



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

August 1981

Zur Kenntnis genommen:

Das Thema ist heiß. Deshalb gleich am Anfang eine Feststellung: Niemand wird dafür sein – am wenigsten die Ärzte –, daß Arzneimittel zur Anwendung kommen, bei denen neben einer erwünschten Wirkung auffallende Nebenwirkungen mit einer erkennbaren Häufigkeit auftreten. Es muß aber abanso deutlich gesagt werden, daß Medikamente mit Wirkung stets auch Nebenwirkungen haben – und sei es auch nur durch ihre Dosierung. Das für bestimmte Herzpatienten unverzichtbare Digitalis kann sie schon bei normaler Dosis auslösen. Wird die Dosis zu hoch, können Todesfälle eintreten. Selbst eine zu rasche intravenöse Injektion kann statt zur erwünschten Wirkung zur gefürchteten Nebenwirkung führen. Tuberkulose-Hilfsmittel können Allergien auslösen, zu Blutbildveränderungen und Sehstörungen führen, Leberschäden verursachen. Das ist alles längst bekannt und damit müssen wir leben. Bei vernünftiger Betrachtung sieht das auch jeder Nichtarzt ein und der Patient nimmt seine Medikamente, denn er will ja gesund werden. Wer eine offene Tuberkulose hat, weiß, daß er durch solche Medikamente so gut wie sicher gesund wird. Mit gutem Gewissen können wir diesen Kranken versichern, daß die beschriebenen Nebenwirkungen so selten sind, daß man deshalb niemals verantworten könnte, auf ihren Einsatz zu verzichten.

Wie kommt es dann, daß plötzlich aus einem oder einzelnen beschriebenen Fällen von vermeintlichen oder tatsächlichen Nebenwirkungen „der Arzneiskandal“ wird?

Freilich, ein Todesfall an Agranulozytose ist tragisch. Aber wer hat eigentlich an einem solchen Einzelfall schon mit einer Sicherheit granzaher Wahrscheinlichkeit festgestellt, ob hier nicht eine Erbkrankung zufällig mit einem dafür ungünstigen Medikament zusammentraf?

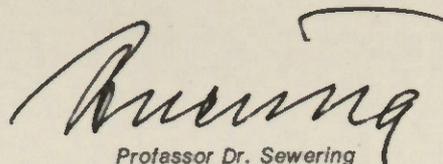
Denken wir an Clofibrat: riesige Aufregung in der Öffentlichkeit, verängstigte Patienten, Sofortverbot. Danach Aufhebung des Verbotes, weil die behaupteten Schäden zumindest zweifelhaft waren. Pyramidon – das Kopfschmerzmittel von Generationen – wurde vom Markt genommen, weil in Einzelfällen Schäden beobachtet worden seien. Welche und wie viele im Vergleich zu den eingenommenen Tabletten? Jetzt ist das Novalgin ein der Reihe. Seit Jahrzehnten ist dieses Mittel für uns eines der bewährtesten Schmerzmittel, vor allem auch bei Koliken. Jetzt wird die ganze Bevölkerung der Bundesrepublik kopfschau gemacht und verängstigt, weil über Einzelfälle von Agranulozytose berichtet wurde, auch solchen mit Todesfolge. Daß dieses oft tödliche Erkrankung auch vorkommt, ohne daß eine Ursache bekannt ist, wissen wir. Novalgin könnte einmal Ursache sein, vielleicht auch nur auslösendes Agens. Was weiß das? Verglichen mit der Anzahl von eingenommenen und eingespritztem Novalgin aber mit Sicherheit weniger als eine

extreme Seltenheit. Schnell hat auch jemand herausgefunden, daß die Engländer oder die Schweden diese Substanz nicht verwenden. Was tun sie? Sie verwenden bei Koliken Opia. Ob das besser ist? Im übrigen haben diese Länder ebenso wie wir ihre Rate an Agranulozytosen. Was ist die Folge einer so bundasweiten Prassawalla über oder besser gegen ein bewährtes Arzneimittel? War als Arzt heute aus guten Gründen Novalgin verordnet, muß befürchten, daß ihm nicht nur sein Patient, sondern gleich die ganze Familie an die Kehle springt. Wem ist hier eigentlich geholfen?

Übrigens hört man jetzt schon so angedeutet, daß auch die Salicylsäure – sprich stillvertretend Aspirin – gefährlich werden kann. Vom Phenacetin weiß jeder, daß es, in großen Mengen eingenommen, Nierenschäden verursachen kann. Aber wer nimmt schon solche Mengen? Dennoch wurde es mehr und mehr durch Paracetamol ersetzt. Dieses Wirkstoff sagt man inzwischen schon wieder nach, daß er vielleicht Leberschäden verursacht.

Ein letztes Beispiel: Als vor Jahren das Chloramphenicol auf den Markt kam, hatte der gefürchtete Typhus abdominalis über Nacht seine Schrecken verloren. Das Präparat wurde Jahre später in Acht und Binn geraten, weil über Fälle von aplastischer Anämie berichtet wurde. Inzwischen wird zugesehen, daß die epidemiologische Auswertung von Chloramphenicol-bedingten Anämiefällen bei Menschen auf eine mögliche Beteiligung des Immunsystems bzw. der Erbanlage hingewiesen hätte. Wem nützt das noch? Das Medikament ist inzwischen zum Killer abgestampelt.

Nochmals am Ende dieser Betrachtung: Wir alle sind zu größter Aufmerksamkeit bei Abwägung von Wirkung und Nebenwirkung aufgerufen und verpflichtet. Ein Medikament, das seit Jahr und Tag geholfen hat, über Nacht in allen Zeitungen in Grund und Boden zu verdammen, weil irgendwo von irgendwem Nebenwirkungen beschrieben wurden, wird der Verantwortung gegenüber dem Wohl der Kranken mit Sicherheit am wenigsten geracht. Übrigens: Jährlich ertrinken 400 Kinder in der Bundesrepublik und über 2000 Kinder und Jugendliche werden Opfer von Straßenverkehrsunfällen. Darüber mehr als eine kurze Meldung zu bringen, ist offenbar nicht lohnend.


Professor Dr. Sewering

34. Bayerischer Ärztetag in Lindau

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer 9. bis 11. Oktober 1981

Eröffnung: *Freitag, 9. Oktober, 19 Uhr, in der Inselhalle, Lindau*

Ort und Zeit der Arbeitstagen: *Samstag, 10. Oktober, 9 Uhr, und Sonntag, 11. Oktober, 9 Uhr, Inselhalle*

Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt, zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben.

Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.

Tagesordnung:

- 1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer*
- 2. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer*
 - 2.1 Rechnungsabschluß 1980*
 - 2.2 Entlastung des Vorstandes 1980*
 - 2.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1981*
 - 2.4 Haushaltsvoranschlag 1982*
- 3. Situation der berufsständischen Versorgungseinrichtungen in der Bundesrepublik vor dem Hintergrund der aktuellen sozial- und finanzpolitischen Entwicklungen*
- 4. Besetzung des Landesberufsgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht und des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München und Nürnberg*
- 5. Termin des 35. Bayerischen Ärztetages 1982 in Bamberg*
- 6. Wahl des Tagungsortes des 36. Bayerischen Ärztetages 1983*

Arzneiverordnung in der Kassenpraxis *)

Gesetzliche und vertragliche Grundlagen — Einwirkungen des Bundesarbeitsministeriums — Auswirkungen in der Praxis

von Friedrich K o l b

Grundlage der Arzneiverordnung in der Kassenpraxis sind der

§ 368 e RVO (alte, unveränderte Bestimmung aus dem Kassenarztrecht von 1955 in Verbindung mit § 182 RVO):

„Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung und Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist ... Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen; der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt darf sie nicht bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen.“

und der

§ 368 p 1 (alt):

„Der Bundesausschuß (Ärzte und Krankenkassen) beschließt die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere ... (auch) über die Verordnung von Arznei ...-Mitteln.“

Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (= KVKG) vom 1. Juli 1977 hat diese *Arzneimittellinien* verschärft und die Verordnungsverbote erweitert. Im KVKG hat Arbeitsminister Ehrenberg weitgehend die Vorstellungen und Ziele des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen und des DGB in seine Vorlage übernommen.

Nach der neuen verschärften Fassung sind folgende Arzneimittelgruppen *generell unzulässig*:

neu

- alle Mineralwässer
- Mittel gegen Nikotinmißbrauch (nicht dagegen Mittel gegen Trunksucht)

*) Referat vor Vertretern der Pharmeindustrie in München

— Zucker- und Süßstoffe, Obstsaften, sowie Krankenkost und Diätpräparate (auch Säuglingsheilmittel), sofern sie *nicht* der notwendigen Behandlung von angeborenen Enzymmangelkrankheiten dienen (z. B. Phenylketonurie, Galaktosämie usw.)

- alle Abmagerungsmittel
- alle Zellulärtherapeutika
- alle Roborantien und Tonika
- Insektenabschreckmittel

alt

- Genußmittel und sämtliche (auch medizinische) Weine und Arzneimittel mit Alkohol als wesentlichem Bestandteil (ausgenommen Tinkturen des deutschen und europäischen Arzneibuches)
- alle Kosmetika und Mittel zur Körperpflege
- Mittel zur Veränderung der Körperform (Entfettungs- und Busencreme)
- Mittel zur Anreizung des Sexualtriebes
- Mittel zur Auffüllung der Haus- und Reiseapotheke

Mit wenigen Ausnahmeindikationen verbotene Mittel:

- Anregungsmittel
- Geriatrika
- Vitaminpräparate
- Badesätze ohne nachgewiesene therapeutische Wirkung
- Sirupe und Arzneimittel, bei denen die Gefahr besteht, daß sie wegen ihrer wohlschmeckenden Zubereitungsform als Ersatz für Süßigkeiten genossen werden
- Abstillmittel
- Anabolika
- Psychotonika

Schwierigkeiten ergeben sich für den Kassenarzt bei Mitteln, die mehrere Indikationen haben, von denen eine unzulässig ist (z. B. Geriatrika) und bezüglich der In Ausnahmefällen beschränkt zulässigen Arznei-

Wichtig*
Tabletten!



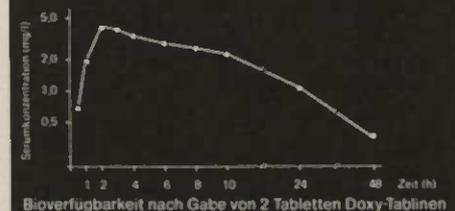
der Preisvorteil

8 Tabl.
18.06

16 Tabl.
33.00

Breitbandantibiotikum
Doxy-Tablinen[®]
Doxycyclin 100 mg

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



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

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

mittel. Der BdQ hat eine Liste von angeblich absolut verbotenen Mitteln von 33 Seiten und über 1000 Präparaten aufgestellt und an seine Mitgliedskassen verschickt, der die Kassenärztlichen Vereinigungen in keiner Weise zustimmen können: Das hatte unberechtigte Arzneiregreßanträge der Ortskrankenkassen und eine Verunsicherung der Kassenärzte zur Folge. Im übrigen überschätzen die Ortskrankenkassen die finanzielle Wirkung solcher bürokratischer Verbotsbestimmungen, die nur einen minimalen Bruchteil der Verordnungskosten betreffen (z. B. Abstillmittel), während die Ersatzkassen sich fast generell am Verordnungskostendurchschnitt orientieren.

Durch das KVKG wurde ein *Arzneimittelhöchstbetrag* gesetzlich verordnet. Er betrug:

1978: + 3,5 Prozent (Steigerung gegenüber dem Vorjahr)

1979: + 5,7 Prozent (Steigerung gegenüber dem Vorjahr)

1980: + 5,9 Prozent (Steigerung gegenüber dem Vorjahr)

Zu diesen Zahlen kommt noch eine Toleranzspanne von 10 Prozent, so daß zum Beispiel 1980 sich die Arzneimittelkosten um knapp 6,5 Prozent „unschädlich“ erhöhen konnten. Die tatsächliche Steigerung aber war 9 Prozent. Für 1981 ist ein Arzneimittelhöchstbetrag von + 4,5 Prozent, bezogen auf fünf Quartale, einschließlich des ersten Quartales 1982, vereinbart.

Diese Verlängerung der Laufzeit um ein Vierteljahr beruht auf dem dringenden Appell des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie vom März 1981, nach den Preiserhöhungen insbesondere des zweiten Halbjahres 1980 die Preise für Arzneimittel ab sofort für zwölf Monate einzufrieren. Ob diese Zusage von allen Firmen eingehalten wird, bleibt offen.

§ 368f 6 (neu KVKG): Arzneimittelhöchstbetrag

„Soweit die Überschreitung des Höchstbetrages nicht auf einem Anstieg der Arzneimittelverordnungen infolge einer unvorhergesehenen und allgemeinen erheblichen Zunahme der Krankheitshäufigkeit zurückgeht, haben die Vertragspartner zu regeln, daß zusätzliche und gezielte Einzelprüfungen der Verord-

nungsweise der Ärzte durchgeführt werden; ein Ausgleich kann nur auf dem Weg des Einzelregresses erfolgen.“

Eine solche unvorhergesehene, allgemeine erhebliche Zunahme der Krankheitshäufigkeit scheint im dritten Quartal 1980 erfolgt zu sein, die zu den Preiserhöhungen der Pharmazeutischen Industrie hinzukommt.

Bei den Zahlen für das zweite Halbjahr 1980 fällt auf, daß bei einer Steigerung der Arzneimittelkosten um insgesamt ca. 9 Prozent die Zahl der Rezepte pro Mitglied und die Zahl der Mittel pro Rezept gleichgeblieben sind, die Kosten je Präparat aber um ca. 10 Prozent zugenommen haben.

Ursprünglich sollte nach dem Referentenentwurf des KVKG die den Arzneimittelhöchstbetrag überschreitende Summe einfach von der kassenärztlichen Gesamtvergütung in Abzug gebracht werden.

Die hartnäckig weiterverfolgten Tendenzen des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, des Bundesarbeitsministeriums und des Deutschen Gewerkschaftsbundes, dem Kassenarzt die Kosten für die von ihm verordneten Arzneimittel bei der Festsetzung des Behandlungshonorars ganz oder teilweise aufzulaisten, halte ich rechtlich für unzulässig. Ein Arzneiregreß kann meines Erachtens nur bei nachgewiesener Unwirtschaftlichkeit verfügt werden.

Wie man sich bei der SPD und dem DGB die Reform der Arzneimittelversorgung vorstellt, hat vor einigen Wochen das DGB-Mitglied Professor Dr. F. Fathmann (SPD), Arbeitsminister in Nordrhein-Westfalen, verlautet: Es werde „mit aller Schärfe geprüft, ob die ärztlichen Einkommen nicht an die Verschreibungspraxis gekoppelt werden müssen“. Die Ärzteschaft lege einen Krämergeist an den Tag, werde ihrer eigentlichen Aufgabe nicht mehr gerecht und verhalte sich nach dem Motto: „Bloß keine preiswerten Präparate – gut ist, was teuer ist.“ Herstellung, Preisgestaltung und der Vertrieb von Arzneimitteln seien staatlich zu kontrollieren. Der freie Wettbewerb als maßgeblicher Leistungsmotor und die Chancen der Arzneimittelindustrie auf dem Weltmarkt, den die Bundesrepublik immerhin zu 15 Prozent versorgt, sollen

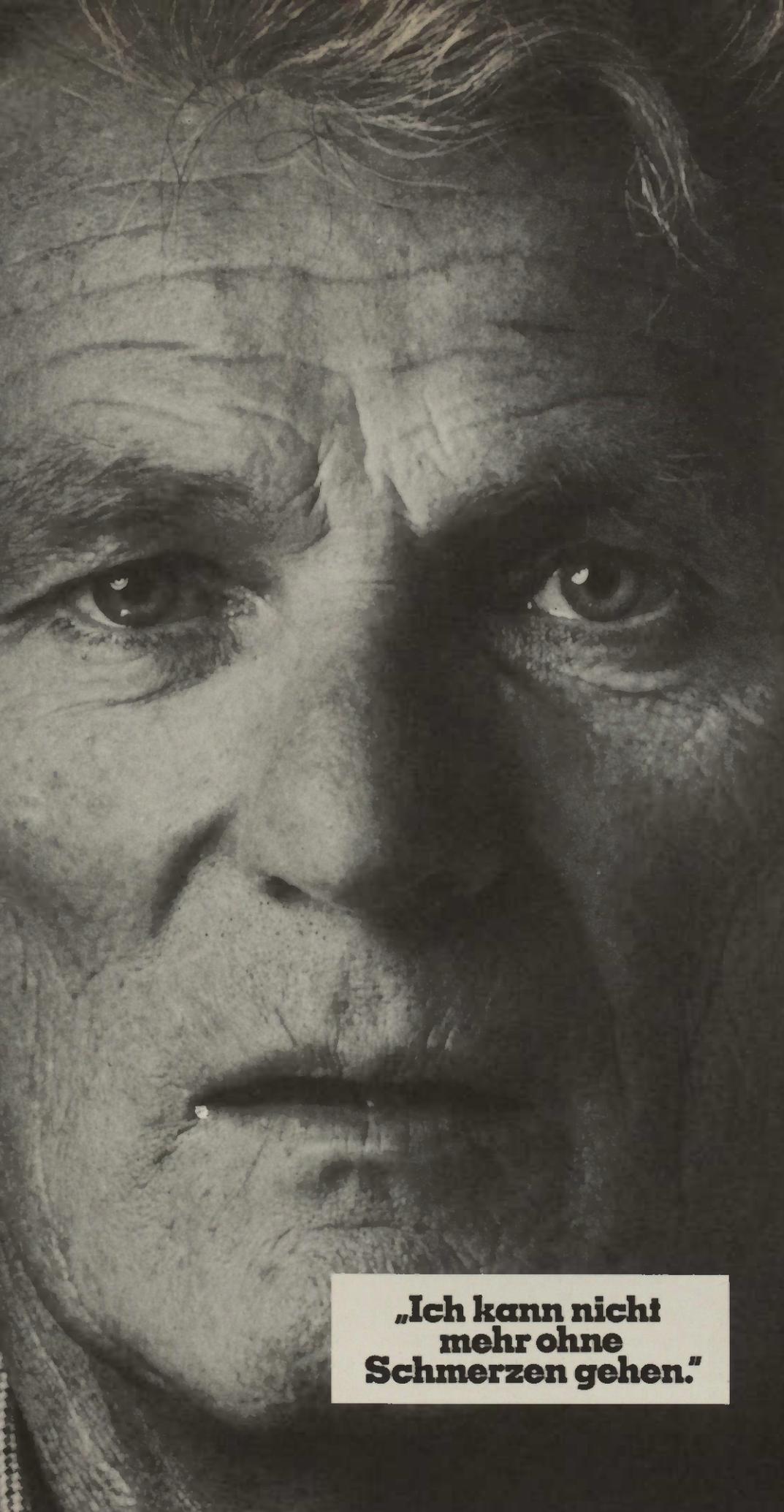
achselzuckend über Bord geworfen werden. Der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. H. W. Muschallik, hat sofort in einem Schreiben an Fathmann seiner Empörung über diese diskriminierenden und absolut unwahren Aussagen Ausdruck gegeben.

Sozialisten planen gerne. Im Bereich des Gesundheitswesens ist diese Planung, wie z. B. die vorherige Festlegung der Arzneimittelausgaben (Arzneimittelhöchstbetrag), besonders problematisch; denn niemand kann im voreus Krankheitshäufigkeit (Morbidity), Entwicklung der Pharmakotherapie und der Pharmapreise vorhersagen.

Der sogenannte Arzneimittelhöchstbetrag ist unpraktikabel, ungerecht und wirkungslos. Er dient lediglich dazu, unberechtigte Angriffe gegen die Ärzteschaft zu begründen. Wenn man ihn aber (durch eine Gesetzesänderung) schon nicht beseitigen kann, so sollte wenigstens nicht mehr länger der Anteil, den die Preiserhöhungen der Pharmaindustrie für bereits eingeführte Präparate ausmachen, einbezogen und damit dem Kassenarzt angelastet werden. Denn dafür kann er nichts. Solange der Grundsatz gilt, daß vor dem Preis eines Arzneimittels der therapeutische Nutzen entscheidend ist, kann man dem Kassenarzt keinen Vorwurf machen, wenn er allgemein bewährte Mittel, mit denen er persönlich positive Erfahrungen gemacht hat, in seiner Praxis einsetzt, zumal er von einer eventuellen Preiserhöhung dieser Mittel erst im nachhinein erfährt.

Die einnahmegebundene Ausgabenpolitik der Krankenkassen erleichtert ihnen zwar die Aufstellung ihres Haushaltes, die vom Bundesarbeitsministerium und den Krankenkassen angestrebte feste Bindung aller Ausgaben an die Beitragseinnahmen der Krankenkassen, die wechselnde Risiken abdecken sollen, ist aber in einer freien Marktwirtschaft ohne unerträgliche Zwänge und ohne Verschlechterung der kassenärztlichen Versorgung nicht durchführbar.

Darauf hat auch der Präsident des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, Max P. Tiefenbacher, hingewiesen. Die Festlegung einer Preissteigerungsrate sei marktwidrig, da niemand die Kostenentwicklung mit ihren vielfältigen Faktoren voraussehen könne.



**„Ich kann nicht
mehr ohne
Schmerzen gehen.“**

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 80 mg Butalaminhydrochlorid.

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

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

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

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

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

Handelsformen und Preise:

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

▀ Zyma GmbH München

Diesen Satz hören Sie häufig in Ihrer Praxis. Ein Symptom einer peripher-arteriellen Durchblutungsstörung.

Nach Gabe von Adrevil® forte läßt sich eine Durchflußsteigerung in der Arteria femoralis um etwa 60% konstant über 6 Stunden nachweisen.

Die ökonomische Steigerung des Herzzeitvolumens wird durch die Erhöhung des Schlagvolumens bewirkt.

Durch die Senkung des peripheren Widerstandes wird der Blutdruck nicht verändert.

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

30 Filmtabletten zum Einnehmen

Verschreibungspflichtig

**Adrevil® forte
Tabletten**

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

Zyma

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

Tiefenbacher warf die Frage auf, ob die Festsetzung eines solchen Rahmens, wie des Arzneimittelhöchstbetrages, nicht einer kartellwidrigen Preisempfehlung gleichkäme.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich bezüglich des Arzneimittelhöchstbetrages bisher auf ein „Frühwarnsystem“ beschränkt, Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen die wesentliche Überschreitung des Arzneimittelhöchstbetrages bisher toleriert, auch die bayerischen RVO-Kassen. Letztere wollen den Weg der Information und Beratung des Kassenarztes über alle von ihm veranlaßten Ausgaben konsequent weitergehen.

Arzneimittellisten sollen übersichtliche Therapiehilfen für den Arzt sein. Nach wie vor ist die in den letzten Jahren neu gegliederte und verbesserte, jährlich erscheinende *Rote Liste* des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie die wichtigste und derzeit brauchbarste Information des Arztes über Zusammensetzung, Indikation und Preis der Fertigarzneimittel. Obwohl sich die Rote Liste auf die von den Mitgliedern des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie hergestellten Arzneispezialitäten beschränkt, enthält sie ca. 8000 Präparate. Diese Vielzahl der aufgeführten Arzneimittel gefährdet die Übersicht und erschwert den Gebrauch.

Daneben sind, von privater Hand erstellt, in den letzten Jahren zahlreiche andere Arzneimittelblätter und -listen erschienen; die sogenannte weiße Liste, Pharmaindex, Arzneimitteltelegramm, Arzneimittelbrief usw. Sie werden teilweise von den Krankenkassen favorisiert, sind aber mehr oder weniger unvollständig und bezüglich ihrer Wertungen für den Arzt nicht verblindlich.

Beachten muß der Kassenarzt allerdings die vom Bundesausschuß Ärzte-Krankenkassen gemäß den neuen Arzneimittelrichtlinien herausgegebenen, vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung redigierte „Preisvergleichsliste“. Diese Liste, deren dritte Ausgabe vom 1. Oktober 1980 derzeit gültig ist*), umfaßt ca. 80 Monopräparate und wenige in der

Zusammensetzung der wirksamen Bestandteile identische Kombinationspräparate. Maßgebend für die Auflistung der Arzneimittel in der Preisvergleichsliste sind nicht die Indikationen der Präparate, sondern der im Arzneimittel jeweils enthaltene, chemische Wirkstoff und die Kosten einer durchschnittlichen Tagesdosis.

Einen ähnlichen Auftrag hat die Transparenzkommission beim Bundesgesundheitsamt. Sie soll eine sogenannte *Transparenzliste*, gegliedert nach Indikationen und Preisen für eine durchschnittliche Tagesdosis erstellen. Bisher hat die Kommission lediglich zwei Arzneimittelgruppen bearbeitet, Herzglykoside und Antiarrhythmika. Spitzmüller und der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie haben die Verfassungsmäßigkeit dieses Auftrages bezweifelt, der lediglich durch Verwaltungsanordnung, statt durch ein Gesetz erfolgte und keine Kontrolle vorsieht. Inzwischen hat die Transparenzkommission, blockiert durch zwei Gerichtsurteile, ihre Arbeit zeitweise unterbrochen. In der nächsten Zeit soll der Abschnitt „Hypertonie“ von ihr herausgegeben werden.

Durch den mit dem KVKG in die RVO eingefügten § 368 p 8 wird die Aufstellung einer sogenannten „*Negativliste*“ verlangt. Er lautet:

„Der Bundesausschuß hat unter Berücksichtigung der Therapiefreiheit und der Zumutbarkeit für die Versicherten in Richtlinien zu beschließen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, Verband- und Heilmittel, die ihrer allgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen ...“

Niemand, einschließlich des Bundesarbeitsministers, konnte bisher definieren, wie eine „geringfügige Gesundheitsstörung“ zu Beginn einer Erkrankung von einer schwerwiegenden abzugrenzen ist. Außerdem ist es für den Arzt unannehmbar, in der Sprechstunde selbst die Ausnahmen von dem Verordnungsverbot zu Lasten der Krankenkassen zu bestimmen. Das muß zu ungunstigen Auseinandersetzungen mit den Patienten führen und das notwendige Vertrauensverhältnis nach-

haltig stören. Das Schicksal der *Negativliste* ist bekannt: Der Vorschlag, alle laienpropagierten Mittel in die *Negativliste* aufzunehmen, fand gegen die Stimmen der Ärzte eine Zufallsmehrheit der Krankenkassen im sonst paritätisch besetzten Bundesausschuß, wurde aber dann vom Bundesarbeitsminister abgelehnt. Das Bundesarbeitsministerium machte daraufhin selbst den Vorschlag: Schlaf-, Schnupfen, Durchfall-, Abführmittel, Antihypotonika, Venenpflegemittel und Mund- und Rachen- desinfizientien in eine solche *Negativliste* aufzunehmen. Gleichzeitig schlug er folgende Ausnahmeregelung vor, in der diese Arzneimittel doch zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden konnten:

1. Bei unklarer Erkrankung bis zum Ausschluß einer schwerwiegenden Erkrankung;
2. bei medizinisch begründeter Anwendung außerhalb des hier allgemein maßgeblichen Indikationsgebietes;
3. bei Anwendung des Arzneimittels zu prä- und postoperativen Zwecken (z. B. Abführmittel) oder bei notwendiger Anwendung zu unterstützenden therapeutischen Zwecken (sowie bei Vorliegen einer weiteren Erkrankung).

In den vorgenannten Fällen hat der Arzt die Notwendigkeit der Verordnung zu Lasten der Krankenkassen auf dem kassenärztlichen Verordnungsblatt durch den Zusatz „N“ zu kennzeichnen.

Dieser Ausnahmekatalog unterstreicht meine vorherige Stellungnahme, er ist völlig unpraktikabel.

Am letztgenannten Vorschlag des Bundesarbeitsministers „*kaut*“ der Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen noch. Es hat den Anschein, daß die *Negativliste* mindestens in den bisher vorgeschlagenen Formen gestorben ist.

Im unverbindlichen Gespräch ist zur Zeit nach Scheitern der *Negativliste* eine *Positivliste*, wie sie in der Schweiz, Frankreich und anderen westlichen Ländern für die Sozialversicherung im Gebrauch ist. Sicherlich würde eine solche *Positivliste* eine Beschränkung der Therapiefreiheit bedeuten, ohne daß — nach Aussage aus den zitierten Ländern — eine deutliche Kostensenkung bei der Arzneiverordnung erreicht wurde.

*) eine vierte Ausgabe steht kurz bevor

Dieser Listenwirrwarr verunsichert den Kassenarzt, trägt aber nicht zu einer guten Versorgung und auch nicht zur Einsparung bei.

Schließlich gibt die *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft* auf Anfrage einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Krankenkasse zum „therapeutischen Nutzen“ eines Einzelpräparates und damit zur Verordnungsfähigkeit in der Kassenpraxis eine Stellungnahme ab, die der Bundesausschuß übernimmt. Die wichtigsten Stellungnahmen werden in einer *grünen Liste* (Ordner) gesammelt und allen Kassenärzten zugeleitet.

Der Bundesausschuß der Pharmazeutischen Industrie bestreitet dieses Recht der Arzneimittelkommission (das sich auf den anfangs zitierten § 368 p 1 stützt), insbesondere das Recht, eine negative Stellungnahme der Arzneimittelkommission bekanntzugeben. Auch darüber laufen zur Zeit rechtliche Auseinandersetzungen.

Bayern-Vertrag

Der bayerische Honorarvertrag mit den RVO-Kassen, von anderen Bayern-Vertrag genannt, abgeschlossen ab 1. Juli 1979 und verlängert und verbessert ab 1. Juli 1980, will mit seiner Parole und Philosophie: „Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie unbedingt nötig“ zur Kostendämpfung insgesamt beitragen. Er geht von der Tatsache aus, daß drei bis vier Tage Krankenhaus im Durchschnitt genauso viel kosten wie ein ganzes Jahr kassenärztliche Behandlung eines Versicherten einschließlich Arzneiverordnung. Knapp 10 Prozent aller Krankheitsfälle werden stationär, die restlichen 90 Prozent ambulant behandelt. Die Kosten für die 90 Prozent ambulante Behandlung sind genauso hoch wie für die 10 Prozent stationärer Therapie. Diese Feststellungen und Vergleiche beinhalten keinerlei Angriff auf die Krankenhäuser und die Krankenhausärzte, sondern sollen nur die Relationen und die gegebenen Einsparmöglichkeiten aufzeigen. Es ist klar, daß im Krankenhaus die schwereren und teureren Fälle liegen, aber ebenso ist erwiesen, daß ein Teil dieser Fälle ohne Schaden für den Patienten durch Kassenärzte in Kooperation der einzelnen Fachbereiche behandelt werden kann.

Die Präambel des Bayern-Vertrages lautet:

„Die Partner des Gesamtvertrages stimmen darin überein, daß die Kostenentwicklung für die gesundheitliche Betreuung unserer Bevölkerung im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung gehalten werden muß, wenn sie langfristig finanzierbar bleiben soll. Dabei darf jedoch die Qualität der medizinischen Versorgung keinesfalls gemindert werden. Den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung müssen, wenn dies erforderlich ist, die Erkenntnisse und Möglichkeiten der medizinischen Wissenschaft zur Verfügung stehen. Sie wirtschaftlich und rationell einzusetzen, ist das gemeinsame Anliegen. Die Vergütungsvereinbarung ... soll diesen Grundsätzen entsprechen und die ambulante kassenärztliche Versorgung nicht einengen. Durch gezielte Diagnostik und Therapie unter Ausschöpfung der den Kassenärzten gemeinsam zur Verfügung stehenden Möglichkeiten soll erreicht werden,

daß weniger Krankenhauseinweisungen erforderlich werden; bei notwendiger Krankenhausbehandlung sollen durch Mitgabe aller erhobenen Befunde Doppeluntersuchungen vermieden und die Verweildauer reduziert werden;

daß eine gezielte Arzneiverordnung erleichtert wird, wobei der Beachtung von Wirksamkeit, Preis und Menge der verordneten Arzneimittel erhebliche Bedeutung zukommt;

daß die Verordnung von physikalischen Leistungen, z. B. Massagen und Bäder, eingeschränkt werden kann;

und schließlich durch diese Maßnahmen die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit der Patienten auch im Hinblick auf ihre volkswirtschaftliche Bedeutung erhalten wird.“

Diese Ziele können und sollen nicht durch Repression, Regreß, Honorar- und Arzneimitteldeckel erreicht werden, sondern durch Beratung, Motivation und Information des Kassenarztes über die von ihm veranlaßten Kosten in den vier genannten Leistungssparten und durch partnerschaftliche Kooperation mit den Krankenkassen.

