



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

Jul 1981

Zur Kenntnis genommen:

Im Mai habe ich über die Empfehlungen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen für das Jahr 1981 berichtet. Man ging davon aus, daß die Löhne und Gehälter nicht mehr als 4 Prozent steigen würden. Für die kassenärztliche Gesamtvergütung sollte deshalb der gleiche Steigerungssatz eingehalten werden. Für Arzneikosten wurden 4,5 Prozent festgelegt. Daß die Lohnabschlüsse deutlich über der angenommenen 4-Prozent-Grenze liegen, ist inzwischen bekannt. Jetzt wurden auch die ersten hochgerechneten Zahlen zur Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im ersten Quartal 1981 bekanntgegeben. Die Grundlohnsumme dürfte sich um 4,5 Prozent erhöht haben, wobei zu berücksichtigen ist, daß sich die neuen Lohnabschlüsse erst ab zweitem Quartal voll auswirken. Die Ausgabensteigerung wird für Ärzte mit 8 bis 8,5 Prozent, Zahnärzte 6,5 Prozent, Arzneien 9 bis 9,5 Prozent, Heil- und Hilfsmittel 6,5 Prozent und Krankenhäuser 6,5 Prozent angegeben.

Man sollte, auch wenn diese Zahlen schockieren mögen, nicht vorzeitig über die Folgen dieser Entwicklung urteilen. Wir hatten im ersten Quartal eine hohe Morbidität, die Arzneimittelpreise wurden Anfang des Jahres fühlbar angehoben. Es kann sich noch einiges abflachen. Dennoch hört man aber bereits Unkenrufe über drohende Defizite und Beitragssatzerhöhungen. Der Bundesarbeitsminister bereitet seinen Bericht über die Auswirkungen des Kostendämpfungsgesetzes für den Deutschen Bundestag vor. Des wirft seine Schatten voraus. Dennoch muß das Thema von allen Beteiligten sehr ernst genommen werden. Die grundsätzlich richtige Feststellung, daß die Bedürfnisse der gesundheitlichen Versorgung die Höhe der Ausgaben und damit der notwendigen Einnahmen bestimmen, befreit uns nicht von der Verpflichtung, eingehend, und wenn es sein muß auch schonungslos, zu untersuchen, wo Einsparungen möglich sind. Dabei sind die Kassenärzte doppelt angesprochen: Sie müssen in der Lage sein, die Berechtigung der von uns geforderten Honorare zu belegen, und die von uns veranlaßten Kosten zu vertreten, die bekanntlich ein Mehrfaches der Honorare ausmachen. Bei den Arzneikosten werden wir natürlich sehr eingehend prüfen, wie weit der Kostenanstieg durch Preiserhöhungen verursacht wurde. Dabei geht es für uns nicht um den Streit, ob diese berechtigt waren oder nicht, sondern allein um die Aufklärung der Ursachen. Der bayerische Jahresüberblick 1980 hat gezeigt, daß die Verordnungshäufigkeit konstant blieb, ja sogar etwas rückläufig war. Dennoch hatten wir in Bayern 1980 eine Steigerung der Ausgaben für Arzneien bei den Ortskrankenkassen von 9,6 Prozent. Unser Beitrag zur Kostenbremse kann in einer Streifung der Arzneiverordnungen liegen. Dazu werden wir den Kassenärzten weitere Hilfen an die Hand geben. Zum wiederholten Male muß aber gesagt werden: Bundesregierung und Bundestag bleiben ungläubwürdig, wenn sie den Ärzten und der Pharmaindustrie ständig den Schwarzen Peter zuschieben, aber selbst nicht bereit sind, etwas zu tun. Sie sollten endlich zugeben, daß die derzeitige „Kostenbeteiligung“ – eine Mark pro Arzneimittel – eher negative Auswirkungen hat und durch eine sinnvolle Selbstbeteiligung ersetzt werden muß. Die Auswirkungen einer Senkung der Mehrwertsteuer müßten untersucht werden. Große politische

Erwertungen sind hier allerdings unrealistisch. Eine Halbierung könnte sehr wohl zu einer Entlastung der Krankenkassen führen.

Ein Problem besonderer Art ist der Krankenhaussektor, der mit Abstand größte Ausgabenposten der gesetzlichen Krankenversicherung. In Bayern haben wir 1980 einen Anfangserfolg erzielt: Während die Pflegesätze durchschnittlich um 10,4 Prozent stiegen, wuchsen die Kosten nur um 7,01 Prozent. Offensichtlich hat hier der Grundsatz „Soviel ambulant wie möglich, nur soviel stationär wie nötig“, Früchte getragen. Damit ist das Problem aber noch nicht gelöst. Die Kassen haben ermittelt, daß 84 Prozent der Krankenhauseinweisungen durch Kassenärzte erfolgten, rund 4,5 Prozent durch Rettungsdienste. Die „Selbsteinweisungsrate der Krankenhäuser“ wurde mit 11,19 Prozent angegeben!

Es soll und darf hier nicht vorschnell geurteilt oder gar verurteilt werden. Eines ist aber sicher: Jeder Versuch, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden oder durch sorgfältige ambulante Diagnostik die Verweildauer zu verkürzen, bleibt finanziell erfolglos, wenn wir nicht zu einer gezielten Reduzierung der Bettenzahl kommen. Die Bereitschaft der Kassenärzte, Patienten, auch wenn sie bettlägerig sind, zu Hause zu behandeln, und die Bereitschaft der Familien, solche Patienten zu Hause zu behalten, muß gefördert werden. Wo die Familie ausfällt, müssen wir mehr Altenheime mit Pflegemöglichkeit haben. Dies nützt aber nur, wenn unsere Kollegen in den Krankenhäusern von dem mehr oder weniger deutlichen Druck befreit werden, Betten belegt zu halten, statt prüfen zu können, wer entlassungsfähig ist, wenn dringend ein Bett benötigt wird. Nicht minder belastend ist es für diese Ärzte, wenn sie Patienten wochenlang behalten müssen, obwohl sie keine Therapiefälle sind, aber niemand weiß, wohin man sie entlassen soll. Gezielte Bettenreduzierung, Schaffung von Altenheimplätzen mit Pflegemöglichkeit, Ausbau der ambulanten Krankenpflege sind also vordringliche Ziele.

Eine Steigerung der kassenärztlichen Gesamtvergütung um 8 bis 8,5 Prozent – wie bundesweit im ersten Quartal errechnet – wird nur dann erfolgreich zu vertreten sein, wenn die kassenärztliche Mehrarbeit ihren Niederschlag in einer Reduzierung der Krankenhauseinweisungen findet. Die ersten bösen Randbemerkungen, die Kassenärzte hätten zwar den ersten Teil der Devise „Soviel ambulant wie möglich“ wohl verstanden, vom zweiten Teil „nur soviel stationär wie nötig“ bemerke man aber noch wenig, müssen überzeugend widerlegt werden. In Bayern ist der Anfang gemacht. Die Ärzte im Krankenhaus und in der Kassenpraxis sollten gemeinsam den Weg fortsetzen. Es geht nämlich um die Zukunft des freien Arztberufes schlechthin und da ist keiner ausgenommen – ganz gleich, auf welchem Platz er steht.

Professor Dr. Sewering

Die Beeinflussung der Pharmakokinetik durch Erkrankungen der Leber*

von G. Paumgartner

Lebererkrankungen können die Plasmakonzentrationen zahlreicher hepatisch eliminerter Medikamente beeinflussen und auf diese Weise die Stärke und Dauer erwünschter und unerwünschter Medikamentenwirkungen verändern. Die Zusammenhänge zwischen Organkrankheit und Pharmakokinetik sind bei Lebererkrankungen allerdings viel weniger gut bekannt als bei Erkrankungen der Niere. Bei Nierenerkrankungen ist es möglich, von der Kreatinin-Clearance Rückschlüsse auf die renale Ausscheidung von Medikamenten zu ziehen und entsprechende Dosisanpassungen vorzunehmen. Ein derartiger einfacher Parameter, der uns gestattet, auch bei Lebererkrankungen die erforderliche Dosisanpassung von Medikamenten vorauszusagen, existiert nicht. Der Grund dafür liegt darin, daß die hepatische Elimination von Medikamenten ein viel komplexerer Vorgang ist als die renale Ausscheidung. Die hepatische Elimination unterscheidet sich von der renalen Ausscheidung nämlich durch eine Reihe von Besonderheiten:

1. Der hepatische Medikamentenabbau kann nicht nur zu inaktiven, sondern auch zu pharmakologisch aktiven Metaboliten führen. So führt z. B. die Biotransformation von Diazepam zum pharmakologisch aktiven Oxazepam. Weitere Beispiele sind die Umwandlung von Imipramin zu Desipramin und von Amitryptilin zu Nortryptilin.

2. Die hepatische Elimination von Medikamenten wird durch gleichzeitig verabreichte Medikamente und auch durch Alkohol beeinflusst. Dadurch kann der Einfluß von Lebererkrankungen auf die Pharmakokinetik überdeckt werden.

3. Die Pharmakokinetik verschiedener hepatisch eliminerter Medikamente wird durch Lebererkrankungen unterschiedlich beeinflusst. Dies ist dadurch bedingt, daß mehrere Prozesse an der hepatischen Elimination von Medikamenten beteiligt sind, daß diese Prozesse von Lebererkrankungen unterschiedlich beeinträchtigt werden und es vom Medikamententyp abhängt, welcher dieser Prozesse die dominierende Rolle spielt.

4. Auf den Einfluß der Applikationsart auf die Medikamentenelimination, der durch die anatomische Lage der Leber bzw. ihre Blutversorgung mit portalem und systemischem Blut gegeben ist, wird später noch näher eingegangen werden.

Pharmakokinetische Einteilung hepatisch eliminerter Medikamente

Die hepatische Clearance von Medikamenten hängt nicht nur von der Fähigkeit der Leberzelle zur Elimination des Medikamentes aus dem Blut ab, sondern auch vom Angebot des Medikamentes an die Leberzelle. Dies kann durch die einfache Formel für die hepatische Clearance (CI) ausgedrückt werden:

$$CI = QE$$

Der Leberblutfluß (Q) repräsentiert hier das Medikamentenangebot an die Leber, die Extraktionsfraktion (E) die Fähigkeit der Leberzelle, das Medikament aus dem Blut aufzunehmen.

Hepatisch eliminierte Medikamente können sehr unterschiedlich von der Leber aus dem Blut extrahiert werden. So werden z. B. von Antipyrin nur sieben Prozent des Medikamentes während einer Passage durch die Leber extrahiert, während es bei Propanolol ca. 80 Prozent sind. Diese Unterschiede in der hepatischen Extraktion sind für die Pharmakokinetik so wichtig, daß

man von niedrig-extrahierten und hoch-extrahierten Medikamenten spricht. Die Elimination niedrig-extrahierter Medikamente (hepatische Extraktion: 3 bis 30 Prozent) wird vor allem durch die Kapazität der Leberzelle für die Aufnahme und den Metabolismus des Medikamentes limitiert. Man spricht daher auch vom kapazitätslimitierten Medikamententyp. Die Elimination der hoch-extrahierten Medikamente (hepatische Extraktion: 60 bis 95 Prozent) wird vor allem durch den Blutfluß limitiert. Man bezeichnet diesen Medikamententyp deshalb auch als flußlimitierten Medikamententyp. Diese Betrachtungsweise ist durchaus gängig und brauchbar, stellt aber eine Vereinfachung dar. Dies deshalb, weil die hepatische Extraktion ihrerseits von der Eiweißbindung und von der sogenannten freien intrinsischen Clearance des Medikamentes abhängt. Die freie intrinsische Clearance eines Medikamentes kann als das beste Maß für die maximale Kapazität der Leber angesehen werden, das freie, nicht an Plasmaeiweiß gebundene Medikament aufzunehmen und zu metabolisieren. Sie ist eine virtuelle, von der Leberdurchblutung und der Eiweißbindung unabhängige Größe und drückt die maximale Fähigkeit der Leber zur Elimination eines Medikamentes bei Annahme eines unendlich großen Leberblutflusses aus.

Aufgrund der Intrinsischen Clearance und der Eiweißbindung können drei Gruppen von Medikamenten unterschieden werden (Tab. 1). Die Gruppe I wird als kapazitätslimitiert, bindungsunabhängig bezeichnet. Sie zeichnet sich durch eine niedrige intrinsische Clearance (und somit auch niedrige Extraktion) und durch eine niedrige Eiweißbindung aus. Prototyp für diese Gruppe ist Antipyrin. Die Gruppe II wird als kapazitätslimitiert, bindungsabhängig bezeichnet. Sie zeichnet sich ebenfalls durch eine niedrige intrinsische Clearance (und somit auch niedrige Extraktion), im Gegensatz zur Gruppe I jedoch durch eine hohe Eiweißbindung aus. Als Prototyp für diese Gruppe kann Diazepam angesehen werden. Die Gruppe III wird, wie schon erwähnt, als flußlimitiert bezeichnet. Sie zeichnet sich im Gegensatz zu den beiden ersten Gruppen durch eine hohe intrinsische Clearance und somit auch durch ei-

*) Vortrag entliehen der 20. Bayerischen Internisttagung in München

Die Referate dieser Veranstaltung werden in Band 56 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht werden. Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über Ihre Bezirksstelle der KVB erhalten.

Pharmakokinetische Einteilung hepatisch eliminerter Medikamente

Gruppe	Intrinsische Clearance	Eiweißbindung
I: Kapazitätslimitiert-bindungsunabhängig	niedrig	niedrig
II: Kapazitätslimitiert-bindungsabhängig	niedrig	hoch
III: Flußlimitiert	hoch	hoch

Tabelle 1

Kapazitäts-limitierte bindungsunabhängige Medikamente (Gruppe I)

	Bei Leberzirrhose: Plasmahalbwertszeit
Antipyrin	deutlich verlängert
Paracetamol	
Theophyllin	
Hexobarbital	
Pentobarbital	
Phenobarbital	wenig verlängert
Procainamid	

Tabelle 2

ne hohe Extraktion aus. Prototyp für diese Gruppe ist Propanolol.

Die hier angeführte Gruppeneinteilung hat für die Klinik u. a. folgende Bedeutung: Medikamente der Gruppe I (Tab. 2) werden dann langsam aus dem Organismus eliminiert, wenn die metabolische Kapazität der Leber vermindert ist. Dies ist bei fortgeschrittener Leberzirrhose oder bei schwerer akuter oder chronischer Hepatitis der Fall. Die Halbwertszeit von Phenobarbital und Procainamid ist trotz Zugehörigkeit dieser Medikamente zur Gruppe I bei Leberkrankheiten wahrscheinlich deshalb weniger stark verlängert, weil die Elimination dieser Medikamente zu einem Teil über die Niere erfolgt.

Die maximalen Plasmakonzentrationen der eben gezeigten Medika-

mente der Gruppe I sind nach einer oralen Einzeldosis bei Patienten mit Leberinsuffizienz nicht wesentlich höher als bei gesunden Personen. Nur die Plasmahalbwertszeit ist verlängert (Abb. 1). Dies ist dadurch bedingt, daß die hepatische Extraktion klein ist und somit bei der ersten Passage durch die Leber nur ein kleiner Anteil der Dosis präsystemisch eliminiert wird. Bei repetierter Verabreichung kann die verminderte hepatische Clearance jedoch zur Kumulation dieser Medikamente führen. Für die Klinik können daraus die folgenden praktischen Schlußfolgerungen abgeleitet werden: Bei Gabe der eben gezeigten Medikamente der Gruppe I ist auch bei schweren Leberkrankheiten bei einer Einzeldosis keine Anpassung der Dosierung erforderlich. Bei repetierter Gabe ist eine Dosisreduktion erforderlich, die

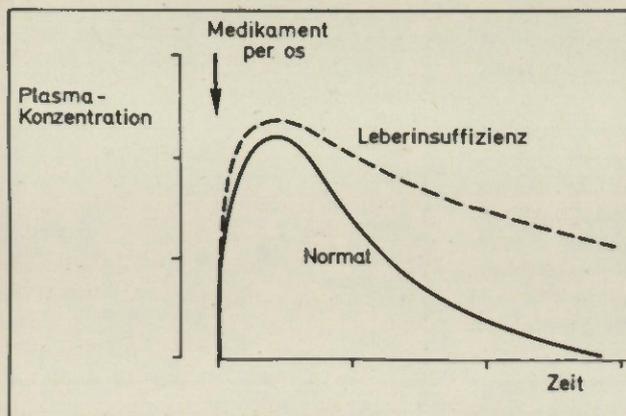


Abbildung 1
Medikamentenkonzentration im Plasma nach oraler Verabreichung eines Medikamentes der Gruppe I bei verminderter metabolischer Kapazität der Leber bei Leberinsuffizienz (nach Müntz und Bircher)

Vincamin retard 30 mg
heißt jetzt

**Vinca-
Tablinen[®] retard**

Starke Preissenkung

20 Tabl. 50 Tabl. 100 Tabl.
23,- 41.90 78.90

Zusammensetzung: Eine Retard-Tablette enthält 30 mg Vincamin.
Indikationen: Cerebrale Durchblutungsstörungen, cerebralsklerotisch bedingtes Nachlassen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens, verstärkte Ermüdbarkeit, Mangel an Konzentrationsfähigkeit, Schwindel und Schlafstörungen, postapoplektische Zustandsbilder, Durchblutungsstörungen der Netz- und Aderhaut, vestibuläre Störungen, Meniere-Syndrom, otogener Schwindel.
Kontraindikationen: Bei Hirndrucksteigerung, Himblutungen, -ödem und -entzündungen darf das Präparat nicht genommen werden. Aus Vorsichtsgründen gilt dies auch während der Schwangerschaft.
Dosierung: Die Normdosis beträgt morgens und abends eine Tablette. Später genügt meist eine Tablette täglich.
Nebenwirkungen: In seltenen Fällen können leichte Magen- und Darmbeschwerden sowie flüchtige Hautrötungen auftreten.

Allopurinol 300 mg
jetzt

**Allo-300-
Tablinen[®]**

Der Kostensparer

50 Tabl. 100 Tabl.
16,- 29.50

Antirheumatikum mit Retardeffekt

Zusammensetzung: Eine Tablette enthält 300 mg Allopurinol.
Indikationen: Erhöhte Harnsäurespiegel, Gicht, Gichtmiete.
Kontraindikationen: Während der Schwangerschaft und Stillzeit soll das Präparat nicht genommen werden. Bei gleichzeitiger Behandlung mit 6-Mercaptopurin oder Azathioprin ist deren Dosis auf ein Viertel der üblichen Menge zu reduzieren.
Dosierung: Die Normdosis beträgt eine Tablette morgens nach dem Frühstück mit reichlich Flüssigkeit; für Kinder und Jugendlichen ist die Dosierung zu erhöhen oder zu senken. Viergeteilte Tabletten erleichtern die Dosierung.
Nebenwirkungen: In sehr seltenen Fällen können - besonders zu Beginn der Einnahme - allergische Hauterscheinungen, Temperaturerhöhungen und Magen-Darm-Beschwerden auftreten.

Kapazitätslimitierte bindungsabhängige Medikamente
(Gruppe II)

Diazepam	}	Bei Leberzirrhose: Plasmahalbwertszeit
Diazepoxyd		verlängert
Rifampicin		
Lorazepam	}	
Oxazepam		
Chlorpromazin		
Tolbutamid		

Tabelle 3

Fußlimitierte Medikamente

(Gruppe III) – Diese Medikamente zeichnen sich durch eine hohe intrinsische Clearance, hohe hepatische Extraktion und hohe hepatische First-Pass-Elimination aus

Propranolol	}	Bei Leberzirrhose: Plasmahalbwertszeit
Lidocain		verlängert + orale Bioverfügbarkeit erhöht
Clomethiazol		
Propoxyphen		
Pethidin		
Pentazocin		
Nortryptilin		

Tabelle 4

dem klinischen Effekt angepaßt werden muß.

Medikamente der Gruppe II (Tab. 3) unterscheiden sich von jenen der Gruppe I nur dadurch, daß sie stark an Plasmaeiweiß gebunden werden. Eine Verminderung der Plasmaeiweißbindung, wie sie bei Lebererkrankungen häufig beobachtet wird, fördert die Elimination dieser Medikamente und wirkt auf diese Weise der Verminderung der intrinsischen Clearance entgegen. Dies dürfte ein Grund dafür sein, daß bei manchen dieser Medikamente die Plasmahalbwertszeit – auch bei schweren Lebererkrankungen – nicht oder nur gering verändert ist. Für die Klinik gilt hier im wesentlichen das gleiche wie für die Medikamente der Gruppe I mit der Einschränkung, daß die Elimination zahlreicher dieser Medikamente – auch bei schweren Lebererkrankungen – nur gering beeinträchtigt ist. Aus diesem Grunde wird man sich bei der Dosierung dieser Medikamente sehr stark vom klinischen Effekt leiten lassen.

Medikamente der Gruppe III (Tab. 4) zeichnen sich dadurch aus, daß sie normalerweise schon während einer Passage durch die Leber zu 60 bis 95 Prozent aus dem Blut eliminiert werden. Dies hat folgende Konsequenzen:

1. Bereits eine Minderdurchblutung der Leber, wie sie z. B. im Rahmen einer Herzinsuffizienz vorkommt, führt zu einer Verlängerung der Halbwertszeit des Medikamentes. Musterbeispiel dafür ist die verzögerte Elimination von Lidocain bei Herzinsuffizienz.

2. Eine Verminderung der hepatzellulären Eliminationskapazität und des Leberblutflusses können bei Patienten mit Leberzirrhose zusammenwirken, daß die Plasmahalbwertszeit dieser Medikamente besonders stark verlängert ist.

3. Ein wesentlicher Unterschied zu den bisher besprochenen Medikamenten ist die erhöhte orale Bioverfügbarkeit dieser Medikamente bei Patienten mit Lebererkrankungen. Bei den Medikamenten der Gruppe III spielt die Abhängigkeit der Medikamentenelimination von der Applikationsart nämlich eine große Rolle. Dies deshalb, weil sie aufgrund ihrer hohen intrinsischen Clearance und damit hohen hepatischen Extraktion zu einem großen Teil bereits während einer Passage durch die Leber aus dem Blut eliminiert werden (hohe hepatische First-Pass-Elimination). Im folgenden wird auf diesen wichtigen Aspekt der hepatischen Elimination von Arzneimitteln, der vor allem die Medikamente der Gruppe III betrifft, näher eingegan-

gangen und werden die praktischen Schlußfolgerungen für die Klinik besprochen.

Hepatische First-Pass-Elimination

Die anatomische Lage der Leber bzw. ihre Blutversorgung mit portalem und systemischem Blut führt dazu, daß oral und parenteral verabreichte Medikamente auf verschiedenen Wegen in die Leber gelangen. Ein intravenös verabreichtes Medikament verteilt sich sofort im systemischen Kreislauf und kann somit voll zur Wirkung gelangen, bevor die Elimination durch die Leber einsetzt. Im Gegensatz dazu muß ein oral eingenommenes Medikament zunächst die Leber passieren, bevor es sich in der systemischen Zirkulation verteilt. Dabei kann schon während der ersten Passage durch die Leber ein großer Anteil der Dosis eliminiert werden (First-Pass-Elimination), so daß nur ein Bruchteil der Dosis zur Wirkung gelangt. Bei den Medikamenten der Gruppe III spielt diese präsystemische Elimination eine große Rolle. Eine vollständigere Liste von Medikamenten, bei denen eine hohe hepatische First-Pass-Elimination bekannt ist oder vermutet wird, findet sich in Tabelle 5. Bei Lebererkrankungen kann durch Verminderung der präsystemischen Elimination die Bioverfügbarkeit dieser Medikamente so stark erhöht sein, daß bereits mit einer oralen Einzeldosis toxische Blutspiegel erzeugt werden. So werden bei dekompensierter Le-

Medikamente, für die eine hohe hepatische First-Pass-Elimination bekannt ist oder vermutet wird

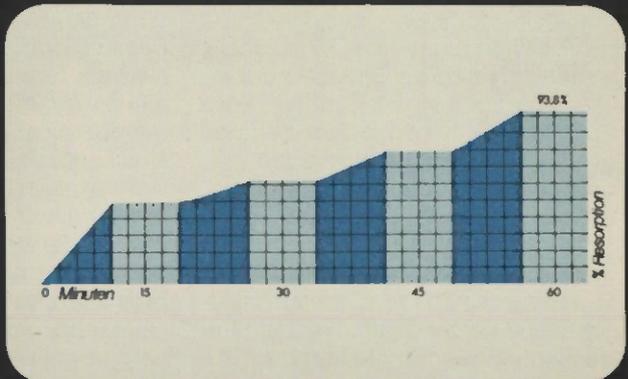
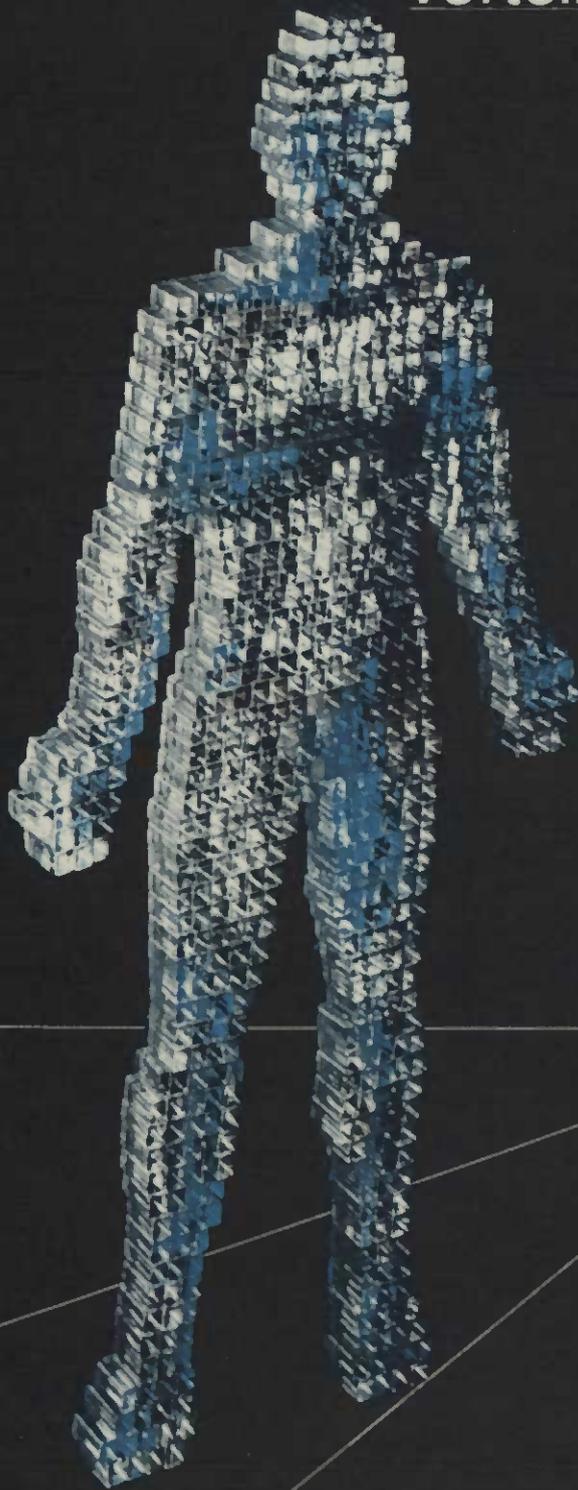
Acetylsalicylsäure
Alprenolol
Clomethiazol
Isoprenalin
Labetalol
Lidocain
Methylphenidat
Metoprolol
Morphin
Nitroglyzerin
Nortryptilin
Pentazocin
Pethidin
Prazosin
Propoxyphen
Propranolol
Salicylamid

Tabelle 5

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 O. 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 Teilungsritze versehen.

WYETH-PHARMA GMBH · POSTFACH 8808 · 4400 MÜNSTER

TAV PK 1A 80 GER

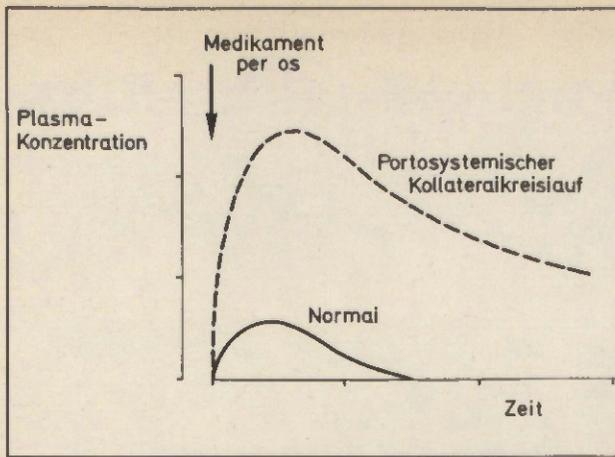


Abbildung 2
Medikamentenkonzentration im Plasma nach oraler Verabreichung eines Medikaments der Gruppe III bei erhöhter Bioverfügbarkeit bei Lebererkrankung (nach Münst und Bircher)

berzerrhose nach oraler Gabe von Medikamenten mit hoher Extraktion, d. h. Medikamenten der Gruppe III, schon nach einer Einzeldosis wesentlich höhere Blutspiegel beobachtet als beim Gesunden (Abb. 2). Dies nicht nur wegen portosystemischer Shunts, sondern auch wegen der verminderten Extraktionsfähigkeit der Leberzelle. Dabei gilt es zu bedenken, daß bereits eine mäßige Reduktion der Extraktion, z. B. von 90 auf 80 Prozent, den in die systemische Zirkulation gelangenden Anteil des Medikamentes verdoppelt.

Somit können bei Medikamenten der Gruppe III folgende Faktoren zusammenwirken, daß ihre Elimination aus dem Blut bei Lebererkrankungen, vor allem bei oraler Applikation, besonders stark verzögert ist:

- Eine Verminderung der hepatozellulären Eliminationskapazität,
- portosystemische Shunts und
- eine Verminderung der Leberdurchblutung.

Für die Klinik können daraus folgende Regeln abgeleitet werden: Bei Verabreichung von Medikamenten mit hoher hepatischer Extraktion (Gruppe III) muß bei schweren Lebererkrankungen bereits die erste Dosis reduziert werden. Bei repetierter Gabe ist die Anpassung der Dosierung an den klinischen Effekt erforderlich.

Ausblick und klinische Schlußfolgerungen

Es wäre wünschenswert, Störungen der Pharmakokinetik bei Lebererkrankungen mit Hilfe einfacher

Funktionstests zu erfassen, ähnlich wie man sich der Kreatinin-Clearance bedient, um die gestörte renale Elimination von Medikamenten bei Nierenerkrankungen zu charakterisieren. Auf diese Weise könnten bei Patienten mit Lebererkrankungen Dosisanpassungen vorgenommen werden, wie dies für renal eliminierte Medikamente unter Zuhilfenahme der Kreatinin-Clearance bei Patienten mit Niereninsuffizienz praktiziert wird. Bereits die in dieser Übersicht vorgenommene Einteilung der hepatisch eliminierten Medikamente in mehrere Klassen macht verständlich, warum es unmöglich ist, von der Elimination einer Testsubstanz oder von einem Leberfunktionstest generell auf die hepatische Medikamentenelimination zu schließen. Es wird klar, daß mindestens drei Testsubstanzen, nämlich je eine Substanz aus jeder Gruppe für die Charakterisierung der hepatischen Medikamentenelimination, erforderlich wären. Schon jetzt kann aber gesagt werden, daß auch mit Hilfe mehrerer Modellschubstanzen nur beschränkt und mit großer Vorsicht Aussagen über die hepatische Elimination anderer Medikamente möglich sein werden. Vergleichen wir zu diesem Zweck nur so ähnliche Verbindungen wie Diazepam und Oxazepam. Obwohl beide Medikamente der Gruppe II, nämlich der Gruppe der kapazitätslimitierten, bindungsabhängigen Medikamente, angehören, verhalten sie sich bei Lebererkrankungen verschieden. Während die Halbwertszeit von Diazepam bei schweren Lebererkrankungen verlängert ist, bleibt die Halbwertszeit von Oxazepam unverändert. Ein Grund dafür ist darin zu suchen, daß Diazepam durch Demethylierung und Hydroxylierung in Oxazepam um-

gewandelt werden muß, um inaktiviert zu werden. Oxazepam wird hingegen nur durch Glukuronidierung eliminiert. Offenbar wird die Glukuronidierung durch Lebererkrankungen weniger beeinträchtigt als die Demethylierung und Hydroxylierung.

Wie häufig eine veränderte Pharmakokinetik bei Patienten mit Lebererkrankungen zu klinisch relevanten Therapiezwischenfällen führt, ist ungenügend bekannt. Man darf jedoch davon ausgehen, daß höhere Plasmakonzentrationen hepatisch eliminierten Medikamente das Auftreten unerwünschter Medikamentenwirkungen begünstigen. Klinisch wird sich dies vor allem bei Medikamenten mit kleiner therapeutischer Breite auswirken. In Anbetracht der Schwierigkeiten, erforderliche Dosisanpassungen exakt vorauszusagen, sollten hepatisch eliminierte Medikamente daher bei eingeschränkter Leberfunktion (z. B. akute Hepatitis, schwere chronisch aktive Hepatitis, Leberzirrhose) und/oder portosystemischen Shunts und vermindertem Leberblutfluß (z. B. Leberzirrhose) mit Vorsicht angewandt werden. Dabei erfordern bei oraler Dosierung vor allem jene Medikamente besondere Aufmerksamkeit, deren First-Pass-Elimination hoch ist. Da bei den oben angeführten Patientengruppen mit einer starken Zunahme der Bioverfügbarkeit dieser Medikamente gerechnet werden muß, sollte bei oraler Verabreichung schon die Anfangsdosis reduziert werden.

Zudem darf bei Medikamenten mit Wirkungen auf das zentrale Nervensystem nicht außer acht gelassen werden, daß die Empfindlichkeit des zentralen Nervensystems bei Lebererkrankungen gesteigert sein kann. Der beste Rat bei der Anwendung hepatisch eliminierten Medikamente bei den oben angeführten Lebererkrankungen ist daher, wo immer möglich, die Dosierung dem klinischen Effekt anzupassen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. G. Paumgartner, Direktor der Medizinischen Klinik II der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70

Konservative Behandlung nach Herzinfarkt*

von E. Lang und W. Spitzer

Aus dem Carl-Korth-Institut für Herz-Kreislaferkrankungen und Kardiologischen Abteilung des Waldkrankenhauses Erlangen
(Ärztlicher Leiter: Professor Dr. med. E. Lang)

Das Thema meines Referates beinhaltet die konservative Behandlung nach Herzinfarkt, d. h., es richtet sich auf die Behandlungsnotwendigkeiten für die Zeit nach dem Ablauf des akuten Infarktgeschehens, auf die Behandlung nach Klinikentlassung in der Praxis.

Es sind im wesentlichen vier Ziele, die durch die konservative Behandlung nach Herzinfarkt erreicht werden sollen. Das sind

- die Rezidivprophylaxe,
- die Verhinderung von schweren Herzrhythmusstörungen und des plötzlichen Herztodes,
- die Verhinderung oder Beseitigung anderer Komplikationen des Herzinfarktes, wie z. B. der Herzinsuffizienz, und schließlich
- die Beseitigung eines Mißverhältnisses in der myokardialen Sauerstoffversorgung.

Diese Ziele können durch allgemeine Behandlungsmaßnahmen erreicht werden, wobei insbesondere die sogenannten Arteriosklerosierisikofaktoren im Blickpunkt stehen, und durch die medikamentöse Therapie.

Folgt man den Ergebnissen verschiedener Studien, die vor allem über die Wirkung der medikamentösen Therapie nach Herzinfarkt Auskunft geben und in den Empfehlungen der verschiedenen Pharmahersteller aufgegriffen worden sind, so müßte ein Patient nach Herzinfarkt mehr oder weniger zwingend mit Antikoagulantien behandelt werden, Thrombozytenaggregationshemmer vom Typ der Acetylsalicylsäure, des Sulfinpyrazons und/oder des Dipyridamols erhalten; er sollte Beta-Rezeptorenblocker, Antiarrhythmika, Nitrate und eventuell auch Herzglykoside verordnet bekommen - von den gegen die Risi-

kofaktoren gerichteten Medikamenten ganz zu schweigen. Ich wage nicht, gedanklich zu vollziehen, was es für den Patienten und selbstverständlich auch für den Arzt bedeuten würde, wenn all diese Empfehlungen, die - wie bereits genannt - durchaus auf seriösen Untersuchungen beruhen, allgemein gültige Therapie werden sollten.

Es ist ein Anliegen dieses Beitrages, eine Entscheidungshilfe zu bekommen, wie in der Therapie sinnvollerweise vorzugehen ist, was notwendig, was unter bestimmten Voraussetzungen vertretbar erscheint und schließlich inwieweit derartige Empfehlungen falsch sind oder zumindest als bedenklich angesehen werden müssen.

