.

Ärzte-Infodienst
Vereinigte
Krankenversicherung AG
Pressestelle
Postfach 20 25 22
8000 München 2
Telefon 089/67 85 – 0

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.

»Ein Mann zu jeder Jahreszeit«



Quellenhinweis:
Von altdeutscher Heilkunst
Englert, Bibliographisches Institut, Leipzig

Unsere Quiz-Frage:
Diese Abbildung symbolisiert eine der wohl ältesten und am häufigsten angewandten Behandlungsmethoden der Medizingeschichte. Das gerade regierende Tierkreiszeichen bestimmte den Körperteil, an dem die Behandlung vorgenommen wurde.
Um welche Therapie handelt es sich? Kreuzen Sie bitte Ihre Antwort im Coupon an.

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 eine astrologische Karte aus dem 17. Jahrhundert. Einsendeschluß ist der 30.6.1981. Der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen.

Meiner Meinung nach symbolisiert die Abbildung:
☐ Den Aderlaß
☐ Die Einreibung mit Salben
☐ Die Kauterisation

Adresse

KX9C

V. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer

Das Eröffnungsreferat für die unter dem Motto „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin" stehende Veranstaltung hatte Professor H. E. Bock, Tübingen, übernommen, der zum Thema **„Das ärztliche Gespräch"** einige kritische Gedanken vortrug. Er bemängelte, daß das ärztliche Gespräch im Verfall ist, daß es zu selten geführt wird und zu technikbezogen ist und außerdem nach Tiefgang und Thematik zu wenig menschlich geführt wird. Das Gespräch sollte nicht nur informieren, es sollte auch Vertrauen herstellen oder bekräftigen und die notwendige Rolle des Patienten als Mitarbeiter an seiner Gesundheit deutlich machen. Außerdem sollte das ärztliche Gespräch Barrieren der Angst, der Hemmung und des Mißtrauens beseitigen und es sollte im Tempo wie im Inhalt auf den Gesprächspartner Rücksicht nehmen.

Wenn es in letzter Zeit Mode geworden ist, von einem „Partnerschaftsverhältnis" zwischen Arzt und Patient zu sprechen, so bekannte Bock, daß er hiervon als Internist nicht so viel halte. Der Patient komme zum Arzt, weil er diesen für einen Sachkenner mit mehr Wissen und mehr Erfahrung, nicht aber für einen Partner hält. Allerdings sei der Patient nicht immer ein Ratsuchender, sondern manchmal auch ein zur Untersuchung Gedrängter.

Nicht der weiße Kittel, sondern die Art, wie man ihn als Persönlichkeit würdigt und mit ihm verfährt, sei hier das Entscheidende. In diesem Zusammenhang wurde betont, daß es weder nötig noch richtig sei, jede falsche Meinung des Patienten zugleich zu korrigieren — es sei denn, daß falsche Aussprüche provokatorisch und wiederholt auftauchen. Selbst dann sollte sich der Arzt bei der Anamneseerhebung lieber eines „beredten Schweigens" bedienen. Beim Therapiegespräch sei die Situation anders: Hier sollten sobald als möglich „rechtwinklige Verhältnisse" geschaffen werden. Hier sei Entschiedenheit richtig, die echter Zuwendung und Güte durchaus nicht im Wege zu stehen brauche.

Eines der Vortragsthemen des Kölner Forums war den **Suchtesten in der Neugeborenenperiode** und ihren Konsequenzen für den Arzt gewidmet, wozu Professor H. Helge, Berlin, einen Beitrag über das *Hypothyreose-Screening* lieferte. Er erinnerte daran, daß der kindliche Organismus für eine normale körperliche und geistige Entwicklung Schilddrüsenhormone benötigt, und daß eine angeborene Hypothyreose eine wesentliche Hemmung und Verzögerung von Entwicklungs- und Reifungsprozesse zur Folge hat, die nur teilweise durch eine spätere Substitutionsbehandlung behoben oder aufgeholt werden kann. Die Notwendigkeit der Durchführung eines Neugeborenen-Screening auf Hypothyreose läßt sich damit begründen, daß eine sorgfältige Untersuchung des Neugeborenen und die ärztliche Erfahrung allein nicht ausreichen, eine Unterfunktion der Schilddrüse rechtzeitig zu erkennen. Hingegen zeigen niedrige Blutspiegel der Schilddrüsenhormone oder durch deren Absinken erhöhte Konzentrationen des hypophysären Thyreostimulin (TSH) eine Unterfunktion dieser Drüse bereits vor der Geburt oder kurz danach an, auch wenn noch keine Krankheitssymptome feststellbar sind.

Wie Helge berichtete, wurde das Hypothyreose-Screening bei Neugeborenen 1973 zunächst an einigen Zentren in USA und Kanada eingeführt, einige Jahre später auch in Europa und Japan, seit 1977 erstmals landesweit für alle Neugeborenen in der Schweiz, 1980 auch als eine von den Krankenkassenverbänden anerkannte Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahme in der Bundesrepublik Deutschland. Bislang wurden in den verschiedenen Ländern etwa vier Millionen Neugeborene auf eine Unterfunktion der Schilddrüse hin getestet. Wenn man eine Häufigkeit von 1 : 4000 zugrunde legt, so konnten bereits bei etwa 1000 Säuglingen durch frühzeitige Einleitung einer Substitutionsbehandlung die schlimmen Folgen eines Hormonmangels gemindert werden. In diesem Zusammenhang wurde erwähnt, daß für einige Jodmangelgebiete der Bundesrepublik die Frequenz wesentlich höher veranschlagt werden muß, etwa auf 1 : 1000, und daß hier die Hypothyreose nicht selten mit einer Neugeborenenstruma kombiniert ist.

Durch das Screening-Verfahren wurde außerdem festgestellt, daß neben schon länger bekannten Medikamenten oder Nahrungsbestandteilen auch für harmlos gehaltene exogene Faktoren, beispielsweise die kurzzeitige Applikation jodhaltiger Desinfektionsmittel bei der Mutter oder beim Neugeborenen oder die Anwendung jodhaltiger Kontrastmittel während der Schwangerschaft, die Funktion der Neugeborenen-Schilddrüse zumindest vorübergehend beeinträchtigen können; derartige Funktionsstörungen klingen jedoch wieder ab und sind deshalb nicht behandlungsbedürftig.

Aus dem Vortrag von Professor S. Hoyer, Heidelberg, über **Pathophysiologie und Pharmakologie bei Störungen der Hirndurchblutung und des Hirnstoffwechsels** war zu entnehmen, daß Störungen der Substratzufuhr zum Gehirn oder der Substratverwertung im Gehirn zu ganz erheblichen Funktionseinbußen entweder auf neurologischem oder psychischem Gebiet führen können. Apoplektiforme neurologische Ausfallserscheinungen werden in der Regel durch Zirkulationsstörungen in den großen Hirnarterien verursacht, die zu einer Minderung der Substratzufuhr führen. Organische Psychosyndrome im mittleren und höheren Alter, sofern sie nicht durch extrazerebrale Erkrankungen ausgelöst werden, sind hingegen überwiegend durch auf zelluläre Ebene ablaufende pathologische Prozesse bedingt, welche die Substratverwertung betreffen.

Organische Psychosyndrome werden in etwa zwei Drittel der Fälle durch degenerative neuronale Veränderungen hervorgerufen, die nosologisch als einfache senile Demenz, als präsenile oder senile Alzheimersche Erkrankung angesehen werden müssen; psychopathologisch sind sie durch einen zunehmenden Verlust intellektueller bzw. geistiger Fähigkeiten gekennzeichnet. In etwa einem Viertel der Fälle liegen dem organischen Psychosyndrom morphologische Veränderungen vaskulärer Natur zugrunde, die als Multiinfarktprozesse bezeichnet werden und bei denen die klinische Symptomatik durch einen schubweisen Verlauf mit ausgeprägter Wesensänderung gekennzeichnet ist. Bei den restlichen 10 bis 15 Prozent der Patienten bestehen gleichzeitig

degenerative und vaskuläre Veränderungen des Hirngewebes, was die Prognose deutlich verschlechtert. Eine Differenzierung der verschiedenen Demenztypen ist durchaus möglich, wenn man sich auf eine exakt erhobene Vorgeschichte und auf einfach zu handhabende psychometrische Testergebnisse sowie auf Befunde der zerebralen Computertomographie stützen kann.

Aus den weiteren Ausführungen von Hoyer war zu entnehmen, daß bei organischen Psychosyndromen im mittleren und höheren Alter Stoffwechsel und Durchblutung des Gehirns in unterschiedlicher Weise pathologisch verändert sein können und Art und Umfang dieser Veränderungen von morphologischen Besonderheiten sowie von der Dauer und Schwere des Krankheitsbildes abhängig sind. Hieraus ergibt sich, daß die therapeutischen Maßnahmen im wesentlichen auf eine Beeinflussung des vorrangig gestörten Hirnstoffwechsels und nicht auf eine Verbesserung der sekundär gestörten Hirndurchblutung ausgerichtet sein müssen; hierbei sollte außerdem berücksichtigt werden, daß auch Störungen im Hirnstoffwechsel verschiedene Ursachen haben können.

Bei primär degenerativen Demenzen sollte die eine Aktivierung des zerebralen Glukosestoffwechsels angestrebt werden, was nach den Erfahrungen von Hoyer mit eiweißfreien Extrakten aus Kälberblut (z. B. Actovegin) oder mit Pyritinol (Encephabol) gelingen kann. Bei Multiinfarktdemenzen sollten die therapeutischen Bemühungen auf eine Aktivierung der Zellatmung, beispielsweise durch Piracetam (Normabrain, Nootrop), ausgerichtet sein, während bei den Stoffwechselveränderungen, die auf pathologisch erhöhtem Niveau ablaufen, eine Reduktion- bzw. Ökonomisierung angestrebt werden sollte. Ausdrücklich gewarnt wurde vor einer pharmakotherapeutischen Polypragmasie und vor einem unkritischen Einsatz von Psychopharmaka, weil hierdurch die Gefahr besteht, daß sich das Krankheitsbild eher verschlechtert.

Abschließend machte Hoyer noch einige Angaben zu den Kosten, die bei den verschiedenen Behandlungsverfahren zu erwarten sind: Bei einer umfassenden Differentialdiagnostik mit EEG, Computer-gesteuerter Tomographie und psychometrischen Tests sowie für einen etwa zweiwöchigen Klinikaufenthalt und für die ambulante Fortführung der Therapie über weitere acht Wochen müssen etwa 4000,– bis 5000,– DM veranschlagt werden. Danach kann der Patient gegebenenfalls wieder in den Arbeitsprozeß eingegliedert werden. Wenn man jedoch dementielle Prozesse als schicksalsgegeben ansieht und einen solchen Patienten wegen einer präsenilen oder senilen Demenz in ein psychiatrisches Landeskrankenhaus einweist, dann belaufen sich die jährlichen Kosten auf etwa 35 000,– bis 40 0000,– DM. Bedeutsamer als die durch differentialdiagnostische Maßnahmen zu erzielende Kostendämpfung wiegt jedoch der Umstand, daß die Lebensqualität psychoorganisch kranker Menschen im mittleren und höheren Lebensalter durch die rechtzeitige Anwendung eines geeigneten Medikaments wesentlich verbessert werden kann.

Über **Weiterentwicklungen auf dem Gebiet der Fotochemotherapie der Psoriasis vulgaris nach dem PUVA-Prinzip** berichtete Dozent Dr. P. Fritsch, Innsbruck. Die vor sechs Jahren eingeführte Fotochemotherapie hat die Behandlung der Schuppenflechte grundlegend geändert. Trotz der guten Wirksamkeit von PUVA als Monotherapie können durch Einführung eines zusätzlichen Behandlungsprinzips einige Vorteile erreicht werden, nämlich eine Beschleunigung der Initialphase zur Remission, eine leichtere Beherrschung von Rezidiven in der Folgezeit sowie die Erfassung jener Patienten, die auf PUVA allein nur unzureichend ansprechen.

Die derzeit besten Kombinationsmöglichkeiten sind:

1. Mit dem aromatischen Retinoid (AR), welches zur Erzielung eines optimalen Effektes zehn Tage vor Beginn der PUVA-Behandlung verabreicht und bei Eintreten einer Remission abgesetzt wird. Die dadurch erzielte Einsparung an UVA-Energie beträgt 50 Prozent bei einer Verkürzung der initialen Behandlungsdauer auf zwei Drittel im Vergleich zur Standard-PUVA-Therapie.

2. Die Kombination von PUVA mit Lokalapplikation von Corticoiden bietet ebenfalls einen sehr guten Verstärkungseffekt. Nach den Beobachtungen mehrerer Arbeitsgruppen, die von Fritsch bestätigt werden konnten, läßt sich hiermit eine erhebliche Verkürzung der Initialphase erreichen, die in ihrem Ausmaß den Kombinationseffekt von AR und PUVA nahekommt. Unterschiedliche Auffassungen bestehen jedoch in der Beurteilung dieser Kombination für die Erhaltungstherapie.

Im Rahmen des Kölner Forums wurde von Professor W. Kreienberg, Kaiserslautern, dem Vorsitzenden des Ausschusses „Film in der ärztlichen Fortbildung" der Fortbildungs-Filmpreis 1980 der Bundesärztekammer verliehen. Preisgekrönt wurde der Film „Beta-Blocker in der Kardiologie" der Firma Pharma Schwarz GmbH, Monheim, mit der Begründung, daß dieser Streifen „in verständlicher Form das komplizierte Prinzip der Beta-Blokkade erläutert und den Arzt über Wirkungsweise, Indikationen sowie Kontraindikationen dieser Arzneimittel informiert".

Referent:

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

RECORSAN®

RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Crataegua-Adonistherapie des Altersherzens

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

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis, Visc. alb. āā 8,7 g, Apium grav. Auricul. āā 7,3 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

in memoriam

Professor Dr. rer. nat., Dr. med. Karl Zobl

Überraschend und unverwartet ist am 5. Januar 1981 in Innsbruck Professor Zobl verstorben. Er gehörte zu der heute stark abnehmenden Generation der Ärzte, Naturforscher und Lehrer, für die die Medizin und Naturwissenschaften noch eine Einheit bildete. Mit ungetrübtem Blick und ohne Konzessionen an herrschende Strömungen des Tages überblickte er die Bereiche der Natur und ertaßte als Arzt und Naturforscher alles aus tiefstem Verstehen, Wissen und Können. Aus persönlichem Engagement leistete er sein Bestes in Forschung und Lehre. Zahlreiche Patienten, Schülerinnen und Schüler, werden immer mit Hochachtung und Dankbarkeit an seine Persönlichkeit und Leistungen denken.

Als Kliniker, Biologe, Hygieniker und Mykologe entwickelte er in Kundl/Österreich das Oral-Penicillin, so daß man heute die Antibiotika oral einnehmen kann, machte Blutkonserven virusfrei, führte die durchsichtigen Infusionssysteme aus Kunststoff ein, so daß heute Luftembolien vermieden werden, er entwickelte bakterienfreies Nahtmaterial für die Chirurgie und baute zahlreiche Laboratorien, Fabriken und Forschungsinstitute auf; Biochemie-Werk in Kundl, Biochemie-Werk und Catgut-Werk in Kairo, Catgut-Werk in Moskau, in Melsungen/Deutschland, in Mailand/Italien und anderen Ländern. Zahlreiche Schüler arbeiten weiter an seinem Vermächtnis. Auch als Lehrer an Gymnasien, Akademien, Hochschulen und Universitäten hat er vielen Generationen sein Wissen und Können vermittelt.

Am 5. November 1910 wurde er in Erlau/Österreich-Ungarn als Sohn des Johann Zobl und dessen Gattin Juliana, geborene Lier, geboren, wo sein Vater beim k. k. Inf. Reg. 60 stationiert war. Vorfahren lebten auch im bayerischen Kreis Unterfrankens bei Ochsenfurt; Melchior Z. von Guttenberg wurde 1544 zum Fürstbischof von Würzburg gewählt. Auch in Johannisburg/Südafrika leben Angehörige.

In Wien absolvierte er die Volks- und Bundesrealschule mit Abitur im Jahre 1928. An der Universität in Wien studierte er Naturwissenschaften, Chemie, Physik und andere Fächer; 1934 erfolgte das Staatsexamen, die Lehramtsprüfung in Botanik, Zoologie und Chemie und 1940 wurde er deselbst zum Dr. rer. nat. promoviert. Als Gymnasialprofessor war er von 1933 bis 1934 in Wien tätig, von 1934 bis 1938 an der Handelsakademie in Klagenfurt, von 1939 bis 1945 war er Studienrat am Staatsrealgymnasium in Mährisch-Schönberg/Nordmähren. Neben seiner weiteren Tätigkeit in Forschung und Lehre, erlitt er während seines Militärdienstes bei Fronteinsätzen schwere Verletzungen. Im Jahre 1944 schloß er an der Universität Würzburg mit dem medizinischen Staatsexamen sein Medizinstudium ab, wurde zum Dr. med. promoviert und erhielt die ärztliche Approbetion.

Während seiner Tätigkeit in Wien als Gymnasialprofessor von 1933 bis 1934, auch später mit Unterbrechungen, war er Mitarbeiter am Mykologischen Laboratorium der Dermatologischen Universitätsklinik bei Professor Zach. Auch am Naturkundlichen Landesmuseum in Klagenfurt arbeitete er von 1930 bis 1934 auf dem Gebiet der Mikrobiologie und war außerdem Mitarbeiter bei der Preßhefe- und Spiritusfabrik Fischl und Söhne in Limmersbach bei Klagenfurt, wo er technisch-mykologische Arbeiten durchführte. In der Zeit von 1940 bis 1942 arbeitete er euch wiederholt längere Zeit in Paris am Institut Pasteur und am Institut für Parasitologie bei den Professoren Brumpt und Langeron. In einigen Feldlaboratorien der Luftwaffe führte er bakteriologisch-chemische Wasser- und Lebensmitteluntersuchungen durch; er arbeitete auch auf dem Gebiet der medizinisch-bakteriologischen Diagnostik, bei der Seuchenbekämpfung, Desinfektion u. a.

In Würzburg war er von 1942 bis 1945 Mitarbeiter, Dozent und danach a. o. Professor für Hygiene am Institut für Hygiene und Mikrobiologie bei Professor Maximilian Knorr, wo er Vorlesungen und Praktika abhielt, auch an der Staatlichen Lehranstalt für Medizinisch-technische Assistentinnen bei der Universität Würzburg, desgleichen auch bei den Fortbildungskursen für Sanitätsoffiziere. Als Hygieniker arbeitete er auch am Staatlichen Untersuchungsamt in Würzburg bei Professor Leuchs. In dieser Zeit wurde durch Bombenabwürfe Würzburg zerstört. Unter seiner Leitung entstanden zahlreiche Doktordissertationen. Ab 1943 begann seine Forschung auf dem Gebiet der Antibiotika in Würzburg, die später in Kundl mit der Herstellung des Oral-Penicillins in der Therapie eine weltweite Bedeutung erlangte.

Ab 1945 war er an der Dermatologischen Universitätsklinik der Universität in Innsbruck tätig, wirkte auch als Professor an der Bundes-Handelsakademie daselbst und gab über seine Forschungen zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten heraus. Seine Berufung 1946 nach Innsbruck lehnte er ab, da er sich nun am neuen Biochemie-Werk in Kundl/Tirol der Entwicklung und Herstellung des Oral-Penicillins widmete.

Mit großen Erfolgen arbeitete er auch als Kliniker in der Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderheilkunde und Inneren Medizin. Er wurde weithin bekannt als bedeutender Diagnostiker und Therapeut. Zahlreiche Berichte und Mitteilungen, Vorträge bei nationalen und internationalen Kongressen und medizinischen Vereinigungen und Gesellschaften vermitteln einen Überblick über seine ertolgreiche klinische, Lehr- und Forschungstätigkeit. Veröffentlichungen erschienen u. a. im Archiv für Dermatologie, in der Dermatologischen Wochenschrift, in der Zeitschrift für Pflanzenkrankheiten usw.

Bemerkenswert und aufschlußreich sind auch die Dissertations- und Habilitationsschriften seiner Schüler. Sein profundes und umfassendes naturwissenschaftliches Wissen, seine Erfahrungen als bedeutender Kliniker und hervorragender Diagnostiker und Therapeut, seine selbstlose Hilfsbereitschaft, Elan, Ausdauer und Begeisterung, sein Pflichtgefühl gegenüber seinen Mitarbeitern, Patienten und Schülern spiegelt sich wider in seiner Methodik und Didaktik els Forscher und Lehrer; diese Grundlagen waren die Voraussetzungen zu seinen oben genannten Erfolgen.

Die Kranken und seine Schüler werden ihm stets ein ehrendes Gedenken bewahren.

Dr. med. H. Röhrich, Institut für Geschichte der Medizin der Universität München, Lessingstraße 2, 8000 München 2

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, Stimmungslabilität mit Leistungs-und Initiativverlust, Antriebsschwäche, Phobien, abnorme Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern, zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren. Darüber hinaus eignet sich DOGMATIL infolge seiner spezifischen Effekte auf bestimmte vegetative Zentren des Stammhirns zur Behandlung von Ulcus ventriculi et duodeni, akuter und chronischer Gastritis, Schwindelzuständen verschiedener Genese, insbesondere Morbus Ménière. GEGENANZEIGEN: Epilepsie und menische 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 Galaktorrhöen, Transpiration, Allergien, Mundtrockenheit, Übelkeit, Sehstörungen, Blutdrucksenkungen, Erregungszustände, Einschlafstörungen, sexuelle Stimulation, Gewichtszunahme, übermäßige Speichelsekretion. WARNHINWEISE: Infolge der positiven Wirkung auf das Wachbewußtsein empfiehlt es sich, DOGMATIL nicht nach 16.00 Uhr einzunehmen. DOGMATIL kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. Bei Patienten mit den Zeichen einer Herzinsuffizienz 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

SCHÜRHOLZ
1907

Personalia

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Hans Birkner, Leitender Medizinaldirektor, Lerchenbühlstraße 23, 8500 Nürnberg;

Dr. med. Otto Dahms, Oberstarzt, Stettnerstraße 34, 8000 München 90;

Dr. med. Walther Herzig, 8206 Bruckmühl-Hinrichssegen;

Professor Dr. med. Friedrich-Ernst Stieve, Lindenschmitstraße 45, 8000 München 70.

Verdienstmedaille

Dr. med. Antoinette Keßlinger, Buxacher Straße 61, 8940 Memmingen, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Otto Braun-Falco, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München, Frauenlobstraße 9–11, 8000 München 2, wurde von der Universität Gent/Niederlande die Ehrendoktorwürde für besondere wissenschaftliche Verdienste verliehen.

Dr. med. Dietrich Ganß, Allgemeinarzt, Am Rußwurm 5, 8411 Falkenstein, wurde zum 1. Vorsitzenden des Fachverbandes Deutscher Allgemeinärzte e. V. (FDA) gewählt.

Dr. med. Erwin Hirschmann, Kinderarzt, Hansastraße 134, 8000 München 70, wurde zum stellvertretenden Bundesvorsitzenden des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) gewählt.

Dr. med. Frank Mader, Allgemeinarzt, Talstraße 3, 8411 Nittendorf, wurde als Bundesgeschäftsführer des Fachverbandes Deutscher Allgemeinärzte e. V. (FDA) bestätigt.

Dr. med. Friedrich Menken, Frauenarzt, Karlsplatz 8, 8000 München 2, wurde auf dem III. World Congress of Human Reproduction der First Prize of the Golden-Slide in Reproduction verliehen.

Fakultät

München – Technische Universität

apl. Professor Dr. med. Hans-Joachim Wiendl wurde die Lehrbefugnis an der Universität Erlangen-Nürnberg erteilt. Die Lehrbefugnis an der Technischen Universität München ist damit erloschen.

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Rüdiger Disko, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene; Dr. med. habil. Peter Michael Karpf, Orthopädische Klinik; Dr. med. habil. Peter Mathes, Klinik Höhenried.

Der akademische Grad eines Dr. med. habil. wurde verliehen, nachdem in einem ordnungsgemäßen Habilitationsverfahren die Lehrbefähigung festgestellt wurde, an: Dr. med. Hans Nohl für Pharmakologie und Toxikologie; Dr. med. Alfried Schinz für Innere Medizin; Dr. med. Rudolf Schröck für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Bayerisches Ärzteorchester

Bad Neustadt/Saale: **1. Juni 1981, 20 Uhr, Stadthalle**
Neustadt/Aisch: **2. Juni 1981, 20 Uhr, Markgrafenhalle**
München: **3. Juni 1981, 20 Uhr, Herkulessaal der Residenz**

Weber: *Freischütz Ouvertüre*
Mozart: *Konzertante Symphonie für Violine, Viola und Orchester – KV 364*
Schumann: *Symphonie Nr. 1 „Frühlingssymphonie"*

Florian Sonnleitner, Violine - Jürgen Weber, Viola - Leitung: Reinhardt Steinberg

– Karten an allen öffentlichen Vorverkaufsstellen und der Abendkasse –

Das „Bayerische Ärzteblatt", das seit Jahren auf die für ein – wohlgemerkt – Laienensemble außergewöhnliche musikalische Leistung des Bayerischen Ärzteorchesters hinweist, möchte den Besuch der Konzerte dringend empfehlen.

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

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 Lungenarzt

Kronach:
1 Urologe

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

Mittelfranken

Burgoberbach, Lkr. Ansbach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Leonhard/Sündersbühl/Großreuth:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Rennweg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Gaismannhof/Muggenhof/Höfen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Altdorf b. Nürnberg, Lkr. Nürnberger Land:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ansbach:
1 Augenarzt

Feuchtwangen, Lkr. Ansbach:
1 Augenarzt

Roth, Lkr. Roth:
1 Augenarzt

Rothenburg/Tauber, Lkr. Ansbach:
1 Frauenarzt

Neustadt/Aisch, Lkr. Neustadt/Aisch-Bad Windsheim:
1 Frauenarzt

Feuchtwangen, Lkr. Ansbach:
1 HNO-Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 49 621

Unterfranken

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

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

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

Stadtprozelten oder Dorfprozelten, Lkr. Miltenberg:
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

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

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

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

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

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:
1 Hautarzt

Stadt Weiden:
1 Hautarzt

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

Niederbayern

Regen-Stadt:
1 Augenarzt

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Frauenarzt

Regen-Stadt:
1 Hautarzt

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

Schwaben

Deiningen, Lkr. Donau-Ries:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Frühkindliche Schädigungen

Alle Medien informieren seit Jahren über Schädigungen, die das Kind vor, während und nach der Geburt treffen können. Das Bewußtsein hat sich defür geschärft, daß es darauf ankommt, die Folgen solcher Schädigungen zu vermeiden, die den Lebensweg dieser Kinder und ihre Familien schwer belasten. Gezielte präventive Maßnahmen einzuleiten und zu fördern, ist deshalb die erhobene politische Forderung.

Der Bayerische Landesfrauenausschuß hat zum Problem frühkindlicher Schädigungen und ihrer Prävention und Früherkennung durch diagnostische Maßnahmen eine Stellungnahme erarbeitet, dem Bayerischen Arbeits- und Sozialministerium und weiteren politischen Gremien zugeleitet und der Öffentlichkeit vorgestellt.

Ziel dieser Initiative ist es einerseits, erkennbare Lücken möglichst rasch zu schließen, andererseits aber auch darüber aufzuklären, in welchem Umfang diagnostische und therapeutische Maßnahmen mit Erfolg bereits ein- und durchgeführt sind. Damit soll ein Beitrag geleistet werden, durch differenzierte Information die bisher mehrfach ausgelöste Beunruhigung und Verängstigung unter den Frauen abzubauen.

Diagnostische Untersuchungen zur Früherkennung von Schädigungen, die auf *infektiöse Ursachen* zurückzuführen sind (z. B. Lues, Toxoplasmose, Listeriose), werden bereits im Rahmen der Schwangerenbetreuung durchgeführt. Ebenso gehört seit vielen Jahren die Untersuchung auf *Blutgruppenunverträglichkeit* (Erythroblastose) zum Untersuchungsprogramm. Durch diese diagnostischen Feststellungen wird eine Therapie ermöglicht, die bleibenden Schaden weitgehend vermeidet.

Moderne Untersuchungsverfahren haben auch den Weg eröffnet, in besonderen Fällen das ungeborene Kind unmittelbar daraufhin zu untersuchen, ob *schwere äußerliche Mißbildungen* vorliegen (z. B. Fötoskopie). Davon wird heute bereits Gebrauch gemacht.

Durch Einbeziehung des *Hypothyreose-Screening* in den Früherkennungskatalog beim Neugeborenen ist in jüngster Zeit eine weitere diegnostische Lücke auf diesem Gebiet geschlossen worden. Diese Untersuchung erfaßt Neugeborene, deren Schilddrüsenfunktion gestört ist und die deshalb Gefahr laufen, innerhalb kurzer Zeit in irreparabler Debilität zu enden, wenn sie unbehendelt bleiben. Die frühzeitige Hormontherapie sichert den Kindern jedoch eine ungestörte Entwicklung ihrer geistigen und körperlichen Funktionen.

Nicht in gleicher Weise ist bisher die Früherkennung von Neugeborenen geregelt, die an einer angeborenen *Störung des Eiweiß- oder Kohlehydratstoffwechsels* leiden (Phenylketonurie, Galaktosämie). Auch bei diesen Erkrankungen verhindert die Therapie einen fortschreitenden geistigen und körperlichen Schaden.

Besonderes öffentliches Interesse wird in letzter Zeit auf die *Früherkennung genetisch bedingter Schäden* gelenkt. Hierbei stellen sich der breiten Anwendung der diagnostischen Maßnahmen jedoch medizinische, wirtscheftliche und personelle Schwierigkeiten entgegen. Nur ein Teil der euftretenden genetisch bedingten Schäden ist durch diagnostische Verfahren erkennbar (z. B. Mongolismus), ein anderer Teil entzieht sich bisher der Diagnostik (z. B. toxische Schädigungen). Die diagnostischen Verfehren sind überdies kostspielig und deshalb nur dann vertretbar, wenn ein gewisser und auch wesentlicher Gefährdungsgrad vorliegt, z. B. in der Altersgruppe der Schwangeren über 36 Jahre. Sie weist eine erhöhte Quote genetisch geschädigter Neugeborener mit ca. ein Prozent der Geburten auf. Überdies stellen diese Untersuchungen aber auch erhebliche Anforderungen an die Qualifikation jener Personen, die diese Untersuchungen und die dazugehörige Beretung und Aufklärung zu verantworten haben.