Zunächst wurde der ab 1. Juli 1979 geltende bayerische Honorarvertrag durch den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, die Apotheker, viele Bundesverbände der Krankenkassen, einzelne Kassenärztliche Vereinigungen und den Bundesarbeitsminister einer harten

Diurese

Spiro-Tablinsen
Aldosteronantagonist
Spironolacton 100 mg mikron.

Hydro-long-Tablinsen
Chlortalidon 100 mg

Hydro-rapid-Tablinsen
Furosemid 40 mg

Spiro-Tablinsen
20 Tabl. 41.37; 50 Tabl. 96.85

Indikationen:
Primärer Aldosteronismus, wenn eine Operation nicht möglich ist
Bei folgenden weiteren Erkrankungen können Spiro-Tablinsen eingesetzt werden: Sekundärer Aldosteronismus bei Leberzirrhose mit Aszites, hydropische Herzinsuffizienz, schwere Hypertonien, nephrotisches Syndrom, idiopathisches Ödem, akutes Hirnödem, wenn eine befriedigende Behandlung mit anderen Mitteln nicht möglich ist.

Kontraindikationen:
Schwere Nierenfunktionsstörungen, Hyperkalämie, Hyponatriämie.

Mögliche Nebenwirkungen:
Hyperkalämie bei Langzeittherapie, Gynakomastie, Impotenz, Stimmveränderungen bei Mann und Frau, Amenorrhoe, gastrointestinale Störungen, Hautreaktionen.

Hydro-long-Tablinsen
20 Tabl. 9.68; 50 Tabl. 19.67

Indikationen:
Ödeme verschiedener Genese, Hypertonie.

Kontraindikationen:
Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokalämie, Niereninsuffizienz mit Anurie.

Mögliche Nebenwirkungen:
Hypokalämie, Hyperurikämie, Hyperglykämie.

Hydro-rapid-Tablinsen
20 Tabl. 7.67; 50 Tabl. 16.44

Indikationen:
Ödeme verschiedener Genese.

Kontraindikationen:
Coma hepaticum, Niereninsuffizienz als Folge von Vergiftungen mit nephrotoxischen und hepatotoxischen Stoffen.

Mögliche Nebenwirkungen:
Hypokalämie, Hyperurikämie.

SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

und oft unsachlichen Kritik unterzogen. Inzwischen sind die meisten Kritiker bis auf den Bundesarbeitsminister verstummt. Dr. Oldiges, Geschäftsführer des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, hat sich erst kürzlich in Würzburg positiv geäußert; wörtlich erklärte er: „Die Effekte des Bayern-Vertrages möchte ich gerne auch auf Bundesebene haben.“

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat erst vor wenigen Tagen allen Bundesverbänden der Krankenkassen einen Vertragsentwurf vorgelegt, der die wesentlichen Elemente des Bayern-Vertrages enthält. Nur der Bundesarbeitsminister beharrt auf einer leistungsfeindlichen Honorar- und Arzneimittelbegrenzung.

Bestandteil des Bayern-Vertrages ist auch eine *Analyse der pharmakologisch-therapeutischen Verordnungsstruktur der Kassenärzte*. Dabei werden folgende Statistiken erstellt:

1. Statistik nach Medikamenten (alphabetisch)
2. Statistik nach Menge der Verordnungen (Häufigkeit)
3. Statistik nach Indikationsgruppen (entsprechend der Roten Liste)
4. Statistik nach Kosten je Behandlungsfall

600 Spezialitäten machen bereits 50 Prozent, 1200 Mittel zwei Drittel der gesamten Arzneimittelkosten aus. Die restlichen Mittel wurden nur ein- bis zehnmal verordnet. Nach den Angaben der Pharmaindustrie soll im Jahre 1980 gegenüber 1979 eine Kostensteigerung der Arzneimittel um 5,1 Prozent erfolgt sein. Unsere eigene Untersuchung führt begründet zu der Annahme, daß die Auswirkungen der Preissteigerungen 7 bis 8 Prozent betragen. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat den Eindruck, daß die Preise der am häufigsten verordneten Mittel überproportional gestiegen und die vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie genannte Zahl von 5,1 Prozent nicht entsprechend der Menge gewichtet ist. Im übrigen kann und will ich natürlich die Kalkulation und Preisbildung der pharmazeutischen Industrie als kaufmännischer Laie nicht beurteilen.

Arzneimittelgesetz

Krankenkassen, pharmazeutische Industrie und Kassenärztliche Bundesvereinigung sind im Februar 1981 vom Bundesarbeitsminister aufgefordert worden, Erfahrungsberichte zum Arzneimittelgesetz von 1976 (in Kraft getreten am 1. Januar 1980) abzugeben.

Die Krankenkassen betrachten die Neuregelung als Verbesserung, wünschen aber eine weitere Verschärfung der Bestimmungen bezüglich der

- Kombinationspräparate
- im Sinne einer besseren Transparenz und Sicherheit der Arzneien
- und die Abschaffung der Ärztemuster.

Sie bemängeln, daß die Zulassung eines Arzneimittels nicht verweigert werden kann, auch wenn nur in einer beschränkten Zahl von Fällen therapeutische Ergebnisse erzielt wurden und die Transparenzkommission „juristisch und interessenspolitisch blockiert“ ist. Abschließend stellen sie fest, daß für sie auf dem Arzneisektor bezüglich der Kosten keine Entlastung eingetreten ist.

Das letztere trifft nicht zu. Von 1970 bis 1979 ist der Anteil an den Gesamtausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel (und auch für die ambulante kassenärztliche Behandlung) kontinuierlich gesunken. Das beweist die folgende, der Zeitschrift „Die Ersatzkasse“ 3/81 entnommene und die gesamte gesetzliche Krankenversicherung erfassende graphische Darstellung.

Die pharmazeutische Industrie beurteilt das Arzneimittelgesetz im großen und ganzen positiv, stellt aber gleichzeitig fest, daß die Zeit von drei Jahren seit Inkrafttreten zu kurz für eine abschließende Beurteilung ist. Sie hält eine Gesetzesänderung derzeit nicht für notwendig. Sie erklärte sich zu getrennten Arzt- und Patienteninformationen und zur Angabe des Verfallsdatums bei Medikamenten bereit. Sie hält es für „sachlich unvertretbar, neben Zulassungsbehörden anderen staatlichen und sonstigen öffentlich-rechtlichen Institutionen die Kompetenz zur Entscheidung über die therapeutische Wirksamkeit von Arzneimitteln zuzubilligen“.

Mit dieser Auffassung steht die pharmazeutische Industrie im Ge-

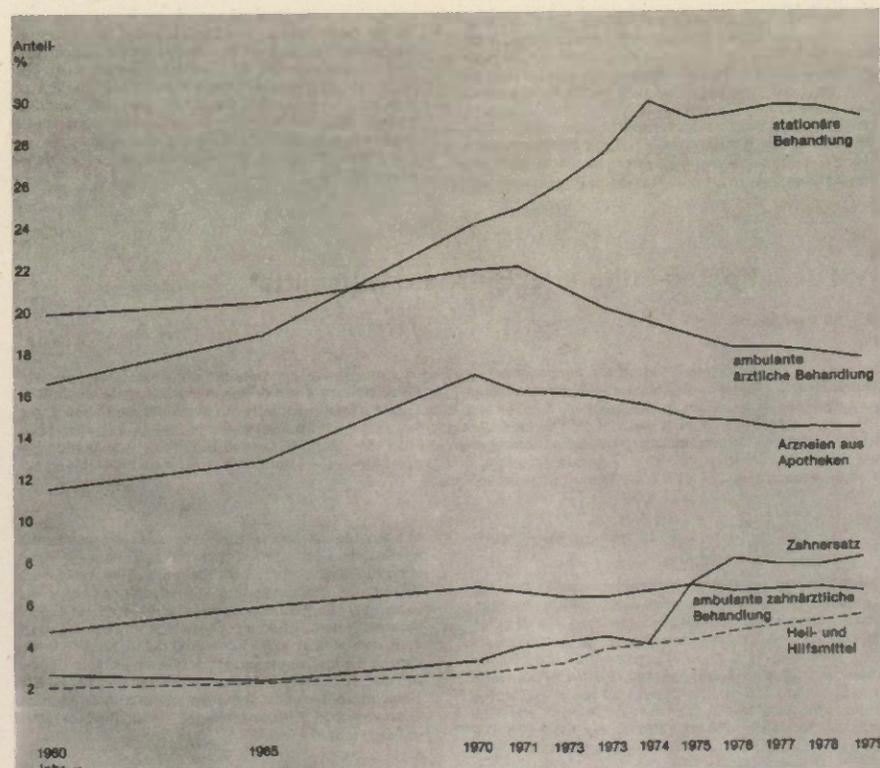


Abbildung
Entwicklung der Anteile der Hauptleistungsarten an den Gesamtausgaben der GKV
1960 bis 1979

Bevor Sie ewig nach der Einrichtung



System-Beispiel 1: Vom Empfang ...



System-Beispiel 2: ... über das Wartezimmer

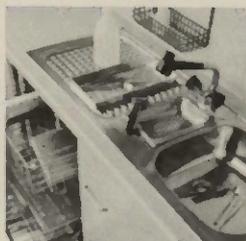
suchen, die sich hundertprozentig



System-Beispiele 3, 4, 5:
... bis ins Behandlungszimmer ...



nach Ihnen richtet, kommen Sie sie



System-Beispiele 6, 7: ... und ins Labor ...

doch einfach finden! Bei Bulthaup.



System-Beispiel 8:
... begleitet die gute Form
bis ins kleinste Detail ...



System-Beispiel 9:
... die maßgeschneiderte
Funktion Ihrer Einrichtung.

München. Ludwigstraße 6.



Die gute Form für Patient
und Arzt.

Wie unendlich variabel das Bulthaup-System ist, eröffnen Ihnen jetzt die neuen Ausstellungsräume in der Ludwigstraße 6 / Von-der-Tann-Passage in München. Bitte besuchen Sie uns und richten Sie sich auf mehr ein, als Sie für möglich halten.

Wenn Sie nicht die Zeit haben, zu uns zu kommen, kommen wir gerne zu Ihnen – auch in die entlegensten Winkel Bayerns.
Rufen Sie uns einfach an:
089 / 28 70 66

Bitte sehen Sie in uns nicht nur den zuverlässigen Lieferanten, sondern auch den individuellen Planer und den ekkuraten Schreiner – für ihre gesamte Praxis.

gensatz zur *Kassenärztlichen Bundesvereinigung*. Diese weist in ihrer Stellungnahme an das Bundesarbeitsministerium darauf hin, daß

- die Registrierung der vor dem 1. November 1978 auf dem Markt befindlichen Arzneimittel ohne klinische Prüfung erfolgte;
- nur zur „Gefahrenabwehr“ für den Verbraucher gedacht war;
- diese ca. 120000 Präparate trotzdem vorläufig als zugelassen gelten und
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach der RVO verpflichtet ist, nur Arzneimittel mit nachgewiesenem therapeutischen Nutzen in der Kassenpraxis zuzulassen, was wesentlich einschränker ist als die relative Gefährlichkeit eines Mittels.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beklagt die Rechtsunsicherheit auf diesem Gebiet trotz einiger für ihre Auffassung sprechenden Urteile des Bundessozial- und Bundesverwaltungsgerichts, die Rechtsstreitigkeiten wegen der vom Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen erlassenen Arzneimittelrichtlinien und wegen der Stellungnahmen der Arzneimittelkommission zu einzelnen Präparaten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält im Gegensatz zu den Krankenkassen Arzneimittelmuster für unverzichtbar, hat aber in einer Stellungnahme der Beschränkung der Bemusterung auf vier statt bisher sechs Kleinstpackungen eines Arzneimittels zugestimmt.

Ein Dissens zwischen der *Pharmazeutischen Industrie und den Kassenärzten* besteht eigentlich nur in der Frage der Gültigkeit und Rechtsverbindlichkeit von wissenschaftlich fundierten Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigung zu Arzneimittelgruppen und einzelnen Präparaten. Solche Mitteilungen sollen den Kassenarzt informieren und vor Arzneiregressen schützen. Wegen der Vielzahl der angebotenen Arzneimittel ist aber die Sammlung von Erfahrungen über Qualität, Wirkung und Preis aller relevanten Arzneimittel unmöglich. Deswegen ist eine objektive wissenschaftliche Information, die sich von den Werbemethoden anderer Branchen unterscheidet (also keine Indikationslyrik!), auch durch den Hersteller unverzichtbar.

Jede weitere Reglementierung und Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit lehnen wir, wie Sie, ab.

Einig gehen wir mit Ihnen auch bezüglich:

- der Unverzichtbarkeit der Arzneimittelmuster;
- der Normierung der Packungsgrößen;
- in der Ablehnung der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der Krankenkassen und
- in der Zurückweisung der Koppelung der ärztlichen Gesamtvergütung an die Arzneimittelausgaben;
- in der Ablehnung einer bewertenden Klassifikation der Arzneimittel durch reine Theoretiker und Verwaltungsleute, die den Arzt zur „richtigen“ Handlungsweise erziehen wollen;
- in dem Appell an den Staat, für Arzneimittel zur Anwendung am Menschen wie alle anderen EG-Staaten nur den ermäßigten Mehrwertsteuersatz einzuheben.

Wie Sie befürworten wir eine wirksame *Selbstbeteiligung* des Verbrauchers an den Arzneimittelkosten, die alle verhängten und geplanten Reglementierungen unnötig machen würden, zum Beispiel in Höhe von 25 Prozent mit einem Mindestbetrag von DM 1,- und einem Höchstbetrag von DM 10,- pro Rezept. Wirtschaftlich schwache Versicherte könnten wie bisher durch die Krankenkasse von dieser Selbstbeteiligung befreit werden.

Die SPD, die Gewerkschaften und Bundesminister Dr. Ehrenberg lehnen jede weitergehende Selbstbeteiligung an den Arzneimittelkosten (über die DM 1,- pro Medikament hinaus) kategorisch ab und begründen dies mit der „Schlüsselposition“ des Arztes, der Fehlverhalten der Versicherten am ehesten beeinflussen könne. Mit dieser Feststellung überschätzen sie bewußt die Möglichkeiten des Kassenarztes. Er muß zwar die Erfüllung von ihm erkannter, unberechtigter Patientenwünsche ablehnen und eindringliche gesundheitliche Ratschläge geben, kann aber niemals darauf vertrauen, daß diese Ratschläge von der Mehrzahl der Versicherten eingehalten werden. Trotzdem muß der Kassenarzt in Erfüllung seiner Berufspflichten die aus dem Fehlverhalten der Versicherten resultierenden gesundheitlichen Schäden therapieren.

Nach der Meinung Ehrenbergs – kundgegeben auf der Hauptversammlung des BPI Anfang Mai 1981 in Hamburg – hätten die Kassenärzte die Empfehlungen der Konzentrierten Aktion bezüglich der Arzneimittelverordnung und des Arzneimittelhöchstbetrages schlicht „mißachtet“. Der Minister bedauerte, daß „die offenen Flanken unseres Kostendämpfungsgesetzes durch den Widerstand der Mehrheit der Bundesländer 1977 nur als Torso verabschiedet werden konnte“. Er kündigte an, diese offenen Flanken (bis zum Bericht der Bundesregierung über die „Erfolge“ des KVKG Ende 1981?) durch gezielte „Feinsteuerung“, spürbare „Sanktionen“ (Kürzung der Gesamtvergütung um den Arzneimittelhöchstbetrag übersteigenden Satz der Verordnungskosten?) und gegebenenfalls durch neue (gesetzliche) Maßnahmen zu schließen.

Ehrenberg meint, daß „durch eine veränderte Handlungsweise der Ärzte, die sich auf die Arzneitherapie zudem positiv auswirken würde, Kosten in erheblichem Umfang eingespart werden könnten, ohne das Gesundheitsniveau negativ zu beeinflussen.“ Das ist insoweit richtig, als damit eine gezielte Verordnung möglichst nach Abschluß der Diagnostik – wie im Bayern-Vertrag – angesprochen wird. Sollte aber damit gemeint sein, den Arzt zu zwingen, von Mitteln gleicher chemischer Zusammensetzung immer und ausnahmslos das billigste oder nach Wegfall des Patentschutzes immer das billigere Nachahmungspräparat zu verordnen, wie auch einzelne Krankenkassen meinen, müßte eine Verschlechterung der Arzneimittelversorgung der Sozialversicherten und eine Zweiklassenmedizin resultieren. Dem würden sich die Ärzte energisch widersetzen. Auch unter chemisch identischen Präparaten nämlich gibt es Unterschiede bezüglich Reinheit, Wirksamkeit und Verträglichkeit. Die letztere ist unter Patienten mit gleicher Diagnose ebenfalls recht different. Die Therapiefreiheit des Arztes muß aber insoweit erhalten bleiben, daß er – gezielt für seine Patienten – das nach Indikation und seiner persönlichen Erfahrung am besten geeignete Mittel verordnen kann, auch wenn es im Einzelfall teuer ist.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Friedrich Kolb, Bucherstraße 11, 8500 Nürnberg

Nochmals:

Zur Leichenschau

von W. Spann und W. Eisenmenger

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München
(Vorstand: Professor Dr. med. W. Spann)

In jüngerer Zeit kamen zu den klassischen ärztlichen Aufgaben zunehmend mehr Verpflichtungen für den Arzt, die nicht unmittelbar dem Helfen und Heilen dienen. Zwei Beispiele: Beurteilung der Arbeitsfähigkeit — Ausstellung der Todesbescheinigung. Beide Tätigkeiten verlangen vom Arzt Entscheidungen, die zumindest nicht ausschließlich im Interesse des Patienten liegen. In beiden Fällen hat ein großer Teil der Ärzte in der Regel keine Möglichkeit, die von ihm erbetene Leistung abzulehnen. Dies, obwohl hier neben ärztlichen Gesichtspunkten auch andere für die Entscheidung berücksichtigt werden müssen, wie z. B. Befragung im Umfeld im Sinne von Ermittlungen, kriminalistische Überlegungen oder gar Prüfung des Wahrheitsgehaltes von Angaben. Obwohl hier auch andere Regelungen denkbar und möglich wären, werden diese als Beispiel genannten Tätigkeiten heute ganz selbstverständlich den ärztlichen Aufgaben zugeordnet. In beiden Fällen muß der Arzt für einen Dritten sachverständig ein objektives Gutachten abgeben.

Die sowohl für die praktisch tätigen Ärzte, aber auch in der Öffent-

lichkeit ganz allgemein bestehende Unsicherheit im Zusammenhang mit der Leichenschau rechtfertigt eine weitere Auseinandersetzung mit der Gesamtproblematik der Todesfeststellung und den damit verbundenen ärztlichen Pflichten. Die von uns allein im vergangenen Jahr 1980 beobachteten und zum Teil auch in der Presse publizierten Fälle, in denen der Tod voreilig festgestellt wurde, belegen neben einem nicht selten leichtfertigen Vorgehen der Leichenschauer auch die Schwierigkeiten der Beurteilung in seltenen Einzelfällen bei in der Regel problemloser Entscheidung.

Zunächst soll die skizzenartige Darstellung eines praktischen Falles die Schwierigkeiten aufzeigen, die auch heute noch unter Umständen mit der Feststellung des Todes verbunden sein können: „An multipler Sklerose leidende 39jährige Frau nimmt eine große Menge von Beruhigungsmitteln. Auffindung vom Ehemann leblos im Rollstuhl sitzend. Der Notarzt erscheint kurze Zeit später, beginnt sofort mit Reanimationsmaßnahmen. Bei weiten, lichtstarrten Pupillen und Nulllinie im EKG Abbruch der Reanimationsmaßnahmen nach 40 min um 0.00 Uhr. Gegen 6.00 Uhr morgens werden Atembewegungen

beobachtet — Klinikeinweisung, erfolgreiche Reanimation.“

Sicher kein alltäglicher Fall. Aber auch nicht so außergewöhnlich, daß mit dem Auftreten gleicher oder ähnlicher Situationen nicht täglich gerechnet werden müßte. Durchaus in Kenntnis der Problematik muß unser ärztliches Bemühen darauf gerichtet sein, alle Fälle von vermeidbaren Fehlbeurteilungen zu verhindern. Die auch in der Öffentlichkeit bekanntgewordenen Irrtümer bei der Leichenschau haben, nicht zuletzt wegen gewisser Diskrepanzen in der Auffassung aus juristischer und ärztlicher Sicht in jüngeren Publikationen, die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“ dazu veranlaßt, zu einem Gespräch zum Thema Leichenschau einzuladen. Teilnehmer waren von der Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“ Frau Horn, von der Bayerischen Landesärztekammer Dr. jur. G. Till, von der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren Ministerialrat Scholz und Oberregierungsrat Dr. Naser, vom Institut für Rechtsmedizin die Verfasser.

Bei diesem Gespräch haben die Beteiligten geprüft, ob der Gesetzestext, insbesondere der Begriff „unverzüglich“, eine Auslegung zuläßt, die einerseits den Interessen des Gesetzgebers gerecht wird und andererseits den in der praktischen Leichenschau tätigen Ärzten Erleichterung bringt. Von diesen Ärzten wird immer wieder die Klage vorgebracht, daß bei pflichtgemäßem unverzüglichem Erscheinen nach dem Ruf vielfach der zeitliche Abstand zwischen Todeseintritt und Leichenschau sichere Todeszeichen

Cholezystitis • Hepatopathien • Gastritis

Galloselect

- entzündungshemmend
- spasmolytisch
- sedativ
- mild-abführend

Indikationen: Entzündliche Erkrankungen der Gallenblase, der Leber (Hepatitis aller Art) und deren degenerative Zustände; Steins Gallen, Dyskinesen, Störungen in der Galle und im Pfortadergebiet mit Folgerscheinungen. Kontraindikationen: Bei Gravität ist Vorsicht geboten! Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: Extr. Chamomillae 5 mg, Extr. Cardui marianae 5 mg, Extr. Chelidoni 5 mg, Extr. Tanacet 25 mg, Extr. Cynararoe 20 mg, Extr. Rhei 50 mg, Fer. Sulfur 50 mg, Ol. Menthae piperitae 0,5 mg, Ol. 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. Kontraindikationen: Schwere Leberfunktionsstörungen, Gallenweg-Verachtheit, Gallenblasenverhysen, Cirrho hepaticum. Zusammensetzung: In 100 ml sind enthalten: Lyosopodium D. 20 ml, Chelidonium D. 20 ml, Carduus marianus 20 ml, Colecyntida D. 20 ml, Tanacetum 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
- entgastrisch

Indikationen: Reizzustände der Magenschleimhaut, Gastritis, Duodenitis, Ulcus ventriculi und duodeni, Krampfzustände im Bauchraum, Tenesmen, verzögerte Blähungen, spezielle Obstipation. Kontraindikationen: Nicht bekannt. Zusammensetzung: In 100 ml sind enthalten: Nux vomica D., Alumina D., Aescul. D., Plumbum acet. D., Colecyntida D. 20 ml. Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, 3-4 mal täglich 10-20 Tropfen in etwas Wasser zwischen den Mahlzeiten einnehmen. Handelsformen: Tropfflasche mit 20 ml DM 6,50; Tropfflasche mit 100 ml DM 17,30.

DRELUSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Heeslch-Oldendorf 1

Depot für Österreich: Magister DOBKAR Ges. o. S. N. Walmersgr. 26 · A-1190 WIEN

(Totenflecke, Totensterne, Fäulnis), die ja sämtlich aus Leichenveränderungen resultieren, noch nicht erwarten läßt. Dies führt immer wieder dazu, daß der Leichenschauer vor Ort zu einer Pflicht erscheint, die er streng genommen nicht erfüllen kann, weil sichere Zeichen des Todes noch nicht ausgeprägt sind.

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Leichenschau nicht bundes einheitlich, sondern in den elf Bundesländern nach dem jeweiligen Länderrecht mit zum Teil nicht unwesentlichen Unterschieden in den einzelnen Vorschriften geregelt. Im Gegensatz zu früher ist heute übereinstimmend in allen Bundesländern die *ärztliche* Leichenschau (im Gegensatz zur Laienleichenschau durch Nicht-Ärzte) mit einer einzigen Ausnahme in Schleswig-Holstein obligatorisch. In Schleswig-Holstein kann die Behörde für Inseln, auf denen kein Arzt ansässig ist und die verkehrsmäßig schwer zu erreichen sind, abweichend gestatten, daß die Todesbescheinigung von einer anderen geeigneten Person ausgestellt wird.

Übereinstimmung in den Ländergesetzen besteht ferner insoweit, als jeder approbierte Arzt ohne Rücksicht auf sonstige Tätigkeit zur Leichenschau berechtigt ist. Ferner sind in einem Teil der Bundesländer jeder niedergelassene Arzt (auch Gebietsarzt, gleich welcher Richtung) in seinem Bereich und die in Krankenhäusern tätigen Ärzte (diese nur dort) zur Leichenschau verpflichtet. Die in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geforderte Dringlichkeit mit zum Teil unverzüglich verlangtem Erscheinen am Sterbeort wird, wie oben bereits ausgeführt, von den Leichenschauern deshalb als wenig sinnvoll angesehen, weil nach dem Tode bis zum Auftreten sicherer Todeszeichen ein Zeitraum von zwei bis drei Stunden erforderlich ist. Die aus der Praxis immer wieder an uns herangetragenen diesbezüglichen Fragen lassen erkennen, daß der Gesetzgeber — der sich möglicherweise von der Überlegung der Verhinderung der Nichterkennung eines Scheintodes für die Zeit zwischen Laienfeststellung und ärztlicher Feststellung hat leiten lassen — dieses Problem nicht erkennt oder zumindest als zweitrangig angesehen hat.

Im Rahmen des oben zitierten Gespräches wurde geprüft, ob die von uns bisher vertretene und auch gelehrte Meinung, „unverzüglich“ bedeute: „Ohne schuldhaftes Zögern“, in dieser strengen Auslegung zutrifft, woraus zu folgern sei, daß dem Ruf zur Leichenschau, wenn nicht dringende Gründe dem entgegenstehen, zeitlich unmittelbar Folge zu leisten sei, oder ob im Hinblick auf die Erfordernisse in der Praxis durch eine weitergehende Auslegung Erleichterung geschaffen werden könne. So wurde zusammen mit den Gesprächspartnern von juristischer Seite die Frage geprüft, ob das unverzüglich nicht etwa so ausgelegt werden könne, daß der zur Leichenschau gerufene Arzt dann nicht schuldhaft zögern würde, wenn er nach Erhalt des Rufes zur Leichenschau so lange zuwarten würde, bis dann bei der Leichenschau sichere Todeszeichen zu erwarten wären. Würde man dieser Auffassung folgen, so ergäbe sich in der täglichen Praxis allerdings nur für die Fälle, bei denen der Arzt nicht etwa zur Hilfeleistung, sondern ausschließlich zur Leichenschau gerufen wird, eine Erleichte-

rung. Der gerufene Arzt dürfte dann nach Erkundigung über den Todeszeitpunkt in den Fällen zuwarten, in denen zu befürchten wäre, daß wegen des geringen Zeitablaufes seit dem Todeseintritt sichere Todeszeichen noch nicht zu erwarten wären. Diese Überlegung ist sowohl naturwissenschaftlich, aber auch aus juristischer Sicht logisch und zwingend. In praxi würde sie allerdings voraussetzen, daß der zur Leichenschau gerufene Arzt davon ausgehen dürfte, daß der in vielen Fällen in der Regel von einem Laien festgestellte Tod tatsächlich eingetreten ist. Unter dieser Prämisse würde allerdings eine der drei wesentlichen Aufgaben des Leichenschauers, die Todesfeststellung, zunächst einem Laien überlassen und darauf reduziert werden, den von einem Laien festgestellten Tod durch den Arzt bestätigen und amtlich feststellen zu lassen.

Würde man dieser Überlegung folgen und den Begriff unverzüglich im speziellen Falle beim Ruf zu einer Leichenschau weiter auslegen, dann wäre folgender Fall zumindest dem zur Leichenschau gerufenen Arzt nicht vorwerfbar: Ruf zur Leichenschau um 8.00 Uhr morgens mit der Mitteilung „soeben verstorben“. Leichenschau um 11.00 Uhr, dabei keine sicheren Todeszeichen, Reanimation temporär erfolgreich. Nachweis ex post, daß der Tod später eingetreten wäre, wenn Arzt um 8.00 Uhr sofort erschienen wäre.

Alein diese Überlegung läßt ein Abweichen von der engen Auslegung des Begriffes unverzüglich im Interesse der Verhinderung eines nicht erkannten Scheintodes nicht zu.

Wie ausgeführt, bestehen in den gesetzlichen Vorschriften der einzelnen Bundesländer nicht unwesentliche Abweichungen besonders auch im Hinblick auf die Dringlichkeit.

In fünf der elf Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Saarland) besteht die Vorschrift „unverzüglich“. Berlin schreibt vor „innerhalb zwölf Stunden“, Nordrhein-Westfalen „alsbald“, Schleswig-Holstein „möglichst bald, spätestens jedoch 24 Stunden nach Erhalt der Anzeige über den Todesfall“. Die übrigen drei Länder (Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz) lassen die Frage offen.

Ich gehöre zu Euch

„Der geistig Behinderte hat die gleichen Grundrechte wie jeder andere Bürger seines Landes und seines Alters. Vor allem hat der geistig Behinderte ein Anrecht darauf, als Mensch geachtet zu werden.“

Sie können helfen:

- Durch den Kauf von Grußkarten etc.
- Durch Geldspenden
- Durch letztwillige Verfügung
- Durch Kreuzspenden
- Durch Mitgliedschaft bei Ihrer örtlichen Lebenshilfe-Vereinigung

Wir senden Ihnen gerne kostenlos Informationen

Name _____

Brief _____

Ort _____

**Bundesvereinigung
LEBENSILFHE
für geistig Behinderte e.V.
Postf. 80, 3550 Marburg/L. 7**

Röteln-HDC- Impfstoff Wellcome®

Röteln-
Impfung
ist wichtig
für alle
Mädchen ab 11



Röteln-HDC-Impfstoff Wellcome®

Der Zusatz HDC (= human diploid cells) im Namen des Impfstoffs bringt zum Ausdruck, daß die Impfviren auf menschlichen Zellen kultiviert wurden, woraus sich zwei entscheidende Vorteile ergeben:

- die bei der Impfung erzeugte Immunität kommt der nach einer natürlichen Infektion vorliegenden Immunität sehr nahe.
- die Verträglichkeit ist sehr gut, weil keine allergischen Reaktionen auftreten können, die auf tierisches Eiweiß zurückgehen.

Deutsche Wellcome GmbH, 3006 Burgwedel 1
Röteln-HDC-Impfstoff Wellcome®

Zusammensetzung: 1 Impfdosis (0,5 ml) enthält: Abgeschwächtes lebendes Röteln-Virus, Stamm Wistar RA 27/3 mind. 1000 GKID₅₀, Humanalbumin ca. 1,2 mg, Neomycinsulfat max. 2,9 µg, Polymyxin-B-sulfat max. 0,8 µg
Lösungsmittel: Aqua ad injectabilia
*GKID₅₀ = Gewebekulturinfektions Dosis 50%

Anwendungsgebiete: Aktive Immunisierung gegen Röteln. Der Hauptzweck der Impfung ist die Verhinderung der Röteln-embryopathie durch Immunisierung von Mädchen vor Eintritt der Pubertät und von Frauen im gebärfähigen Alter ohne ausreichende Rötelnantikörper.

Gegenanzeigen: Schwangerschaft, Impfung mit anderen Lebendimpfstoffen, Gabe von Humanimmunglobulin, schwere Erkrankungen, Überempfindlichkeit gegen Neomycin bzw. Polymyxin.