Risikofaktoren erster Ordnung

Im Hinblick auf die Minderung von Risiken nach Herzinfarkt stehen die arterielle Hypertonie, die Hyperlipoproteinämie und das Zigarettenrauchen zweifellos im Vordergrund. Aufgrund einer Reihe epidemiologischer Studien müssen sie nach wie vor als Risikofaktoren erster Ordnung gelten.

Hypertonie

Es konnte bisher nicht der Nachweis erbracht werden, daß die Hochdruckbehandlung bei Patienten nach Herzinfarkt die Reinferkthäufigkeit vermindert oder die Überlebensdauer signifikant verlängert. Es kann aber kein Zweifel daran bestehen, daß die Senkung eines überhöhten Blutdruckes einen günstigen Einfluß auf die Angina pectoris und die Herzfunktion nimmt. Durch die Reduzierung des Blutdruckes wird eine Verminderung der sogenannten Nachlast erreicht, die eine Abnahme der äußeren Herzarbeit - und damit eine Verminderung des myokardialen Sauerstoffverbrauches - und eine Entlastung des Herzens zur Folge hat. Die antihypertensive Therapie ist also - nach den bekannten Grundsätzen - indiziert. Die Einstel-

*) Vortrag anlässlich des 31. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer

Die Referate dieser Veranstaltung werden in Band 55 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht werden. Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über ihre Bezirksstelle der KVB erhalten.

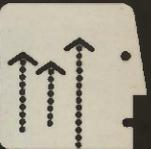
Mutterkornalkaloide
von Sanorania!
Bewährte, wirksame Therapie
zu minimalen Preisen!

**DH-Ergotamin-
Tablinen[®]**
retard



Antihypotonikum,
Venotonikum

**DH-Ergotoxin-
Tablinen[®]**
forte



Cerebral-
Therapeutikum

DH-Ergotamin-retard-Tablinen

1 Tablette enthält:
Dihydroergotaminmethansulfonat 2,5 mg.

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

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

DH-Ergotoxin-forte-Tablinen

1 Tablette enthält:
Je 0,67 mg Dihydroergocristinmethansulfonat, Dihydroergocorninmethansulfonat, Dihydroergokriptinmethansulfonat = 2 mg Dihydroergotoxinmethansulfonat.

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

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

S SANORANIA Dr.G.Strohscheer
1 Berlin 28

lung sollte nach dem bekannten Stufenschema erfolgen, wenn möglich – d. h., wenn keine Kontraindikationen bestehen –, aus später noch zu erläuternden Gründen mit einem Beta-Rezeptorenblocker beginnen.

Hyperlipoproteinämie

Ausgedehnte epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, daß ein Plasmacholesteringehalt zwischen 160 und 180 mg% keine Gesundheitsgefährdung bedeutet und ein Plasmacholesterinwert in diesen Grenzen für Erwachsene als optimal zu bezeichnen ist. Wenngleich der Beweis, daß ein erhöhter Plasmacholesterinspiegel nach überstandem Herzinfarkt weiterhin als Risikofaktor angesehen werden muß, nicht in allen Studien zum Ausdruck kommt, muß mit Wahrscheinlichkeit damit gerechnet werden, daß eine Hypercholesterinämie die koronare Herzkrankheit nach Myokardinfarkt weiter verschlimmert. Es sollte daher zumindest eine diätetische Behandlung des Risikofaktors Hyperlipoproteinämie erfolgen. Im Vordergrund dieser diätetischen Behandlung steht die Verringerung der Kalorienzufuhr bei adipösen Patienten sowie die Reduzierung der Fettzufuhr auf maximal 1 g/kg Körpergewicht pro die. Zum jetzigen Zeitpunkt möchte ich im Hinblick auf die Art der Fettzufuhr keine Empfehlungen aussprechen. Wie bekannt, sind Aussagen und Empfehlungen zur Frage der Lipide und der Lipidsenkung teils widersprüchlich und teils von neuen Erkenntnissen überholt. Zudem mangelt es gerade in der Bundesrepublik Deutschland an epidemiologischer Forschung, die als einzige Grundlage für präventivmedizinische Empfehlungen, die in Abhängigkeit von Lebensweise und Ernährungsgewohnheiten von Land zu Land verschieden sind, wegweisend sein könnten. Die Rolle einer lipidsenkenden medikamentösen Therapie im Hinblick auf die Prophylaxe, insbesondere nach Herzinfarkt, ist noch nicht ausreichend geklärt. Überdies werden mögliche Nebenwirkungen diskutiert, so daß eine allgemein gültige Empfehlung für die Therapie mit derartigen Substanzen derzeit nicht gegeben werden kann. Unter diesen Aspekten ist die Anwendung von Lipidsenkern derzeit nur bei starker Hyperlipidämie oder bei erhöhtem vaskulären Risiko gerechtfertigt.

Zigarettenrauchen

Im Hinblick auf das Rauchen nach dem Herzinfarkt erlauben die Ergebnisse von sieben verschiedenen Untersuchungen trotz unterschiedlichen Ansatzes und variierender Ergebnisse den Schluß, daß die Gefahr eines tödlichen Infarktrezidivs oder des plötzlichen Herztodes um 20 bis 50 Prozent gesenkt werden kann, und daß die Häufigkeit eines nicht tödlichen Infarktrezidivs verringert werden kann. Rauchen ist also mit allen Konsequenzen für Patient und Arzt zu verbieten.

Diabetes mellitus

Obleich der Diabetes mellitus im Hinblick auf eine Sekundärprävention nach Herzinfarkt nicht zu den Risiken erster Ordnung gehört, müssen für die Behandlung des Diabetes mellitus dieselben Prinzipien wie beim koronargesunden Diabetiker zugrunde gelegt werden. Auch die allgemeinen Behandlungsgrundsätze sind die gleichen. Besonderer Wert ist jedoch auf die Bekämpfung des Übergewichtes durch Kalorienreduktion zu legen, um, wenn möglich, die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung zu vermeiden.

Körperliche Aktivität

Die Empfehlung einer regelmäßigen körperlichen Betätigung nach Herzinfarkt blieb nicht unwidersprochen, zumal trotz positiver Hinweise der Nachweis nicht erbracht werden konnte, daß körperliche Tätigkeit den natürlichen Verlauf der koronaren Herzkrankheit bei bereits Erkrankten zu ändern vermag. Auch der Beweis für die Entstehung oder Verbesserung eines Kollateralkreislaufes durch körperliche Aktivität konnte beim Menschen bisher nicht erbracht werden. Dennoch ist eine individuell dosierte Bewegungstherapie in der Rehabilitationsphase und körperliche Aktivität auch darüber hinaus zu empfehlen, weil durch diese physiotherapeutische Maßnahme

1. eine Verbesserung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit erreicht wird,
2. durch die Umstellung des Vegetativums vom vorwiegenden Sympathikotonus zum Vagotonus eine antiadrenerge Schutzwirkung gegen Herzrhythmusstörungen entsteht,

3. eine psychische Stabilisierung erreicht werden kann und schließlich

4. als Ergebnis dieser Effekte eine beschleunigte Wiederaufnahme der Arbeit zu erwarten ist.

Als Trainingsfrequenz ist eine Herzfrequenz zu empfehlen, die 70 Prozent der maximalen während einer ergometrischen Untersuchung erreichten Frequenz beträgt.

Andere Risiken nach Herzinfarkt

Neben der Verminderung der Risikofaktoren, die indirekt über die Arteriosklerose den Infarktpatienten bedrohen, muß unser Augenmerk weiteren Risiken gelten, die den Verlauf der koronaren Herzkrankheit nach Infarkt akut belasten und lebensbedrohlich werden können. Es sind dies die thromboembolischen Komplikationen und die Herzrhythmusstörungen.

Es geht also um die Frage der Antikoagulantientherapie, der Behandlung mit Thrombozytenaggregationshemmern sowie mit Beta-Rezeptorenblockern und Antiarrhythmika.

Antikoagulantien

Diese Therapie verfolgt drei Ziele:

- die Vermeidung der Thrombenbildung,
- Vermeidung der Ausdehnung von Thromben und schließlich
- die Vermeidung von Embolien.

Absolute und relative Indikationen hängen weitgehend davon ab, inwieweit diese Ziele erreicht werden können. Hierbei ist es notwendig, zu wissen, daß vor allem im Hinblick auf die Antikoagulantientherapie bei Herzinfarkt eine akute Phase von der Phase der Rekonvaleszenz und der Phase der Langzeitprophylaxe unterschieden werden muß.

Aus einer Reihe von Untersuchungen geht hervor, daß die Antikoagulantien beim akuten Herzinfarkt die Häufigkeit arterieller Embolien aus Wandthromben signifikant senken, wohingegen die kardiale Letalität des Herzinfarktes nicht beeinflusst wird. Die Indikation zur Antikoagulation mit Dicoumarol ist also im Hinblick auf die Vermeidung thromboembolischer Komplikationen bis zur sechsten Woche eindeutig gegeben.



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 Dermgeschwüre. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Sodbrennen, Oberbauchbeschwerden, Neusee, Emesis, leichte Kopfschmerzen, Heutreaktionen, Knöchelschwellungen. Patienten, die zur Bildung eines Magengeschwürs neigen, sollen das Präparat mit Vorsicht nehmen. Bei deutlicher Niereninsuffizienz und Verdacht auf Granulozytopenie 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, Zut.-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 Tel 81.601

Cilag GmbH
6146 Alsbach-Hähnlein 1

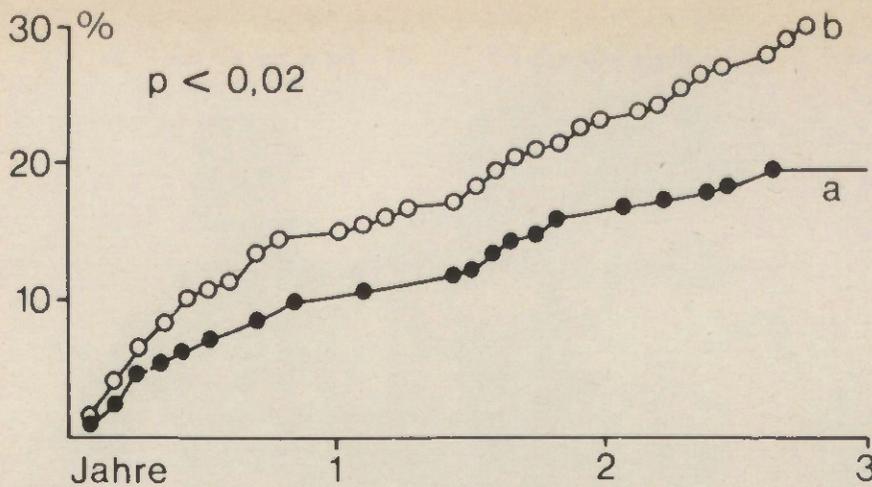


Abbildung 1

Letalität nach Herzinfarkt in Prozent in einer Gruppe, die mit Antikoagulantien behandelt wurde (A) sowie in einer Kontrollgruppe ohne Antikoagulantientherapie (B)

Für die Rekonvaleszenzphase muß unter Berücksichtigung der Zielsetzung der Grundsatz gelten, solange zu antikoagulieren, wie das Risiko des Entstehens von Wandthromben besteht. Die Zeitspanne variiert zwischen zwei und sechs Monaten, d.h., daß auch in der Rekonvaleszenzphase bis zum sechsten Monat eine Antikoagulantientherapie indiziert erscheint.

Über diese Zeit hinaus besteht eine Indikation für eine Langzeitprophylaxe mit Antikoagulantien noch dann, wenn ein erhöhtes Risiko vorliegt. Es ist gegeben, wenn aufgrund von Koronarangiographie und Laevokardiographie ein Ventrikelaneurysma nachgewiesen wurde oder aus dem Elektrokardiogramm der Verdacht auf ein bestehendes Aneurysma abgeleitet wird. Darüber hinaus läßt sich aus einer großen Anzahl von Studien die Langzeitprophylaxe bis zwei Jahre oder auch darüber hinaus rechtfertigen, wenn das 55. Lebensjahr – das ist eine statistische Grenze – (Abb. 1) nicht überschritten ist, die Kontraindikationen der Antikoagulantientherapie beachtet werden und eine sorgfältige Kontrolle des Quick-Wertes zur Verhütung von Blutungskomplikationen einerseits und zur Einstellung im therapeutisch wirksamen Bereich andererseits gewährleistet ist (Tab. 1).

Thrombozytenaggregationshemmer

Die Thrombozytenaggregationshemmer besitzen Wirkungen auf den Prostaglandinstoffwechsel, die geeignet erscheinen, eine Throm-

busbildung an der Koronararterienwand zu inhibieren und möglicherweise die fibrillitorische Wirkung der Prostaglandine am ischämischen Myokard und damit den plötzlichen Austritt zu verhindern. Die Acetylsalicylsäure (Colfarit, Godamed) sowie Sulfinpyrazon (Anturano) besitzen eine hemmende Wirkung auf die Prostaglandinzyklooxygenase, die schließlich eine vermehrte Bildung von Prostazyklin zur Folge hat. Dadurch kommt es unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Hemmung der Thrombozytenaggregation, so daß das Risiko der Embolisierung von Plättchenaggregationen in kleine Gefäßäste gemindert wird.

Im Hinblick auf die Reinfarktprophylaxe muß erwähnt werden, daß die vorliegenden Studien mit Aggregationshemmern sehr verschieden sind im Hinblick auf das verwendete Pharmakon, dessen Dosierung und den Beobachtungszeitraum. Ziemlich einheitlich sind, jedoch der positive Trend oder auch signifikante Ergebnisse zugunsten der Behandlung mit Aggregationshemmern (Abb. 2 und 3).

Bei näherer Differenzierung der Studien und einer kritischen Abwägung des Für und Wider läßt sich feststellen, daß eine primäre Infarktprophylaxe mit den Aggregationshemmern bisher nicht gesichert erscheint, daß in der Akutphase des Myokardinfarktes, soweit vergleichbare Ergebnisse vorliegen, die Antikoagulantientherapie der Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern vorzuziehen ist und schließlich, daß bei Patienten nach Herzinfarkt zur Prophylaxe eines Reinfarktes und des plötzlichen Herztodes die Prophylaxe mit einem Aggregationshemmer für ca. ein Jahr zu rechtfertigen ist. Andererseits wurden für alle positiven Studien auch wissenschaftlich fundierte Einwände vorgelegt, die sich auf die Methodik oder die Auswahl des Patientengutes bezogen, so daß zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Unterlassung einer Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern sicher nicht als Kunstfehler bezeichnet werden kann. Das gleiche

Vermehrtes Risiko bei Verstärkung der Antikoagulantien-Wirkung durch Medikamente und andere Einflüsse

Verstärkung der Antikoagulantienwirkung (toleranzmindernd, blutungsgefährdend, Hypokoagulabilität verstärkend)	
durch Medikamente	durch andere Einflüsse
Phenylbutazon (Butazolidin [®])	Kardiale Dekompensation
Oxyphenbutazon (Tanderil [®])	Leberparenchymschaden
Allopurinol (Zyloric [®])	Verschlussikterus
Bezafibrat (Cedur [®])	hohes Alter
Clofibrat (Regelan [®])	Malabsorption
Antibiotika	Kachexie
Sulfonamide	Hyperthyreose
Anabolika	Alkoholintoxikation (akute)
Chinidin	
Glukagon	
Thyroxin	
Salizylate	
Disulfiram (Antabus [®])	
Metronidazol (Flagyl [®] , Clont [®])	
Cimetidin (Tagamet [®])	
Phenylramidol (Cabral [®])	

Tabelle 1

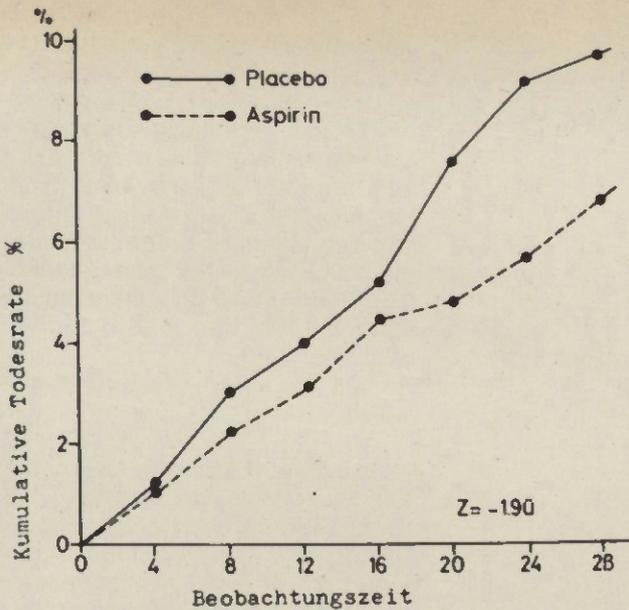


Abbildung 2
Kumulative Todesrate in einer mit Acetylsalicylsäure behandelten Gruppe sowie in einer Vergleichsgruppe (Placebo) nach akutem Herzinfarkt

gilt für die kombinierte Anwendung von Acetylsalicylsäure und Dipyridamol in Form von Asasantin, wo ebenfalls recht hoffnungsvolle Ansätze im Hinblick auf die Prophylaxe zu beobachten sind (Tab. 2).

Beta-Rezeptorenblocker

Ein Wort zu den Beta-Rezeptorenblockern nach Herzinfarkt: Es besteht kein Zweifel, daß die Behand-

lung mit Beta-Rezeptorenblockern dann indiziert ist, wenn das klinische Korrelat der Koronarinsuffizienz, d. h. die Angina pectoris, den Einsatz dieser Pharmaka zur Verminderung des myokardialen Sauerstoffverbrauchs entweder als Monotherapie oder in Kombination mit Nitroderivaten unter Berücksichtigung der Kontraindikationen der Beta-Blockertherapie notwen-

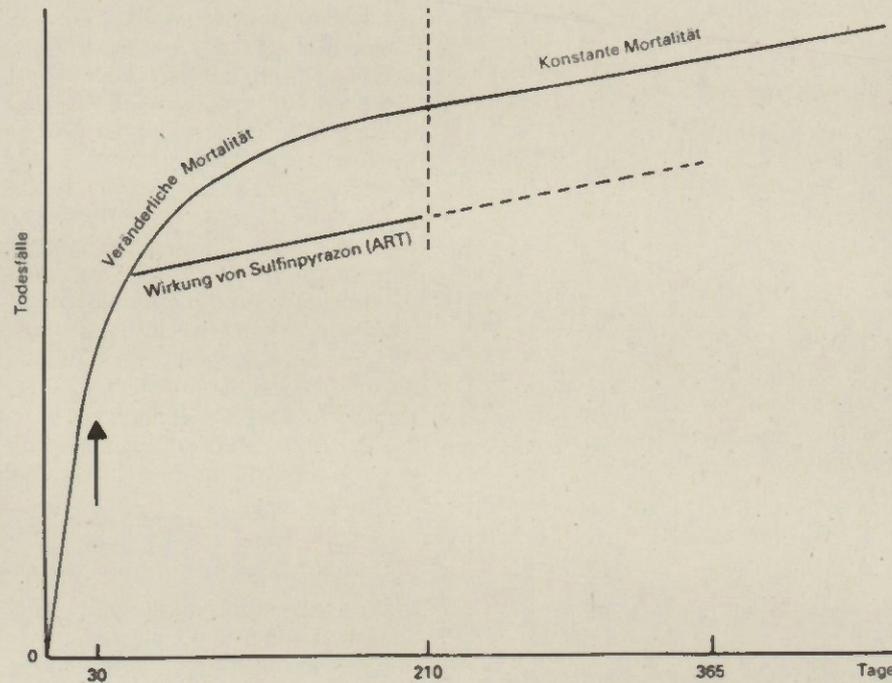


Abbildung 3
Schematische Darstellung des Einflusses von Sulfapyrazon auf die Mortalität nach Herzinfarkt. Es läßt sich erkennen, daß in der Gruppe der mit Sulfapyrazon behandelten Patienten in den ersten sieben Monaten (210 Tage) die Mortalität gegenüber dem Vergleichskollektiv signifikant vermindert wird. Nach dieser Zeit verläuft der Trend in der Sulfapyrazon-Gruppe (unterbrochene Linienführung) dem Trend der Placebo-Gruppe parallel

MAGNESIOCARD®

zur
gezielten Behandlung
von Risikofaktoren
bei coronaren
Gefäßkrankheiten
und
Infarktgefährdung



Therapeutisches
Prinzip:

Streßabschirmung
Calcium-Antagonismus
Lipidsenkung



Zusammensetzung

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

Indikationen

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

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie.

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

Nebenwirkungen

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Handelsformen und Preise

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

Verla-Pharm
Tutzing/Obb.

Einfluß kombinierter Wirkungen von Dipyridamol und Acetylsalicylsäure auf die Sterblichkeit nach Herzinfarkt

Zeit	Asasantin/ Placebo %	ASS/Placebo %	Assantin/ASS %
4 Monate	- 66,7	- 52,4	- 30,0
8 Monate	- 64,9	- 48,7	- 31,6
12 Monate	- 55,7	- 29,1	- 37,5
16 Monate	- 51,0	- 29,2	- 30,9
20 Monate	- 44,7	- 32,5	- 18,1
24 Monate	- 37,0	- 35,5	- 2,3
36 Monate	- 27,4	- 23,8	- 4,8

Tabelle 2

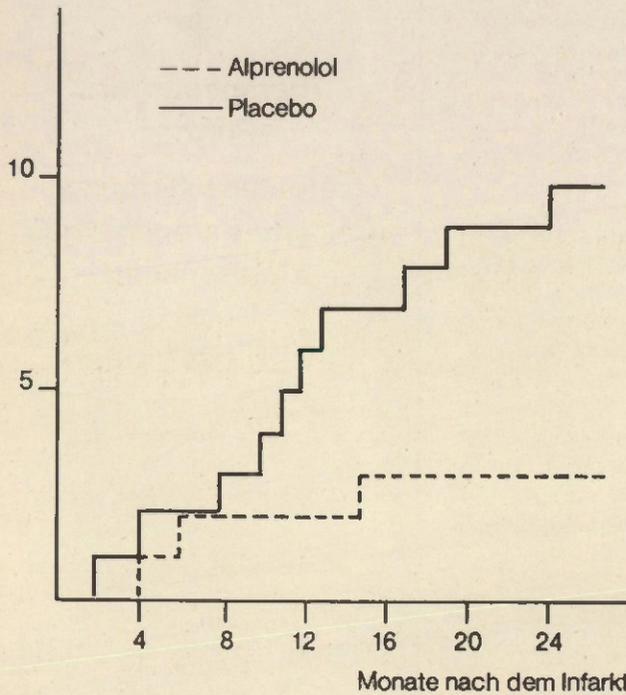


Abbildung 4
Kumulierte Anzahl der plötzlichen Todesfälle unter dem Einfluß eines Beta-Blockers (Alprenolol) im Vergleich zur Placebo-Gruppe

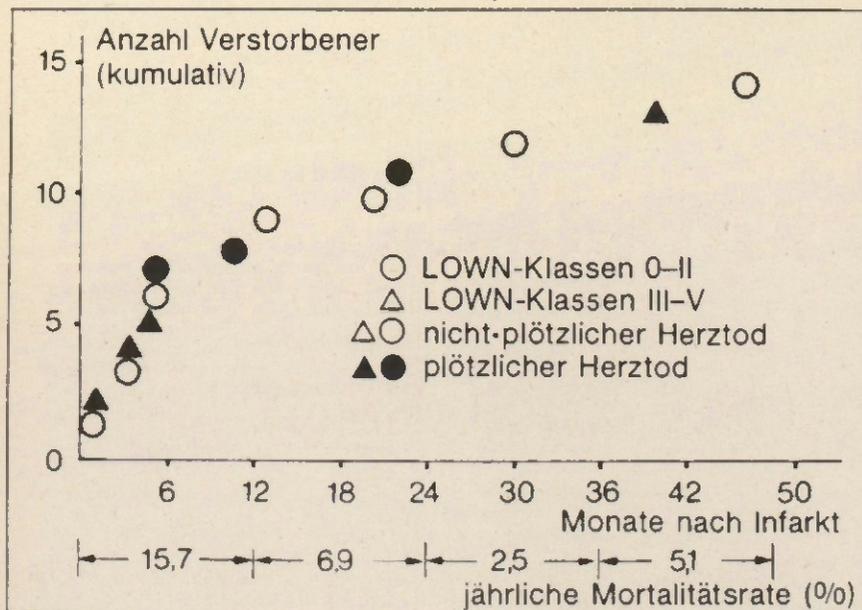


Abbildung 5
Anzahl der Verstorbenen in Abhängigkeit von der Zeit nach Infarkteintritt und der Bedeutsamkeit der Herzrhythmusstörungen

dig macht. Darüber hinaus weisen verschiedene Untersuchungen bei Patienten nach Myokardinfarkt darauf hin, daß den Beta-Rezeptorenblockern eine prophylaktische Wirkung im Hinblick auf den plötzlichen Herztod zukommt (Abb. 4). Eine mit Practolol, das inzwischen nicht mehr im Handel ist, durchgeführte Studie konnte neben der Reduzierung der Häufigkeit von plötzlichen Herztodesfällen auch eine statistische Verminderung der Gesamtmortalität nach Herzinfarkt nachweisen.

Diese eindrucksvollen Befunde können zwar nicht bedeuten, daß die Anwendung von Beta-Rezeptorenblockern bei Patienten nach Herzinfarkt grundsätzlich angezeigt ist – dazu sind diese Pharmaka zu potent –, doch meine ich, das an unserer Klinik geübte Vorgehen für praktische Bedürfnisse als sinnvoll empfehlen zu können.

Wir behandeln alle Patienten, bei denen weder eine relative noch eine absolute Kontraindikation besteht, dann mit Beta-Rezeptorenblockern, wenn ein behandlungsbedürftiger hoher Blutdruck besteht und auch nach dem Infarkt noch Angina pectoris auftritt. Die Kombination des Beta-Blockers mit Nitroderivaten bei diesen symptomatischen Patienten sichert nicht nur den antianginösen Effekt, sondern verbessert auch die Myokardfunktion, so daß zum Schutz gegen die kardiodepressorische Wirkung des Beta-Blockers herzirksame Glykoside nur in den seltensten Fällen notwendig werden. Wir meinen, daß mit diesem Vorgehen nicht nur Therapieerfordernisse bei ca. 45 Prozent der Patienten Rechnung getragen wird, sondern daß die wahrscheinliche prophylaktische Wirkung im Hinblick auf den plötzlichen Herztod die Bevorzugung des Beta-Blockers bei diesen beiden Indikationen rechtfertigt.

Antiarrhythmika

Recht widersprüchlich wird die antiarrhythmische Therapie nach Herzinfarkt beurteilt. Es ist bekannt, daß Patienten mit häufigen oder komplexen Kammerextrasystolen eine höhere Letalität – besonders durch plötzlichen Herztod – aufweisen als Patienten ohne wesentliche Hinweise auf eine Kammerübererregbarkeit (Abb. 5).

NEU VON LABAZ

ascofer®

Ascorbinsäure-Ferrum-II-Komplex

Die feste Verbindung
von Eisen-II- und Ascorbinsäure:



Eisen, das ankommt

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 245,6 mg Bisascorbata-eisen (II), entsprechend 33,6 mg Eisen. **Anwendungsgebiete:** Eisenmangelanämien. **Gegenanzeigen:** Das Präparat soll nicht angewendet werden bei möglicher Eisenkumulation (Eisenspeicherkrankheiten), chronischer Hämolyse (Zerfall roter Blutkörperchen), Störungen der Hämoglobinsynthese und bei Eisenverwertungsstörungen (z. B. sideroachrestische Anämie, Bleianämie und Mittelmeeranämie). **Nebenwirkungen:** Eine Schwarzfärbung des Stuhles während der Behandlung ist bei Gabe von Eisenpräparaten normal und ohne Bedeutung. Magen-Darm-Störungen, insbesondere Verstopfungen, kommen vor. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Eisenverbindungen können die Resorption von Tetracyclinen hemmen. Bei Gabe von aluminium-, magnesium- und calciumhaltigen Antacida sowie Cholestyramin ist die Eisenresorption vermindert. **Dosierung und Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, beträgt die mittlere Tagesdosis bei Erwachsenen und Kindern über 10 Jahren 4-6 Kapseln, die auf 2-3 Gaben verteilt, mit etwas Flüssigkeit am besten zu den Mahlzeiten eingenommen werden. Die Behandlungsdauer richtet sich nach den hämatologischen Parametern und wird vom Arzt bestimmt. Sie beträgt durchschnittlich 2 Monate. **Besondere Hinweise:** Ascofer soll vor Licht und Feuchtigkeit geschützt aufbewahrt werden. **Eigenschaften:** Ascofer ist ein Präparat auf der Grundlage von Bisascorbata-eisen (II) zur Behandlung der Blutarmut. Eisen spielt bei der Bildung des Blutfarbstoffes der roten Blutkörperchen eine entscheidende Rolle und ist auch am Sauerstofftransport beteiligt. **Packungsgröße:** Packung mit 50 Kapseln zu DM 12,88.

LABAZ Erfolg durch Forschung

LABAZ GmbH
Pharmazeutische Präparate
Heinrich-Hertz-Straße 44
4006 Erkrath 1

Ein besonderes Augenmerk muß den vorzeitigen Kammerkontraktionen gelten, da sie in der Regel – aus der Kenntnis von Bandspeicheraufzeichnungen – verbunden sind mit einer hohen Rate an Extrasystolen mit R-auf-T-Phänomen, polymorphen Kammerextrasystolen sowie salvenartigen und im Bigeminusrhythmus auftretenden Extrasystolen. Diese aber sind aufgrund mehrerer Untersuchungen mit einer recht hohen Sterblichkeit, vor allem an plötzlichem Herztod, verbunden. Um die Notwendigkeit einer Langzeitprophylaxe mit Antiarrhythmika mit dem Ziel, diese komplexen Formen zu verhindern, zu prüfen, sollten diese Herzrhythmusstörungen im Langzeit-Speicherelektrokardiogramm nachgewiesen worden sein. Dies bedeutet leider eine Forderung, die praktisch nur schwer durchführbar erscheint, sollte aber unbedingt veranlaßt werden, wenn sich diese bedrohlichen Phänomene nicht bereits in einem normalen Routine – Ruheelektrokardiogramm oder bei einer ergometrischen Untersuchung zu erkennen gaben. Die Notwendigkeit dieses Vorgehens ergibt sich aus den Nebenwirkungen der Antiarrhythmika, die in der Langzeittherapie leider auch bei den modernen Pharmaka berücksichtigt werden müssen.

Bestehen Zweifel über die Notwendigkeit einer spezifischen antiarrhythmischen Langzeittherapie, so ist auch in dieser Situation die Behandlung mit Beta-Rezeptorenblockern nach Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen zu empfehlen, zumal die Beta-Sympathikolyse neben der Verminderung des myokardialen Sauerstoffverbrauchs und einer Beeinflussung der Thrombozytenaggregation auch eine antiarrhythmische Wirkung besitzt.

Nitrate und Kalziumantagonisten

Für die Behandlung mit Antianginosa, vor allem mit Nitroderivaten und Molsidomin, besteht dann eine Indikation, wenn der Patient nach Herzinfarkt symptomatisch ist, d. h., eine Angina pectoris behandelt werden muß. Gelegentlich besteht eine zusätzliche Indikation bei Patienten mit gestörter Ventrikelfunktion, vor allem dann, wenn eine Therapie mit herzwirksamen Glykosiden nicht sinnvoll erscheint. Selbstverständlich sind alternativ auch Kalziumantagonisten indiziert, wenn

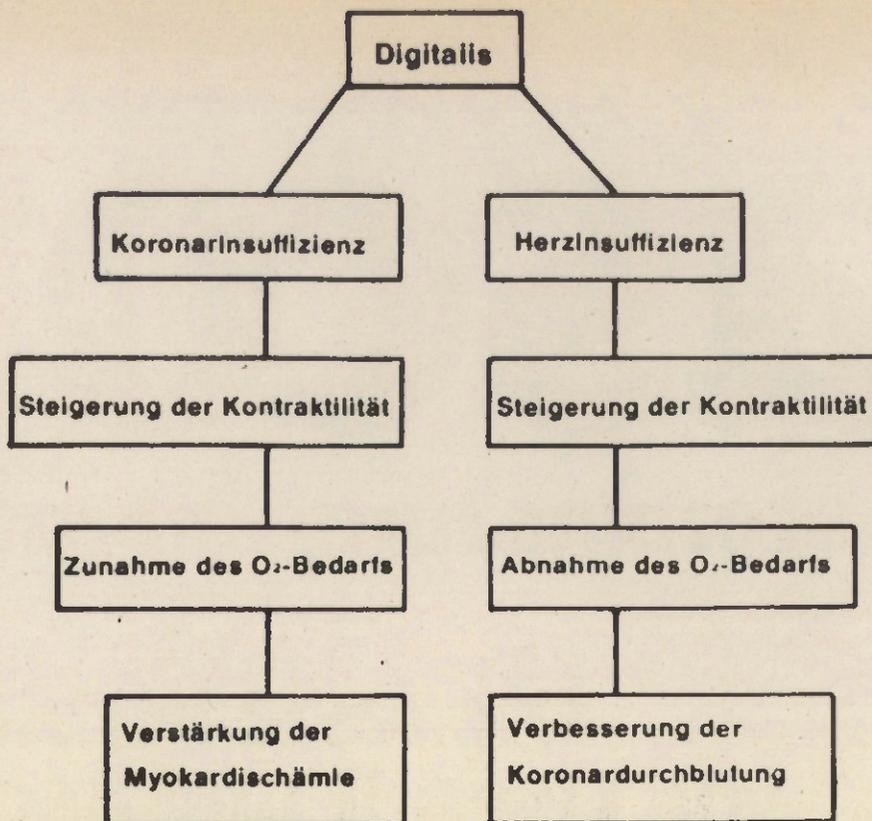


Abbildung 6 Wirkung herzwirksamer Glykoside (hier am Beispiel des Digitalis) bei Koronar- und Herzinsuffizienz. Es läßt sich daraus ableiten, daß eine Therapie mit herzwirksamen Glykosiden bei der koronaren Herzerkrankung nur dann gerechtfertigt erscheint, wenn gleichzeitig eine Herzinsuffizienz besteht

nach dem Infarkt noch eine Angina pectoris besteht und insbesondere, wenn der Verdacht auf Koronarspasmen oder eine Prinzmetal-Angina vorliegt, wie sie offensichtlich nach eingetretenem Infarkt häufiger vorkommen als vor dem Infarkt.

Herzglykoside

Lange Zeit wurde die Behandlung mit herzwirksamen Glykosiden als Basistherapie der koronaren Herzkrankheit angesehen. Eine diesbezügliche Empfehlung ist aus der Sicht moderner pathophysiologischer Erkenntnisse nicht mehr zu vertreten. Es ist bekannt, daß durch herzwirksame Glykoside eine Reihe von Pathomechanismen ausgelöst werden, die mit einer Erhöhung des myokardialen Sauerstoffverbrauchs verbunden sind. Ich denke z. B. an die Zunahme der Kontraktilität als Sammelbegriff für die physiologischen Meßgrößen des Kontraktionsablaufs. Darüber hinaus muß berücksichtigt werden, daß die chronische Hypoxidose des Ventrikelmyokards eine erhöhte Sensibilität gegenüber Digitalis bedeutet.

Ein Umstand, der mit zur Auslösung von Herzrhythmusstörungen beitragen kann.

Andererseits ist der Patient nach einem Herzinfarkt häufiger von einer Herzinsuffizienz, vor allem von einem Linksherzversagen mit Dekompensation des linken Ventrikels und chronischer Lungenstauung belastet als der Patient mit einer koronaren Herzkrankheit, die bisher zu keinem Herzinfarkt geführt hat. Das bedeutet, daß die Indikation für die Behandlung mit herzwirksamen Glykosiden nach dem Infarkt relativ häufig besteht, jedoch nur dann, wenn der Herzinfarkt während der Akut-, Rekonvaleszenz- oder Spätphase durch eine Herzinsuffizienz kompliziert wird. Die Indikation für Herzglykoside ist also das Vorhandensein einer Myokardinsuffizienz (Abb. 6). Es ist selbstverständlich, daß dann – je nach Schweregrad – auch die anderen Stufen der Behandlung einer Herzinsuffizienz zum Einsatz kommen können oder müssen. Daß unter diesen Vorbedingungen mit Digitalis behandelte Patienten eine höhere Letalität aufweisen als nicht behandelte, ist

nicht dem Digitalis zuzuschreiben, sondern vornehmlich der Tatsache, daß diese Gruppe von Patienten durch eine zusätzliche Komplikation – nämlich die Herzinsuffizienz – belastet ist.