„Der Bayerische Landesfrauenausschuß fordert deshalb:

1. Frühzeitige, bessere und umfassendere Aufklärung über Präventivmaßnahmen und Vorsorge sowie verbesserte genetische Beratung;

2. Bessere Information über Untersuchungsmöglichkeiten während der Schwangerschaft. Förderung von genetischer Beratung und zytogenetischen Untersuchungsmöglichkeiten;

3. Ausweitung der obligatorischen Früherkennungsuntersuchungen des Neugeborenen auf weitere Stoffwechselstörungen, die Debilität zur Folge haben können (Phenylketonurie, Galaktosämie). Sie müßten in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden;

4. Verbesserung der Therapiemöglichkeiten.

Die Ärzte sollten motiviert werden, sich in der Beratung mehr als bisher auf die Ängste der Frauen einzustellen und im Rahmen ihrer Aufklärungspflicht diagnostische Möglichkeiten euszuschöpfen.

Die Frauen sollten mehr als bisher von den bereits vorhandenen Möglichkeiten der Vorsorge Gebrauch machen. Dazu ist frühestmögliche Aufklärung nötig.

Alle diese Maßnahmen können helfen, die Gesundheit für Mutter und Kind zu sichern und zu gewährleisten, daß mehr erwünschte Kinder ohne Vorbehalte geboren werden können."

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

Zurück zur Döderlein-Flora

inimur®

● trichomonazid ● antimykotisch ● antibakteriell

Überzeugende Therapieerfolge

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

durch breites Wirkspektrum

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

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

Zusammensetzung: Es enthalten 1 inimur® Dragee 200 mg Nifuratel (INN), 1 inimur® Stäbchen 250 mg Nifuratel (INN), 1 g inimur® Salbe 100 mg Nifuratel (INN). **Anwendungsgebiete:** Bei vaginalen Infektionen durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien einschließlich aller Mischformen. Entzündungen des äußeren weiblichen Genitale. Gleichartige Infektionen der ableitenden Harnwege bei Mann und Frau. Durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien bedingte Entzündungen des Penis und Präputium. **Kontraindikationen und Hinweise:** Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt. Während der oralen Behandlung ist, wie bei allen Nitrofuren-Derivaten, Alkohol zu meiden. Bei einer bestehenden Schwangerschaft können inimur-Vaginalstäbchen und inimur-Salbe verordnet werden. Eine orale Anwendung von inimur bei bestehender Gravidität, insbesondere im ersten Trimenon, wird im Sinne der heute anerkannten Richtlinien nicht empfohlen. inimur ist nicht vorgesehen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten. Woelm Pharma GmbH & Co. Eschwege.

Handelsformen und Preise*: 21 Dragees AVP m. MwSt. DM 22,25; 10 Vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 14,40; Kombipackung mit 21 Dragees, 10 Vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 32,60; 50 ml Salbe AVP m. MwSt. DM 24,40. *Stand: Januar 1981

Finanzattacke gegen Bonn

Eine Dokumentation über die Auswirkungen der Haushaltskürzungen des Bundes auf Bayern hat Finanzminister Max Streibl jetzt vorgelegt und damit gleich für landespolitischen Zündstoff gesorgt. Streibl sprach von einem katastrophalen Niedergang der Bundesfinanzen und von einem chaotischen Zustand der Bonner Finanzpolitik, aus dem sich für Bayern schwerwiegende Belastungen ergeben, die um so härter seien, als die Bundesregierung „offenbar eine gezielte Benachteiligung Bayerns" beabsichtige. Insbesondere im Verkehrsbereich dränge sich der Verdacht einer „regelrechten Strafaktion" gegen Bayern auf, sagte Streibl. Insgesamt sei das sogenannte „Sparprogramm" der Bundesregierung, soweit es sich nicht in Steuererhöhungen erschöpfe, von der Tendenz geprägt, das Defizit des Bundes auf andere, vor allem auf die Länder zu verlagern.

Infolge der Bundeskürzungen bei der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur" muß nach dem Bericht Streibls damit gerechnet werden, daß ein Investitionsvolumen von rund 500 Mio DM nicht realisiert werden kann. Auch die Finanzausstattung der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur" ist nach den Worten Streibls die niedrigste seit Bestehen dieser Gemeinschaftsaufgabe. Aufgrund der Bundeskürzungen liegen die Ansätze im Staatshaushalt (Bundes- und Landesmittel) um 108,5 Mio DM — unter Einbeziehung des Auslaufens des Programms für Zukunftsinvestitionen um 194,5 Mio DM — unter denen des Vorjahres. Hinzu komme, daß der Bund 1980 trotz bestehender Verpflichtungen seinen Anteil nicht voll erbracht, sondern in Höhe von 14,3 Mio DM erst 1981 geleistet habe, was ebenfalls den Verfügungsbetrag des laufenden Jahres belaste. Bei Berücksichtigung der Altverpflichtungen bleibe für Bayern für neubewilligte Vorhaben 1981 nur ein Betrag von 21,5 Mio DM.

Bei der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau seien nicht nur 123 geplante Neubauvorhaben mit einem Gesamtbauvolumen von 2,6 Mrd. DM infolge der Kürzungen in Frage gestellt. Nach den jüngsten Bonner Erklärungen seien auch 74 laufende Baumaßnahmen bei der Universität München, der Technischen Universität München, den Universitäten Passau, Regensburg, Bamberg, Bayreuth, Erlangen-Nürnberg, Würzburg, Augsburg sowie den Fachhochschulen München, Schweinfurt und Würzburg gefährdet. Streibl wies darauf hin, daß der Bund noch Mitte letzten Jahres die Mitfinanzierung wenigstens aller laufenden Maßnahmen zugesagt habe. Davon sei der Bund Schritt für Schritt abgerückt. Der jetzt vom Bund vorgegebene Ausgaberahmen lasse nicht einmal die Erfüllung der Hälfte der bereits vor 1981, aufgrund des bisherigen vom Bund rechtsverbindlich mitbeschlossenen Rahmenplanes, eingegangenen Verpflichtungen zu. Von Kürzungen werde auch der Wohnungsbau und der Studentenwohnheimbau getroffen.

Weitere schwerwiegende finanzielle Ausfälle sieht Streibl beim Wohnungsbau für deutschstämmige Aussiedler und DDR-Flüchtlinge, bei der Städtebauförderung und vor allem im Verkehrsbereich: Beim Bundesfernstraßenbau erreichten die Kürzungen des Bundes ein katastrophales Ausmaß. Streibl befürchtet, daß von den derzeit im Bau befindlichen rund 240 km Bundesautobahnen in Bayern bis zum Jahresende 130 bis 150 zu Bauruinen werden. Von den Kürzungen im Bundesfernstraßenbau entfallen zwei Drittel auf Vorhaben in Bayern. Für Bayern bedeute dies eine Kürzung von 21 Prozent gegenüber 1980 bei nur rund sieben Prozent Kürzung bundesweit.

Selbst die Bauprogramme der Bundesbahn werden nach Angaben Streibls überproportional gekürzt, der euch die Verringerung der Bundesmittel für den Rhein-Main-Donau-Kanal scharf kritisiert: Sie stehen in krassem Gegensatz zur Mittelausstattung für den Mittel-Weser-Kanal oder den Saar-Kanal. Schließlich gingen auch die Bundesmittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz im Bundeshaushalt 1981 gegenüber dem Haushaltsansatz des Vorjahres von 875 Mio DM auf 800 Mio DM zurück.

„Bayern kann alle diese Ausfälle nicht einfach im eigenen Staatshaushalt ausgleichen", sagte Streibl. Bayern werde jedoch alles tun, um — wo immer möglich — eine Korrektur der unverantwortlichen Kürzungspolitik des Bundes zu Lasten der Länder zu erreichen.

Die brisanten Kürzungen der Bundesmittel führten unmittelbar nach der Vorlage der Dokumentation des Finanzministers zu einer „Aktuellen Stunde" im Landtag. Die Vorsitzenden der Oppositionsfraktionen, Helmut Rothemund (SPD) und Hans-Jürgen Jaeger (F.D.P.), machten zwar kein Hehl aus ihrer Mißbilligung des Verfahrens, mit dem der Bund die Länder überrumpelt habe, andererseits bezeichneten Oppositionsredner die Argumentation der Staatsregierung als unredlich und scheinheilig, weil sie Bonn stets dann die Zustimmung versagte, „wenn es um Einnahmen geht": Die Union verurteile Steuererhöhungen und eine Ausdehnung des Kreditrahmens, verlange gleichzeitig aber auch einen Abbau der Staatsquote und Steuererleichterungen. In der weiteren landespolitischen Diskussion nannte der bayerische SPD-Chef Rothemund Streibls Vorwurf, der Bund benachteilige Bayern gezielt, als „absurd". „Die engeblich gezielt gesteuerte Benachteiligung Bayerns durch den Bund gehört in das Reich der Märchen", sagte Rothemund und nannte Streibl einen „Zahlenjongleur". In keinem Bereich sei die auf Bayern gefallene Kürzung höher, als es seinem Länderanteil entspreche. Mehr formelle Kritik übte die F.D.P., weil die Kürzungen nicht zuvor mit den Ländern diskutiert worden seien. Das Verhalten des Bundes sei zudem töricht, weil es der CSU und der Staatsregierung die Möglichkeit verschaffe, „unter Hinweis auf Bonner Verfahrenssünden eigene Versäumnisse in der breiten Öffentlichkeit vergessen zu machen".

Michael Gscheidle

Brief aus Bonn

Ehrenbergs Bremsen

Ob die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" aut ihrer Frühjahrssitzung einen Beitrag zur Kostendämptung geleistet hat, wird man erst im Herbst wissen. Ohne Zweifel hat die Politik ihren Druck aut Ärzte, Zahnärzte, Krankenkassen, Pharmaindustrie und Krankenhäuser verschärft, die Ausgaben en den Einnahmen zu orientieren. Selten hat Minister Ehrenberg seine Forderungen an die „Leistungserbringer" so deutlich tormuliert wie diesmal vor der „Konzertierten Aktion". Die Taktik ist klar: entweder tügt sich die Selbstverwaltung den Forderungen nach der Ausgabenbegrenzung und erreicht damit Beitragsstabilität, oder Ehrenberg weist die Verentwortung für das Scheitern der Kostendämpfungspolitik den Partnern im Gesundheitswesen zu und gewinnt damit Argumente tür die Verschärtung des Kostendämptungsgesetzes.

Viel spricht dafür, daß der zweite Weg vorgezeichnet ist, denn wer will daran glauben, daß es gelingen könnte, im lautenden Jahr die von der Bundesregierung im Jahreswirtscheftsbericht prognostizierte Steigerungsrate für die Lohnentwicklung von gut vier Prozent auch im Gesundheitswesen einzuhalten. Bei der vorgegebenen Lage erscheint dies nahezu eusgeschlossen. Die Konflikte zwischen der Politik und den Partnern im Gesundheitswesen werden ebenso wachsen wie die Auseinandersetzungen zwischen den „Anbietern von Gesundheitsleistungen". Der Verteilungskampf ist programmiert.

Dies ist euch die Folge der Ausgabenentwicklung im letzten Jahr. Die von Ehrenberg vorgelegten Zahlen signalisieren, daß 1980 euf breiter Front die Vorgaben der „Konzertierten Aktion" nicht eingehalten worden sind. Das bringt eine Vorbelastung für das laufende Jahr, die Ehrenberg in seiner Rechnung präsentiert. Die „Konzertierte Aktion" hatte im Frühjahr einen Spielraum tür Ausgabenerhöhungen von knepp sechs Prozent gesehen. Tetsächiich heben sich die beitragspflichtigen Löhne nur um 5,5 Prozent erhöht. Die Leistungsausgaben der Kassen sind dagegen um 8,6 Prozent je Mitglied (einschließlich Rentner) gestiegen. Daraus hat das Ministerium einen Ausgabenüberhang von insgesamt 1,73 Milliarden DM errechnet, wovon eut die Krenkenhäuser 530 Millionen DM, die Zahnärzte und Zehntechniker 440 Millionen DM, die Arzneimittel 370 Millionen DM, die Ärzte aber nur 180 Millionen DM entfallen.

Nach Ehrenbergs Zahien sind die Ausgaben tür die ambulente Behandlung 1980 um 6,7 Prozent gestiegen; bei den Ortskrankenkassen ergab sich eine Zuwachsrate von 6,4 Prozent, bei den Ersatzkassen von 7,6 Prozent. Obwohi die Ersatzkassen mit einem Gesemtanstieg der Leistungsausgaben von acht Prozent besser abschnitten als die Ortskrankenkassen mit einer Zuwachsrate von neun Prozent je Mitglied, wurden sie von Ehrenberg besonders kritisiert. Ehrenbergs Fazit: 1981 muß der Ausgabenanstieg in allen Bereichen und bei allen Kassen aut vier Prozent begrenzt werden. Aut dem Honorartopt soll der Deckel festgeschraubt werden.

Im Driginelton Ehrenberg hört sich das wie tolgt an: Die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung lagen nicht innerhelb des empfohlenen Finanzrahmens, wenn euch besser els die enderen Sektoren. Bemerkenswert sind die Unterschiede zwischen den Kassenarten. Die Ersatzkassen liegen en der Spitze. Es darf nicht argumentiert werden, daß der Finanzrahmen nur um wenige Prozentpunkte überschritten worden ist. Die Belastung summiert sich für Arbeitnehmer und Betriebe auf einen Milliardenbetreg. Die Entscheidung des Gesetzgebers, die Ausgaben im Rahmen der Grundlohnentwicktung zu halten, wer und ist nicht nur gesemtwirtschaftlich notwendig, sondern auch gesundheitspolitisch richtig.

Nach Ehrenberg stehen 1981 zusätzlich mehr als drei Milliarden DM zur Verfügung. Das sei völlig ausreichend, um das gesundheitliche Versorgungsniveau autrechtzuerhalten. Des Konzept der Kostendämpfung könne nur funktionieren, wenn elle Leistungsbereiche gleichgewichtig in das Gesamtkonzept einbezogen würden. Die von den Verhandiungspartnern für die ambulante Behandlung gewählte Form der Vergütungsvereinbarungen reiche nicht eus, den Ausgabenanstieg aut die Grundlohnentwicktung zu beschränken. Die Begrenzung der erbrachten Leistungsmengen sei unzureichend. Die Mengeneusweitung habe besonders stark bei den Ersatzkassen durchgeschlagen. Begrenzungsregelungen dürften also nicht nachträglich, sie müßten im vorhinein vereinbart werden, sagte Ehrenberg. Auch tür 1981 müsse men mit einer deutlichen Mengenausweltung bei den ärztlichen Leistungen rechnen. tm ersten Helbjahr erwartet Ehrenberg eine Erhöhung der Gesamtvergütung von sieben Prozent. Dies sei mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung nicht vereinbar. Diese erzwinge 1981 für alle Leistungsbereiche ein Stopsignal bei der Leistungsmenge. So dozierte Ehrenberg vor der „Konzertierten Aktion".

In den Emptehlungen hat sich das nicht so deutlich niedergeschlagen. Zwar hat die „Konzertierte Aktion" anerkannt, daß in ellen Bereichen zusätzliche Maßnahmen ergriften werden müßten, um Beitragsstabilität zu erreichen; konkrete Vorschläge sind eber nicht in die Empfehlungen aufgenommen worden. Die Selbstverwaltung hat ihren Handlungsspielraum behauptet. Dennoch steht außer Zweifel, daß Ehrenberg darauf bestehen wird, zur Jahresmitte die bis dahin geltenden Honorarvereinbarungen der wirtschattlichen Entwicklung anzupassen, insbesondere durch den Verzicht auf jede weitere Mengenausweitung. An eine Kürzung der Honorersätze, so scheint es, wird nicht gedacht. Zu neuen Vereinbarungen gehören immer zwei Seiten. Wenn diese sich nicht einigen, so gelten die alten Verträge fort. Viel spricht datür, daß dies am Ende das Ergebnis der „Konzertierten Aktion" sein könnte, sotern es gelingt, die Mengenausweitung in engen Grenzen zu halten.

Die Pharmaindustrie hat sich mit der Zusage aus der Schußlinie gebracht, in den nächsten zwölt Monaten ihre Preise „weitgehend" stabil helten zu wollen. Im letzten Jahr hat es einen Ausgabenanstieg um neun Prozent gegeben; davon entfallen 5,2 Prozent euf Preissteigerungen. Für 1981 gibt es einen Preisüberhang von mehr els zwei Prozent, im Januar sind die Preise abermals um zwei Prozent gestiegen. Der Ausgabenenstieg wird bis März 1982 nur dann euf die vereinbarten 4,5 Prozent zu begrenzen sein, wenn es bei den Arzneimitteln weder Preiserhöhungen noch Mengenausweitungen gibt. Das dürfte sich als Illusion erweisen.

Ehrenberg bereitet ein neues Krankenhausfinanzierungsgesetz vor. Wes daraus wird, ist ebenso often wie das, was es zur Kostendämpfung beitragen könnte. Die Pläne, Zahnersatz sowie die Heil- und Hilfsmittel in die Kostendämpfung einzubeziehen, bleiben vage. Am Ende könnte es wiederum nur darum gehen, die Ausgaben zur embulanten Behandlung zu begrenzen. Das eber wäre wohl zu wenig, um dem Konzept der Kostendämpfungspolitik em Jahresende ein positives Testat geben zu können.

bonn-mot

Amtliches

Spezialkurs für Röntgenassistenten und Assistentinnen

Erwerb der Fachkunde zur Übernahme der Verantwortung in Teilbereichen im Strahlenschutz

Medizinisch-technische Assistenten und Assistentinnen mit staatlicher Anerkennung haben die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz nach dem MTA-Gesetz und den hierzu erlassenen Ausbildungsforderungen erworben. Wenn sie jedoch als Verantwortliche in Teilbereichen im Strahlenschutz eingesetzt werden sollen, benötigen sie eine Zusatzausbildung nach 2.1.1 der Richtlinien zur Röntgenverordnung (RöV vom 1. März 1973), die inhaltlich der Anlage 1 Nr. 4 der Richtlinien entspricht. Nur nach Besuch dieses Kurses kann der Assistent bzw. die Assistentin der Aufsichtsbehörde als „Verantwortlicher bzw. Verantwortliche im Strahlenschutz" gemeldet werden und hierdurch den Arzt entlasten.

Der Strahlenschutzkurs dauert – einschließlich der praktischen Übungen – 48 Stunden; die Lehrinhalte sind im einzelnen festgelegt und umfassen Röntgendiagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin.

Die Bayerische Landesärztekammer führt im Einverständnis mit dem Bayerischen Landesamt für Umweltschutz den hierfür erforderlichen 48-stündigen Spezialkurs am Institut für Radiologie der Universität Erlangen-Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. Dr. H. Pauly) vom **30. November bis 5. Dezember 1981** durch.

Wir bitten interessierte Kolleginnen und Kollegen, ihre Mitarbeiter u m g e h e n d bei der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-288 (Frau Wanger) schriftlich oder telefonisch voraus anzumelden, da der Kurs nur bei ausreichender Teilnahme durchgeführt werden kann.

Die Kursgebühr von DM 250,– ist dort vor Beginn des Kurses zu entrichten.

Medizingeschichte

Die Geschichte der Pathologie in München

von L. T h o r n

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 –

(Schluß)

Als Nachfolger Büngelers kam 1970 *Max Eder* nach München zurück. Eder wurde am 17. März 1925 in Landshut an der Isar geboren. Die Volksschule besuchte er in Augsburg und Mindelheim, das Gymnasium in München und Berlin. Mit mehrmaligen Unterbrechungen durch den Wehrdienst studierte er die ersten vier Semester Medizin in Berlin, wo er 1945 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Nach der Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft studierte er ein Semester an der Universität Marburg, die restlichen fünf Semester an der Universität München, wo er 1948 das ärztliche Staatsexamen bestand. 1949 promovierte er bei Ludwig Burkhardt im Pathologischen Institut der Universität München mit der Arbeit „Die Endarteriitis obliterans in der Umgebung chronischer Magengeschwüre. Ein Beitrag zur Frage anatomisch feststellbarer Ulkusursachen". Eder war zuerst bei Werner Hueck, dann bei Walter Büngeler Assistent am Pathologischen Institut der Universität München, wo er sich 1956 bei Büngeler mit der Arbeit „Der histochemische Nachweis des Fermentes Monoaminoxydase. Entwicklung einer Nachweismethode und deren Anwendung" habilitierte. Eders Arbeitsmethoden waren vor allem die Fermenthistochemie und anorganische Nachweise. Er befaßte sich mit biogenen Aminen, inkretorischen Orgenen, Tumorpathologie und mit der Pathologie des Magen-Darm-Traktes. 1962 wurde er zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Von 1966 bis 1970 war er ordentlicher Professor für Pathologie und Direktor des Pathologischen Institutes in Köln. 1970 wurde er als Ordinarius für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie und Direktor des Pathologischen Institutes der Ludwig-Maximilians-Universität nach München berufen.

Mit Eder kamen Gerhard Hübner und Baldur Wiebecke aus Köln nach München. Hübner habilitierte sich 1967 in Köln für Pathologie. 1970 wurde er zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Nach Installation einer Abschirmanlage gegen die elektromagnetischen Felder konnte das Elektronenmikroskop im Institut in der Thalkirchner Straße wieder in Betrieb genommen werden; Gerhard Hübner übernahm die Leitung der Elektronenmikroskopischen Abteilung im Münchener Pathologischen Institut. Wiebecke war 1966 mit Eder nach Köln gegangen, wo er sich 1970 habilitierte. Seine Ernennung zum außerplanmäßigen Professor erfolgte 1976.

In München habilitierten sich bei Eder 1971 Klaus Prechtel (der 1977 zum eußerplanmäßigen Professor ernannt wurde), 1973 Udo Löhrs (der 1979 außerplanmäßiger Professor wurde), 1974 Kurt Pielsticker, 1977 Klaus Remberger und 1979 Josef Michael Gokel. Als Hertha Finsterer am 1. Oktober 1977 ihre zytodiagnostische Praxis von Gröbenzell nach Starnberg verlegte und zu einer Praxis für Pathologie erweiterte, trat Klaus Prechtel dieser Praxis bei. Am 1. April 1978 wurde diese Gemeinschaftspraxis durch den Eintritt von Kurt Pielsticker nochmals erweitert.

Das Pathologische Institut wurde unter Eder weiter ausgebaut, insbesondere wurden durch Umbau der Sammlungsräume im zweiten Stock Laboratorien gewonnen. Außerdem erhielt das Pathologische Institut eine Außenstelle im Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität München.

1974 gab Eder gemeinsam mit P. Gedigk als 29. völlig neubearbeitete Auflage des Lehrbuches von H. Hamperl das „Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie und Pathologi-

Der gute Morgen beginnt am Abend davor

Der Ein- und Durchschlafsaft auf rein pflanzlicher Basis

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

Dosierung:
Wenn nicht enders verordnet: Kinder bis zum 3. Lebensjehr nehmen zum Einschleten 2 Teelöffel; Kinder vom 4.–6. Lebensjehr 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 Teelöttel; Schulkinder und Erwachsene 3mal täglich 1 Eßlöffel Sedinfant.
Hinweis für Diabetiker:
1 Eßlöffel entspricht ce. 1,8 g KH (0,15 BE); 1 Teelöffel entspricht ca. 0,9 g KH (0,08 BE).
Handelsform und Preis:
Flesche mit 100 ml Sirup DM 6,85;
Flasche mit 250 ml Sirup DM 13,35.
Stend: Juni 1980

Arzneimittel so natürlich wie möglich JOSSA ARZNEI KURT MERZ · 6497 STEINAU

schen Anatomie" heraus, in dem Eder die Kapitel „Pathologie des Wachstums und der Differenzierung", „Allgemeine Ätiologie", „Verdauungstrakt", „Weibliche Geschlechtsorgane" und „Mamma" schrieb. Stochdorph trug das Kapitel „Nervensystem" und den Abschnitt „Muskeln" im Kapitel „Bewegungsorgane" bei. 1977 erschien die 30. neubearbeitete Auflage dieses Lehrbuches. Auf dem Gebiet der allgemeinen Pathologie befaßten sich im Pathologischen Institut in den siebziger Jahren Eder, Schauer, Rabes, Wiebecke, Löhrs und Gokel u.a. mit Zellregeneration, Proliferation und Karzinogenese, Schauer und Hübner mit Reaktionen der Zellen auf Verletzungen, Pielsticker mit Immunhistologie, besonders im Zusammenhang mit Organtransplantationen, Remberger mit verschiedenen Kollagentypen. Außerdem wurden Probleme der pathologischen Anatomie bearbeitet, wobei das besondere Interesse von Eder, Wiebecke und Löhrs dem Magen-Darm-Trakt galt. Stochdorph befaßte sich mit dem peripheren Nervensystem und mit Tumoren des Zentralnervensystems. Hübner untersuchte vor allem die Ultrastruktur der Hepatozyten und der Speicheldrüsentumoren. Meister arbeitete über Leberkrankheiten; außerdem befaßten sich Meister, Remberger und Gokel mit Erkrankungen, insbesondere mit Tumoren des Bindegewebes und der Knochen. Prechtel arbeitete über Erkrankungen der Brustdrüse, Löhrs über Schilddrüsentumoren. Frau Finsterer untersuchte histologisch-zytologische Beziehungen bei verschiedenen Tumoren. Die Anzahl der jährlichen Sektionen betrug in den siebziger Jahren im Pathologischen Institut etwa 1000.

Das Pathologische Institut der Technischen Universität München

(bis 1967 Pathologisches Institut am Krankenhaus rechts der Isar in München)

1875 erhielt das Krankenhaus rechts der Isar ein neues Leichenhaus mit einem Sektionsraum, einem Beisetzungsraum, einer Sargkammer und einem Zimmer für die Leichenwärterin. Die Sektionen wurden zunächst von den Abteilungsassistenten und dann von 1895 bis 1899 von Hermann Dürck, der damals Assistent und Privatdozent am Pathologischen Institut der Universität München war, nebenamtlich durchgeführt. Die Operationspräparate wurden zur histologischen Untersuchung in das Pathologische Institut der Universität München geschickt.

Im Jahre 1900 wurde Eugen Albrecht hauptamtlicher Prosektor am Krankenhaus rechts der Isar. Unter Albrechts Leitung wurde ein kleines, aber für die damalige Zeit für alle Prosekturen vorbildliches Institut erbaut. Im Erdgeschoß wurden der Sektionssaal und die Beisetzungskapelle, im ersten Stock der Mikroskopierraum, ein chemisches und ein bakteriologisches Laboratorium untergebracht. Die Prosektur erhielt einen unterirdischen Verbindungsgang zum Krankenhauskomplex.

1904 wurde Eugen Albrecht nach Frankfurt berufen. Sein Nachfolger als Prosektor rechts der Isar wurde Hans Schmaus. Nach dessen Tod 1905 übernahm Siegfried Oberndorfer die Leitung der Prosektur rechts der Isar. Als Oberndorfer 1911 an das Krankenhaus München-Schwabing berufen wurde, wurde Hermann Dürck Prosektor rechts der Isar. 1934 trat Dürck in den Ruhestand. Sein Nachfolger wurde im Januar 1935 sein Schüler Eberhard von Praun. Von Praun hatte mit Charles Thorel im Pathologischen Institut in Nürnberg und von 1923 bis 1929 mit Dürck in München zusammengearbeitet. Von 1929 bis 1934 leitete er das Pathologische Institut und die Bakteriologisch-Serologische Abteilung in Lübeck. Er wurde als Experte des BCG-Impfzwischenfalles in Lübeck 1930 bekannt. 1939 betrug die Zahl der Sektionen in der Prosektur rechts der Isar 644, die Zahl der histologisch untersuchten Operationspräparate 975.

Als von Praun zu Beginn des zweiten Weltkrieges zum Kriegsdienst eingezogen wurde, übernahm Hermann Dürck nochmals die Leitung der Prosektur rechts der Isar. Nach dem Tode Dürcks 1941 wurden die Sektionen und histologischen Untersuchungen bis zur Rückkehr von Prauns im Oktober 1945 im Pathologischen Institut der Universität München durchgeführt.

1946 wurde in den oberen Räumen des Pathologischen Institutes am Krankenhaus rechts der Isar ein Bakteriologisch-Serologisches Institut eingerichtet, dessen Leitung Privatdozent Dr. Kurt Liebermeister übernahm.

Am 1. Oktober 1955 wurde Ludwig Burkhardt der Nachfolger von Prauns. Burkhardt befaßte sich vor allem mit klinischer Pathologie, Konstitutionspathologie, Entwicklungsstörungen und Knochenpathologie. In der Amtszeit Burkhardts wurde das Pathologische Institut weiter ausgebaut und aufgestockt und das

ZUSAMMENSETZUNG **Tabletten:** 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg; Conium D3, Ambra D8, Petroleum D8 ana 30 mg. **Tropfen:** 100 ml enthalten: Cocculus D4 7D ml; Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 10 ml. **Injektionslösung:** 100 ml enthalten: Cocculus D3 0,7 ml; Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ana 0,1 ml; Natriumchlorid 0,9 g; Aqua ad inject. 98,7 ml.
DOSIERUNGSANLEITUNG **Tabletten, Tropfen:** 3–4 mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 8–10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit initiale Stoßtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5–10 Tropfen. **Injektionslösung:** Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3-1 mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., s.c., i.c.
DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖSSEN (incl. MwSt.)
Packungen mit 50 Tabletten DM 4,63, mit 250 Tabletten DM 15,10. Tropfflaschen mit 30 ml DM 7,50, mit 100 ml DM 20,95. Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 8,66, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 14,48.

Schwindel verschiedener Genese
(besonders arteriosklerotisch bedingter)

Vertigoheel®

Kinetosen (See-, Luft-Autokrankheit)

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

Bakteriologisch-Serologische Institut erhielt ein eigenes Gebäude.