Nebenwirkungen: Einige Tage nach der Impfung können Erscheinungen auftreten, wie sie auch nach einer natürlichen Rötelininfektion vorkommen. Diese sind in der Mehrzahl geringfügig und vorübergehend. Sie umfassen regionale Lymphknotenschwellungen, Hautausschläge, Unwohlsein, Halsschmerzen, mildes Fieber, Kopfschmerzen und gelegentlich vorübergehende Gelenkschmerzen, selten mit den Zeichen einer Entzündung verbunden. Gelenksbeschwerden werden bei der Impfung von Frauen im gebärfähigen Alter häufiger beobachtet als bei Mädchen vor Eintritt der Pubertät. In einigen Fällen wurden nach der Impfung symptomlose Erniedrigungen der Thrombozytenzahlen beobachtet. An der Injektionsstelle können lokale Schmerzen und selten Rötungen auftreten.

Dosierung:
Die Einzeldosis beträgt 0,5 ml

Handelsformen:
1 Impfdosis + sterile Einmalspritze DM 23,87 inkl. 13% MwSt.
10 Impfdosen Preis auf Anfrage



Deutsche Wellcome GmbH
Postfach 109 3006 Burgwedel 1



Die In dieser Richtung weit auseinandergelassenen Vorschriften, von unverzüglich bis ungeregelt, lassen daran denken, daß zumindest für den Gesetzgeber einzelner Bundesländer, aus der Praxis gesehen, keine Veranlassung bestand, diese Frage im Gesetz ausdrücklich zu regeln. Bei dieser Sachlage bleibt für den in die Praxis gehenden Arzt keine andere Möglichkeit als die, sich vor der Niederlassung mit den für seinen Bereich geltenden gesetzlichen Vorschriften vertraut zu machen.

Für die Zukunft sei für mögliche Novellierungen die Anregung erlaubt, eine für alle Bundesländer einheitlich geltende Formulierung der Dringlichkeit zur Leichenschau festzulegen. Dabei wäre aus ärztlicher Sicht bei der außerordentlichen Seltenheit des oben konstruierten Falles die Vorschrift von „alsbald“ an Stelle von „unverzüglich“ noch zu vertreten.

Auch bei der Leichenschau gleicht – wie häufig bei ärztlichen Aufgaben – kein Fall exakt dem anderen. Trotzdem lassen sich alle Todesfälle in bezug auf die Leichenschau einer der vier folgenden Gruppen zuteilen:

1. Der Arzt wird nach dem Eintritt des Todes zur Todesfeststellung und Ausstellung des Leichenschau-scheines an den Sterbeort gerufen.
2. Der Arzt wird zur Hilfeleistung gerufen und trifft vor Ort eine leblose Person an bzw. der Patient verstirbt während seiner Bemühungen.
3. Tod in der Klinik nach Krankenzugang.
4. Tod in der Klinik bei laufenden Reanimationsmaßnahmen.

ad 1.:

Wird der Arzt zur Leichenschau gerufen, so ist in sechs der elf Bundesländern aufgrund der Vorschriften keine besondere Eile geboten, sich an den Sterbeort zu begeben. In diesen Ländern muß ihm aus diagnostischen Gründen unter Berücksichtigung der oben gemachten Einschränkung die Zeit zugebilligt werden, so lange zuzuwarten, bis mit dem Vorhandensein mindestens eines sicheren Todeszeichens gerechnet werden kann. Dabei muß er

unterstellen, daß die Mitteilung, der Tod sei eingetreten, den Tatsachen entspricht.

Für die anderen fünf Bundesländer (darunter auch Bayern), die die Durchführung unverzüglich verlangen, bleibt bei Berücksichtigung der oben gemachten Ausführungen keine andere Möglichkeit als die, unverzüglich zu erscheinen und mindestens ein sicheres Todeszeichen festzustellen. Erscheint der Leichenschauer z. B. wenige Minuten nach der Funktionseinstellung von Atmung und Kreislauf, so verbleibt ihm nur die Wahl des Zuwartens bis zum Auftreten der Totenflecke oder der sofortigen Einleitung von Reanimationsmaßnahmen, die andererseits das Auftreten von sicheren Todeszeichen insbesondere der Totenflecke verhindern bzw. zumindest verzögern.

ad 2.:

Ohne Frage handelt es sich bei den Fällen aus dieser Gruppe um die schwierigsten in der täglichen Praxis, in erster Linie deshalb, weil bei einem akuten Atem- und Kreislaufstillstand in der Regel die Irreversibilität des Funktionsausfalles ad hoc nicht nachweisbar ist. Sieht man von dem nicht absolut zuverlässigen Todeszeichen „weite, lichtstarre Pupillen“ ab, die relativ rasch auftreten, fehlen sichere Todeszeichen, wie Totenflecken und Totenstarre, praktisch immer unmittelbar nach dem Funktionsausfall. Bei nicht nachgewiesener Irreversibilität des Funktionsausfalles ist der Versuch der Wiedererlangung zu unternehmen und so lange fortzusetzen, bis der Tod erwiesen ist. Dies ist das Dilemma in der Praxis. In diese Gruppe gehören auch die täglich sehr häufig auftretenden Fälle, in denen der Notarzt zu einem Notfall gerufen wird. Trifft er am Ort des Geschehens eine Person ohne Lebenszeichen an, oder sind seine Bemühungen, das Leben zu erhalten, erfolglos, so stellt sich ihm die Frage, ob das Zentralnervensystem irreversibel seine Funktion eingestellt hat und damit der Tod eingetreten ist. Solange diese Frage nicht eindeutig beantwortet ist, müssen Reanimationsmaßnahmen eingeleitet bzw. aufrechterhalten werden. Handelt es sich bei dem zum Notfall Gerufenen um einen niedergelassenen Arzt, so ist dieser in Baden-Württemberg,

Bayern, Berlin und Hessen zur Leichenschau verpflichtet. Kommt der Notarzt mit dem Notarztwagen aus einer Klinik, so besteht für ihn zunächst nur in Hessen eine Verpflichtung zur Leichenschau. In Hessen ist jeder Arzt auf Verlangen zur Leichenschau verpflichtet (§ 11 Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen). In den anderen Bundesländern bestünde nur dann eine Verpflichtung, wenn eine solche für den in einem Krankenhaus Tätigen vorgeschrieben ist und bei extensiver Auslegung des Begriffes Krankenhaus der Notarztwagen auch außerhalb des Hauses als Teil des Krankenhauses angesehen würde. Bei enger Auslegung des Begriffes Krankenhaus besteht die Verpflichtung zur Leichenschau nur im Hause selbst, aber nicht außerhalb des Hauses, auch nicht im Notarztwagen.

ad 3.:

Die praktische Erfahrung der letzten Jahre zeigt, daß Fälle mit nicht gerechtfertigter Ausstellung praktisch nicht in Krankenhäusern vorkommen. Dies gilt zumindest für die Fälle mit längerem, aber auch kürzerem Krankenzugang und damit gegebener Beobachtungszeit. Auch nach Einlieferung akuter Fälle ist das Risiko einer Fehlbeurteilung in der Klinik schon aufgrund der zur Verfügung stehenden apparativen Ausstattung und durch den Wegfall des Zeitdruckes und anderer ungünstiger Umstände, wie sie der Notarzt draußen nicht selten vorfindet, wesentlich geringer.

ad 4.:

Schließlich verbleibt noch die Gruppe der Fälle, bei denen der Tod während laufender Reanimationsmaßnahmen eintritt. Unabhängig davon, ob es sich um einen Fall mit in Aussicht genomener Explantation von Organen zur Transplantation handelt oder nicht, muß hier unter Umständen unabhängig vom noch funktionierenden Kreislauf abschließend auf den irreversiblen Funktionsausfall des Zentralnervensystems abgestellt werden.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. W. Spann und Professor Dr. med. W. Eisenmenger, Frauenlobstraße 7 a, 8000 München 2

Neues aus der heutigen Dermatologie für die Praxis

65. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. K. Bork, Mainz:

Hautkrankheiten durch Kontakt mit Pflanzen

Auf schädigende Substanzen in Pflanzen oder Pflanzenteilen reagiert die Haut am weitaus häufigsten mit einem exogenen Ekzem bzw. einer Kontaktdermatitis. Die meisten phytogenen Kontaktreaktionen sind allergische Kontaktdermatitiden. Nichtallergische, direkt toxische Kontaktdermatitiden durch chemische oder mechanische Irritationen sind jedoch gleichfalls zu beobachten, wie auch Phytophotodermatitiden, also Dermatitis, die durch toxische Substanzen aus Pflanzen und durch Lichtwirkung entstehen.

Eine Kontakturtikaria entsteht durch die Berührung der Brennhaare an den Blättern der Brennnessel. Diese Brennhaare sind einzellige Gebilde, die in der Epidermis der Pflanze verankert sind und nach außen hin spitz zulaufen, wo sie in einem Köpfchen enden. Die Köpfchenwand ist verkieselt, der Rest des Brennhaares ist kalzifiziert. Bei Berührung bricht das Köpfchen schief ab, so daß eine schräg angeschliffene Kanüle entsteht. Auf diese Weise werden durch Injektion in die Haut Acetylcholin und Saponine abgegeben, die dann zur Urtikaria führen. Ein anderes Beispiel für eine nicht-ekzematöse Reaktion der Haut durch Pflanzenkontakt sind Kontaktgranulome, die durch Stacheln von Kakteen, Glochidien, insbesondere von Opuntien, entstehen.

Das klinische Bild der phytogenen Kontaktdermatitis weist eine erhebliche Breite des klinischen Bildes auf. Vielfach sieht man an den Kontaktstellen streifige Reaktionen, häufig in Form von Bläschen oder Blasen auf geröteter oder ödematöser Haut. Die Reaktionen sind häufig sehr heftig. Der Blaseninhalt wird nicht selten frühzeitig hämorrhagisch, und sogar Nekrosen treten auf.

Die Verteilung der Effloreszenzen am Körper ist bei der phytogenen Kontaktdermatitis vielfach recht charakteristisch, da vor allem die frei getragenen Körperbezirke befallen sind. Pflanzliche Kontaktdermatitiden treten fast immer jahreszeitlich gebunden auf, Ausnahmen davon sind Kontaktdermatitiden durch einige Zimmer- oder Gewächshauspflanzen. Die Allergene können grundsätzlich in den verschiedensten Pflanzenteilen enthalten sein. Häufig reicht bereits die Berührung mit der Pflanze, manchmal ist jedoch auch eine Schädigung der Pflanze nötig, damit die Allergene freigesetzt werden. Die allergene Wirksamkeit oder die Toxizität kann von Pflanze zu Pflanze, aber auch von Jahr zu Jahr wechseln. Im deutschsprachigen Raum ist die Zahl der Pflanzenfamilien, aus denen die allergenen Zierpflanzen stammen, recht begrenzt. An Häufigkeit und Wichtigkeit steht die akute allergische Kontaktdermatitis durch Becherprimeln an erster Stelle, gleich gefolgt von Chrysanthemen, Tulpen, Narzissen und Hyazinthen. Die Primeldermatitis ist üblicherweise eine akute allergische Kontaktdermatitis, vielfach mit Bildung von Blasen oder Bläschen auf ödematöser Haut. Es sind vorwiegend Frauen befallen, häufig ältere. Die Sensibilisierung gegen das PrimIn erwirbt man typischerweise beim Entfernen der abgestorbenen Blätter der Becherprimel, was gerade bei Primeln immer wieder erforderlich ist. Das klinische Bild der bei uns häufigen Kontaktdermatitis durch Chrysanthemen ist vielfach nicht so akut. Typisch ist das gehäufte Auftreten im Spätherbst, der Blütezeit der Chrysanthemen. An den freien Körperpartien findet man Schwellung, Rötung, Schuppung und Verdickung der Haut. Häufig ist eine längere Expositionszeit erforderlich, wie sie bei Gärtnern und im Blumenhandel anzutreffen ist. Fast ausschließlich bei beruflicher Exposition, also bei Gärtnern und Floristen, sieht man allergische Kontaktdermatitiden durch Zwiebelpflanzen. In den Zwiebeln

MAGNESIOCARD®

**Monosubstanz
zur gezielten
Magnesiumtherapie
von Risikofaktoren
bei coronaren
Gefäßkrankheiten
und Infarktgefährdung**



**Therapeutisches
Prinzip:
Streßabschirmung
Calcium-Antagonismus
Lipidsenkung**

Zusammensetzung

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

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. in Folge Fastenkuren, Hypercholesterinaemie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe.

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie.

MAGNESIOCARD® Ampullen 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 l.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.**

einiger Zwiebelpflanzen sind reichlich scharfe und spitze Oxalatkristalle enthalten. Bei längerem Kontakt dringen diese Kristalle in die Haut ein und führen schließlich zu einer mechanischen Irritation der Fingerspitzen, zu einem lang dauernden hyperkeratotischen Ekzem mit schmerzhaften Rhagaden.

Die Dermatitis bullosa pratensis ist ein phototoxisches Ekzem, das durch den Furocumarin Gehalt der Pflanzen in Verbindung mit Sonneneinstrahlung zustande kommt. Eine feuchte Wiese und Sonne sind die Voraussetzungen für das charakteristische Bild.

Mehrere Gemüsearten, auch Karotten, Sellerie, Petersilie, Pastinak sowie Kürbisse und Melonen, sind in der Lage, gelegentlich, insgesamt jedoch recht selten, eine allergische Kontaktdermatitis hervorzurufen. Allergene sind wahrscheinlich ätherische Öle und Pinene. Kreuzreaktionen von Zwiebeln und Knoblauch mit Tulpen- und Hyazinthenzwiebeln sind bekannt.

Professor Dr. F. Nürnberger, Berlin:

Praktisch wichtige Krankheiten des Fettgewebes

Das subkutane Fettgewebe (= Panniculus adiposus) besteht hauptsächlich aus Fettzellläppchen, bindegewebigen Septen und Blutgefäßen, die zunächst in den Bindegewebssepten verlaufen und dann mit Blutkapillaren jede einzelne Fettzelle des Lobulus versorgen. Arterielle Störungen bewirken eine lobuläre Pannikulitis, venöse Störungen manifestieren sich vorwiegend in den Septen bzw. in der angrenzenden Lappchenperipherie (septale Pannikulitis). Fettzellen reagieren auf Traumen jeglicher Art, auf Ischämie und auf benachbarte, entzündliche Prozesse sehr empfindlich und monoton mit Nekrobiose oder Nekrose. Als deren Ergebnis kann ein sogenanntes lipophages Granulom oder eine Ausheilung in einer knotigen Fibrose resultieren.

Adiponecrosis subcutane neonatorum (= subkutane Fettgewebsnekrose der Neugeborenen)

Die subkutane Fettgewebsnekrose der Neugeborenen ist eine seltene Erkrankung, die meist bei großen, adipösen Kindern während der er-

sten beiden Lebenswochen auftritt. Klinisch handelt es sich meist um nicht schmerzhaft, derbe, gerötete oder nicht gerötete Infiltrate an Wangen, Schultern, Rücken oder Nates. Das Allgemeinbefinden ist nicht beeinträchtigt. Eine Therapie ist nicht erforderlich, da die Infiltrate im Verlauf einiger Wochen oder Monate verschwinden.

Sclerema neonatorum (= Fettsklerem der Neugeborenen)

Das Fettsklerem der Neugeborenen ist eine überwiegend final oder als Symptom lebensbedrohlicher Grundleiden auftretende flächige Verhärtung der Haut und des Unterhautgewebes meist unreifer, dystrophischer Neugeborener. Bei dem meist vorhandenen Kreislaufschock kommt es zu einer Temperaturerniedrigung und aufgrund des hohen Verhältnisses von gesättigten zu ungesättigten Fettsäuren zu einer Fettgewebsverhärtung (= Sklerem). Entscheidend ist die Entdeckung der Grundkrankheit, und die Behandlung erfolgt zunächst im Inkubator zur Normalisierung der Körpertemperatur.

Bei Kältepannikulitis

treten sechs bis 72 Stunden nach Kälteexposition an den betroffenen Regionen indurierte, knotige oder plattenartige, schmerzhaft, rötliche oder livide Infiltrationen auf. Befallen sind meist Kleinkinder, seltener adipöse Frauen. Eine Therapie ist nicht erforderlich, da sich die Knoten und Platten spontan zurückbilden. Bei Neigung zu Kältepannikulitis ist Kälteschutz die beste Prophylaxe.

Die Poststeroidpannikulitis

ist selten und wurde bisher nur bei Kindern bis zu zwölf Jahren beschrieben, die meist wegen rheumatischen Fiebers, Nephrose oder Leukämie mit hohen Dosen von Steroiden behandelt wurden und Cushing-Symptome aufwiesen. 1 bis 35 Tage nach Absetzen der oralen Steroidtherapie kam es ohne Störung des Allgemeinbefindens zum Auftreten von großen subkutanen Knoten an Wangen, Kinn, Armen und Stamm. Eine wirksame Therapie ist nicht bekannt, aber auch nicht erforderlich, da sich die Knoten spontan zurückbilden.

Die lokalisierte Lipoatrophie nach Kortikoidinjektionen

ist reversibel. Ursächlich verantwortlich ist wahrscheinlich eine stärkere Kristallsuspensionsdichte von Triamcinolon bei fehlerhafter Injektionstechnik – zu tief bei intradermaler bzw. zu hoch bei geplanter intramuskulärer Injektion. Klinisch kommt es ohne Entzündungsercheinungen nach einigen Wochen am Injektionsort zu einer mulden- oder kahnförmigen Eindellung der Haut, die sich meist im Laufe von ein bis drei Jahren ohne Therapie wieder völlig zurückbildet. Durch streng intragluteale Injektionstechnik läßt sich eine Kortikoid-Lipoatrophie weitgehend verhindern. Lokalisierte Lipoatrophien sind aber auch nach anderen Injektionen beschrieben worden, z. B. nach Insulin, Antihistaminika, Diphtherie-, Keuchhusten- und Tetanusschutzimpfung.

Die traumatische Fettgewebsnekrose

ist selten und befällt vorzugsweise Frauen. Dabei kommt es zum Auftreten von schmerzhaften, aber auch schmerzlosen subkutanen Knoten und Platten, Wochen, Monate oder Jahre nach einem bewußten oder unbewußten Trauma, meist an den Mammae edipöser Frauen. Durch den Zug der großen Brust soll eine ischämisch bedingte Fettnekrose ausgelöst werden. Differentialdiagnostisch wird bei Sitz an der weiblichen Brust meist der Verdacht auf ein Mammakarzinom geäußert, da die über dem Knoten liegende Haut deutlich gerötet, retrahiert und sogar orangenschalenähnlich gefaltet sein kann. Die Exzision mit anschließender histologischer Untersuchung ist die schnellste und sicherste Behandlung. Es erfolgt auch spontane Rückbildung, aber erst nach längerer Zeit.

Die Lupus-erythematoses-Pannikulitis

ist eine seltene klinische Variante des systemischen Lupus erythematoses. Prädilektionsstellen der anfangs entzündlich geröteten Knoten sind Stirn, Wange, Arm und Rumpf.

Subkutane Fettgewebsnekrosen kommen in seltenen Fällen bei Pankreatitis oder Pankreaskarzinomen vor, meist zuerst an den Beinen,

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

Schaper & Brümmer Salzgitter - Ringelheim

Dosierung: Oral: Venalot[®]-Depot: morgens und/oder abends 1 Dragée. Venalot[®]-Kapseln: 3 x 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 x 2 ml DM 9,36, AP 100 x 2 ml; 5 x 5 ml DM 18,84, 10 x 5 ml DM 29,45, AP 100 x 5 ml; Liniment 40 ml DM 8,15, 70 ml DM 12,63, AP 400 ml; Depot-Dragees 20 St. DM 15,12, 50 St. DM 32,43. (Stand: Mai 1981)



**Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim**

Naturstoff-Forschung und -Therapie

später auch am Gesäß und Rumpf, nur selten an Oberarmen, Thorax und behaartem Kopf.

Die Vasculitis nodularis (früher: Erythema induratum Bazin) ist eine rezidivierende, knotige oder plattenartige, häufig ulzerierende, entzündliche Dermatose, die vorzugsweise an den Unterschenkelbeugeseiten von meist jüngeren Frauen auftritt und narbig abheilt. Ätiopathogenetisch werden vor allem Arzneimittel- und bakterielle Überempfindlichkeitsreaktionen angenommen, weshalb therapeutisch die Eliminierung der angeschuldigten Noxen an erster Stelle steht, dann folgt die Behandlung einer eventuellen Grundkrankheit, wie Hypertonie und Diabetes mellitus. Dann wendet man Butazolidin und unter Umständen Kortikoide an, und besonders wichtig sind Kompressionsverbände und Hochlagerung der Beine bei Bettruhe.

Das Erythema nodosum

ist vielleicht am bekanntesten, wobei es sich um schubweise auftretende, anfangs hell, dann düsterröte, später bläulich-grünlich-gelbliche, nicht ulzerierende, unscharf begrenzte, rundliche oder ovale, sehr druckschmerzhafte derbe Knoten oder plattenartige Infiltrate, die symmetrisch, besonders an den Unterschenkelseiten auftreten, handelt. Ätiopathogenetisch wird es heute als eine allergische Reaktion vom Spättyp auf eine Vielzahl von Antigenen angesehen. Ursächlich kommen Streptokokkeninfekte, Tuberkulose, Sarkoidose, Viren und Chlamydien, Yersinia-Infektionen, mykotische Infektionen, Medikamente, Enteropathien, aber auch maligne Erkrankungen in Frage.

Die sogenannte Zellulitis

ist eine „erfundene Wohlstandserkrankung“, besitzt keinen Krankheitswert und ist dennoch in zahlreichen westlichen Ländern eine *crux medicorum*. Ihre Symptome beruhen auf einer Mißdeutung der normalen hormonell- und alterungsbedingten geschlechtstypischen Binnenstruktur der Haut und Unterhaut im Oberschenkel-Gesäßbereich von meist adipösen Frauen jenseits der Pubertät, die an der Hautoberfläche zu Vorwölbungen und Eindellungen führt. Therapeutisch sinnvoll ist eine Gewichtsreduktion vor dem 40. Le-

bensjahr, Bewegung jeglicher Art und zusätzlich Bürstenmassage oder manuelle Massage von der Peripherie zum Herzen hin.

Dr. N. Hoede, Mainz:

Morbus Bowen und Morbus Paget

Bei diesen beiden Krankheiten handelt es sich keineswegs um nosologisch verwandte Krankheiten, aber beide imponieren klinisch in ihren Anfangsstadien als „entzündlich-erythematöse“ Präkanzerosen, wobei es sich pathologisch-anatomisch jeweils um ein intraepidermales Carcinoma in situ handelt, allerdings mit feingeweblich jeweils pathognomonischem Bild.

Der typische *Morbus Bowen* zeigt sich entweder als Einzelherd oder auch multipel, meist im fortgeschrittenen Lebensalter, mit zunehmender Häufigkeit jenseits des fünften Lebensjahrzehnts als ein chronisch persistierender, nur langsam größer werdender, in der Regel scharf begrenzter, meist gering erhabener, unterschiedlich rotgesättigter, mit Schuppen oder Krusten bedeckter Krankheitsherd von entweder psoriasiformem oder ekzematoidem Aussehen, der sich unter entsprechender Lokalbehandlung therapierefraktär verhält. In Schleimhautlokalisationen kommen leukoplakische, erythematöse und ulzeröse Primärherde vor. Der Beginn ist meist unbemerkt, symptomlos und nur gelegentlich findet man Juckreiz, weshalb ein Bowen-Herd oft über Jahre vom Laien wie vom Arzt fehlgedeutet wird. Ätiopathogenetisch sind bei der Entstehung neben genetischer Disposition sicher verschiedene karzinogene Faktoren gleichzeitig oder hintereinander wirksam, von denen Altersdispositionen, UV-Einstrahlung und Arsenexposition besonders zu erwähnen sind. Histologisch findet sich das Bild eines intraepidermal gelegenen Carzinoma in situ besonderer Prägung, das auch als Prototyp der malignen Dyskeratose angesehen werden kann. Differentialdiagnostisch kommen in erster Linie plaqueförmige, papulosquamöse Dermatosen in Betracht. Langzeitig bestehende, therapierefraktäre, psoriasiforme Herde, insbesondere bei gleichzeitig bekannter Psoriasis und gelegentlich vorangegangener Arsenmedikation, sind besonders schwierig abzugren-

zen. Therapeutisch sollte ein Carcinoma in situ stets wie ein Karzinom behandelt werden, d. h. nach Probeexzision nach Möglichkeit chirurgische Entfernung im Gesunden.

Klinische Ähnlichkeiten des morphologischen Erscheinungsbildes und des allmählich progredienten Krankheitsverlaufes haben, insbesondere bei extramammärer Lokalisation, Anlaß gegeben, den *Morbus Paget* mit dem *Morbus Bowen* zu vergleichen. Deshalb wird manchmal heute noch der *Morbus Paget* gemeinsam mit den Präkanzerosen der Haut abgehandelt und als solche bezeichnet. Doch definitionsgemäß handelt es sich um ein intraepidermal oder intraduktal gelegenes Karzinom des apokrinen Drüsenapparates mit epidermotropem Wachstum, dessen Einzelelement die sogenannte Paget-Zelle darstellt. Der *Morbus Paget* ist eine seltene Erkrankung mit ausgeprägter Gynäkotropie. Am häufigsten findet er sich an der Brust.

Professor Dr. H. C. Friedrich,
Marburg/Lahn:

Fortschritte der operativen Dermatologie

Die operative Dermatologie ist ein Teilstück der instrumentellen Dermatotherapie. Sie befaßt sich klinisch und experimentell mit der Theorie und Praxis der „Behandlung von Dermatosen durch Ausschneidung“, einschließlich der nachfolgenden Defektdeckung. Zweck des operativen Vorgehens sind Prophylaxe von Hautkrankheiten, Teilexzision zur feingeweblichen Diagnostik und radikale Ausrottung einer Hautkrankheit. Die Erlernung der notwendigen Operationstechnik gehört heute zur Weiterbildung zum Hautarzt. Für jede Indikation existieren mehrere operationstechnische Lösungen. Eingesetzt wird das risikoärmste und erfolgversprechendste Verfahren. Die Kombination mit nicht-operativen Behandlungsmaßnahmen kann im Einzelfall notwendig werden.

Die wichtigste Operationsmethode ist die mit der Stanze, die seit über 1000 Jahren von Ärzten verwendet wird und vielseitige Einsatzmöglichkeiten hat. Die Stanze wird auf die Oberhaut aufgesetzt und im Uhrzeigersinn schraubend unter mäßigem

Druck in die Haut vorgetrieben. Länge und Querschnitt des ausgestanzten Hautstückes sind durch die Konstruktion der Instrumente immer konstant. Der Eingriff wird in Lokalanästhesie durchgeführt. Der Stanzdefekt wird durch Naht verschlossen. Der ausgestanzte Hautzylinder wird ohne Druck sanft auf der Oberfläche angehoben und mit der Schere in der vorgesehenen Ebene flach abgetrennt. Instrumentelle Blutstillung ist nur notwendig, wenn größere Gefäße durchgetrennt werden. Kleine Blutungen stehen durch Druck der Daumenfläche auf einen straff gerollten, in den Defekt eingepaßten Präpariertupfer in der Regel nach einer Minute. Die Sicherung der Wunde durch Fixation eines Präpariertupfers löst das Problem der Nachblutung in der Sprechstunde. Der Präpariertupfer wird in der Regel am zweiten Tag entfernt, die Entfernung der Naht erfolgt, je nach Einstellung des Operateurs bis zum sechsten Tag nach der Operation. Die wichtigsten Einsatzmöglichkeiten sind Probeexzision, Exzision, Transplantation, Plastik und Elevation.

Dozent Dr. F. Gschnait, Wien:

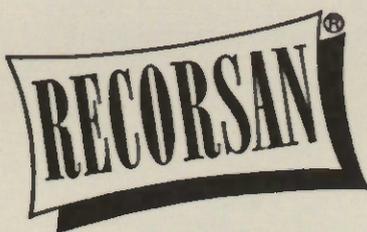
Aktuelle Diagnostik der Lues, insbesondere der Luesserologie

Die Schwierigkeiten der Diagnostik dieser Erkrankung liegen einerseits auf der äußersten Variabilität im klinischen Erscheinungsbild und darin, daß der Erreger nur mit besonderen Hilfsmethoden, mit dem Dunkelfeldmikroskop, und auch dort nicht in jeder Läsion der Syphilis, nachzuweisen ist. Darüber hinaus gibt es während langer Strecken der syphilitischen Infektion ein klinisch freies Stadium, das nun ausschließlich durch Laboratoriumsmethoden nachzuweisen ist. Nach dem Kriege war die Syphilis eine sehr häufige Erkrankung. Um das Jahr 1955 sank die Erkrankungshäufig-

keit — bedingt durch die Einführung der Penicillintherapie — in nahezu dramatischer Weise fast auf Null, so daß man den Eindruck hatte, daß die Syphilis am Aussterben sei. In den darauffolgenden Jahren kam es jedoch überraschend zu einem neuerlichen deutlichen Ansteigen der syphilitischen Infektion, die sich besonders im Bereich von Großstädten manifestierten. Eine wichtige Tatsache war das deutliche Ansteigen der Zahl latenter Syphilisfälle, die klinisch erscheinungsfrei waren, jedoch noch nicht oder zumindest nicht ausreichend behandelt worden sind. Ursache dürfte die heutzutage vermehrte und bisweilen kritiklose Anwendung von Antibiotika sein, die eine syphilitische Infektion unterdrücken, jedoch nicht vollständig zur Ausheilung bringen können. Die große Zahl latenter syphilitischer Infektionen macht erklärlich, warum der Syphilisserologie heute eine ganz besondere Bedeutung zukommt.

Die Syphilisdiagnose durch serologische Untersuchungen hat sich im letzten Jahrzehnt stark verändert. Die klassischen Komplementbindungsreaktionen, wie die Wassermannsche Reaktion oder die Kolmer-Reaktion, ebenso wie Flokkuationsreaktionen im Reagenzglas, wie die Kahnische Trübungsreaktion, die Meinickesche Klärungsreaktion oder die Müllersche Ballungsreaktion sind weitgehend entbehrlich geworden, da sie entweder zu wenig spezifisch oder zu teuer sind. Auch der TPI oder Nelson-Test, einst das Maß aller Dinge in der Syphilisdiagnose, ist heute ersetzt worden durch den Fluoreszenz-Treponema-pallidum-Antikörper-Absorptionstest, den „FTA-ABS“, sowie durch die Hämagglutinationsteste mit *Treponema pallidum*, wie dem „TPHA-Test“, oder in seiner automatisierten Variante, den automatisierten Mikrohämagglutinationstest mit *Treponema-pallidum*-Antigen, „AMHA-TP“.

Die Neuordnung der Syphilisserologie sieht somit — vereinfacht dargestellt — folgendermaßen aus: der AMHA-TP ist jene Reaktion in der Syphilisserologie, die früh positiv wird und hochgradig spezifisch ist. Sie eignet sich somit in erster Linie als Suchtest. Zur Optimierung der Sicherung positiver AMHA-TP-Befunde soll als Bestätigungstest der FTA-ABS-Test durchgeführt werden. Beide Teste haben die Eigenschaft, hochgradig spezifisch zu sein, werden jedoch nach erfolgter Behandlung nicht oder nur in einem sehr, sehr langsamen Ausmaß negativ. Das bedeutet, daß wir zur Beurteilung des Behandlungserfolges einen weiteren Test benötigen, der durch ein Absinken im Titer erkennen läßt, ob eine Behandlung erfolgreich war oder nicht. Die Beurteilung des Behandlungserfolges wird durch den quantitativen VDRL-Test durchgeführt. Im Fall einer latenten Syphilis ist jedoch der VDRL-Test im Laufe vieler Jahre nicht reaktiv geworden, so daß diese Form von der ausreichend behandelten Syphilis mit dieser Konstellation nicht eindeutig geklärt werden kann. Ideal wäre also ein Test, mit dem man *Treponemen*-spezifisches Immunglobulin M nachweisen könnte. Dies gelang in den letzten Jahren mit dem sogenannten 19 S-IgM-FTA-ABS-Test, der jedoch sehr aufwendig und damit teuer ist. Deshalb suchte man nach einer anderen Technik, mit der man 19 S-IgM-Antikörper mit wesentlich weniger Aufwand und mit möglichst gleicher Sicherheit nachweisen konnte. Dies scheint mit einem neuen Test, dem sogenannten SPHA oder „Solid Phase Haem-Adsorption-Test“ gelungen zu sein. Es wird dazu einfach ein Napf verwendet, dessen Wand mit einem spezifischen Antiserum überschichtet wird. Dieses Antiserum ist imstande, im Patientenserum vorhandenes 19 S-Immunglobulin M spezifisch abzufangen und an die Wand zu binden. Gibt man nun in diesem Zustand in den Napf eine



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

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

-Castor. 0,6g. Camph. 1,0g. Menthol. 0,5g. Nicotin. 0,155g.