Zusammenfassung

Die konservative Behandlung nach Herzinfarkt ist gekennzeichnet durch ein reichhaltiges therapeutisches Angebot relativer Indikation. Unter bestimmten Voraussetzungen sind die verschiedenen therapeutischen Empfehlungen aber im Hinblick auf die Reinfarktprophylaxe und andere schwerwiegende Komplikationen absolut indiziert.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß es sich bei den verschiedenen Therapieformen und -empfehlungen um Langzeitprophylaxe und Langzeittherapie handelt, erscheint mir eine auf das therapeutische Vorgehen gerichtete sorgfältige diagnostische Beurteilung des Postinfarktzustandes nicht nur gerechtfertigt, sondern notwendig. Nur so läßt sich vermeiden, daß durch substanz eigene Nebenwirkungen, aber auch durch die Interaktionen bei gleichzeitiger Anwendung verschiedener Pharmaka, dem Patienten nach Herzinfarkt der erstrebenswerte und durchaus auch erreichbare Nutzen vorenthalten wird.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. E. Lang und Dr. med. W. Spitzer, Rathsberger Straße 57, 8520 Erlangen

Akute Pneumologie

65. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

(Schluß)

Privatdozent Dr. R. Labitzke, Essen:

Das stumpfe Thoraxtrauma und seine Komplikationen an Lunge, Pleura und Thorax

Bei einer Unfallverletzung des Stammes werden naturgemäß zunächst die Thoraxwand bzw. der knöcherne Thorax, zum zweiten aber auch intrathorakale Organe betroffen. 80 Prozent der thoraxverletzten Patienten sind polytraumatisiert, bei einem Drittel von ihnen bestehen thorakale Notfallsituationen. Ein Thoraxtrauma stellt demnach eine schwere Verletzung dar, die ein sofortiges ärztliches Eingreifen erfordert.

Über die Alteration der Atmung und des Kreislaufes führt das Thoraxtrauma zu einer respiratorischen Insuffizienz und unter Umständen auch zu einem Herzstillstand. Zur Beurteilung der Vitalfunktionen muß man deshalb zunächst eine Notfalldiagnostik einleiten. Durch Aspiration von Blut und Erbrochenem kann es zu einem Atemstillstand kommen. Die wichtigste Differentialdiagnose ist der Spannungspneumothorax gegenüber der Perikardtamponade. In beiden Fällen handelt es sich um akut auftretende und sich verschlimmernde Verletzungen.

Beim Spannungspneumothorax zeigt der Patient als Hypoxiefolge Erstik-

kungsangst, entsprechend einem Blutdruckabfall ist ein Frequenzanstieg nachweisbar. Meist besteht eine Tachypnoe und eine einseitig schleppende Atmung. Auf der betroffenen Seite ist das Atemgeräusch aufgehoben; es besteht ein hypersonorer Klopfeschall. Die Diagnose ist röntgenologisch zu bestätigen. Differentialdiagnostisch kommt bei dem akuten Atemnotzustand ferner der Hämatothorax und eine Zwerchfellruptur in Frage.

Nach der Notfalldiagnostik hat eine Notfalltherapie zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen einzusetzen: Die Atemwege sind frei zu machen; bei bewußtseinsklaren Patienten genügt eine stabile Seitenlagerung, bei Bewußtseinsstörungen und eingeschränkter Spontanatmung ist eine Intubation notwendig. Der Spannungspneumothorax erfordert die akuteste Notfallbehandlung. Unter Umständen muß vor der röntgenologischen Diagnosebestätigung nach Monaldi eine Notfallpunktion im zweiten ICR in der Medioklavikularlinie durchgeführt werden. Ferner ist jeder größere Blutverlust zur Kreislaufstabilisierung durch Plasmaexpanderinfusionen auszugleichen. Befindet sich der Patient bereits im Schock und sind peripher keine Venen mehr auffindbar, so sind die Subklavia oder Vena jugularis zu punktieren. Bei akutem Herzstillstand haben entsprechende

Cholezystitis • Hepatopathien • Gastritis

Galloselect

- entzündungshemmend
- spasmolytisch
- sedativ
- mild-abführend

Indikationen: Entzündliche Erkrankungen der Gallenblase, der Leber (Hepatitis aller Art) und deren degenerative Zustände, Steingallen, Dyskinesen, Störungen in der Gallen- und im Pfortadergebiet mit Folgeerscheinungen, Koliksyndromen. Bei Gravidität ist Vorsicht geboten! **Zusammensetzung:** 1 Dragée enthält: Extr. Chemonitiae 5 mg, Extr. Cardui marianae 5 mg, Extr. Chelidonii 5 mg, Extr. Taraxaci 25 mg, Extr. Cymense 30 mg, Extr. Rhei 50 mg, Fel Tauri 50 mg, Öl Menthae pipperitis 0,5 mg, Öl Carvi 0,5 mg, Vitamin-B-Komplex 1 mg. **Dosierung:** 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. **Kombinationsanaloge:** Schwere Leberfunktionsstörungen, Gallenweg-Verschluß, Gallenblasenempyem, Cirrose hepatica. **Zusammensetzung:** in 100 ml sind enthalten: Lysopectinum D: 20 ml, Chelidonium D: 20 ml, Carduus marianus 9 20 ml, Colocynthis D: 20 ml, Taraxacum D: 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 6,50; Tropfflasche mit 100 ml DM 17,30.

Gastriselect®

- reizhemmend
- krampflösend
- beruhigend
- antigastrisch

Indikationen: Reizzustände der Magenschleimhaut, Gastritis, Duodenitis, Ulcera ventriculi und duodeni, Krampfzustände im Bauchraum, Tenesmen, veretztes Blättern, spezielle Obstipation, Koordinationstörungen. Nicht bekannt. **Zusammensetzung:** in 100 ml sind enthalten: Nux vomica D: 4 mg, Aconitum D: 20 mg, Plumbum aced. D: 20 mg, Colocynthis D: 20 mg. **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 6,50; Tropfflasche mit 100 ml DM 17,30.

ORELUSO-PHARMAZEUTIKA • 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Depot für Österreich: Magister DOBIAK Ges. m. b. H. Weidnerstr. 99 A-1190 WIEN

weitere Reanimationsmaßnahmen einzusetzen. Kommt es schon im Unfallort zu dem akuten pulmonalen bzw. kardialen Notfall, so sollte an einen Weitertransport des Patienten in das Krankenhaus erst gedacht werden, wenn die vorgeschriebenen Vitalfunktionen gesichert sind.

Während die Lungenkontusion eine Folge des direkten Traumas darstellt, kommt es zur Schocklunge durch die Kreislaufalteration. Beide führen zu dem gleichen pathophysiologischen Zustand des Interstitiellen Lungenödems, das dem klinischen Bild der respiratorischen Insuffizienz entspricht. Wird der Weg in die respiratorisch-metabolische Azidose nicht rechtzeitig unterbrochen, ist der Exitus letalis zwangsläufig. Die primäre Behandlung besteht einmal in einer künstlichen Beatmung mit positiv endexpiratorischem Druck (volumengesteuerte Überdruckbeatmung). Bei Langzeitbeatmungen wird eine Tracheotomie oft unumgänglich, welche wiederum eine ganze Folge von Komplikationen fördert. Da die konservative

Therapie mit derartigen Nachteilen belastet ist, wurde ein Indikationschema für die operativen Behandlungsmöglichkeiten herausgearbeitet. Eine Thorakotomie ist hiernach erforderlich bei Thoraxwandinstabilität nach Rippenfrakturen, Hämatothorax, starken Parenchymverletzungen sowie Tracheal- und Bronchialrupturen.

Professor Dr. H. Herzog, Basel:

Neue Akzente bei respiratorischer Insuffizienz und Cor pulmonale

Am Gasstoffwechsel des menschlichen Körpers sind chemische und physikalische Vorgänge beteiligt, welche wohl zu den schnellsten metabolischen Umsetzungen des Organismus gehören. Akute schwere Störungen des Gasaustausches mit Sauerstoffmangel und Kohlendioxidanreicherung sowie Azidose führen ohne intensive Gegenmaßnahmen rasch zum Tode. Bei der respiratorischen Insuffizienz spricht man von einer Partialinsuffizienz, wenn lediglich die Sauerstoffspannung herabgesetzt ist, und von einer Global-

insuffizienz, wenn die arterielle Hypoxämie mit Hyperkapnie einhergeht, d. h. mit erhöhter CO_2 Spannung. Man unterscheidet von der akuten respiratorischen Azidose die chronischen Formen der kompensierten und dekompenzierten respiratorischen Insuffizienz. Bei der kompensierten Form wird dank der Nierentätigkeit der pH-Wert und damit auch das Standardbikarbonat noch im Normbereich gehalten. Erst bei Überspielen sämtlicher Regulationsfunktionen dekompenziert die Azidose, der pH-Wert wird sauer und das Bikarbonat fällt ab.

Krankheiten, die zur respiratorischen Insuffizienz führen, sind:

1. Atmungsantriebsstörungen bei Läsionen der Nervenleitungen bzw. der Atemmuskulatur, selbst durch traumatische, infektiöse oder medikamentöse Beeinflussungen, wie Narkosezwischenfälle oder Schlafmittelintoxikationen
2. Metabolische (stoffwechselbedingte) oder renale Störungen
3. Pulmonale Ursachen, wie zentrale oder periphere Obstruktion der

Wenn Frauen in die

Jahre kommen...



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Bronchien, Parenchymschäden in Form von Emphysemen oder Fibrosen, und schließlich interalveoläre Prozesse, wie Pneumonien und Alveolitiden sowie Tumoren

4. Beeinflussung des Lungenparenchyms durch Kreislaufstörungen, z. B. in Form des Lungenödems bei der Linksherzinsuffizienz, durch rezidivierende Lungenembolien und schließlich durch seltene entzündliche Gefäßaffektionen

5. Pleurale Affektionen, wie Pleurergüsse, welche die Lunge komprimieren, Pleuraschwarten und durch den von Dr. Labitzke (s. S. 549f.) zuvor besprochenen Pneumothorax

Einer respiratorischen Insuffizienz kann man in der Regel nur dadurch Herr werden, daß man das kranke Substrat wieder in Ordnung bringt; nicht allein durch Aufrechterhaltung der Funktion, z. B. durch künstliche Beatmung. Die Lungenfunktion setzt sich zusammen aus der Ventilation (der Einsaugung eines Lungenvolumens), der Verteilung dieses Luftvolumens, der Diffusion der Atemgase durch die alveolokapilläre

Membran und schließlich aus der Zirkulation, welche das mit Sauerstoff angereicherte, von Kohlensäure befreite Blut in die Peripherie führt. Alle vorgenannten Erkrankungen, die zu einer respiratorischen Insuffizienz führen, beeinträchtigen auch die *Vitalkapazität*. Diesem Meßwert kommt deswegen in der Lungenfunktion eine zentrale Stellung zu. Die Bestimmung ist mit einem einfachen Spirometer auch in der Praxis jederzeit möglich. So lange die Vital- und Sekundenkapazität im Normbereich liegen, ist auch von dem ganzen Arsenal komplizierterer Lungenfunktionsprüfungen kein pathologischer Ausfall zu erwarten (selten Ausnahme: primäre Gefäßkrankungen).

Sowohl bei der restriktiven als auch bei der obstruktiven Ventilationsstörung ist die Vitalkapazität verkleinert. Bei der Lungenschrumpfung, der Restriktion, ist die Totalkapazität zu klein, der Atemzug wird zu kurz, es kann nicht mehr tief genug eingeatmet werden; das Residualvolumen bleibt meist normal (ist in seltenen Fällen auch vergrößert).

Bei der obstruktiven Ventilationsstörung ist die Totalkapazität oft vergrößert; das Hauptcharakteristikum ist ein stark vermehrtes Residualvolumen. Dieses kann auch bei einer restriktiven Ventilationsstörung einmal vermehrt sein, nämlich dann, wenn die Fesselung der Lunge durch eine Pleuraschwarte entsteht. Das übliche ist eine Retraktion der Lunge durch schrumpfendes Bindegewebe oder durch doppelseitige lungenverkleinernde Eingriffe. Zur Obstruktion führen Bronchospasmus, Schleimhautödem, Hyperkrinie, Dyskrinie und Mukostase. Sowohl durch restriktive als durch obstruktive Vorgänge kommt es zu einer ungleichmäßigen Distribution der Luft und zu einer Störung des Belüftungs-Durchblutungsverhältnisses. Normalerweise sollten in der Gesamtlunge vier Liter Alveolarluft mit fünf Litern Blut in Kontakt kommen. Dieses Verhältnis von $4:5 = 0,8$ wird einmal dadurch gestört, daß eine Alveole überlüftet wird. Dies ist energetischer Luxus und wird als Tottraumeeffekt charakterisiert. Andererseits kann auch eine zu kleine

... der andere Weg zur Therapie klimakterischer Beschwerden

Remifemin[®]

behebt die funktionellen Folgen der zunehmenden Ovarialinsuffizienz

- In 89,4% der Fälle wurden z.B. **Hitzewallungen** gebessert oder völlig aufgehoben ($p < 0,001$)*
- In 81,8% der Fälle wurden z.B. **depressive Verstimmungen** gebessert oder völlig aufgehoben ($p < 0,001$)*

Remifemin[®] wird ausgezeichnet vertragen; in 7,4% der Fälle traten lediglich unspezifische Nebenwirkungen auf.

*) Die Ergebnisse basieren auf einer Multicenterstudie an 516 Patientinnen (Publikation in Vorbereitung)

Zusammensetzung: 50 ml enthalten: Percolat 1 = 5 Rhiz. Cimicifugae 5,0 ml (Trockenextraktgehalt: 4% Gew./Vol.), Corrig. ad 50,0 ml. 1 Tablette enthält: Extr. Rhiz. Cimicifugae sicc. 2 mg. **Indikationen:** Dysmenorrhöische Beschwerden, im Klimakterium, psychische Verstimmungen, Störungen in der Pubertät. **Dosierung:** Längere Zeit 3 mal täglich 10 - 30 Tropfen unverdünnt, möglichst auf Zucker, oder 3 mal täglich ½ bis 1½ Tabletten langsam im Munde zergehen lassen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** 50 ml Liquidum DM 12,63, AP 500 ml; 50 Tabletten DM 6,11, AP 1000 St. (Stand: Mai 1981)

Belüftung bei normaler Durchblutung eine mangelhafte Oxygenation des Blutes zur Folge haben, was als Shunt- oder Kurzschlußeffekt bezeichnet wird. Bei den Totraumsituationen bleibt die Oxygenation des Blutes erhalten, bei den Shunteffekten ist die Sauerstoffspannung des arteriellen Blutes aufs schwerste geschädigt. Eine weitere Komponente des Oxygenationsmangels ist die Diffusionsstörung, entweder durch Membranverdickungen oder durch flächenmäßige Einengungen an und für sich normaler Membranen, z. B. nach Pneumektomien. Schließlich kann auch eine Hypoventilation der Alveolen, d. h. ein zu kleines Atemminutenvolumen, zu einer Hypoxie führen. Eine Differenzierung der arteriellen Hypoxämie ist möglich durch die arterielle Blutgasanalyse in Ruhe, unter den Bedingungen der Sauerstoffbeatmung und unter Belastung.

Wird die Ventilation zu einer Alveole oder einem Lungenlappen (oder einer Lunge) eingeschränkt, verengt sich reflektorisch der jeweils zuführende Arteriolenast, um dadurch das Durchblutungs-Ventilationsverhältnis wieder zu normalisieren. Da die Lunge sich aber im Hauptschluß des Kreislaufes befindet, geht dies nicht ohne Druckerhöhung vor sich. Bei diffusen derartigen Prozessen resultiert daraus eine pulmonale Hypertension. Je geringer die Sauerstoffspannung ist, um so höher wird der Druck in der Arteria pulmonalis, um so stärker die Rechtsherzbelastung und um so schneller entwickelt der Patient ein Cor pulmonale. Dieses kann eingeteilt werden nach funktionellen Ursachen, parenchymatösen Störungen bei Lungenfibrosen und vaskulären Formen (Hauptursache Lungenembolie). Neben diesen aktiven Ursachen der pulmonalen Hypertonie gibt es auch noch eine passive Form, bei der sich nach Linksherzinsuffizienz über dem linken Vorhof das Blut in der Lunge aufstaut. Ferner wird von einer hyperdynamen Form bei Septumdefekten gesprochen, bei denen es infolge eines Links-Rechtsshuntes zu einer Blutvermehrung im kleinen Kreislauf kommt.

Bei der Behandlung des akuten Cor pulmonale steht eine rasche Normalisierung der Sauerstoffkonzentration an erster Stelle, dann eine assistierende Beatmung mit Aero-

soltherapie, die sich nach der Grundkrankheit richtet, und schließlich eine Bekämpfung der auslösenden pulmonalen Ursachen durch Bronchialerweiterer, Sekretolytika, Antibiotika, physikalische Maßnahmen und notfalls auch Steroide. Eine Digitalisierung ist nur bei tatsächlich bestehender Rechtsherzinsuffizienz angezeigt, da durch Verbesserung der Grundkrankheit ein wesentlich sinnvollerer Kompensationsmechanismus erreicht wird, als würde man nur das Herz stärken, am vorgelagerten Widerstand jedoch nichts ändern.

Privatdozent Dr. O. Elert, Frankfurt:

Diagnose der Lungenarterienembolie und ihre chirurgische Behandlung

Die Gesamtzahl der Todesfälle infolge Lungenarterienembolie wird in der Bundesrepublik auf jährlich 10 000 bis 20 000 geschätzt. 20 bis 25 Prozent der Patienten, die eine massive Lungenembolie erleiden, überleben nicht länger als 30 Minuten. Die höchste Embolierate findet sich bei traumatisierten Patienten. Die Häufigkeit der nicht-massiven peripheren pulmonalen Thrombembolie nimmt im Laufe der letzten Jahre stetig zu, während die Zahl der massiven Lungenembolie konstant zu bleiben scheint.

Ausgelöst wird die Emboliehäufigkeit durch einen Anstieg des venösen Druckes im unteren Kavagebiet beim Aufstehen aus dem Bett nach längerer Bettruhe, beim Pressen während des Stuhlganges, aber auch nach längerem Sitzen im Flugzeug oder Auto. Die Herkunft der Thrombembolien ist in 90 Prozent die tiefe Oberschenkel- oder Beckenvene.

Aus anatomischer und klinischer Sicht wird folgende Unterscheidung vorgenommen:

Gruppe I:

Die fulminante Lungenarterienembolie mit Verlegung des Hauptstammes oder beider Hauptäste. Die Patienten überleben dieses Ereignis nur wenige Minuten. Bei Verlegung von zwei Drittel der Lungenarterienstrombahn überleben 70 bis 85 Prozent der Patienten keine 30 Minuten. Die einzige Therapiechance besteht in der klassischen Trendelenburgschen Operation im Bett mit

einer Mortalität von über 95 Prozent!

Gruppe II:

Die massive Lungenembolie mit Verlegung eines Hauptastes oder mehrerer Lappenäste. In dieser Gruppe überleben 40 bis 50 Prozent der Patienten die ersten zwei Stunden und in den nächsten zwölf Stunden sterben weitere 50 bis 70 Prozent der Patienten.

Gruppe III:

Der Verschuß einzelner Lappenarterien oder die Verlegung mehrerer Segmentarterien wird im allgemeinen überlebt, wobei trotz Weiterbestehenbleiben des Hindernisses in der Lungenstrombahn eine weitgehende klinische Genesung erfolgt. In 15 Prozent kommt es nach ein bis zwei Tagen zur Infarzierung und durch bakterielle Absiedlung zur Infarkt-pneumonie.

Von chirurgischer Bedeutung ist ein kleiner Teil der Gruppe I, der nicht sofort stirbt und ein Großteil der Gruppe II mit einer Spontansterblichkeit von nahezu 80 Prozent in den ersten 24 Stunden. Zeitraubende diagnostische Maßnahmen, wie Perfusions- und/oder Ventilations-szintigraphie mit Radioisotopen, sichern zwar weitgehend die Diagnose und lassen das Ausmaß der Perfusionsdefekte genau erkennen, geben aber keine Aufschlüsse, ob es sich um eine zentrale Lungenarterienverlegung oder um mehrere periphere Verschlüsse von Segment- oder Lappenarterien handelt. Dies ist jedoch für die Operationsindikation entscheidend. Nur die Pulmonalisangiographie kann diese beiden Möglichkeiten in kurzer Zeit trennen.

Bei Symptomen wie Dyspnoe, Tachykardie, Brustschmerz, Hämoptyse ohne kardiogenen Schock, die ebenfalls auf eine Lungenembolie hinweisen, sind folgende diagnostische Maßnahmen durchzuführen:

— Thoraxröntgenaufnahme mit nur geringer diagnostischer Relevanz in der akuten Phase,

— Blutuntersuchungen mit Erhöhung der LDH und des Serumbilirubins bei normaler SGOT,

— EKG mit akutem p-pulmonale, einem tiefen und weiten SI-QIII-Komplex,

– Lungenfunktion und arterielle Blutgase, wobei 90 Prozent der Patienten mit Pulmonalarterienembolie einen pO_2 arteriell von weniger als 80 mm Hg aufweisen. Bei normalen arteriellen pO_2 -Werten sind relevante Lungenarterienembolien unwahrscheinlich.

Ist eine periphere Lungenembolie nachgewiesen, so kommt im wesentlichen neben einer symptomatischen Therapie eine Heparinisierung oder Fibrinolyse in Betracht (Streptokinasebehandlung oder Urokinasebehandlung). Handelt es sich um eine fulminante Lungenarterienembolie mit refraktärem kardiogenen Schock, die der Patient in den ersten zwei bis vier Stunden überlebt, so ist es die Aufgabe des Chirurgen, Spättodesfälle zu vermeiden, einem chronischen Cor pulmonale vorzubeugen und einen zweiten Schub zu verhindern. Ist eine Verlegung der zentralen Lungenarterienabschnitte durch Pulmonalisangiographie gesichert und sind rezidivierende periphere Lungenembolien durch Anamnese und durch die Messung des Pulmonalarteriendruckes weitgehend ausgeschlossen, ist die Indikation zur Embolektomie gegeben.

Handelt es sich um rezidivierende Lungenembolien mit Verschlüssen peripherer Lungengefäßabschnitte, so kann die Embolektomie keine Besserung bringen; die Patienten sterben unmittelbar nach der Operation bei weiter bestehendem kardiogenen Schock und allen seinen Folgen.

Professor Dr. E. Fuchs, Wiesbaden:

Asthma bronchiale

Das einzige und obligate Symptom des klinischen Krankheitsbegriffes „Asthma bronchiale“ stellt die reversible obstruktive asthmatische Dyspnoe dar. Alle anderen Symptome sind fakultativ und betreffen Ver-

laufsart oder -dauer, Ausprägungsstärke und Neigung des anfallartigen Geschehens. Die Pathogenese ist keineswegs auf die allergische Entstehungsweise beschränkt, auch wenn diese, besonders im jüngeren Lebensalter, sehr häufig vorkommt. Wegen der Unterschiedlichkeit und Deutung der „asthmogenen Reize“ unterscheidet man zweckmäßigerweise folgende Hauptgruppen:

– Asthma durch exogen-allergische Ursachen

– Asthma durch (post-)infektbedingte bzw. infektallergische (?) Ursachen

– Asthma durch nicht-allergische Ursachen

– Asthma durch psychogene Auslösung

– Asthma durch nicht-steroidale „Antiphlogistika“

– Asthma durch Anstrengung

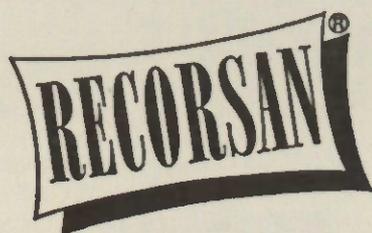
– Berufsbedingtes Asthma bronchiale: primär exogen-allergisch bzw. chemisch (toxisch)

Den inhalativen Allergenen kommt für die Entstehung und Auslösung eines Bronchialasthmas eine vorrangige Bedeutung zu. Ihre Anzahl ist unermeßlich. Die wichtigsten sind: Hausstaub einschließlich Milbenstaub, Pilzsporen und Pollen, Hautallergene im weitesten Sinne, wie Bettinhaltsstoffe, Tierhaare, Hautschuppen und Insektenstäube. Auch Nahrungsmittel- und Arzneimittelallergene, Parasitenbefall sowie Perkutanallergene, die über die Haut resorbiert werden, können ein allergisches Bronchialasthma hämatogen auslösen.

Wenn potente Allergene längere Zeit hindurch einwirken, bleibt schließlich die asthmatische Bereitschaft auch dann bestehen, wenn das primäre Allergen eliminiert ist, so daß nunmehr auch andere Reize (chemische, physikalische, psychi-

sche Faktoren usw.) asthmatische Anfälle auslösen können. Durch reflektorische Bahnung, vorwiegend über den Nervus vagus, kommt es zu einer zunehmenden Verselbständigung, wobei aufgrund unserer jetzigen Vorstellungen über die unterschiedliche Empfindlichkeit den sensorischen Rezeptoren in der Bronchialwand eine maßgebliche Rolle zukommt. Die mit diesem Prozeß notwendigerweise gekoppelten Erlebnisreaktionen bilden zwanglos eine Brücke zum Verständnis der gerade beim Asthma bronchiale so häufig anzutreffenden psychischen Gestaltungsfaktoren. Ferner wird mit gesteigerter Anfallsfrequenz die Toleranzschwelle der bronchomotorischen Erregbarkeit so herabgesetzt, daß es zur Entwicklung eines hyperreagiblen Bronchialsystems kommt. Unspezifische Reize, wie atmosphärische Einflüsse, Temperaturschwankungen, Kaltluft, Reizgase, Küchendünste, Auspuffgase, Tabakrauch usw., lösen nunmehr in Dosen, die der Normale toleriert, die asthmatische Dyspnoe aus. Es ist noch offen, ob diese Hyperreagibilität den Anfang der asthmatischen Krankheit bedeutet; aus klinischer Sicht besteht zumeist die Tendenz, sie als Sekundärphänomen anzusehen.

Nicht zu den Inhalationsallergenen im engeren Sinne gehören die Bakterien. Wenn auch heute experimentell als erwiesen gelten darf, daß ihre allergischen Inhaltsstoffe ebenfalls zu Reaktionen vom anaphylaktischen Typ führen können, so beruht ihr wesentlicher Unterschied gegenüber den exogenen Inhalationsallergenen auf ihrer primären Pathogenität und ihrer spontanen Vermehrungsfähigkeit im Gewebe. Möglicherweise sind die in Leukozyten und Bakterien enthaltenen proteolytischen Enzyme, wie die Mediatoren Histamin, Prostaglandin u. a., in der Lage, die Ansprechbarkeit von sensorischen Rezeptoren in der Bronchialschleimhaut bedeu-



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. ää 8,7 g. Aplum grav. Auricul. ää 7,3 g. Val. 13 g. Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,14
Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

tend zu erhöhen und damit (vermutlich ohne Immunvorgänge) direkt zur Auslösung der Atemwegsobstruktion beizutragen.

Chemische Reizstoffe können, je nach Dosis und Toxizität, funktionell-reversible bis morphologisch-destruktive Veränderungen an der Bronchialschleimhaut hervorrufen, die bis zum definitiven Verlust des Flimmerepithels mit akuter und chronisch entzündlicher Reaktion und bis hin zu einer Metaplasie des Epithels reichen können. Die hierdurch gestörte Selbstreinigung des Bronchialsystems führt über eine Sekretstauung zu mannigfachen klinischen Folgeerscheinungen und unter Umständen auch zum Asthma bronchiale.

Daß die Ausbildungsstärke der Symptome beim Bronchialasthma der psychischen Beeinflussung unterliegen, ist eine unbestreitbare Tatsache. Der Anfall selbst kann durch psychische Alterationen ausgelöst, aber auch wieder unterbrochen werden.

Die *Diagnose* des Asthma bronchiale beruht auf den charakteristischen klinischen Befunden und Kriterien allergischer Reaktionsweise, wie Anamnese, Nachweis des Allergens sowie der unterschiedlichen intervenierenden Antikörper.

Die „asthmatische Dyspnoe“ ist charakterisiert durch die muköse Dyskrinie, das Schleimhautödem und den Bronchospasmus. Daraus resultiert eine funktionell reversible obstruktive Ventilationsstörung.

Für die *Behandlung* des Asthma bronchiale gibt es verschiedene Ansatzpunkte. Die *kausale* oder *ätiologisch allergenbezogene* Therapie richtet sich auf die Ausschaltung des auslösenden Allergens und damit auf die Verhinderung der stets sich wiederholenden Immunkomplexbildung. Die Einleitung einer Hyposensibilisierung kommt prinzipiell nur bei den durch Immunglobulin E-vermittelten, allergischen Krankheiten des Respirationstraktes in Frage, wenn Allergenkarrenz nicht möglich ist. Sie betrifft Patienten mit Sensibilisierung gegen verschiedene Blütenstäube, Hausstaub und Hausstaubmilben, ferner (mit Einschränkung) gegen Pilzsporen, Tierhaare und Mehle. Nur etwa 25

Prozent der Patienten mit Asthma bronchiale kommen für die Durchführung einer spezifischen Hyposensibilisierungsbehandlung in Frage.

Die *symptomatische* medikamentöse Therapie sucht die Auswirkungen der allergie-(Immunologisch) unspezifischen Phase der allergischen Reaktion und ihrer verschiedenen geweblichen Teilkomponenten zu beeinflussen. Hierfür kommen folgende Substanzen in Frage:

Sympathikomimetika, Anticholinergika, Glukokortikoide, Dinatrium cromoglicium sowie Ketotifen. Diese Pharmaka beeinflussen in keiner Weise die spezifische Hyposensibilisierungsbehandlung. Allerdings kann die Ermittlung der jeweils zu gebenden Allergendosis bei der Hyposensibilisierungsbehandlung unter einer zusätzlichen Antihistaminika- oder Glukokortikoidtherapie erschwert, wenn nicht gar unmöglich sein.

Die *symptomatische* Therapie des Asthma bronchiale dient der Beherrschung der akuten respiratorischen Insuffizienz, der Beschwerdelinderung bei chronischen Verlaufsformen mit Sekundärschäden, der Behandlung intermittierender, zu meist infektbedingter Komplikationen und der Anfallsprophylaxe.

Die *Anfallsprophylaxe* ist möglich mit Methylxantinderivaten (Euphyllin®), Sympathikomimetika (Berotec® u. a.), Anticholinergika (Atrovent®) und durch das Kombinationspräparat Berodual®. Eine vorwiegend protektive Wirkung kommt dem Dinatrium cromoglycat (Intal®) zu. Dieses verhindert die Freisetzung von Mediatoren aus den Granula der Mastzellen, was zur Folge hat, daß das klinische Symptom ausbleibt. Wichtig ist zunächst eine regelmäßige Anwendung des Präparates durch Inhalation alle sechs Stunden; später genügt eine geringere Dosis in Anpassung an die zu erwartende Allergenexposition. Zwischen den Antihistaminika und dem Dinatrium cromoglycat steht das zur oralen Therapie geeignete Ketotifen (Zaditen®). Von Fall zu Fall wird man entscheiden müssen, ob man sich zu einer alleinigen protektiven Behandlung mit den letztgenannten Pharmaka, oder aber zu einer kurativen Behandlung mit Broncholytika und/oder Glukokortikoiden entschließt.

Privatdozent Dr. G. Siemon, Donau-stauf:

Fortschritte der pneumologischen Diagnostik in Klinik und Praxis

unter Berücksichtigung von serologischen, immunologischen, laborchemischen und endoskopischen Methoden

Die moderne Elektronik hat zur Weiterentwicklung der pneumologischen Funktionsdiagnostik wie auch der Radiologie geführt. Neue Erkenntnisse der Immunologie haben das diagnostische und therapeutische Spektrum bei Lungenkrankheiten erweitert. Die Fortschritte in der Diagnostik lassen sich zweckmäßigerweise getrennt nach den in vitro- und in vivo-Methoden betrachten.

Zu den in vitro-Untersuchungen gehören:

- a) Diagnostische Methoden bei allergischen Atemwegs- und Lungenkrankheiten,
- b) immunologische Befunde bei diffusen interstitiellen wie alveolären Lungenerkrankungen,
- c) Tumormarkersubstanzen, soweit sie Lungentumoren betreffen.

Bei den in vivo-Methoden handelt es sich in erster Linie um

- d) endoskopische Methoden (Bronchoskopie) und
- e) die Computertomographie.

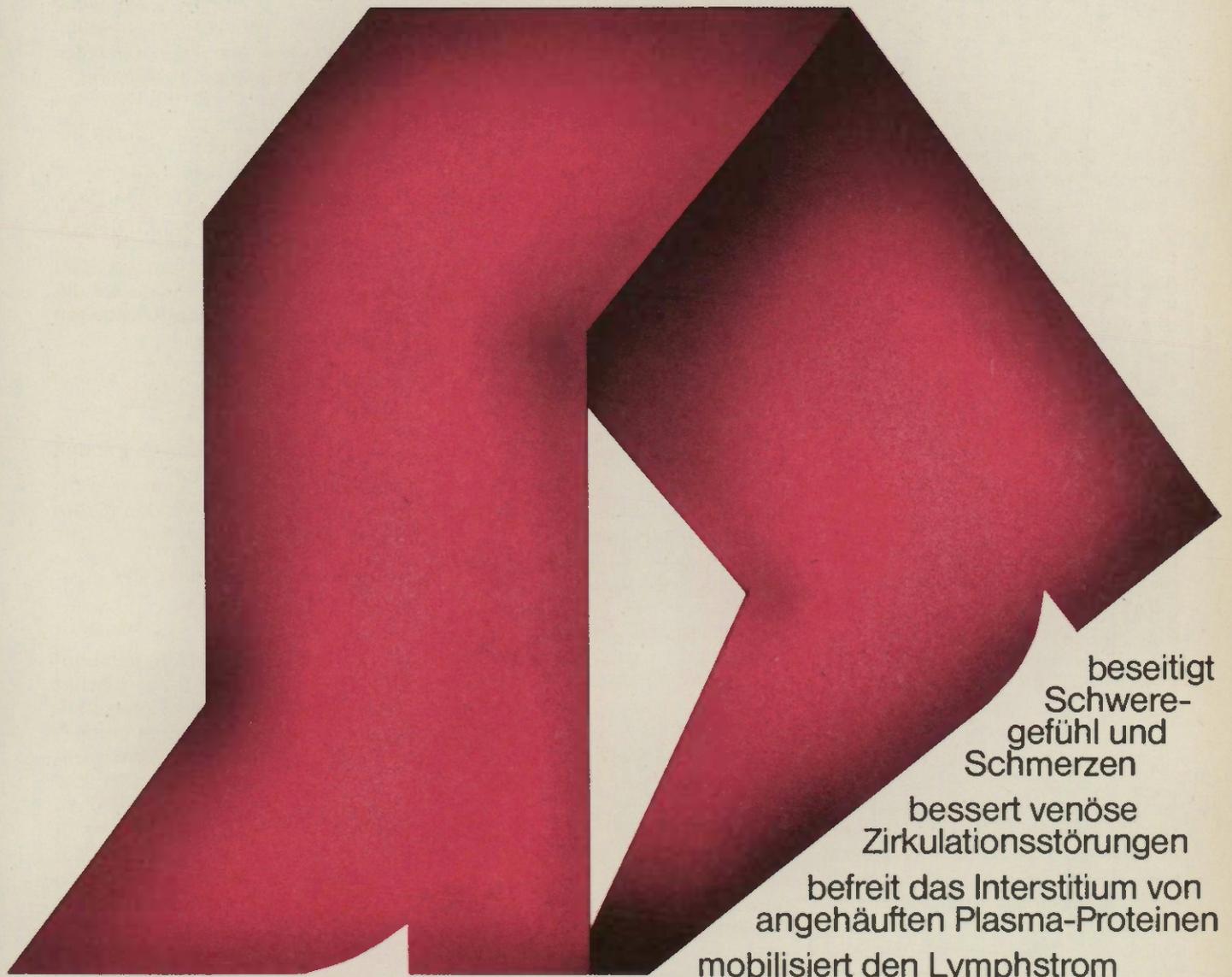
ad a):

Die Forschungen über die immunologischen Grundlagen allergischer Reaktionen haben zur Unterscheidung von vier Allergietypen geführt, von denen im pneumologischen Bereich die Typ I-Allergie, d. h. die Allergie vom Soforttyp, (IgE-Typ) und die Typ III-Allergie vom verzögerten Typ von Bedeutung sind. Charakteristisch ist bei der Allergie vom Soforttyp eine Anreicherung von Immunglobulinen der Klasse E, die bei Allergenkontakt zu Antigen-Antikörperreaktionen führen mit der klinischen Antwort eines allergischen Asthma bronchiale, einer allergischen Rhinitis, einer Urtikaria oder Magen-Darmallergie. Bei der Typ III-Allergie finden sich zirkulierende Antikörper oder Antigen-Antikörperkomplexe mit toxischer Gefäß- oder Gewebsschädigung. Typische Krankheiten sind exogen-allergi-

„Dickes Bein“ • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

Venalot®

trifft Stauung • Entzündung • Ödem • Schmerz



beseitigt
Schwere-
gefühl und
Schmerzen

bessert venöse
Zirkulationsstörungen

befreit das Interstitium von
angehäuftem Plasma-Proteinen

mobilisiert den Lymphstrom

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

Dosierung: **Oral:** Venalot®-Depot: morgens und/oder abends 1 Dragée. Venalot®-Kapseln: 3 × täglich 1–2 Kapseln. **Parenteral:** 2–5 ml i.v. oder i.m. Venalot®-Liniment: mehrmals täglich über den erkrankten Stellen einreiben. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Kapseln 30 St. DM 11,28, 75 St. DM 24,40, AP 500 St.; Ampullen 5 × 2 ml DM 9,36, AP 100 × 2 ml; 5 × 5 ml DM 18,84, 10 × 5 ml DM 29,45, AP 100 × 5 ml; Liniment 40 ml DM 8,15, 70 ml DM 12,63, AP 400 ml; Depot-
Dragées 20 St. DM 15,12, 50 St. DM 32,43. (Stand: Mai 1981)



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

sche Alveolitäten, wie Farmerlunge, Vogelzüchterlunge, und manche Formen von Arzneimittelallergien. Mittels des Radio-Immuno-Sorbent-Tests (= RIST) oder des Radio-Allergo-Sorben-Tests (RAST) lassen sich das gesamte IgE und spezifische IgE nachweisen.

ed b):

Eine wichtige neue Untersuchungsmethode stellt die Bestimmung des Angiotensin-converting-Enzym (= ACE) bei Sarkoidosen dar. Dieses Enzym bewirkt eine Umwandlung von Angiotensin I in II. Warum es bei aktiven Sarkoidosen erhöht ist, bleibt vorerst unbekannt. Die Trefferquote liegt zwischen 80 und 90 Prozent.

ad c):

Von großem Interesse ist heute der Komplex der sogenannten Tumormarker. Man hofft, durch geeignete Tumormarkersubstanzen maligne Erkrankungen im Frühstadium in vitro diagnostizieren zu können. Heute gebräuchliche Tumormarker sind das Carcino embryonale Antigen (CEA), Alpha-Fetoprotein (AFP), schwangerschaftsspezifische Proteine (SP, PP), Tissue polypeptide Antigen (TPA) u. a. Beim Bronchialkarzinom vom Typ des Adeno-Ca. ist, wie bei den Kolontumoren, manchmal das CEA erhöht. Das kleinzellige Bronchial-Ca. ist in der Lage, eine Vielfalt von Hormonen und hormonähnlichen Substanzen zu bilden, die zu sogenannten paraneoplastischen Syndromen führen können. Eine in vitro-Untersuchung, die schnell zur Aufdeckung eines Malignoms führen könnte, gibt es im Bereich thorakaler Erkrankungen zur Zeit noch nicht.

ad d) und e):

Die in vivo-Methoden sind zu unterteilen in nicht-invasive und invasive Untersuchungen. Die endoskopischen Invasiven Untersuchungen im Bereich des Thorax, wie Bronchoskopie, Thorakoskopie, Mediastinoskopie und perkutane Lungenbiopsie, haben besonders auf dem Gebiet der Bronchoskopie – durch Einführung der Fiberbronchoskope einen großen Fortschritt erfahren. Eine zunehmende Bedeutung kommt ferner der Computertomographie zu, die intrapulmonale und peripulmonale Veränderungen mit ausreichendem Kontrast zur Darstellung

bringen kann und durch genaue Dichtemessungen Unterscheidungen von Wasser, Fett und solidem Gewebe erlaubt. Die Methode hat jedoch ihre Grenzen durch das zu geringe Auflösungsvermögen wie auch durch die erheblichen Untersuchungskosten. Die Strahlenbelastung eines Computertomogrammes des Thorax entspricht etwa zwei Thoraxübersichtsaufnahmen. Eine besondere Bedeutung hat die Computertomographie für die Beurteilung des Mediastinums erlangt.