1967 wurde das Institut in die Technische Universität München einbezogen. 1968 trat Ludwig Burkhardt in den Ruhestand und *Wolfgang Gössner* wurde zum Ordinarius für Pathologie und Direktor des Pathologischen Institutes der Technischen Universität München ernannt.

Gössner habilitierte sich 1958 am Pathologischen Institut der Universität Tübingen, wo er 1963 zum außerplanmäßigen Professor ernannt wurde. Er befaßte sich zunächst besonders mit Enzymhistochemie. Seit Gössner Direktor des Pathologischen Institutes der Technischen Universität ist, arbeitet das Institut mit der Abteilung für allgemeine und experimentelle Pathologie des Institutes für Biologie der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung zusammen, vor allem werden Früh- und Spätschäden nach radioaktiver Bestrahlung untersucht, z. B. die Entstehung von Knochentumoren nach Inkorporation von Radium oder Thorium. Die Anzahl der jährlichen Sektionen betrug im Pathologischen Institut der Technischen Universität München in den siebziger Jahren etwa 400.

Das Pathologische Institut am Krankenhaus München-Schwabing

Mit dem Bau eines dritten Krankenhauses in München, des Krankenhauses München-Schwabing, wurde auch die Errichtung eines Pathologischen Institutes im Bereich dieses Krenkenhauses beschlossen. Bei der Planung des Institutes wirkte Eugen Albrecht, damals Prosektor am Krenkenhaus München rechts der Isar, mit. Nachdem Albrecht 1904 nach Frankfurt am Main gegangen war, wurde 1907 Siegfried Oberndorfer beauftragt, den Weiterbau und die Einrichtung des Institutes zu planen. Oberndorfer besichtigte zunächst im Januar 1908 die Pathologischen Institute in Chemnitz, Leipzig, Berlin und Charlottenburg, Kiel, Hamburg, Düsseldorf und Frankfurt am Main. Es entstand dann ein großzügig angelegtes Institut im Nordosten des Schwabinger Krankenhauses, ein Längsbau in ost-westlicher Richtung mit Kellergeschoß, Erdgeschoß, Obergeschoß und ausbaufähigem Dachgeschoß. Die Leichenräume, der Sektionssaal und die histologischen und bakteriologischen Laboratorien, in denen Material von den Sektionen bearbeitet wird, wurden im Ostteil des Gebäudes untergebracht und vom Kellergeschoß bis zum Obergeschoß durch einen großen Aufzug verbunden. Im westlichen Teil des Gebäudes verbindet ein kleiner Präparateaufzug den Konservierungsraum für Sammlungspräparate im Kellergeschoß mit den übrigen Stockwerken bis zum Dachgeschoß. Im Pathologischen Institut wurde auch das Zentrallaboratorium des Schwabinger Krankenhauses für chemische und für bakteriologische Untersuchungen untergebracht. Durch diese Zentralisation der Laboratorien konnten Baukosten gespart werden. Außerdem wurden auf diese Weise enge Beziehungen zwischen dem Pathologischen Institut und den übrigen Krankenhausabteilungen gewährleistet. Im Kellergeschoß liegen die Leichenräume, die Kühlanlagen, der Mazerierraum, der Verbrennungsraum, der Konservierungsraum für Sammlungspräparate, der Maschinenraum, ein Aquarium und Vorratsräume. Später wurde das Kellergeschoß durch einen unterirdischen Gang, der vor allem zum Transport der Leichen dient, mit dem übrigen Krankenhaus verbunden. Das Erdgeschoß enthält den Sektionssaal mit seinen Vorräumen, den Leichenankleide- und Aussegnungsraum mit dem Warteraum für die Leidtragenden, eine Nährbodenküche, einen Spülraum, ein Bad, einen Röntgenraum für röntgenologische Untersuchungen an Leichen und Leichenteilen, eine Dunkelkammer und eine Kleiderablage. Im Obergeschoß wurden die Laboratorien für histologische, chemische und bakteriologische Untersuchungen, das Laboratorium des Prosektors, der Demonstrations- und Sammlungsraum, das Empfangszimmer des Prosektors, das Lesezimmer, die Bücherei und ein Reserveraum untergebracht. Neben dem Pathologischen Institut wurde ein Tierstallgebäude errichtet, das in die nördliche Umfassungsmauer des Krankenhauses eingebaut wurde. Es erhielt außer den Stallräumen einen Operationsraum. Der ausbaufähige Dachreum diente els Aufbewahrungsreum für Futtervorräte. An der Südseite des Stallgebäudes wurden Freigehege angelegt.

1911 wurde Siegfried Oberndorfer Direktor des neuerbauten Pathologi-

Gute Fahrt mit

winterthur
versicherungen

Fragen Sie uns. Gerne informieren wir Sie ausführlicher.

Ich wünsche unverbindliche Auskunft über Ihre

☐ **Kraftfahrt-Versicherungen**
☐ **IVS (Internationale Verkehrs-Service-Versicherung)**
☐ **anderen Versicherungssparten, Stichwort**

Name

Straße

PLZ/Ort

Bitte ausschneiden und einsenden an:

Winterthur-Versicherungen
Abteilung Ärzteversicherung
Leopoldstraße 34–38, 8 München 40
Telefon (089) 38 36-1

schen Institutes am Krankenhaus München-Schwebing. Einmal wöchentlich hielt er für die Ärzte des Schwabinger Krankenhauses Demonstrationen, wobei der mekroskopische Teil im Sektionsseal, der mikroskopische Teil im Demonstrations- und Sammlungsraum stattfand. Als Oberndorfer 1933 nach Istanbul ging, wurde sein Schüler Ludwig Singer sein Nachfolger im Schwabinger Krankenhaus. Singer hebilitierte sich 1930 in München und wurde 1936 zum außerplanmäßigen Professor ernannt. In seinen wissenschaftlichen Arbeiten befaßte er sich besonders mit Staublungenerkrankungen, speziell mit Graphitlungen, und mit der Urogenitaltuberkulose.

Mit der Rückgabe des nach dem zweiten Weltkrieg von der amerikanischen Besatzungsmacht beschlagnahmten Schwabinger Krankenhauses, die 1954 begann und 1957 beendet wurde, begann eine umfassende Renovierung und Modernisierung aller Gebäude des Krankenhauses. Auch das Pathologische Institut wurde weiter ausgebaut. Das Zentrallaboratorium wurde in ein anderes Gebäude verlegt; nur das bakteriologische Laboratorium blieb im Pathologischen Institut. An der Ostseite des Institutes wurde ein Hörsaal angebaut, der am 18. Februar 1956 eröffnet wurde.

1961 trat Ludwig Singer in den Ruhestand. Er starb am 26. Juli 1973 im Alter von 77 Jahren.

Als Nachfolger Singers wurde Erich Lenger 1961 Chefarzt des Pathologischen Institutes am Krenkenhaus München-Schwabing. Langer kem von der Medizinischen Akedemie in Düsseldorf, wo er sich 1951 habilitierte und 1957 zum außerplanmäßigen Professor ernannt wurde. 1958 erschien seine Monographie „Die Tumoren der Kiefer und der Mundhöhle". In den siebziger Jahren wurden im Pathologischen Institut des Schwabinger Krankenhauses jährlich 850 bis 1000 Sektionen durchgeführt und etwa 25 000 Eingangspräperate untersucht, wobei gegen Ende der siebziger Jahre zu den histologischen Untersuchungen eine steigende Anzahl von zytologischen Untersuchungen kam. 1980 trat Erich Langer in den Ruhestand. Als sein Nachfolger kem Karlheinz Wurster aus dem Pethologischen Institut der Universität Heidelberg, wo er sich 1974 habilitierte.

Das Pathologische Institut am Krenkenhaus München-Harleching

1965 wurde am Krankenhaus München-Harlaching ein Pathologisches Institut gegründet, dessen Leitung Benno Stampfl übernahm. Stampfl war von 1946 bis 1956 wissenschaftlicher Assistent am Pathologischen Institut der Universität München, wo er sich 1955 habilitierte. Von 1956 bis 1965 war er Oberarzt am Pathologischen Institut des Krankenhauses München-Schwabing.

Des Pethologische Institut em Krankenhaus München-Neuperlach

Das Krankenhaus München-Neuperlach, das im Oktober 1972 eröffnet wurde, hatte zunächst kein eigenes Pathologisches Institut, sondern nur einen Sektionssaal mit zwei Nebenräumen. Die Sektionen wurden von Dr. Hanno Seib, dem Oberarzt des Pathologischen Institutes am Krankenhaus München-Harlaching, vorgenommen. Die Operationspräparate und Biopsien wurden im Pethologischen Institut München-Harlaching untersucht. Nachdem die Anzehl der für die Pathologie bestimmten Räume im Neuperlacher Krenkenhaus ellmählich vermehrt worden war, wurde am 1. März 1976 das Pathologische Institut dieses Krankenhauses eröffnet und Dr. Seib wurde zum leitenden Arzt dieses Institutes ernannt. Seib war von 1964 bis 1970 im Pathologischen Institut des Krankenhauses München-Schwabing, zunächst als Assistenzarzt, später als Oberarzt. Von 1970 bis 1976 war er Oberarzt am Pathologischen Institut des Krankenhauses München-Harlaching.

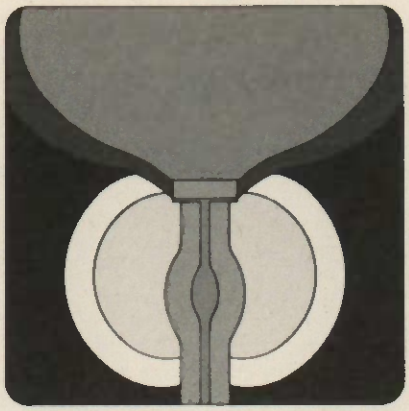
Addendum:

Herrn Dr. Dr. H. Bayerle danke ich für seine Hilfe, besonders bei der Beschreibung der Kriegsschäden und des Wiederaufbaues des Pathologischen Institutes der Universität München. Für weitere Informationen danke ich Herrn Dr. E. Keiditsch, Herrn Dr. H. Seib und Herrn Dr. H. Pitzl. Für die Abbildungen 1 und 2 danke ich Herrn Dr. H. Geith und Herrn Ludwig Maier.

Literatur bei Verfasserin

Anschrift der Verfesserin:
Professor Dr. med. L. *Thorn*, Pettenkoferstreße 11, 8000 München 2

Prostata-Adenom mit Harnverhaltung, Kongestionen, Miktionsstörungen, Blasenhalssklerose, Prostatitis chronica, Resturin, Reizblase, Zustand nach TUR



PROSTAMED®

Nebenwirkungsfreie Langzeittherapie prostatischer Erkrankungen, Besserung der Kongestionsprostatitis und der Miktionsbeschwerden. Steigerung des Uroflow, Reduzierung des Resturins,
Behandlung vor und nach Operationen.
Zusammensetzung: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. trem. 0,06 g, Kakao 0,05 g, Sacch. lact. ad 0,5 g.
Dosierung: 3mal täglich 2 - 4 Tabletten einnehmen.
Handelsform u. Preise (incl. MWSt.): 60 Tabl. DM 8,45; 120 Tebl. DM 14,48; 360 Tabl. DM 34,78
Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung, 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald

NEU
von Cilag GmbH

Tolectin® 400

Synovia-selektives Antirheumatikum

Rasch hohe Wirkspiegel im Gelenk

Lang anhaltende Wirkung im Gelenk

Normdosis: 2 x 1 Kapsel täglich

Zusammensetzungen: 1 Kapsel TOLECTIN 400 enthält 490,2 mg Tolmetin-Natrium-Dihydrat, entsprechend 400 mg Tolmetin. 1 Kapsel TOLECTIN enthält 245,1 mg Tolmetin-Natrium-Dihydrat, entsprechend 200 mg Tolmetin. **Indikationen:** Akute Reizzustände bei Arthrosen und Spondylosen, chronisch entzündlicher und extraartikulärer Rheumatismus, Traumatologie. **Kontraindikationen:** Nicht anwenden in den letzten 3 Wochen einer Schwangerschaft. Strenge Indikationsstellung im ersten und zweiten Trimenon und während der Stillzeit. Aktive Magen- und Darmgeschwüre. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Sodbrennen, Oberbauchbeschwerden, Neusee, Emesis, leichte Kopfschmerzen, Hautreaktionen, Knöchelschwellungen. Patienten, die zur Bildung eines Magengeschwürs neigen, sollen das Präparat mit Vorsicht nehmen. Bei deutlicher Niereninsuffizienz und Verdacht auf Granulocytopenie sind Kontrollen erforderlich. **Wechselwirkungen:** Keine bekannt. **Dosierung:** TOLECTIN 400: 2–4 x täglich 1 Kapsel einnehmen. TOLECTIN: 2–4 x täglich 1–2 Kapseln einnehmen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen (AV m. MwSt.):** TOLECTIN 400, Zul.-Nr.: 1050.00.00, OP mit 20 Kapseln DM 21,97, OP mit 50 Kapseln DM 47,91. TOLECTIN, Reg.-Nr.: 10623, OP mit 20 Kapseln DM 15,–, OP mit 100 Kapseln DM 63,25. Verschreibungspflichtig. Bitte fordern Sie ausführliche wissenschaftliche Informationen an.

© C 1981 Tol 81.601

Cilag GmbH
6146 Alsbach-Hähnlein 1

Ein Tetanusfall

Erlebnisbericht aus meiner indonesischen Praxis

von W. Fick

Es war an einem Mittwoch frühmorgens. Ich hatte noch vor meinem Haus den Hibiskusstrauch bewundert, der fast schon ein Baum war und täglich Hunderte von Blüten trug, die sich immer wieder erneuerten. Und ich dachte an Europa, wieviel Mühe man sich dort geben mußte mit Pflanzen und Sträuchern und Bäumen, während hier alles schneller und wie von selbst wuchs und das ganze Jahr voller Blüten war. Es gab keine Jahreszeiten: keinen Frühling, keinen Herbst und keinen Winter. Es war ewiger Sommer. Und das war es, was ein wenig müde machte. Die Abwechslung fehlte, die man von Europa gewohnt war. Die ersten Schneeglöckchen, dann die Krokusse und später die Osterglocken, die den Frühling einläuteten, darauf der Sommer mit seiner verschwenderischen Pracht und dann die Zeit, da der Malermeister Herbst mit Farbtopf und Pinsel durch die Lande ging und alles bunt malte; dann der Winter, und, wenn man Glück hatte, ein Weihnachten im Schnee.

Ich hatte meine Arbeit in der Poliklinik aufgenommen und meine drei indonesischen Krankenschwestern waren mit den täglichen Neuzugängen völlig beschäftigt, als Schwester Martha, die einzige, die englisch sprach und die die Station führte, aufgeregt hereingestürzt kam mit der Nachricht, daß ein Tetanusfall eingeliefert worden wäre.

Schwester Martha! Ich habe sie heute noch in dankbarer Erinnerung! Es war damals, als ich noch unkundig der Sprache, der Sitten, Gebräuche und Religion, nach der sich alles hier richtete, in Indonesien enkam. Unbedarfter konnte kein Elefant je in irgendeinen Porzellanladen dieser Welt treten! Mein Kollege Wasidin, der fließend deutsch sprach und nun in Pension ging, hatte ein gutes Herz. Er blieb drei Tage länger im Dienst, und in diesen drei Tagen hatte ich das Notwendigste zu lernen, wie zum Beispiel: ada batuk? haben Sie Husten? ada perut sakit? haben Sie Bauchweh? ada menteret? haben Sie Durchfall? usw. Ich begann zu verstehen, daß man erst die Sprache lernen muß, um ein anderes Volk und ein anderes Land zu verstehen, weil alles andere sonst im Oberflächlichen und Leeren bleibt. Ich denke noch heute an die Schwestern Fatima, Sitimura und Djurlan und wie freundlich und liebenswert sie mir zur Seite standen und mir halfen, wo immer sie konnten. Sie klärten mich darüber auf, daß man auch als Europäer während der islamischen Fastenzeit nicht rauchen oder öffentlich ein Butterbrot essen darf, nicht etwa deshalb, weil mir sonst etwas geschehen wäre, sondern weil es einfach zum guten Ton und zum Takt gehörte. Und sie klärten mich noch über so viele andere Dinge auf, die eine andere Welt betrafen und für mich zu wissen so notwendig waren.

Das Krankenhaus war im Bungalowstil erbaut. Zwischen den Bungalows lagen Grünanlagen und das „Teehaus", wie ich es nannte, in dem man sich mit den Kollegen jeden Morgen punkt zehn Uhr zu einem kleinen Plausch traf, bei dem man auch medizinische Erfahrungen austauschte. Daneben gab es noch alle vier Wochen Fortbildungsabende, bei denen immer zwei bis drei Kollegen einen kleinen Vortrag hielten. Ich selbst sprach einmal über die chronische Hepatitis, die zu Zirrhose und Leber-Ca führen konnte und dort sehr häufig war, nicht weil die Bevölkerung dort, es waren meist Mohammedaner, Alkohol trank, sondern weil die Virushepatitis dort eine Volksseuche war und in vielen Fällen nicht ausheilte. Ein anderes Mal sprach ich über jene Form der Herzinsuffizienz, die dort häufig ist und auf Kaliummangel zurückgeht, durch die übermäßige Transpiration in der tropischen Hitze bedingt.

Es gab bei unserem Vormittagsplausch Tee und kleine indonesische Süßigkeiten wie gebackene Bananen oder süße Reisplätzchen. Gesprochen wurde indonesisch, holländisch und englisch.

Ein- bis zweimal im Monat hatte ich Nachtdienst. Ich schlief dann im Ärztezimmer unter einem großen Moskitonetz, unter dem es sich so herrlich von den Tropen träumen ließ. Es fand sich außerdem eine ausgedehnte Bibliothek über Tropenkrankheiten in englischer Sprache, die mir sehr nützlich war. Ich erkannte damals, daß Theorie ohne Praxis keinen Sinn hatte und umgekehrt. Wer in Tropenkrankheiten fit sein wollte, mußte das theoretische Wissen haben, das aber ohne Praxis unfruchtbar blieb. Und eine drei- bis fünfjährige Praxis in Tropenkrankheiten war notwendig, um darin Bescheid zu wissen.

Ich folgte Schwester Martha nach Saal 6, auf dem der Neuzugang lag. Doch bevor ich den Kranken sah, begegnete ich seinem Vater Limtek, der im Vorraum auf mich wartete. Sein Gesicht war zerfurcht und sein Haar schon grau. Er grinste über das ganze Gesicht und das tat er immer, so oft ich ihn gesehen habe, so daß ich dachte, daß er immer so aussehen würde, ob er nun zu einer Hochzeit ging oder zu einer Beerdigung. Er konnte nicht anders. Und so würde sein Gesichtsausdruck sein, ob ich ihm nun sagte, daß sein Sohn genesen oder sterben würde.

Sein Sohn lag im Saal zusammen mit Malaria- und Typhusfällen. Er hatte schon eine Kiefer- und Nakkensteife und ich dachte, „wenn sie ihn doch ein paar Tage früher gebracht hätten".

Die Behandlung war immer gleich: Betäubungsmittel bis zur Grenze dessen, was noch mit dem Leben vereinbar war und Pencillin, nicht nur lokal, sondern intramuskulär in höchster Dosierung. Die technischen Möglichkeiten waren eben beschränkt. Aber der Erfolg sprach für die Therapie und in den acht Jahren, in denen ich etwa 10 bis 15 Tetanusfälle behandelte, habe ich

nicht einen verloren. – Der Kranke genas.

Ich hielt meinen wohlverdienten Mittagsschlaf im Hotel De Boer, in dem ich damals wohnte, bevor ich in ein eigenes Haus zog, das inmitten von Flamburybäumen, Alamanda- und Oleandersträuchen und wildwuchernden Orchideen gelegen war.

Da meldete der Bung den alten Vater, der seinen Sohn besucht hatte, dem es nun deutlich besser ging. Er grinste über sein ganzes Gesicht, so wie er gegrinst hatte, als ich ihm nur wenig Hoffnung machen konnte, kein Wunder also, daß mir sein Gesicht für immer in Erinnerung geblieben ist. Es war ein schicksalhafter Gesichtsausdruck, gegen den er nichts konnte und den man akzeptieren mußte: lächelnd oder erstaunt oder ebenfalls grinsend. Und er drückte mir die Hand und dankte mir mit überschwenglichen Worten. Zwei Tage darauf erschien eine Danksagung in der Zeitung, und das war für ihn der höchste Dank, den er mir gegenüber zum Ausdruck bringen konnte. Es war mehr als alle Geschenke, die er mir hätte bringen können.

Er begriff noch die Wichtigkeit des geschriebenen Wortes, allzusehr mißbraucht in unserer Welt der sich überschlagenden Informationen, denn er verstand noch, Worte zu lesen und an diese Worte eine heute schon fast vergessene Hoffnung zu knüpfen an Frieden und Menschlichkeit.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. W. *Fick*, Internist, 8901 Kutzenhausen Nr. 117

Äskulap und Pegasus

24. Weltkongreß der Schriftstellerärzte

In Igls/Tirol vom 3. bis 9. Oktober 1980
(Union Mondiale des Ecrivains Médecins)

Die Schriftleitung bringt im folgenden zwei Berichte über den Kongreß, um dessen Zustandekommen und erfolgreichen Verlauf sich der Generalsekretär der UMEM, unser Confrère Alfred Rottler und seine Frau verdient gemacht haben. Dafür wollen wir beiden auch an dieser Stelle unseren besten Dank sagen.

1. Die Vorbereitung des Kongresses

Als beim UMEM-Kongreß in Mergentheim 1979 nach langen Erörterungen und vielen undurchführbaren Nennungen, Frankreich – Belgien – Ungarn, mein Vorschlag Österreich = Innsbruck fiel (weil ich einige Male vom dortigen Kongreßzentrum angeschrieben worden war), waren alle Anwesenden begeistert, voran Confrère Emrich, Wien. – Er erhielt den Zuschlag.

Als Erfahrener bot ich ihm meine Mithilfe an und versuchte den Anstoß, die große literarische Gesellschaft „Der Turmbund" in unser Treffen einzubauen. Ablehnung bei Emrich und glückselige Zusage von Professor Kuprian, Präsident des Turmbundes, der größten deutschsprachigen Gesellschaft für Literatur und Kunst.

Die erste Besprechung zur Organisation war zu Ostern 1980 angesetzt. Die Präsidenten und Vizepräsidenten der UMEM reisten aus allen Hauptstädten Europas nach Igls ins Parkhotel, dem künftigen Kongreßhotel, Emrich erschien nicht. – In dieser Lage gab es zwei Möglichkeiten:

1. Den Kongreß 1980 abzublasen, was das Logischste gewesen wäre, oder

2. jetzt erst recht, weil das Ansehen und der Zusammenhalt und der Bestand der UMEM auf dem Spiel stand.

Das Präsidium beschloß den zweiten Weg, gab dem Generalsekretär Rottler grünes Licht und Vollmacht für alle nötigen Schritte und Entscheidungen. Es entwickelte sich eine schwierige Planung und eine heikle Situation, weil der „Ausländer" alles zu erledigen hatte, was für einen Einheimischen in jeder Hinsicht leichter zu schaffen gewesen wäre. Es entwickelte sich aber auch eine geradezu freundschaftliche, ideale Zusammenarbeit und gegenseitige Abstimmung mit Professor Kuprian und dessen unermüd-

bei MASTODYNIE und fibrozystischer MASTOPATHIE

mastodynon®

Resultat der Mastodynon-Therapie bei 444 Frauen mit Mastodynie, Universitätsklinik Göttingen:
In 82,8% der Fälle ein Behandlungserfolg. Jede 2. Patientin (57,8%) war völlig beschwerdefrei. Jede 4. Patientin (25%) zeigte deutliche Besserung.
[Gregl: Med. Welt 30 (1979) 264]

Indikationen: Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklusanomalien, zyklisch bedingte Migräne.
Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt.
Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Caulophyllum thalictroides D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatia D 6 10 g, Iris D 2 20 g, Litium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tinctura Condurango 10 g. (Ab D 4 wird mit 15%igem Ethanol potenziert).
Dosierung: 2mal täglich 30 Tropfen in etwas Wasser einnehmen.
Handelsformen: OP mit 50 ml DM 10,95, OP mit 100 ml DM 16,75; Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml.

Bionorica KG,
Apotheker Popp, 8500 Nürnberg 1

lich, rührigen verehrten Frau Gemahlin Vilma.

Da traf die Organisation ein schwerster Schlag. Der eben 60jährige Professor erkrankte, und zwar so schwer, daß mit dem Allerschlimmsten gerechnet werden mußte.

Das nun folgende Vierteljahr wurde zur harten Prüfung. – Aber die Vorbereitungen gingen weiter. – Ohne die Hilfe des Turmbundes wäre der diesjährige UMEM-Kongreß geplatzt.

Wir danken dafür herzlich und werden versuchen, mit ihm weiter in bester Verbindung zu bleiben.

Im übrigen: Ich halte dieses Zusammengehen und Zusammenarbeiten mit anderen, teils größeren literarischen Zirkeln für wichtig und für unsere Weiterentwicklung für lebensnotwendig. – Abkapselung isoliert. Isolierung bedeutet Rückschritt. So groß und so gut sind unsere schriftstellerischen Leistungen doch nicht, als daß sie eine Blutauffrischung nicht vertrügen und so schlecht sind sie nicht, als daß sie einen gesunden Vergleich fürchten müßten.

Das Präsidium hat inzwischen die Absicht, diese meine Anregung für alle Zukunft verwirklichen zu wollen.

Diese Vorbemerkung, wie sich das weltweite Treffen der Schriftstellerärzte dieser Welt entwickelt hat, leitet über in den Bericht an Ort und Stelle von unserer bedeutenden Lyrikerin Maria Bednara.

Vielleicht darf ich erwähnen, daß die Nummer 2 der „Musa medica" zeitgerecht erscheinen konnte. Diese Zeitung ist nach meiner Meinung unumgänglich als eine Verbindung der Confrères aus aller Welt, um die UMEM als lebensfähige Institution zu erhalten. Dazu ist aber Geld nötig, Geld, das bisher einzig von deutschen Arzneimittelfirmen durch meine Bettelbriefe hereinkam. Das ist für die Zukunft nicht denkbar.

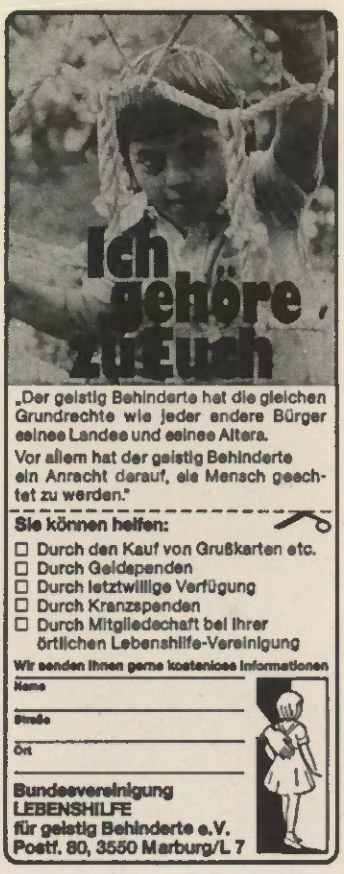
Alle UMEM-Mitglieder müssen ihre Beiträge entrichten. Wir wollen keine Schmarotzer, die auf Kosten anderer gut leben und über sie lachen. Mein Amt als Generalsekretär kann nur funktionieren, wenn genügend Mittel zur Verfügung stehen: Das habe ich vor sieben Jahren bei der Wahl in Warschau deutlich hervorgehoben.

Dr. med. Alfred Rottler,
Virchowstraße 7/II,
8500 Nürnberg

2. Der Verlauf des Kongresses

Und es wurde – nach all den großen Schwierigkeiten, die der Generalsekretär der UMEM, Dr. Alfred Rottler, bei der Vorbereitung des 24. Weltkongresses in Igls/Innsbruck hatte – dieser Kongreß der „Kongreß der Herzlichkeit". Für Alfred Rottler und seine Mühen in enger Verbundenheit mit seiner Frau Lore soll das der schönste Dank für gehabte Mißlichkeit, für das Bangen um ein Gelingen dieses Weltkongresses sein. Vielleicht haben es wenige gemerkt, welche Arbeit, welcher persönliche Einsatz hinter dem glatten Ablauf des Kongresses standen.

Aber – als wir in Igls ankamen und die Sonne nicht wußte, welches Gesicht sie heller beleuchten sollte – da spürten wir, daß uns viel Freude erwarten würde. Schon die Begrüßung von Frau Balsar, der Besitzerin des Parkhotels Igls bot Wärme und Wohlbehagen.



„Der geistig Behinderte hat die gleichen Grundrechte wie jeder andere Bürger seines Landes und seines Alters.
Vor allem hat der geistig Behinderte ein Anrecht darauf, als Mensch geachtet zu werden."
Sie können helfen:
☐ Durch den Kauf von Grußkarten etc.
☐ Durch Geldspenden
☐ Durch letztwillige Verfügung
☐ Durch Kranzspenden
☐ Durch Mitgliedschaft bei Ihrer örtlichen Lebenshilfe-Vereinigung
Wir senden Ihnen gerne kostenlose Informationen
Name
Straße
Ort
Bundesvereinigung LEBENSHILFE für geistig Behinderte e.V.
Postf. 80, 3550 Marburg/L 7

Aus neun Nationen waren Schriftstellerärzte zum Weltkongreß gekommen: Griechenland, Belgien, Frankreich, Polen, Holland, England, Schweiz, Österreich, Bundesrepublik Deutschland.

Dr. Paschke, der Schriftleiter von „Äskulap und Pegasus" im „Bayerischen Ärzteblatt" hatte sich trotz seines 75. Geburtstages eingefunden. Wir danken ihm!

Am Abend des Anreisetages fand ein Folklore-Auftakt statt, dem auch der Präsident der Österreichisch-literarischen Vereinigung „Der Turmbund", Professor Dr. Hermann Kuprian, mit Gattin beiwohnten.

Samstag morgens, 4. Oktober 1980, spielte die Stadtkapelle von Igls, die der Präsident des Österreichischen Schriftstellerärzteverbandes, Dr. Walter Emrich, in ihrer malerischen Tracht vor dem Hotel für uns musizieren ließ.