O.P. 30g DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

Aufschwemmung von *Treponema pallidum* zu, so wird sich das *Treponema pallidum* auf das dagegen gerichtete 19 S-IgM aufsetzen. Und nun bedarf man nichts anderes als einer Suspension von antikörperbeladenen Erythrozyten. Ist das IgM vorhanden, kommt es zu einer Bindung der künstlichen Treponemen; ist es zur Bindung der Treponemen gekommen, kommt es im weiteren zur Bindung der Erythrozyten und die Erythrozyten bleiben an der Wand des Gefäßes kleben. Der Test ist reaktiv. Ist das an der Wand gebundene 19 S-IgM jedoch kein syphilisspezifisches, kann es auch nicht zur Bindung der Treponemen kommen, die Erythrozyten können sich in der weiteren Folge ebenfalls nicht binden und sinken zu Boden. Der Test ist nicht reaktiv. Dieser SPHA-IgM-Test ist somit *Treponema pallidum*-spezifisch, ist ein Indikator für die Aktivität der Erkrankung, unterliegt nicht den Phänomenen kompetitiver Hemmung und last not least ist er einfach durchzuführen. Nach bisherigen Ergebnissen scheint eine Reaktivität in diesem Test von über 1:10 beweisend für das Vorliegen einer syphilitischen Infektion zu sein. Mit diesem Test ist also auf einfache und schnelle Weise möglich geworden, die Behandlungsbedürftigkeit eines Patienten nachzuweisen.

Privatdozent Dr. W.-B. Schill,
München:

Neue Entwicklungen in der Andrologie

Die neuen Entwicklungen in der Andrologie sind nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß die praktische Bedeutung dieses Gebietes für die Betreuung des sterilen Ehepaares immer größer geworden ist. Jede fünfte bis sechste Ehe in der Bundesrepublik ist ungewollt kinderlos, wobei die Ursachen etwa zu gleichen Teilen bei Frau und Mann liegen.

Transmissions- und Rasterelektronenmikroskopie haben zusammen mit der Biochemie zu neuen Erkenntnissen der Spermatozoenmorphologie und -funktion geführt, wodurch z.B. die Globozoospermie und das Immotile-Cilia-Syndrom aufgeklärt werden konnten.

Bei der Globozoospermie, die in ca. 0,1 Prozent der Fälle vorkommt, liegen lichtmikroskopisch ausschließlich

rundköpfige Spermatozoen vor, wobei sich elektronenmikroskopisch ein Fehlen der Akrosomenkappen zeigt. Biochemisch fehlen sämtliche Penetrationsenzyme. Die Bestimmung der Akrosinaktivität bietet sich als einfacher biochemischer Parameter zur Sicherung der Diagnose an. Das Trypsin-ähnliche Penetrationsenzym Akrosin stellt das Schlüsselenzym für die Penetration der Spermatozoen durch die Zona pellucida der Eizelle dar und kann in den untersuchten Fällen nicht nachgewiesen werden.

Das „Immotile-Cilia-Syndrom“, das in ca. 0,2 Prozent der Fälle vorkommt, zeichnet sich durch Sterilität bei chronisch-rezidivierenden Infekten der oberen Luftwege aus und ist in ca. 50 Prozent mit einem Situs inversus vergesellschaftet. Im Ejakulat fallen vitale, aber immobile oder hochgradig motilitätseingeschränkte Spermatozoen auf. Elektronenmikroskopisch lassen sich spezifische Defekte des Fibrillenapparates des Spermatozoenschwanzes nachweisen. Dieselben anatomischen Fehlbildungen liegen auch in den Zilien des Flimmerepithels der Bronchialschleimhaut vor.

Wesentliche Fortschritte auf dem Gebiet der Diagnostik sind durch Einführung der Radioimmunassays in die klinische Routine möglich geworden, wobei aus einer einzigen Serumprobe Testosteron, LH, FSH und Prolaktin bestimmt werden können. Die endokrinologische Diagnostik hat ganz wesentlich die differentialdiagnostische Abklärung eines primären oder sekundären Hypogonadismus erleichtert. Außer der Basissekretion der genannten Hormone kann die Hypothalamus-Hypophysen-Gonadenachse durch dynamische Funktionsteste auf ihre funktionelle Kapazität hin untersucht werden. In Frage kommen dabei der Antiöstrogentest (Clomiphen®, Tamoxifen®) zur Abklärung einer hypothalamischen Störung, der Gonadotropin-Releasing-Hormontest zur Abklärung des Hypophysenvorderlappens und der HCG-Test zur Funktionsprüfung der Leydigischen Zwischenzellen. Die Durchführung einer Hormonanalyse ist bei reproduzierbar eingeschränkter Spermatozoendichte unter 15 Mill./ml erforderlich, wobei als Minimalprogramm die Bestimmung der Basissekretion von FSH, LH und Testosteron durchgeführt werden soll-

te. Häufiger als echte Hormondefizite sind allerdings testikuläre Störungen im Sinne einer isolierten tubulären Insuffizienz, die hormondiagnostisch durch eine erhöhte FSH-Basissekretion objektiviert werden kann.

Bei Verschlüssen der ableitenden Samenwege läßt sich eine anatomische Lokalisation durch biochemische Parameter vornehmen. So sind Fruktose für das Bläschendrüsensekret, saure Phosphatase bzw. Zitronensäure für das Prostatasekret und Karnitin für das Nebenhodensekret charakteristisch.

Therapeutisch haben sich folgende Substanzen bei der Wiederherstellung oder Verbesserung eingeschränkter Funktionen der Hoden bzw. der akzessorischen Geschlechtsdrüsen bewährt: Antiöstrogene, Humangonadotropine, Androgene und Kinin-freisetzende Proteinasen, speziell die Kininogenase Kallikrein.

Folgendes therapeutisches Vorgehen hat sich bei der Behandlung der idiopathischen Oligozoospermie bewährt: Beginn der Behandlung mit dem gewebshormonfreisetzenden Pankreasenzym Kallikrein (600 E). Spricht der Patient nach drei Monaten Behandlungsdauer nicht an, so wird auf eine niedrig dosierte Androgentherapie mit täglich 75 mg Mesterolone umgesetzt. Kommt es zu keiner Besserung der Spermaparameter, so ist spätestens jetzt eine kombinierte Humangonadotropintherapie indiziert. Auch die Anwendung von Antiöstrogenen vom Typ Tamoxifen® kommt in Frage. Kommt keines der genannten Pharmaka zum Therapieerfolg, so muß geprüft werden, ob eine Verbesserung der Spermaqualität mittels Splitejakulat oder spermatozoenstimulierender Substanzen möglich ist, um damit als Ultima ratio Inseminationen durchführen zu können. Im allgemeinen liegt die Erfolgsrate bei homologen Inseminationen um 20 bis 25 Prozent. Inzwischen werden von mehreren Seiten gute Erfahrungen mit der Verwendung von Splitejakulat berichtet, wobei nur die spermatozoenreiche Fraktion inseminiert wird, wodurch eine Konzeptionsrate von 44 Prozent erzielt werden konnte.

Referent:

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

Hepatitis-A-, Lepra- und Malaria-Prophylaxe

Des waren die herausragenden Themen einer Tagung des „Tropenmedizinischen Arbeitskreises“ in der Bayerischen Landesimpfstoffanstalt, München. — Wegen der Bedeutung dieser Thematik möchten wir in Kurztrom unsern Lesern die wesentlichen Ergebnisse vorstellen

Hepatitis-A-Prophylaxe bei Auslandsreisen

Dr. M. Roggendorf, Max-von-Pettenkofer-Institut, München, berichtete, daß bei Reisen in die südlichen Länder bekanntlich ein erhöhtes Risiko, an einer Hepatitis-A zu erkranken, besteht. Serologische Untersuchungen aus jüngster Zeit haben gezeigt, daß zur Zeit zwei von drei Hepatitis-A-Erkrankungen im Raum München aus dem Ausland mitgebracht werden. In der Bundesrepublik selbst geht die Durchseuchung an Hepatitis-A ständig zurück. 1965 hatten noch 51 Prozent der 20- bis 30jährigen Hepatitis-A-Antikörper im Serum. 1975 waren es nur noch 11 Prozent. Die geringste Hepatitis-A-Durchseuchung ist bei schwedischen Spendern zu finden. Damit ist zu befürchten, daß

im Laufe der nächsten Jahre auch bei den in der Bundesrepublik hergestellten Immunglobulinen die Antikörper gegen Hepatitis-A noch weiter absinken werden. Derzeit weisen alle im Handel befindlichen Präparate noch ausreichende Antikörper-Titer auf.

Auffallend ist, daß in einigen Präparaten Antikörper auch gegen Gelbfieber zu finden sind. Dies ist wahrscheinlich nicht auf eine Impfung von Spendern zurückzuführen, sondern auf die Tatsache, daß ein Teil der Spenderseren aus süd-amerikanischen oder afrikanischen Ländern stammt.

Es besteht heute kein Zweifel mehr, daß das Infektionsrisiko einer Hepatitis-A durch die prophylaktische Injektion von Standardimmunglobulin verringert werden kann. Nach einer

Empfehlung der WHO soll die Dosis zwischen 0,02 bis 0,12 ml pro kg Körpergewicht liegen. In der Regel wird man einem Erwachsenen 0,06 ml pro kg KG verabreichen, das entspricht ca. 5 ml. Das Immunglobulin schützt acht bis zwölf Wochen vor der Erkrankung (bei längeren Aufenthalt eventuell Auffrischinjektion nach drei bis sechs Monaten).

Wer häufig ins südliche Ausland reist, ist gut beraten, sich die Antikörper im Serum gegen Hepatitis-A-Virus bestimmen zu lassen. Dieser Test kann routinemäßig gemacht werden; er ist relativ billig und kostet zur Zeit etwa halb so viel wie 5 ml eines handelsüblichen Immunglobulins.

Sind Antikörper im Serum enthalten (Anti-HAV), so ist der betreffende lebenslang immun gegenüber der Hepatitis-A und benötigt keine passive Prophylaxe.

Impfstoffe gegen Hepatitis-B werden augenblicklich in den USA sowie an einigen Zentren der Bundesrepublik klinisch erprobt. Es handelt sich um ein hochgereinigtes HB_s-Antigen, das aus dem Serum chronischer HB_s-Träger isoliert wird.

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

WIDER



Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

Dr. U. Neubert, Dermatologische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, demonstrierte mit hervorragenden Bildern von zwei deutschstämmigen Bolivianern (25-jährige Patientin sowie ihr 21-jähriger Bruder), daß auch bei uns immer wieder Lepra-Erkrankungen eingeschleppt werden können und daß differentialdiagnostisch an Lepra gedacht werden muß. Vor allem auf der weißen Haut führt die Lepra zu differentialdiagnostisch schwierigen Überlegungen. — Bei den vorliegenden Beobachtungen wurden Erythema nodosum, Histiozytose, allergisches Exanthem der unteren Extremitäten, u. a. erwogen. Klärung erbrachte der eindeutige histologische Befund.

Malaria-Prophylaxe

Professor Dr. W. Lang, Institut für vergleichende Tropenmedizin der Universität München, berichtete über Malaria von der internationalen Konferenz für Tropenmedizin in Manila. In einer Reihe von Vorträgen wurde über Resistenzbildung aus jüngster Zeit gegenüber Sulfadiazin/Pyrimethamin (Fansidar®) berichtet. Da sich gleichzeitig die Chloroquin-Resistenz langsam ausbreitet, entsteht ein düsteres Zukunftsbild. Zwar kann noch therapeutisch bei Chloroquin- und Sulfadiazin/Pyrimethamin-Resistenz Chinin eingesetzt werden. Immerhin besteht die Hoffnung, daß in naher Zukunft Mefloquin auf den Markt kommt.

Auf einer jüngsten Sitzung einer Arbeitskommission der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft wurde zur Malaria-Prophylaxe generell empfohlen, auf der ganzen Welt Chloroquin zu nehmen.

In Gebieten, in denen Chloroquin-Resistenz bekannt ist, sollte zusätzlich Fansidar® eingenommen werden. Fansidar ist nicht wirksam gegen die Malaria tertiana; deshalb empfiehlt es sich, zweigleisig zu fahren. Wenn Chloroquin in ununterbrochener Folge bis zu einer Menge von 100 g eingenommen worden ist, muß das Medikament für längere Zeit ausgesetzt werden, da sonst Augenschäden drohen. Diese Menge wird erreicht, wenn bei einer wöchentlichen Medikation von 300 mg Chloroquin-Base etwa sechs bis sieben Jahre eine Malaria-Prophylaxe betrieben wurde.

Personalia

Bayerischer Verdienstorden

Am 25. Juni 1981 überreichte der Bayerische Ministerpräsident Dr. Franz Josef Strauß an nachstehend aufgeführte Ärzte den Bayerischen Verdienstorden:

Professor Dr. med. Konrad Bühlmeyer, Direktor der Klinik für Herz- und Kreislaufkrankungen im Kindesalter, Deutsches Herzzentrum München, Lothstraße 11, 8000 München 2;

Professor Dr. med. Fritz Lechner, Chefarzt des Kreiskrankenhauses Garmisch-Partenkirchen, Auenstraße 6, 8100 Garmisch-Partenkirchen;

Professor Dr. med. Karl-Günther Ober, Direktor der Klinik für Frauenheilkunde mit Poliklinik und Hebammenschule der Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsstraße 21/23, 8520 Erlangen;

Professor Dr. med. Adolf Schrader, Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70,

Professor Dr. med. Wolfgang Spann, Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München, Frauenlobstraße 7 a, 8000 München 2;

Professor Dr. med. Heinz Wagner, Chefarzt der Orthopädischen Klinik Wichernhaus des Krankenhauses Rummelsberg, 8501 Schwarzenbruck.

Professor Dr. med. Gerhard Kittel, Vorstand der Sprach- und Stimmabteilung der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, wurde in der Charité der Ostberliner Humboldt-Universität mit der Hermann-Gutzmann-Medaille, die jährlich einmal für die beste wissenschaftliche Leistung auf dem Gebiet der Phoniatrie vergeben wird, ausgezeichnet.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Wilhelm Jaeger, Medizinaldirektor a. D., Freytagstraße 12, 8500 Nürnberg 20;

Dr. med. Alfons Jakob, Medizinaldirektor a. D., Fürther Straß 319, 8500 Nürnberg 80;

Dr. med. Bernhard Kranig, Medizinaldirektor a. D., Am Lindenfeld 8, 8399 Griesbach;

Dr. med. Wilhelm Schmitt, Obermedizinaldirektor a. D., Jean-Paul-Straße 54, 8580 Bayreuth.

Verdienstmedaille

Dr. med. Eugen Nätscher, Wiesenweg 3, 8775 Partenstein, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

BRK-Ehrennadel verliehen

Mit der Goldenen Ehrennadel des Bayerischen Roten Kreuzes wurden ausgezeichnet:

Professor Dr. med. Wolfgang Spann, Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München, Frauenlobstraße 7 a, 8000 München 2, für seine Verdienste um das Bayerische Rote Kreuz;

Dr. med. Georg Sperber, Oberfeldarzt i. R., Schubaurstraße 3, 8000 München 60, für seine langjährige aufopfernde Tätigkeit im Ausbildungswesen des Roten Kreuzes.

Professor Dr. med. Franz Paul Gall, Direktor der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde von der International Society of University Colon and Rectum Surgeons in Melbourne zum Chairmann des nächsten Weltkongresses dieser Vereinigung gewählt, der 1982 in München stattfinden wird.

Professor Dr. med. Erich Lang, Chef-
arzt der Medizinischen Klinik des
Waldkrankenhauses St. Marien, Vor-
stand des Carl-Corth-Institutes für
Herz-Kreislaferkrankungen und
Präsident der Deutschen Gesell-
schaft für Gerontologie, Rathsber-
ger Straße 57, 8520 Erlangen, wurde
zum Ehrenmitglied der Gesellschaft
für Geriatrie und Gerontologie
Mexikos ernannt.

Privatdozent Dr. med. habil. Wolf-
gang Steiner und Dr. med. Michael
Jaumann, beide Klinik und Polikli-
nik für Hals-, Nasen- und Ohrenkran-
ke der Universität Erlangen-Nürnberg,
Waldstraße 1, 8520 Erlangen,
erhielten für ihren Film „Surgical
Restoration of the Voice after Total
Laryngectomy – Staffieri's Techni-
que“ von der British Medical Film
Competition Association eine Bron-
zemedaille. – Ferner wurde Privat-
dozent Dr. med. habil. Wolfgang
Steiner zum korrespondierenden
Mitglied der kolumbianischen Oto-
rhinolaryngologischen Gesellschaft
ernannt.

Professor Dr. med. Jürgen Vieth,
Vorsteher der Abteilung für experi-
mentelle Neuropsychiatrie der Ner-
venklinik mit Poliklinik der Univer-
sität Erlangen-Nürnberg, Schwa-
bachanlage 6, 8520 Erlangen, wur-
den von der Deutschen Forschungs-
gemeinschaft Personal- und Sach-
mittel für zwei Jahre bewilligt. Das
unterstützte Forschungsprogramm
dient vor allem der Aufklärung hem-
mender Vorgänge an Nervenzellen
des Rückenmarks.

Professor Dr. med. Frank Otto Weld-
ner, Leitender Oberarzt an der Der-
matologischen Klinik und Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg,
Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen,
erhielt von der Max-Kade-Foundation,
New York, ein Stipendium für
einjährige Forschungsarbeiten über
Melanom-Immunologie bei Profes-
sor Martin G. Lewis am Department
of Pathology der Loyola University
in Maywood/Chicago.

in memoriam

Professor Wilhelm Fick †

Am 13. Juni 1981 verschied im 83.
Lebensjahr Professor Dr. med. Wil-
helm Fick. Als Schüler von Sauer-
bruch in München und Berlin, wo er
sich habilitierte, wurde ihm bereits
mit 39 Jahren die größte Chirurgi-
sche Klinik der Stadt Berlin im Ru-
dolf-Virchow-Krankenhaus anver-
traut. Nach Ausbruch des zweiten
Weltkrieges war Fick zusätzlich
Stabsarzt und Chirurg im Hinden-
burg-Standort-Lazarett, was eine
erhebliche Mehrbelastung bedeu-
tete. In der zweiten Hälfte des furcht-
baren Ringens konnte Fick seine
reichen Erfahrungen in der Behand-
lung der Schußverletzungen, beson-
ders des Brustkorbes und der Lun-
gen, zum Segen zahlloser Verwun-
deter an der Ostfront nutzen. Nach
Beendigung des Krieges leitete Fick
26 Jahre die Chirurgische Klinik
Albert Krecke ganz in dessem
Geiste. – Die Vereinigung der Baye-
rischen Chirurgen, deren Tagung er
1958 anregend gestaltete und deren
Ehrenmitglied er war, sowie die
Münchener Ärzteschaft verlieren mit
Wilhelm Fick einen hervorragenden
Chirurgen und eine seine Kranken
vorbildlich betreuende Arztpersön-
lichkeit.

R. Zenker, München

Professor Friedrich Diehl †

Professor Dr. med. Friedrich Diehl
ist im April dieses Jahres im 81. Le-
bensjahr verstorben. Er war der
langjährige Direktor der Kranken-
anstalt vom Roten Kreuz in Mün-
chen und Leiter der Medizinischen
Abteilung. Das während des Krieges
fast völlig zerstörte Haus wurde
unter seiner tatkräftigen Mitwirkung
aufgebaut und erwarb sich Ver-
trauen und Ansehen. Daneben war
Professor Diehl Leiter der internen
Abteilung des Krankenhauses der
Berufsgenossenschaften in Murnau,
das er entscheidend mitplante. Er
war in München und darüber hinaus
als hervorragende Arztpersönlich-
keit, bei Kollegen und Kranken ge-
schätzt. Seine Laufbahn führte den
gebürtigen Heidelberger nach Pro-
motion und Approbation 1927 an
das Physiologische Institut in Leip-
zig, an die Medizinische Klinik in

Heidelberg und an die Medizinische
Klinik in Breslau. Mit Professor
Stepp kam er 1934 nach München.
Habilitation 1937. 1938 wurde er
Oberarzt, 1943 apl. Professor. Wis-
senschaftlich profilierte er sich mit
Vorträgen und ca. 50 Publikationen.
In seiner Tätigkeit als akademi-
scher Lehrer war er sehr geschätzt.
Eine große Zahl junger Mediziner
verdanken ihm eine hervorragende
Ausbildung. Nach Kriegsende war
er kommissarischer Leiter der I. Me-
dizinischen Klinik. Der Schwerpunkt
seiner Tätigkeit galt immer dem
kranken Menschen. Bei seinen Mit-
arbeitern und den Schwestern er-
freute er sich großer Beliebtheit, die
ihm seine freundliche Hilfsbereit-
schaft neben seinem hervorragen-
den medizinischen Ansehen ein-
brachte. Sie werden ihm Dankbar-
keit und Verehrung über seinen Tod
hinaus bewahren.

E. Korinth, München

Fakultät

Universität Erlangen-Nürnberg

Zum Professor - C 3 wurden er-
nannt: Professor Dr. med. Wolfram
Domschke, Medizinische Klinik mit
Poliklinik; Professor Dr. med. habil.
Karl Michael Schrott, Urologische
Klinik mit Poliklinik; Professor Dr.
med. Hans Eberhard Völcker, Augen-
klinik mit Poliklinik.

Professor Dr. med. Hans-Joachim
Wiendl, Unfallchirurgische Klinik des
Allgemeinen Krankenhauses der
Stadt Bamberg, wurde die Bezeich-
nung außerplanmäßiger Professor
verliehen.

Dr. med. Bernd Neidhardt, Chirur-
gische Klinik mit Poliklinik, wurde
zum Akademischen Direktor er-
nannt.

Zum Akademischen Oberrat wurden
ernannt: Professor Dr. med. Gun-
ther Hartwich, Medizinische Klinik
mit Poliklinik; Privatdozent Dr. med.
habil. Manfred Weidenbecher, Klinik
und Poliklinik für Hals-, Nasen- und
Ohrenkranke.

Dr. med. habil. Konrad Richter, Kin-
derklinik mit Poliklinik, wurde zum
Akademischen Rat ernannt.

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Seele:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neudorfenfeld, Lkr. Kulmbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Seele:

1 Augenerzt

Kronech:

1 Augenerzt

Kulmbach:

1 Augenerzt

Kronech:

1 Chirurg

Hof/Seele:

1 HNO-Arzt

Beyreuth:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Kinderarzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Hof/Seele:

1 Lungenarzt

Hof/Seele:

1 Nervenarzt

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

Mittelfranken

Burgoberbeck, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neuendertelshaus, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Rennweg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Gelsmenschhof/Muggenhot/Höfen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Wetzendorf/Schnfegling:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Worzeldorf/Herpersdorf/Gaulnhofen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Lauf-Neunhof, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ansbach:

1 Augenarzt

Feuchtwangen, Lkr. Ansbach:

1 Augenerzt

Roth, Lkr. Roth:

1 Augenerzt

**Neustadt/Alsch, Lkr. Neustadt/Alsch-
Bed Windsheim:**

1 Frauenarzt

Landkreise Ansbach:

1 HNO-Arzt

**Gunzenhausen, Lkr. Weißenburg-
Gunzenhausen:**

1 Hautarzt

Ansbach:

1 Nervenarzt

Feuchtwangen, Lkr. Ansbach:

1 Nervenarzt

Feuchtwangen, Lkr. Ansbach:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-0.

Unterfranken

Leulach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbrits, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Fuchsstedt, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rauhenebrach, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stadtprozelten oder Dorfprozelten,
Lkr. Miltenberg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kist, Lkr. Würzburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenu, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:

1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:

1 HNO-Arzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

**Kerstadt oder Merktheldenfeld,
Lkr. Mein-Spessert:**

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Nervenarzt

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

Oberpfalz

Fuchsmühl, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Leonberg, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Schönsee, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Weizsach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

Stadt Weiden:

1 Heuterzt

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

Niederbayern

Regen-Stadt:

1 Augenerzt

Viechtach, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Zwiesel, Lkr. Regen:

1 Frauenarzt

Regen-Stadt:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09 4 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.

Große Kostenersparnis durch Ein-Tag-Chirurgie

Vorteile für Patienten und Krankenversicherung

Die Tendenz, unnötige Krankenhauskosten einzusparen, wird immer größer und deutlicher, je mehr die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt steigen. Schon seit einigen Jahren versucht man, in geeigneten Fällen die sogenannte Ein-Tag-Chirurgie durchzuführen. So wurde z. B. einer Frau aus Chicago, bei der Verdacht auf Brustkrebs bestand, ein dreitägiger Krankenhausaufenthalt erspart und die notwendige Biopsie im ambulanten Behandlungszentrum des Krankenhauses vorgenommen. Die Kosten betragen dafür 300 Dollar anstatt der 1500 Dollar für den stationären Aufenthalt.

Ein Vorkämpfer auf diesem Gebiet ist Dr. James Davis, Chef der Chirurgischen Abteilung des Durban County General Hospital in New Carolina. Nach seiner Erfahrung ermöglicht es diese Methode, „Kosten zu sparen, ohne daß die Qualität der Behandlung leidet“. Ferner vertritt er die Meinung, daß dieses Verfahren nicht nur für die Patienten besser ist, sondern inzwischen auch von vielen Chirurgen bevorzugt wird.

Die Ein-Tag-Chirurgie wird vor allem von jenen Krankenhäusern angewendet, die ständig überfüllt sind und bei denen eine lange Warteliste besteht. — Die mit der Gründung von Surgicentren zum Ausdruck gebrachte Idee stimmt mit der Auffassung der heutigen Chirurgie überein, daß der Patient durch eine abgekürzte Verweildauer im Krankenhaus wieder schneller in sein normales Leben eingegliedert werden kann.

Nach Ansicht der Blue-Cross-Blue Shield-Versicherung, der größten Privatversicherung in den USA, können sechs von zehn der häufigsten Operationen auf ambulanter Basis vorgenommen werden. Hierzu gehören: Biopsie, Tonsillektomie, Herniotomie, Sterilisierung, Uterus-Kürettage und einfache plastische Operationen.

Eine Studie von Roland Sullivan weist darauf hin, daß vor allem bei der Tonsillektomie wegen der Nachblutungsgefahr nicht alle Ärzte mit der Ein-Tag-Chirurgie einverstanden sind.

Sachverständige rechnen damit, daß im Laufe der nächsten Jahre durch die Zunahme der Überweisungen in ein Day Surgery Center Hunderte von Millionen Dollars eingespart werden können. Wird eine Operation ambulant ausgeführt, so bedeutet das nach einem sachverständigen Gutachten eine Ersparnis von 60 Prozent.

Hier sei ein Beispiel vom Krankenhaus des Medical Center der Universität New York angeführt: Die operative Erweiterung und Kürettage des Uterus verursachen mit einem eintägigen Krankenhausaufenthalt Kosten in Höhe von 960 Dollar. Derselbe Eingriff im Day Surgery Center senkt sie auf 367 Dollar. Die Bereitstellung eines Krankenhausbettes verursacht nicht diese hohen Kosten, sondern vor allem die Benützung komplizierter technischer Apparate und die des Operationssaales. Ferner ist kein Team von Chirurgen, Narkoseärzten und Krankenschwestern notwendig; im

Day Center genügt in der Regel ein Chirurg und eine Krankenschwester.

Blue Cross Blue Shield gingen in ihrer Beurteilung, welche chirurgischen Eingriffe ohne Bedenken ambulant ausgeführt werden können, entschieden weiter. Sie stellten dafür eine Liste mit ungefähr 200 Indikationen auf, die für sie in Betracht kommen. Sie behaupten sogar, daß manche dieser Eingriffe als sicherer zu betrachten seien, wenn sie im chirurgischen Day Center vorgenommen werden.

Bei der ambulanten Behandlung chirurgischer Eingriffe wird dem Patienten ein Großteil der Kosten erspart; aber das ist nicht der einzige Vorteil. Für viele Patienten ist es von Bedeutung, keine unnötigen Tage ihrer Arbeit fernzubleiben oder länger als erforderlich von ihrer Familie getrennt zu sein. Jeder Tag zählt hier, und jeder ersparte Tag ist ein Gewinn. Hinzu kommt, daß bei vielen Patienten die Krankenhauseinweisung einen seelischen Schock auslöst, vor allem bei Kindern. Kann ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden, ohne daß dabei die Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffes beeinträchtigt wird, so wird dem Patienten wie auch seiner Familie seelischer Streß erspart.

Bis vor kurzem war eine Staroperation bis zur Heilung mit einem Krankenhausaufenthalt bis zu zehn Tagen verbunden. Die Heilung wird auch erzielt, wenn der Patient nur einen Tag im Krankenhaus bleibt und weiterhin ambulant behandelt wird. Dies ist das Ergebnis einer ausführlichen Studie, die von einem Team von Augenärzten des New York Medical College durchgeführt wurde. Diese wichtige Neuauffassung bezieht sich auf alle Arten von Starbildung, mit Ausnahme des angeborenen Stars. Letztere Erkrankung wurde in die Studie nicht mit einbezogen.

Abschließend sei darauf hingewiesen, daß das Verfahren der ambulanten Chirurgie aus Kostenersparnisgründen eingeführt worden ist. Aber es hat sich auch gezeigt, daß es Vorteile und Erleichterungen für den Patienten bringt. Die ständige Zunahme der Ein-Tag-Chirurgie kann mit Sicherheit erwartet werden.

— Dr. W. Sch. —



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

München 2 erneut Politikum

Nach über zehn Jahren behördlicher Genehmigungsverfahren und einem über einjährigen Verwaltungsgerichtsprozeß ist der geplante Flughafen München 2 erneut in das landespolitische Rampenlicht getreten und zum Thema parlamentarischer Initiativen geworden. Den Anlaß hierfür gab der 20. Senat des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs am 16. April mit dem für alle Seiten überraschenden Beschluß, den im vergangenen November bereits begonnenen Flughafenbau einzustellen. Der VGH hob die „sofortige Vollziehbarkeit“ des Planfeststellungsbeschlusses auf. Wenige Wochen später bestätigte das Verwaltungsgericht München in erster Instanz die Flughafengenehmigung. Für den Bauherrn des neuen Flughafens, die Münchener Flughafen GmbH, wie auch für Staatsregierung und Parlamentarier besteht nun die Situation, daß einerseits das Projekt einer juristischen Überprüfung standgehalten hat, daß aber andererseits der von der Beschwerdeinstanz verhängte Baustop weiterhin in Kraft bleibt. In dieser schwierigen Situation wollten die Politiker nicht zurückstehen, und die Oppositionsparteien sowie einzelne CSU-Abgeordnete brachten im Landtag Anträge ein, die eine Wiederaufnahme der Bauarbeiten erleichtern und die alsbaldige Auflassung des aus Sicherheits- und Umweltgründen nicht mehr tragbaren Flughafens Riem beschleunigen sollten. Da diesen Anträgen jedoch zumeist neue parlamentarische Vorstellungen zugrunde liegen, wurden sie von der Regierungspartei abgelehnt, welf sonst die Gefahr heraufbeschworen werden könnte, daß erneut jahrelang behördliche Verfahren nötig würden.