Professor Dr. V. Schulz, Mainz:

Blutgestrausportierende Blutersatzmittel und extrakorporele Membranoxygenation in der Behandlung der akuten respiratorischen Insuffizienz

Trotz der in den letzten Jahren erreichten Fortschritte in Prophylaxe und konservativ-medikamentöser Behandlung der akuten respiratorischen Insuffizienz ist die Prognose dieses Syndroms nach wie vor sehr schlecht. Ebenso kann die Krankheitsvoraussicht von Patienten nicht befriedigen, deren pulmonaler Gasaustausch sich im Verlauf einer chronischen respiratorischen Insuffizienz akut so verschlechtert, daß eine Beatmung notwendig wird. Allgemein kann daraus gefolgert werden, daß mit den heute üblicherweise angewandten Behandlungsmethoden, insbesondere mit den gängigen Beatmungstechniken, bei der überwiegenden Zahl der Patienten mit akutem Lungenversagen äußere und dann innere Atmung auf Zeit nicht sichergestellt werden können. Daraus ergibt sich das Bemühen, eine Beatmung gleichsam physiologischer zu gestalten, zum anderen aber zu prüfen, inwieweit durch bestimmte Techniken vereinfacht ein

Lungenersatz möglich ist. Die eine Entwicklung wird mit neu augurierten Beatmungstechniken umrissen. Als „Lungenersatz“ werden Therapiemaßnahmen bezeichnet, die blutgastransportierende Blutersatzmittel bei sogenannter Ganzkörperperfusion oder eine extrakorporale Membranoxygenation verwenden.

Als blutgastransportierende Blutersatzmittel im eigentlichen Sinne können die seit Jahren ausgedehnt erforschten Fluorocarbone gelten, da diese im Gegensatz zu den ebenfalls künstlich hergestellten sauerstofftransportierenden Systemen stromfreier Hämoglobininlösungen und Chelate neben dem Gastransport auch weitere wichtige Funktionen des Blutes erfüllen können. Fluorocarbone haben eine besonders hohe O₂-Transportkapazität aufgrund der besonderen sterischen Anordnung der Fluoratome im Kohlenwasserstoffmolekül. Allerdings kann der mitunter geäußerten Vorstellung, durch Perfusion des Körpers mit Fluorocarbonen im Rahmen einer extrakorporalen Oxygenation die Lunge als Arterialisierungsorgan bei akuter respiratorischer Insuffizienz vollständig zu ersetzen, nur bedingt gefolgt werden. Dies läßt sich aus dem Vergleich der Sauerstoffbindungskurven von Blut und Fluorocarbonen ableiten: Während aus sauerstoffbeladenem Blut mit einem Partialdruck von 150 Torr eine dem O₂-Bedarf entsprechende Extraktion von 5 Vol % möglich ist, beträgt diese bei Fluorocarbon nur 1,6 Vol %. Um den Sauerstoffbedarf eines Patienten zu sichern (also ein Angebot von über 5 Vol % O₂ zu gewährleisten), muß daher bei linearer Abhängigkeit zwischen Druck und Lösung von Sauerstoff in Flu-

Band 53 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

„Der Reaktorunfall“

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

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

orocarbonen der O₂-Partialdruck auf über 400 bis 500 Torr erhöht werden (normaler inspiratorischer Sauerstoffpartialdruck 150 Torr). Derartig überhöhte Sauerstoffpartialdrucke wirken auf Gehirn und Lunge toxisch, so daß Behandlungen über 48 Stunden vorerst nicht möglich erscheinen.

Bei der *extrakorporalen Membranoxygenation* (ECMO) handelt es sich um einen passageren Ersatz des pulmonalen Gaswechsels im Verlauf einer akuten respiratorischen Insuffizienz. Da hierdurch teilweise die an sich von der Lunge zu leistende Sauerstoffaufnahme übernommen werden kann, ist es möglich, die inspiratorische Sauerstoffkonzentration unter Beatmung zu senken, so daß Sauerstoffschäden der Lunge umgangen werden. Durch Elimination der Kohlendensäure über den Membranoxygenator können die vorher wegen der oft extrem angestiegenen Totraumventilation und der erniedrigten pulmonalen Compliance notwendig hohen Atemvolumina gesenkt werden. Mögliche Rückwirkungen hoher intrathorakaler Drucke auf die zentrale Hämodynamik werden dadurch vermieden. Um einen gezielten Einsatz dieser finanziell aufwendigen und nicht komplikationsarmen Methoden zu gewährleisten, wurde ein strenger Indikationskatalog erarbeitet. Hierzu gehört ein arterieller Sauerstoffpartialdruck von weniger als 50 Torr während einer über zweistündigen Sauerstoffbeatmung bei einer sich rasch verschlechternden respiratorischen Insuffizienz.

Mit Hilfe von ECMO kann der pulmonale Gaswechsel über Tage unterstützt werden. Die bisherigen Langzeitergebnisse sind jedoch noch unbefriedigend. Sowohl das blutgastransportierende Blutersatzmittel als auch die extrakorporale Membranoxygenation befinden sich zur Zeit noch im Stadium der sogenannten klinischen Erprobung und stellen noch keine etablierten Therapiemethoden dar. Nach Verbesserung schon angewandter Technologien und nach Erarbeitung eines die Methode nicht überfordernden Indikationskatalogs dürfte durch ECMO die Prognose des akuten Lungenversagens verbessert werden.

Referent:

Dr. med. A. Peetzke, Behringersdorfer Straße 5 A, 8501 Schweig bei Nürnberg

87. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Für seine Eröffnungsansprache bei dem von etwa 5000 Fachärzten besuchten deutschen Internistenkongreß 1981 in der Wiesbadener Rhein-Main-Halle hatte Professor H. Mehnert, München, als Tagungsvorsitzender das Thema „**Vom Leben und Leiden unserer Patienten**“ gewählt, wobei er sich u. a. kritisch mit dem Problem des Kostenanstieges und des Wunsches nach Humanisierung im Krankenhaus auseinandersetzte. Er gab zu bedenken, daß nicht etwa die Entwicklung auf dem viel beschworenen Pharmasektor, sondern vorwiegend die Personalleistungen zu einem überdies vorhersehbaren Kostenanstieg im Gesundheitswesen geführt haben. Hierfür wurde die – irreführende – Bezeichnung „Kostenexplosion“ in Umlauf gesetzt. Als Krankenhausarzt, so betonte Professor Mehnert, habe er stets für die Bestrebungen der Verbände und Gewerkschaften Verständnis gehabt, Arbeitsbedingungen und Entlohnung der im Krankenhaus tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vergleichbaren Berufen im öffentlichen Dienst anzupassen. Aber: Nonnen, die um Gotteslohn als Krankenschwester 16 Stunden täglich auf der Station tätig sind, gebe es kaum mehr, der unbezahlte Arzt gehöre der Vergangenheit an.

Wenn in den letzten Jahren in bestimmten Verwaltungsbereichen nicht nur mehr Personal eingestellt wurde, sondern diesem auch wesentlich höhere Positionen mit wiederum zusätzlich nachgeordneten Mitarbeitern eingeräumt wurden, so haben alle diese Maßnahmen auf dem Personalsektor viel Geld gekostet. Sie bildeten den entscheidenden Faktor für jene Kostensteigerung im Gesundheitswesen, deren Berechtigung man auch unter diesen Aspekten beurteilen sollte.

Professor Mehnert gab zu bedenken, daß vom Organisatorischen her die Einführung der 40-Stunden-Woche im Krankenhaus problematisch war, obwohl sie nach dem Gleichheitsgrundsatz sozial gerechtfertigt ist. Niemand könne jedoch ernsthaft bezweifeln, daß die Krankenhausversorgung u. a. durch den daraus resultierenden vermehrten Schichtdienst unpersönlicher und deshalb schlechter geworden ist.

Diejenigen, welche die Einführung einer 35-Stunden-Woche im Krankenhausbereich und damit die Ausweitung des Schichtdienstes anstreben, sollten bedenken, daß die Patienten unter solchen Bedingungen mit Sicherheit schlechter leben und mehr leiden werden.

Eines der Hauptthemen des Wiesbadener Internistenkongresses war der **Diabetofogle** gewidmet, die seit Jahrzehnten das besondere Arbeits- und Interessengebiet von Kongreßpräsident Professor Mehnert darstellt. Hierzu lieferte u. a. Privatdozent Dr. E. Standl, München, einen Beitrag über die **diabetische Mikroangiopathie**, wozu er einige erschreckende Zahlen vortrug: Nach einer an der Joslin-Klinik in den USA erhobenen Statistik führen renovaskuläre Erkrankungen, allen voran die diabetische Glomerulosklerose, bei knapp zehn Prozent aller Patienten zum Tod, bei Diabetesbeginn vor dem 20. Lebensjahr sind es sogar 40 Prozent. Nicht weniger alarmierend sind die Zahlen hinsichtlich der diabetischen Retinopathie. So besagt eine kürzlich in Dänemark veröffentlichte Studie, daß jugendliche Diabetiker (Typ I) im Verlauf von 40 Diabetesjahren zu etwa 30 Prozent erblinden oder schwer sehbehindert werden. Diese Zahlen machen deutlich, daß es in der ärztlichen Sprechstunde nicht genügt, die Blutglukose zu kontrollieren, sondern daß die diagnostische und therapeutische Strategie mehr umfassen muß, um dem mikrovaskulären Syndrom beim Diabetes wirksam zu begegnen.

Bei der Besprechung therapeutischer Möglichkeiten wies Dr. Standl darauf hin, daß bei der diabetischen Retinopathie medikamentöse Behandlungsversuche, die bisher keine überzeugenden Resultate gebracht haben, die rechtzeitige Durchführung einer Laser- und Lichtkoagulation nicht verzögern dürfen. Diese sind heute als die Therapie der Wahl anzusehen, auch wenn nicht in allen Fällen eine Erblindung verhindert werden kann. Die Behandlung wird in der Regel von den Patienten gut toleriert und kann meist ambulant durchgeführt werden. Die besten Resultate scheinen bei Patienten mit einer Retino-

pathie im Übergang vom Stadium II zum Stadium III erzielt zu werden. Bei erblindeten, vollgebluteten Augen kann neuerdings auch eine sogenannte Vitrektomie in Frage kommen, bei der über eine Kanüle der hämorrhagische Glaskörper mit dem proliferativen Gewebe abgesaugt und durch eine klare Flüssigkeit ersetzt wird. Mit diesem Verfahren kann bei etwa der Hälfte der Patienten der Visus beträchtlich verbessert werden.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über neue diagnostische und therapeutische Erkenntnisse bei Infektionskrankheiten kam Professor D. Höffler, Darmstadt, zu Wort, der zur **Therapie von Harnwegsinfektionen** Stellung nahm. Er erinnerte daran, daß die akute Harnwegsinfektion der geschlechtsreifen Frau (typischer Krankheitsfall des Schweregrades I) eine hohe Spontanheilungsquote von etwa 30 bis 40 Prozent aufweist. Bei den übrigen Patientinnen dürfte es — wenn auch nach längerer Zeit — ebenfalls spontan zu einem Verschwinden der Keime kommen. In solchen Fällen zielt also die Therapie im wesentlichen darauf ab, Schwere und Schmerzhaftigkeit einer solchen Attacke abzumildern.

Bei der Behandlungsdauer ist in den letzten Jahren ein deutlicher Trend zu kürzeren Therapieschemata zu erkennen. Professor Höffler erwähnte Untersuchungsergebnisse anderer Autoren und bezog sich dabei auch auf eine eigene Studie, aus denen hervorgeht, daß eine dreitägige Behandlung mit modernen Ampicillin-Antibiotika (z. B. Amoxyphen, Penglobe 800) bei einer Harnwegsinfektion des Schweregrades I ausreichend ist und eine über drei Tage hinausgehende Therapie offenbar keinen Vorteil bietet. Da alle Nebenwirkungen auch von der Behandlungsdauer abhängig sind, kann eine über drei Tage hinausgehende Therapie bei Harnwegsinfektionen dieses Schweregrades nicht mehr empfohlen werden. Wichtig sind jedoch kurzfristige Kontrollen, um festzustellen, ob die Behandlung wirklich zum Ziel führte. Wenn dies nicht der Fall ist, muß eine weiterführende Diagnostik einschließlich Urographie, Urodynamik, Refluxprüfung usw. erwogen werden.

Bislang ist die Frage nicht geklärt, wie lange beim Schweregrad II oder III behandelt werden muß. Randomisierte Studien zur Ermittlung

einer dosis curativa minima liegen nicht vor. Da man bei diesen Formen mit einem Befall des Nierenparenchyms rechnen muß, läßt sich die Empfehlung einer fünf- bis zehntägigen Behandlungsdauer durchaus begründen. Hierbei sollte jedoch bedacht werden, daß in Narbengeweeben ausreichende Antibiotikaspiegel nur schwer zu erreichen sind: Da die meisten Antibiotika renal ausgeschieden werden, führen sie zwar zu hohen Tubulus- und Harnkonzentrationen, doch an dem infiltrierten Gewebe gehen sie gewissermaßen in einem Bypass vorbei.

Als ein praktisch wichtiges Ergebnis der letzten Jahre bezeichnete es Professor Höffler, daß man den Wert einer Rezidivprophylaxe erkannt hat. Diese sollte zunächst in einer Aufklärung über geeignete einfache Maßnahmen bestehen, wozu die richtige Anal- und Genitalhygiene, reichlich Flüssigkeitszufuhr im Sinne einer „Durchspülung“, die Vermeidung starker Blasenfüllung und eine mictio post coitum gehören. Wenn es trotz dieser Allgemeinmaßnahmen zu wiederholten und schmerzhaften Infektionen kommt, sollte eine medikamentöse Prophylaxe erwogen werden, wobei heute von den meisten Autoren eine abendliche Medikation empfohlen wird. Man will damit während der Nachtstunden, während derer die Harnwege weniger „durchspült“ werden, einen ausreichenden antibakteriellen Schutz erreichen.

Höffler stellte einige differentialtherapeutische Überlegungen zu den bei der Rezidivprophylaxe heute im Vordergrund stehenden Chemotherapeutika Cotrimoxazol (Bactrim, Drylin, Eusaprim, Sigaprim u. a.) und Nitrofurantoin (z. B. Furadantin, Ituran) an. Man kann davon ausgehen, daß Nitrofurantoin nicht, Cotrimoxazol jedoch deutlich die körpereigene Flora verändert, was als Vorteil für die erstgenannte Substanz angesehen werden kann. Dem Cotrimoxazol wird nachgesagt, daß es zu einer Verminderung der vaginalen und periurethralen Kolliflora führt und daher wirksamer sein soll: Zwei Autoren stützen, einer widerspricht diesen Angaben. Hinsichtlich der Verträglichkeit sind kaum Probleme zu erwarten, da die zur Rezidivprophylaxe empfohlene abendliche Dosis von 50mg Nitrofurantoin bzw. 1/2 Tablette Cotrimoxazol sehr niedrig liegt. Die Sulfonamidkombination kann auch bei ein-

geschränkter Nierenfunktion gegeben werden, während es unter Nitrofurantoin bei Niereninsuffizienz zu Neuritiden kommen könnte. Diese sind, wie Höffler einschränkend hinzufügte, jedoch nur bei höheren therapeutischen, nicht jedoch bei prophylaktischen Dosen beschrieben worden.

Die Therapie von akuten Exazerbationen und Komplikationen der chronischen Bronchitis war das Thema von Professor H. Fabel, Hannover, der davon ausging, daß die so häufigen banalen grippalen Infekte bei vorher Lungengesunden meist ohne Therapie binnen einer Woche abheilen, während die Situation bei vorbestehender chronisch-obstruktiver Bronchitis anders ist. Jede bakterielle Infektion der Atemwege führt einen solchen Patienten ein Stück näher an die kaum noch therapeutisch zu beeinflussenden Endzustände, nämlich an die Ateminsuffizienz und zum dekompensierten Cor pulmonale. Neben exogenen Noxen (an erster Stelle steht hier das inhalative Zigarettenrauchen) sind es insbesondere die immer wieder aufflackernden bronchitischen Schübe, die für eine unaufhaltsame Verschlechterung der Lungenfunktion verantwortlich gemacht werden müssen. Ein 40jähriger bronchitischer Raucher muß damit rechnen, daß sich seine Lungenfunktion im Verlauf von 20 Jahren in so einem Ausmaß verschlechtert, daß Invalidität eintritt und Zeichen der Rechts-herzbelastung auftreten.

Nach den Erfahrungen von Fabel scheint es noch zu wenig bekannt zu sein, daß fast alle chronischen Bronchitiker im Verlauf ihrer Erkrankung eine oft ausgeprägte spastische Komponente der bronchialen Obstruktion entwickeln, die medikamentös beeinflussbar ist. Vor Einleitung therapeutischer Maßnahmen sollten durch einfache Lungenfunktionsprüfungen Ausmaß und Reversibilität dieser bronchospastischen Ventilationsstörung gemessen werden. Falls ein entsprechender Befund vorliegt, gilt der Einsatz von Bronchospasmolytika als absolut indiziert. Neben Beta₂-Adrenergika (z. B. Berotec, Spiropent, Sultanol) kommen hier auch die als Phosphodiesterasehemmer wirkenden Theophyllinderivate vom Typ des Euphyllin oder Euspirax in Frage, außerdem wirken auch Anticholinergika (z. B. Atrovent) einem Bronchospasmus entgegen.

Wenn eine bestehende spastische Ventilationsstörung mit diesen Pharmaka nicht befriedigend beeinflusst werden kann, sollte der Einsatz von Kortikoiden erwogen werden. Mit diesen kann man erreichen, daß Beta₂-Adrenergika wieder besser wirken, außerdem zeigen sie selbst gewisse bronchospasmolytische Effekte und wirken durch Veränderung der Bronchialschleimsekretion sowie durch Minderung des Schleimhautödems antiobstruktiv. Wenn eine Dosierung von 20 mg Prednisolon-Äquivalent nicht überschritten wird, ist zumindest bei einer kurzfristigen Behandlungsdauer keine Verschlimmerung einer bestehenden bakteriellen Infektion zu befürchten.

Während eines Symposions über „künstliche Organe in der inneren Medizin“ kam Professor E. F. Pfeifer, Ulm, zu Wort, der den derzeitigen Stand der Entwicklung des „künstlichen Pankreas“ skizzierte. Er erinnerte daran, daß der fundamentale Defekt der Zuckerkrankheit in einer Störung des Feedback-Mechanismus zwischen Blutzuckeranstieg und reaktiver Insulinsekretion nach Nahrungsaufnahme besteht.

Das an der Ulmer Universität in Zusammenarbeit mit einer amerikanischen Forschergruppe entwickelte künstliche endokrine Pankreas arbeitet als kontinuierlicher Glukoseanalysator auf enzymatischer Basis und verfügt über einen Mikro-Computer zur Vorprogrammierung der glukosegesteuerten Insulininfusion. Das Gerät, welches die Größe eines Fernsehapparates hat, wird zur automatisierten Behandlung des diabetischen Kommas, im Rahmen von chirurgischen und geburtshilflichen Eingriffen bei Diabetikern sowie bei Zuckerkranken eingesetzt, die an die künstliche Niere angeschlossen werden müssen. Aus Pfeifers Darstellung war zu entnehmen, daß eine weitere Verkleinerung des Gerätes bis zu einer implantierbaren künstlichen Beta-Zelle ein in absehbarer Zeit technisch lösbares Problem darstellt. Nicht überwunden ist bisher aber die Abwehrreaktion des Organismus gegen den in das strömende Blut eingebrachten Glukosesensor, an dessen enzymbeschichteter Membran sich nach spätestens zwei Wochen Fibrin und Blutzellen ablagern und so zur Funktionsunfähigkeit führen.

In zahlreichen freien Vorträgen wurden verschiedene Teilbereiche der Inneren Medizin abgehandelt. Dabei war u. a. zu erfahren, daß

- der Effekt von intragastral appliziertem Aspirin auf die transmurale Potentialdifferenz der menschlichen Magenschleimhaut als Index einer intakten Schleimhautbarriere ohne bzw. nach Vorbehandlung mit 16,16-Dimethyl-Prostaglandin E₂ gemessen werden kann. Nach intragastraler Zufuhr von 1000 mg Aspirin fiel die Potentialdifferenz ohne Prostaglandin-Vorbehandlung innerhalb einer Viertelstunde um etwa 40 Prozent ab. Eine Vorbehandlung mit 0,1 µg hemmte hingegen vollständig den Aspirin-induzierten Abfall der Potentialdifferenz (Dr. P. Müller, Heidelberg);

- bei chronischen Alkoholikern verschiedenartige Veränderungen des blutbildenden Systems zu beobachten sind, nämlich eine Erhöhung des mittleren Erythrozytenvolumens, eine Erhöhung des Hb_E, eine Thrombozytopenie, eine Erniedrigung des Hämoglobins und des Eisenspiegels. Gleichzeitig kommt es zu

TIEFENWIRKUNG

hyperämisiertes Antirheumatikum zur percutanen Schmerz-Therapie

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

Marament[®] Balsam N



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

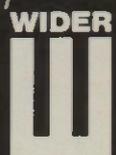
Indikationen:
Bei rheumatischen Beschwerden, Lumbago, Neuralgien, Prellungen und Verstauchungen, Schmerzen an Muskeln, Sehnen und Gelenken.

Gegenanzeigen:
Bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern Langzeit-

behandlung auf großen Flächen vermeiden; ebenso bei vorgeschädigter Niere.

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

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



Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

einer Erhöhung der totalen Eisenbindungskapazität und zu megaloblastären Veränderungen im Knochenmark. Entgegen der bisher gültigen Annahme sind diese Veränderungen jedoch unabhängig vom Grad der bestehenden Leberfunktionsstörungen oder von der Entwicklung einer Leberzirrhose, vielmehr können sie in erster Linie als eine direkte toxische Wirkung des Alkohols auf das Knochenmark gedeutet werden (Frau Dr. E. Heide- mann, Tübingen);

- die Hyperthyreose im höheren Lebensalter wegen der uncharakteristischen Symptomatik und der nicht selten irreführenden Laborwerte häufig längere Zeit verkannt wird. Für die Fehlinterpretation spielt eine exogene Jodzufuhr eine wesentliche Rolle: Bei 41 von 50 Patienten wurde eine erhöhte Jodausscheidung im Urin festgestellt, die teilweise auf vorangegangene Gabe von jodhaltigen Kontrastmitteln, von jodhaltigen Broncholytika sowie von jodhaltigen Augentropfen zurückzuführen war. Bei zwölf Patienten war das T_4 und bei zehn Patienten waren T_3 und T_4 nicht erhöht. Angesichts dieser diagnostischen Irrtumsmöglichkeiten gilt die Empfehlung, auch in Verdachtsfällen sofort eine thyreostatische Behandlung einzuleiten (Dr. H. Dirks, Göttingen);

- zwischen Schilddrüsenhormonen und Katecholaminen ein vielfältiger Synergismus besteht, weshalb von einer Beta-Blockade ein thyreostatischer Effekt erwartet werden kann, der allerdings erst nach mehrwöchiger bis mehrmonatiger Behandlung zum Tragen kommt. Als Dauertherapie genügen hierfür relativ geringe Dosen, z. B. Propranolol (Dociton) zwei- bis dreimal täglich 20 mg und von Bupranolol (Betadrenol) zweimal 40 mg täglich. Eine Monotherapie mit Beta-Blockern ist bei leichteren Hyperthyreosen mit vorwiegend kardialer Ausprägung indiziert, außerdem bei stärkeren Graden einer Schilddrüsenüberfunktion additiv zur Behandlung mit Thyreostatika, um deren Dosis und damit auch die Komplikationsrate zu senken. Weiterhin können Beta-Blocker interkurrent bei der Radiojodbehandlung eingesetzt werden, bis deren therapeutischer Effekt zum Tragen kommt (Dr. U. Loos, Ulm).

Referent:

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

Fakultät

München – Universität

Professor Dr. med. Helmut Wolff, Dermatologische Klinik, wurde zum Professor - C 4 an der Medizinischen Hochschule Lübeck ernannt.

Professor Dr. med. Wolfgang Joseph Arnold, bisher Universität Düsseldorf, wurde zum Professor - C 3 ernannt.

Privatdozent Dr. med. habil. Frank Detlef Goebel, Medizinische Poliklinik, wurde zum Professor - C 2 ernannt.

Professor Dr. med. Hartwig Bauer ist bei der Chirurgischen Poliklinik ausgeschieden. Er ist jetzt als Chefarzt beim Kreiskrankenhaus Altötting tätig.

Professor Dr. Jelena Krmpotić-Nemanić, Professor an der Universität Zagreb, wurde zum Honorarprofessor für Anatomie ernannt.

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Walter Guder, Klinisch-Chemisches Institut des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing; Privatdozent Dr. med. Rudolf Meyendorf, Psychiatrische Klinik und Poliklinik.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. Ilse Barbey für Forensische Psychiatrie; Dr. med. habil. Jürgen Beyer für Herzchirurgie; Dr. med. Joachim Cyran für Innere Medizin;

Dr. med. habil. Konrad Heilmann für Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie; Dr. rer. biol. hum., Dr. med. habil. Dieter Hölzel für Medizinische Informationsverarbeitung und Statistik; Dr. rer. nat. Tibor Igo-Kemenes für Physiologische Chemie; Dr. med. Franz Jesch für Anästhesiologie; Dr. med. habil. Christiane Keller für Innere Medizin; Dr. med. Franz Josef Marx für Urologie; Dr. med. habil. Ursula Scherer für Radiologie; Dr. med. Christian Schmoekel für Dermatologie und Venerologie; Dr. med. Gerhard Steinbeck für Innere Medizin; Dr. med. habil. Volker Terruhn für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Dr. med. Josef Zihl für Medizinische Psychologie.

München – Technische Universität

Privatdozent Dr. med. habil. Ulrich Fink, I. Medizinische Klinik, wurde die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor verliehen.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. habil. Wolfgang Ehrenstein für Angewandte Physiologie (Arbeitsphysiologie); Dr. med. habil. Franz Christoph Himmler für Innere Medizin; Dr. med. habil. Götz Kockott für Psychiatrie; Dr. med. habil. Wolfgang Schütz für Urologie; Dr. med. habil. Rüdiger Strigl für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.



Krank im Ausland?

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

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

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

Dr. Eugen Goßner 70 Jahre

Am 3. Juli 1981 feierte Dr. med. Eugen Goßner, Vorsitzender des Bayerischen Sportärzteverbandes, Angerstraße 27, 8900 Augsburg 21, seinen 70. Geburtstag.

Nach dem Studium in Berlin und München (Staatsexamen 1936) arbeitete der Jubilar am Städtischen Krankenhaus Augsburg, dann als Oberarzt am Fürstlichen Hohenlohenschen Krankenhaus in Ehrenforst/Oberschlesien und an der Klinik für Lungenerkrankheiten in Lautrach. Von 1950 bis 1969 war er Chefarzt des Kreiskrankenhauses St. Albert in Haunstetten und übernahm dann die Leitung der Zusatzklinik der Landesversicherungsanstalt Schwaben in Zusmarshausen. Seit 1979 ist er in der Medizinalabteilung der Regierung von Schwaben tätig und Lehrbeauftragter an der Universität Augsburg.

Besondere Verdienste erwarb sich Dr. Goßner beim Auf- und Ausbau der Sportmedizin. Seit 1953 bis heute ist er Vorsitzender des Bayerischen Sportärzteverbandes (810 Mitglieder). Sein Bestreben war, die klinischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse dem Hausarzt und damit dem Bürger näherzubringen. Diese „angewandte Sportmedizin“ wurde von ihm auch in die Prävention, Langzeittherapie („Grünes“ Rezept) und Rehabilitation eingebracht.

Im Auftrag der Bundesärztekammer begründete Dr. Goßner die sportärztlichen Seminare im Rahmen der Internationalen Fortbildungsveranstaltungen und leitet auch selbst noch einige Seminare. In Bayern organisierte er eine große Anzahl nationaler und internationaler Kongresse; u. a. war er auch ärztlicher Einsatzleiter bei der Olympiade 1972.

Dr. Goßner ist in verschiedenen Gremien der Bundesärztekammer und der Bayerischen Landesärztekammer tätig.

Seine Verdienste wurden durch eine Reihe von Auszeichnungen gewürdigt; so ist er u. a. Träger des Bundesverdienstkreuzes am Bande, der Ernst-von-Bergmann-Plakette (1964), des Goldenen Ehrenringes des Landkreises Augsburg, der Goldenen Ehrennadel der Stadt Augsburg und der Goldenen Ehrennadel des Deutschen Sportärztebundes.

Zu seiner Aufgabe „vom Arzt als Therapeut zum Gesundheitsberater des Bürgers in allen Lebensphasen und Situationen“ mögen ihm noch viele Jahre gegeben sein.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Heinz May, Hochfeldstraße 22, 8180 Tegernsee;

Medizinaldirektor Dr. med. Hermann Mühleisen, Margarethenweg 1, 8450 Amberg;

Dr. med. Georg Sperber, Oberfeldarzt a. D., Schubaurstraße 3, 8000 München 60.

Verdienstmedaille

Dr. med. Johann Zeller, Chefarzt a. D., 8963 Waltenhofen-Hegge, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

DRK-Ehrenzeichen für Dr. Lemke

Dr. med. Willy Lemke, Medizinaldirektor bei der Bayerischen Bereitschaftspolizei und langjähriger Chefarzt des BRK-Kreisverbandes Eichstätt, Eichendorffstraße 8, 8078 Eichstätt, wurde das Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuzes verliehen.

Professor Dr. med. Alexander Baethmann, Institut für Chirurgische Forschung der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, und Dr. med. Wolfgang Lanksch, Neurochirurgische Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde der Friedrich-Panse-Preis der Deutschen Gesellschaft für Hirntraumatologie und Klinische Hirnpathologie e. V. zu gleichen Teilen verliehen.

Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Walter Brendel, Direktor des Instituts für Chirurgische Forschung der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde die Heinrich Bechhold-Medaille, die mit dem Umschau-Preis verbunden ist, verliehen.

Professor Dr. med. Josef Lissner, Direktor der Radiologischen Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern und Vorsitzender der Deutschen Röntgengesellschaft, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde für vier Jahre zum Mitglied des Bundesgesundheitsrates ernannt.

Privatdozent Dr. med. Eberhard Standl, Oberarzt an der III. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München 40, wurde für hervorragende wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Diabetes-Forschung der Ferdinand-Bertram-Preis 1981 verliehen.

Professor Dr. med. Klaus Thureau, Geschäftsführender Vorstand des Physiologischen Instituts der Universität München, Pettenkoflerstraße 12, 8000 München 2, wurde in den Vorstand der International Union of Physiological Sciences (IUPS) gewählt und zum Schatzmeister ernannt.

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hot/Seale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Zell, Lkr. Hot/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hot/Seele:

1 Augenarzt

Kronach:

1 Augenarzt

Kulmbach:

1 Augenarzt

Kronach:

1 Chirurg

Hot/Seele:

1 HNO-Arzt

Bayreuth:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Marktredwitz oder Selb,

Lkr. Wunsiedel:

1 Hautarzt

Forchheim:

1 Kinderarzt

Coburg:

1 Kinderarzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Hot/Seale:

1 Lungenarzt

Hot/Seale:

1 Nervenarzt

Kronech:

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-Rennweg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Gelsmenschot/Muggenhof/Höten:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Aitdorf b. Nürnberg,

Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Laut-Neunhot,

Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ansbach:

1 Augenarzt

Feuchtwangen, Lkr. Ansbach:

1 Augenarzt

Roth, Lkr. Roth:

1 Augenarzt

Neustadt/Aisch, Lkr. Neustadt/Aisch-

Bad Windsheim:

1 Frauenarzt

Feuchtwangen, Lkr. Ansbach:

1 HNO-Arzt

Gunzenhausen, Lkr. Weißenburg-

Gunzenhausen:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 496 21

Unterfranken

Lautach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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 Augenerzt

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 Markttheidenteid,

Lkr. Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

Stadt Aschaffenburg:

1 Hautarzt

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

Fuchsmühi, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kohlberg-Etzenricht,

Lkr. Neustadt/WN:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Schönsee, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Weizbach:

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 Augenerzt

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.

Arbeits-geteilt

Der Begriff der „Arbeitsteiligkeit“ gehört zum organisatorischen Glaubensbekenntnis der Industriegesellschaft. Betriebe werden arbeitsteilig strukturiert, d. h. ein Gesamtplan in einzelne Arbeitsschritte ganz spezieller Art unterteilt, mit einzelnen, eingehenden Arbeitsbeschreibungen versehen, Personen zugeordnet, deren Qualifikation sich an diesen jeweiligen Inhalten zu orientieren hat; Zeitmessungen, Kosten-Nutzen-Analysen folgen, Stellenpläne festgelegt; Technisierung und Mechanisierung mit dem Ziel der Rationalisierung greift dominierend in diese Arbeitsabläufe ein. Letztlich resultiert ein höchst differenziertes, ausgeklügeltes und wenig flexibles System der Arbeitsverteilung, das darauf angelegt ist, den richtigen Mann oder Frau an eine bestimmte Arbeit und an einen kaum mehr vertauschbaren Platz in der Kette des Arbeitsablaufs zu setzen. Monotonie und Enttäuschung werden vorprogrammiert.

In letzter Zeit wächst allenthalben das Unbehagen über die Nebenwirkungen dieser Arbeitsteiligkeit, zehlos sind die Beschreibungen der Nachteile im menschlichen und medizinischen Bereich, von „Streß“ im Arbeitsleben und vom „Arbeitsklima“ ist die Rede und diese Begriffe so mit aller unbewußten Ablehnung überfremdet, daß dahinter schon kaum mehr eine Bedeutung auszumachen ist. Aus der Misere der verteilten und geteilten Arbeit wird jedem ein wohlfeiler Ausweg abgeboten: *Kooperation* heißt das Bindemittel, jeder kann und soll es produzieren.