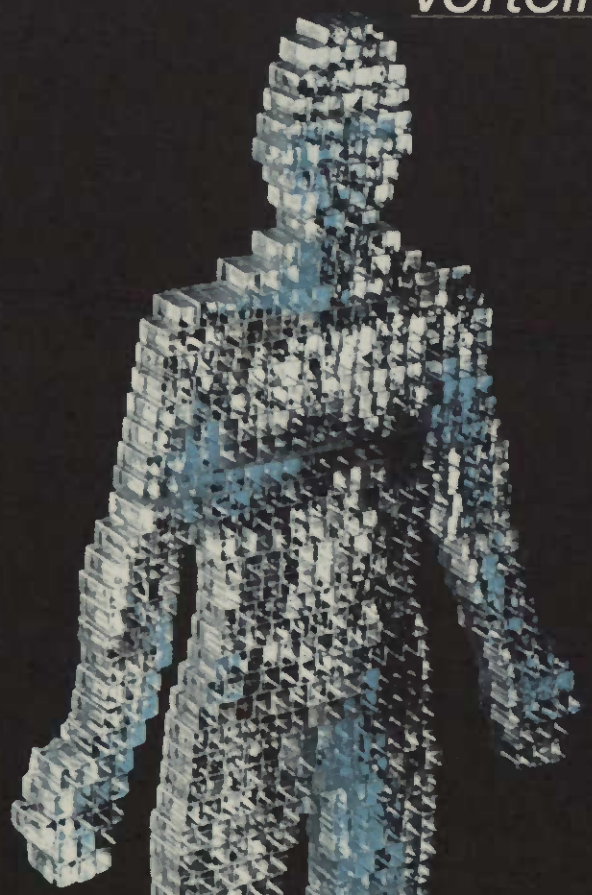
Anschließend wurde der 24. Weltkongreß der Schriftstellerärzte eröffnet.

Alfred Rottler sprach die ersten Gruß- und Dankesworte zur feierlichen Eröffnung des Kongresses. Er betonte vor allem, daß ohne die Hilfe des Ehepaares Professor Kuprian und ihrer großen Aktivität dieser Weltkongreß nicht hätte stattfinden können. Alfred Rottler hat in Professor Hermann Kuprian, dem Präsidenten des Österreichischen Turmbundes, und seiner Frau Vilma Freunde gefunden. Wie schön für uns alle. Diese Freundschaft hat die Verbindung zweier literarischer Kreise fester geknüpft und wurde ein Gewinn für alle.

Die Präsidentin der UMEM, Marguérite de Miomandre aus Brüssel, richtete herzliche Worte der Begrüßung an die Kongreßteilnehmer. Sie nahm Bezug auf das Land Österreich mit seiner Hauptstadt Wien, in welcher es einen Johann Strauß gegeben hat und einen Wiener Kongreß – und sie rief uns zu: nicht nur literarisch soll in den nächsten Tagen gearbeitet werden, der Kongreß soll auch tanzen!

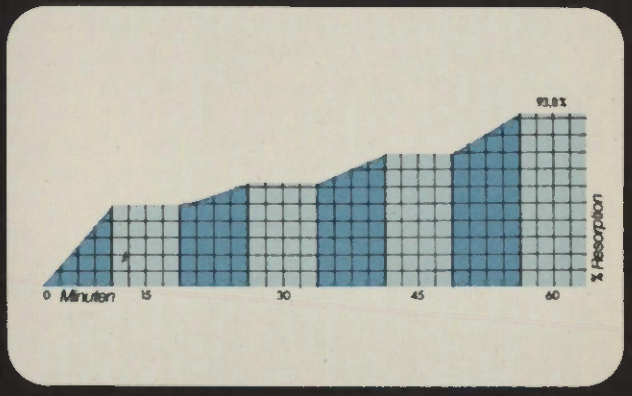
Zu unserer großen Freude war Hubertus Prinz zu Löwenstein, Präsident des Freien Deutschen Autorenverbandes, zu uns gekommen und gab uns in liebenswürdiger Weise Worte der Herzlichkeit.

Verläßliche Anxiolyse –
Vorteilhafte Pharmakokinetik



Wyeth®
Tavor

Schnelle Resorption



sofortige und maximale Anxiolyse

Wyeth

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

Es sprachen der Oberbürgermeister von Innsbruck, Dr. Lugger, und der Präsident der Ärztekammer. Den Festvortrag hielt Professor Dr. Hermann Kuprian über die Geschichte des Landes Tirol und wies anfangs darauf hin, daß alles Musische als Ergänzung des Arztberufes gelten müsse – Schönheit und Harmonie als Kontrast zu Krankheit und Tod sollten die Ärzte suchen, sei es im Wort, in der Malerei, in der Musik.

Am Abend des 4. Oktober trafen sich die Schriftstellerärzte mit dem Turmbund zu einer gemeinsamen Veranstaltung „Unter der Leselampe". Es lasen profilierte Mitglieder des Turmbundes Teile aus zwei Theaterstücken: Vilma Kuprian, Heide Birkner, Oswald Köberl. Die Autorin des ersten Stückes – Marguérite de Miomandre: „In der Liebe wie im Krieg" – ließ in geistvoller Heiterkeit die Szenen abrollen. Es handelte sich um einen skrupellosen Frauenarzt und dessen Herzensverstrickungen. Alfred Rottler zeigte in seinem an griechische Tragödien erinnernden Heimkehrerdrama die Schicksalsverkettung dreier Menschen, die frei von „Schuld" sind. Es gab viel Beifall, Heiterkeit und Besinnung. Anschließend las der Ehrenpräsident des Turmbundes, Professor Hans Faber-Perathoner aus seinem Band: „Das Auge des Einhorns" einige Gedichte, die sehr gut gefielen.

Am Sonntag, 5. Oktober 1980, fuhr uns ein Omnibus in das schöne Dorf Stams zur Besichtigung des Benediktinerklosters und der Kirche. Immer wieder beglückte uns auf der Fahrt die herrliche Landschaft. Das Wetter war sommerlich warm. Unsere Stimmung konnte nicht besser sein. Herzlichkeit, Freude, Aufgeschlossenheit füreinander – das war es!

Abends fand ein Table ronde-Gespräch mit dem Turmbund statt. Von der Weltunion der Schriftstellerärzte beteiligten sich an dieser Lesung: Marguérite de Miomandre, Bernard Schmitt, Alfred Rottler, Mery Noël las Gedichte ihres Mannes, Walter Emrich, René Kaech, Miss Ann Terry, Hellmut Jebens, Maria Bednara.

Es war ein gut gelungener Abend. Wir gingen mit dem Gefühl auseinander, daß der Austausch zwischen zwei Schriftstellergruppen gegenseitige Förderung und Verständigung mit sich bringt.

Am Montag (6. Oktober 1980), Dienstag (7. Oktober 1980), Mittwoch (8. Oktober 1980) vormittags fanden die themenbezogenen Lesungen nur im Kreis der UMEM statt.

1a) Ist die Menschheit des Friedens müde?

1b) Literatur und Medizin über dem Kampfgetöse

2. Wie sich die Geschichte und der Fortschritt der Medizin durch die Literatur zieht.

Es lasen am Montagvormittag:

Bernard Schmitt in Vertretung von Georges Medzadourian (France): L'humanité lasse de la paix

Jeam Mutafis (Grèce): L'humantié lasse de la paix

Bernard Schmitt (France): L'énergie et la paix

Constantin Dimopoulos (Grèce): L'humanité lasse de la paix

Maria Bednara (Bundesrepublik Deutschland): 4 Gedichte ... des Friedens müde – nicht müde

Constantin Kizoulis (Gréce): L'organisation active de la paix

Günther Gschwend (Suisse): Der Untergang der Menschheit

Jerzy Lutowski (Pologne): Tuer, en droit – in Vertretung von Barbara Szeffer (Pologne)

Bernhard Schnellen (Bundesrepublik Deutschland): Die Realitäten, ein Traum

Julgucz Kapuscinski (Pologne): La littérature et la Medicine au-dessous de la Mêlée

Sonderpostwertzeichen
mit Zuschlägen
FÜR DIE JUGEND '81
HISTORISCHE
OPTISCHE INSTRUMENTE

vom 10. April bis 30. September
an den Postschaltern
HELFEN SIE
bei der Bewältigung aktueller
Probleme der Jugendhilfe
VERLANGEN SIE
am Postschalter ausdrücklich
JUGENDMARKEN

Es ist nicht möglich, alle Lesungen in deutscher Sprache wiederzugeben – aber eines ist möglich, unserem lieben Freund Bernard Schmitt aus Metz großen Dank auszusprechen für seine sprachliche Betreuung. Aus dem Stegreif, wie immer, übersetzte er die Beiträge entweder ins Französische oder ins Deutsche mit einer Brillanz, die wir bei jedem Kongreß bewundert haben.

Am Nachmittag des 6. Oktober fuhren wir nach Südtirol – über Bozen nach Eppan. Professor Dr. Gruber, Präsident des Südtiroler Schriftstellerverbandes, empfing uns zusammen mit dem Wirtsehepaar Eisenstecker vor dem einladenden Hotel „Steinegger". Wir wurden im Freien unter einer schindelgedeckten Terrasse zu einem Südtiroler Imbiß und Südtiroler Wein eingeladen. Es war einfach herrlich – und unsere Vergnügtheit fand immer wieder den herzlichen Kontakt zum Nachbarn ..., dabei spielten Sprachkenntnisse oder -unkenntnisse gar keine Rolle! Anschließend fand im gemütlichen Weinkeller des Steineggerhofes eine Lesung statt.

Am Dienstag, 7. Oktober 1980, zeigte uns nachmittags nach der Lesung Professor Kuprian die schöne Stadt Innsbruck. Besonders beeindruckte uns das „Goldene Dacherl" und die schönen großen „schwarzen Manderln" in der Hofkirche.

Am Abend des gleichen Tages lud uns unser lieber Alfred Rottler zu einer Lesung ein, die teils besinnlich, teils heiter verlief. Marguérite de Miomandre moderierte und übersetzte das Vorgetragene.

Am Mittwoch, 8. Oktober 1980, blieb uns außer der Vormittagslesung nur noch eines, der festliche Ausklang des Kongresses. Vertreter der Landesregierung von Österreich und Professor Kuprian gaben uns die Ehre.

Unserem lieben Alfred Rottler, dem Generalsekretär der UMEM, und seiner Frau Lore kann ich zum Abschluß nur Dankesworte zurufen. Beide waren die goldene Uhr für uns, um die sich alles drehte.

Der „Kongreß der Herzlichkeit" ging zu Ende.

Dr. med. Maria Badnara,
Arabellahaus 15/24,
8000 München 80

Kongresse

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

Augenheilkunde

Kopfklinikum Würzburg, Universitäts-Augenklinik

Direktor: Professor Dr. Dr. W. Leydhecker

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

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 12.30 Uhr

Themen: Augensymptome bei Allgemeinerkrankungen: Wann soll der praktische Arzt einen Augenarzt bei Atigemeinleiden hinzuziehen? (Rundgespräch) — Die Differentialdiagnose des Doppeltsehens bei Erwachsenen (Vortreg) — Fehrtüchtigkeit und Sehvermögen / Farbstnnstörungen (Rundgespräch) — Die Verhütung der Erblindung bei Frühgeborenen (Rundgesprēch) — Konjunktivitis: Welche Bindehautentzündungen gehören in die Hand des Facharztes? (Rundgespräch) — Exophthalmus (Vortrag)

Letzter Anmeidetermin: 1. Juni 1981

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

Ergometrie

Klinische Abteiiung iii der Kiinik Höhenried tür Herz- und Kreisieufkrankheiten der LVA Oberbayern

Chetarzt: Dr. H. Hofmann

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

Beginn: Samstag 9.30 Uhr — Ende: Sonntag 12.30 Uhr

Das Programm umta8t praktische Übungen sowie Referate über die theoretischen Grundlagen der ergometrischen Belastungsprüfungen und ihre heutige Bedeutung in Kiinik und Praxis.

Begrenzte Teiinehmerzahi

Teilnehmergebühr: DM 90.—

Auskunft und Anmeldung:
Sekreteriet Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24 - 369 oder 24 - 370

Echokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Chetarzt: Professor Dr. D. Michel

Eintührungs- und Fortbitdungskurs in die Klinische Echokardiographie (UKG) em 23./24. Oktober 1981

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Beginn: Freitag 9.15 Uhr — Ende: Samsteg 12.00 Uhr

Kursgebühr: DM 50,—

Letzter Anmeidetermin: 13. Oktober 1981 (Posteingeng)

Ernährungsmedizin

Kurperkktinik Bad Neustadt/Saale

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

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

Beginn: Samstag 9.00 Uhr — Ende: Sonntag 12.00 Uhr

Thema: Grundlagen der Ernährungslehre sowie die daraus ableitbaren diätetischen Behandlungsmöglichkeiten

Begrenzte Teiinehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 200,- (Unterkuntt und Verpflegung sind inbegritten)

Auskunft und Anmeidung:
Fräulein Peschke, Kurparkkiinik, Kurhausstraße 31, 8740 Bad Neustadt/Saale, Telefon (0 97 71) 50 48

Innere Medizin

Medizinische Universitäts-Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. Franke

13. Fortbildungstegung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg em 9. Mei 1981

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 18.30 Uhr

Ort: Hochschuie für Musik, Hofstallstreße, Würzburg

Mai bis Oktober 1981

8./9. Mai
Onkologie, Oberaudorf

9. Mai
Innere Medizin, Würzburg

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

11. bis 16. Mai
innere Medizin, Bernried

22. bis 24. Mai
Praktische Elektrokerdiogrephie, Teii 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

Themen: Bedeutung der Langzeitbeobachtung für Forschung und Klinik — Das koronare T im EKG — Toxische Kardiomyopathie — Chronische Herzrhythmusstörungen — Periphere Verschlußkrankheit — Coiitis ulcerosa und grenulomatosa — Chronische Pankreatitis — Chronisch obstruktive Bronchitis — Asthma bronchiale — Lymphogranulomatose — Rheumatoide Arthritis — Die Bedeutung röntgenologischer Kontrolien in der Langzeitbeobachtung — Filmvortührung „Insulin in der Praxis" und Rundtischgespräch „Aktueiie Probleme der Diabetologie"

Auskunft und Anmeidung:
Sekretariat Medizinische Universitäts-Poliklinik, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 311 - 1

Innere Medizin

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislauterkrankungen der LVA Oberbayern

Direktor: Professor Dr. M. J. Helhuber

Seminar Über prexisnehe kardtotogische Prävention und Rehebilitetion vom 11. bis 16. Mai 1981

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

Onkologie

Gynäkologisch-onkologische Klinik
Bad Trissl/Oberaudorf

Leitung: Chefarzt Dr. A. Leonhardt

Klinisch-onkologisches Wochenende 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

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 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 II: Posteingang 12. Mai 1981

Sonographie

Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie am 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: 1. September 1981 (Posteingang)

Katastrophenmedizin 1981

Fortbildungsseminare für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

am 20. Mai und 24. Juni 1981 in München

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)

24. Juni 1981

Brandverletzungen und Kombinationsschäden nuklearer Kampfmittel (Versorgung von Brand- und Explosionsverletzten unter Katastrophenbedingungen – Flugrettung Brandverletzter: Beispiel Campingplatzunfall Spanien – Problematik von Kombinationsverletzungen beim Einsatz nuklearer Waffen)

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, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 287

Ultraschallkurse der Medizinischen Poliklinik der Universität München

am 2./3. und 9./10. Oktober 1981 in München

2./3. Oktober: Kurs für Anfänger

9./10. Oktober: Kurs für Fortgeschrittene

Auskunft und Anmeldung:
Dr. H. Kremer, Medizinische Poliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 35 49

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung veranstaltet am

27. Juni 1981
26. September 1981
21. November 1981

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

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

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

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

II. Internationaler Chemotherapie-Kurs

vom 22. bis 26. Juni 1981 in Nürnberg

Einwöchiger intensiver Seminarkurs, auf dem alle wesentlichen Gebiete der internistischen Onkologie von namhaften deutschen und internationalen Referenten vorgetragen und diskutiert werden sollen.

Auskunft:
Professor Dr. W. M. Gallmeier, Klinikum Nürnberg, 5. Medizinische Klinik, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90, Telefon (09 11) 3 98 - 28 05

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes e. V.

vom 26. Juni bis 4. Juli 1981 in Prien

Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes

Leitung: Professor Dr. K. D. Hüllemann, Prien

Thema: Sportmedizinische Aspekte des Leistungssports im Kindes- und Jugendalter

Ort: Klinisches Institut für Physiologie und Sportmedizin an der Medizinischen Klinik St. Irmingard, Osternacher Straße 103, Prien

Auskunft und Anmeldung:
Fräulein Pitscheneder, Medizinische Klinik St. Irmingard, Osternacher Straße 103, 8210 Prien, Telefon (0 80 51) 60 35 26

am 27. Juni 1981 in Regensburg

3. Oberpfälzer Tagung für Sportmedizin

Auskunft und Anmeldung:
Dr. H. Peter, Kornmarkt 5, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 5 21 06

vom 3. bis 5. Juli 1981 in Erlangen

EKG-Kurs für Sportärzte (Fortgeschrittenenkurs)

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

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

Auskunft und Anmeldung:
Fräulein Bergmann, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximilianplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 37 02

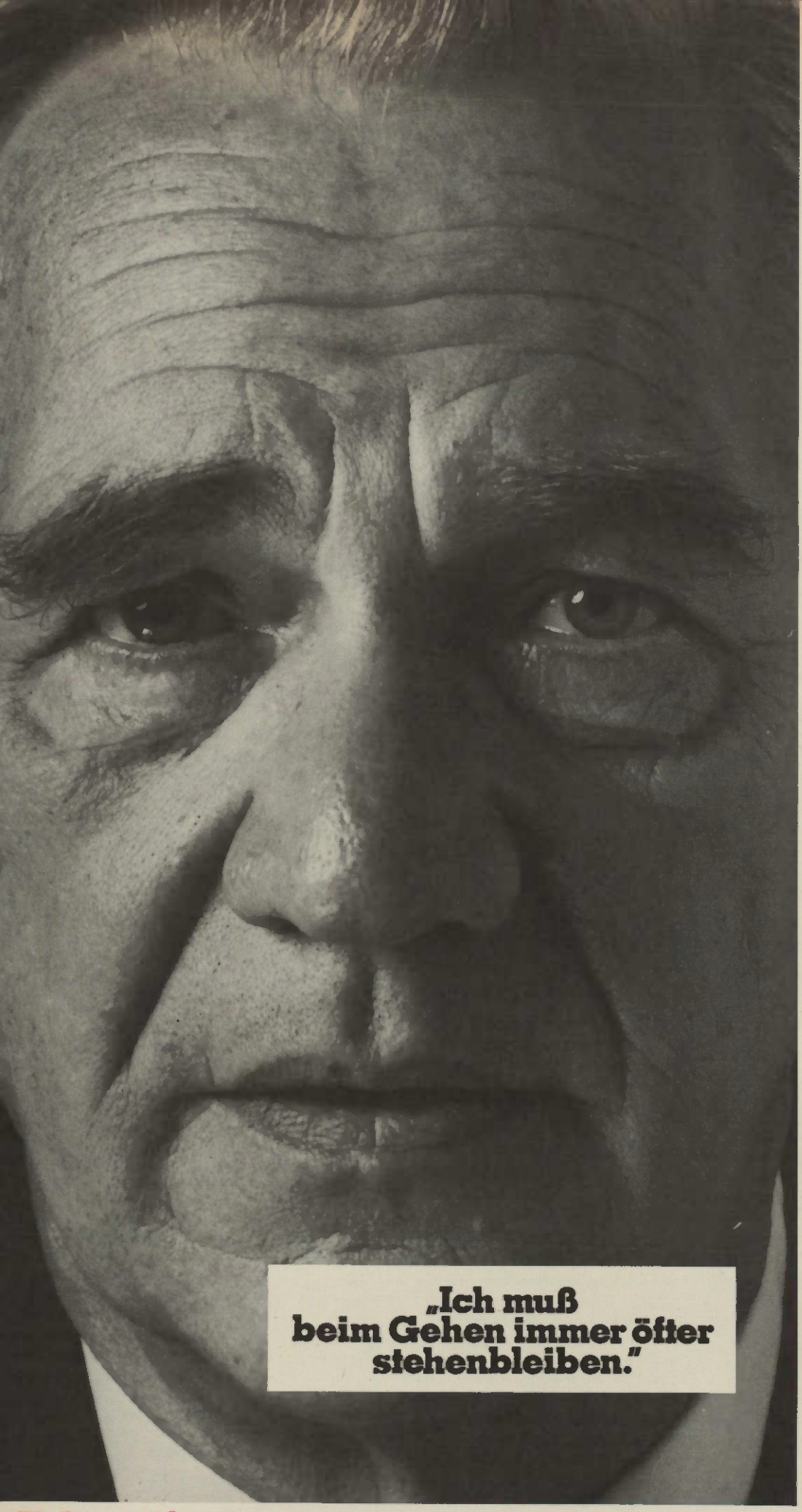
vom 20. bis 24. Juli 1981 in München-Grünwald

Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes

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

Thema: Sportmedizin in Theorie und Praxis

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



„Ich muß beim Gehen immer öfter stehenbleiben."

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

Zyma GmbH München

Diesen Satz hören Sie häufig in Ihrer Praxis. Ein Symptom einer peripher-arteriellen Durchblutungsstörung.
Nach Gabe von Adrevil® forte läßt sich eine Durchflußsteigerung in der Arteria femoralis um etwa 60% konstant über 6 Stunden nachweisen.
Die ökonomische Steigerung des Herzzeitvolumens wird durch die Erhöhung des Schlagvolumens bewirkt.
Durch die Senkung des peripheren Widerstandes wird der Blutdruck nicht verändert.
Bereits nach 1 bis 2 Wochen zeigt sich die klinische Wirkung; die schmerzfreie Gehstrecke verlängert sich stetig.

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

66. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung

vom 28. bis 31. Mai 1981 in Regensburg

Donnersteg, 28. Mai 1981

im historischen Reichsseal des Alten Ratheuses

20.00 Uhr:

Festvortrag: „Zum heutigen Selbstverständnis der Universität"
Professor Dr. jur. D. Henrich, Regensburg

Freitag, 29. Mai 1981

Aktuelle Hepetologie und Gestroenterologia

Tegesvorsitz: Professor Dr. W. Gerok, Freiburg
Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfsplatz

9.00 – 9.20 Uhr:
Begrüßung durch den Jahresvorsitzenden und Eröffnung der Ausstellung

9.20 – 12.50 Uhr:
Virushepatitis – moderne Aspekte serologischer Diagnostik und Prophylaxe
Professor Dr. W. Gerok, Freiburg
Seltene, aber wichtige Zirrhoseformen – Diagnostik und Therapie
Professor Dr. K. P. Maier, Eßlingen
Cholostase – aktuelle diagnostische Verfahren und ihre Indikationen
Privatdozent Dr. J. Fröhlich, Freiburg
Cholelithiolyse – Indikationen und Ergebnisse
Professor Dr. H. J. Weis, Bamberg
Cholangiopathien: Pathogenetische Bedeutung der Gallensäuren
Privatdozent Dr. S. Matern, Freiburg
Colitis ulcerosa – Morbus Crohn
Dr. P. Hoppe-Seyler, Freiburg

14.30 – 15.00 Uhr:
Filmvortührung: „Therapie mit Beta-Blockern", Firma Hoechst AG, Frankfurt

15.00 – 16.30 Uhr:
Kolonpolypen – Kolonkarzinom
Privetdozent Dr. P. Frühmorgen, Erlangen
Gastrointestinale Hormone
Professor Dr. R. Arnold, Göttingen
Leberkrankheiten im Kindesalter
Professor Dr. F. C. Sitzmenn, Homburg

17.00 – 18.30 Uhr:
Rundtischgesprēch: „Fragen eus der Praxis"

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Teges
Gesprächsleitung: Professor Dr. W. Gerok, Freiburg, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00 – 17.30 Uhr:
Laborseminar
Neues im rationellen Labor in Praxis und Klinik
Wissenschaftliche Leitung: Dr. F. Kenter, Mannheim
Ort: Regensburg, Thon-Dittmer-Haus/ Rückgebäude, Haidplatz 8
Parallel zu den Vorträgen laufend Geräteberatung am Informetionsstand (ausführliches Programm bitte enfordern)

Samstag, 30. Mai 1981

Neuas in der Angiologie für dia Prexis

Tagesvorsitz: Professor Dr. W. Schoop, Engelskirchen
Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfsplatz

9.00 – 9.10 Uhr:
Einführung
Professor Dr. W. Schoop, Engelskirchen

9.10 – 10.30 Uhr:
Therepie arterieller Durchblutungsstörungen

Konservative Therepie
Professor Dr. H. Rieger, Engelskirchen
Katheterrekanalisation
Professor Dr. F. J. Roth, Engelskirchen
Gefäßchirurgische Perspektiven
Medizinaldirektor Dr. R. Giessler, Engelskirchen
Prophylaxe
Professor Dr. W. Schoop, Engelskirchen

11.00 – 12.00 Uhr:
Nicht-invasive Diagnostik

Extremitätenarterien
Professor Dr. W. Schoop, Engelskirchen
Extrakranielle Hirnerterien
Dr. D. Neuerburg-Heusler, Engelskirchen
Venen
Privatdozent Dr. M. Köhler, Engelskirchen

12.00 – 13.00 Uhr:
Therepie venöser Erkrenkungen

Thrombolyse
Professor Dr. G. Trübestein, Bonn
Operationsindiketionen
Dr. K. Bonk, Engelskirchen
Konservative Therepie und Prophylaxe
Obermedizinalrätin Dr. I. Schmidtke, Engelskirchen

14.30 – 15.00 Uhr:
Filmvorführung: „Neue Aspekte zur Chemotherepie bakterieller Infektionen", Firma Bayer AG, Leverkusen

15.00 – 16.00 Uhr:
Rundtischgespräch: „Fregen eus der Praxis"

Beantwortung der eingegangenen Fregen zum Thema des Teges
Gesprēchsleitung: Professor Dr. W. Schoop, Engelskirchen, unter Mitwirkung der Referenten des Tages, sowie Privetdozent Dr. Th. Brecht, Bonn

16.30 – 18.00 Uhr:
Pharmako-Therepie-Konsilium: „Anwendung der Beta-Rezeptorenblocker und alternative therapeutische Möglichkeiten bei verschiedenen Indikationen"
Leitung: Professor Dr. K. Greeff, Düsseldorf

15.00 – 18.00 Uhr:
Paraffelveransteltung: Pädietrischer Nachmittag
Leitung: Professor Dr. A. Windorfer, Erlangen
Moderne Möglichkeiten zur Frühdiagnostik von engeborenen Stoffwechselkrankheiten
Professor Dr. K. Schreier, Nürnberg
Kindsmißhandlungen
Primarius Dr. W. Tulzer, Linz
Ort: Regensburg, DAI-Auditorium, Haidplatz 8

9.00 – 17.30 Uhr:
Leborseminar
– siehe Freitag, 29. Mai 1981 –

Sonnteg, 31. Mai 1981

Des Bronchuskarzinom – Aktuelle Gesichtspunkte zu Diagnostik, Therepie und ärztlicher Führung des Tumorpatienten

Tagesvorsitz: Professor Dr. R. Ferlinz, Mainz, und Professor Dr. H. J. Senn, St. Gallen
Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfspletz

9.00 – 13.30 Uhr:
Einführung
Professor Dr. R. Ferlinz, Mainz
Der heutige Stand der radiologischen und sonographischen Diagnostik
Professor Dr. M. Thelen, Mainz
Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen einer chirurgischen Therapie
Professor Dr. W. Maaßen, Essen
Strahlentherapie: wann, wie?
Professor Dr. R. Sauer, Erlangen
Chemotherapie: wann, wie?
Dr. W. F. Jungi, St. Gallen
Aufklärungspflicht bei Krebspatienten aus juristischer Sicht
Professor Dr. E. Samson, Kiel
Grenzen einer humanen Diagnostik und Therapie bei Tumorpatienten
Professor Dr. H. J. Senn, St. Gallen
Die Führung des Tumorpatienten in der Praxis
Dr. J. Stauder, Mainz
Begleitung von Tumorpatienten aus der Sicht des Seelsorgers
Drs. G. Michelbrand, Bonn

Rundtischgesprēch: „Fragen eus der Praxis"

Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages
Gesprächsleitung: Professor Dr. R. Ferlinz, Mainz, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

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

Oberstaufener Symposion für praktische Onkologie

am 27. Juni 1981 in Obersteufen

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

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Ort: Kurheus, Obersteufen

Themen: Vorträge zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Erkrankungen – Onkologisches Seminar mit praktischen Übungen

9.00 – 13.00 Uhr:

Zur Frühdiagnose maligner Tumoren: Paraneoplastische Syndrome – Tumorteste
Dr. K. Possinger, München

Operative Behandlung von Magen-Darmkarzinomen
Professor Dr. G. Feifel, München

Prätherapeutisches Staging und operative Behandlung des Bronchialkarzinoms
Privatdozent Dr. W. Stelter, München

Chemotherapie des metastasierenden Adenokarzinoms der Niere
Dr. M. Lochar, Dr. J. Overkamp, Dr. K. Rieche, Oberstaufen

Möglichkeiten der Zusatzbehandlung in der Onkologie
Professor Dr. U. Dold, Geuting

Organisation und Aufgabe der Selbsthilfegruppen von Krebspatienten
Dr. L. Andres, München

14.30 – 15.15 Uhr:

Diagnostik und Behandlung von Antikörpermangelerkrankungen
Professor Dr. A. Fateh, München

Das myeloproliferative Syndrom (chronische myeloische Leukämie, Polycythaemia vera, Myelofibrose) Pathophysiologie, Diagnose, Therapie
Dr. W. Klaubert, München

Alternativ (14.30 – 16.00 Uhr)

Klinische Demonstration in der Schloßbergklinik Obersteufen durch die Ärzte der Klinik

Auskunft:

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 268

Bayer. Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

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

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

   B-Kurs für Arbeitsmedizin: 22. Juni bis 17. Juli 1981 – Warteliste –
   C-Kurs für Arbeitsmedizin: 28. September bis 23. Oktober 1981
   A-Kurs für Arbeitsmedizin: 25. Januar bis 19. Februar 1982
   B-Kurs für Arbeitsmedizin: 21. Juni bis 16. Juli 1982
   C-Kurs für Arbeitsmedizin: 4. Oktober bis 29. Oktober 1982

2. Einführungslehrgänge in die betriebsärztliche Tätigkeit zum Erwerb der Arbeitsmedizinischen Fachkunde nach § 4 Arbeitssicherheitsgesetz in Verbindung mit § 3 Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte". Der Einführungslehrgang (E-Kurs) wird in zweimal 14 Tagen abgehalten.