Den parlamentarischen Auseinandersetzungen war der bisher größte Prozeß in der Geschichte des deutschen Verwaltungsrechts vor dem Verwaltungsgericht München vorausgegangen: Gegen den Planfeststellungsbeschluß, die eigentliche Beugenehmigung für den Flug-

hafen München 2, waren rund 5700 Klagen eingestrengt worden. Das Gericht hatte 40 Musterklagen ausgewählt, um sämtliche Aspekte der Planung und Genehmigung des neuen Flughafens sorgfältig zu prüfen. Gleichzeitig mußten die Richter über Klagen urteilen, die sich gegen die sofortige Vollziehbarkeit richteten. Den sofortigen Vollzug hatte die Genehmigungsbehörde, die Regierung von Oberbayern, am 8. Juli 1979 angeordnet, weil aus öffentlichem Interesse unverzüglich mit dem Bau begonnen werden müsse.

Bereits am 31. Oktober 1980 hatte das Verwaltungsgericht München in einem Beschluß die sofortige Vollziehbarkeit bestätigt, die die Voraussetzung für die Aufnahme der Bauarbeiten für den Ersatzflughafen München 2 am 3. November 1980 bildete. Von den Gegnern des neuen Flughafens wurde gegen diesen Beschluß sofort in der nächsthöheren Instanz, dem Bayerischen Verwaltungsgerichtshof, Beschwerde eingelegt. Der 20. Senat des Verwaltungsgerichtshofs veröffentlichte am 16. April 1981 eine für die Flughafen München GmbH angesichts des bisherigen Prozeßverlaufs völlig überraschende Entscheidung. Die Richter hoben die sofortige Vollziehbarkeit auf, was den Baustop für das Flughafenprojekt zur Folge hatte. Bis zu diesem Zeitpunkt waren Aufträge in Höhe von etwa 100 Millionen DM vergeben und Arbeiten im Wert von etwa 50 Millionen ausgeführt worden.

In seiner Begründung für die „Baustop-Entscheidung“ hob der 20. Senat die Notwendigkeit eines Ersatzflughafens für München ausdrücklich hervor. Die Richter bezeichneten das Planfeststellungsverfahren als rechtlich einwandfrei und lobten darüber hinaus die umfangreiche Bürgerbeteiligung daran, die in einem wohl noch kaum dagewesenen Umfang gewährleistet gewesen sei. Gegen den Standort des neuen Flughafens

wurden keine Einwände erhoben, ebenso wenig wie gegen den Planfeststellungsbeschluß insgesamt. Obwohl der Senat das Projekt prinzipiell bejahte, hob er die sofortige Vollziehbarkeit auf und stoppte die Bauarbeiten. Während der summarischen Überprüfung des Planfeststellungsbeschlusses hatte das Gericht nämlich Anstoß daran genommen, daß der bayerische Verkehrsminister Anton Jeumann einerseits als Chef des für die luftherechtliche Genehmigung des neuen Flughafens zuständigen Ressorts im Jahr 1974 verantwortlich gezeichnet hatte, andererseits aber Mitglied des Aufsichtsrats der Flughafen München GmbH war. Hierin sahen die Richter die Möglichkeit einer Interessenkollision, obwohl Jaumann im Planfeststellungsverfahren nicht tätig geworden war. Weiter beanstandeten sie die Dimensionierung des neuen Flughafens angesichts eines in der Bundesrepublik „immer knapper werdenden Naturraums“ und kritisierten sowohl den Achsabstand von 2300 Metern der beiden 4000 Meter langen Haupt-Start- und Landebahnen sowie die Anlage einer dritten Nebenbahn für die Allgemeine Luftfahrt. Gegen den Beschluß des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs konnten keine ordentlichen Rechtsmittel eingelegt werden, da es sich um eine Eilentscheidung handelte.

In seinem Urteil vom 27. Mai, dessen ausführliche Begründung erst im Frühjahr erwartet wird, bestätigte das Verwaltungsgericht München die Rechtmäßigkeit des Planfeststellungsbeschlusses. Im Gegensatz zum VGH attestierte es dem Wirtschaftsminister, daß er nicht im Planfeststellungsverfahren tätig geworden sei. Auch die Zweifel an der Konfiguration des Startbahnsystems und des geplanten Achsabstands der Hauptbahnen teilten die Richter nicht, wenngleich sie auch eine gewisse Skepsis über die Notwendigkeit einer eigenen Bahn für die Allgemeine Luftfahrt hatten. Diese Piste wird aufgrund einer Entscheidung der Flughafengesellschaft ohnehin in absehbarer Zeit nicht angelegt. Für nicht ausreichend hielten andererseits die Richter die Lärmschutzauflagen, die neu überarbeitet werden müssen. Außerdem machten sie Abstriche am 1800 Hektar großen Flughafenareal. Gegen dieses Urteil legten die Gegner des Flughafens sofort Berufung ein. Wenn der Flughafenprozeß in die nächste Runde gehen und der Baustop aufgehoben werden kann, ist derzeit nicht absehbar. Dazu muß erst die Begründung für das Urteil des Verwaltungsgerichts vorliegen.

Michael Gscheidle

Lesung in Garmisch-Partenkirchen

Zum dritten Mal fand eine Lesung der bayerischen Schriftstellerärzte anlässlich des Kongresses für Ganzheitsmedizin am 11. März 1981 in Garmisch im Kurhaus-Raum „Zugspitze“ um 20 Uhr statt. Die beiden vorhergehenden Lesungen, 1977 und 1979, waren von zahlreichen Teilnehmern des Kongresses zustimmend aufgenommen worden (s. „Bayerisches Ärzteblatt“, 12/1977, S. 1367/68, und 5/1979, S. 451).

Die Lesung stand unter dem Thema: „Stunden der Muse in hektischer Zeit“. Es lasen Maria Bednara, Walter Fick, Erika Hammann, Günter Last, Robert Paschke, Wilhelm Reger, Alfred Rottler, Eberhard Schaetzing, Franz Schmid und Erwin Stetter. Cfr. Heberger, im Programm mit der Lesung einer seiner amüsanten Kurzgeschichten angezeigt, war leider am Kommen verhindert.

Als Gast las der Präsident der österreichischen Turmbund-Gesellschaft für Literatur und Kunst, Professor Hermann Kuprian, dem wir für sein Kommen danken, aus seinem Buch*) das Gedicht „Ping-Pong“. Darin zeigt der Dichter das Versinken eines verwundeten Soldaten bei der Operation in Narkose und die durch diese hervorgerufenen Halluzinationen erlebnishaft auf. „Ein Zeichen bot dir die Ewigkeit dar!“ Die Landesgruppe setzt mit der Einladung Kuprians bewußt die persönlichen Beziehungen zu nichtärztlichen Schriftstellergruppen fort, wie auch schon bei der Gründung des Bayerischen Schriftsteller-Ärzte-Verbandes unter unserem unvergeßlichen Heinz Schauwecker im April 1969 die Regensburger Schriftstellergruppe-International Pate gestanden hat. Wir hoffen und wünschen, daß unsere Beziehungen zum Turmbund ebenso gute werden mögen, wie sie sich mit der Regensburger Schriftstellergruppe-Internatio-

nal unter dem Vorsitzenden Biberger entwickelt haben. Professor Kuprian hat bekanntlich bei der Vorbereitung des 24. Weltkongresses der UMEM 1980 in Igls uns so wertvolle Hilfe geleistet, daß der Organisator Cfr. Rottler in seinem Bericht schrieb: „Ohne die Hilfe des Turmbundes wäre der diesjährige UMEM-Kongreß geplatzt!“ Das wollen wir nicht vergessen!

Der Vorsitzende der bayerischen Landesgruppe im BDSÄ, Professor Franz Schmid, eröffnete den Abend mit kurzen Einführungsworten, in denen er darauf hinwies, daß ein buntes Programm geboten werde, das sich mit den Problemen des Menschen in unserer hektischen Zeit befasse. Es hatten sich nur ca. 80 Zuhörer eingefunden; der herniederströmende Regen mag manchen vom Besuch abgehalten haben. Die Platzanordnung war diesmal nicht besonders günstig. Die Stühle waren halbkreisförmig um ein kleines Podest gestellt, das gerade Platz für die Moderatoren bot. Dies ließ sich nun nicht mehr ändern und so mußte jeder der Lesenden von seinem Platz aus sein Verslein vortragen. Dies tat der Wirkung des von den Confrères Stetter und Schmid aus den zahlreichen Einsendungen einfühlbar zusammengestellten Programms jedoch keinen Abbruch. Der Beifall war groß und wohl auch ehrlich gemeint. Cfr. Schaetzing hatte bei dieser Lesung Gelegenheit, auf sein druckfrisch aus dem Verlag Frühmorgen (Schwindtstraße 5, München 40), herausgekommenes Buch „Der verstandene Mensch“ aufmerksam zu machen.

Am Ende dankte Cfr. Schmid den Lesenden für ihren Vortrag und den Zuhörern für ihre Aufmerksamkeit. Ein Teil der Anwesenden verbrachte dann noch ein oder mehrere Stunden im frisch renovierten Hotel Bernriederhof, in dem unser Cheforganisator Cfr. Rottler gemütliche Räume reserviert hatte.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Proben aus dem Vorgetragenen

Maria Bednara:

Einsem

Das Einsemsein
des kennen Mönche,
die in Gemeinsamkeit
Choräle singen,
doch jede Stimme
steigt in hohe Dome
ganz allein . . .
nur Stufen
die von Füßen
ebgetastet werden
bereiten eine Mulde
für das Einsamsein.

Walter Fick:

Die Gärten des Lebens

In den Gärten des Lebens
gingen wir unbeschwert
unter blühenden Birnbäumen,
deren Früchte
wir im Herbst eßen,
und deren buntes Leub
unsere Augen entzückte.
In den Gärten des Lebens
stehen Springbrunnen,
deren Fontänen
Bilder zeichnen
gegen die Wolken,
weiße Lämmerwolken
und solche,
die schwarz und schwefelgelb sind.

In den Gärten des Lebens
fliegen mit eilenden Winden
unsere Stunden,
in denen der Liebe
heiße Küsse
wie Falter sich wiegen.
In den Gärten des Lebens.

Erika Hammann:

Serenade

Ein milder Abend
senkt sich auf die Stadt.
Längst sind die Strebenlampen
engezündet,
und nur das welke Laub
zu meinen Füßen kündet,
daß schon der Herbst
die Herrschaft engetreten het.

Des Marktplatz' Frieden
nun kein Auto stört;
vom Brunnen,
dessen Wasser emsig fließet,
die Jungfrau mit dem
Lilienzweige grüßet.
Wie schön kling't's doch,
wenn man das Plätschern hört!
Die Häuser,
um den Merktplatz eng geschart,
den Fechtwerkschmuck im Lichtschein
leuchten lassen.
Ich gehe weiter durch die stillen Gassen
der kleinen Stadt,
die mir zur Heimat ward.

*) Hermann Kuprian, „Woraus das Schicksal mein Brot bäckt“, Österreichischer Kunstverlag, Thaur/Tirol-Wien.

Was häßlich,
het die Dunkelheit verwischt,
das Schöne eber doppelt schön erblüht.
Und Immer wieder
greift mir's ens Gemüt,
wie schön die elte Stedt im Lempenlicht!

Hermann Kuprian:

Ping-Pong

Den Reiter riß die Grenete vom Roß.
Nun suchen die Ärzte
im Blut das Geschoß.

Narkose! Geräte klirren wie Gles:
Die Schlacht mit dem Tode
bedeutet das.

Die Schwestern, die Ärzte
tun mehr als die Pflicht.
Der Reiter doch schaut
ein schaurig Gesicht:

Wer spielt auf dem Tische,
bei gellendem Gong,
so seltsam mit springendem Belle
Ping-Pong?

Da horch: Ping-Pong!
Wie gläsern es klingt!
Wie müder und müder
der Ball nun schwingt!

Ping! hin, Pong! her. —
Noch einmal der Hall ...
Ping! lahm wird der Ball.
Pong letzter Fall ...

Er klirrt üben Tisch ... denn Stille weit.
Und scharf ein Anruf: „Ewigkeit!“ - -

Da reuscht es,
da seust es durchs Weltall hinaus
in resender Fahrt ...
und Sternengebraus ...

Die Erde entschwindet.

Die Erde, wie klein!

Ein Ball zum Spielen könnte sie sein.

Dazwischen die Stimme,
unheimlich und klar:
„Ein Zeichen bot dir die
Ewigkeit dar!“ - -

Doch wieder, wie Guede,
der Kleng vom Spiel:

Ping! einmal, Pong! zweimal ...
noch leis ... nicht zuviel.

Denn endlich: Ping-Pong! —
Die Bälle em Tisch,
sie springen und pochen
wie ehemed frisch. —

Der Reiter, noch bebend,
zum Arzt schaut empor:
der stahl ihn zurück
von der Ewigkeit Tor.

Günter Last:

Kosmische Welshelt

Ein terrenisches Raumschiff
auf zeitlosem Kurs
Nach Altan einst kam
in galektischer Ferne.
Es fanden die Menschen
Hier tiefste Erkenntnis,

Und hörten ergriffen
die Botschaft der Sterne.

Es sprach zum Terrener
der Weise von Altan:
Aus dem Staube hebe dich
bipedes Wesen.

Wandle freudig mit mir
Einen glücklichen Pfad.
Von quälender Angst
wirst nur so du genesen.

Wes auch immer geschieht dir,
menschliches Wesen,
Soll nehmen von dir
Angst und unsägliche Pein.
Derum wandle froh jetzt
Im taufrischen Grase,
Und auf den Bergen und Hügeln,
denn sie sind dein.

Lasse sinken die Füße in weiche Erde.
Alles Trachten em Ende
zuschenden dir wird.
Tröstung und Ruhe gibt
Dir nur Mutter Erde.
Frieden findet hier jeder,
der einmal geirrt.

Höre, oh Mensch,
in deiner Not meine Stimme.
All deine Mühen
werden nur eiteler Tend.
Verreten stets wirst du
Vom Freunde und Bruder.
Weib und Kind dir verweigern
die helfende Hand.

Unkraut, Stürme und Regen
sind deine Gegner.
Darum, oh Mensch,
bleibt mühevoll ell deine Saat.
Vergeblich erhoffst du
Dir göttlichen Segen.
Niemals werden dir Mühen und Plegen
erspart.

Vertraue, oh Mensch,
nicht den himmlischen Göttern.
Kein Wesen der Sterne
sich dir freundschaftlich naht.
Leben, Trauer und Schmerz
Sind ewig verbunden.
Ein Fluch verhindert
jede befreiende Tet.

Jede bergende Flucht, oh Mensch,
bleibt vergeblich.
Alle Himmel stürzen immer
auf dich herab.
Das werden die Götter
Auf ewig nicht ändern.
Wandle trotzdem stets lächelnd
mit mir bis zum Greb.

Homo sapiens,
erhebe dich aus dem Steube,
Denn vollglühend und rot
Ist ein menschliches Herz.
In deiner Brust voll Glut
Ein Stahl wird geschmiedet.
Nur stahlharter Mut
befreit dich von allem Schmerz.

Bitte niemels, oh Mensch,
um Glück deine Götter.
Winsel nicht würdelos
nach der Unsterblichkeit
Nimm stets hin, was geschieht
Und stell keine Fregen.
Zum Sterben, Homo sepiens,
sei immer bereit.

Tod, menschliches Wesen,
Ist ewiges Schicksal.
Nur ein Lächeln dir deshalb
das Leben erhellt.
Such keine Vergebung
Für all deine Sünden.
Für die Hölle ist kein Reum
in der Sternenwelt.
Erkenne, Terraner,
du hast nie gesündigt.
Für Sünden bist du
den hehren Göttern zu klein.
Wandle deshalb lächelnd
Durch ell deine Tage.
Wisse, der Starke
Ist am mächtigsten elleini

Wilhelm Reger:

An Hektik gescheltert

Wer niemels seelisch eusgewogen,
hat alles hektisch überzogen.
Tet stets den zweiten Schritt
vor'm Ersten;
es kem dadurch sein Glück zum Bersten.
Nun liegt er da, auf nasser Straße;
gar tief im Dreck auf selner Nase.
Wër' nicht in dieser üblen Phase,
hätt' er mit Muse und Bedacht,
sein Tegwerk in Geduld vollbracht.

Alfred Rottler:

Früher schrieb der Hochgelahrte
seinen Hirneuswurf latelnisch;
wes der Klosterschrank verwahrte
mied, wer sächsisch, bairisch, rheinisch,
preußisch, schwäbisch,
friesisch, schlesisch.
Heut versteh'n auch Aufgeklarte
nimmer Wissenschaftschinesisch.

Franz Schmid:

Schöpfungskrone

Am letzten Schöpfungstag
erschuf
nach vorangegangener Plag
der Iiebe Gott,
den Menschen, ohne Freg
eusgerechnet
vor dem Ruheteg.
Während er Steine, Berge und Ferne
jeweils ebenso wie
Wasser, Pflanzen, Tiere und Sterne
in größere Mengen euflegte
blieb es bei der Schöpfungskrone
bei einem Versuch
ob aus Vorsicht, wegen Müdigkeit,
mangelndem Lohne
das steht in keinem Buch

Robert Peschke:
Selbstbesinnung

Es wendet die Zeit sich
dem Ende zu
und du besinnst dich
stille auf dein „DU“.

Was einst gewesen,
fern ist's und weit,
in deinem Wesen
ruht jetzt der Streit.

Leise und müde
wurde dein Sinn,
doch dem Gemüte
brecht's viel Gewinn.

Eberhard Schaetzing:
Der Wehlhelfer

Ein Kürbiskern kern nebenbei
In eine Semmel rein.

Ein Redner von der X-Partei
veriebt sie sich ein
– zum Frühstück –
der dann bald danach
– zum Wahlkampf –
harte Worte sprech.

Die Friedens-Freiheits-Kempff-Schelmei
ein wenig zu versüßen,
versprech er wieder allerlei
dem Volk zu seinen Füßen:

„Die Seet wird aufgehn, wenn ihr wähit,
was Ich euch proklamierte!“

Den einzelnen hätt' das gequält –
die Masse eppieudierte!

Der Kürbiskern im Magenbrei
litt unter dieser Bürde
und dachte spaßhaft, was denn sei,
wenn er jetzt keimen würde –

Erwin Stetter:
Vieles verloren

Wie oft gehst Du vorbei
und übersiehst,
Wes die Natur Dir bietet –
Und übersiehst
die Gaben der Kultur.

Blind durchläufst Du den Teg
Nach innen nur scheuend
in der Verfolgung der Pflicht –
Keine Zeit für die Sonne,
Für das Gras und die Blumen.

Nur wenn Du abstreifst die Fessel,
Die bindet, –
An den seitenen Tegen,
An denen Du freil bist,
Denn saugst Du Dich fest.

Du erschrickst dann wohl auch
Und merkst, was Du elles versäumt,
Was Du laufend verschenkt
In der Tegesiest,
Die dich bindet.
Zu begrenzt ist sie doch
Die Fähigkeit eines Menschen
Gleichzeitig vieles zu tun.
Konzentrierst Du Dich auf des eine,
Muß Dir viel andres entgehn.

Äskulap malt

Künstler und Arzt

Unter dem Motto „Künstler und Arzt“ wurde am 3. Juni 1981 eine Ausstellung in der Schwabinger Galerie, München, eröffnet.

Mit der Ausstellung ihrer Werke stellten sich sechs namhafte Münchener Ärzte der Öffentlichkeit als Künstler vor. Gezeigt wurden keine „Sonntagsmalereien“, sondern Werke von hohem künstlerischen Niveau. Zustande gekommen ist diese wohl nicht alltägliche Ausstellung durch die Privatinitiative eines Pharmaberaters der UCB-Chemie GmbH, Kerpen, welche auch als Sponsor auftrat. Anregung zu dieser Ausstellung gaben die kreativen Arbeiten der Ärzte, welche oftmals im Verborgenen, sprich Wartezimmer, blühen, so daß hier der Gedanke nahe lag, diese Werke einem breiteren Publikum vorzustellen.

Es wurden Werke folgender Münchener Ärzte vorgestellt:

Dr. M. Bake vel Bakin, Allgemeinarzt und akademischer Maler, zeigte einen Querschnitt aus seinem großen Repertoire, wie Aquarelle, Holz- und Linolschnitte, sowie Ölgemälde. Die Betonung und Herausarbeitung des Wesentlichen, ohne das Detail zu vernachlässigen, mittels Farbe und Form, geben seinen Bildern und Drucken ihren ganz eigenwilligen Reiz und starke Aussagekraft. Mehrere seiner Arbeiten befinden sich in ständigen Ausstellungen in Amerika, UdSSR und Israel.

Dr. G. Baumgarten, Neurologe und akademischer Maler, stellte moderne und klassische Ölgemälde aus. Er verblüffte den Betrachter durch die Vielfalt seiner Ausdrucksmöglichkeiten.

Dr. A. C. Hofmann, Lungenarzt und Psychoanalytiker, stellte sich mit anspruchsvollen Holzplastiken als Künstler vor. Beherrschendes Thema seiner Schnitzkunst ist der „leidende Mensch“, besonders eindrucksvoll dargestellt in seiner Kreuzigungsgruppe. Ganz im Gegensatz dazu steht die Plastik „Frau mit Kindern“, welche eine tiefe Ruhe und heitere Gelassenheit ausstrahlt.

Dr. J. Schwendy, Internist, präsentierte sich als ein Meister des Scherenschnitts. Die Motive für seine zarten Schattenrisse nimmt er aus der griechischen Mythologie und Lyrik. Er ist Verfasser mehrerer Bücher mit Scherenschnitten und eigenen Texten.

Dr. K. Wallnöfer, Radiologe, stellte Aquarelle aus. Seine Bilder malt er in der hiesigen Bergwelt, deren Schroffheit, aber auch herbe Schönheit er gekonnt darzustellen weiß.

Dr. H. Weidner, Neurologe, zeigte romantische Aquarelle, die durch zarte Farbgebung und Harmonie bestachen. In seinen Bildern spiegelt sich die Schönheit der Natur, die Liebe zum Detail gibt diesen Kunstwerken ihre ganz besondere Ausstrahlung.

Die hohe Besucherzahl und das rege Interesse zeigten, daß der Versuch, den Arzt auch als Künstler vorzustellen, als gelungen betrachtet werden darf.

Diese Präsentation diente nicht dem Zwecke der Selbstdarstellung, sondern sollte dem interessierten Betrachter Freude und Anregung bieten.

Es ist allen Beteiligten für das Zustandekommen dieser Ausstellung zu danken.

A. Fronk

Brot für die Welt



Der Zwang zum Sparen

Der Zwang zum Sparen, dem sich alle öftentlichen Haushalte ausgesetzt sehen, der aber auch für alle Zweige der Sozialversicherung gilt, hat die politischen Auseinandersetzungen zwischen den Parteien verschärft und zu polemischen Ausfällen geführt. So weit davon die Politiker selbst betroffen sind, mag dies dem Beruhsrisiko zuzählen. Schlimmer ist jedoch, wenn in dem nunmehr beginnenden Verteilungskampf um Subsidien und Abgaben von maßgeblichen Politikern Emotionen gegen bestimmte Gruppen von Bürgern geschürt werden, die nicht mit gleicher Münze heimzahlen und die sich damit nicht wirksam wehren können. Besonders betroffen sind wieder einmal „die“ Ärzte und natürlich auch „die“ Pharmaindustrie. Die politischen Sitten verkommen, wenn es um handfeste politische Interessen geht.

Es ist wohl nötig, auf eine Reihe von Ausprüchen bekannter Sozialdemokraten zu verweisen, deren besonderes Anliegen es zu sein scheint, eine Stimmung zu erzeugen, die später weitreichende Eingriffe möglich machen und anders Denkende entmutigen könnte. Dabei steht immer die politische Frage im Vordergrund, wer denn die Lasten der Konsolidierung der Staats- und Sozialfinanzen tragen soll. So sagte zum Beispiel der SPD-Sozialexperte Glombig, der sonst selten zum Holzhammer greift, daß den „kleinen Leuten“ nicht die Lasten der Ölkrise aufgebürdet und die „privilegierten Schichten“ geschont werden dürften oder sogar noch Vorteile erreichen könnten. Nicht nur im Sozialsystem gebe es Mißbräuche, sondern auch bei den Subventionen und im Steuerrecht. Und dann zählt Glombig auf, was er für Mißbrauch hält, und beklagt die „Ausbeutung“ der gesetzlichen Krankenversicherung durch Ärzte und Pharmaindustrie. Zu einem solchen Auspruch versteigt sich ein Politiker, der immerhin Vorsitzender des Arbeitskreis Sozialpolitik der SPD-Bundestagsfraktion ist.

Sein Fraktionskollege Egert, Obmann der Fraktion im sozialpolitischen Bundestagsausschuß, haut in dieselbe Kerbe. Werum, so fragte Egert vor dem Bundestag, regt man sich über den Rentner auf, der nach Jahrzehnten arbeitsreichen und nicht gerade luxuriösen Lebens im Alter genauso viel Geld wie sein noch im Erwerbsleben stehender Kollege hat, statt sich zum Beispiel über die „Selbstbedienung“ der pharmazeu-

tischen Industrie oder der Zahnärzte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erregen. Egert verstieg sich dann noch zu der Behauptung, daß dem Fiskus riesenhafte Steuerausfälle entstünden, weil Selbständige einen Teil ihres privaten Konsums als Betriebsausgaben absetzen könnten. Die Folgekosten der Krise müßten solidarisch und nicht zu Lasten der sozial Schwachen verteilt werden, so sagte Egert in der Haushaltsdebatte des Bundestages.

Ende Juni, bei der ersten Lesung des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes, verschärfte der zum linken Flügel seiner Partei zählende Abgeordnete die Tonalität noch. Die SPD-Bundestagsfraktion werde es nicht zulassen, einerseits die Bürger in die Pflicht zu nehmen und ihnen andererseits zuzumuten, über steigende Krankenversicherungsbeiträge zu Lasten ihrer Geldbeutel steigende Einkommen für Ärzte und Gewinne der pharmazeutischen Industrie zu finanzieren. Das wäre, gemessen am Grundgesetz der sozialen Ausgewogenheit, blanker Hohn, meinte Egert. Den Hinweis von Ärztespräsident Vilmer in Trier, daß ein Beitragssatz von 11,7 Prozent nicht „gottgewollt“ sei, wertete Egert als eine „zynische“ Bemerkung, mit der der Kostenausweitung das Wort geredet werden solle. Daraus spräche das „nackte Eigeninteresse“.

Die Liste dieser Äußerungen ließe sich noch verlängern, so zum Beispiel durch Erklärungen auf dem Bundeskongreß der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) in Bonn. Dort sprach der Bremer Senator Brückner von „Unvertretbarkeit und Selbstüberheblichkeit der Ärztesfunktionäre“. Es sei an der Zeit, den Ärztesfunktionären mit Nachdruck klarzumachen, daß unser Staat kein „Selbstbedienungsladen“ sei und daß man über Beitragserhöhungen nicht „ungeniert in die Brieftaschen der Arbeitnehmer“ greifen könne. Der Beitragssatz von zwölf Prozent sei für die SPD eine „Grenzmarke“.

Die Vorwürfe an die Adresse auch der Ärzte haben also Methode. Niemand sollte sich täuschen. Die Ärzte, deren Beitrag zur Kostendämpfung bislang im allgemeinen anerkannt wurde, müssen sich darauf einstellen, daß ihnen im Zuge des Verteilungskampfes der politische Wind wieder mitten ins Gesicht bläst. Im Herbst und Winter stehen harte Auseinandersetzungen bevor. Dabei geht es einmal um die Verschärfung des Kosten-

dämpfungsgesetzes, aber auch um Strukturveränderungen in der Krankenversicherung und um die stärkere Belastung der Selbständigen und Freiberufler sowie aller Gruppen, bei denen höhere Einkommen vermutet werden, im Rahmen der Haushaltskonsolidierung.

Gerade der ASG-Kongreß hat deutlich gemacht, daß die Sozialdemokraten der Kostendämpfungspolitik Ehrenberg immer skeptischer gegenüber stehen. Ziel ist, die Kostendämpfung entweder durch Strukturreformen zu ergänzen oder zu ersetzen. So meinte Brückner, daß Gesundheitspolitik mehr zu sein habe als Kostendämpfungspolitik. Und Glombig hob hervor, daß es in der Krankenversicherung nur eine Möglichkeit zur Konsolidierung gebe, nämlich das „Monopol der Anbietermacht“ zu brechen. Die Selbstverwaltung schaffe dies alleine nicht, wie die Erfahrungen mit dem Kostendämpfungsgesetz zeigten. Die Selbstverwaltung habe das Instrumentarium nicht so genutzt, wie es hätte genutzt werden können. Die Politik dürfe die Selbstverwaltung daher nicht eilein lassen, sagte Glombig. Im Oktober werde die SPD daher Vorschläge für strukturelle Änderungen vorlegen.

Und das Vorstandsmitglied der IG Metall Janzen ergänzte, daß Kostendämpfung, konzertierte Aktion und einnahmeorientierte Ausgabenpolitik Mittel zur Systemstabilisierung seien. Der Hebel für durchgreifende Veränderungen müsse tiefer angesetzt werden. Janzen plädierte für das integrierte Gesundheitssystem. In dem „zergliederten, zersplitterten System“ mit unterschiedlichen Beiträgen für die gleichen Leistungen kämen immer mehr Versicherte „unter die Räder“.

Vor dem Bundestag sagte wiederum Egert, daß das Kostendämpfungsgesetz nur eine „zeitlich begrenzte Entlastung“ bringen könne. Wenn sich durch eine neue Kostenwelle anzeigen sollte, daß die Selbstverwaltung überfordert werde, so seien neue Überlegungen erforderlich. Bislang habe man gemeint, daß es nur Lücken im Kostendämpfungskonzept gebe. Die jüngste Entwicklung zeige jedoch eine andere Tendenz an. Besonders bestürzt sei seine Fraktion über das Ansteigen der Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung und für Arzneimittel.