Die Medizin und die ärztliche Tätigkeit ist von dieser Entwicklung nicht unberührt geblieben. In der ärztlichen Berufs- und Weiterbildungsordnung und in der ärztlichen Gebührenordnung ist ausführlich nachzulesen, in wieviel Spezialitäten in Form von Gebieten, Teilgebieten und zusätzlichen Wissensgebieten ärztliches Tun aufgeteilt werden kann. Bis hin zu Tropenmedizin, Homöopathie und Psychotherapie wird ärztliche Arbeit hinsichtlich der Qualifikation normiert und in Leistungslegenden beschrieben. Damit ist ärztliche Berufsausübung auch administrativ und durch Gesetze und Verordnungen in Einzeltätigkeiten separiert, deren Grenzen festgelegt sind und deren Überschreitung in der Regel nicht zulässig ist. Die Gebührenordnung ergänzt mit Beschreibungen ärztlicher Tätigkeit nach Art und Umfang bis hin zu Zeit- und Materialaufwand. — In der Landschaft der ärztlichen Versor-

gung spiegelt sich diese Arbeitsteiligkeit mit unterschiedlichem Entwicklungsstand wieder. Neben Zonen und Regionen, in denen die Patienten über ein ausreichendes Angebot qualifizierter und spezialisierter Ärzte im ambulanten und stationären Bereich verfügen, zeigt sich vor allem in Ballungsräumen in den Randzonen eine Verdünnung und in den Kerngebieten eine Potenzierung der Spezialisten und Spezialeinrichtungen einschließlich dazugehöriger modernster Technisierung. Aber gerade hier, wo die Arbeitsteilung bis ins Detail getrieben und kein medizinisches Bedürfnis ohne Angebot ist, zeigt sich der Patient keineswegs mehr befriedigt oder objektiv effizienter versorgt.

Seit Jahren ist die Problematik der Allgemeinmedizin und der sie ausübenden Ärzte ein Symptom dafür, daß die Arbeitsteilung in der ärztlichen Versorgung an die Grenzen der Toleranz stößt. Es ist eine geläufige Erfahrung, daß die ebenfalls seit Jahren anhaltenden Ermahnungen zu Kollegialität im Umgang unter Ärzten, zu Kooperation, Integration und Team-Arbeit, zum Überbrücken von Gräben, die sich allenthalben auftun und mit reichlich Emotion offen gehalten werden, ohne erkennbare Wirkung bleiben. Alle wesentlichen Gruppen der ärztlichen Versorgung, die Allgemeinärzte, die Gebietsärzte und die im stationären Bereich tätigen Ärzte, selbst die in Weiterbildung befindlichen Nachwuchsenden Kollegen können gar nicht mehr anders, als — in einem möglichst großen Ziehen — noch einen möglichst großen Teil der ärztlichen Arbeit für sich zu reklamieren. Zeugnisse und Publicity und Taktik gibt es dabei in Menge; Therapie und Beruhigung ist nicht in Sicht.

Auf dem gleichen jüngsten Ärztetag, der die obligatorische Weiterbildung zum Allgemeinarzt fordern und mit allen Mitteln unterstützen sollte, hat die Vertretung der nachwachsenden Kollegen dieses Bestreben abgelehnt und dafür mit Nachdruck eine Reform der ärztlichen Ausbildung dahingehend gefordert, daß das Ergebnis der Ausbildung ein zu praktischer Berufsausübung weitgehend befähigter Arzt sein soll. Dies läßt darauf schließen, daß des bisherige Ausbildungsergebnis diesem Anspruch des Arztberufes nicht gerecht wird und daß die nachrückenden Kollegen sich damit nicht mehr abfinden wollen und deshalb die Reform fordern.

Aufschlußreich ist in diesem Zusammenhang, was von Kennern der Sache en-

läßlich der neuesten Ergebnisse der ärztlichen Vorprüfung mit einer erschreckenden Versagerquote über die ärztliche Ausbildung an allgemeiner Kritik zu hören ist. Vom erkennbaren Schaden einer seit Jahren durchgeführten, „entarteten“ Ausbildung ist die Rede, die Lehrer und Lernende an Fregensammlungen und Lernzielkataloge fesselt und hin auf ein einseitiges und spitzfindiges Prüfsystem orientiert. Diese Prüfungen nach statistischen, normierten Testverfahren dienen nicht dem Ziele, „gute Ärzte auszubilden“ und Patienten vor „uneigennütigen Studenten zu schützen“, sondern sind Selbstzweck. Das Lernverhalten der Medizinstudenten, nicht hinreichend und effektiv kompensiert durch praktische, intensive und kontrollierte Gruppenarbeit in Kursen und Seminaren, wird „deformiert“ und der Kurzzeitspeicher des Gedächtnisses überbeansprucht. Es mangelt dagegen an der Vermittlung von Einsicht in Zusammenhänge, Fähigkeit zu Gewichtung und kritischer Urteilsbildung und an der „Einübung ärztlichen Denkens“. Es fehlt an Anleitung zu ärztlichem Handeln und humaner Patientenbetreuung, zu „Güterabwägung“ und „Indikationsstellung“ (Bretschneider).

Gefordert wird eine Abkehr vom „Fächer- und Spezialitäteneigensinn“ und die Ausrichtung auf die Befähigung zu akuten Handlungsentscheidungen, auf die Gesetzmäßigkeiten von Diagnose und Therapie, auf das Verständnis komplexer Systeme und auf exemplarische Behandlung glücklicher und verheerter Problemlösungen sowie Beachtung und Respekt der ethischen und religiösen Probleme von Krankheiten.

Diese Kritik der Ausbildung stellt klar, daß das Denkmodell der Arbeitsteiligkeit für den Anspruch des Arztberufes unbreuchbar ist. Die primäre Zerstückelung in spezielle ärztliche Arbeiten, die durch ein kooperatives Band, in dem sich ärztliche Verantwortung und umfassendes ärztliches Denken und Handeln befinden sollen, zuzusammenhalten werden sollen, begründet den nicht mehr vollinhaltlich selbständigen und verantwortlichen Arzt, der dem Anspruch des Berufes und des Patienten nicht mehr gerecht zu werden vermag.

Es lohnt sich, die Auswirkungen einer arbeitsteiligen ärztlichen Berufsausübung bewußt zu machen und sich dafür einzusetzen, daß in der ärztlichen Ausbildung das Spezifische ärztlichen Denkens und Handelns zurückgewonnen wird und ausreichend ausgebildete Ärzte mit Selbständigkeit und Handlungsvermögen die Universitäten verlassen und die Approbation erhelten. Auf diesem Feld ist zwischen den Generationen das Gespräch zu suchen und ein gemeinsames Ziel anzustreben.

Dr. med. Gertraud Böcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bed Brunthall 3, 8000 München 80

Sorgen um das Grenzland

„Die seit Überwindung der Rezession 1975/76 im Grenzland und in den strukturschwachen Gebieten Bayerns eingetretene Phase der Stabilisierung hat sich 1979 weiter fortgesetzt. Begünstigt durch den noch anhaltenden Konjunkturaufschwung und ein relativ hohes Niveau der staatlichen Investitionen und Fördermittel sind in den strukturschwachen Gebieten spürbare strukturelle Verbesserungen eingetreten. Zwischenzeitlich haben sich jedoch die wirtschaftlichen und finanzpolitischen Rahmenbedingungen dramatisch verschlechtert. Die regionalpolitischen Auswirkungen der tiefgreifenden wirtschaftlichen Krise stellen in Verbindung mit den jüngsten Sparbeschlüssen der Bonner Koalitionsregierung eine in dieser Form noch nicht dagewesene Herausforderung für das Grenzland und die strukturschwachen Gebiete Bayerns dar. Es sieht leider so aus, als habe Bonn zum finanzpolitischen Kahlschlag gegen das Grenzland angesetzt.“ Mit diesem optimistischen Rückblick und besorgtem Ausblick zog Umweltstaatssekretär Dr. Max Fischer Bilanz über die derzeitige wirtschaftliche Situation des Grenzlandes. Als Vorsitzender des Staatssekretärausschusses für Grenzlandfragen und wirtschaftsschwache Gebiete übergab er dem zuständigen Landtagsausschuß den jüngsten Grenzlandbericht der Staatsregierung, der erneut bestätigte, daß durch gezielte und kontinuierliche grenzland- und regionalpolitische Anstrengungen das Entwicklungs- und Leistungsgefälle innerhalb Bayerns abgebaut werden kann.

Vor dem Grenzlandausschuß sah der Staatssekretär einen besonderen Erfolg darin, daß die Wanderungsbilanz der strukturschwachen und peripheren Gebiete deutlich positiv ausgefallen sei. So seien im Berichtsjahr 1979 in die Grenzland-

und überwiegend strukturschwachen Regionen rund 5200 Personen mehr zu- als abgewandert. Selbst im Zonenrandgebiet konnte erstmals seit 1973 wieder ein Wanderungsgewinn verbucht werden. In den ersten drei Quartalen des Jahres 1980 habe sich dieser erfreuliche Trend verstärkt fortgesetzt. Von einer „zunehmenden Absetzbewegung“ aus dem Grenzland könne also keine Rede mehr sein, die „Einbahnstraßentheorie“ der Wanderungen zwischen dem Grenzland und den Verdichtungsräumen sei erneut widerlegt worden.

Überdurchschnittlich gut hat das Grenzland nach Angabe Dr. Fischers auch bei der Beschäftigten- und Arbeitslosenentwicklung abgeschnitten. Die Arbeitslosenzahl im Zonenrandgebiet ging von Mitte 1979 bis Mitte 1980 um 5 Prozent zurück, während im Bundesgebiet ein Anstieg um 2,4 Prozent registriert wurde. Auch der drastische Anstieg der Arbeitslosigkeit zwischen Januar 1980 und Januar 1981 lag im bayerischen Zonenrandgebiet mit 19,4 Prozent deutlich niedriger als im Bundesgebiet mit 26,2 Prozent.

Aus den umfangreichen staatlichen Förderungsmaßnahmen des Jahres 1979 hob der Staatssekretär die Förderung gewerblicher Arbeitsplätze hervor: Rund 11850 neue gewerbliche Arbeitsplätze sind 1979 nach Angaben der geförderten Unternehmen in den bayerischen Fördergebieten geschaffen worden, davon rund 5400 im Zonenrandgebiet. Auch beim Ausbau der Infrastruktur konnten deutliche Fortschritte erzielt werden. Die 1979 noch ungekürzten Bundesfernstraßeninvestitionen erreichten in Bayern die Rekordsumme von 1,5 Mrd. DM. In den Grenzland- und überwiegend strukturschwachen Regionen wurden rund 386 Mio. DM für den Bau von Bundesautobahnen und rund 268

Mio. DM für den Bau von Bundesstraßen verausgabt. Dazu kamen 214 Mio. DM Landesmittel für den Staatsstraßenbau und 250 Mio. DM für den Bau von Kreis- und Gemeindestraßen. Der Ausbau der neuen Grenzlanduniversitäten Bamberg, Bayreuth und Passau schritt 1979 zügig voran: Rund 65 Mio. DM wurden hier investiert. Die Zahl der Studenten an den drei neuen Hochschulen stieg um rund 1000 an, die Zahl der Stellen um über 500. Durch die drei Grenzlanduniversitäten und die Universität Regensburg sind insgesamt bis heute 10000 bis 12000 zum Teil hochqualifizierte Arbeitsplätze geschaffen worden. Positiv beurteilte Staatssekretär Dr. Fischer die Entwicklung der ärztlichen Versorgung in den Berichtsregionen, die von Jahr zu Jahr besser wird. Der Fehlbestand bei den praktischen Ärzten konnte allein zwischen Oktober 1979 und April 1980 um rund ein Drittel und bei den Gebietsärzten um rund ein Viertel abgebaut werden.

Weitaus pessimistischer war jedoch der Ausblick des Staatssekretärs aufgrund der aktuellen strukturpolitischen Standortbestimmung: Neben der konjunkturellen Talfahrt, die erfahrungsgemäß die standortungünstigen Fördergebiete besonders hart treffe, sei die größte Gefahr in einer undifferenzierten Reaktion der Bundesregierung auf die gegenwärtige Haushaltssituation zu sehen.

In diesem Zusammenhang müßten vor allen die einseitigen Kürzungsbeschlüsse der Bundesregierung bei den drei Gemeinschaftsaufgaben kritisiert werden, die Bayern mit seinem hohen Anteil an entwicklungsbedürftigen Fördergebieten und drei im Aufbau befindlichen Grenzlanduniversitäten besonders hart treffen. Ferner seien die jüngsten verkehrspolitischen Entscheidungen der Bundesregierung nur als „Kahlschlag“ zu bezeichnen. Zur Überwindung der gegenwärtigen Krise forderte Dr. Fischer deshalb unter anderem, daß die notwendige Konsolidierung der öffentlichen Haushalte nicht einseitig bei den Investitionen ansetzen und schwerpunktmäßig auf dem Rücken des Grenzlandes sowie der strukturschwachen Gebiete ausgetragen werden dürfe.

Michael Gscheidle

Wenig Tröstliches aus Bonn

Historische Vergleiche hinken häufig. Das gilt wohl auch für die häufig wiederholte Feststellung daß Bonn nicht Weimar sei. Dennoch läßt sich nicht übersehen, daß die politische Entwicklung Weimarer Verhältnissen zutreibt, sofern man darunter versteht, daß sich die Regierungsautoritäten ständig weiter abnutzen, die politische Cliquen-Bildung zunimmt, die Parteien ihr Eigeninteresse über das Staatsinteresse stellen und nicht bereit sind, handlungsfähige parlamentarische Mehrheiten zu schaffen, wenn parlamentarische Gruppierungen entstehen, die anarchische Züge tragen und die Negation zum politischen Prinzip erheben. Berlin ähnelt Weimar schon auf fatale Weise. Hamburg signalisiert den Richtungsstreit und Machtkampf in der sozialdemokratischen Partei. Im Süden tritt Erhard Eppler zur offenen Feldschlacht gegen die Politik des von der eigenen Partei gestellten Bundeskanzlers an und gewinnt klare Mehrheiten. In Hessen stellt Ministerpräsident Börner seiner Partei die Vertrauensfrage. Der Kanzler muß mit dem Rücktritt drohen, um Landesparteien bei der Stange zu halten. Und selbst der F.D.P.-Vorsitzende Genscher hält es für nötig, seine Partei mit der Rücktrittsdrohung an seinen politischen Kurs zu binden.

Dies alles sind Zeichen der Instabilität. SPD und F.D.P. haben vor acht Monaten vom Wähler den Auftrag erhalten, unser Land zu regieren. Ihre klare parlamentarische Mehrheit ist vom Zerfall bedroht. Die Erosion der Macht rüttelt am Thron Helmut Schmidts. Seine politische Handlungsfähigkeit schwindet dahin. Die politischen Gegenspieler werden stärker, die sachlichen Probleme übermächtig. Dennoch: ein Wechsel scheint (noch?) nicht in Sicht. Sozialdemokraten und Freie Demokraten haben sich als machtbewußt erwiesen. Und die Union hat es nicht mehr eilig, an die Macht zu kommen, da sie derzeit nur Bürde bedeute.

Die Schwäche der Bonner Politik läßt sich auch daran zeigen, wie eine Reihe politischer Fragen bewältigt wird. Da ist zunächst der Nato-Doppelbeschuß über die Nachrüstung und das Angebot für Abrüstungsverhandlungen an die sowjetische Adresse. Die Mehrheit der SPD,

darin kann es keinen Zweifel mehr geben, will die Nachrüstung nicht (mehr). Dennoch dürfte Schmidt mit Rücktrittsdrohungen Abstimmungsmehrheiten erzwingen können. Aber er muß immer mehr das Gewicht auf Verhandlungen legen, was ihn auf längere Sicht in Gegensatz zu den Amerikanern bringen und die Erfolgsaussichten für Verhandlungen schmälern müßte. Immer wieder wird die Meinung vertreten, daß der Nachrüstungsbeschuß das Schicksal der Koalition entscheiden werde. Das kann sich als richtig erweisen. Doch von mindestens denselben politischen Brisanz sind die wachsenden finanziellen Schwierigkeiten der Bundesregierung.

Das ganze Ausmaß des finanziellen Desasters ist noch nicht in das Bewußtsein der Bürger gedrungen. Bislang ist es noch immer gut gegangen; die Regierung hat sich mit der Kreditfinanzierung ihrer Politik über die Runden retten können. Die Grenzen dieser Politik sind nun aber erreicht. Die Zeichen stehen auf Sturm. Wann hat es das schon gegeben? Die Regierung hat Mitte Dezember letzten Jahres einen Etatentwurf für 1981 und eine mittelfristige Finanzplanung bis Ende 1984 beschlossen. Für 1981 sollten folgende Eckdaten gelten: Ausgabenzuwachs 4,3 Prozent, Neuverschuldung 27,4 Milliarden Mark. Aber schon im ersten Vierteljahr hat die Regierung 10,5 Prozent mehr Geld ausgegeben als in der Vergleichszeit des Vorjahres und damit das Finanzierungsdefizit innerhalb von nur drei Monaten auf 20 Milliarden Mark in die Höhe getrieben. Drei Wochen vor der endgültigen Entscheidung über den Bundeshaushalt Mitte Mai mußte die Regierung den Haushaltsausschuß bitten, die Etatansätze fundamental zu korrigieren: die Ausgaben wurden um 6 Milliarden Mark (neue Zuwachsrate 7,2 Prozent) und die Neuverschuldung auf 34 Milliarden Mark angehoben. Niemand weiß, ob das reichen wird.

Aber die Probleme des Haushalts werden 1982 noch wachsen. Dazu folgende Fakten: Der überholte Finanzplan sieht für 1982 eine Neuverschuldung von 26 Milliarden Mark vor. Inzwischen steht jedoch fest, daß die Steuereinnahmen wesentlich langsamer steigen werden, der Verteidigungsminister mindestens 4

Milliarden Mark mehr benötigt, für die Bundesanstalt für Arbeit lediglich ein Zuschuß von gut 1 Milliarde Mark eingeplant ist, diese aber wenigstens 8 Milliarden Mark braucht und die Ausgaben für Zinsen um mehrere Milliarden Mark wechsen müssen. Fazit: das Finanzierungsdefizit beträgt aus heutiger Sicht mindestens 42 Milliarden Mark. Es fehlen damit mehr als 16 Milliarden Mark, für die es in der Finanzplanung keine Deckung gibt. Die Wirklichkeit sieht vermutlich noch schlimmer aus. Die Regierung steht also bei der Entscheidung über die Finanzpolitik 1982 vor dem Offenbarungseid. Sie muß Ausgaben streichen oder Abgaben erhöhen oder die Neuverschuldung weiter steigern oder diese drei Möglichkeiten miteinander kombinieren.

Ursprünglich sollte der Haushaltsentwurf 1982 in der zweiten Juli-Hälfte verabschiedet werden. Die Regierung will nun die Grundsatzbeschlüsse in der ersten Septemberwoche fassen und den Haushaltsentwurf und die neue mittelfristige Finanzplanung dann Ende September/Anfang Oktober in das Gesetzgebungsverfahren einbringen. Die Vertagung der Entscheidung hat Konsequenzen. So sind Erhöhungen der Mehrwertsteuer zum Jahreswechsel und grundlegende Korrekturen an den sozialen Leistungsgesetzen bis zum Jahreswechsel kaum noch möglich. Leichter wäre es dagegen, den Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung zu heben. Auch stehen Korrekturen bei den Veranlagungssteuern nicht unter einem so hohem Zeitdruck. Es muß also bezweifelt werden, daß tatsächlich in großem Stil Sozialgesetze korrigiert werden, wie dies Genscher und Lembsdorf gefordert haben. Offensichtlich führt sich die SPD am stärkeren Hebel.

Die Koalition, so scheint es, hat nicht mehr die Kraft für zukunftsweisende Entscheidungen. Dafür ist die Wohnungspolitik ein Beispiel. Niemand bezweifelt, daß der Mietwohnungsbaue nur mit privatem Kapital wieder in Gang gebracht werden kann. Dafür müssen Anreize geschaffen und das starre Mietensystem geockert werden. Doch die Beschlüsse der Regierung werden eher zu einer Verringerung des Wohnungsbaues führen. SPD und F.D.P. blockieren sich gegenseitig mit ihren Vorstellungen. Die einen wollen ein Sofortprogramm für den sozialen Wohnungsbau, obwohl es kein Geld dafür gibt; die anderen fordern die Verbesserung der Abschreibungsbedingungen. Aber nichts passiert. So wird nur die Taifahrt beschleunigt.

Es gibt wenig Tröstliches aus Bonn zu berichten.

bonn-mof

Zur Entlastung der Amtsärzte

Die Staatsregierung billigte die Vorschläge der Kommission für den Abbau von Staatsaufgaben und für Verwaltungsvereinfachung zur Erstellung *amtsärztlicher Gutachten* durch die Gesundheitsämter. Die Kommission, die von Staatssekretär Neubauer geleitet wird, habe festgestellt, daß die Amtsärzte der Gesundheitsämter in Bayern aus über 200 verschiedenen Anlässen jährlich über eine halbe Million Gesundheitszeugnisse ausstellen. Die Kommission habe zu 46 der etwas über 200 gesetzlichen Vorschriften Änderungsvorschläge unterbreitet. In sechs Fällen soll auf die Erstellung *amtsärztlicher* Zeugnisse gänzlich verzichtet werden. In 36 Fällen soll künftig statt eines *amtsärztlichen* Zeugnisses das Gutach-

ten eines *freipraktizierenden Arztes* eingeholt werden.

In vier Fällen soll es den Behörden in geeigneten Fällen ermöglicht werden, statt eines *amtsärztlichen* Zeugnisses auch ein *privatärztliches* einzuholen.

Die Vorschläge beruhen auf von der Kommission erarbeiteten Grundsätzen für die Einholung *ärztlicher Gutachten* im öffentlichen Interesse. Die Kommission empfahl der Staatsregierung, auch in der künftigen Gesetzgebungs- und Verwaltungstätigkeit diese Grundsätze zu beachten, damit ein neuerliches Ansteigen der *amtsärztlichen* Gutachtertätigkeit vermieden wird. Die wesentlichen Grundsätze sind:

1. Bei der Einstellung von Angestellten und Arbeitern im öffentlichen Dienst für Tätigkeiten, welche die üblichen gesundheitlichen Anforderungen stellen (z. B. Verwaltungs- und Bürotätigkeit), soll in der Regel *kein* ärztliches Einstellungszeugnis mehr verlangt werden.

2. Die ärztliche Untersuchung, die aus tarif- und dienstrechtlichen Gründen während des *Beschäftigungsverhältnisses* im öffentlichen Dienst durchgeführt wird, soll grundsätzlich von *freipraktizierenden* Ärzten und nicht vom Gesundheitsamt vorgenommen werden.

Nur in besonders aufgeführten Fällen sollen auch weiterhin *amtsärztliche* Zeugnisse vorgeschrieben bleiben. Es soll insofern eine Gleichstellung der öffentlichen mit den privaten Arbeitgebern vorgenommen werden. Dies bedeute einen wesentlichen *Beitrag zur Entstaatlichung*. Die Staatsregierung legte fest, daß die von der Kommission festgesetzten Grundsätze von allen Resorts zu beachten sind.

(aus „Bayerischer Landtagsdienst“ Nr. 89/81)

Äskulap und Pegasus

Das Wort als Medizin

Lesung der Bayerischen Landesgruppe des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte im Zusammenwirken mit der Bayerischen Landesärztekammer am 10. Dezember 1980, 16 Uhr, im Ärztehaus Bayern in München

Die Adventslesungen der Bayerischen Schriftstellerärzte beginnen Tradition zu werden. Es fanden sich diesmal so viele Zuhörer ein, daß beim nachfolgenden gemütlichen Beisammensein nicht alle im Casino Platz fanden und noch Tische im großen Saal aufgestellt werden mußten. Sie war also ein voller Erfolg. Der Sekretär der Landesgruppe, Confrère Stetter, stellte in seinem Rundschreiben vom 17. Dezember 1980 dazu fest: „Der Beifall war groß; von den verschiedensten Seiten wurde mir gesagt, daß diese Lesung die beste der bisherigen drei gewesen sei. Es hat sich bewährt, daß nicht zum Thema und zur

Adventslesung passende Beiträge zurückgewiesen wurden, wenn gleich dabei auf sehr gute Arbeiten verzichtet werden mußte; aber die Lesung war geschlossener.“

Auch diesmal ließ es sich der Hausherr, Präsident Professor Dr. H. J. Sewering, dem die Pflege der Zusammenarbeit mit den schriftstellerisch tätigen Kollegen ganz besonders am Herzen liegt, nicht nehmen, herzliche Begrüßungsworte zu sprechen. Er gab seiner Freude darüber Ausdruck, daß die Adventslesungen eine so gute Resonanz in der bayerischen Ärzteschaft und ihren Ruheständlern gefunden habe. Beson-

ders in seiner Erinnerung seien ihm die Molzschen Verse „Menschen gibt's“ im Gedächtnis hängen geblieben, und er meinte, daß hier in unserem Kreise Menschen sind, die es geben muß, die über die Berufung des Arztes nachdenken und die bereit sind, sachliche Selbstkritik über ihre Schwächen zu üben und hinzunehmen. Das Wort in der Medizin ist besser als Medizin. Auch bei dieser Lesung war unser Präsident, der mir einmal schrieb, daß die Adventslesung in unserem Ärztehaus zu seinen besonders schönen Erlebnissen zählt, bis zum Schluß ein aufmerksamer Zuhörer und er nahm auch an dem anschließenden gemütlichen Beisammensein teil, worüber wir uns sehr freuten.

Der Vorsitzende der Landesgruppe, Professor Dr. Franz Schmid, sagte in seinen Einführungsworten, der Mensch brauche das Wort zur Kommunikation gegenseitiger Verständigung. In einer technischen und naturwissenschaftlich orientierten Medizin die Bedeutung des Wortes und Gespräches herauszustellen,

L-Thyroxin Merck

Euthyrox[®] 50

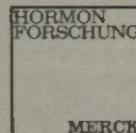
Euthyrox[®] 100

Euthyrox[®] 150

Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormontherapie

Reines L-Thyroxin Euthyrox[®] 50 · Euthyrox[®] 100 · Euthyrox[®] 150

Zusammensetzung: Euthyrox enthält das Schilddrüsenhormon L-Thyroxin (Levothyroxin, T₄) als Natriumsalz. Es steht in 3 Tablettenstärken zur Verfügung. Euthyrox 50: Tabl. zu 50 µg Levothyroxin-Natrium. Euthyrox 100: Tabl. zu 100 µg Levothyroxin-Natrium. Euthyrox 150: Tabl. zu 150 µg Levothyroxin-Natrium. **Anwendungsgebiete:** Alle Anwendungsgebiete der Schilddrüsenhormontherapie. Hypothyreose, blinde (euthyreote) Struma, zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion, zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ). **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechselsteigernden Wirkung von L-Thyroxin 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 Herzkrankung sollte die Therapie mit niedriger Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Die Wirkung von Antikoagulantien kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßige Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Euthyrox-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindensuffizienz zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Euthyrox in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermindert wird. Euthyrox sollte deshalb 4-5 Stunden vor der Colestyramin-Applikation eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Euthyrox-Therapie sollte Diphenylhydantoin nicht intravenös gegeben werden. **Handelsformen:** Euthyrox[®] 50: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 5,90; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdrückpackung) DM 9,30; 360 Tabletten (4 x 90) (A. P.) DM 29,52; 500 Tabletten (10 x 50) (A. P.) DM 39,10. Euthyrox[®] 100: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 10,45; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdrückpackung) DM 15,65; 360 Tabletten (4 x 90) (A. P.) DM 48,93; 500 Tabletten (10 x 50) (A. P.) DM 64,60. Euthyrox[®] 150: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 12,25; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdrückpackung) DM 18,15; 360 Tabletten (4 x 90) (A. P.) DM 54,08; 500 Tabletten (10 x 50) (A. P.) DM 69,82. Apoth.-Abg./preise: Stand 1. 11. 1979. ■



MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

gelingt wahrscheinlich in der Belletristik besser als in der nüchternen Sprache der Wissenschaft. So spannt sich der Bogen der gebundenen Sprache und der Kurzgeschichten von allgemein menschlichen Problemen über humorvoll kritisierende Betrachtung der Apparat-Medizin bis zu tiefeschürfenden philosophischen Sentenzen, aus denen noch ein verschmiltztes Lächeln hervorlugt. Gemeinsamer Nenner bleibt die – unterschwellig oder deutlich – formulierte Mahnung vom Wort, d. h., von der Kommunikation zwischen den Menschen mehr Gebrauch zu machen. In Form des Zuspruchs, Tröstens, Erläuterns, Zurechtrückens, der Beseitigung von Irrtümern und der liebevollen Erziehung wird das Wort zu einer Medizin, die nicht durch Tabletten und Apparate zu ersetzen ist.

Nach diesen Worten Professor Schmid begannen die Schriftstellerärzte aus ihren Werken zu lesen. Wir geben im Nachfolgenden einige wenige Proben davon. Wer mehr davon erfahren will, dem sei gesagt, daß alle Beiträge wieder in dankenswerter Weise als Buch vom Verlag der Bayerischen Landesärztekammer herausgegeben werden und bestellt werden können bei: Geschäftsführer Rudolf Detsch, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-321 (kostenlose Abgabe, solange Vorrat reicht).

Nach den Schlußworten von Professor Schmid, der mit seinem Danke an alle Mitwirkenden Herrn Professor Sewering wieder Veröffentlichungen von Schriftstellerärzten der Landesgruppe und an Frau Rita Horn und Geschäftsführer Detsch für ihren stetigen Einsatz für die bayerischen Schriftstellerärzte ein Ehrengeschenk überreichte, folgten alle Teilnehmer der Einladung des Präsidenten zum gemütlichen Beisammensein im Casino.

Wie immer sorgte die Musik (zwei Violinen, Flöte, Hackbrett, zwei Zupfgeigen) zwischen den Lesungen für eine sinnvolle Auflockerung und Vertiefung des Gehörten. Es wurde allgemein begrüßt, daß auch beim zweiten Teil manchmal in dezenter Weise Melodien durch die in engem Gespräch beisammen sitzenden Teilnehmer der Lesung klangen. Auch diesmal freuten wir uns dankbar über die aufmerksame Betreuung der Angestellten der

Bayerischen Landesärztekammer unter Leitung von Frau Horn.

Als dann – für den einen früher, für den anderen später – die Stunde des Abschieds schlug, fuhr wohl jeder mit dem angenehmen Gefühl nach Hause, harmonische und anregende Stunden im Ärztehaus verbracht zu haben.

Dr. med. Robert Paschka, Emskirchen

Aus der Dichterlesung vom Dezember 1980

Erika Hamann:

Ein Arztgespräch, ein gutes Wort,
schaucht mancha Krankheit besser fort.
Die Einsamkeit läßt es vergessen
und seelische Konflikte lösen.
Angst, Trauer, Depressionen schwinden,
das wirkt sich aus auf das Befinden.

Wilhelm Reger:

Man tut des Guten oft zu viel,
im bunten Arzneienspiel.
Ein Wort wär' manchmal mehr gewesen,
um von 'ner Krankheit zu genesen.
'ne suggestiva Worteskraft,
oft Harmonie der Seele schafft.

Ernst Rossmüller:

Alkestis
oder die Sprache

In deinem Antlitz steht das Andere,
wenn Gewalt und Ohnmacht um diese
Erda ailen.
Wenn die Stunda schlägt im Dunkel
der Welt,
und Licht und Wasser die Ländar teilen.

Dann trennt sich das Sein in Existenzen,
gegensätzlich streben Fühlen und
Denken
und weben das Kleides gold- und
silberne Fäden
der Sprache und Schrift; Ausdruck und
Eindruck:
Spuran im fließendan Sande der Zeit.

Sie schenkt Claudius' die Ewigkeit in
vier Zailan –
täglich und das, was du hörst, ist
unahört.
Ist Abschied vom Urbild, waltvarloren
geboran;
beginnan wird das Kämpfen, verzweif-
lungsvoll, argeban.
Siaht du die Stadt an vialan Ufern?
Jada Walla, jada Türe ist aine Lieba,
fließend,
wehrend, doch, wenn du ringst, wie mit
dem Engel,

biat dir ein Gott den Tausch,
und sie ergibt sich, dir arschliaßend.

Der Schlüssel liegt in dir
und bist du selbst.
Zuerst ist das Wort;
wann du es hörst, ist der Anfang.
Lust ist das Wort, wann es hebt,
Leid ist das Wort, wann es drückt.
Zuletzt, wann es schwalgt, ist das Enda.

Alfred Rottlar:

Frei nach Paracalaua

Nichts wirkt – Hallkraft oder Gift –
was nicht das Ganza betrifft.
Das Dasain fordert
den Mensch im Gasamten,
jadoch auch Krankhalt
beansprucht ihn voll.
Er wird krankbleiben, sterben
oder genesen; ja nachdem.
Des Arztes Rat ist wertvoller
als Elixiera und Pillan;
sein parsönliches Beispiel
aber ist seine besta Waffe.
Macha dem Slechen begreiflich,
daß Arznei aine gute Beigabe,
daß lebendiga Mithilfa mehr tut;
und nur die Selbstbetailung
der aigenen Kraft
die Gesundung schafft.

Eberhard Schaetzing:

Syntax

Wer stats ENTWEDER / ODER fragt,
ist töricht, und man sieht daran,
daß wohl aus Dummheit der versagt,
der bis zur DREI nicht zählen kann.

Du findest oft der Dinga Grund,
bedienst du dich des Wörtchens UND I

Das UND heißt dann SOWOHL ALS
AUCH.

Bezahlan möcht' man WEDER NOCH.
Das ist ein äußerst üblar Brauch.
Wähl' GUTES, dann du zahlst ja DOCH I

Aus ZWEI mach EINS gageb'nen Falles.
Im Leban zahlt der Mensch schlicht
ALLES.

Franz Schmid:

Der Weg zum Du

Der Weg zum Du ist untarschiedlich,
Ein jedar geht ihn oft im Laben,
Oft fährt man gut und friadlich,
Doch manchmal auch daneban.

Der Weg, der am malstan baschritten,
Führt über den seligan Waln,
Nachdam der Varstand schon galitten,
Fällt ainem die Duzbrüderschaft ein.

Ein junger Mann, aine junga Maid
Drücken balda die Augen zu –
Es ist Abend und Sommarszeit,
Beim Waltergehen flüstert's leisa „Du“.

Selbst dort, wo die Morel gepachtet,
Kann einmal das Licht keputt sein,
Nachdem der Schaden behoben erachtet,
Heißt's „Du“ statt „Gnädiges Fräulein“.

Ein Arbeitsmann nech Feierabend
Geht heimwärts nach des Tages Müh —
Ein anderer, eilig einhertrabend,
Stößt an, sagt kurz: „Du Rindvieh“.

So hat ein jeder seine Art
Der eine früh, der andere später,
Ob's grob gesezt, geflüstert zart,
Es heißt: „Wir kennen uns näher“.

Andrees Schuhmann:

Öite wern

Muaßt net harb wern,
Mueßt net aufbegehrn,
Wann se oiß
Schee staad vadruckt.

Derfst net grante wern,
Derfst net olwei rearn,
Wann e junges Leem
Gach eufmuckt.

Solst ea öita wern,
Soist as net vawehrn,
Wann en deiner Stöi
Wos Jungs nochruckt.

So is hoit as Leem
Scho seit ewiger Zeit.
Tuast da nix vageem,
Tuat da dees net leid.

Erwin Stetter:

Die Mutter

Der Hansei weint.
Das Ohr tut weh.
Er eilt zur Mutter hin,
Zu ihr, die elles kenn.
Sie nimmt ihn in den Arm
Und streichelt ihm den Kopf,
Legt dann die Hand
Aufs Ohr, das schmerzt,
Und segt mit Engelsstimme:
„Mein Hansel,
Gleich
Wird elles
Wieder gut.“
Der Mutter Wärme,
Ihre liebe Händ
Und ihre traute Stimme —
Sie brechen euch
Der Schmerzen
Schlimmsten Gipfel
Und unser Hansei
Schaut zur Mutter euf.
Sie lächeln
Beide nun
Einander en.
Froh
Springt der Hansei weg.
Es scheint die Sonne wieder.
Der Teg ist wieder frei.

Ausland

Krankenhäuser und Kassen in Frankreich

Die Kosten für den Aufenthalt in den öffentlichen Spitälern sind innerhalb eines Jahres um 23,6 Prozent gestiegen und verstärken das Defizit der Krankenversicherung. Sie beweisen aber auch, daß die bisherigen Bemühungen um eine Reform der Krankenhausverwaltungen, die vor allem das Ziel hatten, den Verwaltungsapparat zu rationalisieren und Kosten einzusparen, keinen Erfolg gebracht haben. Dabei ist auf diesem Gebiet viel getan worden. In den letzten 15 Jahren hat kein anderes Land im Verhältnis zu seiner Einwohnerzahl soviel neue Spitäler gebaut und alte Krankenhäuser modernisiert wie Frankreich. Bis Ende 1981 werden 180 000 Betten aus den großen Krankensälen verschwunden sein, aber die Differenz zwischen alt und neu ist enorm.