   E-Kurs I: 2. November bis 13. November 1981
   E-Kurs II: 1. März bis 12. März 1982

   Die Kursgebühr für den gesamten Einführungslehrgang beträgt DM 500,–.

3. **Epidemiologie und epidemiologische Methodik: 23. November bis 4. Dezember 1981**

   Für diesen Lehrgang wird eine Kursgebühr von DM 100,– pro Woche erhoben.

Für die Teilnahme wird um rechtzeitige schriftliche Anmeldung gebeten.

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

Zimmerbestellungen: Verkehrsamt der Stadt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (0 89) 2 39 11

Auskunft und Programmversand:
Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84 - 259 und 21 84 - 260

Kolloquium des Institutes und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 21. Mai 1981 in München

Thema: Die Arbeitsstoffverordnung vom 1. Oktober 1980 und ihre für den Betriebsarzt wesentlichen Neuerungen (Dipl.-Chem., Obering. K. Birett, Chemiekoordinator, Siemens-AG, Unternehmensbereich Bauelemente) – Diskussion

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

Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften

am 23./24. Mai 1981 in Erlangen

Themen: Oberbauchtrauma – Unterarmfrakturen – Orthopädische und andere Hilfsmittel – Alkoholismusprobleme

Auskunft:

Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Am Knie 6, 8000 München 60, Telefon (0 89) 8 89 72 40

Tagung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V.

In Verbindung mit dem Deutschen Grünen Kreuz

am 25./26. Mai 1981 in München

Leitung: Professor Dr. F. Deinhardt – Professor Dr. H. Spiess, München

Thema: Der pränatale und perinatale Virusinfekt

Beginn: Montag, 25. Mai 1981, 9.00 Uhr – Ende: Dienstag, 26. Mai 1981 gegen 17.00 Uhr

Ort: Hotel Bayerischer Hof, Promenadeplatz 6, München 2

Auskunft und Anmeldung:

Dr. K. Krejci, Kinderpoliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8a, 8000 München 2, Telefon (089) 51 60 - 1

Fortbildungsveranstaltung „Ambulante Koronargruppen"

Erfahrungen und Probleme 1981

am 28./29. Mai 1981 in München

Leitung: Dr. Carola Halhuber, Höhenried

Ort: Gesundheitspark des Olympiazentrums München, Spiridon-Louis-Ring, München 40

Auskunft:
Kongreß-Service A. Langsdorf, Straßbergerstraße 6, 8000 München 40

7. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung

vom 6. bis 13. Juni 1981 in Sant'Angelo/Ischia

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

Themen (zumeist in Seminarform): Kardiologie – Gastroenterologie – Hepatologie – Rheumatologie – Geriatrie – Hämatologie – Onkologie – „Schmerz" – Tropenmedizin – Ernährung – Balneologie – Autogenes Training – „Arzt und Medizin in USA"

Auskunft und Anmeldung:

Hapag-Lloyd-Reisebüro, Kongreßabteilung, Frau Becker, Kaiserstraße 20, 6000 Frankfurt, Telefon (06 11) 28 06 51

Sportmedizinisches Seminar

vom 12. bis 14. Juni 1981 in Coburg

Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft Sportmedizin des Deutschen Verbandes für Physiotherapie in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzteverband, dem Sportmedizinischen Institut der Universität Gießen und der Medau-Schule

Leitung: Professor Dr. P. E. Nowacki, Dr. H. J. Medau

Thema: Die Bedeutung der Gymnastik für die sport- und nicht-sporttreibende Frau (sportmedizinische und sportwissenschaftliche Aspekte)

Für die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin" anzurechnende Stunden: Theorie 9, Praxis 4

Auskunft:

Dr. H. J. Medau, Schloß Hohenfels, 8630 Coburg, Telefon (0 95 61) 3 99 17

Augenärztlicher Fortbildungskurs der Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

am 10. Juni 1981 in Erlangen

Thema: Orbitale Erkrankungen: Allgemeine Klinik

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

Tagung der Österreichischen und Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

am 18./19. Juni 1981 in München

Themen: Rekonstruktive Operation im Genitalbereich – Schwangerschaft und Diabetes – Infektionen in der Schwangerschaft und im Wochenbett – Chemotherapie des Mammakarzinoms

Ort: Sheraton-Hotel, Arabellastraße 6, München 81

Auskunft:

Professor Dr. H. Graeff, I. Frauenklinik der Universität, Maistraße 11, 8000 München 2, Telefon (0 89) 53 97 - 1

Symposion „Versuch einer Standortbestimmung der Psychiatrie"

Ein Beitrag zum Jahr der Behinderten

vom 1. bis 3. Oktober 1981 in Feldkirch/Vorarlberg

Wissenschaftliche Leitung: Primarius Dr. P. König, Valduna

Beginn: jeweils 9 Uhr – Ende: 16.30 Uhr bzw. 11 Uhr

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßsekretariat des Landes-Nervenkrankenhauses Valduna, Frau E. Hudatzky, Valdunastraße 16, A-6830 Rankweil, Telefon (00 43 / 55 22) 4 45 65 - 254

58. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e. V.

vom 23. bis 25. Juli 1981 in München

Vorsitzender: Professor Dr. H. Blaha, Gauting

Themen: Präoperative Beurteilung – Praktische Thoraxchirurgie – Fortschritte in chirurgischen Grenz- und Spezialgebieten – Freie Vorträge zu allgemeinchirurgischen- und experimentell-chirurgischen Themen

Auskunft:

Professor Dr. F. Holle, Chirurgische Poliklinik der Universität, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 1

3. Internationales Magnesium-Symposion

vom 22. bis 28. August 1981 in Baden-Baden

Veranstalter: Gesellschaft für Magnesium-Forschung e. V.

Thema: Magnesium (Pflanzen, Tierernährung, Experimentelle Studien, Herz, Physiologie, Pathophysiologie, Klinik, Diagnostik, Therapie)

Auskunft:

Dr. J. Helbig, Postfach 135, 8132 Tutzing, Telefon (0 81 58) 60 71 und 60 72

Regensburger Ultraschallkurs für Fortgeschrittene

am 18./19. September 1981 in Regensburg

Veranstalter: Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Regensburg (Direktor: Professor Dr. P. Doering)

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

Programm: Sonographische Diagnostik des Abdomens und der Schilddrüse für Fortgeschrittene (Übungen in kleinen Gruppen – ca. fünf Teilnehmer pro Gruppe)

Kursgebühr: DM 120,–

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Ultraschall-Labor im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Frau True, Prüfeninger Straße 86, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 2 08 - 2 77

21. Bayerische Internistentagung

vom 20. bis 22. November 1981 in München

Themen: Therapeutische Fortschritte bei Inneren Erkrankungen – Aktuelle Gastroenterologie – Fortschritte und Kontroversen in der Kardiologie

Auskunft:

Professor Dr. E. Wetzels, 2. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V., Medizinische Abteilung I, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim, Telefon (0 80 31) 39 52 96

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1981

31. Mai bis 13. Juni 1981 in Grado:
Thema: Leben mit der Krankheit als Aufgabe von Patient und Arzt

27. Juli bis 8. August 1981 in Davos:
Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

23. August bis 5. September 1981 in Grado:
Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

24. August bis 5. September 1981 in Meran:
Thema: Medizin heute und morgen – aktuelle Aspekte und Zukunftsperspektiven

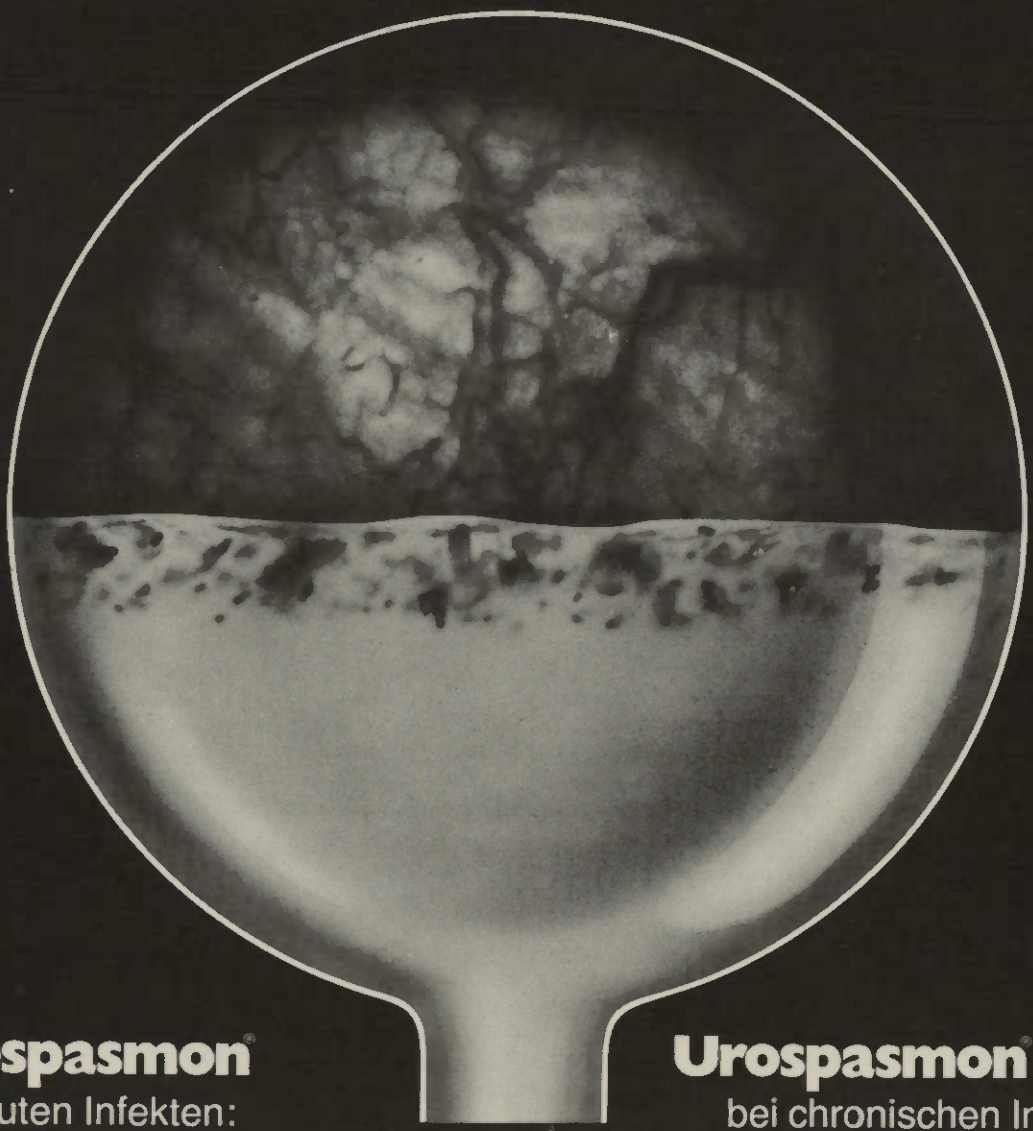
18. bis 20. September 1981 in Augsburg:
X. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 68. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

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

Bei bakteriellen Harnwegsinfekten

Urospasmon®

kompromißlose Infektabwehr



Urospasmon®
bei akuten Infekten:
spasmolytisch

Urospasmon® sine
bei chronischen Infekten
zur Dauerbehandlung

Indikationen: Pyelonaphritis, Cystitis, Urethritis, Infektionen bei mechanischen oder funktionellen Harnabfluß-Störungen, zur Infektionsprophylaxe bei diagnostischen und operativen Eingriffen in der Urologie, zur Langzeittherapie bei chronischen Harnweginfektionen. **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 hexamethylentetraminhaltigen und zusätzlich bei Urospasmon® keine schwefel- und quecksilberhaltigen Präperate gleichzeitig verabreichen. 10 Tage vor dem errechneten Geburtstermin absetzen. **Nebenwirkungen:** Gastrointestinale Störwirkungen, Kopfschmerzen, Allergien, Fieberschübe, Exanthem, Cholestase, pulmonale Reaktionen, anephylaktische Erscheinungen, Anämien, Pareastesien.

LUDWIG HEUMANN & CO · GMBH · NÜRNBERG

UROSPASMON®

Zusammensetzung:

1 Tablette = Nitrofurentoin 50 mg, Sulfediazin 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, Sulfediazin 150 mg

Handelsformen und Preise:

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

Anstaltspackungen

Stand September 1980

UROLOGIKA

HEUMANN

Wirtschaftsinformationen

Offene Immobilienfonds werden zu Unrecht vernachlässigt

Vor mancher gewagten steuerbegünstigten Anlege und vor leuter verlustreichen Werentermingeschäften mit inzwischen einer Einbuße in Milliardenhöhe werden die nächstliegenden Möglichkeiten übersehen. Da gibt es sichere und ertragreiche Rücklageformen, die nur nicht mit großem Aufwend über redegewandte Vertreter verkeufen und selbst mit Ihren Erfoigsmeldungen zurückhaltend sind. Also sind sie keum im Gespräch.

Vielleicht ist es manchem euch zu wenig, sich mit Anlegen ab etwa 100 DM und soger noch derunter ebgeben zu müssen. Aber niemend hindert ihn, solche Anteilscheine hundertstückweise zu keufen. Wer es gemecht het, verfügt jedenfalls inzwischen über mehr Geld, zum Teil steuerfrei, und braucht keinen Heustür- oder Telefonverkäufer strefrechtlich verfolgen zu lassen oder zivilrechtlich zu belangen.

Ich rede von den offenen immobilienfonds. Die älteste dieser Konstruktionen besteht in der Bundesrepublik Deutschland inzwischen seit 22 Jahren. Immerhin hat inzwischen 361 Prozent kassiert, wer sich damals im iii-Fonds Nr. 1 engagiert hatte.

Das sind 7,19 Prozent im Jahresdurchschnitt. Wen reißt das schon vom Stuhl, könnten Sie einwenden. Dabei haben Sie indes zu berücksichtigen, deß 55 Prozent dieses Ertrages im Durchschnitt jener 22 Jahre steuerfrei weren. Feils Sie Ihre Kapitelerträge zu versteuern haben, haben Sie elso — vergleichber je nach Spitzensteuersetz — eine erheblich höhere Rendite erzielt.

Des heißt, bei einem Grenz- oder Spitzensteuersetz von 40 Prozent blieben Ihnen von dieser Anlage 5,89 Prozent netto. Sie hätten die ganze Zeit lang einen Ertrag von 9,8 Prozent brutto gebreucht, um dieses Resultat zu erzielen. Mit gleicher Sicherheit wäre es andersertig nicht zu erreichen gewesen — ausgenommen das bisherige prämienbegünstigte Ertregssperen mit den entsprechenden Staatszuschüssen.

Im übrigen kostet es Sie weder Depotgebühren noch Überweisungsspesen oder Börsenumsatzsteuer, wenn Sie euf das Aufbaukonto eines offenen Immobilienfonds regelmäßig einen Betrag einzehlen und die Erträge automatisch gleichartig wiederanlegen lassen.

Ich meche Sie gerede jetzt euf die offenen Immobilienfonds eufmerksem, weil Sie damit echte Sachwerte erwerben. Sie sind dadurch persönlich em Ertrag von Immobilien mit rein gewerblicher, reiner Wohn- und aus beiden gemischter Nutzung beteiligt. Diese dreifache Risikostreuung der Nutzung und eine über 95prozentige Vermietung der Immobilien sollten Voraussetzungen sein, sich in einem entsprechenden Fonds zu engagieren.

Gewerbliche Räume sind zur Zeit gefragt, Wohnungen noch viel mehr. Feils in einem der beiden Bereiche einmel eine Flaute herrschen sollte, verdienen Sie durch die Mischung wenigstens noch em anderen mehr.

Schließlich sind die Wohnungsmieten ins Gespräch geraten. Niemand baut mehr Mietwohnungen, weil die Erträge dareus unzumutbar niedrig liegen. Dasselbe Geld, euf andere Weise angelegt, erbringt ein Mehrfaches. Und wer mit dem Geld enderer beuen würde, wie beispielsweise Versicherungsgeselischeften, darf seinen Versicherten solche schlechten Renditen auch nicht zumuten. Schließlich muß er gegenüber seinen Mitbewerbern bestehen.

Also wird sich die Bundesregierung zu Veränderungen der Mietgesetzgebung bereit erklären müssen, wenn sie des Wohnungsmangels Herr werden und noch schlimmere Zustände auf diesem Gebiet in den Ballungsräumen verhüten will.

An Mieterhöhungen haben nicht nur die Bauherren von Neubauten, sondern euch die Eigentümer bereits bestehender Miethäuser teil. Das heißt, bei Mieterhöhungen sind Sie mit Anteilen an einem offenen Immobilienfonds dabei. Erkundigen Sie sich nach den Fondsergebnissen in möglichst iange zurückliegender Zeit, bevor Sie sich für einen dieser Fonds entscheiden.

Horst Beloch

Nipp-Visite

Herr Schmidt, Bundeskenzler, hat eine Pflichtübung ebsolviert. Er wurde von einer Gruppe aus dem Bundesverbend der Freien Berufe eufgesucht.

Was dem Schnelleufbahnbeemten in der kleinen Spitzengruppe der Bundesbediensteten-Höchstverdiener euffiel: Es gäbe Ärzte und Zahnärzte, die „sogar" mehr als der Bundeskenzler verdienen. Als sei des ein Sakrileg. Und els würden in anderen Bereichen nicht noch weit höhere Einkommen erzielt.

Im übrigen wissen weder die Kabinetts- noch die Parlamentsmitglieder, was ihre teils steuerfreien Bezüge, ihre vielfältigen beamtenrechtlichen und ebgeordneten- wie ministerspezifischen Vergünstigungen bis hin zu einem steuerfrei zuerkannten Gipfelanspruch auf Alters- und Hinterbliebenenversorgung für finanzielle Mammutenstrengungen eines Normelerwerbstätigen erforderten.

Man nippte an einigen Spezialfragen. Sonst: Schmidt stellte sich ganz „hinter die im ‚Bericht zur Lage der freien Berufe' 1979 erstmals formulierten Grundsätze für Freie Berufe, eine wesentliche Basis für die Politik der sozialliberalen Regierung".

Ob Schmidt weiß, daß er sich da hinter einem Nichts zu verbergen sucht? In den wesentlichen Fragen enthält jener Bericht nämlich lediglich unverbindliche Absichtserklärungen, so els wären die gravierenden Benechteiligungen der Freien Berufe schon behoben, wenn man sie nur einmal niederschreibt.

Kontekt ohne Kontur.

Prosper

Kurz über Geld

BAUKOSTENERHÖHUNG von Experten mit 3 Prozent beziffert. Gelegenheit zur Realisierung von Immobilienvorheben.

TOTALER TEPPICH-AUSFUHRSTOP aus dem Iren ist unzutreffende Werbebehauptung unseriöser Händler.

SCHECK-MISSBRAUCH jetzt in jedem Fell für Euroscheck durch Versicherung gedeckt.

FÜR ZINSSENKUNG noch keinerlei Anzeichen zu entdecken.

BETEILIGUNG an Medien der Zukunft durch entsprechende Fonds renditearm.

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern 1980

Nr. der ICD 1979[1])	Todesursachen	Sterbefälle			
		männlich	weiblich	zusammen	
		Zahl			auf 100000 d. Bevölk.
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	552	378	930	8,5
	derunter				
011-018, 137	Tuberkulose insgesamt	336	123	459	4,2
140-199	Bösartige Neubildungen	12 614	12 922	25 536	234,3
	darunter				
151	des Magens	2 041	2 055	4 096	37,6
153, 154	des Dickdarms und des Mastderms	1 820	2 123	3 943	36,2
160-163	der Atmungsorgane	3 178	585	3 763	34,5
174	der weiblichen Brustdrüse	–	2 050	2 050	36,1[2])
179-182	der Gebärmutter	–	888	888	15,6[2])
185	der Prostata	1 320	–	1 320	25,3[3])
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	828	797	1 625	14,9
210-239	Gutartige Neubildungen, Cercinoma in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekannten Charakters	748	1 016	1 764	16,2
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems	1 319	2 374	3 693	33,9
	derunter				
250	Diabetes mellitus	1 104	2 035	3 139	28,8
280-289	Krenkheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	125	181	306	2,8
290-389	Psychiatrische Krenkheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1 084	869	1 953	17,9
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	26 464	32 163	58 627	538,0
	derunter				
410	ekuter Myokardinfarkt	7 836	4 647	12 483	114,6
411-414	sonstige ischämische Herzkrenkheiten	3 074	3 358	6 432	59,0
426, 427	Herz-Reizleitungs- und -Rhythmusstörungen	689	679	1 368	12,6
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelheft bezeichnete Herzkrankheiten	4 537	7 599	12 136	111,4
430-438	Krankheiten des zerebroveskulären Systems	6 924	10 981	17 905	164,3
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	4 409	3 274	7 683	70,5
	derunter				
480-486	Pneumonie	1 334	1 572	2 906	26,7
487	Grippe	41	62	103	1,0
466, 490, 491	Bronchitis	1 553	686	2 239	20,6
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	3 745	2 813	6 558	60,2
	derunter				
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	372	281	653	6,0
560	Darmverschluß ohne Angebe eines Eingeweidebruchs	108	207	315	2,9
571.2, .5, .6	Leberzirrhose	1 747	653	2 400	22,0
570, R.v.571, 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblese und Gallengänge	625	685	1 310	12,0
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	1 293	1 044	2 337	21,5
	derunter				
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere	107	97	204	1,9
630-676	Kompliketionen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	–	27	27	23,6[4])
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	152	431	583	5,4
740-759	Kongenitale Anomalien	276	250	526	4,8
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinetalzeit haben	401	311	712	6,5
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	517	1 046	1 563	14,3
E800-E949	Unfälle	3 585	2 383	5 968	54,8
	derunter				
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhelb und außerhelb des Verkehrs	2 174	780	2 954	27,1
E850-E869	Vergiftungen	28	19	47	0,4
E880-E888	Unfälle durch Sturz	743	1 270	2 013	18,5
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	1 495	745	2 240	20,6
E960-E999	Mord, Totschleg und sonstige Gewelteinwirkungen	133	95	228	2,1
	Sterbefälle insgesemt	59 740	63 119	122 859	1 127,5

[1]) ICD Internationale Klassifikation dar Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen. – [2]) Auf 100 000 dar weiblichen Bevölkerung. – [3]) Auf 100 000 der männlichen Bevölkerung. – [4]) Auf 100 000 Lebendgeborene.

Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamts aus den Ergebnissen der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenscheuarzt in der Todesbescheinigung mecht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation emptohlenen Regeln das sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette" steht, berücksichtigt.

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 4. Vierteljahr 1980

Nr. der ICD 1979[1])	Todesursachen	Sterbefälle 1979 Vierteljahresdurchschnitt	Sterbefälle 1979 4. Vierteljahr	Sterbefälle 1980 4. Vierteljahr
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	212	228	260
	darunter			
011-018, 137	Tuberkulose insgesamt	114	122	127
140-199	Bösertige Neubildungen	6 318	6 596	6 645
	darunter			
151	des Magens	1 048	1 047	1 068
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms	969	1 054	1 067
160-163	der Atmungsorgane	914	979	972
174	der weiblichen Brustdrüse	505	527	555
179-182	der Gebärmutter	220	242	220
185	der Prostate	333	325	333
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphetischen und hämatopoetischen Gewebes	387	410	422
210-239	Gutertige Neubildungen, Cercinoma in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekennten Charakters	425	423	490
240-279	Endokrinopethien, Ernährungs- und Stoffwechselkrenkheiten, Störungen des Immunitätssystems	980	879	1 058
	darunter			
250	Diebetes mellitus	839	755	902
280-289	Krenkheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	61	63	92
290-389	Psychietrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	497	501	537
390-459	Krenkheiten des Kreislaufsystems	14 494	15 106	15 266
	darunter			
410	ekuter Myokardinfarkt	2 976	3 318	3 238
411-414	sonstige Ischämische Herzkrankheiten	1 529	1 478	1 824
426, 427	Herz-Reizleitungs- und -Rhythmusstörungen	340	370	327
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	3 145	3 195	3 164
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4 495	4 627	4 637
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	1 887	2 039	2 051
	darunter			
480-486	Pneumonie	654	814	768
487	Grippe	31	31	24
466, 490, 491	Bronchitis	559	556	601
520-579	Krenkheiten der Verdeuungsorgane	1 655	1 682	1 701
	darunter			
531, 532	Megen- und Zwölffingerdarmgeschwür	151	183	150
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	87	89	91
571.2, .5, .6	Leberzirrhose	620	642	634
570, R. v. 571 u. 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	335	321	344
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	628	637	618
	darunter			
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere	53	46	62
630-676	Komplikationen der Schwengerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	6	7	10
680-739	Krenkheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	116	119	177
740-759	Kongenitale Anomalien	126	116	134
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinetalzeit haben	177	191	190
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	399	436	427
E800-E949	Unfälle	1 552	1 640	1 612
	darunter			
E810-E825	Kreftfehrzeugunfälle innerhelb und eußerhelb des Verkehrs	817	898	781
E850-E869	Vergiftungen	10	8	21
E880-E888	Unfälle durch Sturz	476	475	558
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	586	598	490
E960-E999	Mord, Totschleg und sonstige Gewalteinwirkungen	64	63	75
	Sterbefälle insgesamt	30 568	31 734	32 255

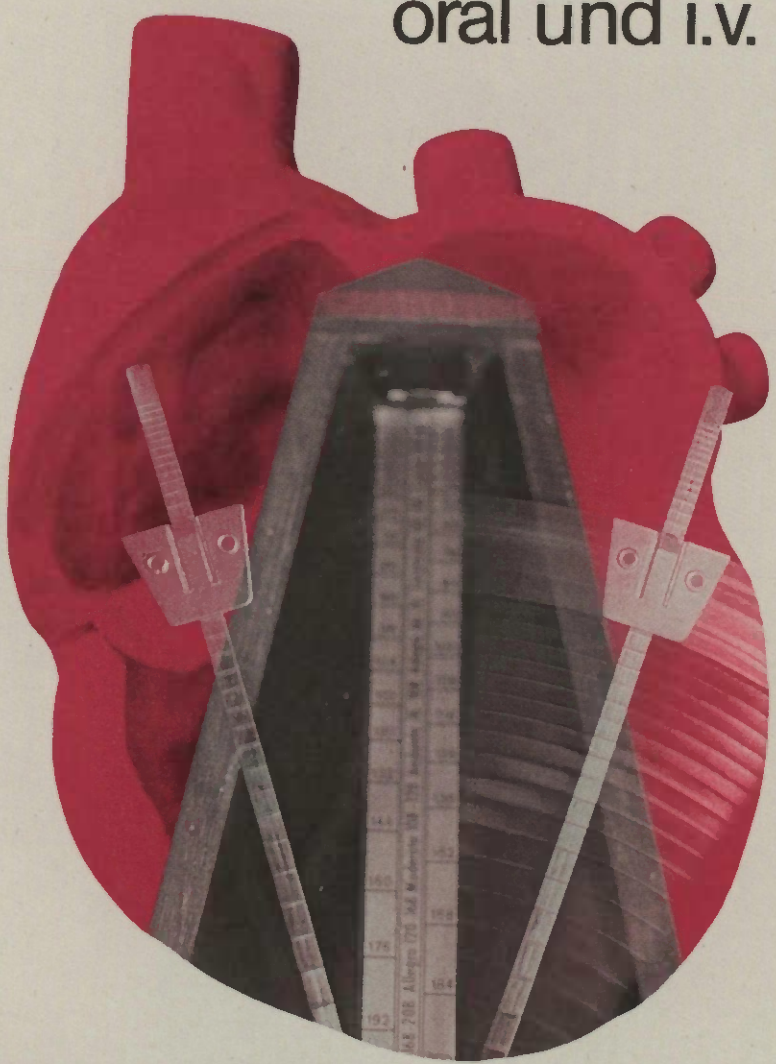
[1]) ICD: Internationale Klessifiketlon der Krenkheiten, Verletzungen und Todesursechen.

Mitteilung des Bayerischen Stetistischen Landesemts eus den Ergebnissen der Todesursachenstetistik. Diese stützt sich auf die Angeben über die Todesurseche, die der Leichenscheuerzt in der Todesbescheinigung mecht. Aus ihnen wird nech von der Weltgesundheitsorgenisetion empfohlenen Regeln des sogenennte Grundleiden, des em Beginn einer zum Tode führenden „Keusalkette" steht, berücksichtigt.

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) standerd. Standerd: 1 Dragee enthält: 60 mg Extrakt entspr. mindestens 5 mg kondens. Flavone; 1 ml Liquidum enthält: 120 mg Extrakt entspr. mindestens 10 mg kondens. Flavone; 2 ml Injektionslösung enthalten: ca. 90 mg Extrakt, biologisch auf DL 50 an der weißen Maus standerdisiert.

Indikationen:

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

Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

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

Dosierung:

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

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Februar 1981 *)

(Zusemmengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Salmonellose-Erkrankungen wurden im Februer in etwas geringerer Zehl els im Jenuer gemeldet. Die Erkrankungsziffer ging von 36 auf 33 je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet euf ein Jahr, zurück. Die Erkrankungshäufigkeit en Virushepatitis sank gegenüber dem Vormonet geringfügig von 27 auf 26 Erkrankungen je 100 000 der Bevölkerung.

Auf im Vergleich zum Januar unverändert niedrigem Stand blieb im Februar die Erkrankungsziffer an Meningitis/Enzephalitis, nämlich 6 Erkrankungen je 100 000 Einwohner.

Neuerkrenkungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. Februer bis 1. März 1981 (vorläufigee Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiose				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningoenzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen [1]		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimmbare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbeyern	1	–	3	–	3	–	5	–	94	–	13	–	43	–	43	–	11	–
Niederbeyern	3	–	1	–	2	–	4	–	31	–	–	–	2	–	5	–	–	–
Oberpfelz	3	–	1	–	1	–	–	–	25	–	–	–	4	–	6	1	–	–
Oberfranken	1	1	–	–	–	–	1	–	15	–	1	–	16	–	10	1	4	–
Mittelfranken	2	–	1	1	1	–	–	–	51	2	5	–	12	–	9	–	1	–
Unterfranken	1	–	1	–	1	–	2	–	36	–	9	–	9	–	11	–	5	–
Schweben	8	–	–	–	1	–	–	–	26	–	6	–	18	–	8	–	1	–
Beyern	19	1	7	1	9	–	12	–	278	2	34	–	104	–	92	2	22	–
Vormonet	12	1	21	2	9	1	19	1	379	–	13	–	145	–	98	1	39	–
München	–	–	2	–	3	–	–	–	25	–	13	–	24	–	25	–	1	–
Nürnberg	–	–	–	–	–	–	–	–	4	–	–	–	3	–	5	–	1	–
Augsburg	1	–	–	–	–	–	–	–	9	–	–	–	7	–	3	–	–	–
Regensburg	1	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	2	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	1	–	2	–	5	–	–	–	–	–	–	–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	12	1	–	–	2	–	2	–	–	–
Erlangen	–	–	–	–	–	–	–	–	3	1	–	–	1	–	–	–	–	–

Gebiet	Typhus abdominalle		Shigellenruhr		Melaria		Ornithose		Milzbrend		Brucellose		Diphtherie		Leptospirose				Q-Fieber		Tollwutverdecht [2]
															Weilsche-Krankheit		übrige Formen				
	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	–	–	4	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	17
Niederbeyern	–	–	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	5
Oberpfelz	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6
Oberfranken	2	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1
Mittelfranken	–	–	–	–	1	–	3	–	–	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	21
Unterfranken	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4
Schweben	–	1	–	–	1	–	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–	1	–	53
Beyern	3	1	6	–	3	–	4	–	1	–	2	–	1	–	1	1	1	–	1	–	107
Vormonet	3	–	16	–	5	–	5	–	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	126
München	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nürnberg	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3
Augsburg	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–
Erlangen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

*) Bericht des Beyerischen Statistischen Landesemtes

E = Erkrankungen, einschließlich der erst beim Tode bekenntgewordenen Krankheitsfälle, unter Ausschluß der Verdechtsfälle.

St = Sterbefälle.

[1]) Enteritie infectiose übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.

[2]) Tollwutverdecht: Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes oder -verdächtiges Tier sowie die Berührung einee solchen Tieres oder Tierkörpere.

Außerdem wurden fünf Sterbefälle an Virusgrippe gemeldet.

Schnell informiert

Lehrgeng zur Vorbereitung euf die Amtserztprüfung

Bekenntmechung der *Akedemie für des öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staetsministerium des Innern vom 19. Mërz 1981 – Nr. I E 11 - 5126 - 1/14/81 –*

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Beyerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom **28. September 1981 bis 26. März 1982** in München einen Lehrgang zur Vorbereitung euf die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst (Amtsarztlehrgang) ebhalten. Die Teilnahme daren ist Voraussetzung für die Zulassung zur Amtsarztprüfung.

Zu dem Lehrgang können 30 Ärzte zugelassen werden. Zulessungsgesuche müssen *bis spätestens 20. Juni 1981* bei der Akademie für des öffentliche Gesundheitswesen im Beyerichen Steatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, eingehen. Dem Gesuch sind beizugeben

1. die Approbation als Arzt in Urschrift,
2. die Promotionsurkunde in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift,
3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit.

Eine Lehrgengsgebühr wird nicht erhoben.

Bereits im emtsärztlichen oder lendgerichtsärztlichen Dienst des Freistaates Bayern tätige Ärzte breuchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich ebgeordnet.

Atemtherepeutische Gruppe in Augsburg gegründet

Im März 1981 wurde mit Hilfe des Ärztlichen Kreisverbandes (1. Vorsitzender: Dr. Klaus Hellmann) durch Ärzte des Bayerischen Sportärzteverbandes zusëtzlich zu den bestehenden zwei Koronargruppen eine etemtherapeutische Gruppe gegründet. Diese ist dem FC Haunstetten-Augsburg engegliedert (1. Vorsitzender: Dr. Max Keller, Versicherung, Turnhalle, hygienische Einrichtungen, usw.). Aufgenommen werden *Patienten*, die auf längere Zeit wegen Atemfunktionsstörungen, Asthma, Brustkorbeinengungen, Emphysem oder anderer chronischer Lungenerkrankung einer ständigen Atemtherapie bedürfen. Diese müssen von einer Arztpraxis überwiesen sein, die sowohl die Einstiegs- eis euch die Kontrolluntersuchungen vornimmt. Einige Ärzte, u. a. Dr. Konopke, Westkrenkenhaus Augsburg, und Dr. Barnert, Krankenhaus Bobingen, heben ihre Zusage zur Mitwirkung gegeben.

Weitere Einzelheiten über den Ärztlichen Kreisverbend Augsburg oder durch Dr. Eugen Goßner, Angerstreße 27, 8900 Augsburg 21, Telefon (08 21) 34 30 18.

Die deutsche Lebensversicherung fördert die medizinische Forschung

Die Lebensversicherungsmedizin bildet eine wesentliche Grundlage der Lebensversicherungswirtschaft. Deshelb ist es ihr Anliegen, die medizinische Forschung euf klinischem, epidemiologischem und prognostischem Gebiet unter Einbeziehung der Grundlagenforschung finanziell zu unterstützen.

Zu diesem Zweck errichtete der Verbend der Lebensversicherungs-Unternehmen 1958 die Dr.-Kart-Wilder-Stiftung zur Ertorschung des Herzinfarktes. Mit der Stiftung solt ein Beitrag zur Erforschung der Herz- und Kreislaufstörungen in Interesse der Versicherten und der gesemten Bevölkerung geleistet werden. Darüber hinaus besteht für die Erforschung enderer Krankheiten ein weiterer Fonds, durch den Förderungsbeihilfen gewährt werden können.

Zahlreiche Wissenschaftler sind bisher unterstützt worden. tn Übersichtsarbeiten wurde im „Deutschen Ärzteblatt" 1969, Heft 14, S. 953 bis 956, und in der Zeitschrift „Lebensversicherungsmedizin" 1968, Heft 5, S. 97 bis 123, und 1976, Sonderheft, S. 24 bis 34, darüber berichtet. Über die Grenzen Deutschlands hinaus fanden die Ergebnisse dieser geförderten Projekte Anerkennung.

In Zukunft sollen die Stiftungsziele noch weiteren Kreisen bekanntgemacht werden, wobei besonders junge Wissenschaftler Berücksichtigung finden können. Zusätzlich wird in Einzelfällen die Möglichkeit geboten, die gewonnenen Ergebnisse auf versicherungsmedizinischen Fachtagungen in Deutschlend oder auf einem Internationalen Kongreß für Lebensversicherungsmedizin vorzutregen.

Förderungsgesuche sind zu richten an: Verband der Lebensversicherungs-Unternehmen e. V., Eduard-Pflüger-Straße 55, 5300 Bonn 1

Krenkenschutz beim Auslandsurleub

Die Urlaubssaison ist eröffnet. Auch dieses Jahr werden wieder Millionen deutscher Touristen trotz DM-Schwäche und Zahlungsbilanzdefizit jenseits der deutschen Grenzpfähle Urlaub machen. Angesichts der ständig steigenden Kosten für die medizinische Versorgung ist eine umfassende Krankenversicherung im Urleub heute wichtiger denn je. Dies gilt auch für Ärzte, zumal die im Bundesgebiet empfohtene kostenlose Kollegenbehandlung euβerhalb der deutschen Grenzen nur selten praktiziert wird.

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung haben im Ausland häufig überheupt keinen oder nur einen unzureichenden Krankenschutz. Dies gilt insbesondere für Krenkenrücktransporte vom Urlaubstend in die Bundesrepublik, deren Kosten nach einem Urteil des Bundessozielgerichts von den Krankenkassen nicht übernommen werden dürfen.

Deshalb ist men gut beraten, vor Antritt der Urlaubsreise eine private Auslandskrankenversicherung (z. B. die Reisekrankenversicherung der „Vereinigten") abzuschließen. Sie ersetzt alle bei einer akuten Erkrankung im Urlaub anfallenden Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung. (Natürlich besteht für Krenkheiten, die sich vor Reisebeginn bereits bemerkbar gemacht haben, kein Leistungsanspruch). Darüber hineus sieht diese Versicherungsform spezielle Leistungen wie beispielsweise die Kostenübernehme für einen ärztlich engeordneten und medizinisch notwendigen Krenkentransport vor.

Aber euch für Privatversicherte ist eine Reisekrankenversicherung empfehlenswert. Zwar haben sie Versicherungsschutz in ganz Europa und mindestens im ersten Jahr des Auslandsaufenthaltes sogar weltweit. Die Reisepolice bietet jedoch Leistungen, die die Inlandsversicherung nicht vorsieht. Hier tst die schon erwähnte Kostenübernehme für Krenkenrücktransporte zu nennen. Nicht zuletzt bleibt dem Privatversicherten gegebenenfalls der Anspruch auf eine Beltregsrückerstettung erhalten, wenn die Reiseversicherung die Behendlungskosten übernimmt und dadurch die Heilkostenversicherung schadenfrei bleibt.

Die Urlaubskasse wird durch den Abschluß einer kurzfristigen Reisepolice kaum belastet. Bei der Vereinigten Krankenversicherung beispielsweise kostet sie pro Person und Tag nur 60 Pfennig.

Therapeutika

Tennolact® Salbe

Zusammensetzung: 1 g Tennolact Salbe enthält 4 mg nicht färbenden Gerbstoff (Harnstoff-Phenol-(Kresol)-Kondensationsgerbstoff mit endständigen neutralen Sulfongruppen), 4 mg Calciumlactat, 1 mg Rutin in Emulsionsgrundlage vom Typ Ö/W.

Indiketionen: Entzündliche und juckende Heuterkrenkungen, insbesondere im Genital-Anel-Bereich. Vulvo-Veginitis. Zur Nachbehandlung gynäkologischer Operetionen, z. B. nach Episiotomien.

Anwendungsweise: 2–3 x täglich dünn euftragen.

Darreichungsform und Preis: Tennolact Salbe in Tube mit 28 g DM 4,73.

Hersteller: Basotherm GmbH, 7950 Biberech en der Riss 1

Levothym Kepseln

Zusemmensetzung: 1 Kepsel Levothym enthält 100 mg L-5-Hydroxytryptophan.

Indikationen: Endogene Depression mit vital depressiver Verstimmung, Involutionsdepression, Altersdepression, lervierte Depression, deren depressive Symptomatik durch körperliche Beschwerden (Magen-Darm-Störungen, Herzbeschwerden, Kopfschmerzen) maskiert wird, körperlich begründbare Depression, Verstimmungszustände, Schlafstörungen, spezifische neurologische Erkrankungen wie posthypoxische Myoklonien (Lance-Adams-Syndrom), tardive Dyskinesien nach Neuroleptika-Behandlung, Fezialislähmung

Kontraindikationen: Levothym soll bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz nicht angewendet werden. Obwohl keinerlei Hinweise auf fruchtschädigende Eigenscheften des Arzneimittels vorliegen, sollten aus grundsätzlichen Überlegungen heraus vor der Anwendung von Levothym in der Schwangerschaft – besonders in den ersten drei Monaten – der zu erwartende Therepienutzen und die möglichen Risiken einer Levothym-Behandlung gegeneinander abgewogen werden.

Wirkungsweise, Eigenschaften, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Die Dosierung von Levothym richtet sich nach der Ausprägung der Symptome und der individuellen Reaktion der jeweiligen Patienten. Üblicherweise werden täglich 100 bis 300 mg Levothym verabreicht, das entspricht 1 x 1 Kepsel bis 3 x 1 Kepsel Levothym.

Folgende Verabreichungszeitpunkte haben sich besonders bewährt:

Tagesdosis 100 mg: 1 Kepsel abends; Tegesdosis 200 mg: Tag 1 bis 3 1 Kepsel ebends; ab Teg 4 1 Kapsel morgens und ebends; Tegesdosis 300 mg: Teg 1 bis 3 1 Kapsel abends; Tag 4 bis 6 1 Kapsel morgens und abends; ab Tag 7 1 Kapsel morgens, mittags und abends.

Darreichungsformen und Preise: OP Levothym 20 Kapseln DM 27,99, OP Levothym 50 Kapseln DM 62,65

Hersteller: Karlspharma GmbH, 8011 Kirchheim

Spesmo-Novogent® forte

Zusammensetzung: 1 Zäpfchen Spasmo-Novogent forte enthält: Metamizol-Natrium 800 mg; Amoberbital-Natrium 55 mg; Coffein-Citronensäure-Gemisch 1 : 1 (g/g) 15 mg; N-Butylscopolaminiumbromid 10 mg; N,N-Dimethyl-α-methylphenaethylamin-hydrochlorid 5 mg.

Anwendungsgebiete: Krampfzustände und Schmerzen im Bereich der Gallenwege (Gallenkoliken, Gallenblesenentzündung, Entzündung der Gallenwege), des Magen-Darm-Kenals (Geschwüre, Entzündungen des Dickdarms), der weiblichen Geschlechtsorgane (schmerzhefte Regelblutungen) und der ebleitenden Harnwege (Nierenkoliken, Blasenentzündung, Vorbereitung zur Blasenspiegelung).

Nebenwirkungen: Vereinzelt können folgende Nebenwirkungen auftreten: Hautreaktionen, krankhefte Verminderung der weißen Blutzellen, Verenderung des weißen Blutbildes (Agrenulozytose), Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsenabsonderung, Hautrötung, Akkomodationsstörungen, Entstehung eines erhöhten Augeninnendruckes (Engwinkelgleukom), beschleunigte Herztätigkeit (Herzjagen), Beschwerden beim Hernlassen, Herzklopfen, Rhythmusstörungen der Herzkemmer, Erregungszustände, Zittern, Herzbeschwerden (pektanginöse Beschwerden).

Gegenanzeigen, Wechselwirkungen mit enderen Mitteln und Hinweis: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Art der Anwendung: Soweit nicht anders verordnet – je nach Stërke der Schmerzen – Erwachsene 1 bis 3 x täglich 1 Zäpfchen in den After einführen. Die Behandlungsdauer richtet sich nech dem Verlauf der Erkrankung und sollte spätestens nech Abklingen der Schmerzen und Krampfzustände abgebrochen werden.

Handelsformen und Preise: Packungen mit 5 Zäpfchen DM 7,01, Packungen mit 10 Zäpfchen DM 12,01, Anstaltspeckungen mit 50 Zäpfchen.

Hersteller: Temmler-Werke, 3550 Marburg

Tricodein/Tricodein für Kinder

*Retard Dr*egees

Zusammensetzung: 1 Retard-Dragee Tricodein enthält 57,50 mg Codeinphosphet. 1 Reterd-Dragee Tricodein für Kinder enthält 19,15 mg Codeinphosphat.

Indikationen: Reizhusten jeder Art.

Kontreindikationen: Bei Krankheitszuständen, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß; bei chronischer Obstipation ist eine Lengzeitverabreichung zu vermeiden.

Eigenscheften, Wirkung, mögliche Nebenwirkungen und besonderer Hinweis: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

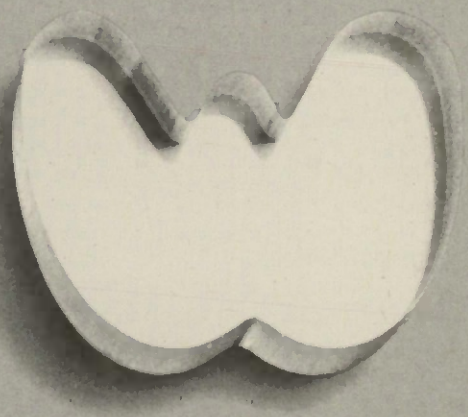
Dosierung und Anwendungsweise: Soweit nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene und Jugendliche über 14 Jahre morgens und abends je 1 Retard-Dregee Tricodein mit etwas Flüssigkeit ein. – Kinder eb 6 Jehren erhelten morgens und abends je 1 Retard-Dragee Tricodein für Kinder mit etwes Flüssigkeit zum Einnehmen.

Handelsformen und Preise: Tricodein: OP mit 10 Dragees DM 8,–, OP mit 20 Dragees DM 14,90, Anstaltspackung; Tricodein für Kinder: OP mit 10 Dregees DM 6,50, OP mit 20 Dragees DM 11,55, Ansteltspackung.

Hersteller: Zyme GmbH, 8000 München 70

Novothyral®

bevorzugt bei blander Struma



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

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Levothyroxin-Natrium, T_4) und 20 µg L-Trijodthyronin (= Liothyronin-Natrium, T_3). **Anwendungsgebiete:** Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormontherapie, vorzugsweise bei blander Struma und zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion; außerdem bei Hypothyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ) und zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose. **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. Die angegebenen Gegenanzeigen sind im Kindesalter mit Ausnahme der Myokarditis nicht relevant. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechselsteigernden Wirkung der beiden Schilddrüsenhormone können gelegentlich, vor allem zu Beginn der Behandlung, Tremor, Tachykardie, Hyperhidrosis oder Durchfall auftreten. Die Tagesdosis sollte in diesem Falle reduziert und gegebenenfalls in größeren Zeitabständen langsam bis zur Toleranzgrenze wieder erhöht werden. ■ **Vorsichtsmaßnahmen:** Bei koronarer Herzerkrankung sollte die Therapie mit niedriger Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Die Wirkung von Antikoagulanzien kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßig Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Novothyral-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindeninsuffizienz zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Novothyral in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyrsmin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermieden wird. Novothyral sollte deshalb 4–5 Stunden vor der Colestyramin-Applikation eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Novothyral-Therapie sollte Diphenylhydantoin nicht 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. Appth.-Abg'preise. Stand 1.11.1979. ■

HORMON FORSCHUNG MERCK

E. Merck, Postfach 4119, 6100 Darmstadt 1

MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

04196

Buchbesprechungen

Hendbuch der medizinischen Rediologie

Bend *15 — Teil 1 A: Nukleermedizin*

Hereusgeber: L. Diethelm u. e., 722 S., devon 146 S. in Englisch, 244 Abb. in 280 Einzeldarstellungen, 65 Teb., geb., DM 540,—. Springer Verleg, Berlin-Heidelberg-New York.

Bei diesem Band hendelt es sich um den klinischen Teil des Handbuches für Nuklearmedizin. In ihm sind die wichtigsten nuklearmedizinischen klinischen Untersuchungsverfahren nach Organsystemen ebgehandelt. Auch die Therapie mit offenen Radionukliden ist jeweils mitberücksichtigt. Er gibt somit eine Übersicht über die nuklearmedizinische Diagnostik und Therepie der einzelnen Organe von den Anfängen bis zum jetzigen Stend in der Entwicklung der Methode, den Ergebnissen und der Bewertung der Ergebnisse für die Klinik wieder.

Wichtige Kepitel sind weiterhin die Strahlenschutzmeßtechnik, bauliche Maßnahmen für nuklearmedizinische Untersuchungseinheiten, Normierungsfragen und gesetzliche Bestimmungen. Für die Praxis wesentliche Tabellen ergänzen den Band.

Die Gesundheit des Mädchens

Herausgeber: Prof. Dr. F. W. Dittmar / Dr. H.-P. Legal, 264 S., 32 Abb., Paperback, DM 22,80. Verlag R. S. Schulz, Percha.

Das vorliegende Taschenbuch kann jedem Mädchen in die Hand gegeben werden, das eine fachlich gute und leicht verständliche Aufklärung sucht, wobei sämtliche gynäkologischen Normalbefunde gezeigt und besprochen werden, sowie Krankheitsbilder klar erklärt und dargestellt werden. Das Buch fußt auf ärztlicher Erfahrung; das heranwachsende Mädchen kann den weiblichen Organismus verstehen, die hormonellen Vorgänge begreifen und somit ihre Gesundheit und Krankheit erkennen.

Dr. med. V. Pürckhauer, Oberhaching

Seelische Störungen im Wochenbett

Hereusgeber: Dr. R. Gödtel, 109 S., 15 Teb., DM 29,—. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Als Geburtshelfer mit psychiatrischer Ausbildung versucht der Autor, die vielfältigen Krankheitsbilder in ein geordnetes Begriffsystem zu bringen, die gemeinhin els „Wochenbettpsychosen" bezeichnet werden.

Durch zehlreiche Fellderstellungen wird dem Geburtshelfer und euch dem konsiliarisch tätigen Psychiater eine wertvolle Hilfe gegeben, reaktive Krenkheitsbilder, Wochenbettpsychosen im engeren Sinne, des heißt körperlich begründbare Psychosen, und im Wochenbett eusgelöste endogene Psychosen zu verstehen und zu behendeln.

Dr. med. H. G. Arnold, Amberg

Die Welt der Heilpflanzen

Bend *1: Wirkstoffe*

Hereusgeber: H. Funke, 220 S., 51 Abb., DM 38,—. Pflaum Verlag KG, München.

Der Autor hat es verstanden, die Heilpflanze els Teil des ganzen Naturgeschehens zu betrachten. Wenn hier u. a. vom Jod erzählt wird, vom Kalzium oder Silizium, beginnt man zu begreifen, wes ein Hippokretes, ein Paracelsus oder ein Pfarrer Kneipp dachte, wenn sie die Elemente als Wesenheiten sahen.

Ergebnisse der Pädiatrischen Onkologie 3

Hereusgeber: Prof. Dr. M. Hertl / Prof. Dr. B. Kornhuber / Prof. Dr. G. Lendbeck, 138 S., zehlr. Abb., kert., DM 47,50. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die Gesellschaft für pädietrische Onkologie e. V. und die Arbeitsgemeinscheft für Leukämieforschung und -behendlung im Kindesalter e. V. halten jährlich zwei Arbeitstegungen eb. Der vorliegende Band enthält 18 Beiträge fachkompetenter Autoren über neue Erfahrungen euf diesem Gebiet: Organisetionsfragen, die optimale Versorgung krebskrenker Kinder betreffend, neue diegnostische Verfahren und ektuelle Therapieformen. Damit machen Herausgeber, Autoren und Verleg wichtige Erkenntnisse einem interesslerten Leserkreis zugänglich.

Dr. med. M. Wolf, Waldkraiburg

Lehrbuch und Atlas der Angiologie

Hereusgeber: A. Kappert, 10., neubearbeitete und erweiterte Auflege unter Einbeziehung aller Gefäßareele, 525 S., 674 Abb., 16 Tab., geb., DM 378,—. Verlag Hans Huber, Bern.

Die 10. Auflage dieses Buches ist als „Jubiläumsausgabe" vollständig neu bearbeitet und erweitert worden. Dies gilt u. a. für die Erkrankungen der intra- und extrakraniellen Arterien, die peripheren Arteriopathien degenerativer und nicht-degenerativer Genese, die koronare Herzkrankheit, die Phlebothrombose und die chronisch-venöse Insuffizienz. In der Diagnostik ist das Schwergewicht auf die ambulent anwendberen nicht-invasiven Verfahren gelegt worden, ohne aber komplizierte klinische Methoden zu vernachlässigen. Zusätzliche Kapitel über die Analyse der Mikrozirkulation, die perkutane transluminale Kathetertherapie, die ertefizielle Embolisation und die Anwendung neu entwickelter Pharmaka haben das Spektrum des Buches nochmals erweitert. Die Bilddokumentation ist um 115 Abbildungen ergänzt worden.

Kardioveskuläre Notfälle

Herausgeber: E. Lang, 253 S., brosch., DM 34,—. Perimed Fachbuch Verlagsgesellschaft mbH, Erlangen.

Das Buch besteht aus einem allgemeinen Teil, in dem die wesentlichen Grundtatsechen zur Notfellerkennung und Notfalltherepie zusammengetragen sind, und einem speziellen Teil, der sich mit den einzelnen Notfallsituationen befaßt. In den verschiedenen Beiträgen wird jeweils eus der Sicht der speziellen Situation versucht, aus den pathophysiologischen Vorbedingungen heraus das Notfallsyndrom in seiner klinischen Erscheinungsweise abzuleiten. Für den schnellen Zugriff sind neben den Informationen im Text die wesentlichsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auch in Tabellen und Schemata dargestellt.

Ausdauertraining

Leufen, Radfahren, Skilangleuf, Schwimmen

Herausgeber: F. Wöllzenmüller / Dr. B. Grünewald, 160 S., 31 Fotos, 58 Zeichn., DM 24,—. Mosaik Verlag, München.

Die Herausgeber haben für diese vier Sporterten ein spezialisiertes Trainingsprogramm entwickelt, das besonders die individuelle Belestung auf den Organismus berücksichtigt. So kenn sich jeder Ausgleichssportler ein persönliches Übungsprogramm für Fitness und Gesundheit zusammenstellen. Der zweite Teil informiert über Ausrüstung und Technik.

Orthopädischer Röntganatlas

Herausgeber: Prof. Dr. P.-F. Matzen / Doz. Dr. H. K. Fleissner, 516 S., 734 Abb. in 1544 Einzeldarstellungen, geb., DM 248,–. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Röntgenbild-Verlaufsserien und röntgenologische Details lassen sich in Lehr- und Handbüchern nur in beschränkter Zahl wiedergeben. Da aber der Röntgenbefund für Erkrankungen und Störungen des Haltungs- und Bewegungsapperates bei Stellung der Diagnose und Formulierung der Prognose von ausschlaggebender Bedeutung ist, ergänzt dieser Röntgenatlas vorhandene Lehr- und Handbücher orthopädischer Leiden und der Röntgendiagnostik. Der Text wurde unter Beschränkung auf das Wesentliche kurz gehalten. Seiner Konzeption nach soll der Atlas die Deutung von Röntgenbefunden des Skeletts und ihre Prognose erleichtern. Neu aufgenommen wurden die Kapitel über „Allgemeine Röntgentechnik bei Skelettaufnahmen" und „Normale und gestörte Heilung von Knochenbrüchen".

Augenärztliche Fortbildung

Jahreskurse für die praktische Augenheilkunde – Band 5, Teil 4

Herausgeber: Prof. Dr. H.-J. Merté, 131 S., 47 Abb., Band 5 besteht aus 4 Teilbänden, Bandpreis DM 136,–, Einzelbezug je Teilband DM 40,–. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Auch der vorliegende Band der augenärztlichen Fortbildung bringt einige interessante Beiträge aus den Gebieten Motilitätsstörungen und Glaukom. Wir haben schon früher (BayÄbl. 2/1980, S. 204) dieses neue Lehrkonzept empfohlen. Man sollte allerdings in Zukunft darauf verzichten, noch nicht gesicherte Methoden in einem Fortbildungsheft zu publizieren. Die Darstellungen des Herausgebers zu den Uveopathie-Glaukomen entsprechen genau dem Anspruch, gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse zu vermitteln. Die gesamte Serie wird empfohlen.

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

Nitrate II

Wirkung auf Herz und Kreislauf

Herausgeber: Prof. Dr. W. Rudolf / Dr. A. Schrey, 422 S., 380 Abb., 60 Tab., Leinen, DM 64,–. Verlag Urban & Schwarzenberg, München

Mit diesem Werk, einem der umfassendsten Zusammenstellungen wichtiger neuester Erkenntnisse der Nitrate, wurde auf dem 2. Nitret-Symposion unter Beteiligung namhafter Experten die Renaissence der Nitrete eingeleitet.

In sieben Kapitel unterteilt, enthält das Werk ausführliche Referate, einschließlich Diskussionen, angefangen von Pharmakokinetik bis hin zum klinisch relevanten Einsatz beim akuten Myokardinfarkt bzw. Herzinsuffizienz. Zur weiteren Vertiefung der Sachkenntnisse sind jedem Referat ausführliche Literaturangaben angeschlossen. Bei der Neuauflage korrigierenswert, die fehlerhafte Beschriftung der Abbildungen bzw. Textangaben, mit Häufung auf Seite 408 bis 410. Erfreulich, Ausführungen auch neuerer ähnlicher Stoffe, wie Molsidomin-2-ISMN.

Inhalt, wie ausführliches, abschließendes Sachverzeichnis, stellt das Buch in die Reihe der Standardwerke.

Besonders geeignet für Kliniker, kardiologisch tätige Internisten und Allgemeinpraktiker.

Dr. med. H. Neukamm, Garmisch-Partenkirchen

Gastroenterologische Endoskopie

Herausgeber: Prof. Dr. R. J. Ottenjann / Prof. Dr. M. Classen, 348 S., 836 Abb., 64 Tab., DM 298,–. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die gastroenterologische Endoskopie hat in den letzten zwei Jahrzehnten eine geradezu stürmische Entwicklung erfahren. In elf Kapiteln vermittelt dieses Buch einen Überblick über den heutigen Stand. Dabei werden die für die verschiedenen Organe und Organabschnitte entwickelten und verfügbaren Methoden und deren Aussagekraft in der Diagnostik aufgezeigt. Die einzelnen Kapitel betreffen die Ösophagogastroduodenoskopie, die retrograde Cholangio-Penkreatographie, die Fiberintestinoskopie, die Koloileoskopie und die Proktorektosigmoidoskopie; in weiteren Kapiteln werden die blinde Dünndarm-Saugbiopsie, die Leparoskopie, die perkutane Leberbiopsie und schließlich die notfallmäßige Laparoskopie abgehandelt. Die Methoden der operativen diagnostischen und therapeutischen Endoskopie und ihre Bedeutung werden ebenfalls ausführlich erörtert.

München um 1800

Die Häuser und Gassen der Stadt

Herausgeber: G. Dischinger / R. Bauer, gezeichnet und beschrieben v. J. P. Stimmelmeyr, 280 S., 136 ganzs. Abb., Leinen, DM 48,–. Verlag C. H. Beck, München.

Dieses Buch über die Häuser und Gassen Münchens um 1800 ist eine liebenswürdige und aufschlußreiche Entdeckung zur Stadtgeschichte. Für den historisch Interessierten ist es eine unverzichtbare Quelle, für alle Freunde Münchens ein willkommenes Geschenk.