Das alles ist sehr ernst zu nehmen. Es zeigt an, wie in der stärksten Regierungspartei gedacht und woran politisch gearbeitet wird. Verschärfung der Kostendämpfung plus Strukturreform – heißt die politische Handlungsanweisung der SPD.

bonn-mot

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 Erlangen-Nürnberg
Direktor Professor Dr. F. P. Gali

**Fortbildungskurs für Chirurgie vom 26.
bis 30. Oktober 1981**

Beginn: 8.00 Uhr — Ende: 16.45 Uhr

Operatordemonstrationen aus den Gebieten der Allgemein Chirurgie, der Bauch- und Thoraxchirurgie, der Kardiologie, der Urologie, der Kinder- und Handchirurgie und der Extremitätenchirurgie (Unfallchirurgie und Alloarthroplastik) — Anschließend eingehende Diskussion — Nachmittags klinische Visiten auf allen Stationen und ergänzende Referate zu den Arbeitsgebieten

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 16. Oktober 1981
(Posteingang)

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 supraaortalen 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

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

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

Leitung: Oberarzt Dr. Aiber

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,
Leurentiushaus, Schwarzenbruck

Leitung: Oberarzt Dr. Warning

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

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

Teilnehmerbeitrag pro Seminar DM 80,—

Übernachtungsmöglichkeit im Hause

Letzter Anmeldetermin: 8. September
1981

September bis November 1981

11./12. September
Sonographie, München

18./19. September
Elektrokardiographie, Schwarzen-
bruck

18./19. September
Ultraschall, Regensburg

26. September
Onkologie, Oberaudorf

3. Oktober
Innere Medizin, Würzburg

5. bis 9. Oktober
Innere Medizin, München

12. bis 17. Oktober
Hals-, Nasen- und Ohren-
heilkunde, Erlangen

19. bis 23. Oktober
Innere Medizin, München

23./24. Oktober
Echokardiographie, München

24./25. Oktober
Ergometrie, Bernried

26. bis 28. Oktober
Pädiatrie, München

26. bis 30. Oktober
Chirurgie, München

26. bis 30. Oktober
Chirurgie, München

26. bis 30. Oktober
Innere Medizin, München

2. bis 6. November
Chirurgie, Würzburg

6. bis 8. November
Elektrokardiographie, München

13. bis 15. November
Elektrokardiographie, München

14. November
Gynäkologie, München

14. November
Pädiatrie, Erlangen

27. bis 28. November
Kardiologie, München

Elektrokardiographie

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

Leitung: Professor Dr. Dr. C. S. So, Mün-
chen

**Fortbildungsseminar I vom 6. bis 8. No-
vember 1981**

(Einführungsseminar)

**Fortbildungsseminar II vom 13. bis 15.
November 1981**

(Seminar für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag, 17.00 Uhr — Ende:
Sonntag 12.00 Uhr

Hörsaal B, Ismaninger Straße 22, Mün-
chen 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Teil I: Postein-
gang 26. Oktober 1981 — Teil II: Postein-
gang 3. Oktober 1981

Ergometrie

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

Chefarzt: 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

Gynäkologie

Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. K. Richter

in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte, Landesgruppe Bayern

8. Samstagsseminar am 14. November 1981

Beginn: 10.00 Uhr c. t. — Ende ca. 16.00 Uhr

Ort: Hörsaaltrakt im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Thema: Unspezifische Infektionen in der Gynäkologie

Letzter Anmeldetermin: 5. November 1981 (Posteingang)

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288, und Professor Dr. Kümpfer, Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern, 8000 München 70, Marchioninistraße 15, Telefon (0 89) 7 09 51

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 (0 91 31) 85-31 41

Kardiologie

Klinik für Herz- und Kreislaufkrankungen im Kindesalter, Lothstraße 2

Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeier

unter Mitwirkung der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie

Direktor: Professor Dr. F. Sebening

und des Instituts für Radiologie

Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein

9. Klinisch-kardiologisches Wochenendaeminar am 27./28. November 1981

Beginn: täglich 10.00 Uhr — Ende: 18.00 Uhr

Themen: 27. November 1981: Herzrhythmusstörungen im Kindesalter — 28. November 1981: Aktuelle Probleme aus der Kinderkardiologie

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 6. November 1981

Innere Medizin

Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München, Ziemssenstraße 1

Direktor: Professor Dr. E. Buchborn

Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin vom 26. bis 30. Oktober 1981

Beginn: 8.15 Uhr — Ende: ca. 16.00 Uhr

Thema: Aktuelle Probleme der Inneren Medizin

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 16. Oktober 1981 (Posteingang)

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, Marchioninistraße 15, München

Röntgendemonstrationen — Klinikkonferenzen — Klinische Visiten

Themen: Gastroenterologie — Endokrinologie — Stoffwechselerkrankungen — Intensivmedizin

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 24. September 1981

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

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

Direktor: Professor Dr. H. Blömer

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik

Direktor: Professor Dr. H. Anacker

dem Institut für Pathologie und pathologische Anatomie

Direktor: Professor Dr. W. Gössner

und der Nuklearmedizinischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar)

Direktor: Professor Dr. H. W. Pabst

21. Fortbildungskura für Innere Medizin vom 19. bis 23. Oktober 1981

Beginn: 8.15 Uhr bzw. 8.30 Uhr — Ende: 17.00 Uhr

19. Oktober 1981

Stellenwert der nichtinvasiven Diagnostik bei der stenosierenden Koronararteriosklerose — Angina pectoris und Myokardinfarkt bei normalem Koronarangiogramm — Hämodynamische Gesichtspunkte der Schrittmachertherapie — Ambulantes Langzeit-EKG (diagnostische Möglichkeiten) — Therapie mit Antiarhythmika — Demonstration: Herzkatheterlabor — Echokardiographiekurs

20. Oktober 1981

Differentialdiagnose der Lungenverschattungen im Röntgenbild — Therapie des akuten Myokardinfarktes mit Beta-Rezeptoren-Blockade — Endokarditis: Diagnose, Therapie — Echokardiographie-Kurs — Pathologisch-anatomische Demonstration — Diagnostik und Therapie bei peripheren-arteriellen Durchblutungsstörungen — Demonstration: Echokardiographie und Belastungs-EKG

21. Oktober 1981

Computertomographie des Thorax — Langzeittherapie mit Sauerstoff — Beurteilung von Lungenfunktionsprüfungen — Pneumonien durch Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae und Pneumocystis carinii — Echokardiographie-Kurs — Hämatologischer Kurs — Pulmonologische Falldemonstration — Demonstration: Pulmonologisches Labor

22. Oktober 1981

Der Wandel in Indikation und Technik der abdominalen Angiographie — Diagnostik mit Radionukliden (mit Film) — Herzfunktion nach Aortenklappenersatz — Richtlinien für die Therapie mit Antibiotika — Echokardiographie-Kurs — Auskultation von Herzfehlern — Hämatologischer Kurs — Demonstration: Nuklearmedizinische Diagnostik

23. Oktober 1981

Therapie maligner Hodentumoren — Indikationen zur Therapie chronischer Leukämien — Adjuvante Chemotherapie des Mammakarzinoms — Gegenwärtiger Stand der Therapie akuter Leukämien —

Echokardiographie-Kurs – Tumorpatienten-Konferenz – Hämatologischer Kurs – Schlußbesprechung

Letzter Anmeldetermin: 9. Oktober 1981

Onkologie

Gynäkologisch-Onkologische Klinik Bad Trissl/Oberaudorf in Verbindung mit dem Tumorzentrum München, der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und dem Ärztlichen Kreisverband Rosenheim

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhardt, Tumorzentrum München, und Dr. Leonhardt, Gynäkologisch-Onkologische Klinik Bad Trissl

3. Oberaudorfer Fortbildungsveranstaltung für praktische Onkologie am 26. September 1981

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 13.00 Uhr

Ort: Kursaal Oberaudorf

Auskunft:

Dr. H. Schünemann, Klinik Bad Trissl, 8203 Oberaudorf, Telefon (08033) 20264

Pädiatrie

Kinderklinik und Poliklinik der Technischen Universität München

1. Kinderabteilung
Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. M. Weinmann

2. Kinderabteilung
Chefarzt Dr. P. Schweier

Kinderchirurgische Abteilung
Chefarzt Dr. H. Singer

14. Pädiatrische Fortbildung im Kinderkrankenhaus München-Schwabing vom 28. bis 28. Oktober 1981

Beginn: 8.30 Uhr – Ende: 15.00 Uhr bzw. 18.00 Uhr

Klinische Demonstration und Fragestunde aller Abteilungen, Röntgen- und Klinische Visiten vorgesehen

Themen: Allergie-Testung – Familientherapie (was ein Pädiater darüber wissen sollte) – Pädiatrisch-dermatologische Probleme – Möglichkeiten der Rehabilitation von schädel-hirutraumatisierten Kindern – Aktuelle Probleme der Kinderchirurgie – Indikation zur Appendektomie

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 16. Oktober 1981 (Posteingang)

Pädiatrie

Kinderklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. K. Stehr

Fortbildungsveranstaltung für Kinderhellkunde 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) 85-31 18 oder 19

Sonographie

Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74, 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)

Ultraschall

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

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

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

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Kursgebühr: DM 120,-

Auskunft und Anmeldung:

Ultraschall-Labor im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Frau True, Prüfeninger Straße 86, 8400 Regensburg, Telefon (0941) 2 08-2 77

Allgemeine Fortbildung

20. Fortbildungstagung

vom 2. bis 6. September 1981 in Tümmendorfer Strand

Themen: Diagnostik und Therapie von Gelenkerkrankungen – Die Psoriasis-Therapie im Wandel der Zeit – Dermatologie für die Praxis – Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen der Niere und ableitenden Harnwege – EKG-Seminar mit praktischen Übungen

Letzter Anmeldetermin: 28. August 1981

Auskunft und Anmeldung:

Akademie für Ärztliche Fortbildung in der Ärztekammer Berlin, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65, Telefon (030) 45 05-640 oder 45 05-561

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

SOLIDAGO® Dr. Klein

die Kapillarpermeabilität normalisieren, die Kapillarresistenz erhöhen.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. fl. aus Herb. Solidag. virg. 50 g (stand. auf 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.

Handelsformen 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, Arzneipflanzenforschung, 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald



Veranstaltungen der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns

München

10. Oktober 1981

Laborkurs: Das mikroskopische Harnsediment (Leitung: Dr. Hoeflmayr, Frau Nenzel)

Zeit und Ort: 9.00 Uhr – Welner-Schulen, Lindwurmstraße 73, München 2

7. November 1981

Situationen des Arztes im Unfallort (Leitung: Dr. Lehmann)

Zeit und Ort: 15.00 Uhr – Chirurgische Klinik der Universität, Nußbaumstraße 20, München 2

14. November 1981

Leistungsstörungen, Tachykardien und ihre Therapie (Leitung: Professor Dr. Athanaslou)

Zeit und Ort: 10.00 Uhr – Medizinische Klinik der Universität, Ziemssenstraße 1, München 2

28. November 1981

Technischer EKG-Kurs für Ärzte und technisches Personal (Leitung: Professor Dr. Athanaslou)

Zeit und Ort: 14.00 Uhr – Siemenshaus, Lindwurmstraße 23, München 2

Oberbayern

25. November 1981

Abrechnungskurs für Ärzte, Arzthelferinnen und Arztfrauen (Leitung: Dr. Hege)

Zeit und Ort: 14.00 Uhr – Medizinische Klinik der Universität, Ziemssenstraße 1, München 2

9. Dezember 1981

Verbandstechnik in der täglichen Praxis – Einfache Sprunggelenksdistorsion (Leitung: Dr. Lenhart)

Zeit und Ort: 17.00 Uhr – Massage-Schule, Peter-Putz-Straße 12, München 60

Niederbayern

17. Oktober 1981

Laborkurs: Hämatologie, Thrombozyten (Leitung: Dr. Hoeflmayr, Frau Nenzel)

Zeit und Ort: 9.00 Uhr – Frauenhofer Berufsschule an der Pestelozzistraße, Straubing

21. November 1981

Psychotherapeutische Möglichkeiten in der Allgemeinpraxis (Leitung: Professor Dr. Meyendorf)

Zeit und Ort: 14.00 Uhr – Hotel Weißer Hase, Ludwigstraße, Pessau

Oberfranken

7. November 1981

Abrechnungskurs für Ärzte, Arzthelferinnen und Arztfrauen – Arzneimittelprüfung (Leitung: Dr. Hege)

Zeit und Ort: 14.00 Uhr – Stadtschänke, Holzmarkt 3, Kulmbach

21. November 1981

Psychotherapeutische Möglichkeiten in der Allgemeinpraxis – Einführung in die Balintgruppe (Leitung: Dr. Lenner)

Zeit und Ort: 15.00 Uhr – Parkrestaurant Rosenau, Coburg-Rüdenal

Mittefranken

17. Oktober 1981

EKG-Kurs: Inferkt-EKG (Leitung: Professor Dr. Potzlen)

Zeit und Ort: 9.30 Uhr – Hotel am Dreißelgarten 1, Ansbach

14. November 1981

Proktologie in der Praxis des niedergelassenen Arztes (Leitung: Dr. Volkstädt)

Zeit und Ort: 14.00 Uhr – Stadtpark Restaurant, Berliner Platz 9, Nürnberg

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung veranstaltet am

3. Oktober 1981

21. November 1981

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

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-788, Frau Klockow, zu richten bis 25. September und 13. November 1981.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Unterfranken

14. November 1981

Abrechnungskurs für Ärzte, Arzthelferinnen und Arztfrauen – Arzneimittelprüfung (Leitung: Dr. Hege)

Zeit und Ort: 16.00 Uhr – Hofkellerei Weinstuben, Residenzplatz 1, Würzburg

Oberpfalz

17. Oktober 1981

Psychotherapeutische Möglichkeiten in der Allgemeinpraxis – Einführung in die Balintgruppe (Leitung: Dr. Molz)

Zeit und Ort: 14.00 Uhr – St. Antonius-haus, Mühlweg 13, Regensburg

Schwaben

24. Oktober 1981

Rhythmusstörungen und ihre Therapie (Leitung: Professor Dr. Athanaslou)

Zeit und Ort: 10.00 Uhr – Augsburg

12. Dezember 1981

Klimakterium der Frau und Hormontherapie (Leitung: Dr. Laengner)

Zeit und Ort: 14.00 Uhr – Eschecher Hof, Ludwig-Kick-Straße 2, Lindau-Eschach

Auskunft:

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

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

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**

Der Lehrgang wird in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Heidelberg und dem Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie der Technischen Universität München durchgeführt.

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

Für die Teilnahme wird um rechtzeitige schriftliche Anmeldung gebeten.

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

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

Auskunft und Programmversand:

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

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, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-272

Symposion des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken

am 24. Oktober 1981 in Bayreuth

Leitung: Dr. F. Tympner, Bayreuth

Thema: Pankreasdiagnostik

Auskunft:

Dr. F. Tympner, Abteilung für Gastroenterologie der LVA Klinik Herzoghöhe, Kulmbacher Straße 103, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 402-307 oder 233

11. Bayerische Anästhesistentagung

am 13./14. November 1981 in München

Thema: Die ambulante Anästhesie

Beginn: 13. November, 15.00 Uhr — Ende: 14. November, gegen 13.00 Uhr

Auskunft:

Dr. O. Zierl, Chefarzt der Anästhesieabteilung des Krankenhauses des Dritten Ordens, Menzinger Straße 48, 8000 München 19, Telefon (0 89) 17 95-1

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

am 6./7. November 1981 in Bad Reichenhall

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

9. Wochenendseminar

des Deutschen Herzzentrums — Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen (Direktor: Professor Dr. W. Rudolph)

am 24. Oktober 1981 in München

Themen: Medikamentöse Therapie tachykarder Rhythmusstörungen — Wann welcher Schrittmacher? — Problematik der Langzeittherapie mit Nitraten bei koronarer Herzerkrankung — Welcher Beta-Rezeptorenblocker, wann Kalziumantagonisten bei koronarer Herzerkrankung? — Perkutane transluminale Koronarangioplastie, eine Alternative zur Koronarchirurgie? — Standardtherapie und neue Ansatzpunkte in der Behandlung des akuten Myokardinfarktes — Plötzlicher Herztod, Risikofaktoren, Präventionsmöglichkeiten — Fortschritte in der medikamentösen Behandlung der Herzinsuffizienz — Aktuelle Gesichtspunkte in der Hypertoniebehandlung

Beginn: 8.45 Uhr — Ende: 13.15 Uhr

Ort: Hotel Hilton, Tucherpark 7, München 22

Letzter Anmeldetermin: 14. Oktober 1981 (Posteingang)

Auskunft und Anmeldung:

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

Fortbildungskongreß „Krebsnachsorge“

am 30./31. Oktober 1981 in Bad Neuenahr

Themen: Nachsorge beim Mammakarzinom und weibliche Personalität — Nachsorge beim Uteruskarzinom und weibliche Wertigkeit — Nachsorge beim Prostatakarzinom und männliche Identität — Nachsorge beim Bronchialkarzinom und gesellschaftliche Bezüge — Nachsorge beim Magen- und Dickdarmkarzinom — Nachsorge akut und stetig durch Arzt und Selbsthilfegruppen

Auskunft:

Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2, Telefon (02 28) 37 30 45

21. Bayerische Internistentagung

vom 20. bis 22. November 1981 in München

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

Auskunft:

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

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 1. Vierteljahr 1981

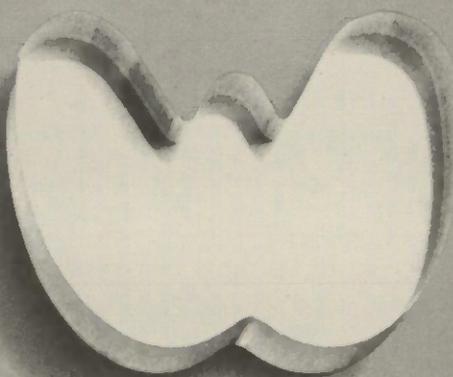
Nr. der ICD 1979 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1980		1981
		Vierteljahres- durchschnitt	1. Vierteljahr	
001-139	infektiöse und peresitäre Krankheiten	233	217	241
	darunter			
011-018, 137	Tuberkulose insgesamt	115	109	121
140-199	Bösartige Neubildungen	6 384	6 359	6 035
	darunter			
151	des Megens	1 024	1 010	913
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms	986	965	918
160-163	der Atmungsorgane	941	918	853
174	der weiblichen Brustdrüse	513	516	511
179-182	der Gebärmutter	222	227	213
185	der Prostata	330	332	316
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	406	377	416
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekanntem Charakters	441	426	463
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems	923	897	894
	darunter			
250	Diabetes mellitus	785	770	752
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	77	69	87
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krenkheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	488	496	520
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	14 657	15 326	16 207
	darunter			
410	akuter Myokardinfarkt	3 121	3 260	3 263
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	1 608	1 575	1 886
426, 427	Herz-Reizleitungs- und -Rhythmusstörungen	342	377	311
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	3 034	3 128	3 643
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4 476	4 748	4 899
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	1 921	2 145	2 156
	darunter			
480-486	Pneumonie	727	837	732
487	Grippe	26	47	73
466, 490, 491	Bronchitis	560	626	633
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	1 640	1 674	1 631
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	163	167	167
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	79	80	64
571.2, .5, .6	Leberzirrhose	600	614	655
570, R. v. 571	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	328	319	303
u. 572-576	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	584	612	586
580-629	darunter			
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere	51	52	44
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	7	5	8
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	146	138	149
740-759	Kongenitale Anomalien	132	122	114
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	178	171	170
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	391	392	353
E800-E949	Unfälle	1 492	1 246	1 303
	darunter			
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	739	545	471
E850-E869	Vergiftungen	12	7	17
E880-E888	Unfälle durch Sturz	503	499	618
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	560	562	575
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	57	46	47
	Sterbefälle insgesamt	30 715	31 280	31 955

¹⁾ ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen.

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

Novothyral®

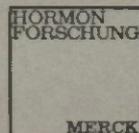
bevorzugt bei blander Struma



Reine Schilddrüsenhormone Novothyral® · Novothyral® mite

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Levothyroxin-Natrium, T₄) und 20 µg L-Trijodthyronin (= Liothyronin-Natrium, T₃).

Anwendungsgebiete: Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormontherapie, vorzugsweise bei blinder Struma und zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion; außerdem bei Hypothyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ) und zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose. **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. Die angegebenen Gegenanzeigen sind im Kindesalter mit Ausnahme der Myokarditis nicht relevant. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechselsteigernden Wirkung der beiden Schilddrüsenhormone können gelegentlich, vor allem zu Beginn der Behandlung, Tremor, Tachykardia, 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 Novothyral-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindensuffizienz zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Novothyral in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermieden wird. Novothyral sollte deshalb 4–5 Stunden vor der Colestyramin-Applikation eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Novothyral-Therapie sollte Diphenylhydantoin nicht intravenös gegeben werden. **Anwendungshinweise:** Die mit Kreuzrille versehenen Tabletten sind leicht teilbar, so daß die Dosierung dem individuellen Bedarf gut angepaßt werden kann. Die Einnahme erfolgt zweckmäßigerweise bei einer Tagesdosis bis zu 1 Tablette morgens, bei höherer Dosierung als zweimalige Gabe morgens und mittags. **Anmerkung:** Bei einem Schilddrüsenhormonbedarf unter 1 Tablette Novothyral täglich kann Novothyral mite verordnet werden, wenn eine Teilung der Novothyral-Tablette vermieden werden soll. 1 Tablette Novothyral mite enthält 25 µg L-Thyroxin-Na und 5 µg L-Trijodthyronin-Na und entspricht damit im Hormongehalt ¼ Tablette Novothyral. **Handelsformen:** Novothyral®: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 13.05; 100 Tabletten mit Kreuzrille DM 23.90. Ferner Anstalts-Packung. Novothyral® mite: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 7.65. Ferner Anstalts-Packung. Apoth.-Abg./preise, Stand 1.11.1979. ■



MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Mai 1981*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Erkrankungen an Salmonellosis stieg im Mai weiter an. Die Erkrankungsziffer erhöhte sich von 46 im April auf 54 im Mai, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen und auf ein Jahr umgerechnet.

Auch die Erkrankungsmeldungen an Virushepatitis nahmen im Berichtsmonat zu, und zwar von 16 im Vormonat auf 20 je 100 000 Einwohner.

Gleich häufig wie im April wurden im Mai Erkrankungen an Meningitis/Enzephalitis berichtet. Ja 100 000 Einwohner trafen sechs Erkrankungen.

Neuankrankungen und Starbefälle in der Zeit vom 4. bis 31. Mai 1981 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		Übrige Formen		Salmonellosis		Übrige Formen ¹⁾		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimm- bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Oberbayern	2	—	7	1	4	—	4	—	118	—	—	—	26	—	31	—	9	—
Niederbayern	2	—	1	—	1	—	4	—	42	—	1	—	1	—	8	—	1	—
Oberpfalz	—	—	3	—	—	—	—	—	36	—	3	—	—	—	10	—	1	—
Oberfranken	1	—	3	—	—	—	2	—	34	—	1	—	7	—	8	—	5	—
Mittelfranken	3	1	3	—	1	—	—	—	54	—	6	—	4	—	5	1	7	—
Unterfranken	2	—	2	—	2	—	3	—	110	—	16	—	8	—	7	—	1	—
Schwaben	—	—	—	—	—	—	1	—	59	—	8	—	12	—	17	1	1	—
Bayern	10	1	19	1	8	—	14	—	453	—	35	—	58	—	86	2	25	—
Vormonat	18	1	13	2	9	—	24	1	480	1	12	—	59	—	84	—	29	—
München	1	—	3	1	3	—	—	—	32	—	—	—	12	—	15	—	4	—
Nürnberg	—	—	1	—	—	—	—	—	15	—	—	—	1	—	3	—	2	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	1	—	8	—	1	—	1	—	2	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	29	—	7	—	1	—	1	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	1	—	1	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	1	—	—	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Shigelienruhr		Malaria		Angeb. Toxoplasmose		Q-Fieber		Tetanus								Tollwutverdacht ²⁾	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St		
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		28
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		28
Oberbayern	2	—	12	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	
Niederbayern	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	
Oberpfalz	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	
Oberfranken	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	
Mittelfranken	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	
Unterfranken	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	20	
Schwaben	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	34	
Bayern	2	—	26	—	5	1	4	—	1	—	3	1	—	—	—	—	—	—	101	
Vormonat	1	—	11	—	7	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	109	
München	2	—	5	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	
Nürnberg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
Augsburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Fürth	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	
Erlangen	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

*) 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 -verdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Sparen Sie anders als die anderen, kann mehr herauskommen, aber ...

... Sie müssen sich eingehender über die Anlageform unterrichtet haben, als es über die herkömmlichen Arten der Rücklage nötig ist. Dafür gibt es hier eine Anzahl Gesetze und andere Vorschriften, die Ihnen Sicherheit innerhalb eines gewissen Rahmens gewähren.

Anders als die anderen, dieses Motto hätte auch über dem dreitägigen Marathon um Vermehrung und Sicherheit von Kapital stehen können, über dem ersten Internationalen Investment Kongreß, an dem ich kürzlich in München teilgenommen habe. 34 Experten aus sechs Ländern referierten und diskutierten fast 30 Stunden über Kapital- und Vermögensanlagen vor Profis und privaten Interessenten. Rund 900 DM mußte man sich die Eintrittskarte zu dieser Internationalen Informationsbörse kosten lassen.

Ich versuche, in der hier notwendigen Kürze ein Fazit aus der Fülle an Unter- richtung und hier und da auch Werbung für eine spezielle Anlageart zu ziehen:

1. Die Zusammensetzung dieses Hörerkreises aus Fehleuten und Anlage-Laien wirkte sich auf die Teilnehmer vorteilhaft und die Referenten dämpfend aus. Sie haben ja mit der Kritik kenntnisreicher Zuhörer zu rechnen. Wenn sie ihr nicht gerecht zu werden vermögen, verpufft ihr Anliegen. Wenn Sie an ähnlichen Veranstaltungen teilnehmen, sollten sie nicht nur einseitig besetzt sein.
2. Es ist unzulässig, aus vergangenen Entwicklungen einer bestimmten Anlage auf ihren künftigen Verlauf zu schließen. Die früheren Umstände wiederholen sich nicht. Auch in solchen Fragen badet man niemals im gleichen Fluß.
3. Überprüfen Sie Angebote sehr sorgfältig, die den gegenwärtigen politischen und wirtschaftlichen Trends besonders entsprechen sollen. Natürlich klingt es erfolversprechend, wenn aus Ihren Erfahrungen, Beobachtungen und Besorgnissen abgeleitet wird, daß Ihnen eine Anlage angeblich besonders entgegenkommt. Lassen Sie sich davon nicht zu stark beeindrucken, denn oft wird das mit Kunstgriffen auch so hingedreht.

Nüchtern müssen Sie erkunden: Was bringt die Anlage nachweislich, und was taugt der Nachweis, wie weit klaffen Chancen und Risiken auseinander, wie hoch ist die Sicherheit durch wen verbürgt, und wie schnell, unter Umständen sehr langsam oder etwa gar nicht ist die Anlage wieder in Bargeld umzuwandeln?

4. Mißtrauen Sie überzeugungsvoll vorgebrachten Prognosen über die Zukunft von Produkten, Märkten, Ländern und Währungen. Solche Prophetie wird nicht selten als Argument für die nahezubringende Anlage mißbraucht. Außerdem müssen Sie die als Ausgangspunkte und Grundlagen zitierten Tatsachen selbst objektiv kontrollieren können.

5. Lassen Sie sich nicht einreden, warum „man“ jetzt Geld in welchen Formen anlegen sollte. Bei der Geldanlage gibt es keinen „man“, sondern sind vielmehr alle Möglichkeiten an den persönlichen Voraussetzungen, Vorstellungen und Absichten zu messen.

6. Erkunden Sie die aktuelle Chancen- und Preissituation, vor allem auch für jegliche Auslandsanlagen selbst, damit Ihnen nicht längst überholte Situationen als gültig und attraktiv dargestellt werden. Wenn Ihnen das über Ihre Sperrkasse oder Bank oder eine andere vertrauenswürdige Quelle nicht gelingt, denn lassen Sie lieber die Finger davon.

7. Beteiligungsangebote an neuen Techniken dürften nicht nur wegen der modernen Technologie an sich schmackhaft gemacht werden. Auch sie muß nicht sofort und nicht hohe Erträge abwerfen und kann schertem Wettbewerb ausgesetzt sein.

8. Seien Sie zu kurzfristigem Anlagewechsel bei überzeugenden Argumenten bereit.

9. Vergleichen Sie mehrere gleichartige Anlagen und auch deren Abschlußkosten.

10. Wer auch immer Ihnen von einer Anlage abraten mag, muß das eingehend anhand von Tatsachen begründen.

Horst Beloch, München

Sozial-Ringelspiel

Weil Arbeitslosenversicherungsbeiträge in fetten Zeiten verpreßt wurden, ist in unseren mageren zu wenig Geld für die Betroffenen da. Aber deshalb hat der Bundesarbeits- und Sozialminister nicht etwa die Beiträge zur Arbeitslosen-, sondern vielmehr zur Rentenversicherung erhöht, ohne daß diese Mehrzahlungen höhere Ansprüche auslösen würden.

Nein, nein, der irrt doch nicht. Er hat vielmehr verstärkt zu Kasse der Rentenversicherung gefordert, um dadurch auszugleichen, daß er von der Bundeszahlung an die gesetzliche Renten- drei Milliarden DM für die Arbeitslosenversicherung abgezweigt hat.

Aber weils bei der Rentenversicherung auch nicht reicht, braucht sie par ordre du Moufti Minister ihre Zahlungsverpflichtungen an die gesetzliche Krankenversicherung für deren Leistungen zugunsten der Rentner nicht zu erfüllen.

Dennoch darf es an der Krankheitsbehandlung der Rentner an nichts fehlen. Daher haben sich die gesetzlich Krankenversicherten rund ein Viertel mehr als Krankenversicherungsbeitrag abziehen zu lassen, als zur Finanzierung ihrer eigenen Krankheiten notwendig wäre.

Unerträgliche Manipulationen. Aber wenn der Urheber dieses Finanzierungs-karussells und seine staatssekretärlische Drehgehilfin doppelzüngig die Grenze der Belastbarkeit der gesetzlich Krankenversicherten deklarieren, dann ist gegen die so provozierte Übelkeit selbst auf dem reichhaltigen deutschen Arzneimittelmarkt kein befriedigend gegen-wirksames Medikament zu entdecken.

Prosper

Kurz über Geld

ZINSNIVEAU bleibt nach Ansicht internationaler Experten in diesem Jahr noch hoch. Mittelfristige Anlagen bevorzugen.

ÜBER DIE SCHWEIZ durch deutsche Niederlassung konservativer Bank hochverzinsliche ausländische Wertpapiere kaufen und Erträge in Franken-Lebensversicherung anlegen, bietet eine Möglichkeit des Engagements auch in der bestrenommierten Weltwährung.

EHEFRAUEN-GEHALT vom Arbeitgeber-Ehemann darf nach neuester Rechtsprechung nun auch auf ein gemeinsames Konto überwiesen werden.

BRILLANTE PREISE für Farbsteine sind jetzt erzielt worden, weil Spitzenqualitäten von Rubinen, Smaragden und Saphiren außerordentlich selten geworden sind.

Zu widerhandlung gegen Strahlenschutzverordnung

„Das Bayerische Landesamt für Umweltschutz hat gebeten, im Rahmen des Vollzugs der Strahlenschutzverordnung auf ein Urteil hinzuweisen, das wegen Zu widerhandlung gegen das Atomgesetz und der Strahlenschutzverordnung gefällt wurde (Amtsgericht München, Geschäftsnummer 71 OWI 237 Js 46 755/80).

Wegen fünf vorsätzlicher und zwei fahrlässiger sachlich zusammenfassender Ordnungswidrigkeiten der Unterfassung von strahlenschutzrechtlichen Mitteilungen wurden gegen die Betroffenen Geldbußen in Höhe einer vierstelligen Zahl festgesetzt.

Bei den fahrlässigen Ordnungswidrigkeiten wurde die Vorgabe einer Strahlenschutzanweisung gemäß § 34 beim Bayerischen Landesamt für Umweltschutz (LfU) sowie eine Mitteilung an das LfU unterlassen, in welche Kategorie (A oder B) die beruflich strahlenexponierten Personen eingestuft wurden. Beide Auflagen waren mit Terminangabe im Bescheid zum Umgang mit radioaktiven Stoffen aufgeführt. Bei den fünf vorsätzlichen Ordnungswidrigkeiten wurden in fünf Fällen Meldungen gemäß § 78 StrlSchV unterlassen, obwohl die Abgabe derartiger Mitteilungen eine Auflage des Genehmigungsbescheides war.

Angewandete Vorschriften: § 46 I Nr. 3 AtG, § 81 I Nr. 16, § 78 Nr. 1 StrlSchV; § 46 I Nr. 2 AtG und § 17 I AtG.

Die beiden betroffenen Ärzte betreiben gemeinsam eine Praxis. Beide Personen sind gemäß dem Genehmigungsbescheid des LfU für den Umgang mit radioaktiven Stoffen zugleich Strahlenschutzverantwortliche und Strahlenschutzbeauftragte.

Obwohl praxisintern die Absprache bestand, daß nur einer der beiden Betroffenen für die Erfüllung der Auflagen des Genehmigungsbescheides und der Vorschriften der StrlSchV zuständig sei, wurden gegen beide Ärzte Geldbußen festgesetzt, da die Verantwortung von Strahlenschutzbeauftragten nicht delegierbar ist.

BLXK

Stellungnahme der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V. und des Bundesgesundheitsamtes zur Influenza-Schutzimpfung für die Saison 1981/1982

Im Winter 1980/81 wurde in der Bundesrepublik Deutschland eine, im Vergleich zum Vorjahr, erhöhte Influenzaaktivität mit lokalen Häufungen beobachtet. In der Regel verliefen die Erkrankungen mild. Betroffen waren vorwiegend Schulkinder und junge Erwachsene. Wiederum wurden die beiden Influenza-A-Subtypen H1N1 und H3N2 isoliert. Gelegentlich wurde Influenza B-Virus nachgewiesen.