Wir haben das wahrscheinlich modernste Spital Europas besucht. Die Fassade ist aus Glas, Beton und Mosaik. Eine Eingangshalle wie man sie sich in jeder Luxusherberge wünschen würde. Man kann hier Zei-

tungen und Blumen kaufen, Hostessen in schmacken Kostümen geben Auskunft und geleiten den Besucher. Peinlichste Sauberkeit und Stille, wie in einem Dom. Das ist das neue Spital Ambroise Paré, 100 Meter vom Bois de Boulogne in Paris entfernt. 673 Betten, vor allem Einzelzimmer, aber auch Zimmer mit zwei und vier Betten. Alle haben Toilette und Radio, Telefon und zumeist auch einen Fernsehapparat. Ein Computer hilft bei der Erstellung der Diagnose. Man hat über Ambroise Paré viel diskutiert, über die Nützlichkeit, solche teuren Etablissements zu bauen. Es ist gewiß das „Paradestück“ der Assistance publique de Paris, die die öffentlichen Krankenhäuser in der französischen Hauptstadt verwaltet. Aber es gibt auch andere Spitäler. Auf sie kann die öffentliche Spitalverwaltung keineswegs so besonders stolz sein, wie etwa auf die großen Spitäler Broussais, Hotel Dieu, Saint Louis, Neckar usw.

Wir waren in einem dieser Häuser. Unverständlich, daß es 1981 noch solche Etablissements in einem Land wie Frankreich geben kann. Krankensäle mit 50 Betten, sie stehen so dicht beisammen, daß man keinen Platz hat, um einen Stuhl dazwischen zu schieben. Die Besucher müssen sich aufs Bett des Kranken setzen. In dem Saal, den wir besuchten, gab es nicht einmal dafür Platz; keine Möglichkeit, daß der rollende EBtisch durchkommt, die Tabletten werden von einem Bett zum anderen gereicht. Eine einzige Lampe an der Decke, etwa acht Meter hoch, und das Licht ist fahl, völlig ungenügend, um etwas lesen zu können. Es brennt die ganze Nacht.

Wir müssen euch von den hygienischen Anlagen berichten. Für den besuchten Saal mit 48 Kranken gibt es vier Waschbecken und zwei Toiletten. Die Küche ist zuletzt 1929 gestrichen worden — damals wurde das Spital erbaut. Aber der Saal für Radiologie ist mit den modernsten

**Grenzen
überbrücken**
Internationale Caritashilfe

Kennwort:
**Hilfe für
Familien
in Polen**

Konto Nr. 202
Postcheck Karlsruhe
Banken,
Sparkassen

Deutscher
Caritasverband



Geräten ausgerüstet und der Chirurgie stehen die teuersten Apparate zur Verfügung. Das sind die beiden Aspekte des französischen Krankenhauswesens. Es gibt auch andere. Einer der wesentlichsten Vorwürfe, mit denen die Verwaltungen der öffentlichen Krankenhäuser überhäuft werden, betrifft die Kostenfrage. Man erklärt in der französischen Öffentlichkeit, die Spitäler des Landes wären die teuersten Europas. Aber der internationale Vergleich bringt Überraschungen. Hinsichtlich der Ausstattung, des Ausmaßes der sanitären Leistungen sowie der Löhne und Gehälter des Personals nimmt Frankreich eine mittlere Position ein. Für den Vergleich wurden die statistischen Mitteilungen der Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Kommission in Brüssel für das Jahr 1976 benützt. In Holland erreichten die Spitaliausgaben 3,9 Prozent des Bruttosozialproduktes = 1020 F pro Jahr und Person, in der Bundesrepublik 3,6 Prozent = 1020 F, in Großbritannien 3,5 Prozent = 810 F, in Italien 3,4 Prozent = 600 F, in Frankreich 3,1 Prozent = 860 F, in Belgien 1,6 Prozent = 420 F. Diese Zahlen gelten auch noch heute. — Die Differenzen von einem Spital zum anderen können enorm sein, selbst bei gleichen Kosten. Die Gehälter präsentieren 70 bis 85 Prozent der Gesamtausgaben.

Der Personalmangel ist chronisch. Es gibt in den neuerbauten Spitälern Abteilungen, die geschlossen bleiben, weil es an geschultem Personal mangelt. Die Nachtschwester haben derart viel Kranke zu betreuen, daß sie ihre Pflichten oft

beim besten Willen nicht erfüllen können. In der Anästhesie mangelt es in fast allen Spitälern an geschulten Kräften. In den Abteilungen für Kardiologie und Pädiatrie gibt es sehr oft aus dem gleichen Grund lange Wartezeiten, teure Apparate können oft nur teilweise verwendet werden.

Obwohl sich der Personalstand seit 1970 verdoppelt hat, sind insgesamt 85 000 Stellen bei einem Angebot von 550 000 vakant. Inzwischen wurde die Arbeitszeit auf 40 Wochenstunden reduziert und der Abwesenheitsquotient erreicht in Paris 16,4 Prozent. Die Krankenschwester bezieht in Paris ein Anfangsgehalt von 3000 F im Monat und nach 20 Dienstjahren erhält sie nicht mehr als 4000 F. Dazu kommt die völlig unregelmäßige Arbeitszeit. Das erklärt, warum eine Krankenschwester bestenfalls viereinhalb Jahre im Dienst bleibt. So ist es übrigens auch zu erklären, daß verschiedene Spitalverwaltungen gezwungen sind, weniger qualifizierte Arbeitskräfte einzusetzen. In den Vereinigten Staaten zählt man im Durchschnitt 2,4 Krankenschwestern pro Kranken, in Paris, so erklärt man offiziell, wäre der Durchschnitt 2 : 1, aber in der Realität ist er oft auch nur 1 : 1. Das kalte, distanzierte und oft inhumane Verhältnis zwischen Kranken und Personal wurde schon öfters in der Öffentlichkeit angeprangert. In den letzten 15 Jahren hat Frankreich etwa 400 Milliarden Francs für seine Spitäler ausgegeben. Ein bedeutender Betrag, der es erlaubt hat, den Bettenbestand von insgesamt etwa 600 000 um 30 Prozent zu erhöhen, während zugleich bedeutende Anstrengungen ge-

macht werden, um die alten Spitäler zu modernisieren. Sehr vieles ist auf diesem Gebiet noch zu tun. Manche hielten das Tempo indessen für übertrieben. Es hatte mit zur Folge, daß sich die Kosten für das Gesundheitswesen alle vier Jahre verdoppeln und gegenwärtig 7,1 Prozent des Bruttosozialproduktes gegenüber 5,7 Prozent im Jahre 1970 erreichen; aber die Franzosen standen in dieser Richtung nie auf dem letzten Platz in Europa.

Dank einer intensiven Behandlungsmethode gelang es, die Dauer des Spitalsaufenthaltes in den letzten 15 Jahren von durchschnittlich 20 Tagen auf 12 Tage zu reduzieren. Diese Reduktion hatte keineswegs eine Verminderung der sogenannten „Spitalsqualität“ zur Folge. Die Anwendung modernster Therapiemethoden ist heute in den Krankenhäusern zur Routine geworden, aber diese werden oft kritisiert, weil sie teuer sind.

Heute gibt es zu viele Betten in den öffentlichen Krankenhäusern; man könnte auf etwa 33 700 verzichten. Diese Überzahl verleitet zu einer „sur consommation hospitalière“. Verschiedene Abteilungen haben die Tendenz, den Krankenhausaufenthalt zu verlängern, da ja größtenteils die Kassen den Aufenthalt voll bezahlen. Hierzu ist festzustellen, daß diese Situation nicht überall die gleiche ist.

Die französischen Krankenhäuser gehören zu den teuersten Europas. Ein Tag in der allgemeinen Abteilung eines Pariser Spitals kostet, unabhängig von jeder ärztlichen Leistung, 472 F, in der chirurgischen

**Glomeruläre
Nephropathien,
chronisch
renale
Hypertonie,
Entzündungen
und Spasmen
der Harnwege.**

SOLIDAGO® Dr. Klein
die Kapillarpermeabilität normalisieren, die Kapillarresistenz erhöhen.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. tl. aus Herb. Solidag. virg. 50 g (stand. aut 1 mg Quercitrin pro ml). -Potentill. anserin. 17 g, -Equiset. arv. 12 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.

Dosierung: 3 x täglich 20–30 Tropfen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

Handelstorten und Preise incl. MWSt.: Tropfen: Flasche mit 20 ml DM 6,96; 50 ml DM 13,98; 100 ml DM 23,75.
Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzentorschung,
7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald



Abteilung erhöht sich der Tagesatz auf 629 F, in der Neurochirurgie auf 933 F und in den Spezialabteilungen sogar auf 1460 F, das sind etwa 700 DM. Diese Tarife werden im Laufe des Jahres um durchschnittlich zehn Prozent angehoben werden. Die Kassen verwenden mehr als 45 Prozent ihrer Gesamtausgaben für die Spitalkosten.

Im Zuge der Maßnahmen zur Reduzierung der Ausgaben in der Krankenversicherung wurde beschlossen, darauf zu achten, daß die Kranken dabei nicht zu Schaden kommen. Besteht aber überhaupt die Möglichkeit, die Ausgaben zu reduzieren? Man müßte vor allem den Verwaltungsapparat rationalisieren, es gibt viel zuviel „sitzendes“ Personal, zuviel Bürokratie und zuviel Papier. Man muß bedenken, daß die Verwaltungsspesen 89,1 Prozent der Gesamtausgaben der Krankenhausverwaltungen erreichen und die Arztkosten 10,9 Prozent. Nach Ansicht des Gesundheitsministers sind 58 Prozent dieser Kosten unabänderlich, auf 22 Prozent könnten die Spitalverwaltungen einen positiven Einfluß nehmen und 20 Prozent dieser Ausgaben hängen von den Entscheidungen der Ärzte ab.

Die ärztliche Versorgung in den Spitälern war lange Zeit ein größeres Problem; seit der Einführung des Ganztagsdienstes ist diese gesichert. Das durchschnittliche Einkommen eines Chefarztes in einem öffentlichen Krankenhaus erreicht, wenn er voll beschäftigt ist, etwa 30 000 F im Monat. Um den Professoren und Chefarzten einen zusätzlichen Anreiz zu geben, sich zum

Ganztagsdienst zu verpflichten, bekamen sie die Möglichkeit, an zwei halben Tagen in der Woche Privatpatienten im Krankenhaus zu behandeln und acht Prozent der Krankenhausbetten zu diesem Zweck zu belegen sowie die technischen Einrichtungen zu benützen. Dadurch gelingt es manchem, sein Einkommen zu verdoppeln. Da sie bei der Behandlung ihrer Privatpatienten an keine Kassenhonoreare gebunden sind, berechnen diese Ärzte für eine Sprechstundenberatung zwischen 200 und 300 F. Ein chirurgischer Eingriff wird privat mit 5000 bis 10 000 F liquidiert. Das Krankenhaus erhält 30 Prozent des Honorars für die private Sprechstunde, allerdings auf der Basis der Kassentarife.

Ein besonderes Problem sind in Frankreich die Privatkliniken. Sie spielen im französischen Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Es wird jenen, die auf gewinnbringender Basis arbeiten, der Vorwurf gemacht, sie würden mit der Gesundheit der Menschen gute Geschäfte machen. Eines stimmt gewiß: die Konkurrenz zwischen den privaten Kliniken und den öffentlichen Krankenhäusern ist aus mehreren Gründen groß. Zunächst besteht ja für den Sozialversicherten die Möglichkeit, nicht nur den Arzt seiner Wahl aufzusuchen, sondern auch die Heilanstalt, die ihm am besten zusagt. Und diese freie Wahl wirkt sich zugunsten der privaten Kliniken aus, die sich vor allem auf die kleine und mittlere Chirurgie spezialisieren. Etwa 55 Prozent aller chirurgischen Eingriffe und 60 Prozent aller Entbindungen werden in Privatkliniken vorgenommen, aber nur, weil es

die Patienten so wünschen. Die Privatkliniken arbeiten gewiß billiger. Eine Blinddarmoperation kostete vor zwei Jahren in einer mit den Kassen unter Vertrag stehenden Privatklinik in der Pariser Region 2300 F, für die gleiche Operation wurden in einem öffentlichen Spital 4896 F berechnet. Für eine Entbindung wurde in einer Privatklinik ein Betrag von 2000 F verlangt, in einer öffentlichen Entbindungsanstalt 5380 F.

In manchen Kreisen wurde die Frage gestellt, ob man die Privatkliniken nicht in den öffentlichen Gesundheitsdienst integrieren sollte. Vor einiger Zeit wurden bereits 280 private Heilanstalten teilweise in den öffentlichen Gesundheitsdienst einbezogen; sie bleiben der Form nach in dem Besitz jener Einrichtungen, die sie bisher geführt haben. Darunter befinden sich sowohl Sanatorien als auch psychiatrische Kliniken und große Spitalskomplexe.

Als die Präsidentin des Europäischen Parlaments, Frau Veil, noch Minister für das Gesundheitswesen in Frankreich war, galt ihre besondere Aufmerksamkeit der Humanisierung in den Spitälern. Sie hat eine Reihe von Verfügungen erlassen, damit der, der in ein öffentliches Spital kommt, nicht wie eine Nummer behandelt wird, sondern auch hier Mensch bleibt. Diese Verordnungen waren vom besten Willen getragen. Sie hatten und haben weiterhin nur einen Fehler: sie werden nicht angewendet . . .

J. H., Paris

bei MASTODYNIE und fibrozystischer
MASTOPATHIE

mastodynnon®

Resultat der Mastodynnon-Therapie
bei 444 Frauen mit Mastodynie,
Universitätsklinik Göttingen:

In 82,8% der Fälle ein Behandlungserfolg.
Jede 2. Patientin (57,8%) war völlig be-
schwerdefrei. Jede 4. Patientin (25%)
zeigte deutliche Besserung.
[Gregl: Med. Welt 30 (1979) 264]

Indikationen: Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklusnormalien, zyklisch bedingte Migräne.
Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt.
Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Caulophyllum thalictroides D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatia D 6 10 g, Iris D 2 20 g, Lilium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tinctura Condurango 10 g. (Ab D 4 wird mit 15%igem Ethanol potenziert).
Dosierung: 3mal täglich 30 Tropfen in etwas Wasser einnehmen.
Handelsformen: OP mit 50 ml DM 11,55, OP mit 100 ml DM 17,50, Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml.

Bionorica KG,
Apotheker Popp, 8500 Nürnberg 1

Zahnärzte: Sozialromantiker verschuldeten Kassen-Finanzmisere

Das Problem und die Partner sind dieselben wie der Ärzte. Auch die Zahnärzte nehmen im Spannungsfeld zwischen Patienten und Krankenkassen jene gesetzbedingte, merkwürdige Position ein, individuell zu leisten und mit einem Kollektiv abzurechnen. Die Leistung des Zahnarztes mißt der Patient indes nach anderen Kriterien als die des Humanmediziners.

Freilich, beide sollen ihn möglichst schmerzlos schmerzfrei stellen. Aber wenn man einander die Zähne zeigt, konservierend behandelte oder neu eingegliederte, vermag man Ausführung, Material und kosmetische Wirkung zu begutachten und zu vergleichen – was man etwa bei Blinddarm-Operationsnarben unterläßt. Da ist das Behandlungsmerkmal im Alltag eben nicht offenkundig.

Für die Zähne aber war in den letzten Jahren politischer Sozialromantiker nichts gut genug. Als sie merkten, wie teuer die Begehrlichkeit wurde, die sie da geweckt hatten, prangerten sie den Zahnarzt als Buhmann der Nation an.

„Sie haben mit Ihrer Reformwut der frühen siebziger Jahre Maßnahmen in Geng gesetzt und Erwartungen wachgerufen, die heute nicht mehr gehalten werden können“, verurteilte Dr. Erich Pillwein, Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (BLZK), jene Praktiken zum „Bayerischen Zahnärztag 1981“. „Insbesondere beim Zahnersatz wurden Entscheidungen getroffen, die sozialpolitisch unsinnig waren mit der Folge, daß allein in Bayern im letzten Jahr rund 1,4 Mrd. DM für Prothetik und bundesweit rund sieben Mrd. DM dafür hatten ausgegeben werden müssen – bei jährlichen Steigerungsraten zwischen 14 und 15 Prozent“, so Pillwein weiter. So erarbeiteten sich Zahnärzte, nach vielen Jahren materiellen Rückstands einen vielbenediteten Platz an der Sonne, „wenn auch der Anteil der Material- und Laborkosten im Durchschnitt der Gesamt-Prothetik-Ausgaben kontinuierlich von 1978 mit 51,3 Prozent über 53,5 Prozent 1979 auf 55,8 Prozent 1980 kletterte“, wie Erich Müller, Erster Vorsitzender der Kessenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB), schwindelhohe Umsetzzahlen von Zahnarztpraxen auf ein vergleichsgerechteres Maß herunterholte.

Natürlich führte die Anonymität der Prothetikverträge Zahnärzte in eine starke

Versuchung, räumte Pillwein ein, denn vorher mußte der Patient das meiste noch aus der eigenen Tasche zahlen. Daher hatte ihn der Zahnarzt von einer bestimmten prothetischen Versorgung zu überzeugen. Das „Feigenblatt einer Schutzgebühr von 20 Prozent Eigenbeteiligung“ habe eine Begehrlichkeit beim Versicherten geweckt, die die Krankenkassen längst an den Rand der Zahlungsfähigkeit gebracht hätte, gäbe es nicht das probete Mittel der Beitragserhöhungen.

Erich H. Müller führte das Mögliche auf das Machbare zurück, das auch zu finanzieren sei. Alle Ansprüche vermöge die Sozialversicherung eben nicht zu befriedigen, brachte der KZVB-Vorsitzende Intentionen von Politikern mit der Wirklichkeit in Einklang. Dabei werde das Anspruchsverhalten sicherlich außer durch die Sozialgesetzgebung auch durch die immer größeren medizinisch-technischen Möglichkeiten genährt.

„Führen wir die Marktwirtschaft wieder ein, im Bereich der zahnärztlichen Behandlung beispielsweise durch eine ausreichende Grundversorgung zum vertraglich fixierten Preis“, bot Dr. Pillwein den Verantwortlichen im Gesundheitswesen an. Alle anderen zahnprothetischen Leistungen müßten dann ebenfalls, besonders die Preise für Material- und Laborkosten, wieder in das freie Kräftespiel der Marktwirtschaft zurückgeführt werden.

Diese Forderung konkretisierte Erich H. Müller durch die Vorstellung von einer Zuschußanpassung. Neben einer linearen Senkung des Zuschusses sollte die modifizierte Regelung eines differenzierten Zuschusses erwogen werden. So könnten die Zuschüsse für die rein medizinisch-ärztlichen Leistungen des Zahnarztes bei 80 Prozent bleiben oder sogar auf 90 Prozent erhöht werden. Hingegen sei deutlich niedriger, etwa zu 60 Prozent, zu bezuschussen, was der Patient an materiellem Wert mitbekäme, ausgedrückt durch die Material- und Laborkosten.

Im übrigen müsse der Patient erkennen, daß der teuerste Zahnersatz nicht immer der beste sei, auch das werde dem Patienten in einem gemeinsamen Appell der bayerischen Krankenkassen und Zahnärzte gesagt werden, der beim Patienten um mehr Verständnis für die Verpflichtung des Zahnarztes zur Wirtschaftlichkeit werben solle, und den Dr.

Pillwein ankündigte. Durch diese gemeinsame Aktion sollten auch die Mitarbeiter der Krankenkassen eingehalten werden, bei der Beratung der Patienten nicht die eigenen Bemühungen der Kostendämpfung zu unterlaufen.

Horst Beloch

Augenwischer

Hohe Zinsen sind seit Monaten ein großes Thema. Bis zu mehr als dreizehn Prozent p. a. bietet auf drei Jahre sogar der Bund mit seinem Angebot unverzinslicher Schetzenweisungen. Bei diesen Offerten kommt das Sparkonto natürlich zu kurz, weil die Kreditinstitute nicht mithalten.

Einige versuchen auf merkwürdige Weise, sich diesen Anschein zu geben. Sie bieten nach sechs- oder siebenjähriger Anlage einen Bonus von zwölf, 14 oder mehr Prozent. Die Bundespost zahlt für eine Mindestanlage auf ein Jahr einen Bonus von anderthalb, zwei Jahre von weiteren zwei und drei Jahren erneut von drei Prozent. Das Geld wird mit dem niedrigsten, dem Sperrzins von zur Zeit fünf Prozent verzinst.

Das heißt, effektiv kommt bei der Bundespost nach dem ersten Jahr 6,5 Prozent, nach dem zweiten 6,69 und dem dritten 7,00 Prozent heraus. Viel mehr ist es auch bei den Banken nicht, die zweistellige Boni nach sechs oder mehr Jahren versprechen.

Wer aber will den Kunden zur Anlage mit höherem Ertrag raten, wenn er selbst Geschäfte mit niedriger Rendite abschließen möchte? Solche Banken dürfen sich nicht wundern, wenn sie im Kunden Zweifel erregen.

Prosper

Kurz über Geld

BERLIN-DARLEHEN interessant auf zwölf und 25 Jahre mit hoher Rendite. Kombination mit Lebensversicherung ertragserhöhend möglich.

GLAS ZUSATZVERSICHERN, soweit es besonders isoliert, Sicherheits- oder Schallschutzglas ist. In üblicher Hausratversicherung nur übliche Vergleisungen geschützt.

EINHEITSWERT-ANHEBUNG von Grundstücken wird mit Hochdruck betrieben. Schenkungen vorher verhindern Erbschaftssteuer.

TANKSCHECKS werden jetzt von den Tankstellen bis zu 200 DM eingelöst. Bisher lag der Betrag bei 50 DM.

DIAMANTENPREISE durch Hochzinsniveau gedrückt. Anhebung bis Jahresende erwartet.

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

Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. G. Heberer

Symposion zum XII. Internationalen Kongress für Gerontologie am 18. Juli 1981

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 18.00 Uhr

Thema: Perioperative Aspekte zur Chirurgie des alten Menschen.

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. J. Witte, Oberarzt der Chirurgischen Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-1

Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. G. Heberer

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 26. bis 30. Oktober 1981

Täglich: 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr Beteiligung am Operationsprogramm: Abdominal-, Thorax-, Unfall-, Gefäß-, Hand-, Plastische und Allgemeine Chirurgie – Teilnahme an Visiten aller Stationen – Nachmittags Vorträge und Diskussion

Thema: Allgemeine Chirurgie – Bauch-, Thorax-, Gefäß- und Unfallchirurgie – Handchirurgie und Plastische Chirurgie. Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 16. Oktober 1981 (Posteingang)

Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Kern

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 2. bis 6. November 1981

Täglich von 8.00 Uhr bis ca. 18.00 Uhr

Themen: Chirurgie der Milz – Bronchialkarzinom – Pleuraempyem – Rektumkarzinom – Chirurgie der supraortalen Arterien – Distale Unterarmfrakturen – Verbrennungen, insbesondere bei Kindern – Replantationschirurgie an der Hand – Plastische Chirurgie: Mamma-reduktionsplastik – Defektdeckung bei Strahlenschäden und bei Dekubitalulzera – Teilnahme am Operationsprogramm, an den täglichen Visiten und Konferenzen

Letzter Anmeldetermin: 16. Oktober 1981 (Posteingang)

Echokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Cheferzt: Professor Dr. D. Michel

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

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Beginn: Freitag 9.15 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Kursgebühr: DM 50,-

Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1981 (Posteingang)

Elektrokardiographie

Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission Krankenhaus Rummelsberg, Laurentiushaus, Schwarzenbruck

Leitung: Oberarzt Dr. Werning

Einführungskurs „Elektrokardiographie für die Praxis“ am 18./19. September 1981

Ort: Hörseal der Orthopädischen Klinik, Wichernhaus des Rummelsberger Krankenhauses, 8501 Schwarzenbruck

Teilnehmerbeitrag pro Seminar DM 80,-
Übernachtungsmöglichkeit im Hause

Letzter Anmeldetermin: 8. September 1981

Juli bis November 1981

17./18. Juli
Ultreschall, Kronach

18. Juli
Chirurgie, München

11./12. September
Sonographie, München

18./19. September
Elektrokardiographie, Schwarzenbruck

18./19. September
Ultraschall, Regensburg

3. Oktober
Innere Medizin, Würzburg

5. bis 9. Oktober
Innere Medizin, München

12. bis 17. Oktober
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Erlangen

23./24. Oktober
Echokardiographie, München

24./25. Oktober
Ergometrie, Bernried

26. bis 30. Oktober
Chirurgie, München

2. bis 6. November
Chirurgie, Würzburg

14. November
Pädiatrie, Erlangen

Ergometrie

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

Cheferzt: Dr. H. Hofmann

Ergometrie-wochenende am 24./25. Oktober 1981

Beginn: Samstag 9.30 Uhr – Ende: Sonntag 12.30 Uhr

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 90,-

Auskunft und Anmeldung:

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

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. M. E. Wigand

15. HNO-Fortbildungsseminar vom 12. bis 17. Oktober 1981

Beginn: 9.30 Uhr s. t. — Ende: ca. 16.00 Uhr

Thema: Operative Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit besonderer Berücksichtigung der Endoskopie

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. M. E. Wigand, HNO-Universitätsklinik, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-3141

Innere Medizin

Medizinische Klinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. K. Kochsiek

3. Ärztliche Fortbildungstagung in Würzburg am 3. Oktober 1981

Beginn: 9.30 Uhr — Ende: ca. 13.15 Uhr

Ort: Hörsaal 1 der Philosophischen Universität, Am Hubland, Würzburg

— Keine Anmeldung erforderlich —

Innere Medizin

Medizinische Klinik II der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. G. Paumgartner

Klinische Fortbildungswoche für Innere Medizin vom 5. bis 9. Oktober 1981

Beginn: täglich 8.30 Uhr — Ende: 17.00 Uhr (am 9. Oktober 1981 um 13.00 Uhr)

Ort: Kleiner Hörsaal auf Station F 8, Zimmer Nr. 202, Marchioninstraße 15, München

Röntgendemonstrationen — Klinikkonferenzen — Klinische Visiten

Themen: Gastroenterologie — Endokrinologie — Stoffwechselerkrankungen — Intensivmedizin

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 24. September 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)

Pädiatrie

Kinderklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. K. Stehr

Fortbildungsveranstaltung für Kinderheilkunde am 14. November 1981

Beginn: 9.30 Uhr — Ende: 18.00 Uhr

Themen: Pädiatrische Audiologie und Phoniatrie u. a.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-3118 oder 19

Ultraschall

Kreiskrankenhaus Kronach

Chefarzt: Medizinaldirektor Dr. F. Zehmer

Einführungskurs in die Ultraschall-diagnostik der Inneren Medizin am 17./18. Juli 1981

Leitung: Oberarzt Dr. E. Farrenkopf

Beginn: Freitag 9.00 Uhr — Ende: Samstag 12.30 Uhr

Programm: Grundlagen der Ultraschall-diagnostik, Untersuchungstechnik — Vorbereitung der Patienten, Untersuchungstechnik — Milz — Leber — Gallenblase und Gallenwege — Nieren — Harnblase — Prostata — Magen-Darm — Thorax — Pankreas — Oberbauchgefäße — Schilddrüse — Sonographisches Vokabular — Betruddokumentation — Praktische Übungen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Kursgebühr: DM 70,— (Konto Nr. 4093 Sparkasse Kronach — Vermerk „Ultraschallkurs“)

Voranzeige:

Ultraschallkurs für Fortgeschrittene voraussichtlich im Dezember 1981

Auskunft und Anmeldung:

Frau Bernschneider, Kreiskrankenhaus, Friesener Straße 41, 8640 Kronach, Telefon (09261) 1071

Ultraschall

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Direktor: Professor Dr. P. Doering

Regensburger Ultraschallkurs für Fortgeschrittene am 18./19. September 1981

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

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Kursgebühr: DM 120,—

Auskunft und Anmeldung:

Ultraschall-Labor im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Frau True, Prüfeninger Straße 86, 8400 Regensburg, Telefon (0941) 208-277

Allgemeine Fortbildung

Fortbildungskurs für Röntgenhelfer(innen)

vom 28. September bis 9. Oktober 1981 in Erlangen

Leitung: Dr. W. Rödl, Erlangen

Teilnahmevoraussetzung:

Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-272

Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RöV) vom 1. März 1973

Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen in zwei Teilen (3.1.2 der Richtlinien)

am 16./17. und 23./24. Oktober 1981 in Nürnberg

Veranstalter: Radiologisches Zentrum Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. Zeltler)

Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, Nürnberg

Teilnahmegebühr: DM 100,—

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Radiologisches Zentrum, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (0911) 398-2669 oder 398-2540

Kalastrophenmedizin 1981

Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

am 30. September 1981 in München

Themen:

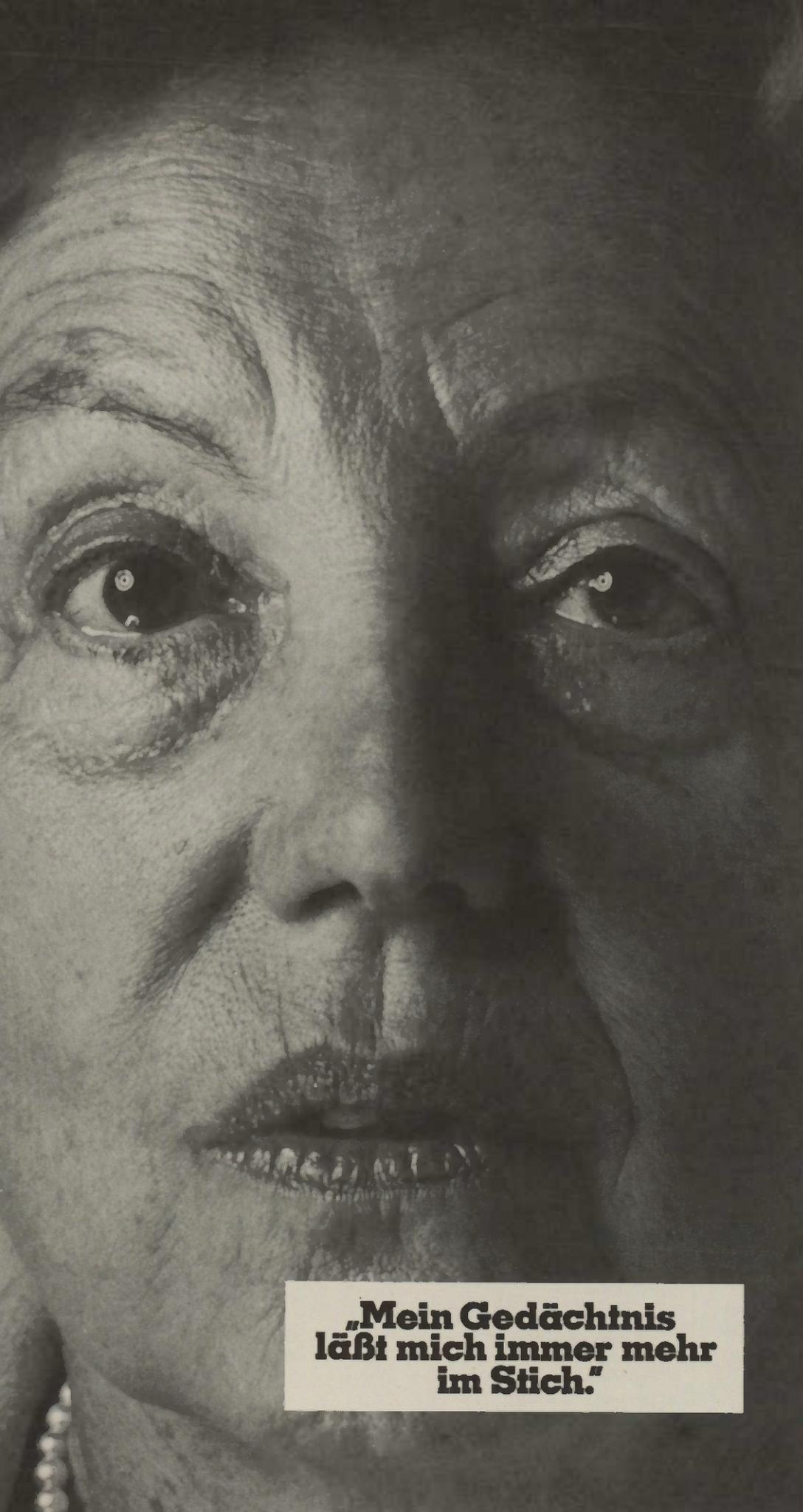
Seuchen, Vergiftungen und bakteriologische Kampfstoffe (Massenvergiftung im Frieden — Epidemien und Seuchenausbreitung im Katastrophen- und Verteidigungstall — Problematik bakteriologischer Kampfstoffe)

Zeit: 15.00 Uhr s. t. bis 18.00 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 (089) 4147-287



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

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 80 mg Butalaminhydrochlorid.

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

Dosierung und Anwendungsweise:

Soweit nicht anders verordnet, 3- bis 2mal täglich 1 Filmtablette einnehmen. Adrevil forte ist wegen seiner guten Verträglichkeit besonders zur Langzeittherapie geeignet.

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

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

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

Handelsformen und Preise:

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

Zyma GmbH München

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

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

30 Filmtabletten zum Einnehmen

Verschreibungspflichtig

Adrevil® forte
Tabletten

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

Zyma

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

5. Onkologisches Seminar für niedergelassene Ärzte

am 15. Juli 1981 in München

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

Thema: Besprechung onkologischer Krankheitsbilder ambulanter Patienten in Praxis und Klinik mit Fellvorstellung
Beginn: 19.30 Uhr s. t. — Ende: 21.30 Uhr
Ort: Klinikum Großhadern der Universität München, Hörsaal VI, Marchioninstraße 15, München 70

Auskunft:

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

30. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung

vom 30. August bis 12. September 1981 in Pörtlach

Veranstalter: Berufsverband Deutscher Internisten e. V. (BDI), Wiesbaden, in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für Kärnten

Leitung: Dr. H.-J. Frank-Schmidt, Ludwigshafen, Professor Dr. J. Stockhausen, Köln

Themen (zumelst in Seminarform): Kardiologie — Hämatologie — Hepatologie — Gastroenterologie — Psychiatrie — Pulmologie — Gefäßkrankheiten — Stoffwechselkrankheiten — Rheumatologie — Ophthalmologie — Dermatologie — Schilddrüse — Sexualmedizin (andrologisch und gynäkologisch) — Immunologie — Ernährung — Geriatrie — Niere-Hochdruck — Röntgendiagnostik — Antibiotika — Mykologie — Impfungen — Autogenes Training — Ärztliche Berufspolitik — Laborseminar — Echokardiographie — Arzt und Medizin in USA — Kurs „Gastroskopie“ und „Sonographie“

Ort: Parkhotel, Pörtlach

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro des Berufsverbandes Deutscher Internisten, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden, Telefon (06121) 306028

9. Kongreß der Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern e. V.

am 6./7. November 1981 in Bad Reichenhain

Leitung: Professor Dr. W. Grill, Starnberg

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-33 74

Onkologische Fortbildung

Die Bayerische Landesärztekammer — Akademie für ärztliche Fortbildung — führt in Zusammenarbeit mit Mitgliedern des Tumorzentrums München

am 7. November 1981 und 14. November 1981

eine onkologische Fortbildung durch.