Vor Ihrer Praxis-Eröffnung sind wir für Sie da.

Ad usum proprium:
Unsere Erfahrung zu Ihrer Praxisabsicherung. Unser „gewußt wie" bei Ihren Bankgesprächen.

Finanzierungsmodell mit Einsparung bis zu 40 Prozent der Praxisdarlehen.

Ihr Nutzen und Vorteil:
Unsere Stärke in der Lösung Ihrer Versicherungsprobleme, wenn es um die Ärzte-Haftpflicht-, die Hausrat-, die Ärzte-Unfallversicherung geht.

Interesse?
Dann rufen Sie uns bitte an: Es berät Sie Herr Georg C. Klughardt. Anschrift: Stiftsbogen 41, 8000 München 70, Tel. (089) 7143200 oder (0911) 834298

Meine Anschrift

Ich erwarte Ihren Anruf unter Telefon

Ein Beratungsbesuch ist erwünscht

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE
Außendienstbeauftragter
BAYERISCHE VERSICHERUNGSKAMMER Bayerischer Versicherungsverband

Elektrokardiographie

Atlas und Auswertung

Herausgeber: Prof. Dr. C.-S. So, 303 S., 325 EKG-Kurven auf 157 Abb., Peppband, DM 58,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Der vorliegende Atlas bietet die klinisch wichtigen EKG-Veränderungen in zahlreichen groß reproduzierten Abbildungen samt einer Erörterung der jeweiligen Befunde als ein Hilfsmittel zum Selbststudium an. Dem Leser wird empfohlen, die dargestellten Kurven zunächst selbst auszuwerten und die eigenen Befunde mit den beschriebenen zu vergleichen, um auf diese Weise praktische Erfahrung zu gewinnen. — Die Neuauflage wurde mit 30 EKG-Kurven auf 16 Abbildungen ergänzt.

Maligne Tumoren

Herausgeber: Prof. D. Schmähl u. a., 3. neubearbeitete und erweiterte Aufl., 572 S., 86 Abb., 125 Tab., 40 Schemata und div. Formeldarstellungen, geb., DM 148,—. Editio Cantor, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften KG, Aulendorf.

Das vorliegende Buch versucht, den Stand des Wissens über exogene chemische Krebsursachen, deren Bedeutung für die Krebsentstehung beim Menschen sowie Zukunftsperspektiven in der Erforschung dieser Ursachen aufzuzeigen. Vom Standpunkt der Toxikologie aus gesehen wird dieses Thema breit angelegt und sowohl vom methodischen als auch von der Bewertung erarbeiteter Befunde behandelt. Da die wesentlichen Forderungen einer modernen Krebsforschung in der Auffindung der Ursachen und in der kausalen Therapie der Krebskrankheit gesehen werden, wird hier ferner das Krebswachstum, die Metastasierung maligner Tumoren sowie die Krebschemotherapie behandelt. Der Stil ist so gehalten, daß sowohl der Fachmann wie auch der praktizierende Arzt oder der interessierte Naturwissenschaftler und Student das Buch lesen können.

Familientherapie: Grundlagen, empirische Erkenntnisse und Praxis

Herausgeber: W. Toman, 186 S., kart., DM 31,50. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.

Der Autor, der sich durch sein Buch „Familienkonstellationen" einen bedeutenden Namen geschaffen hat, legt hier ein für den Therapeuten interessantes Buch vor. In einem kurzen Überblick wird zunächst auf die klassischen Schulen der Psychotherapie eingegangen, dann die Entwicklung der Familientherapie beschrieben. In einem umfangreicheren Abschnitt wird die Familie mit den typischen Kinder- und Elternbeziehungen dargestellt sowie die sich daraus ergebenden Konfliktsituationen und krankhaften Erscheinungen. Der abschließende Teil wird praktischen Gesichtspunkten gewidmet mit Gesprächsführungsregeln für den Familientherapeuten und einem ausführlichen Beispiel einer Familientherapiesitzung. Das Buch stellt vor allem für den praxisbezogenen Leser eine wertvolle Bereicherung dar.

Dr. med. R. Zenglein, Bayreuth

Das farbige Hausbuch der Zimmerpflanzen

Herausgeber: K. Jecobi, 190 S., 172 Abb., 17 Zeichn., kart., DM 10,—. BLV Verlagsgesellschaft mbH, München.

Der Kreis der Zimmerpflanzen-Liebhaber ist heute sehr groß. Für alle, die damit beginnen, in ihren Räumen Pflanzen grünen und blühen zu lassen oder ihr „Sortiment" erweitern wollen, ist dieses Buch ein nützlicher Ratgeber.

Mekroskopiach-anatomiacher Kurs, Präparieranleiiung

Herausgeber: Prof. Dr. F. Tischendorf, 327 S., 46 Abb., DM 16,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Diese 3. durchgesehene und ergänzte Auflage des makroskopisch-anatomischen Kurses zeigt in komprimierter, klar gegliederter Form, Wichtiges und Wissenswertes für den Präpariersaal. Bereits im neugestalteten Vorwort wird über Sinn und Zweck der Anatomie gesprochen, die neue Bestallungsordnung auch heftig angegriffen. Im Inhalt der Präparieranleitung werden sämtliche Schnittführungen sowie Präparationen der Situs klar gegliedert aufgezeigt und besprochen und auch für den Kliniker auf das Pathologisch-anatomische hingewiesen. Somit kann dieses Buch dem Studenten als Anleitung zur Übung empfohlen werden, dem Kliniker und Praktiker als Nachschlagewerk wärmstens angeraten werden.

Dr. med. V. Pürckheuer, Oberhaching

Sprechstunde: Gelenkrheuma

Herausgeber: Dr. W. Miehle / Prof. Dr. H. Mathies, 144 S., Zeichn., DM 19,80. Gräfe und Unzer Verlag, München

In diesem neuen Patienten-Ratgeber wird dem Rheumatiker in übersichtlicher Form und leichtverständlicher Sprache erklärt, wie entzündliche und degenerative Gelenkerkrankungen entstehen, wie sie verlaufen und welche Behandlungsmöglichkeiten und Heilungschancen es beim heutigen Stand der Medizin für ihn gibt. Als wertvolle Hilfe erweist sich dabei eine illustrierte Anleitung für das tägliche Gelenktraining, ein Katalog der im Handel befindlichen Funktionshilfen (mit Quellennachweis) und eine vollständige Adressenliste aller Beratungsstellen der Rheuma-Liga, die es in der Bundesrepublik Deutschland, in der Schweiz und in Österreich gibt.

Pflanzen der Götter

Die magischen Kräfte der Rausch- und Giftgewächse

Herausgeber: R. E. Schultes / A. Hofmann, 192 S., 450 Abb., Leinen, DM 48,—. Hallwag-Verlagsgesellschaft mbH, Ostfildern.

In diesem Buch werden zunächst Wesen und Wirkung der Halluzinogene erklärt. Der Darlegung ihrer Stellung im Pflanzenreich folgen die Ergebnisse der pflanzenchemischen Untersuchungen. Verbreitung und Verwendung der Halluzinogene nehmen ein weiteres Kapitel ein. Im anschließenden Bildatlas mit Pflanzenlexikon werden über 90 biodynamische Pflanzen vorgestellt. Im zweiten Buchteil untersuchen die Autoren den Gebrauch der vierzehn verbreitetsten Rauschpflanzen der Erde. Die Riten, die mit dem Sammeln und der Einnahme dieser „Pflanzen der Götter" verbunden sind, werden ausführlich beschrieben.

Der Roider-Jeckl

Ansprachen und Gstanzl von Jakob Roider, mit Schallplatte, 388 S., 4 Farbtabeln, 24 Fotos, 358 Zeichnungen von J. Oberberger, DM 45,—. Rosenheimer Verlagshaus, Alfred Förg, Rosenheim.

Der „Roider Jackl", wie man den unvergessenen Volkssänger nennt, war ein scharfer Beobachter des öffentlichen Lebens. Er verschloß seine Augen auch nicht vor den Schwächen der kleinen Leute, von denen er selber abstammte. Die von ihm vertaßten Ansprachen und Gstanzl der Jahre 1950 bis 1974 sind hier in einer repräsentativen Auswahl authentisch wiedergegeben.

Tremarit®

Selektiv tremorwirksam bei allen extrapyramidalen Tremorformen

WANDER PHARMA GMBH NÜRNBERG

Tremarit®

Zusammensetzung
1 Tablette Tremarit® 5 mg enthält: Metixenhydrochlorid
1 Tablette Tremarit® 15 mg (Bitab = Mantelkerntablette) enthält: 15 mg Metixenhydrochlorid.

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

Gegenanzeigen
Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftungen, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Restharnbildung, intestinale Atonie, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon.
Tierexperimentell und klinisch bestehen keine Hinweise für 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. Bei 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.

Weitere Angaben zu Tremarit®

Dosierung und Anwendungshinweise
Die Dosierung von Tremarit wird individuell vorgenommen. Im allgemeinen gelten folgende Richtlinien:
Bei den verschiedenen Formen des Parkinsonsyndroms wird mit Einzeldosen von ½ Tablette (5 mg) 3- bis 4mal über den Tag verteilt begonnen. Steigerung im Laufe der nächsten 5 bis 6 Wochen auf die optimal wirksame zwischen 15 bis 30 (bis 60) mg liegende Tagesdosis. Dauertherapie zweckmäßig unter Verwendung von Tremarit® 15 mg Tabletten.
Während einer kombinierten Therapie mit L-Dopa oder Amantadin kann die Tagesdosis von Tremarit im allgemeinen unverändert bleiben. Die Tagesdosis von L-Dopa und Amantadin kann häufig um ¼ bis ⅓ herabgesetzt werden. Beim 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 Irizyklische Antidepressiva können die enticholinerge 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 Präzisionsarbeit zu beachten.
Antidot: Neostigmin, 0,5 – 2,5 mg, ist intramuskulär oder langsam intravenös zu injizieren, kann gegebenenfalls wiederholt werden.

Handelsformen
Tabletten 5 mg:
Originalpackungen
zu 50 und 100 Stück DM 19,32 und DM 33,7
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. 198

WANDER

Das Kind in der Votivmalerei

Herausgeber: Prof. Dr. W. Theopold, 172 S., 63 Farbt., 149 Abb., ausführl. Literaturverzeichnis, Leinen, DM 120,—. Verlag Karl Thiemig, München.

Bisher gab es keine Darstellung über die Gestalt des Kindes in der Votivmalerei, über die irdischen und die himmlischen Kinder und über die, die zu Märtyrern wurden. Erstmalig erschließt dieses Buch, das ein Kinderarzt schrieb, aus der naiven Malkunst vergangene Epochen der Kindheitsgeschichte. Dabei wird zwischen Legende und Dogma, zwischen Märchen und Wirklichkeit eine Welt lebendig, die wohl ärmer an Wissen und Wohlstand, aber reicher an Glauben und Trost war. In ihrer Gesamtheit liefern die Tafeln, auch wenn die Maler ganz im Dienst der Frömmigkeit standen, eine reichhaltige Illustration zur Kulturgeschichte des Kindes, zu seiner Stellung im Volksleben, dem Dasein in der Familie und zur Vielfalt der Bedrängnisse, denen es im Weltenlauf ausgesetzt war.

Die große Zeit der niederländischen Malerei

Herausgeber: H. Guratzsch, 304 S., 236 Farbabb., Leinen, DM 98,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

In Zusammenarbeit mit sieben Spezialisten entwirft der Herausgeber ein faszinierendes Bild der flämischen und holländischen Kunst vom 15. bis 18. Jahrhundert. Die Beschreibung geht grundsätzlich chronologisch vor. So behandeln die ersten Kapitel die frühen Tafelbildmaler auf südniederländischem Boden und anschließend die nordniederländische Malerei im 15. Jahrhundert, setzt dabei aber natürlich Akzente auf einzelne Schulentwicklungen. Ebenso wird die Spezialisierung im 17. Jahrhundert in eigene Bildgattungen aufgezeigt. Mit 236 Abbildungen der Werke von 121 Künstlern reich illustriert, 121 Kurzbiographien der Künstler, einem ausführlichen Literaturverzeichnis und Register liegt so eine Gesamtdarstellung vor, die nicht nur Wesen und Besonderheiten dieser weit über den niederländischen Raum hinauswirkenden Malerei dokumentiert, sondern zugleich die gesellschaftliche politische und religiöse Welt jener drei bewegenden Jahrhunderte lebendig vor Augen führt.

Alpinmonografien

1. Wetterstein: Täler, Grate und Wände im Banne der Zugspitze

Herausgeber: F. Schmitt, 192 S., 25 Farbt., 13 Abb., 8 Zeichn., Spezial- und Übersichtskarte, lam., DM 32,80.

2. Wellis: Täler und Menschen, Gipfel und Wege

Herausgeber: Chr. Stiebler / W. P. Burkhardt, 176 S., 50 ein- und mehrfarb. Abb., Kartenausschn., geb., lam., DM 32,80.

Bergverlag Rudolf Rother GmbH, München.

Wer die Berge als Wanderer, Bergsteiger oder Skifahrer kennengelernt hat, möchte mehr darüber wissen. Dazu gehören alpine Geschichte, bergsteigerische Erschließung, Eigenheiten der Natur, Tiere und Pflanzenwelt und auch künstlerische Eindrücke. — Eine Buchreihe, die man sich zuallererst selbst schenken wird!

In gleicher Ausstattung sind bisher erschienen: Kaisergebirge — Bernina — Bergell — Gröden — Karwendel — Sextener Dolomiten — Rund um den Watzmann

Alte Burgen — schöne Schlösser

280 S., über 450 Abb., davon 237 in Farbe, über 100 Zeichn., ca. 40 Karten, Leinen, DM 56,90. Verlag das Beste, Vertrieb durch Umschau-Verlag, Frankfurt.

194 bedeutende Burgen und Schlösser stellt dieses gut ausgestattete Werk vor. Übersichtszeichnungen und Schaubilder führen den Leser in die Baukunst vergangener Zeiten ein und vermitteln anschaulich die Stilelemente und Eigenarten früherer Bauweisen. Ein burgenkundliches Wörterbuch erklärt die wichtigsten Fachausdrücke.

Große Frauen der Welt

Herausgeber: A. Emrich u. a., 280 S., 16 Bildtafeln, geb., DM 24,—. Arena Verlag Georg Popp, Würzburg.

Große Frauen haben zu allen Zeiten in den verschiedensten Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens, in Kunst, Kultur und Wissenschaft bedeutende Leistungen vollbracht. 42 von ihnen stellt dieses Buch in sachlich fundierten und spannenden Berichten vor, so z. B. Elisabeth I. von England, Golda Meir, Sophie Scholl, Katharina von Siena und Madame Curie.

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

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

Band 51 „Akute und chronische arterielle Verschlußkrankheiten — Harnwegsinfekt - chronische Pyelonephritis — Psychovegetative Störungen — Krebsvorsorgeuntersuchungen und Frühdiagnose des Krebses" (Vorträge des 30. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1979)

Band 52 „Aktuelle Geriatrie — Problematik alter und neuer Therapieformen — Stoffwechselkrankheiten: Diätbehandlung und medikamentöse Therapie — Round-Table-Gespräch: Die medikamentöse Behandlung des Diabetes mellitus" (Vorträge der 19. Bayerischen Internistentagung, 1979)

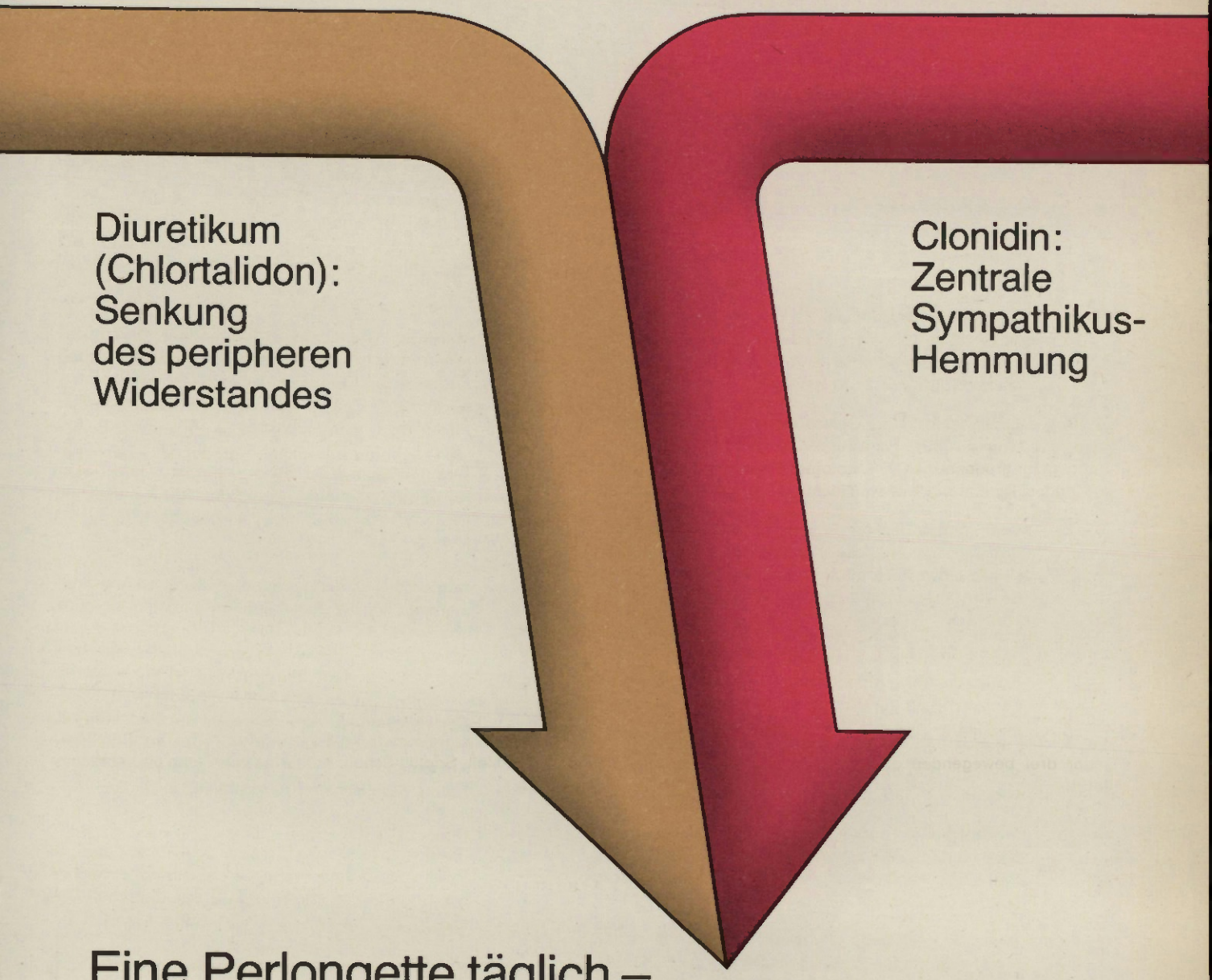
Band 53 „Der Reaktorunfall" (Vorträge einer Fortbildungsveranstaltung in Augsburg - Landshut - Würzburg, 1980)

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 Bezirkstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns versandt.

Für 9 von 10 Ihrer Hypertoniker

Combipresan® Perlongetten®



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 kardio- 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

1/81

Kongreßkalender

De die Termine der Kongresse menchmel geändert werden, emptehten wir, euf jeden Fett vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmel mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Juni 1981

1.–5. **Berlin:** Arbeitsmedizinisches Seminar. – Auskunft: Akedemie für Arbeitsmedizin, Soorstreße 84, 1000 Berlin 19.

3. **Beyreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Beyreuth. – Auskuntt: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8,. 8580 Bayreuth.

3.–6. **Germisch-Pertenkirchen:** 26. Veranstaltung des Arbeitskreises für interdisziplinäre ärztliche Fortbildung – Praxis-Seminar. – Auskuntt: Dr. G. Blume, Mainzer Straße 3, 6530 Bingen.

5.–6. **Beden/Wien:** 3. Gemeinseme Strahlenschutztagung „Zur Problematik der Wirkung kleiner Strahlendosen". – Auskunft: Professor Dr. W. Börner, Luitpoldkrankenhaus, Bau 9, 8700 Würzburg.

6.–13. **Sant' Angelo/Ischia:** 7. Internetionaler Seminer-Kongreß für ärztliche Fortbildung. – Auskunft: Hapag-Lloyd-Reisebüro, Kongreßebteilung, Frau Becker, Keiserstraße 20, 6000 Frenkfurt.

9.–13. **Berlin:** 30. Deutscher Kongreß tür ärztliche Fortbildung in Verbindung mit dem 14. Deutschen zahnärztlichen Fortbildungskongreß, dem 12. Fortbildungskongreß für Krenkenschwestern und Krankenpfleger und der Internationalen pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstetlung. – Auskunft: Kongreßgesellschatt tür ärztliche Fortbildung e. V., Klingsorstraße 21, 1000 Berlin 41.

9.–13. **Innsbruck:** 65. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pethologie. – Auskunft: Protessor Dr. G. Dhom, Pethologisches Institut der Universität des Saarlandes, 6650 Homburg.

10.–13. **Bonn:** Jehrestagung der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kieter- und Gesichtschirurgie. – Auskunft: Professor Dr. Dr. E. Machtens, In der Schorneu 23, 4630 Bochum 7.

10. **Erlengen:** Fortbildung für Augenärzte. – Auskunft: Professor Dr. G. Neumenn, Schwabachenlage 6, 8520 Erlangen.

11.–12. **Bonn:** Into-Seminar für Ärzte über Ketastrophenmedizin des Bundesemtes für Zivilschutz in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekemmer. – Auskunft: Bundesemt für Zivilschutz, Postfach 20 08 50, 5300 Bonn 2.

12.–14. **Bad Nauheim:** 28. Fortbildungskongreß der Lendesärztekemmer Hessen. – Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekemmer Hessen, Cerl-Oelemenn-Weg 5/7, 6350 Bed Neuheim.

12.–14. **Coburg:** Sportmedizinisches Seminar. – Auskuntt: Dr. H. J. Medau, Schloß Hohenfels, 8630 Coburg.

13.–14. **Arolsen:** Ärzteleuf mit der Möglichkeit zur Teilnehme am Arolser-Volkslaut. – Auskuntt: Deutscher Verband langlautender Ärzte e. V., Dr. H.-H. Borchers, Prinzregentenstraße 1, 8900 Augsburg.

15.–26. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. – Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.

16.–21. **Borkum:** 35. Fortbildungskurs der Ärztekammer Westfalen-Lippe. – Auskuntt: Akademie tür ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Kaiser-Wilhelm-Ring 4–6, 4400 Münster.

17.–21. **Oldenburg:** Wehrmedizinische Tagung „Ketastrophenmedizin". – Auskunft: Bundeswehrkrankenhaus, Elmendorfer Straße 65, 2903 Bad Zwischenahn.

18.–19. **München:** Gemeinsame Tagung der Österreichischen und Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. – Auskunft: Protessor Dr. H. Graett, I. Frauenklinik der Universität, Maistreße 11, 8000 München 2.

18.–20. **Linz:** 22. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie. – Auskunft: Wirkl. Hofrat Prim. Univ. Professor Dr. H. Hartl, Krenkenhausstreße 26, A-4020 Linz.

18.–24. **Düsseldort:** 2. Internationaler Kongreß mit Ausstellung tür die Rehabilitation behinderter Menschen. – Auskunft: Düsseldorfer Messegesellschaft mbH - NOWEA, Pressestelle Reha, Postfach 32 02 03, 4000 Düsseldorf 30.

19.–21. **Bed Reichenheil:** 14. Kolloquium der Bad Reichenhalter Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane. – Auskunft: Professor Dr. D. Nolte, Städtisches Krenkenheus, 8230 Bad Reichenhall.

21.–27. **Budapest:** 12. Weltkongreß für Oto-Rhino-Leryngologie. – Auskunft: Protessor Dr. Surján, Präsident der Ungarischen Oto-Rhino-Leryngologischen Gesellschaft, Postfach 32, H-1381 Budapest.

21.–27. **Perts:** 15. Internationaler Kongreß für Rheumatologie. – Auskunft: Hôpitel Henri Mondor, 51 Ave. du Maréchal de Lattre de Tassigny, F-94 010 Creteil.

22. 6.–17. 7. **München:** Weiterbildung für die Eriengung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin" (B-Kurs). – Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pferrstraße 3, 8000 München 22.

24. **Fürth:** Fortbildungsveransteltung des Ärztlichen Kreisverbendes Fürth. – Auskunft: Dr. J. Mertens, Brendenburger Streße 11, 8510 Fürth.

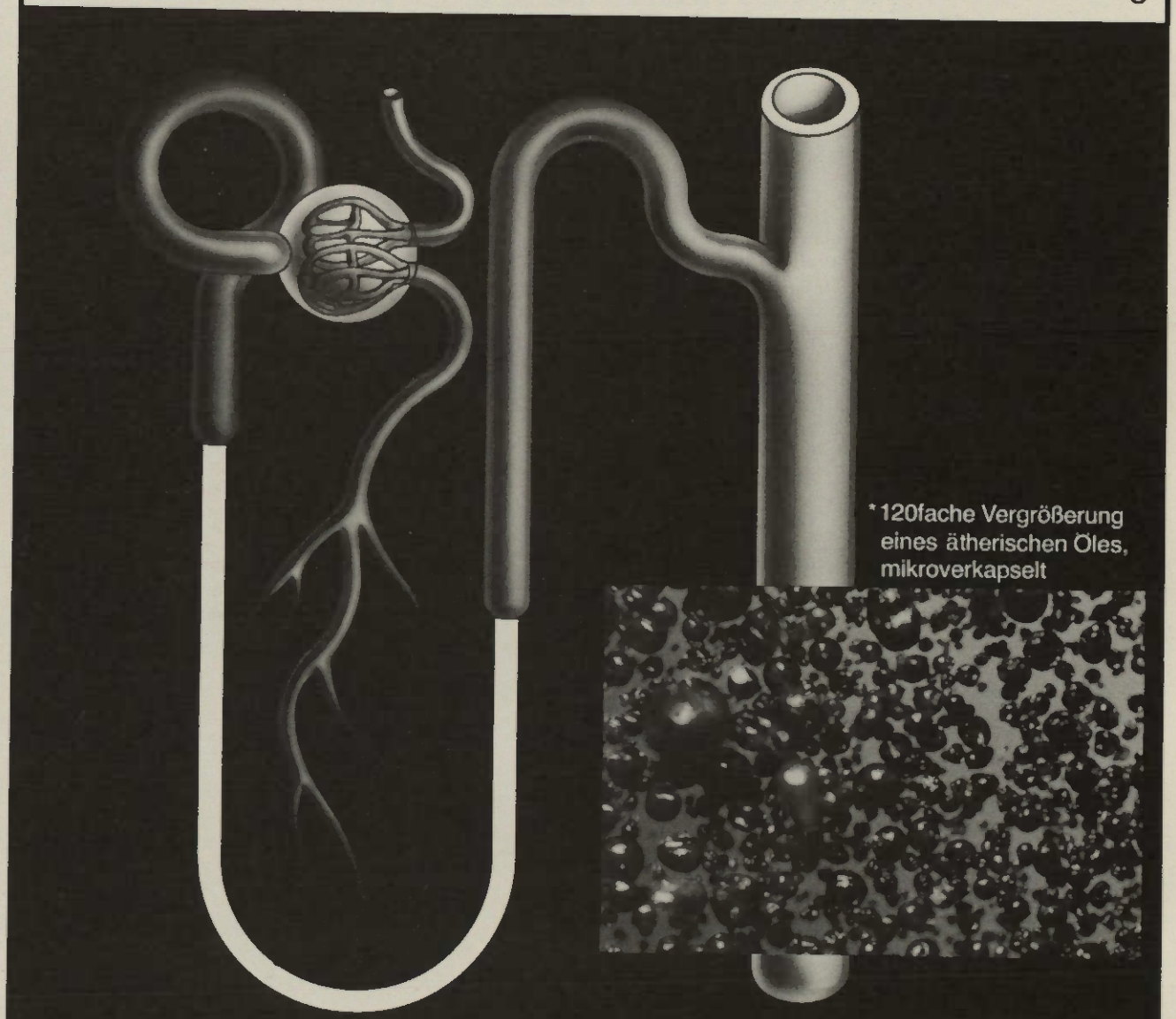
24. **München:** Fortbildungsseminar Katastrophenmedizin „Brandverletzungen und Kombinationsschäden neuklearer Kemptmittel". – Auskunft: Bayerische Landesärztekemmer, Frau Urban, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

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, Ol. Junip 4 mg, Ol. 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

UROLOGIKA

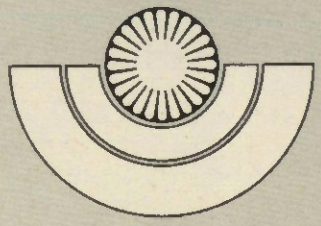
HEUMANN

Unser Beitrag zur Kostendämpfung

Die Wirkstoffe der Kamille
in standardisierter und
therapeutisch
optimaler Zusammensetzung

KAMILLEN
BAD
ROBUGEN

badefertig portioniert



O.P. 400 ml
(10 Beutel zu 40 ml)
13,40 DM

Indikationen: Badezusatz und zur äußerlichen Anwendung bei akuten, vor allem nässenden Dermatitiden, bei Juckreiz am Darmausgang, zur Granulationsanregung bei der Wundbehandlung. Zur Pflege empfindlicher Haut. Kontraindikationen: keine bekannt.

Zusammensetzung: 100 g Lösung enth. 99,2 g aus 33 g Kamillenblüten mittels Isopropanol (48 Vol.%) bereitetem Auszug; eingestellt auf einen Mindestgehalt von 170 mg % äther. Kamillenöl mit 3 mg Prochamazulen/Chamazulen, 50 mg Bisabolol/Bisabololoxid, 20 mg En-in-dicycloäther.

O.P. 400 ml (10 Beutel zu 40 ml), A.P. 1 Liter (25 Beutel zu 40 ml).

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Juni 1981 (Fortsetzung)

24. 6.–1. 7. **Brüssel:** 15. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Radiologie. – Auskunft: ICR 81, Ave. Winston Churchill 234 B, Box 16, B-1180 Brüssel.