Erste Meldungen von der südlichen Halbkugel der Erde berichten von lokalen Influenzaausbrüchen, bedingt durch die Influenza-A-Stämme H1N1 und H3N2, die mit den bisher vorherrschenden Stämmen A/Brazil/11/78 und A/Bangkok/1/79 identisch oder eng verwandt sind. Antigenanalysen der isolierten Influenza-B-Stämme zeigen keine nennenswerten Veränderungen gegenüber B/Singapore/222/79.

Diesem Stand hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Empfehlung der Antigenzusammensetzung des in-

fluenza-Impfstoffes für die Influenza-Saison 1981/1982 Rechnung getragen. Sie schlägt folgende Antigene vor: Stamm ähnlich A/Bangkok/1/79 (H3N2), A/Brazil/11/78 (H1N1) sowie B/Singapore/222/79. Diesen Empfehlungen hat sich das Paul Ehrlich-Institut (Bundesamt für Sera und Impfstoffe) angeschlossen und wird entsprechende Influenza-Impfstoffe zu lassen.

In der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West) ist die Influenza-Schutzimpfung vorrangig angezeigt für:

1. Erwachsene und Kinder, die wegen bestimmter Grundfaktoren durch eine Influenzaerkrankung gefährdet sind, z. B. durch:

- Herzkrankheiten, bei Neigung zu kardialer Insuffizienz
- chronisch bronchopulmonäre Krankheiten wie Asthma, chronischer Bronchitis, Bronchiektasen und Emphysem
- chronische Nierenkrankheiten
- Diabetes mellitus und andere chronische Stoffwechsellkrankheiten
- chronische Anämien
- angeborene oder erworbene Immundefekte, einschließlich bestimmter maligner Neubildungen und immunsuppressiver Therapie

2. Personen über 60 Jahre

3. Personen, die durch ihren Beruf in erhöhtem Maße einer Infektion ausgesetzt sind, z. B. in der Krankenversorgung tätige Personen, zahnärztliches Personal, Personal der Behörden der öffentlichen Sicherheit, der Feuerwehr, der allgemeinen Verwaltung mit regem Publikumsverkehr, der Verkehrsbetriebe, der Lebensmittel- und Energieversorgung und anderer für die Gemeinschaft wichtige Berufsgruppen.

Schwangerschaft ist keine Kontraindikation für eine Influenza-Schutzimpfung. Schwangere sollten nach den gleichen Kriterien wie Nicht-Schwangere beurteilt werden.

Personen bis zum 27. Lebensjahr benötigen bei Erstimpfung zwei Impfdosen im Abstand von mindestens vier Wochen, um einen ausreichenden Impfschutz gegen den 1977 erstmals wieder aufgetretenen Influenza-A-Subtyp H1N1 zu entwickeln.

Wo bei Kleinkindern (bis zum 3. Lebensjahr) eine Impfung angezeigt ist, wird empfohlen, zweimal je eine halbe Impfdosis zu verwenden.

Die Influenza-Impfung wird im allgemeinen gut vertragen. An der Injektionsstelle können leichte Rötungen und Schwellungen auftreten, die rasch wieder abklingen. Eine gelegentlich beobachtete stärkere allgemeine Reaktion mit Fieber, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen und allgemeinem Krankheitsgefühl ist gleichfalls nur von kurzer Dauer. Bei den heute gebräuchlichen Influenza-Impfstoffen sind darüber hinausgehende gesundheitliche Schäden außerordentlich selten. Die in den Beipackzetteln aufgeführten Kontraindikationen sind zu beachten.

Weitere Hinweise zur Influenza-Impfung können dem Marktblatt Nr. 11 „Influenza“ des Bundesgesundheitsamtes entnommen werden.

(Ergebnisse der Sitzung des Immunisierungsausschusses der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten unter Beteiligung von Sachverständigen des Paul-Ehrlich-Institutes und des Bundesgesundheitsamtes am 27. Mai 1981 in München)

Bestimmung von Sachverständigen im Sinne des § 4 Absatz 1 der Röntgenverordnung

Neben den bisher in Bayern als Sachverständige im Sinne des § 4 Abs. 1 der Röntgenverordnung (RöV) vom 1. März 1973 (BGBl I S. 173) für Strahlenschutzprüfungen bestimmten Stellen, nämlich

- dem Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsschutz, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 2 18 41 (LAS)

- der Landesgewerbeanstalt Bayern, Gewerbemuseumsplatz 2, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 2 01 71 (LGA)

- der Strahlenmeßstelle Regensburg (Professor Dr. B. Heß), Universität, Postfach, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 9 43 27 91

- dem Technischen Überwachungsverein Bayern e. V., Eichstätter Straße 5, 8000 München 21, Telefon (0 89) 1 20 03 - 252 (TÜV)

hat das Bayerische Landesamt für Umweltschutz als weitere Sachverständige im Sinne des § 4 Abs. 1 RöV

- das Bayerische Staatliche Prüfamt für Technische Physik bei der Technischen Universität München, 8046 Garching, Telefon (0 89) 32 09 - 24 52 und

- die Prüfstelle für Strahlenschutz, Dipl. Physiker Dr. Roland Heusinger, Waldluststraße 1, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 40 76 07 und beauftragte Telefonannahmestelle (0 91 28) 20 15 bestimmt.

Für den genehmigungsfreien (jedoch anzeigespflichtigen) Betrieb einer Röntgeneinrichtung ist die Prüfung und, nach Beseitigung eventueller Mängel, Ausstellung einer Bescheinigung gemäß § 4 Abs. 1 RöV durch den Sachverständigen vorausgesetzt. Für genehmigungspflichtige Röntgeneinrichtungen wird zum Nachweis, daß die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 Nr. 4 RöV erfüllt sind, in der Regel ebenfalls eine Sachverständigenbescheinigung entsprechend § 4 Abs. 1 RöV gefordert. Ärzten, die die Neuinbetriebnahme oder wesentliche Änderung einer Röntgeneinrichtung planen, wird empfohlen, bei der Auswahl des Sachverständigen auf die Zusage eines rechtzeitigen Prüftermines zu achten.

Verein für therapeutisches und heilpädagogisches Reiten e. V.

Am 19. Februar 1981 wurde der Verein gegründet mit Sitz in Antdorf. Seine Zielsetzung ist, körperlich und geistig Behinderte sowie verhaltensgestörte Kinder aus sozial schwächeren Bevölkerungsschichten in der Behandlung ihrer Leiden finanziell zu unterstützen.

Hippotherapie und heilpädagogisches Reiten wird von den Krankenkassen nur teilweise bezahlt, obwohl diese Behandlungsmethode heilpädagogisch in der Rehabilitation und physiotherapeutisch beim zerebralparetisch Behinderten Erfolge bringt und eine hervorragende Ergänzung zu anderen Therapien darstellt. Somit ist die Durchführung der Hippotherapie und des heilpädagogischen Reitens nur Dank großer finanzieller Hilfe von privaten und sozialen Institutionen möglich.

Was ist heilpädagogisches Reiten? Die therapeutische Ausnutzung des Reitens als Sport mit der Hauptzielsetzung: pädagogische und psychologische Beeinflussung verschiedener Formen von geistig und körperlichen Behinderungen. Ist therapeutisches Reiten eine Art Behinderten-Reiten? Nein, denn Behinderten-Reiten ist ein Invalidensport und hat keinerlei „therapeutische“ Zielsetzung. Heilpädagogisches Reiten kann jedoch für CP- und sehbehinderte Kinder eine Vorbereitung zum Reiten im Sinne des Behindertensportes sein.

Bei welchen Patienten wird therapeutisches Reiten durchgeführt? Bei verhaltenseuffälligen, lern- und geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Es fördert das kooperative Verhalten, unterstützt soziale Eingliederung und bewirkt Fortschritte der Gesamtpersönlichkeit und Erfahrungsweite des Patienten.

Ist therapeutisches Reiten eine krankengymnastische Behandlung? Nein, weil das Reiten als Sport therapeutisch eingesetzt wird, um einen pädagogischen, psychologischen Effekt zu erzielen. Heilpädagogisches Reiten ist eine eigenständige Rehabilitationsmaßnahme, ähnlich wie Schwimmen. Pädagogen, Psychologen, Ergotherapeuten, mit einer Zusatzausbildung in heilpädagogischem Reiten sind die ausführenden Personen.

Wo wird heilpädagogisches Reiten durchgeführt? Heute wird diese Rehabilitationsmaßnahme vereinzelt in Sonderschulen, Jugendheimen, Eingliederungsstätten und Reitvereinen durchgeführt.

bei MASTODYNIE und fibrozystischer
MASTOPATHIE

mastodynnon®

Bionorica KG,
Apotheker Popp, 8500 Nürnberg 1

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 beschwerdefrei. Jede 4. Patientin (25%) zeigte deutliche Besserung.
[Regel: Med. Welt 30 (1979) 264]

Indikationen: Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklusstörungen, 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 5 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: 2mal täglich 30 Tropfen in etwas Wasser einnehmen.
Handelsformen: OP mit 50 ml DM 11,55, OP mit 100 ml DM 17,80; Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml.

Was ist Hippotherapie? Hippotherapie ist eine krankengymnastische Behandlungsform. Dabei wird das Pferd als Medium eingesetzt, um die motorischen Fähigkeiten des Patienten mit zentralen Bewegungsstörungen zu beeinflussen und zu verbessern.

Für welche Patienten kommt Hippotherapie in Frage? Die Hippotherapie eignet sich für Kinder und Erwachsene mit bestimmten Störungen im Bewegungsablauf aufgrund von Hirn- und Rückenmarkserkrankungen.

Die Aufgabe der Krankengymnastin besteht darin, bei diesen Patienten eine Normalisierung der abnormen Muskelspannungen zu erreichen und gleichzeitig normale Bewegungsabläufe zu schulen, was insbesondere für den Rumpf eine Verbesserung der Sitzbalance bedeutet. Diese Gleichgewichtsschulung für den Rumpf kann ausgezeichnet und mit Erfolg auf dem Pferd durchgeführt werden.

Wie kann das Pferd als Behandlungsmedium dienen? Das Pferd – als lebendes Hilfsmittel – wird eingesetzt, weil die rhythmische Bewegung seines Rückens, im Schritt und im Tölt, sich einmalig gut auf den Körper des Patienten auswirkt: der günstige Spreizsitz und die Regelmäßigkeit der feinen Bewegungen wirken lockernd auf die verkrampte Muskulatur und lösen Gleichgewichtsreaktionen im Rumpf aus. Die rhythmische Wiederholung der Bewegung macht die Schulung des Gleichgewichts für den Rumpf intensiver und natürlicher als jede andere heute bekannte Übungsform.

Ist Hippotherapie eine Art Reiten? Nein, Hippotherapie ist kein Reiten, da der Patient keine aktive Einwirkung auf das Pferd ausübt (keine Hilfen). Hippotherapie ist auch kein heilpädagogisches Reiten, weil die Hippotherapie ausschließlich eine spezifische sensomotorische Beeinflussung des Bewegungsverhalten des Patienten erzielt.

Welches sind die Voraussetzungen, um Hippotherapie durchzuführen? Da Hippotherapie eine krankengymnastische Maßnahme ist, hat der Arzt zu entscheiden, ob diese Therapie grundsätzlich indiziert ist. Die Hippotherapie kann nur von Krankengymnastinnen durchgeführt werden, welche Ausbildungskurse nach den Richtlinien des Deutschen Pferdesportverbandes (F. N. Werendorf) vorweisen können.

Wo wird die Hippotherapie praktiziert? In Kinderkliniken, Sonderschulen, Beratungsstellen für zerebrale Bewegungsstörungen, Schulhelmen, MS-Rehabilitationskliniken und Reitvereinen.

Der Mitgliedsbeitrag zum Verein beträgt DM 25,- im Jahr. Anschrift: Verein für Therapeutisches und Heilpädagogisches Reiten e. V., 8124 Antdorf

Konto für Mitgliedsbeiträge: Hypobank Pfaffenhofen/Ilm, Konto Nr. 66 40 185 773;

Konto für Spenden: Hypobank Pfaffenhofen/Ilm, Konto Nr. 66 40 185 765, Bankleitzahl 721 216 11

DFG fördert Untersuchungen über nicht-invasive Pankreasdiagnostik

Dr. M. U. Schneider, Assistent an der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. L. Demling), erhielt von der Deutschen Forschungsgemeinschaft eine Sechsbetrag in Höhe von ca. DM 100 000. Mit dem Betrag sollen Untersuchungen über möglicherweise spezifische Markerproteine des Pankreasadenokarzinoms im reinen Pankreassekret sowie zur elektrophoretischen Analyse von Trypsinvarianten im Serum zur sondenslosen, nicht-invasiven Diagnostik der chronischen Pankreatitis ermöglicht werden.

Arbeitsbericht 1980 der Gesellschaft von Freunden und Förderern der Universität München

Die Münchener Universitätsgesellschaft konnte im Jahre 1980 insgesamt über DM 2,4 Millionen der von ihr betreuten Münchener Hochschule zuführen. Es sind dies dank des großen Verständnisses zahlreicher Bürger für die Forschung und für die Ausbildung junger Wissenschaftler rund DM 700 000 mehr als im Jahre 1979. Auf vielen Gebieten konnte die finanzielle Not von Einrichtungen der Universität zumindest gelindert werden. Der Hauptteil der Mittel floß wiederum der Medizin zu. Vor allem die zweckgebundenen Spenden waren in erster Linie diesem Wissenschaftsbereich zugedacht. Es geht dabei um Forschung und Lehre auf fast allen Gebieten der Medizin, die unmittelbar und mittelbar allen Bürgern zugute kommen.

Daneben wurden aber auch die Fakultäten Tiermedizin, Chemie, Pharmazie sowie die Philosophischen Fakultäten mit erheblichen Mitteln bedacht.

Auch in diesem Jahr wiederholen wir unsere Sorge, daß die sogenannten freien Stiftungen, die nicht an bestimmte Zwecke gebunden sind, in den letzten 20 Jahren stark zurückgegangen sind. Das hat u. e. zur Folge, daß vor allem die geisteswissenschaftlichen Fakultäten nur unzureichend von uns betreut werden können. Die Zahl unserer Mitglieder konnte zwar im abgelaufenen Jahr um etwa 200 Personen auf 1000 Personen erhöht werden. Angesichts der Größe und Bedeutung der Münchener Universität ist dies immer noch viel zu wenig.

Es sollte Aufgabe eines jeden verantwortungsbewußten Bürgers sein, sich an der Tätigkeit der Münchener Universitätsgesellschaft, sei es als Mitglied, sei es als Spender, zu beteiligen. Die Gesellschaft arbeitet seit ihrer Gründung im Jahre 1922 rein ehrenamtlich.

Geschäftsstelle: Königinstraße 107, 8000 München 40, Telefon (0 89) 38 91 - 1

Musiksommer zwischen Inn und Selzach

Veranstalter: Musiksommer zwischen Inn und Salzach e. V.

Schirmherr: Landrat Leonhard Schmucker, Traunstein

Musikalische Beratung: Bibliotheksdirektor Dr. Robert Münster und Kirchenmusikdirektor Alois Kirchberger

Sekretariat: Dr. Franz Zech, Rosengasse 10, 8217 Grassau

7. August 1981, 20.15 Uhr:

Schloß Amerang – Mozarts berühmte Nachtmusiken

8. August 1981, 20.15 Uhr:

Schloß Amerang – Bekannte und weniger bekannte Barocksonaten

14. August 1981, 20.15 Uhr:

Schloß Amerang – Virtuose und heitere Bläserkammermusik vom Barock bis zur Moderne

15. August 1981, 19.30 Uhr:

Seeon, Festsee im Kloster – 3. Serenade

15. August 1981, 20.15 Uhr:

Schloß Amerang – Ein Abend mit Haydn, Mozart und Beethoven

16. August 1981, 10.15 Uhr:

Schloß Amerang – Trios und Duos von Quantz, Corelli, Boccherini, Mozart, Schubert und Beethoven

21. August 1981, 20.15 Uhr:

Schloß Amerang – „Läßt lustig die Hörner erschallen“, Tefel-, Turm- und Jagdmusik

22. August 1981, 20.15 Uhr:

Schloß Amerang – Werke von Johann Christian Bach, Mozart und Schubert für Streicher und Bläser

– Näheres bei den örtlichen Vorverkaufsstellen –

Preise

Verleihungen

Hermann-Simon-Preis — Der von der Heyden GmbH, München, gestiftete und mit DM 20 000 dotierte Hermann-Simon-Preis wurde an Dr. H. J. Möller, München, verliehen.

Der seit 1972 alljährlich verliehene Preis wird für hervorragende wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie vergeben. Der diesjährige Preisträger hat am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München mit modernen Methoden der Psychopathometrie und unter Einsatz aufwendiger statistischer Verfahren untersucht, ob und in welchem Umfang das Erscheinungsbild schizophrener Psychosen am Krankheitsbeginn Rückschlüsse auf den weiteren Verlauf zulässt. Zu diesem Zweck wurden die Fünfjahres-Verläufe von Schizophrenen nach Entlassung aus der klinischen Behandlung untersucht.

Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft — Dieser von der Bayer AG, Leverkusen, und der Schering AG, Berlin/Bergkamen, gestiftete und mit DM 16 000 dotierte Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft wurde Frau Dr. M. Klier, Ulm, für ihre Dissertation über das Thema „Die Wirkung von C-Peptid auf die Insulinsekretion und -biosynthese isolierter Langerhans'scher Inseln der Ratte“ und Dr. M. Frank, Homburg/Saar, für seine Dissertation über das Thema „Hormonelle Regulationen unter besonderer Berücksichtigung des Wachstumshormons bei juvenilen Diabetikern (Typ I) in Ruhe und während körperlicher Belastung in Abhängigkeit von der Stoffwechselsituation“ verliehen.

Ausschreibungen

van Aaken-Preis — Der Deutsche Verband langlaufender Ärzte e.V. verleiht jährlich diesen mit DM 2000 dotierten Preis für eine hervorragende sportmedizinische Arbeit auf dem Gebiet des Langstreckenlaufes. — Einsendeschluß: 31. März 1982. Weitere Auskünfte erteilt: Rechtsanwalt Benning, Prinzregentenstraße 1, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 3 35 25.

Hufeland-Preise 1982 — Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ schreibt für die beste Arbeit über Vorbeugende Gesundheitspflege diesen von der Colonia Lebensversicherung AG — Deutsche Ärzteversicherung —, Köln, gestifteten und mit DM 20 000 dotierten Preis aus. — Einsendeschluß: 31. März 1982. Der vollständige Text der Ausschreibung kann bei der Stiftung „Hufeland-Preis“, Maria-Ableß-Pfatz 15, 5000 Köln 1, angefordert werden.

Preis der Stadt Bad Kissingen 1982 — Der Stadtrat Bad Kissingen schreibt alle zwei Jahre diesen mit DM 5000 dotierten Preis aus. Er wird für wissenschaftliche Arbeiten verliehen, die die Einsicht in die Wirkprinzipien balneotherapeutischer Verfahren mit modernen Untersuchungsmethoden vertiefen. — Einsendeschluß: 1. Januar 1982. Weitere Auskünfte erteilt die Stadt Bad Kissingen, Rathaus, Postfach 22 60, 8730 Bad Kissingen.

Buchbesprechungen

Biometrische Röntgen-Funktionsdiagnostik der Halswirbelsäule

Herausgeber: Dr. A. Arlen / B. Gehr, 123 S., 9 Abb., 52 Tab., kart., DM 24,—. Verlag für Medizin, Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.

Arlen beschreibt eine Röntgen-Funktionsdiagnostik, mit der Lokalisation, Art und Ausdehnung von Bewertungsstörungen der Halswirbelsäule erkannt werden können. Die beschriebene Meßmethode mit Winkelmessungen an drei seitlichen Röntgenaufnahmen der HWS in Normalstellung, extremer Flexion und Extension wird in 73 Parametern (!) ausgewertet, dies soll bei Übung in 30 Minuten geschehen können. Der Autor hat sie bisher bei 9000 Patienten durchgeführt. In der Monographie werden 24 Fälle mit Verlauf beschrieben, die an Tortikollis, zervikobrachiales Syndrom, Kopfschmerz und zervikozephalen Syndrom leiden. Die Untersuchungsergebnisse sollen zweierlei belegen: einmal daß die beschriebenen Syndrome auf Bewegungsstörungen bestimmter Abschnitte der HWS beruhen, zum anderen daß sich die Bewegungsstörungen parallel zu Beschwerden und Symptomen verhalten, im Gegensatz zu den zu Unrecht immer wieder hervorgehobenen morphologischen Änderungen, zudem auch die Wirksamkeit der Manuellen Medizin, deren These, die reflektorische Entstehung vertebrogenen Symptome bei Störungen der Intervertebralen Gelenkfunktionen, gestützt werden soll. Der Autor räumt freimütig ein, daß noch offene Fragen bestehen und er keineswegs anstrebe, eine lückenlose Beweisführung für die Thesen der Manuellen Medizin zu liefern. Schwächen sind in der klinischen Diagnose des zervikozephalen Syndroms zu erkennen. Dementsprechend wundert es nicht, daß die Interpretation der statistischen Daten hier schwer fällt und schließlich sogar eine reflektorische Reizung der Arteria vertebralis über arthrogene Afferenzen angenommen werden muß. — Das Buch gefällt durch seine korrekten methodischen Ansätze sowie seine Sachlichkeit in der Diskussion zu diesem immer noch strittigen Thema, darüber hinaus vermittelt es eine sehr gute Darstellung der Thesen der Manuellen Medizin und ist daher lesenswert für jeden Arzt.

Dr. med. B. Kugelgen, Erlangen

Lehrbuch für den Rettungsdienst

Herausgeber: Präsidium des Bayerischen Roten Kreuzes, 640 S., Plastikumschlag mit Ringbuchautomatik, DM 28,50, regelmäßige Nachträge DM 0,18 pro Blatt. Verlag Hofmann-Druck KG, Augsburg.

Unvorhersehbarkeit von Ort und Zeit notwendiger Hilfe erfordert das Bereitstellen einer großen Zahl von Hilfskräften, die nicht annähernd durch Ärzte abgedeckt werden kann. Ein Großteil der Last der notfallmedizinischen Versorgung ruht deshalb auf den Schultern des Rettungspersonals. Voraussetzung für effiziente Hilfe ist ein hoher Kenntnisstand mit Standardisierung der Ausbildung und eine qualitative Angleichung der Leistungen im Rettungsdienst an die heutigen Forderungen der Notfallmedizin. Das vorliegende Lehrbuch für den Rettungsdienst schafft dazu in insgesamt 59 Einzelbeiträgen, durchweg gestaltet von mit der Materie besonders vertrauten Autoren und ausgerichtet auf den Lernzielkatalog des DRK und damit auf bundesweite Ausbildungsvorstellungen, eine hervorragende Grundlage.

Professor Dr. med. H. Bauer, Altötting

Cennebls heute

Bestendseufnahme zum Heschischproblem

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 184 S., kart., DM 24,—. Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden.

In dem Band sind die Referate enthalten, die von Experten aus dem In- und Ausland auf einer Tagung der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.“ gehalten wurden. Die Beiträge bieten eine detaillierte und umfassende Übersicht über den gegenwärtigen Wissensstand in bezug auf die psychischen, sozialen und somatischen Folgen des chronischen Haschischkonsums. Außerdem wird eingegangen auf die kriminologischen Aspekte und die gesundheitspolitische Diskussion um die „Legalisierung“ des Haschisch. Statistiken und Hinweise auf weiterführende Literatur ergänzen den gelungenen Sammelband.

Dr. med. Ch. Gerstenecker, München

Alarm um Abtreibung

Herausgeber: Europäische Ärztekation, 2 Bände, je 600 S., DM 39,80. Hänssler-Verlag, Neuhausen-Stuttgart.

Eine sehr ausführliche, wenngleich nicht vollständige — wie könnte das auch —, gründliche, breitgefächerte und aufschlußreiche Dokumentation für alle, die keinen, oder die „einen Fortschritt darin sehen, dem Menschen das Recht zuzubilligen, dem gerade empfangenden Leben den Tod zu geben“ (aus der Osterensprache 1981 von Papst Johannes Paul II). Diese Texte stellen eine unentbehrliche Fundgrube für jeden Arzt und anderen Menschen dar, der sich mit den schlicht skandalösen Vorgängen als Folgen des reformierten § 218 befassen muß.

Dr. med. W. Garmann, Sonthofen

Gynäkologie und Geburtshilfe

Herausgeber: American College of Obstetricians and Gynecologists, deutsche Übersetzung und Bearbeitung von Dr. M. Volk / I. Zehfuß, 348 S., kart., DM 65,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Für praktisch tätige Frauenärzte wurde das Buch vom American College für Geburtshelfer und Gynäkologen konzipiert, um kurz und klar über den neuesten Stand der Pathogenese, Diagnostik und Therapie im Gesamtfech Gynäkologie und Geburtshilfe zu informieren bzw. zu repetieren. Das Buch ist in die Kapitel Geburtshilfe, Gynäkologie, gynäkologische Onkologie, gynäkologische Endokrinologie einschließlich Sterilität und Infertilität sowie die gynäkologische Sprechstunde eingeteilt. Durch den übersichtlichen Aufbau können Lösungen für anstehende Fragen leicht aufgefunden werden. Besonders positiv hervorzuheben ist die geschlossene und fortschrittliche Darstellung der gynäkologischen Endokrinologie sowie das praxisnahe Kapitel „Die Gynäkologische Sprechstunde“. Lücken bestehen bei der Information über Tokolytike und im seniologischen Abschnitt der gynäkologischen Onkologie. Auch für Kollegen, die zur Prüfung für die Gebietsbezeichnung Frauenarzt anstehen, wird dieses Buch empfohlen, doch wäre für diesen Kollegenkreis eine ergänzende Fragensammlung hilfreich. Beachtet man kritisch emerikanische Besonderheiten in diesem Buche ist es sowohl als kontinuierliche Fortbildungslektüre als auch als Nachschlagewerk in der täglichen Praxis zu empfehlen.

Dr. med. H. G. Arnold, Eggenfelden

Kenn man Gesundsein lernen?

Herausgeber: W. Jacob, 224 S., brosch., Bend I der Schriftenreihe des Instituts für Gesundheitsbildung, DM 12,—. Genter-Verlag, Stuttgart-Heidelberg.

Der erste Bend einer in rescher Folge erscheinenden Schriftenreihe des Stuttgarter Instituts für Gesundheitsbildung widmet sich der Grundfrage „Kenn man Gesundsein lernen“, womit zugleich die Frage verbunden ist: Kann man es lehren, kann man es wissenschaftlich erforschen? Um die Antwort hat sich ein interdisziplinäres Kolloquium bemüht, des em Heidelberger Institut für Geschichte der Medizin abgehalten wurde. — Es geht bei diesem Band weniger um die gebrauchsfertigen Antworten als um die Grundfragen der Gesundheitsbildung, die gewiß nicht erschöpfend beantwortet werden können, aber sie sollten gehört werden zu einem Zeitpunkt, wo vieles darauf hinweist, daß die Medizin sich im Übergang befindet von einer bloß kurativ eingestellten Interventionstechnik auf eine eher ökologisch orientierte Präventionsstrategie.

Serkombehandlung

Herausgeber: Univ.-Prof. Dr. K. Karrer / Doz. Dr. R. Kotz, 122 S., 53 Abb., 16 Tab., kart., DM 30,—. Verlag für Medizin, Dr. Eweld Fischer GmbH, Heidelberg.

Das Buch besteht aus zehn Einzelbeiträgen. Neun davon geben eine Übersicht über derzeit etablierte Methoden zur Diagnostik, Klassifikation und chirurgisch-zytostatischen Behandlung von primären malignen Knochentumoren, sekundären Knochentumoren (Metastasen), Ewing-Sarkom und Weichteilsarkomen. Die meist aus der „Wiener Orthopädischen Schule“ stammenden Autoren greifen auf ihre reichhaltige eigene Erfahrung zurück (z. B. Wiener Knochengeschwulstregister), finden sich in Übereinstimmung mit der internationalen Literatur und werden unterstützt durch Beiträge von Schweizer Autoren.

Etwas deplaziert erscheint der zehnte Beitrag über die Iscadorbehandlung von Knochentumoren, der über „Erfolge“ bei Einzelfällen berichtet (ohne Kontrollgruppe) und dem wissenschaftlichen Standard der übrigen Beiträge nicht entspricht. — Die ersten 115 Seiten des Buches sind für jeden am Thema interessierten empfehlenswert.

Privatdozent Dr. med. H. Sauer, München

Die gesunde Ernährung des Sportlers

Vert.: Dr. P. Konopka / W. Oberfell, 280 S., 6 Farbfotos, 15 Schwarzweißfotos, 40 Abb., 63 Tab., 10 S. Nahrungsmittelab., DM 28,—. Central-Druck GmbH & Co. KG Verlagsgesellschaft, Stuttgart.

Das Buch legt wissenschaftlich und doch allgemeinverständlich dar, warum eine der Trainingsbelastung angemessene Kost für Sporttreibende unerläßlich ist, und welche Bestandteile sie in welchen Mengen enthalten soll. Es zeigt im Rezeptteil an Beispielen die hierfür geeigneten Nahrungsmittel. — Dies kann den Sportler vor irrigen Ansichten über seine optimale Ernährung schützen und ihn befähigen, so manches Stärkungs- oder Aufbaumittel kritischer zu beurteilen.

Dr. med. G. Troßmann, Pessau

Allgemeine Anatomie

Band 1: *Spezielle Anatomie I – Extremitäten – Rumpfwand*
Band 2: *Spezielle Anatomie II – Kopf Hals – Eingeweide – Nervensystem*

Herausgeber: Prof. Dr. H. Frick / Prof. Dr. H. Leonhardt / Prof. Dr. Dr. D. Starck, pro Band ca. 650 S., ca. 230 meist farb. Abb. in 325 Einzeldarstellungen, pro Band DM 33,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Band I enthält die Darstellung des Bauplans des menschlichen Körpers mit den Körperbautypen, dem Bewegungsapparat, das Kreislaufsystem, das Nervensystem, das Hautorgan, die oberen und unteren Extremitäten und die Rumpfwand. Ein eigenes Kapitel ist den Schleimhäuten und serösen Häuten der Eingeweide sowie den Drüsen gewidmet.

Der Band II behandelt den Kopf und Hals sowie die Brust- und Baueingeweide, die Becken- und äußeren Geschlechtsorgane, das zentrale Nervensystem mit Sehorgan und Augenhöhle, ferner das Gleichgewichts- und Hörorgan. – Es folgt ein Sachverzeichnis und der Schlüssel zum Gegenstandskatalog.

Band III und IV liegt nicht zur Besprechung vor. Er enthält laut Vorwort des ersten Bandes die Mikroanatomie und die Organentwicklung.

Durch die Hervorhebung topographischer Sachverhalte werden die systematische und ärztlich anwendbare Anatomie vereinigt. Es handelt sich um keine skriptenartige Darstellung, sondern um eine präzise Definition anatomischer Begriffe.

Professor Dr. med. G. Liebaltd, Würzburg

Biesenkerzinom

Herausgeber: Prof. Dr. S. Rilling, 61 S., 11 Abb., 21 Tab., kart., DM 15,-. Verlag für Medizin, Dr. Ewald Fischer GmbH, Heidelberg.

Daß des Harnblasenkarzinom bis heute ein Problemtumor ist, betont Burkert, Wien, in der Einleitung sehr zu Recht. Probleme bieten in erster Linie die Wahl der verschiedenen chirurgischen Behandlungsmethoden und die Indikation zur Strahlentherapie. Dazu nehmen Bendhauer, St. Gallen, Vahlsieck und Adolphs, Bonn, sowie Kärcher und Dimopoulos, Wien, näher Stellung. Mehr am Rande werden Chemotherapie und immunologische Behandlungsverfahren kurz abgehandelt. – Der Band ist zur Einführung in die Problematik sehr zu empfehlen.

Professor Dr. med. P. Hermanek, Erlangen

Kolo-rektale Tumoren

Herausgeber: Prof. Dr. H. Denck / Univ.-Prof. Dr. K. Kerrer, 141 S., 30 Abb., 38 Tab., kart., DM 33,-. Verlag für Medizin, Dr. Ewald Fischer GmbH, Heidelberg.