Theme: Die häufigsten onkologischen Krankheitsbilder — Frühdiagnostik und Nachbehandlung in der Praxis

Beginn: jeweils 9.30 Uhr — Ende: jeweils gegen 17.00 Uhr

Ort: Kongreß-Saal des Ärztehauses Bayern, Mühlbauerstraße 16, München 80

Anmeldungen bitte nur fernmündlich:

(0 89) 41 47-288, Frau Wanger, oder (0 89) 41 47-287, Frau Urban

Fortbildungsveranstaltungen des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth

1. August 1981

Jährliches Rheuma-Symposium „Aktuelle Rheumatologie Bayreuth“

Zeit und Ort: 9.00 Uhr — Stadthalle, Bayreuth

30. September 1981

Rasche Gewichtszunahme im Säuglingsalter und Adipositas des Schulkindes und des Erwachsenen
Professor Dr. Kunze, München

Zeit und Ort: 20.00 Uhr — Stadthalle, Bayreuth

14. Oktober 1981

Nephrolithiasis in Klinik und Praxis
Dr. Söllner, Bayreuth

Zeit und Ort: 20.00 Uhr — Kolpinghaus, Bayreuth

24. Oktober 1981

Penkreas-Diagnostik
Professor Dr. Fuchs, Frankfurt, Privatdozent Dr. Rettenmaier, Böblingen, Pro-

fessor Dr. Classen, Frankfurt, Professor Dr. Grebner, Straubing, Dr. Tympner, Bayreuth

Zeit und Ort: 9.00 Uhr — Stadthalle, Bayreuth

4. November 1981

Sofortmaßnahmen bei akuten Vergiftungen

Dr. Daunderer, München

Zeit und Ort: 20.00 Uhr — Stadthalle, Bayreuth

2. Dezember 1981

Aktuelle Probleme der Wasser-Selz-Haushaltsstörungen in Klinik und Praxis
Professor Dr. Kunz, Wetzlar

Zeit und Ort: 20.00 Uhr — Stadthalle, Bayreuth

Auskunft:

Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth, Hohe Werte 8, Telefon (09 11) 28 02 22

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1981

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 Meren:

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

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung veranstaltet am

26. September 1981

21. November 1981

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

Beginn: jeweils 9.15 Uhr — Ende: jeweils 16.30 Uhr

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

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

9. Internationaler und interdisziplinärer Herbst-Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie

vom 20. bis 27. August 1981 in Brixen

Thema: Hilfe für das behinderte Kind — Seminare und Sonderseminare

Ort: Realgymnasium Fallmerayer, Dantestraße, Brixen

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. Th. Hellbrügge, Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2, Telefon (0 89) 77 90 37

Deutsch-jugoslawisches rheumatologisches Symposium

vom 4. bis 6. September 1981

in Bad Abbach

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Jugoslawische rheumatologische Gesellschaft

Thema: Probleme der Behandlung der chronischen Polyarthritiden

Auskunft:

Professor Dr. H. Mathies, Chefarzt der I. Medizinischen Klinik des Rheumazentrums, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 1 82 20

Bayreuther Sozialrechtstage 1981

am 10./11. September 1981 in Bayreuth

Veranstalter: Landesversicherungsanstalt Oberfranken/Mittelfranken in Zusammenarbeit mit der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth

Themen: Fragen aus dem sozialmedizinischen Bereich — Probleme aus dem Entwurf des dritten Kapitels des Sozialgesetzbuches X

Auskunft:

Professor Dr. W. Gitter, Lehrstuhl für Zivilrecht, Arbeits- und Sozialrecht der Universität Bayreuth, Postfach 3008, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 55 29 09

4. Münchener Gefäßchirurgisches Gespräch

am 23./24. Oktober 1981 in München

Themen: Rekonstruktive Chirurgie der Venen einschließlich Venenersatz und Lyse — Rekonstruktive Maßnahmen bei Verschlüssen und Stenosen der Nieren- und Mesenterialarterien — Eigene Fehler und Mißerfolge in der Gefäßchirurgie

Auskunft:

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

Weiterbildungsprogramm

der Augenklinik und -Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München und der Augenabteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching

Donnerstag, 2. Juli 1981

Schleoperationen — Klinische Demonstrationen

Donnerstag, 9. Juli 1981

Von der Refraktion zur getragenen Brille — Die Bedeutung von Meßwerten, Anpassungs- und Fertigungsprobleme für Augenarzt und Augenoptiker — Klinische Demonstrationen

Donnerstag, 16. Juli 1981

Schleoperationen II — Klinische Demonstrationen

Donnerstag, 23. Juli 1981

Perimetrische Verlaufskontrolle — Besondere Glaukomformen — Klinische Demonstrationen

Donnerstag, 30. Juli 1981

Abschlußtest und Besprechung

Beginn: jeweils 16.00 Uhr

Ort: Konferenzraum Nord (Urologische Klinik) des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, München 80

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,—.

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.

Tegungsort: 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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im April 1981 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Meldungen von Salmonelloseerkrankungen gingen im April zahlreicher als im März ein. Der Anstieg der Erkrankungsziffer von 32 auf 46 je 100 000 Einwohner, umgerechnet jeweils auf ein

Jahr, war jedoch weit geringer als im April vorigen Jahres. Die Erkrankungshäufigkeit an Virushepatitis nahm von 19 Fällen im März auf 16 im Berichtsmonat je 100 000 Einwohner ab.

Auch an Meningitis/Enzephalitis erkrankten im April weniger Menschen als im März. Die Ziffer sank von 9 auf 6 Fälle je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. März bis 3. Mai 1981 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen ¹⁾		Hepatitis A		Hepatitis 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		
Oberbayern	6	—	5	1	7	—	2	1	131	—	2	—	21	—	31	—	12	—
Niederbayern	5	—	3	—	1	—	14	—	36	—	—	—	2	—	4	—	2	—
Oberpfalz	—	—	1	—	—	—	2	—	39	—	3	—	2	—	—	—	—	—
Oberfranken	1	—	—	—	—	—	3	—	56	—	—	—	16	—	9	—	1	—
Mittelfranken	2	1	2	—	1	—	1	—	69	1	3	—	5	—	14	—	4	—
Unterfranken	1	—	1	1	—	—	1	—	105	—	4	—	4	—	8	—	5	—
Schwaben	3	—	1	—	—	—	1	—	44	—	—	—	9	—	18	—	5	—
Bayern	18	1	13	2	9	—	24	1	480	1	12	—	59	—	84	—	29	—
Vormonat	26	1	23	1	8	—	17	—	270	—	10	—	65	1	70	2	28	1
München	—	—	—	—	5	—	1	1	37	—	1	—	12	—	9	—	5	—
Nürnberg	—	—	1	—	—	—	—	—	13	1	—	—	1	—	5	—	1	—
Augsburg	2	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	3	—	7	—	2	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	2	—	3	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	1	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis	Paratyphus A, B und C	Shigellenruhr	Malaria	Botulismus	Ornitose	Angeborene								Tollwutverdacht ²⁾					
							Zyto-megalle		Listariose		Lues		Toxoplas-mose							
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St				
10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20
Oberbayern	1	—	2	—	7	—	4	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	2	—	16
Niederbayern	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	1
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
Oberfranken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	12
Mittelfranken	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	13
Unterfranken	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	28
Schwaben	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	31
Bayern	1	—	3	—	11	—	7	—	1	—	11	—	1	—	1	—	5	—	—	109
Vormonat	—	—	2	—	13	—	2	1	3	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	107
München	1	—	—	—	5	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Augsburg	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Außerdem: 1 Erkrankungsfall an Leptospirose in Oberbayern und je 1 Sterbefall an Virusgrippe in Oberbayern und Oberfranken.

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

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

St = Sterbefälle.

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

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

Schnell informiert

Broschüren des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

1. Band 16: „Praxiscomputer im Routinetest“

Der Computer in der Praxis des niedergelesenen Kassenarztes stellt sich heute vorwiegend als organisatorisches Hilfsmittel zur Lösung administrativer Probleme, insbesondere bei der Abrechnung, der Stammdatenerfassung von Patienten sowie der Leistungs- und Diagnoseerfassung dar. Die allgemeine Verwendung von Arztcomputern in der Praxis wird nicht zuletzt von der Beantwortung der Frage abhängen, welchen Einfluß der Praxiscomputer auf die Höhe der Praxis-kosten hat bzw. in welchen Praxistypen er auch unter Kosten-gesichtspunkten ein Rationalisierungshilfsmittel darstellt. Diese Fragen wurden im Rahmen eines Feldversuches in Arztpraxen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersech-sen analysiert.

Der Feldversuch, bei dem Zeitvergleiche zwischen der EDV und der konventionell organisierten Praxis vorgenommen wurden, zeigte bei den getesteten Basisfunktionen überwie-gend einen zeitlichen Vorteil zugunsten des Praxiscomputers. Wegen der zur Zeit allerdings noch relativ hohen Betriebskosten (Miete und Wartung) schlägt sich dieser Zeit-vorteil tendenziell nur bei relativ großen Praxen auch als Kostenvorteil in den Praxiskosten nieder.

Die Herausgabe dieses Berichtsbandes fällt zeitlich auch zu-sammen mit einem Wandel in der Forschungs- und Entwick-lungspolitik des Zentralinstituts auf dem EDV-Sektor. Wäh-rend der vergangenen sechs Jahre wurden im Zentralinstitut unter aktiver Mithilfe der Kassenärzte und der Kassenärzt-lichen Vereinigungen verschiedene Lösungsmodelle für den EDV-Einsatz entwickelt und getestet. Die in dem Projekt DOMINIG getesteten überbetrieblichen Informations- und Integrationsansätze zwischen verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens zeigten sich weder von technischer noch von administrativer Seite realisierbar. Dagegen haben praxisbezogene Lösungsansätze, wie das getestete und mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns entwickelte System, oder das im Zentralinstitut entwickelte Arzt-Computer-System ARCOS reelle Einsatzchancen in der Kassenpraxis.

2. Band 19: „Prävention im System der gesetzlichen Krankenversicherung“

Diese knapp gefaßte kritische Übersicht über begründete Ansätze für Präventionsmaßnahmen im Handlungsfeld einer bevölkerungsweiten gesetzlichen Krankenversicherung ent-stand in Vorbereitung der „Konzertierten Aktion im Gesund-heitswesen“ 1979. Insbesondere von politischer Seite wer-den hier oft übertriebene Hoffnungen geweckt. Die vielfach geforderte grundsätzliche Umgestaltung der historischen Krankenversicherung in eine Einrichtung der aktiven Ges-undheitssicherung ist ein ideell begrüßenswertes, aber in bezug auf die großen Volkskrankheiten derzeit wissenschaft-lich nicht realisierbares Ziel. Es sollten deshalb auch nicht voreilig beliebige Präventionsmaßnahmen als gesicherte Bei-träge zur Kostendämpfung gefeiert oder im Zuge der Über-arbeitung des Sozialgesetzbuches ein genereller Präven-tionsauftrag der sozialen Krankenversicherung zur gesetz-lich fixierten Pflichtaufgabe erhoben werden.

Medikamente für Polen

Der Verein „intermedica e. V., Medikamentenhilfe für Ent-wicklungsländer, hat aufgrund der schlechten Versorgungs-lage in Polen seine Sendungen in dieses Land intensiviert. Über die Ostpriesterhilfe – oder auch direkt aus Polen – erreichen den Wolfenbütteler Verein zahlreiche Arzneimittel-gesuche. Vielen, dort lebenden Menschen ist es nicht mög-lich, bestimmte Präparate in den Apotheken zu erwerben. Für andere Patienten sind lebenswichtige Medikamente schlicht unerschwinglich.

Von Januar bis April 1981 hat die intermedica, die normaler-weise nur Entwicklungsländer beliefert, 116 Einzelsendun-gen mit einem Wert von mehr als 33 000 DM nach Polen ver-schickt. Für ihre Medikamentensendungen in über 50 Länder der Erde benötigt die Organisation auch weiterhin Spenden. Kontonummern: intermedica e. V., 3340 Wolfenbüttel; Post-scheckamt Hannover, Nr 333-309, oder Dresdner Bank Wol-fenbüttel (Bankleitzahl 270 800 60), Nr. 201 010 000

DFG-Schwerpunktprogramm „Biologie des Alterns“

1. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) hat Profes-sor Dr. K. Brend, Vorstand des Instituts für Physiologische Chemie der Universität Erlangen-Nürnberg, eine Sachbei-hilfe in Höhe von 92 000 DM zur Beheizung einer technischen Hilfskraft und für Verbrauchsmaterial gewährt. Mit der für zwei Jahre bewilligten Summe soll das Forschungsprojekt „Einfluß des Alterns auf mitochondriale Atmung und ATP-Bildung in normalen und ischämisch geschädigten Organen“ gefördert werden.

Kontaktadresse: Professor Dr. K. Brend, Institut für Physio-logische Chemie, Fehrstraße 17, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-46 20

2. Ferner unterstützt die DFG das Forschungsprojekt „Der Einfluß des Lebensalters auf den Alterungsprozeß von Ery-throzyten – Biochemische Untersuchungen an Erythrozyten-Membranen verschiedener Spezies“ von Professor Dr. D. Pielt, Leiter des Instituts für Gerontologie der Universität Erl-angen-Nürnberg, für zwei weitere Jahre mit Personal- und Sechmitteln. Zur Zeit gibt es noch keine exakte Information darüber, welche Faktoren die Lebensdauer von Erythrozyten begrenzen. So werden sowohl innere als auch äußere bzw. innere und äußere Faktoren verantwortlich gemacht.

Kontaktadresse: Professor Dr. D. Pielt, Institut für Geronto-logie, 2. Medizinische Klinik Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98-24 35

Gesundheitspaß abgelehnt

Der Ausschuß für Umweltschutz, Volksgesundheit und Ver-braucherschutz bei der Europäischen Gemeinschaft hat eine Entschleißung verabschiedet, in der die Einführung einer Ges-undheitskarte für besonders gefährdete Personen, z. B. für Zucker- und Herzranke, Dielysepatienten usw., ähnlich dem Notfalleusweis der deutschen Ärzteschaft auf europäischer Ebene gefordert wird. Die Resolution geht auf einen Antrag einliger Abgeordneter zurück, die ursprünglich für die Einfüh-rung eines Gesundheitspasses plädierten. Dieser weiter-gehende Gesundheitspaß, der auch versicherungsrechtliche Fragen eingeschlossen hätte, fand aber aufgrund der zu gro-ßen Unterschiedlichkeit auf diesem Gebiet innerhalb der EG-Mitgliedsländer nicht die Zustimmung des Ausschusses.

Film: Fiberendoskopische Ösophagusvarizenverödung

Der Film befaßt sich mit der Ösophagusvarizenblutung als Folge des portalen Hochdrucks und deren Behandlung mit der von Privatdozent Dr. N. Soehndre, Hemburg, entwickelten Technik der intravasalen Verödung.

Neben entscheidend verbesserten Ergebnissen ergeben sich mit der fiberendoskopischen Verödung folgende Vorteile: Behandlung, auch bei inoperablen Patienten, ohne Narkose. Geringer Aufwand. Nur zwei bis drei Sitzungen. Kein Gerätewechsel für Notfalldiagnostik und -therapie. 85 Prozent der ekuten Blutungen können zum Stehen gebracht werden.

Hersteller: Ludwig Heumann & Co. GmbH, 8500 Nürnberg

Broschüre: Pruritus – Diagnose und Therapie

In der „Praxisreihe Sandoz“ ist vor kurzem diese Broschüre von Professor Dr. W. Meigel, Hamburg-Eppendorf, erschienen. Sie wird durch die Außendienstmitarbeiter an Ärzte abgegeben.

Broschüre: Fluoreszenz-Mikroskope

Diese Broschüre gibt eine Übersicht über die verschiedenen Anwendungsgebiete der Fluoreszenz-Mikroskopie und des Zeiss Geräteprogramm für diesen Bereich. Sie kann unter der Kennziffer 41-350-d bei Carl Zeiss, Postfach 13 69, 7082 Oberkochen, angefordert werden.

Broschüre: Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000

Die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e. V. stellte diese Broschüre anlässlich des Weltgesundheitstages 1981 zusammen. Galenus Mannheim hat sie in die Reihe „Forum Galenus Mannheim“ aufgenommen in dem Bewußtsein, daß die medikamentöse Therapie nur ein Teil der vielfältigen Bemühungen um „Gesundheit für alle“ sein kann. – Die Broschüre wird auf Antorderung kostenlos versandt.

Intruterinpresser NOVA T

Dieses Pesser ist gut verträglich und einfach in der Handhabung. Es besteht aus einem T-förmigen Kunststoffkörper, der am T-Stamm mit einem Kupferdraht umwickelt ist. Die Seitenerme des T sind leicht geschwungen und enden in kleinen Halbkugeln, welche das Gewebe vor Verletzungen schützen. Am Ende des T befinden sich Kunststoffäden.

Hersteller: Schering Aktiengesellschaft, 1000 Berlin 65

Sherplan 743

Die fokussierte Strahlung des CO₂-Lasers „schneidet“ Gewebe durch Verdampfen extrem schmaler Gewebezonen. Nur wenige engrenzende Zellagen werden nekrotisiert. Blutgefäße und Lymphbahnen werden beim „Schneiden“ verschlossen. Dieses Gerät (Leistung 80 W, 300 W Superplus, Schnittbreite 0,08 mm) kann vor allem bei großen chirurgischen Eingriffen eingesetzt werden.

Beratung durch Poytec GmbH & Co, 7517 Waldbronn, Telefon (0 72 43) 62 31

Merknegeleungspreis nach Küntscher

Herausgeber: Dr. D. Hempel/Priv.-Doz. Dr. S. Fischer, 218 S., 402 Abb., geb., DM 128,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Dieses Buch ist als Operationsanleitung für Methoden der Merknegeleung und der geschlossenen Osteotomien konzipiert, wobei bewährte Modifikationen und Weiterentwicklungen eingehend berücksichtigt wurden. Den Schwerpunkt bilden Zeichnungen und Röntgenbilder zum Operationseblauf und zur Erfolgskontrolle, während der Textteil sich auf die nötigen Ergänzungen beschränkt. Ferner wird detailliert auf Fragen des Instrumentariums und der Patientenlagerung eingegangen. Besonderen Wert legen die Autoren auf die Schilderung vermeidbarer Fehler, um unnötigen Mißerfolgen vorzubeugen.

Kinder- und Schülerdelinquenz

Herausgeber: K.-J. Kluge / N. von Randow, 149 S., 8 Abb., kart., DM 29,—. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.

Die vorliegende Untersuchung befaßt sich mit der Problematik der Kinder- und Schülerdelinquenz in der Bundesrepublik Deutschland, also mit den Gesetzesverstößen von jungen Menschen, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Sie möchte über kindliches Delinquenzverhalten informieren und Wege aufweisen, wie Kindern geholt werden kann, die Delikte begangen haben. Der Leser findet eingangs sehr klare Ausführungen zur Terminologie von Delinquenz, Devianz, Dissozialität, Verwahrlosung und Verhaltensauffälligkeit. Dann folgen Theorien zum Delinquenzverhalten, pädagogische Empfehlungen und abschließend geeignete Therapietormen. Die zuständigen Instanzen wären gut beraten, wenn sie den Autoren folgend, den Begriff der „Kinderkriminalität“ nicht mehr verwenden würden, „einen im höchsten Maße bedenklichen und negativ fixierten Begriff, der die Betroffenen meist für alle Zeiten zu Außenseitern stempelt“. – Die Autoren wenden sich an alle, die mit Kindern umgehen und sich mit den verschiedenen Arten kindlichen Fehlverhaltens auseinandersetzen müssen: Ärzte, Psychologen, Lehrer, Eltern und Richter. Allen ist die Lektüre sehr zu empfehlen.

Dr. med. M. Wolf, Waldkraiburg

Gerietrie im Abriß

Herausgeber: Dr. H. M. Hodkinson, 196 S., 5 Abb., kart., DM 36,—. Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgart.

Das von einem sehr erfahrenen englischen Geriater verfaßte Buch bietet auf knapp 200 Seiten eine sehr gedrängte und detaillierte Darstellung sowohl der Organisation der geriatrischen Versorgung in England als auch einer Fülle von Problemen, die bei der Diagnosestellung und Therapie von Erkrankungen im höheren Lebensalter zu beachten sind. Bei den Empfehlungen zur medikamentösen Therapie erschlere jedoch streckenweise eine Überarbeitung sehr wünschenswert, da die englische Erstaussage bereits vor sechs Jahren erschien. Die Kapitel über Pflege und Rehabilitation enthalten viele brauchbare Anregungen.

Dr. med. Ch. Gerstenecker, München

Lahrbuch der Orthopädie und Traumatologie

Band II: Erworbene Erkrankungen – Teil 2: Spezieller Teil

Herausgeber: Prof. Dr. M. Lange † / Prof. Dr. E. Hipp, 470 S., 1196 teils farb. Abb., Leinen, DM 298,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die Neubearbeitung des vorliegenden Bandes trägt den wesentlichen Erkenntnissen der letzten zehn Jahre Rechnung. Neben den neueren diagnostischen Verfahren, wie Gefäßdarstellung, Computertomographie, nuklearmedizinische Methoden, wurde besonderer Wert auf die Darstellung langjähriger Erfahrungen zu bestimmten Therapieverfahren gelegt. Als weitere Schwerpunkte wurden aufgenommen: Indikation zur operativen Behandlung der Bandscheibenverlagerung unter Berücksichtigung von Langzeiterfahrungen und Spätergebnissen, Behandlungsergebnisse der Spondylyse und Spondylolyse, Schulterluxation, Arthrose, Indikation zur Gelenkplastik, Behandlung von Fußdeformitäten. – Mit diesem vorliegenden 2. Teilband von Band II ist das Gebiet der Orthopädie abgehandelt.

Anäthaaia bei zentralen Krampfanfällen und Intensivtherapie des Status epilepticus

Herausgeber: A. Opitz, 256 S., brosch., DM 34,-. perimed Fachbuch Verlagsgesellschaft mbH, Erlangen.

In diesem Buch wird die Problematik der Anästhesie und Therapie bei Epileptikern interdisziplinär dargestellt und der aktuelle Stand der Wissenschaft aufgezeigt. Durch Einführung neuer Substanzen und Techniken bieten sich fortschrittliche Behandlungsmethoden an, deren Anwendungsmöglichkeiten und Erfolge unter verschiedenen Aspekten abgehandelt werden.

Atlas der Kolonoskopie

Herausgeber: Prof. Dr. R. Ottenjann, 148 S., 289 Abb., 6 Tab., geb., DM 198,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Dieser Atlas informiert über die moderne Technik der Endoskopie und Biopsie des Dickdarmes und des terminalen Ileum und demonstriert eine umfangreiche endoskopische und histologische Bildersammlung typischer Erkrankungen. Die Bedeutung endoskopisch-biopsischer Untersuchungen in der Diagnostik kolorektaler und ilealer Erkrankungen wird aufgezeigt, vor allem auch im Vergleich zur Aussage röntgenologischer Untersuchungen des unteren Verdauungstraktes. Auch die Möglichkeiten operativer Endoskopie im kolorektalen Bereich werden besprochen.

Strahlenschutz-Belastungen

Herausgeber: Prof. Dr. F. Wachsmann / Dr. K. Consentius, 128 S., 53 Diapositive, DM 118,-. Verlag Hildegard Hoffmann, Berlin.

Um dem Strahlenschutzverantwortlichen und dem Strahlenschutzbeauftragten die halbjährlich vorgeschriebenen Belehrungen seiner Mitarbeiter zu erleichtern, wurde diese Text- und Diasammlung herausgebracht. Die kurzgefaßten, doch umfassenden Texte behandeln alle wichtigen Themen des Strahlenschutzes. Jede Belehrung wird durch Diapositive ergänzt, die simultan mit den gesprochenen Belegtexten gezeigt werden. Diese visuelle Unterrichtsmethode hat sich im medizinischen und technischen Bereich bereits vielfach bewährt.

Bayerisches Ärzteblatt 7/81

Neu von Boehringer Mannheim



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 Ascites, wenn Aldactone allein nicht ausreicht; Ödeme verschiedener Ursache, bei gleichzeitig vorliegendem sekundären Aldosteronismus.

Kontraindikationen: Schwere Niereninsuffizienz, Hyperkaliämie oder Hyponatriämie, Sulfoamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum.

Nebenwirkungen: Während einer Langzeittherapie Hypo- oder Hyperkaliämie; reversibler Anstieg harntypischer 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 verstärkt und die von Cebinoxolon herabsetzen kann und daß durch Acetylsalicylsäure und ihre Salze die Aldosteron-agonistische Wirkung vermindert sein kann. Durch die Thiazid-Komponente kann die Wirkung von Antidiabetika vermindert werden.

Hinweise: Da mit tierexperimentellen Methoden nicht mit Sicherheit zu ermitteln ist, ob ein Medikament beim Menschen teratogen 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, 1. ZL gültige Auflage: August 1980. Auch informiert Sie gern unser Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.



Boehringer Mannheim GmbH
6800 Mannheim 31

Krabsnachsorga

Dokumentation dar Referata das 1. Fortbildungskongrassas 1980 dar Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes und dar Deutschen Krabshilfa in Bad Nauanahr, 232 S., 126 Tab. und Abb., brosch., Selbstkostenpreis DM 20,—. Erschlenen in der Schriftenraihä des Hartmannbundes, Bonn. Diesa Broschüra enthält die 34 Raferata des 1. Fortbildungskongrassas dar Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes und der Deutschen Krabshilfa in Bad Nauanahr. Sia zeigt die Notwandigkeit einer engen Kooperation zwischen den klinischen Einrichtungen und den niedergelassanen Ärzten auf, daran als Träger der Nachsorgephasa aina besondere Bedeutung zukommt.

Abdomnala Sonographia

Herausgebar: Dr. J. Triller / Prof. Dr. W. A. Fuchs, 164 S., 184 Abb. In 314 Einzeldarst., 21 Tab., geb., DM 140,—. Gaorg Thieme Verlag, Stuttgart.

Dieses Buch informliert über den aktuellen Stellenwert der Sonographia in dar radiologischen Diagnostik das Abdomans. Nach einleitender Erörterung der physikalischen und untersuchungstechnischen Grundlagen werden Erkrankungen von Leber, Gallenwagen, Milz, Peritonealhöhla, Retroperitoneum, Pankreas, Nieren und Nebennieren eingehend dargestellt. Aus den vorliegenden klinischen Erfahrungen wird der Sonographie ein ihrer Leistungsfähigkeit entsprechender Platz im jeweiligen Untersuchungsprogramm zugewiesen.

ABC der lebensrettenden Sofortmaßnahmen und Ersten Hilfe

Herausgeber: Prof. Dr. G. Sehati-Chafal / Prof. Dr. R. Frey, 133 S., 56 Abb., Taschenbuch, DM 12,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Dieses ebenso handliche wie preiswerte Taschenbuch stellt einen sehr übersichtlichen und praktischen Leitfaden durch das ABC der Ersten Hilfe dar. Unter Verwendung ausgezeichneter Fotos behandeln die Autoren u. a. die Harz-Lungen-Wiederbelebung, Blutungen, Elektrounfälle, Hitze und Kältschäden, Ertrinken, Vergiftungen (einschließlich Giftnotrufnummern), Erstverbände und Lagerung von Notfallpatienten. Das Buch wendet sich an den medizinischen Laien. Ob Laien die Technik der extrathorakalen Herzdruckmassage anwenden sollten, dürfte noch umstritten sein. — Insgesamt sollte jedoch der Inhalt des Taschenbuches „Allgemeinwissen“ dar Bevölkerung darstellen. Es gehört eigentlich in jedan Haushalt, da die ersten Minuten nach Eintritt eines Notfalles entscheidend sind und der Ersthelfer oft mit einfachen Maßnahmen noch vor Eintreffen von Arzt oder Rettungssanitäter Leben retten kann.

Dr. med. E. Knöpfler, München

Kätha Kollwitz: Eine Gaba Ist eine Aufgabe

Verf.: I. Klabarger, 216 S., 66 Abb., davon 35 Kunstdrucktafeln, EfaIn, DM 26,80. Erika Klopp Verlag GmbH, Berlin. Das Werk von Kätha Kollwitz Ist eng verwoben mit dar Zeit — oder vielmehr den Zeiten, in denen sie lebte. Die Autorin legt hier für Jugendliche und Erwachsene eine in Text und Bild ausführliche Biographie dar Künstlerin vor, die aus Überzeugung Pazifistin war und deren Werke sich vielfältig gegen den Krieg richteten.

Mannhalmer Forum 80/81

Ein Panorama der Naturwissenschaften

Herausgeber: H. v. Dittfurth, 237 S., 91 Abb., Studienreihe Boehringer/Mannheim, DM 28,—. Hoffmann und Campa Verlag, Hamburg.

Schwarzpunkt dieses Bandes bildet das Thema Evolution. Der erste Beitrag versucht zu diesem Thema Physik und Biologie auf einen Nennar zu bringen. Der zweite Beitrag befaßt sich mehr mit der praktischen Seite: Wie läßt sich die Evolution im Raagenzglas nachvollziehen? Der dritte Artikel zeigt den heutigen Stand der Erforschung der Sonne. Im letzten Bericht geht es um die Arbeit eines multidisziplinären Forscherteams an ägyptischen Mumien. — Wie immer Ist die Qualität der Bilder und Graphiken hervorragend.

Dr. med. W. Dreher, Würzburg

Was Ist Demokratie

Schlagworte wörtlich — Aktuelle Bürgerkunde

Herausgeber: W. Höfar mit einem Beitrag von Prof. Dr. G. Mann, 320 S., Paperback, DM 23,—. Verlag R. S. Schulz, Percha-Kempfenhausen.

Im Hauptteil des Bandes sind Abschnitte aus 70 Verfassern abgedruckt, die sich in zweieinhalb Jahrtausenden zum Thema „Demokratie“ geäußert haben. Der nachdankliche Leser kann beim Blättern den eigenen Standpunkt in Zustimmung oder Widerspruch klären. Selbstverständlich gewinnt eine solche Zusammenstellung ihre Rechtfertigung ausschließlich aus dar beklagenswerten, aber unabänderlichen Tatsache, daß kaum jemand in den Originalwerken nachschlagen wird. Wer hat schon von Herodot bis Carl Schmitt alles im eigenen Schrank? — Der Rezensent weiß, daß es wenig Sinn hat, die Auswahlkriterien anzufechten. Dennoch will er die Frage nicht unterdrücken, ob Autoren wie Adolf Hitler und Walter Ulbricht geeignet sind, die Ordnung unseres Gemeinwesens für den Leser zu erhellen.

Dr. med. R. Althammer, Feuchtwangen

Deutsches Krankenhaus-Adreßbuch

19. Aufl., geb., DM 72,—. Herausgeber Rombach + Co. GmbH, Freiburg, in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Bundesverband deutscher Privatkrankenanstalten e. V., dar Fachvereinigung dar Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e. V. und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Krankenhausapotheker, Berlin.

Das jährlich erscheinende Krankenhaus-Adreßbuch geht weit über einfache Adressenangaben hinaus. Für die Krankenhausverwaltungen und -mitarbeiter, für Behörden, Verbände und Industrie Ist es wichtig, die Daten und Fakten der Krankenhäuser, ihrer Träger und Verantwortlichen jederzeit griffbereit zu haben. Es hat sich in den vergangenen Jahren zu einem zuverlässigen Nachschlagewerk entwickelt, das allen Anforderungen garacht wird.

Marfa Curle

Verf.: R. Reid, aus dem englischen von H. Beese, 320 S., 10 Abb., geb., DM 34,—. Eugen Diederichs Verlag, Düsseldorf-Köln.

Die Geschichte der Frau, die eine der brisantesten Entdeckungen unserer Zeit machte — und diese Brisanz zeit lebens nicht wahrhaben wollte. Das Leben der Marie Curie lernen wir mit diesem Buch neu verstehen.

**Antike Medizin: Medizinische Semmelhandschrift
Codex Vindobonensis 93**

Hereausgeber: H. Zotter, ca. 400 S. Text, 48 S. originalgetreue Faksimile-Wiedergeben, ca. DM 126,- ohne MWSt. Akademische Druck- und Verlagsanstalt, Graz.

Aus mehreren, nicht näher zu bestimmenden Quellen, formte sich in der Spätantike ein volkstümliches Kompendium medizinischer Handbücher. Die Reihe Interpretationes ad Codices hat es sich zur Aufgabe gemacht, verschiedene Arbeiten zu Handschriften, die in der Reihe Codices selecti als vollständige Faksimile-Ausgaben erschienen sind, einer interessierten Fachwelt vorzulegen. Dieses Werk, das im frühen 13. Jahrhundert in Südtalien, wehrscheinlich im Umkreis des steufischen Hofes, angefertigt wurde, ist ein reizvoller Codices, da er mit zahlreichen zusätzlichen Federzeichnungen von Darstellungen medizinischer Behandlungen engereichert wurde.

Durchbruch zur größeren Wirklichkeit

Hereausgeber: Bruns / Spreither, 738 S., Leinen, DM 59,-. Bergmann-KG Verlagsgesellschaft, Konstanz.

Dieses Buch ist unter des Symbol des Jenuskopfes gestellt, der nach zwei Richtungen zu blicken vermag. Es ermutigt, richtunggebend in ein „Abenteuer“ des volleren Menschseins einzustelgen und öffnet die Perspektiven in dem Sinn, den wir Zweckverhaftete im Zweck allein doch nie zu gewinnen in die Lege kommen. Die Publikation ist so aufgeschlossenen dargestellt, daß selbst der im Konventionellen Eingefahrene mit Steunen diese „neue“ Welt erlebt.

Presse-Taschenbuch für Naturwissenschaft + Medizin

Redaktion: Dr. J. M. Kroll, 368 S., flex. PVC-Einband, DM 27,-. Kroll-Verlag, Seefeld/Obb.

Auf 368 Seiten bietet das unter der Schirmherrschaft der Boehringer Mannheim GmbH herausgegebene Taschenbuch nahezu alles, was mit der Publizistik dieses Themenkreises zu tun het. Ferner ist die Zusammenstellung von mehr als 40 Seiten medizinischer und wissenschaftlicher Verbände und Organisationen mit den entsprechenden Vorsitzenden und Geschäftsführern ein nützlicher Helfer bei der täglichen Arbeit.

Grleben-Reiseführer: Ägypten

3. Aufl., 248 S., 18 Übersichtskarten, Stadtpläne und Grundrisse, mehrerb. Übersichtskerte, flex. geb., DM 12,80. Verlag Kerl Thiemig, München.

Diese überarbeitete und erweiterte Neuauflage soll die Besucher auf die weltberühmten Denkmäler der alten ägyptischen, christlichen und Islamischen Kultur vorbereiten und sie ebenso mit dem heutigen Staat, seiner Bevölkerung und den aktuellen Problemen vertraut machen.

Wie segt men in Bayern

Verf.: R. A. Wolff, 134 S. m. 62 Wortkarten, Peperback, DM 12,80. C. H. Beck'sche Vertegsbuchhandlung, München.

Sprachliebhaber finden in diesem Nachschlegewerk eine übersichtliche und zuverlässige Information zu den bayerischen, fränkischen und schwäbischen Ausdrücken für über 200 alltägliche Dinge und Begriffe. 62 Wortkarten zeigen auf einen Blick die Verbreitungsgebiete der jeweiligen Ausdrücke.

Gefäßselehre Taf. III.

Fig II.

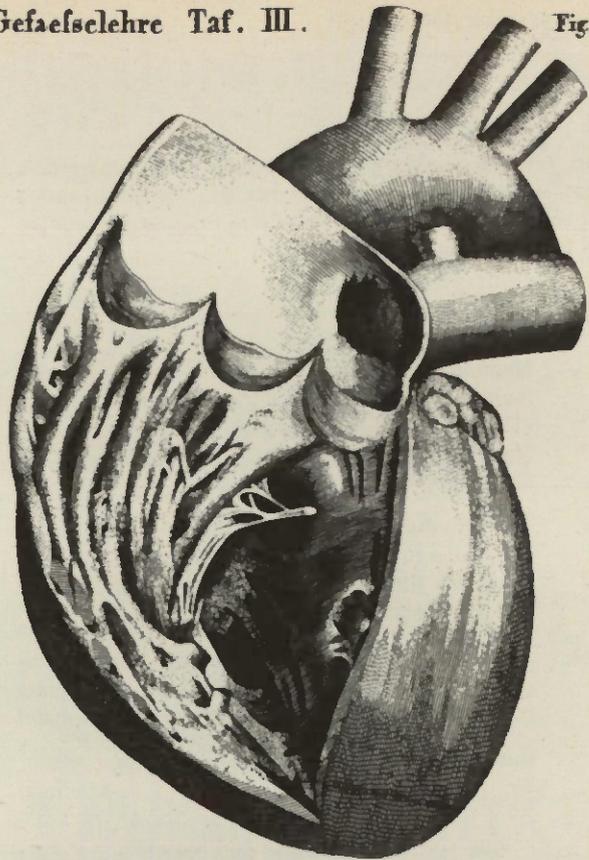


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1829.



**Altersherz, nervöse Extrasystolen,
Cor nervosum; Schwindelgefühl,
Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle
bei Hypotonie**

Dosierung: 3x tgl. 4–5 Tropfen auf einem Stück Zucker. Diabetiker nehmen Korodin auf einem Stückchen Brot. Nicht mit Wasser einnehmen! Bei Schwächeanfällen und drohendem Kollaps werden alle 15 Minuten 5 Tropfen gegeben, bis der Patient sich wieder erholt. Bewußtlosen verralbt man 10 Tropfen unter der Nase.
Zusammensetzung: Extr. Crataegi fluid. 55,0 g, Menthol. 0,2 g, Camphor. 2,5 g, Tinct. Convallar. 0,4 g, Tinct. Val. 2,0 g, Excip. ad 100 g.
Kontraindikationen: keine bekannt.