26.–28. **Freiburg:** 15. Deutscher Kongreß für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. – Auskunft: Dr. H. Hamm, Alter Postwag 20, 2000 Hamburg 90.

26. 6.–4. 7. **Prien:** Weiterbildungskurs des Dautschen Sportärztebundes – Auskunft: Fräulein Pitschenader, Medizinischa Klinik St. Irmingard, Osternachar Straßa 103, 8210 Prien.

27. **Bad Neustadt:** 4. Ernährungsmedizinisches Seminar. – Auskunft: Fräulein Peschka, Kurparkklinik, Kurhausstraße 31, 8740 Bad Naustadt.

27. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztlicha Tätigkeit. – Auskunft: KVB-Landasgeschäftsstella, Frau Klockow, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

27. **Regensburg:** 3. Oberpfälzer Tagung für Sportmedizin. – Auskunft: Dr. H. Peter, Kornmarkt 5, 8400 Regansburg.

27. **Würzburg:** Fortbildungsveranstaltung „Augenheilkunda für praktische Ärzte, Internisten, Neurologen und Kinderärzte". – Auskunft: Sekratariat Professor Dr. Dr. W. Laydheckar, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg.

28.–30. **Tel Aviv:** 2. Internationaler Kongreß für Andrologie. – Auskunft: KENES, P. O. Box 16 271, Tel Aviv/Israel.

29. 6.–4. 7. **Essen:** 3. Kurswoche „Massage, Hilfsmittel, Ergotherapie". – Auskunft: Professor Dr. K. F. Schlegel, Orthopädische Klinik und Poliklinik, 4300 Essen.

Juli 1981

3.–5. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte (Fortgeschrittena). – Auskunft: Fräulain Bergmann, Madizinische Poliklinik der Univarsität, Maximilianplatz 1, 8520 Erlangan.

3.–7. **San José/Costa Rica:** XIV. Internationaler Hämophilie-Kongraß. – Auskunft: Dr. R. Cordero, Apartado, 5127 San José/Costa Rica.

5.–6. **Hennef:** Sportärztlicher Fortbildungslehrgang des Sportärztebundes Nordrhein. – Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straßa 2, 5207 Ruppichtaroth.

5.–8. **Paris:** 18. Kongreß der „European Dialysis and Transplant Association". – Auskunft: Profassor Legrain, Sarvica de Néphrologia de la Pitié, 85 blvd. d l'hôpital, F-75 013 Paris.

8. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. – Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.

8. **Erlangen:** Augenärztlicher Fortbildungskurs. – Auskunft: Universitäts-Augenklinik mit Poliklinik, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen.

8. **München:** Fortbildungseminar Katastrophenmedizin „Einführung in die Einsatzpläne und -mittel des Katastrophenschutzes mit anschließender Lehrvorführung". – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Urban, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

11.–12. **Erlangen:** 15. HNO-Fortbildungsseminar mit praktischen Kursen. – Auskunft: Professor Dr. M. E. Wigand, HNO-Universitätsklinik, Waldstraße 1, 8520 Erlangen.

11.–15. **London:** Internationaler Kongreß für Dermatologie. – Auskunft: London Convention Bureau, 26 Grosvenor Gardens, London SW1W.

12.–17. **Hamburg:** 12. Internationaler Gerontologie-Kongreß. – Auskunft: Professor Bergener, Wilh.-Criesinger-Straße 23, 5000 Köln 91.

12.–18. **München:** 7. Internationaler Kongreß für Neurochirurgie. – Auskunft: G. Sachs, Letzter Hasenpfad 61, 6000 Frankfurt 70.

16. **München:** Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München. – Auskunft: Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2.

20.–24. **Grünwald:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. – Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.

20.–25. **Tokio:** 8. Internationaler Kongreß für Pharmakologie. – Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Abt. Kongresse, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.

23.–25. **München:** 58. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e. V. – Auskunft: Professor Dr. H. Blaha, Zentralkrankenhaus der LVA Oberbayern, 8035 Gauting.

25. 7.–2. 8. **Canazei:** Hochalpiner Kurs in den Dolomiten. – Auskunft: Professor Dr. P. Bernett, Conollystraße 32, 8000 München 40.

27. 7.–7. 8. **Montraux:** 8. Internationaler Seminar-Kongreß „Diagnostica – Therapeutica – Technica". – Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Postfach 71, 7000 Stuttgart 70.

27. 7.–8. 8. **Davos: XI. Internationaler Seminarkongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.**

Neu von Boehringer Mannheim

Aldactone-Saltucin forte

ausgewogene Stärke

stark
in der diuretischen Langzeittherapie
ausgewogen
durch kontinuierliche Wirkung im Tagesverlauf

In der Dauertherapie
1 Kapsel täglich

Zusammensetzung: 1 Kapsel Aldactone-Saltucin forte enthält 100 mg Spironolacton mikronisiert + 10 mg Butizid.
1 Dragée Aldactone 50-Saltucin enthält 50 mg Spironolacton (mikronisiert) + 5 mg Butizid.
Indikationen: kardiale Ödeme, respiratorische Insuffizienz mit chronischem Cor pulmonale, wenn Glykoside und andere Diuretika nicht ausreichen; Leberzirrhose mit Aszites, wenn Aldactone allein nicht ausreicht; Ödeme verschiedener Ursache, bei gleichzeitig vorliegendem sekundären Aldosteronismus.
Kontraindikationen: Schwere Niereninsuffizienz, Hyperkaliämie oder Hyponatriämie; Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum.
Nebenwirkungen: Während einer Langzeittherapie Hypo- oder Hyperkaliämie; reversibler Anstieg harnpflichtiger N-haltiger Stoffe; Erhöhung des Serum-Spiegels von Harnsäure und Glucose bei prädisponierten Patienten; gesteigerte Berührungsempfindlichkeit der Mamillen, Gynäkomastie bzw. Mastodynie, Stimmveränderungen bei Mann und Frau (diese Nebenwirkungen gehen u. U. auch nach Absetzen des Präparates nicht zurück); Menstruationsstörungen (in seltenen Fällen bis zur Amenorrhoe); Hirsutismus; Potenzstörungen, allergische Hautreaktionen; Lethargie; Ataxie; gastrointestinale Störungen.
Patienten, deren Tätigkeit hohe Konzentration erfordert (z. B. Kraftfahrer), sollten auf mögliche Kreislaufstörungen aufmerksam gemacht werden.

Dosierung: Initialtherapie: 1 – 2 x 1 Kapsel Aldactone-Saltucin forte.
Dauertherapie: 1 x 1 Kapsel Aldactone-Saltucin forte bzw. 1 – 2 x 1 Dragée Aldactone 50-Saltucin.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Bei gleichzeitiger Gabe von Aldactone und kaliumsparenden Substanzen (Amilorid, Triamteren) sowie bei gleichzeitiger medikamentöser Kalium-Gabe kann es zu einer unerwünschten Erhöhung des Serum-Kalium-Spiegels kommen.
Es ist zu beachten, daß Aldactone die Wirkung von Antihypertonika verstärken und die von Cerebenoxolon herabsetzen kann und daß durch Acetylsalicylsäure und ihre Salze die Aldosteronantagonistische Wirkung vermindert sein kann. Durch die Thiazid-Komponente kann die Wirkung von Antidiabetika vermindert werden.
Hinweis: Da mit tierexperimentellen Methoden nicht mit Sicherheit zu ermitteln ist, ob ein Medikament beim Menschen teretogen wirkt, wird darauf hingewiesen, daß auch die Verordnung der Aldactone-Saltucin-Kombinationen während einer Schwangerschaft kritisch abgewogen werden muß.
Für Ihre Verordnung: Aldactone-Saltucin forte: OP mit 20 Kapseln DM 57,80; OP mit 50 Kapseln DM 127,40; AP mit 500 Kapseln
Für geringere Dosierungen: Aldactone 50-Saltucin: OP mit 20 Dragées DM 33,70; OP mit 50 Dragées DM 74,76; AP mit 500 Dragées
Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt, z. Zt. gültige Auflage: August 1980. Auch informiert Sie gern unser Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

Boehringer Mannheim GmbH
6800 Mannheim 31

August 1981

3.–14. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs (Grundkurs A 1). – Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Tarrassenstraße 2–4, 6350 Bad Nauheim.

10.–14. **Sydney:** Internationaler Kongreß für Pharmakologie. – Auskunft: Australian Academy of Science, P. O. Box 783, Canberra City ACT 2601/Australien.

17.–19. **Dublin:** 22. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Toxikologie. – Auskunft: Dr. P. Chambers, 22nd Congress of the European Society of Toxicology, Trinity College, Dublin/Irland.

22.–28. **Baden-Baden:** 3. Internationales Magnesium-Symposion. – Auskunft: Dr. J. Heibig, Postfach 135, 8132 Tutzing.

23.–27. **München:** Tagung der Internationalen Gesellschaft für Experimentelle Hämatologie. – Auskunft: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

23. 8.–5. 9. **Grado: XV. Internationaler Seminarkongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.**

24. 8.–5. 9. **Meran: XXIX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.**

25.–29. **Sao Paulo:** 14. Kongreß des Internationalen Kollegiums für Orthopädie und Chirurgie. – Auskunft: DOC-Brazilian Medical Association, Rua Estados Unidos 336, 01427 Sao Paulo/Brasilien.

29. 8.–4. 9. **Karlsruhe:** 33. Deutsche Therapiewoche und 33. Heilmittelausstellung. – Auskunft: Dr. P. Hoffmann, Wissenschaftliches Kongreßbüro, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 1.

30. 8.–4. 9. **Helsinki:** 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Pathologie. – Auskunft: Dr. Kaarle Franssila, Finnish Assoc. of Pathology, University of Helsinki, Dept. of Pathology, Haartmaninkatu 3, SF-00290 Helsinki,

30. 8.–4. 9. **Rio de Janeiro:** 15. Weltkongreß für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie. – Auskunft: SICOT '81, Secretariat, Av. N. S. Copacabana 195, Ap. 807/808, Copacabana, Rio da Janeiro/Brasilien.

September 1981

6.–10. **Antwerpen:** 14. Jahreskongreß der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie. – Auskunft: Dr. K. J. van Acker, Groeningenlei 120, B-2550 Kontich.

11.–12. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

13.–17. **Warschau:** 29. Weltkongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. – Auskunft: Professor J. Nielubowicz, Polish Society of Surgeons, Banacha 1 A, Warschau/Polen.

13.–19. **Jerusalem:** 6. Internationaler Kongreß „Human Genetics". – Auskunft: KENES, P. O. Box 16271, Tel Aviv/Israel.

18.–20. **Augsburg: X. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe in Zusammenhang mit dem 68. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.**

18.–20. **Augsburg: 68. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. – Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.**

20.–26. **Kyoto:** 12. Weltkongreß für Neurologie. – Auskunft: Mr. Tatsuya Komatsu, Exec. Direktor, Simul International Inc., Kowa Bldg. 1-8-10, Akasaka, Minato-ku, Tokyo 107/Japan.

26. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit. – Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Frau Klockow, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

28. 9.–23. 10. **München:** Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin" (C-Kurs). – Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.

30. **München:** Fortbildungsseminar Katastrophenmedizin „Seuchen, Vergiftungen und bakteriologische Kampfstoffe". – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Urban, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der Deutschen Nemectron, Karlsruhe bei, den wir unseren Lesern zur besonderen Beachtung empfehlen.

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Breun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1.

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

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

Bezugspreis monatlich DM 5,– einschließlich Postzeitungsgebühr und 6½% = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt"). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 5177-1, Fernschreiber: 05/23662, Telegrammadresse atlespress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisetzke.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., Augsburger Straße 9, 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

ISSN 0005-7126

LANDKREIS **Freyung-Grafenau**

Beim **Kreiskrankenhaus Grafenau**

Ist zum 1. Oktober 1981 die Stelle des

Chefarztes

der Fachabteilung Chirurgie

neu zu besetzen.

Wir suchen einen qualifizierten Bewerber mit einer umfangreichen mehrjährigen Erfahrung in der Allgemein- und Unfallchirurgie.

Das Kreiskrankenhaus Grafenau ist ein Krankenhaus der Versorgungsstufe I mit 160 Planbetten und den Hauptfachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin sowie der belegärztlich geführten Fachabteilung Urologie. Das Krankenhaus ist neben dem D-Arztverfahren auch zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen.

Die Stelle wird auf der Grundlage eines besonderen privatrechtlichen Dienstvertrages (Chefarztdienstvertrag) mit Liquidations- und Nebentätigkeitsrechten besetzt. Die Grundvergütung und der Ortszuschlag richten sich nach Verg.-Gruppe I BAT.

Grafenau ist staatlich anerkannter Luftkurort mit hohem Freizeitwert, nahe dem Nationalpark Bayerischer Wald. Alle Schulen sind am Ort. Entfernung zur Universitätsstadt Passau rund 40 km.

Bewerber, die die Voraussetzungen der Arztanerkennung für Chirurgie und Unfallchirurgie nachweisen können, wollen ihre Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen bis zum 11. Mai 1981 richten an das

Landratsamt Freyung-Grafenau, 8393 Freyung, Telefon (0 85 51) 50 41.

Im

Kreiskrankenhaus Bad Aibling

ist ab sofort die Stelle eines

Oberarztes

als Arzt für Innere Medizin

neu zu besetzen.

Voraussetzung ist die Beherrschung der Gastroenterologie (Gastroskopie, Koloskopie) und evantuell Kenntnisse in der Internen Röntgenologie.

Die Innere Abteilung umfaßt derzeit 85 Krankenbetten einschließlich eines Intensivzimmers.

Das Krankenhaus Bad Aibling ist ein Haus der Grundversorgung mit vier Fachabteilungen (Intern 65 Betten, Chirurgie 87 Betten Gynäkologie/Geburtshilfe 21 Betten und HNO sieben Betten).

Die Vergütung erfolgt nach BAT I b/I a, Poolbeteiligung und Bereitschaftsdienstzulage.

Bad Aibling hat rund 10 000 Einwohner, liegt ca. 50 km von München und ca. 80 km von Salzburg entfernt und bietet schulisch sowie in der Freizeitgestaltung die allerbesten Voraussetzungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbitten wir an die

Verwaltung des Kreiskrankenhauses Bad Aibling
Harthauser Str. 16, 8202 Bad Aibling, Tel. (0 80 61) 40 26

Genossenschaft
der Cellitinnen

nach der Regel des Hl. Augustinus e. V.
Severinstraße 71/75, 5000 Köln 1

Bedeutender, Kathol. Krankenhausträger mehrerer Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für Ihre

Krankenanstalten Marienborn

Psychiatrisches Krankenhaus + Ärztl. ger. Pflegeheim

Chefarzt

(als ltd. Krankenhausarzt)

Das psychiatrische Krankenhaus umfaßt 245 Betten und untergliedert sich in Behandlungsbereich und Langzeitbereich. Angeschlossen ist der Einrichtung ein gerontopsychiatrisches Pflegeheim mit 225 Plätzen. Flankierende Einrichtungen wie Krankengymnastik, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sind in größerem Umfang vorhanden.

Mit der Neubesetzung ist die Übernahme an der Regionalversorgung zugesichert, mit Ausnahme des Sucht- und Forensik-Bereiches. Der Stellenplan des ärztlichen und therapeutischen Dienstes ist stark ausbaufähig (genehmigt). Interessierte Bewerber sollten Facharzt für Psychiatrie/Neurologie und eventuell psychotherapeutischen Ausbildungsnachweis besitzen.

Wir denken an eine Persönlichkeit, die bereit ist, den Charakter eines katholischen Hauses mitzutragen. Die Einzelheiten einer zeitgemäßen Chefarztvertragsgestaltung sollten einem persönlichen Gespräch vorbehalten sein.

Die Römerstadt Zülpich (17 000 Einwohner) liegt am Rande der landschaftlich reizvollen Nordeifel inmitten des Städtedreiecks Köln-Bonn-Aachen. Wohnort und Region bieten hohen Kultur- und Freizeitwert. Alle weiterführenden Schulen sind am Ort vorhanden.

Bewerbungen oder Rückfragen, die selbstverständlich streng vertraulich gehandhabt werden, bitten wir zu richten an den

Verwaltungsleiter der
Krankenanstalten Marienborn · Luxemburger Straße 1, 5352 Zülpich
Telefon (0 22 52) 20 51 - 54 (Herr Breuer)

Das **Bayerwald-Sanatorium**

Vertragshaus, Kur- und Reha-Klinik, AHB-Klinik der BfA Berlin (mit 300 Betten) sucht zum nächstmöglichen Termin einen, auch älteren Arzt für Innere Medizin als

Oberarzt

Das Sanatorium ist eine Kur- und Reha-Klinik für Innere Erkrankungen, vor allem auf dem Gebiet der Gastroenterologie, Hepatologie, Stoffwechselleiden und der gastroenterologischen Onkologie.

Im Rahmen der Anschlußheilbehandlungen von Patienten, sowie der stationären Heilbehandlungen von Patienten der RVO-Kassen fallen relativ reichlich subakute und chronische Krankheitsprobleme aus dem Bereich der gesamten Inneren Medizin an.

Gute diagnostische Einrichtungen wie Laparoskopie, Osophago-Gastroskopie, Rektoskopie, Koloskopie, gut ausgestattetes klinisches Labor, Röntgenabteilung mit BV und Fernsehkette, Sonographie.

Der Leitende Arzt ist zur Weiterbildung in der Inneren Medizin für zwei Jahre ermächtigt.

Vergütung erfolgt nach freier Vereinbarung.

Bewerber für die Oberarztstelle müssen neben dem Arzt für Innere Medizin auch über Erfahrungen in der gastroenterologischen Röntgen-Diagnostik und in der gastroenterologischen Endoskopie, eventuell auch in der Ultraschall-Diagnostik verfügen. Gelegenheit zu wissenschaftlicher Arbeit ist gegeben.

Für Rückfragen zu beruflichen bzw. Anstellungsproblemen Anruf an den Leitenden Chefarzt Dr. Hilt oder an den Besitzer des Hauses, Herrn Schneider, erbeten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an: **Bayerwald-Sanatorium, Sanatoriumsstraße 22, 8491 Cham-Windischbergerdorf,** Telefon (0 99 71) 19 87.

Cham: Mittelzentrum, 20 000 Einwohner, Schulzentrum im Bayerischen Wald, hoher Freizeitwert.

Im **Kreiskrankenhaus Fürstenfeldbruck**

ist zum 1. Oktober 1981 die **Orthopädische Belegstation** mit zehn Belegbetten zu vergeben.

Gesucht wird **ein qualifizierter**

Arzt für Orthopädie

der über langjährige Erfahrung auf diesem Gebiet verfügt und bereit ist, die Orthopädische Belegstation verantwortungsbewußt und kooperativ fortzuführen.

Das Kreiskrankenhaus Fürstenfeldbruck hat 399 Planbetten und ist ein Krankenhaus der Grundversorgung mit vier Haupt- und drei Belegabteilungen. Es liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung und im S-Bahn-Bereich Münchens.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbitten wir an die
Verwaltung des Kreiskrankenhauses Fürstenfeldbruck
Dachauer Straße 33, 8080 Fürstenfeldbruck

Wir suchen für sofort oder nach Vereinbarung

Ärzte

die Interesse für psychosomatische Medizin und Psychotherapie haben.

Zu dem Aufgabengebiet gehören neben der Stationsführung psychotherapeutische Tätigkeiten.

Für Interessenten besteht jederzeit die Möglichkeit, kurzfristig auch telefonisch einen Vorstellungstermin zu vereinbaren.

Bei dieser Gelegenheit werden Sie die Möglichkeit haben, das engegliederte Diagnostikum für die Durchführung aller somatischen Untersuchungen sowie die Einrichtung für eine multifaktorielle Psychotherapie (inklusive Supervision) anzusehen.

Wir bieten: Eine übertarifliche Vergütung, zusätzliche Vergütung des Bereitschaftsdienstes, institutionalisiert eingesetzte Weiterbildung (die Leitenden Ärzte sind zur Weiterbildung in der Inneren Medizin für zwei Jahre ermächtigt), attraktive freiwillige soziale Leistungen sowie Hilfe bei der Wohnraumbeschaffung oder Unterkunft im Hause. Die Vorstellungskosten werden selbstverständlich erstattet.

Interessenten werden gebeten, ihre schriftlichen Bewerbungen und Anfragen zu richten an die

RHÖN-KLINIKUM GmbH, Salzburger Leite 1, 8740 Bad Neustadt/S., Telefon (0 97 71) 50 41.

BEZIRK MITTELFRANKEN

sucht für sein Berufsbildungswerk Nürnberg für Hör- und Sprachgeschädigte zum nächstmöglichen Einstellungstermin

1 Allgemeinarzt

für folgende Aufgaben:

- allgemeine Gesundheitsfürsorge,
- schul-, sport- und arbeitsmedizinische Betreuung,
- Berufseignungsuntersuchungen,
- Beratung von Mitarbeitern und Eltern

1 Krankenschwester/Arzthelferin

mit Fertigkeiten in Maschinenschreiben und Kurzschrift als ständige Hilfskraft des Arztes und zur Betreuung der Krankenstation

Wir bieten einen Arbeitsplatz im öffentlichen Dienst mit Vergütung nach BAT bzw. BMT – b II und allen üblichen Sozialleistungen.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und Lichtbild werden erbeten bis **11. Mai 1981** an die

Direktion des
Berufsbildungswerkes Nürnberg
für Hör- und Sprachgeschädigte,
Pommernstraße 15–25,
8500 Nürnberg 60
Telefon (09 11) 6 41 40

LANDKREIS **Freyung-Grafenau**

Das **Kreiskrankenhaus, 8393 Freyung**
im südlichen Bayerischen Wald

sucht zum nächstmöglichen Termin für die **Chirurgische Abteilung**

Assistenzärzte/-ärztinnen

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

Betreut werden Chirurgie mit Unfallchirurgie, große Bauchchirurgie, Schrittmacherimplantationen, Gynäkologie/Geburtshilfe, HNO-, Augen- und Intensivpflege.

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

Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft werden extra vergütet. **Freyung** ist Kreisstadt und staatlich anerkannter Luftkurort mit hohem Freizeitwert, nahe am Nationalpark Bayerischer Wald (Hallenbäder, 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) 491.

Privatnervenklinik Gauting

bei München

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

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt
Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 8 50 60 51
wochentags auch Telefon (0 89) 53 20 02

Suche für meine Landpraxis zum 1. Juni 1981

einen Assistenten

zur Weiterbildung zum Allgemeinarzt (Anerkennung für Chirurgie vorhanden). Reichhaltiges Krankengut, 20 Belegbetten. Bezahlung nach Vereinbarung.

Bewerbungen an **Dr. Fekler, Steufenstraße 10, 8221 Inzell**, Telefon (0 86 65) 70 55.

DÄV-Treff am 15.7. Bayreuth

Praxisfinanzierung – aus wirtschaftlicher Sicht.

Diskutieren Sie mit Kollegen und den Experten H. Anders, Dr. G. Braun und Dipl.-Kfm. R. Poggel über alle wirtschaftlichen Aspekte bei der Praxisgründung. Die Deutsche Ärzteversicherung lädt Sie ein.

15.7.

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 15.7. Treffpunkt ist Bayreuth, Hotel Königshof, Bahnhofstr. 23, 18.30 Uhr.

Für diesen Abend haben wir drei hervorragende Experten gewonnen: Hans Anders – Filialleiter der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Nürnberg, Dr. Guido Braun – Geschäftsführer des Marburger Bundes, LV Bayern und Dipl.-Kfm. Rudolf Poggel – Geschäftsführer in der Ärztlichen Verrechnungsstelle Büdingen e.V.

Auf diesem DÄV-Treff möchten wir Ihnen Gelegenheit geben, das Thema Praxisfinanzierung 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 Ihrer wirtschaftlichen Absicherung 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 Nürnberg, Blumenstr. 6, 8500 Nürnberg.

☐ Ich möchte am DÄV-Treff in Bayreuth 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 Aktiengesellschaft

Ihr kompetenter Partner. In allen Fragen finanzieller Sicherheit.

BÄ 157.8113

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack® Retard forte

– *schützt vor dem ischämischen Schmerz*
– *entlastet das gefährdete Herz*

bei weniger Kopfschmerz

Ihr erfahrener Partner für Langzeit-Nitrate

Moderne Angina-pectoris-Therapie

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

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

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

Wechselwirkungen: Durch Seda Nitro Mack Retard kann die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka verstärkt werden. Cumarin-Derivate, Griseofulvin und orale Kontrazeptiva erleiden einen beschleunigten Wirkungsverlust. Während einer Antikoagulantien-Therapie erfordert Seda Nitro Mack Retard daher eine genaue Kontrolle der Blutgerinnungswerte. Die Methotrexat-Toxizität wird verstärkt. **Hinweis:** Seda Nitro Mack Retard kann, auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch, das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierung:** Im allgemeinen 2–3 Kapseln täglich. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,95; O.P. mit 100 Kapseln DM 32,50; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 28,10; O.P. mit 100 Kapseln DM 49,45; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Seda Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 19,80; A.P. mit 5 x 50 Kapseln. (Stand: Febr. 1981)

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung
„Bayerisches Ärzteblatt" — Juni 1981

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

Leitsymptom: Schwindel

Der Notfall: Der psychisch bedingte Schwindel

bearbeitet von Professor Dr. H.-H. Meyer, Homburg/Saar

Symptomatik:

„Schwindel" psychischer Genese zeigt sich meist als „Schwankschwindel" (unsystematischer) mit Klagen über Unsicherheit, Taumeligsein bei Lagewechsel, aber auch in Ruhe. Es ist eine Störung der Körper-Raum-Beziehung, ein körperlich-seelisches Syndrom. Dabei kann man ein Hin- und Herschwanken, insbesondere beim Gehen, beobachten, nicht selten mit Versuchen, sich abzustützen, mitunter mit Hinstürzen. Das Verhalten kann hierbei demonstrativ bis zum Grotesken sein (früher bezeichnete man dieses zweckgerichtete als „hysterisch"). Zu Verletzungen kommt es hierbei üblicherweise nicht. Solche Zustände können mehr oder weniger akut auftreten und Minuten bis Wochen anhalten. Auch psychisch bedingter Schwindel kann mit vegetativen Begleiterscheinungen einhergehen (Blässe, Kollapsneigung, Pulsbeschleunigung, Schweißausbrüchen u. a.), und es wird über Übelkeit und Vernichtungsgefühl sowie Todesangst geklagt.

Die Klage „Schwindel" ist kein einheitliches Symptom, sondern vieldeutig, er wird für höchst unterschiedliche, oft schwer beschreibbare Mißempfindungen oder Erlebnisse gewählt.

Anamnese:

Eine exakte, möglichst sachkundige Exploration des Betroffenen einschließlich seiner näheren Umgebung ergibt hierbei oft psychische Auffälligkeiten. Es darf nicht vergessen werden, daß Schwindel den Betroffenen in ganz besonderer Weise bis zum Vernichtungsgefühl beunruhigt, mitunter hilflos macht, was zu Angst und Unruhe führt. Dabei sind Veränderungen im Psychischen zu erfassen, von etwaigen schon vorher vorliegenden Auffälligkeiten bis zu neu auftretenden Störungen des Bewußtseins, der Intelligenz bis hin zu Veränderung der Persönlichkeit und ihrem Verhalten.

Sofortdiagnostik:

Alle organischen Erkrankungen sind auszuschließen (meist durch mehrere Fachdisziplinen), ehe man sich mit der Annahme der psychischen Genese eines Schwindels begnügt. (Ophthalmologische und otologische Erkrankungen sowie intrakranielle Veränderungen — entzündliche, vaskuläre, raumfordernde, posttraumatische — sowie Allgemeinerscheinungen, z. B. des Herzens oder des Kreislaufs, des Stoffwechsels, Intoxikationen, Höhenschwindel, Luft-, Reise- und Seekrankheit, Sonnenstich, Hitzschlag, Aura epileptischer Anfälle, HWS-Veränderungen, u. v. a. m.).

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Diese werden grundsätzlich von der ätiologischen Zuordnung des Schwindels bestimmt.

Nur bei sehr erheblichen Funktionsstörungen psychisch bedingten Schwindels sind Medikamente (dämptend oder beruhigend), wie z. B. *Velium®*, *Psyquil®*, *Haloperidol®*, *Neurocil®*, u. a., notwendig und wegen der psychischen Störungen u. a. Psychopharmaka. Trost, Beruhigung und Führung des Betroftenen bewirken oft Entscheidendes!

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

Nur wenn akute Bedrohung für Leben und Gesundheit bei psychisch bedingtem Schwindel vorliegt, z. B. bei sehr erheblichen psychischen Störungen, ist eine Überweisung zum Gebietserzt bzw. Fechklinik notwendig.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Bei heftigem Schwindel wegen der Gefahr des Sturzes hiniegen lessen. Beruhigender Zuspruch ist notwendig, und man trage dafür Sorge, daß enschließend abklärende Untersuchungen erfolgen.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Wenn alle organischen Erkrankungen, lokalisierter oder ellgemeiner Art, ausgeschlossen sind, erst dann sind differentialdiegnostische psychiatrische Erwägungen zu stellen, auch mit der Frage, ob hier psychische Faktoren auslösend, verursachend oder verschlimmernd gewirkt haben und dieses allein oder mit anderen Faktoren gemeinsam.

Handelt es sich bei den Betroftenen um

1. eine abnorme Persönlichkeit,
2. eine abnorme Konflikt- oder Erlebnisreaktion,
3. eine organisch bedingte Intelligenz oder Persönlichkeitsveränderung (z. B. Altersveränderung oder andersartige Gehirnprozesse oder Allgemeinerkrankungen reversibler oder irreversibler Art), oder
4. Begleitsymptom endogener Psychosen (Schizophrenie oder manisch-depressive Erkrankung = körperlich nicht begründbere Psychosen), z. B. Depersonelisation, Derealisation, Helluzinetionen, Gefühl des Gemechten, eber auch des depressiven Versagens, Vitalstörungen. Man denke euch en die Begleiterscheinungen einer Psychopharmakatherapie.

Die Difterentieldiagnose kenn sehr schwierig sein. Die Zustandsbilder erstrecken sich von hypochondrischer Verstimmtheit über Zweckreektionen bis hin zur Verwirrtheit, Bewußtseinstrübung und Anzeichen endogener Psychosen.