Handelsformen und Preise:

OP Tropfflascha mit 10 ml DM 4,10
OP Tropfflascha mit 30 ml DM 9,90
Großpackung mit 100 ml DM 26,-

Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

August 1981

- 3.-7. **Montreux:** Veranstaltung der Akademie für Neurotherapie — Kurs B für Fortgeschrittene. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart.
- 3.-14. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs (Grundkurs A 1). — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terrassenstraße 2-4, 6350 Bad Nauheim.
- 10.-14. **Sydney:** Internationaler Kongreß für Pharmakologie. — Auskunft: Australien 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. Helbig, Postfach 135, B132 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. **Greco:** XV. Internationeller Seminkongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
23. 8.-6. 9. **San Angelo/Italia:** 14. Internationales Rheuma- und Vorsorge-Symposion. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, ADAC-Reise-GmbH, Baumgartnerstraße 53, 8000 München 70.
24. 8.-5. 9. **Meren:** XXIX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 25.-29. **Seo Paulo:** 14. Kongreß des Internationalen Kollegiums für Orthopädie und Chirurgie. — Auskunft: DOC-Brazillen Medicel Association, Rue Estados Unidos 336, 01 427 Seo Paulo/Bresilien.
29. 8.-4. 9. **Kerlsruhe:** 33. Deutsche Therapiewoche und 33. Heilmittelausstellung. — Auskunft: Dr. P. Hoffmann, Wissenschaftliches Kongreßbüro, Kaiserallee 30, 7500 Kerlsruhe 1.
30. 8.-12. 9. **Pörschach:** 30. Internationaler Seminkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.

30. 8.-4. 9. **Helsinki:** 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Pathologie. — Auskunft: Dr. Keerle Frensslie, Finnish Assoc. of Pathology, University of Helsinki, Dept. of Pathology, Heertmeninketu 3, SF-00290 Helsinki.

30. 8.-4. 9. **Rio de Janeiro:** 15. Weltkongreß für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie. — Auskunft: SICOT 'B1, Secretariat, Av. N. S. Copacabana 195, Ap. 807/B08, Copacabana, Rio de Janeiro/Bresilien.

September 1981

- 1.-25. **Werendorf:** Einführungslehrgang für Sportmedizin für Sanitätsoffiziere (Anfänger) — für alle Ärzte offen. — Auskunft: Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens, Bundesministerium der Verteidigung, Postfach 1328, 5300 Bonn 1.
- 4.-6. **Bad Abbach:** Deutsch-jugoslawisches rheumatologisches Symposion. — Auskunft: Professor Dr. H. Mathies, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach.
- 6.-9. **Belgrad:** 9. Internationale Konferenz der Internationalen Vereinigung für Präventiv- und Sozialmedizin. — Auskunft: Professor M. Sevicevic, Institute of Hygiene and Human Ecology, Dr. Subotica 5, YU-11 000 Belgrad.
- 8.-10. **Antwerpen:** 14. Jahreskongreß der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie. — Auskunft: Dr. K. J. van Acker, Groeningenlei 120, B-2550 Kontich.
- 7.-9. **London:** 7. Internationales Symposion über chemische und toxikologische Aspekte für Umweltqualität. — Auskunft: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 7.-11. **Erlangen:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztesbundes. — Auskunft: Dr. K. J. Heck, Sportzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg, Gebbertstraße 123, 8520 Erlangen.
- 7.-18. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für den öffentlichen Dienst. — Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
7. 9.-2. 10. **Stuttgart:** Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang C (III). — Auskunft: Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Ulm e. V., Adalbert-Stifter-Straße 105, 7000 Stuttgart 40.
- 8.-11. **Bern:** 19. Internationale Jahrestagung der Gesellschaft für Nuklearmedizin. — Auskunft: Professor Dr. H. Rösler, Nuklearmedizinische Abteilung der Universität Bern, Inselspital, CH-3010 Bern.
- 9.-10. **Bremen:** 4. Deutscher Hausärztetag 1981 — BPA-Bundestagung. — Auskunft: Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands, Belfortstraße 9, 5000 Köln 1.
- 9.-12. **Helgoland:** 14. Herbst-Symposion. — Auskunft: Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung e. V., Markt 3a, 2060 Bad Oidesloe.
- 9.-12. **Rankweil:** 2. Internationaler Kopfschmerz-Kongreß im deutschen Sprechraum. — Auskunft: Professor Dr. Barolin, Neurologische Abteilung im Landesnervenkrankenhaus Valduna, A-6830 Rankweil.

- 11.-12. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbaustreße 16, 8000 München 80.
- 12.-20. **Freudenstadt:** 61. Fortbildungskongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V. — Auskunft: Geschäftsstelle des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Alter Weg 29, 7290 Freudenstadt 1.
- 13.-17. **Werscheu:** 29. Weltkongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Professor J. Nleubowicz, Polish Society of Surgeons, Baneche 1A, Werschau/Polen.
- 13.-18. **Kyoto:** 10. Internationaler Kongreß für Elektroenzephalographie und klinische Neurophysiologie. — Auskunft: Int. Conference Organizers, Inc., Crescent Plaze, 2-4-6 Minami-Aoyama, Minato-ku, Tokyo 107/Japan.
- 13.-19. **Jerusalem:** 6. Internationaler Kongreß „Human Genetics“. — Auskunft: KENES, P. O. Box 16271, Tel Aviv/Israel.
- 14.-19. **Klagenfurt:** 29. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. — Auskunft: Sekretariat der StMG, Frau S. Taupe, Behnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 15.-18. **Amsterdam:** 17. Jahresversammlung der Europäischen Gesellschaft zum Studium des Diabetes. — Auskunft: Organisatie Bureau Amsterdam B. V., Europeplein, NL-1078 Amsterdam.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaustreße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1.

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

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

Bezugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und 6 1/2 % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner Jr., Augsburg, StraÙe 9, 8060 Decheu.

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

Bei Hyperhidrosis

besonders an den FüÙen und damit in Zusammenhang stehende Hauterkrankungen

Antihydral

Antihydral®

trocknet die gequollene Haut ab und kräftigt sie. Dadurch wird die Schweißsekretion normalisiert. Dieser Vorgang ist biologisch gesteuert. Sobald eine Normalisierung erreicht ist, hört dieser Effekt auf.

Antihydral »M«®

In feuchtwärmer Atmosphäre siedeln sich gerne Pilze an. Deshalb sind Körperstellen mit übermäßiger Schweißabsonderung vielfach mykotisch infiziert. In diesem Fall ist Antihydral »M« das Mittel der Wahl. Es entzieht den Pilzen durch Abtrocknen das günstige Milieu und enthält Schwefel als Fungistatikum. Der unangenehme Juckreiz wird rasch beseitigt.

Antihydral und Antihydral »M« trägt man 1-2mal täglich dünn auf und läÙt es antrocknen.

Zusammensetzungen:

Antihydral enthält 1% Hexamethylentetramin in fettfreier, abtrocknender Salbengrundlage.

Antihydral »M« enthält 10% Sulfur praec. und 10% Hexamethylentetramin in fettfreier, abtrocknender Salbengrundlage.

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Zur Beachtung: Nicht auf offene Wunden auftragen!

Preise: Tuben mit 70 g OM 5,20

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N



Arbeitsmedizin – ein Schwerpunkt unserer Personalbetreuung

Wir versorgen Nürnberg mit Strom, Gas und Fernwärme. Zusammen mit unserer Schwestergesellschaft für den öffentlichen Personennahverkehr sind wir eines der größten Versorgungs- und Verkehrsunternehmen in Süddeutschland. Unser Konzern wird in privatwirtschaftlicher Form geführt. Um eine zeitgemäße Betreuung unserer 4.300 Beschäftigten sicherzustellen, haben wir die zentrale betriebsärztliche Abteilung fachgerecht ausgebaut. Sie ist mit allen in der modernen Arbeitsmedizin erforderlichen technischen Einrichtungen ausgestattet. Der überregional angesehene Leiter dieser Abteilung, Herr Dr. Petry, scheidet in absehbarer Zeit aus Altersgründen aus. Deshalb suchen wir zum baldigen Eintritt eine/einen

Betriebsärztin/Betriebsarzt

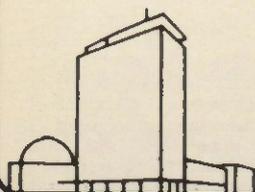
für die Fortsetzung seiner erfolgreichen Arbeit.

Zur fachlichen Eignung für diese Stelle gehören ein abgeschlossenes Medizinstudium und eine mindestens zweijährige internistische Ausbildung. Eine ergänzende Qualifikation in Form der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin oder der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin ist erwünscht, aber nicht unbedingt erforderlich. Unter Betreuung des Vorgängers besteht auch die Möglichkeit zur umfassenden Einarbeitung und zum berufsbegleitenden Besuch entsprechender Lehrgänge. Als persönliche Voraussetzungen erwarten wir Organisationsvermögen für einen effizienten Einsatz des vorhandenen Arbeitsteams, Kooperationsbereitschaft und Kontaktfreude.

Wir bieten

eine ärztlich eigenverantwortliche Position in einem sozial aufgeschlossenen, mitbestimmten Unternehmen. Arbeitszeit ist die normale 5-Tage-Woche, Bereitschafts- und Nachdienste fallen nicht an. Später besteht die Möglichkeit, eine Nebentätigkeit in einem weiteren Unternehmen auszuüben. Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an die Regelungen des BAT bzw. des BBesG (Medizinaldirektor; Ltd. Medizinaldirektor). Hinzu kommen alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen einschließlich einer großzügigen betrieblichen Altersversorgung. Bei der Wohnungssuche sind wir gegebenenfalls behilflich.

Wenn Sie die beschriebene Aufgabe interessiert, erbitten wir Ihre schriftliche Bewerbung (Lebenslauf, Zeugniskopien, Lichtbild sowie Angaben über Ihre Gehaltsvorstellung) an unsere Personalhauptabteilung in 8500 Nürnberg 81, Hochhaus am Plärrer 43. Für eine erste persönliche Information steht Ihnen in unserer Personaldirektion Herr Dr. Balzereit, Tel. 09 11 / 2 71 - 38 01, gerne zur Verfügung.



EWAG

ENERGIE- UND WASSERVERSORGUNG AKTIENGESELLSCHAFT NÜRNBERG

Das Krankenhaus in 8783 Hammelburg/ Unterfranken sucht zum baldigen Eintritt

2 Assistenzärzte/-ärztinnen für die Chirurgie.

Vergütung erfolgt nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT) in der für den Bereich der kommunalen Arbeitgeber jeweils geltenden Fassung.

Das Krankenhaus ist in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern als bedarfsnotwendiges Krankenhaus aufgenommen, zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen und umfaßt 158 Planbetten für die Disziplinen „Chirurgie, Innere Medizin, HNO und Gynäkologie mit Geburtshilfe“.

Hammelburg ist eine Garnisonstadt mit rd. 12.000 Einwohnern, liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung am Südrand der Rhön. Günstige Verkehrslage nahe der Universitätsstadt Würzburg und der Kreisstadt des Großlandkreises Bad Kissingen. Alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Landratsamt – Zentralverwaltung der Krankenhäuser und Altenheime – 8730 Bad Kissingen.

Auskunft erteilt: Oberamtsrat Pöschl, Telefon: 0 97 32 / 40 02

Das KREISKRANKENHAUS WUNSIEDEL

Im Fichtelgebirge (Fachkrankenhaus für Innere Medizin – 70 Betten) sucht zum baldmöglichsten Eintritt eine(n)

Assistenzarzt oder -ärztin

Die Kreisstadt Wunsiedel im Naturpark Fichtelgebirge (10.500 Einwohner) ist Sitz sämtlicher weiterführender Schulen. Stadt und Umland bieten aufgrund der Mittelgebirgslage hohen Wohn- und Freizeitwert. Hallenbäder, Tannispfade und -hallen sowie eine Eis-sport-halle sind vorhanden. Die Rosenthal-Fairabende in Selb, die Luisenburg-Festspiele in Wunsiedel und die Wagner-Festspiele in Bayreuth sind kulturelle Angebote in unmittelbarer Nähe.

Das Kreiskrankenhaus ist sehr gut ausgestattet und verfügt über alle modernen Einrichtungen für Diagnostik und Patientüberwachung. Der Leitende Arzt ist für fünf Jahre zur Weiterbildung zum Arzt für Innere Medizin ermächtigt.

Wir bieten Vergütung nach BAT, zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe C und Chefarztzulage aus dem Mitarbeiterpool.

Anfragen und Bewerbungen richten Sie bitte an

Leitenden Arzt Dr. Herbert Hohenberger, Kreiskrankenhaus
Postfach 146, 8592 Wunsiedel 1, Telefon (0 92 32) 35 77

oder

Landratsamt, 8592 Wunsiedel 1

Der Landkreis Dingolfing-Landau a. d. Isar

sucht ab 1. August 1981 eine(n) deutsche(n)

Arzt (Ärztin) für Innere Medizin

Der (die) Bewerber(in) soll als

**Oberarzt in der Internen Abteilung
des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar**

tätig und in der Lage sein, den Cheferzt zu vertreten.
Wünschenswert sind Kenntnisse im internistischen Röntgen.

Das Kreiskrankenhaus Landau a. d. Isar wurde am 10. Februar 1979 in Betrieb genommen und ist zum BG-Heilverfahren zugelassen.

Das nach modernsten Gesichtspunkten erbaute Kreiskrankenhaus Landau a. d. Isar umfaßt folgende Abteilungen: Innere Medizin (86), Stellschlüssel: 1, 2, 4; Chirurgie (64), Geburtshilfe-Gynäkologie (35), HNO (10) und Augen (6) sowie eine interdisziplinäre Intensivstation (6).

Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht nach Tarif • RBD-Vergütung • CA-Nebeneinnahmen • sowie den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen •

Die Stadt Landau a. d. Isar ist ein aufstrebendes Mittelzentrum und liegt verkehrsgünstig an der B 20, bzw. nahe der B 11 Landshut-Deggendorf, in Niederbayern, verfügt über weiterführende Schulen und alle Einrichtungen für Freizeit- und Gesundheitsvorsorge. — Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend erbeten an die Verwaltung des

**Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar
Bayerwaldring 17, 8380 Landau a. d. Isar**



Der Landkreis Kulmbach (Bayern)
sucht für sein
Kreiskrankenhaus in Stadtsteinach
(Fachkrankenhaus für Chirurgie mit 100 Betten) ab
1. Oktober 1981

1 Arzt/-ärztin für Chirurgie als Oberarzt

Bewerber können sich auch Ärzte, die vor Abschluß ihrer Weiterbildung stehen. Der leitende Arzt ist für zwei Jahre Weiterbildung in Chirurgie ermächtigt.

ab 1. Oktober und 1. Januar 1982 jeweils

1 Assistenzarzt/-ärztin als Stationsarzt/-ärztin

Geboten werden angemessene Bezahlung sowie alle sonstigen im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen nach BAT (VKA).

Alle Ärzte nehmen am Bereitschaftsdienst/Rufbereitschaftsdienst teil, der gesondert vergütet wird.

Stadtsteinach ist ein am Rande des reizvollen Frankenwaldes gelegener Luftkurort, 14 km von der Großen Kreisstadt Kulmbach und 38 km von Bayreuth entfernt.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf (in tabellarischer Form), Lichtbild, Ausbildungsnachweisen und Zeugnissen (in Ablichtung) erbeten innerhalb von einem Monat nach Veröffentlichung an das

**Landratsamt Kulmbach, Jahnstraße 5, 8650 Kulmbach, Postfach 1660,
Tel. (0 92 21) 79 41, Nebenapparat 243 Zimmer 105.**



STADT INGOLSTADT

Die Stadt Ingolstadt sucht für das neue Klinikum Ingolstadt den

Cheferzt

für die Medizinische Klinik II

Das Klinikum Ingolstadt, ein Krankenhaus der II. Versorgungsstufe mit 1050 Betten, in das eine Psychiatrische Klinik mit 250 Betten integriert ist, ist Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München in den Fächern Innere Medizin und Chirurgie.

Mit dem Umzug ins neue Klinikum im 1. Halbjahr 1982 wird die innere Abteilung des bestehenden Städtischen Krankenhauses Ingolstadt auf zwei Cheferztbereiche aufgeteilt und die neu aufzubauende Medizinische Klinik II mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie und Stoffwechsellkrankheiten soll 114 Betten erhalten.

Solern Sie **Arzt für Innere Medizin** sind und die Teilgebietsbezeichnung „Gastroenterologie“ besitzen und außerdem über eine langjährige einschlägige Berufserfahrung verfügen, erwarten wir gerne Ihre baldige Bewerbung. Ein kooperativer Führungsstil verbunden mit Einsatzfreude zum Wohle der Patientenversorgung wird für den künftigen Cheferzt der Medizinischen Klinik II vorausgesetzt

Die Stadt Ingolstadt bietet einen Cheferztvertreter mit der Grundbesoldung nach dem Bundesangestelltentarif. Darüber hinaus wird das Liquidationsrecht für stationäre und ambulante Patienten gewährt. Voraussichtlicher Einstellungstermin: 1. Januar 1982.

Ingolstadt, mit ca. 90 000 Einwohnern und einer zentralen Lage in Bayern, ist eine Stadt mit großer wirtschaftlicher Bedeutung. Als Kulturzentrum der Region verfügt sie auch über sämtliche weiterbildende Schulen und bietet einen hohen Freizeitwert.

Ihre vollständige Bewerbung wollen Sie bitte innerhalb eines Monats nach Veröffentlichung der Anzeige richten an das

**Krankenhausesferat der Stadt Ingolstadt
Krumeneuerstraße 25, 86070 Ingolstadt, Telefon (08 41) 4 24 21**



Am Städt. Marienkrankenhaus Amberg
(Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen-Nürnberg)

ist ab sofort die Stelle eines

1. Oberarztes

auf der pädiatrischen Abteilung

zu besetzen.

Die pädiatrische Abteilung umfaßt zur Zeit 70 Betten einschließlich Intensiv-, Frühgeborenen- und Infektionsstation. Volle Weiterbildungsmöglichkeit durch den hierzu ermächtigten Cheferzt. Der Bewerber muß Kinderarzt sein, den Cheferzt in klinischen und organisatorischen Belangen voll vertreten können. Spezialkenntnisse in der Intensivmedizin, Perinologie oder Neuropädiatrie sind Bedingung.

Das Krankenhaus umfaßt zur Zeit 615 Betten mit folgenden Fachabteilungen: Med. (m. Dialyse-, intensiv- und Infektionsstet.); Chir. (m. Unfall-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchir. Stet.); Gyn./Geburtsh. (m. onkolog. Stet.); Anaesthetie (m. oper. Int. Stet.); Rö. (m. Nuklearmed. Diagnostik und Bestrahlung); HNO; Ophthalmologie; Urologie; Patholog. Institut.

Die Vergütung erfolgt nach BAT I b/I e, zusätzlich Nebeneinnahmen.

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

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten innerhalb von zwei Wochen nach der Ausschreibung an das

**Personalamt der Stadt Amberg,
Marktplatz 11, 8450 Amberg.**



STADT INGOLSTADT

Die Stadt Ingolstadt sucht für das neue Klinikum Ingolstadt mit 1050 Betten dan

Chefarzt

für die Neurologische Klinik

Das neue Klinikum wird voraussichtlich im 1. Halbjahr 1982 in Betrieb genommen und zu dieser Zeit soll die Neurologische Klinik mit 30 Betten neu aufgebaut werden. Im Klinikum sind fast alle medizinischen Fachbereiche einschließlich einer integrierten Psychiatrischen Klinik vorhanden. Außerdem ist es Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München in den Fächern Innere Medizin und Chirurgie.

Der künftige Leiter der Neurologischen Klinik muß Arzt für Neurologie sein und über eine langjährige einschlägige Berufserfahrung verfügen. Ein kooperativer Führungsstil verbunden mit Einsatzfreude zum Wohle der Patientenversorgung wird für den künftigen Chefarzt vorausgesetzt.

Die Stadt Ingolstadt bietet einen Chefarztvertrag mit der Grundbesoldung nach dem Bundesangestelltentarif. Darüber hinaus wird das Liquidationsrecht für stationäre und ambulante Patienten gewährt. Voraussichtlicher Einstellungsstermin: 1. Januar 1982.

Ingolstadt, mit ca. 90.000 Einwohnern und einer zentralen Lage in Bayern, ist eine Stadt mit großer wirtschaftlicher Bedeutung. Als Kulturzentrum der Region verfügt sie auch über sämtliche weiterbildende Schulen und bietet einen hohen Freizeitwert.

Ihre vollständige Bewerbung wollen Sie bitte innerhalb eines Monats nach Veröffentlichung der Anzeige richten an das

Krankenhausreferat der Stadt Ingolstadt
Krumauerstraße 25, 8070 Ingolstadt, Telefon (08 41) 4 24 21



KRANKENHAUS ZWECKVERBAND AUGSBURG

sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die Röntgenabteilung (Chefarzt Dr. Klotz)

1 Assistenzarzt/-ärztin

Der leitende Arzt ist zur vollen Weiterbildung ermächtigt. Mit dem Bezug des neuen Klinikums (1405 Betten) soll Ende dieses Jahres begonnen werden. Die Abteilung Röntgendiagnostik verfügt unter anderem über drei Angiographieräume mit Angiocardiographie und Coronarographie, zwei Computer-Tomographen und Ultraschalldiagnostik. Es werden hier sämtliche invasiven und nichtinvasiven röntgendiagnostischen Untersuchungsverfahren einschließlich der perkutanen transluminären Angioplastie und der Katheterembolisation durchgeführt. Die Abteilungen für Strahlentherapie und Nuklearmedizin sind unter anderem ausgestattet mit einem 20 MeV-Beschleuniger, einem Aftar-loading-System, einer Station zur Behandlung mit offenen und umschlossenen radioaktiven Stoffen (10 Betten) und einer Station für Bestrahlungspatienten mit 42 Betten.

Außerdem suchen wir für die Chirurgischen und Medizinischen Kliniken

Krankengymnasten/-gymnastinnen

(Teilzeitbeschäftigung möglich)

Wir bieten:

- Bezahlung nach BAT
- alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen
- kostenlose Schutzkleidung
- gute und preiswerte Verpflegung
- zusätzliche Altersversorgung auf der Grundlage einer Gesamtversorgung nach beamtenrechtsähnlichen Grundsätzen
- bei der Vermittlung von Kindergarten- und Kinderkrippenplätzen sowie Wohnraum sind wir behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an den



**KRANKENHAUS
ZWECKVERBAND
AUGSBURG**

Personalabteilung,
Stenglinstraße,
8900 Augsburg,
Telefon: 08 21/400-3184

LAND-
KREIS

Freyung-Grafenau



Das Kreis Krankenhaus, 8393 Freyung

Im südlichen Bayerischen Wald

sucht zum nächstmöglichen Termin für die Anästhesieabteilung

Assistenzärzte/-ärztinnen

Das Kreis Krankenhaus Freyung, modernst eingerichtet, mit einer 10-Betten-Intensivstation, wurde am 10. 12. 1979 in Betrieb genommen.

Betreut werden Chirurgie mit Unfallchirurgie, große Bauchchirurgie, Schrittmacherimplantationen, Gynäkologie/Geburts-hilfe, HNO-, Augen- und Intensivpflege.

Die Vergütung erfolgt nach BAT mit dem im öffentlichen Dienst tariflichen und sozialen Leistungen.

Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft werden extra vergütet. Nebeneinnahmen durch das Poolsystem.

Freyung ist Kreisstadt und staatl. anerkannter Luftkurort mit hohem Freizeitwert, nahe am Nationalpark Bayer. 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 (085 51) 491.

Arztpraxis zu besetzen

In Schwarzach, Markt in Niederbayern (ca. 20 km von der Stadt Straubing entfernt) ist infolge Todesfall eine alteingesessene Praxis für allg. Arzt zu besetzen. Ausreichende Praxisräume vorhanden. Einzugsgebiet: ca. 10.000 Einwohner.

Beschreibung des Ortes: ca. 2.400 Einwohner, Sitz der Verwaltungsgemeinschaft für die Mitgliedsgemeinden Schwarzach, Niederwinkling, Marlaposching und Perasdorf, als Kleinzentrum (zentraler Ort) ausgewiesen, atavistisch anarakanter Erholungsort, reger Fremdenverkehr, Orthopädische Klinik, Apotheke, Haupt- u. Grundschule, zahlreiche Sport- und Freizeiteinrichtungen usw.

Interessenten werden gebeten, sich an den Markt Schwarzach, 8445 Schwarzach, Marktplatz 1 zu wenden, Telefon 0 99 62 - 841.

Für ARZT (Allgemeinarzt)

können wir 61 km N/W von München und 30 km von Augsburg ein Haus für Praxis und Privat mit Garten im Zentrum des Ortes anbieten. Krankenhaus, geplantes Altersheim, Schule, Kindergarten, Tennisplätze und Schwimmbad im Ort. Kaufpreis: DM 360.000,-. Bei Vermietung: DM 1500,- mtl.

Anfragen und Auskünfte:

WKGS Immobilien, Oskar-von-Miller-Ring 29/IV, 8000 München 2, Telefon (0 89) 1 41 77 88 und 2 80 00 84

Praxis-Räume

- Dermatologie -

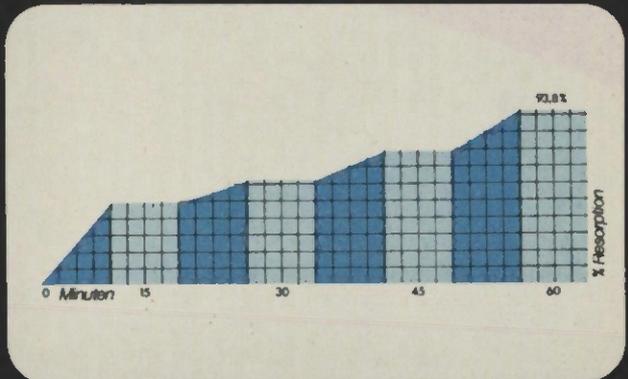
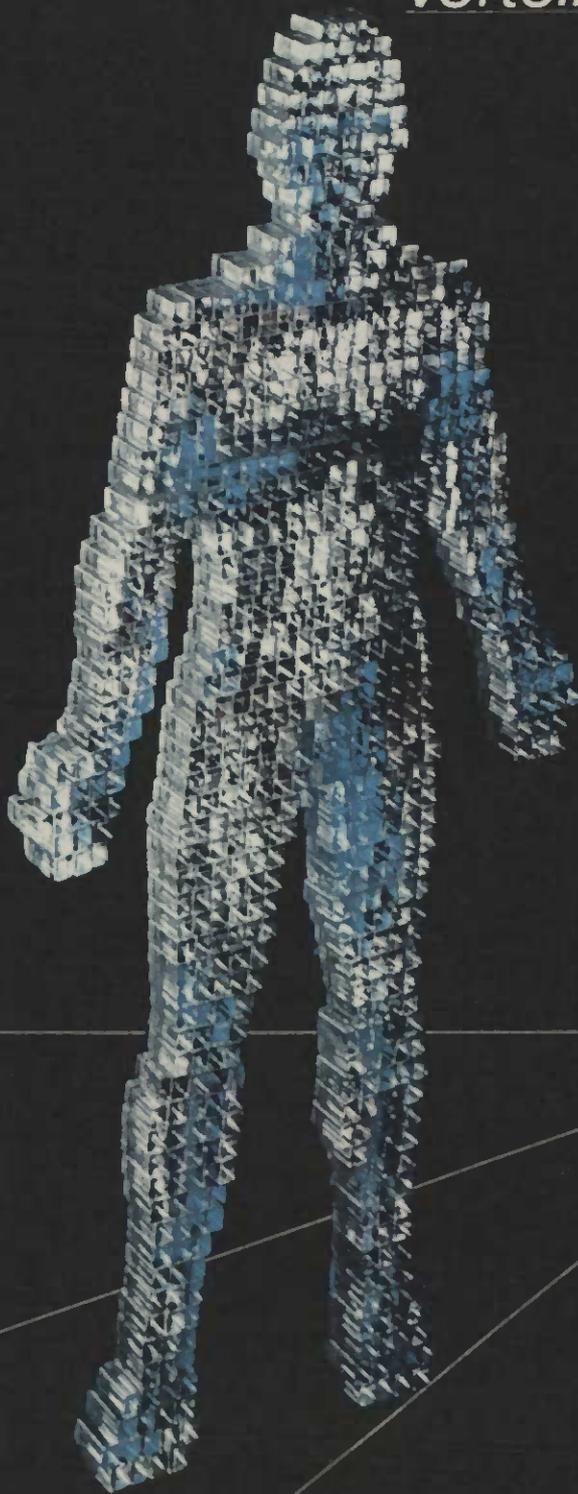
Im bayerischen Voralpenland. S-Bahn-Verbindung nach München. Hoher Freizeitwert. Sämtl. Schulen am Ort. Aufstrebende Kleinstadt (10.000 Einw.) mit großem Einzugsgebiet. Absolut zentrale Lage der Räume bei sehr günstigen Mietbedingungen.

Anfragen unter Chiffre 2064/149

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 O. 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

Tetanus- Impfstoff Wellcome®

Tetanus-Gefahr
besteht besonders für

Arbeiter
Handwerker
Hausfrauen
Kinder
Sportler
Landwirte



Tetanus-impfstoff Wellcome®

1. Grundimmunisierung:

3 Einzelimpfungen: 1. und 2. im Abstand von 4 – 12 Wochen, 3. nach 6 – 12 Monaten

2. Auffrischimpfung

a) präexpositionell alle 5 – 10 Jahre, insbesondere vor Reisen in Länder mit erhöhter Tetanusgefährdung.

b) postexpositionell bei Verletzung und Infektionsgefahr vielfach in Kombination mit Tetanus-Immunglobulin (Passiv-Aktiv-Immunsierung)

Deutsche Wellcome GmbH, 3006 Burgwedel 1
Tetanus-Impfstoff Wellcome®

Zusammensetzung: Tetanus-Impfstoff Wellcome enthält gereinigtes Tetanus-toxoid, das zur Verstärkung der immunisierenden Wirkung an Aluminiumhydroxid adsorbiert ist, sowie Thiomersal als Konservierungsmittel.

Eine Impfdosis (0,5 ml) enthält:

Tetanus-Adsorbat-Impfstoff	mind. 40 I.E.
Aluminiumhydroxid Gel	0,10 ml
(entsprechend 0,65 mg Aluminium)	
Bernsteinsäure	1,18 mg
Thiomersal	0,05 mg

Anwendungsgebiete: Aktive Schutzimpfung gegen Tetanus.

Gegenanzeigen: Tetanus-Impfstoff Wellcome sollte nicht an Personen verabreicht werden, die innerhalb des vorangegangenen Jahres eine Auffrischimpfung mit Tetanus-toxoid erhalten haben, um, wenn auch seltene, Überempfindlichkeitserscheinungen zu vermeiden.

Nebenwirkungen: Vorübergehende Schwellungen, Rötungen und Schmerzen an der Injektionsstelle. Seltener treten Kopfschmerzen, Müdigkeit, Unwohlsein, Muskelschmerzen und Fieber auf. In sehr seltenen Fällen wurden Urtikaria, angioneurotisches Ödem und akute anaphylaktische Reaktionen und periphere Neuropathie beobachtet. Bei zu oberflächlicher intrakutaner Injektion können eventuell bleibende Verhärtungen an der Injektionsstelle vorkommen.

Dosierung:

Die Einzeldosis für Kinder und Erwachsene beträgt 0,5 ml

Handelsformen:

1 Ampulle zu 0,5 ml	} Preise auf Anfrage
5 Ampullen zu 0,5 ml	
25 Ampullen zu 0,5 ml	
100 Ampullen zu 0,5 ml	
1 Durchstechflasche zu 5 ml	
10 Durchstechflaschen zu 5 ml	



Wellcome

Deutsche Wellcome GmbH
Postfach 109 3006 Burgwedel 1





Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Schwindel

Der Notfall: Der okulär bedingte Schwindel

bearbeitet von Privatdozent Dr. H. Flick, Ottenburg

Symptomatik:

1. Störungen der Augenmotilität

Im Laufe von Stunden bis Tagen auftretende Doppelbilder mit Lokalisierungsstörungen und Schwindel. Häufig von kurzfristigen, bisweilen auch mehrere Tage oder Wochen andauernden Remissionsphasen unterbrochen. Rezidive auch nach Jahren möglich.

2. Störungen der Sensorik

Kurzfristig einsetzende, im Laufe des Tages zunehmende Kopfschmerzen mit Verschwommensehen, eventuellen Doppelbildern und Schwindel. Häufig einseitige Sehverschlechterung

3. Akuter Glaukomanfall

Rötung des Auges, stärkste Schmerzen, rasche Sehverschlechterung, Übelkeit, Erbrechen, Vernichtungsgefühl

Anamnese:

Zu 1.: Den Patienten stören am meisten die Doppelbilder, die er eventuell morgens nach dem Aufwachen erstmals bemerkt. Die Störungen treten häufig aus subjektivem Wohlbefinden heraus auf, manchmal auch nach vorausgehenden Kopfschmerzen.

Die Anamnese kann bei Störungen der Augenmotilität sehr vielgestaltig sein, je nach zugrunde liegender Ursache (Trauma, hirnorganischer Prozeß, Augenmuskelaaffektion usw.).

Zu 2.: Durch einseitiges Verschwommen- und Verzerrtsehen kommt es zur Sehverschlechterung, manchmal auch zu Doppelbildern, die zueinandergeneigt sein können (senkrechte Linien kippen). Asthenopische Beschwerden mit Rötung der Augen, Augen- und Kopfschmerzen, Übelkeit usw. sind praktisch immer vorhanden.

Zu 3.: Der Patient leidet beim akuten Glaukomanfall an stärksten, rasch einsetzenden, weit ausstrahlenden (oft nicht mehr lokalisierbaren) Schmerzen mit Übelkeit und Erbrechen. Das Auge ist rot und „hart“.

Sofortdiagnostik:

- Zu 1.: Prüfung der Sehschärfe (Vergleich zwischen rechtem und linkem Auge wichtig). Untersuchung der Augenbeweglichkeit. Achten auf auffällige Schielstellung. Beurteilung von Doppelbildern (Taschenlampe in 5 m und 30 cm Entfernung fixieren lassen. Seitendifferenzierung eventuell mit Farbglas)
- Zu 2.: Prüfung der Sehschärfe. Untersuchung auf Bildverzerrung am betroffenen Auge (Vorhalten eines linierten, besser karierten Blattes)
- Zu 3.: Visusprüfung. Augeninspektion (rotes Auge, opake und mattierte Hornhaut, weite reaktionslose Pupille). Palpation des Augapfels mit zwei Fingern (steinhart), Vergleich mit anderer Seite (!)

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

- Zu 1.: Verschluss eines Auges (des subjektiv gestörten) mit Pflaster, um Beschwerdefreiheit zu erreichen.
- Zu 2.: keine, eventuell wie unter 1.
- Zu 3.: Bei hohem Augeninnendruck (Palpation) Acetazolamid 500 mg i.v. (Diamox). Analgetika, eventuell Sedativa und Antiemetika.

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

- Zu 1.: Möglichst am gleichen oder nächsten Tag genaue Abklärung bei Augenarzt veranlassen. Bei Augenmuskelparese, eventuell auch bei akutem Strabismus und Fusionschwäche, neurologische und internistische Abklärung (Kreislaufverhältnisse, Stoffwechselstörungen)
- Zu 2.: Möglichst bald zu Augenarzt zur Abklärung und weiteren Therapie
- Zu 3.: Sofort zum Augenarzt, besser in Augenklinik, da die Funktion des erkrankten Auges stark gefährdet ist.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

- Zu 1.: Bei den Störungen der Augenmotilität kann es sich um eine Augenmuskelparese, um eine dekompensierte Heterophorie, um einen akuten Strabismus bzw. Horror fusionis (nach Schielbehandlung oder Schieloperation) oder Fusionschwäche (Schädelhirntrauma, hirnorganische Prozesse, sedierende Medikamente) handeln.
- Nicht okuläre Ursachen eines Schwindels, die aber zu Störungen der Augenmotilität führen: Affektion des Innenohres oder des Nervus Vestibularis, Störungen in den supranukleären Zentren und Bahnsystemen der Okulomotorik (konjugierte Blicklähmung, Internukleäre Parese), Augenmigräne
- Nystagmus, der oft als Ursache eines okulären Schwindels gilt, ist ein Zeichen einer zentralnervösen oder vestibulären Störung. Nystagmus führt für sich allein nie zu Schwindel.
- Der okuläre Schwindel bei Störungen der Augenmotilität tritt nur bei Jugendlichen und Erwachsenen auf. Bei Kindern ist das System des beidäugigen Sehens noch so labil, daß jede Störung der Okulomotorik sehr rasch sensorisch „kompensiert“ wird (innerhalb von Stunden bis Tagen). Im Laufe der Zeit stabilisieren sich diese sensorischen Fehlanpassungen (Amblyopie, anomale Netzhautkorrespondenz) und sind später kaum noch zu korrigieren. Jugendliche und Erwachsene werden durch ihre stark störenden Doppelbilder zum Arzt getrieben. Schielende Kinder haben kaum Beschwerden, ihre Behandlung ist aber eminent wichtig.
- Zu 2.: Die Störungen der Sensorik können durch eine falsche Brille, durch Anisometropie mit Aniseikonie (unterschiedliche Brechkraft mit Bildgrößenunterschied zwischen beiden Augen) bzw. Metamorphopsien bei zentralen Netzhautveränderungen verursacht sein.