In dem Band 23 der Schriftenreihe „Krebsgeschehen“ haben die Herausgeber eine Fülle von Einzelbeiträgen zu einem kleinen Büchlein zusammengefaßt. Es enthält einen Abriss über derzeit übliche und gültige operative und chemotherapeutische Behandlungsmethoden von kolorektalen Tumoren einschließlich der Kryochirurgie. Auch wird auf psychosoziale und klinische Probleme bei der Therapie dieser Patienten in Pflegeheimen eingegangen. – Mit verschiedenen Tabellen und Graphiken gelingt es, auch eine Übersicht, vor allem über die geltenden zytostatischen Behandlungsprinzipien, zu erreichen.

Dr. med. F. Persch, Gunzenhausen



Praxis!

ip²⁰ inbauteile plant und richtet ein.

Empfang, Warteraum, Sprechzimmer, Behandlungsraum, Labor – überall.

Ziel: Wohlfühl für den Patienten, optimale Funktion für den Arzt, wirtschaftliche Lösung

ip²⁰ inbauteile

Ihr ip 20 Spezialist in der Nähe:

8000 München 5, Buttarmelcher Str. 2	Tel. 089/266824 (H. Zangl)
8000 München 19, Volkartstr. 13	Tel. 089/134367 ab 1. 8. neu (H. Kranz)
8000 München 60, Planeegger Str. 19	Tel. 089/8119805 (H. Schwab)
8000 München 80, Truderinger Str. 287	Tel. 089/422041 (H. Roth)
8060 Decheu, Münchner Str. 65	Tel. 08131/8181 (H. Haan)
8184 Gmund/Tegernsee, Münchner Str. 17	Tel. 08022/7027 (H. Klotz)
8200 Rosenheim, Fröhlingstr. 5	Tel. 08031/13486 (H. Astl)
8430 Neumarkt, Lorenz Hiltnerstr. 19	Tel. 09181/30438 (H. Werthemer)
8500 Nürnberg 40, Bulmannstr. 18	Tel. 0911/449991 (H. Waldhoff)
8520 Erlangen, Luitpoldstr. 72	Tel. 09131/26644 (H. Binöder)
8531 Münchsteinach/Neustadt, Hertstr. 20	Tel. 09166/247 (H. Kistner)
8702 Gönthersleben, Ziegeihüttenweg 1	Tel. 09365/9784 (H. Schmitt)
8702 Estenfeld, Nonnenhof	Tel. 09305/507 (H. Jung)
8720 Schwainfurt, Sattlerstr. 14	Tel. 09721/1741 (H. Erlwein)
8731 Oberthulbe, Waldstr. 14	Tel. 09736/213 (H. Vorndran)
8750 Aschaffenburg, Febrükstr. 29	Tel. 06021/13486 (H. Richard)
8900 Augsburg, Im Plärrle 10	Tel. 0821/39107 (H. Müller)

Der gute Morgen beginnt Abend davor



Der Ein- und Durch- schlafsafte auf rein pflanzlicher Basis

Jossa-Arznei, Steinau, Sedinfant®

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. Rad. Valerianae fld. (1:1) 2,0 g, Extr. Flor. Humuli Lupuli (1:1) 1,6 g, Extr. Herb. Passiflorae Incarnatae fld. (1:1) 1,6 g, Extr. Cort. Piscidae fld. (1:1) 0,3 g, Extr. Herb. Visci albi fld. (1:1) 1,3 g.

Anwendungsgebiete: Schlafstörungen, Unruhezustände, Übererregbarkeit. Besonders geeignet als Einschlafmittel im Kindesalter.

Gegenanzeigen/Nebenwirkungen: Bisher keine bekannt.

Dosierung: Wenn nicht anders verordnet: Kinder bis zum 3. Lebensjahr nehmen zum Einschlafen 2 Teelöffel; Kindervom 4.-6. Lebensjahr nehmen zum Einschlafen 2-3 Teelöffel; Schulkinder und Erwachsene nehmen zum Einschlafen 1-2 Eßlöffel Sedinfant. Soll Sedinfant als Tagessedativum verwendet werden, nehmen Kinder bis zum 8. Lebensjahr 3mal täglich 1 Teelöffel; Schulkinder und Erwachsene 3mal täglich 1 Eßlöffel Sedinfant.

Hinweis für Diabetiker: 1 Eßlöffel entspricht ca. 1,8 g KH (0,15 EE); 1 Teelöffel entspricht ca. 0,9 g KH (0,08 BE).

Handelsform und Preis: Flasche mit 100 ml Sirup DM 6,85; Flasche mit 250 ml Sirup DM 13,35.

Stand: Juni 1980

JOSSA
ARZNEI

Arzneimittel so natürlich wie möglich
KURT MERZ · 6497 STEINAU

Vom Behendeln zum Heilen

Die vergessene Dimension im Krankenhaus

Herausgeber: J. Mayer-Scheu / R. Kautzky, 180 S., Paperback, DM 23,80. Verlag Heder, Freiburg-Basel-Wien.

Das Buch entstand aus einer gemeinsamen Tagung von Ärzten, Pflegenden und Seelsorgern im Jahr 1977. Das Thema der Tagung „Die Sorge um den Kranken“ gibt, ebenso wie der griffige Titel des Buches, an, um was es geht: um eine patientenzentrierte, „menschlichere“ Medizin oder – wie es die Herausgeber formulieren – um „einen Brückenschlag zwischen den therapeutischen und seelsorglichen Berufen zugunsten eines ganzheitlichen Ansatzes im heilenden Handeln oder im modernen Krankenhaus“ und – was zu ergänzen wäre – um die Findung einer gemeinsamen (theologisch-) anthropologischen Basis. – Die lange Latenz zwischen Tagung und Publikation hat die Beiträge leider nicht aktueller gemacht (gar Manches war inzwischen in der öffentlichen Debatte bereits zu hören), aber für noch nicht von der sich professionalistisch sich fortspinnenden Humanisierungs-Debatte Ergriffene dürfte dieses Bändchen einer der besten Einstiege in die Problematik des modernen Medizinbetriebes sein.

Dr. med. H. Piechowlek, München

Psychophysiologische Aspekte bei Hautkrankheiten – zum psychosomatischen Konzept in der Dermatologie

Herausgeber: F. A. Whitlock, 271 S., 40 Abb., kart., DM 38,—, perimed Fachbuch Verlagsgesellschaft mbH, Erlangen.

Viele der bisherigen Veröffentlichungen zur psychosomatischen Dermatologie waren das Ergebnis unkritischer Beweisführungen. Der Verfasser der vorliegenden Monographie – Psychiater mit dermatologischer Erfahrung – legt seine Studie interdisziplinär an. Sie ist durch die Übersetzer mit einem Abschnitt über Einstellungsproblematik ergänzt. In moderner Konzeption wird die Dynamik der funktionellen Dermatologie gezeigt. Insgesamt liegt eine für jeden praktizierenden Dermatologen hilfreiche Studie vor, die den eugenblicklichen Stand dieses wichtigen und dynamischen Teilgebietes der Dermatologie kritisch wertet und zu weiterer Auseinandersetzung anregt.

Dr. med. R. Netzel, München

HNO Prexie Heute 1

Herausgeber: H. Ganz, 183 S., 45 Abb., 7 Tab., geb., DM 58,—, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Das Buch wurde zur Fortbildung des Hals-Nasen-Ohrenarztes und des in der Weiterbildung stehenden Assistenzarztes konzipiert. Aktuelle Probleme der Otologie, der Rhinologie, der Chemotherapie bakterieller Infektionen sowie dem Labor des Hals-Nasen-Ohrenarztes werden übersichtlich auf dem neuesten Stand dargestellt. Der Schwerpunkt liegt in der Tätigkeit des Hals-Nasen-Ohrenarztes in der Praxis, deshalb wird auch der konservativen Therapie und der Diagnostik ein breiterer Raum wie der operativen Therapie gegeben. Besonders wichtig erscheint das Kapitel über die Mikrochirurgie des Ohres in der Hand des niedergelassenen HNO-Arztes. Die beigelegte Fregensammlung gibt die Möglichkeit die wichtigsten Fregens noch einmal im Rahmen einer Selbstkontrolle zu überprüfen. Das Buch nimmt eine Zwischenstellung zu den Lehrbüchern und dem großen Handbuch des Fachgebietes ein und wird wegen seines aktuellen Wissensstandes sicher gerne angenommen werden.

Dr. med. J. Maier, Nördlingen

Anglopathien — Elweißspalcherkrankheiten — Autoimmun-krankheiten

Herausgeber: Prof. Dr. L. Wendt / T. Wendt, 186 S., 14 Abb., 10 Tab., kart., DM 27,—. Karl F. Haug Verlag & Co., Heidelberg.

Der Titel des Buches verführt zu der Annahme, neue wissenschaftliche Erkenntnisse für die praktische ärztliche Tätigkeit aufgearbeitet zu finden. Statt dessen handelt es sich um eine Streitschrift, deren Stil dem Rezensenten eigentümlich erscheint. Nicht nur, daß die verwandten Begriffe dem Schulmediziner fremd erscheinen; man findet eine Mischung „Wandtscher Hypothesen“ mit bereits gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Auseinandersetzungen mit derzeitiger anerkannter Lehren. Das Buch hat einen außerordentlich polemischen Charakter, wobei u. a. auch Nobelpreisträger Sir M. F. Burnet nicht verschont bleibt. Bei einer solchen Schrift hätte man am Ende des Buches ein exaktes, mit vollständigen Angaben versehenes Literaturverzeichnis erwartet; es fehlt völlig. Da auch die Autoren auf ein Vorwort verzichteten, indem sie auf einen entsprechenden Leserkreis hätten hinweisen können, fällt es dem Rezensenten schwer, das Buch irgend einer bestimmten Gruppe von Medizinern zu empfehlen, wahrscheinlich am ehesten den „Anhängern der Erfahrungsheilkunde“, in deren Schriftenreihe es erschienen ist.

Dr. med. H.-K. Goischke, Bad Brückenau

Organische Chemia — kein Gehalt

Teil 2

Herausgeber: K. H. Wurzer, 173 S., brosch., DM 15,80. Umschau Verlag, Frankfurt.

Dem Autor ist es gelungen, im Rahmen eines Taschenbuches die übergroße Fülle der zyklischen organischen Chemia mit seiner für den Anfänger verwirrenden Namensgebung kritisch und sorgsam ausgewählt darzustellen. Das so Dargestellte wurde mit einfachen, klaren Worten verständlich gemacht. Die zahlreichen Tabellen mit Gegenüberstellung der Trivialnamen und rationellen Nomenklatur gleicher chemischer Verbindungen tun beim Durcharbeiten des Buches dem Auge besonders gut, ermöglichen sie doch ein schnelles Wiederauffinden der chemischen Begriffe. Nach dem Studium dieses Taschenbuches fällt es — so informiert — dem Leser leichter zu den größeren (einschlägigen) Lehrbüchern den Weg zu finden.

Dr. med. H. Jahnz, Bamberg

Arzneimitteln Nebenwirkungen

Herausgeber: Prof. Dr. W. Kilinger, 328 S., 16 Abb., 9 Tab., Vergleichsliste der pharmakologischen Substanzen und der Handelsnamen der Präparate für die Bundesrepublik Deutschland, DM 25,—. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Der Leser dieses in der DDR erarbeiteten Buches wird sich wohl stellenweise trotz einer umfangreichen Vergleichsliste an der beschränkten Präparateauswahl und hier ungebrauchlichen Handelsnamen stoßen. Im allgemeinen Teil wird jedoch leicht verständlich und umfassend auf alle Aspekte von Arzneimittelnebenwirkungen nicht nur aufzählend eingegangen, sondern insbesondere die Darstellung von speziellen Problemen (z. B. Arzneimittelinteraktionen, Arzneimittel und Verkehrstüchtigkeit, Lebensalter usw.) sachkundig bewältigt. — Insgesamt ein empfehlenswerter Beitrag mit zunehmend brisanter Thematik.

Dr. med. M. Barczok, Donaustauf

ARUMALON®

hemmt die Progredienz
der Arthrose*
weil es die Chondrozyten
reaktiviert

Arthrose

ARUMALON
ARUMALON
ARUMALON
ARUMALON
ARUMALON
ARUMALON



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

Indikationen: Degenerative Gelenkerkrankungen wie Kniegelenkarthrose, Hüftgelenkarthrose, Fingergelenkarthrose, Wirbelgelenkarthrose. **Dosierung:** Intramuskuläre Injektionen. Zur Prüfung der Verträglichkeit gibt man Testdosen von 0,3 ml am ersten und 0,5 ml am zweiten Tag, dann 5-6 Wochen lang zweimal 2 ml oder dreibis viermal 1 ml Arumalon wöchentlich (insgesamt 25 ml). **Kontraindikationen:** Neigung zu allergischen Reaktionen auf Medikamente. **Nebenwirkungen:** Bei entsprechend disponierten Patienten können Unverträglichkeitserscheinungen (starke Rötung und/oder Pruritus an der Injektionsstelle, Urticaria, Unwohlsein, Schwindel und Hitzegefühl, leichter Kopfschmerz) auftreten. In solchen Fällen muß die Behandlung abgebrochen werden. **Hinweis:** Klinische Langzeituntersuchungen (10 Jahre) haben bestätigt, daß bei zweimaliger Kurzzeitbehandlung im Jahr das Fortschreiten des arthrotischen Prozesses entscheidend gehemmt wird. **Zusammensetzung:** 1 ml Injektionslösung enthält 0,4986 ml Extr. aq. ex 0,25 g Cartilago sternocostalis, 0,4986 ml Extr. aq. ex 0,15 g

Medulla ossis rubra, 0,0028 ml m-Kresol (Stabilisator). **Handelsformen und Preise** (Stand 16.1.80): 5 Ampullen zu 1 ml DM 15,40; 25 Ampullen zu 1 ml DM 65,30; 50 Ampullen zu 1 ml (Anstaltspackung).

Deutsche ROBAPHARM GmbH
7847 Badenweiler 3

Weitere Informationen, Literatur und Muster werden auf Wunsch zugestellt.

6086.0 B1.118

Bei Hyperhidrosis

besonders an den Füßen 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 feuchtwarmer 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 läßt es antrocknen.

Zusammensetzungen:

Antihydral enthält 13% 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!

Preis: Tuben mit 70 g DM 5,20

ROEUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N



Des Gutachten

Verf.: W. Kurth, 79 S., Teschenb., DM 12,80. Ernst Reinhardt Verlag, München-Basel.

Im ersten Hauptteil der Gutachter-Fibel wird das Gutachten in all seinen Möglichkeiten strafrechtlichen und zivilrechtlichen Umtanges und in seinen Auswirkungen dargelegt. Im zweiten Teil kommt die Persönlichkeit des Gutachters selbst zur Darstellung. Dabei wird eingehend auf die Einzelprobleme eingegangen, die sich aus der Forderung ergeben, durch seine Sachkenntnis eine begründete Stellungnahme abzugeben. Angesprochen sind dabei alle, die mit der Erstellung und Auswertung von Gutachten zu tun haben, also Ärzte und Gebietsärzte, Psychologen mit Spezialinteressen für medizinische Probleme, aber auch Juristen und hierbei besonders Richter, Staatsanwälte und Rechtsanwälte. Die knappen, dabei aber erfreulich klaren Ausführungen können dazu beitragen, die Gehilfenrolle, die der Gutachter dem Richter gegenüber einnimmt, mit überzeugenden und verständlichen Daten, dabei aber ohne jedes wertende Urteil, zu übernehmen.

Professor Dr. med. H. Eauer, Altötting

Infektionen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Herausgeber: W. J. Ledger, aus dem Englischen übersetzt v. Priv.-Doz. Dr. J. R. Strecker, 248 S., 50 Abb., 30 Tab., Leinen, DM 72,-. Hippokrates Verlag, Stuttgart.

Das umfangreiche Gebiet der Infektionen und die sich ständig wandelnden Probleme bei der Behandlung sind heute nur schwer überschaubar. Dazu haben technische Fortschritte in der Medizin neue Behandlungsmethoden gebracht, die das Infektionsrisiko für Frauen erhöhen. Will man die klinischen Beobachtungen der Vergangenheit verstehen und auf künftigen Entwicklungen infektiöser Erkrankungen vorbereitet sein, muß man die biologischen Charakteristika der verschiedenen Mikroorganismen kennen. Ein ständiger Wechsel der Keime und Resistenz wirft Probleme bei der Antibiotikawahl auf. — Durch die knappe und übersichtlich gegliederte Darstellung der Probleme wird das Gebiet der Infektionen für den praktizierenden Gynäkologen und Geburtshelfer gut verständlich.

Dr. med. H. Fikentscher, Marktredwitz

Urodynamik

Herausgeber: Prof. Dr. U. Jonas / Dr. J. Thüroff / Dr. H. Heldler, 91 S., 68 Abb., 12 Tab., kart., DM 48,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Das Buch ist in Konzeption, Umfang und Preis als Einführung in die urodynamische Diagnostik ausgelegt. Übersichtlich gegliedert werden neben den physiologischen Grundlagen die Meßmethoden wie Flußmessung, Zystometrie, Urethradruckprofil, EMG, die Kombinationsverfahren einschließlich Röntgen dargelegt. Ein Kapitel über apparative Ausstattung und deren notwendigen Umfang je nach Fragestellung gibt dem Antänger ebenso wertvolle Tipps wie das Kapitel über Befundmuster bei den gängigen Krankheitsbildern. Hilfreich ist das angegliederte „urodynamische Lexikon“ und die Vorlagen für Untersuchungsbögen. — Hauptsächlicher Interessentenkreis: Urologen — Gynäkologen — Neurologen.

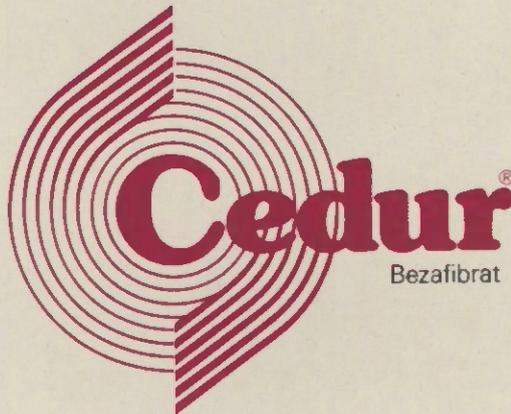
Dr. med. J. Weißmüller, Erlangen

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.

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 13 28, 5300 Bonn 1.
- 2.-6. **Timmendorfer Strend:** 20. Fortbildungstagung der Akademie für Ärztliche Fortbildung. – Auskunft: Akademie für Ärztliche Fortbildung, Frau Hohm, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.
- 4.-6. **Bad Abbach:** Deutsch-Jugoslawisches rheumatologisches Symposium. – Auskunft: Professor Dr. H. Mathies, Rheume-Zentrum, 8403 Bad Abbach.
- 5.-6. **Düsseldorf:** Grundkurs I der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur. – Auskunft: Akupunktur-Fortbildungszentrum der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur e. V., Deldesheimer Straße 14, 8000 München 40.
- 5.-6. **München:** Praktikum der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur. – Auskunft: Akupunktur-Fortbildungszentrum der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur e. V., Deldesheimer Straße 14, 8000 München 40.
- 6.-9. **Belgrad:** 9. Internationale Konferenz der Internationalen Vereinigung für Präventiv- und Sozialmedizin. – Auskunft: Professor M. Savicevic, Institute of Hygiene and Human Ecology, Dr. Subotica 5, YU-11 000 Belgrad.
- 6.-10. **Antwerpen:** 14. Jahreskongreß der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie. – Auskunft: Dr. K. J. van Acker, Groeningeplein 120, B-2550 Kontich.
- 7.-11. **Erlangen:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. – 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. **Bramen:** 4. Deutscher Hausärztekongreß 1981 – BPA-Bundestagung. – Auskunft: Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands, Beifortstraße 9, 5000 Köln 1.

Wegweisend in der Lipidtherapie



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

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

* außer Typ I, der nur diätetisch behandelt wird.

Zusammensetzung:
1 Dragée Cedur enthält 200 mg Bezafibrat.
Indikationen:
Alle Formen von Fettstoffwechselstörungen (außer Typ I, der nur diätetisch behandelt wird).
Kontraindikationen:
Lebererkrankungen (mit Ausnahme der Fettleber, die häufiges Begleit Syndrom bei Hypertriglyceridämie ist), Gallenblasenerkrankungen mit und ohne Cholelithiasis (da die Möglichkeit einer Leberbeteiligung nicht ausgeschlossen werden kann), schwere Nierenfunktionsstörungen mit Serumkreatininwerten über 6 mg/100 ml, Gravidität, Laktationsperiode. Bei Kindern sollte die Indikation für eine Behandlung mit Cedur besonders streng gestellt werden.
Nebenwirkungen:
Gelegentlich meist passagere gastrointestinale Störungen. Sehr selten: myositisähnliches Syndrom, Potenzstörungen, allergische Reaktionen.

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

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

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

Hinweis:
Die blutzuckersenkende Wirkung von Insulin und Sulfonharnstoff kann durch Cedur verstärkt werden. Dies kann mit einer verbesserten Glucoseutilisation bei gleichzeitiger Insulinempfindlichkeit erklärt werden. Hypoglykämien wurden bisher nicht beobachtet.

Für die Verordnung:
OP mit 50 Dragées 28,15 DM, DP mit 100 Dragées 50,50 DM. Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt (2. ZT. gültige Auflage: Oktober 1980).



Boehringer Mannheim GmbH
6800 Mannheim 31

Ein Laxans soll nur hier wirken

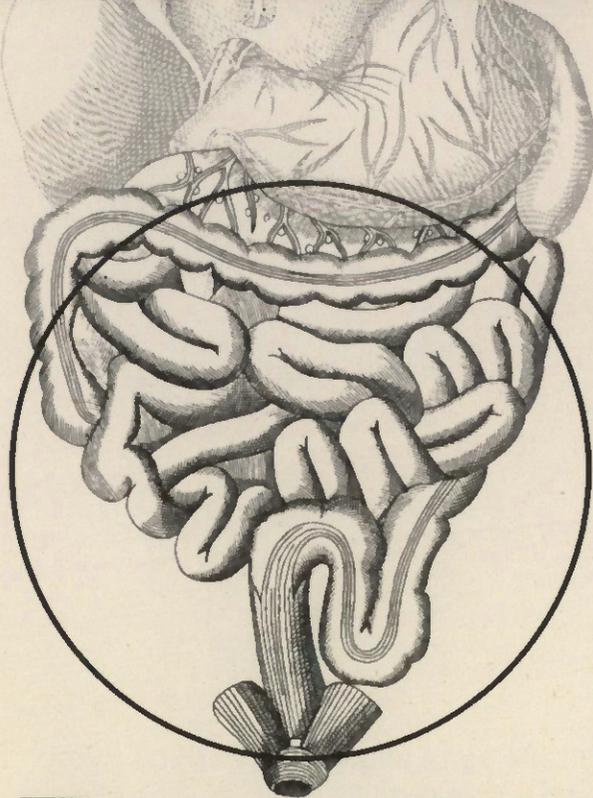


Abb. aus »Tabularum anatomicarum«, B. S. Albini und B. Eustachii, 1761.

Rheogen®

Rein pflanzliches Abführmittel tut es!

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlregulierung bzw. eine gründliche Darmentleerung erwünscht ist; bei langer Bettlägerigkeit, nach Operationen.

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

Rheogen eignet sich durch den Zusatz von Belladonna besonders bei spastischer Obstipation.

Rheogen wirkt auf Dün- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.

Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens. Kontraind. der Tropic-Alkaloide. Oosierung: Erwachsene ebende 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.



Handelsformen und Preise:
OP mit 30 Dragees DM 3,10
OP mit 75 Dragees DM 5,40
AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

esbeclo

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

September 1981 (Fortsetzung)

- 9.-12. **Helgoland:** 14. Herbst-Symposion. — Auskunft: Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung e. V., Markt 3a, 2060 Bad Oldesloe.
- 10.-12. **Graz:** 4. Österreichisch-Jugoslawisches Internationales Symposion über Lebererkrankungen. — Auskunft: Sekretariat des Instituts für Medizinische Biochemie, Harrachgasse 21/III, A-8010 Graz.
- 11.-12. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 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. **Warschau:** 29. Weltkongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Professor J. Nlelubowicz, Polish Society of Surgeons, Banacha 1A, Warschau/Polen.
- 13.-18. **Kyoto:** 10. Internationaler Kongreß für Elektroenzephalographie und klinische Neurophysiologie. — Auskunft: Int. Conference Organizers, Inc., Crescent Plaza, 2-4-6 Minami-Aoyama, Minato-ku, Tokyo 107/Japan.
- 14.-19. **Klagenfurt:** 29. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. — Auskunft: Sekretariat der SIMG, Frau S. Tsupe, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 15.-18. **Amsterdam:** 17. Jahresversammlung der Europäischen Gesellschaft zum Studium des Diabetes. — Auskunft: Organisatie Bureau Amsterdam B. V., Europaplein, NL-107B Amsterdam.
- 17.-19. **Bassel:** 36. Tagung der Deutschen, Schweizerischen und Österreichischen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. — Auskunft: Professor Dr. W. P. Fritsch, Moorenstraße 5, 4000 Düsseldorf.
- 17.-21. **Kyoto:** Internationaler Epilepsie-Kongreß. — Auskunft: Dr. Haruo Akimoto, National Musashi Institute for Nervous and Mental Diseases, 2620 Ogawa Higashi, Kodaira, Tokyo 187/Japan.
- 18.-19. **Schwrszenbruck:** Einführungskurs „Elektrokardiographie für die Praxis“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 18.-20. **Augsburg:** X. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe in Zusammenhang mit dem 68. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 18.-20. **Augsburg:** 68. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 19.-20. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.

19. 9.– 3. 10. **Sant' Angelo/Ischie:** Rheumatologisch-psychosomatisches Seminar der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. — Auskunft: Dr. S. Goethe, f. Medizinische Klinik, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach.
- 20.–25. **Freudenstadt:** Psychotherapie-Seminar „Auftrag und Grenzen des Helfens“. — Auskunft: Psychotherapie-Seminare e.V., Possertstraße 12/II, 8000 München 80.
- 20.–26. **Kyoto:** 12. Weltkongress für Neurologie. — Auskunft: Mr. Tatsuya Komatsu, Simul International Inc., Kowe Bldg. 1-8-10, Akasaka, Minato-ku, Tokyo 107/Jepen.
- 21.–23. **Gießen:** 26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik. — Auskunft: Zentrale zur Methodischen Betreuung von Therapiestudien, FB 23, Heinrich-Buff-Ring 44, 6300 Gießen.
21. 9.– 2. 10. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs (weiterführender Kurs B2). — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terrassenstraße 2-4, 6350 Bad Nauheim.
21. 9.– 16. 10. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 25.–26. **Graz:** Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie. — Auskunft: Professor Dr. S. Sailer, Auenbrugger Platz 15, A-8036 Graz.
- 25.–27. **Athen:** Symposion der deutschen und griechischen Gesellschaft für Rheumatologie. — Auskunft: Professor Dr. H. Mathies, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach.
- 25.–27. **Nürnberg:** Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. E. Zeitler, Flurstraße 1, 8500 Nürnberg.
26. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit. — Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Frau Klockow, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 26.–27. **Hamburg:** Grundkurs I der Deutschen Ärztesellschaft für Akupunktur. — Auskunft: Akupunktur-Fortbildungszentrum der Deutschen Ärztesellschaft für Akupunktur e.V., Deidesheimer Straße 14, 8000 München 40.
- 26.–27. **Innsbruck:** „Klinisches Wochenende“ für praktische Ärzte und Internisten. — Auskunft: Professor Dr. H. Kirchmair, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck.
- 26.–30. **Riva:** 6. Verhaltenstherapiewoche. — Auskunft: Institut für Therapieforchung, Parzivalstraße 25, 8000 München 40.
27. 9.– 2. 10. **Hamburg:** 6. Europäischer Kongress für Anatomie. — Auskunft: Hamburger Messe und Kongress GmbH, Jungiusstraße 18, 2000 Hamburg 36.
28. 9.– 9. 10. **Erlangen:** Fortbildungskurs für Röntgenhelfer(innen). Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaaurstraße 16, 8000 München 80.
28. 9.– 23. 10. **München:** Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ (C-Kurs). — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
30. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinalldirektor Dr. W. Ralsch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.
30. **München:** Fortbildungsseminar Katastrophenmedizin „Seuchen, Vergiftungen und bakteriologische Kampfstoffe“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Urben, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
30. **Regensburg:** Ergometrie-Seminar — Teil II. — Auskunft: Geschäftsstelle des Fachverbandes Deutscher Allgemeinärzte e. V., Talstraße 5, 8411 Nittendorf.
30. 9.– 3. 10. **Frankfurt:** Internationaler Kongress für Phlebologie. — Auskunft: Privatdozent Dr. W. Hach, William Harvey Klinik, 6350 Bad Nauheim.
30. 9.– 3. 10. **Thessaloniki:** IV. Südosteuropäische Konferenz für Neurologie und Psychiatrie. — Auskunft: Dozent Dr. G. Ledurner, Auenbrugger Platz 22, A-8036 Graz.
30. 9.– 4. 10. **Mainz:** Internationaler Kongress über Akupunktur. — Auskunft: Professor Dr. R. Frey, Kongresssekretariat, Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz.

„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: Mühlbaaurstraße 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, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke.

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

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrotografie 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



LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OBERFRANKEN UND MITTELFRAKEN

Wir stellen in unserer Beobachtungsteile, Bayreuth, für stationäre Diagnostik und Begutachtung je eine/n

Internisten/in und Nervenarzt/ärztin ein.

Ab Sommer 1982 ist außerdem die aus Altersgründen freiwerdende Stelle des Chirurgen neu zu besetzen.

Es handelt sich um eine selbständige Tätigkeit in einem Team von Kollegen verschiedener Gebiete (Internisten, Nervenarzt, Chirurg, Gynäkologe, Röntgenologe). Regelmäßige Arbeitszeit ohne Nacht- oder Wochenenddienst bzw. Bereitschaftsdienst ist gewährleistet.

Vorhanden sind großes Labor, Röntgenabteilung, Lungenfunktion mit Ganzkörperplethysmographie und Blutgasanalysen, Ergometrie.

Die Beobachtungsteile befinden sich im Parkgelände der Klinik Herzoghöhe (220 Betten, Rheumatologie, Gastroenterologie, Endoskopie, Sonographie), mit der sie eng zusammenarbeiten.

Die Vergütung, zusätzlich Altersversorgung und alle sozialen Leistungen richten sich nach den Gegebenheiten des öffentlichen Dienstes. Die Ausübung von Nebentätigkeit ist möglich, ebenso werden Gelegenheiten für Fortbildung und Kongreßbesuche eingeräumt.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich.

Die Festspiel- und Universitätsstadt Bayreuth, inmitten einer reizvollen Umgebung gelegen, bietet einen hohen Freizeitwert und reiches Kulturleben. Alle weiterführenden Schulen sind am Ort vorhanden. Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisabschriften, Nachweis über bisherige ärztliche Tätigkeit usw.) richten Sie bitte an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken – Personalreferat –, Wittelsbacherring 11, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 60 72 26.

Der Leitende Arzt der Beobachtungsteile, Leitender Medizinaldirektor Dr. Lanhart, Kuimbacher Straße 103, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 40 23 00, steht zu einem informativen Gespräch gerne zur Verfügung.

Das Kreiskrankenhaus Ebersberg 358 Planbetten

bietet einem

Augenarzt

die Weiterführung der Beleg-Abteilung (drei bis vier Planbetten) an. Operationen können im neubauten Operationstrakt durchgeführt werden.

Schriftliche Bewerbungen werden erbeten an:

Verwaltung des Kreiskrankenhauses Ebersberg, Pfarrer-Guggetzer-Straße 3, 8017 Ebersberg, Telefon (0 80 92) 23 22 12

CEPIP

Der leistungsstarke
Partner des Arztes.
Ihr ORG-Spezialist.

- Praxiseinrichtungen
- Praxisrenovierungen
- Praxisorganisation
- Praxisbedarf
- Med.-wissenschaftl. Literatur
- Sonderprogramme

Ingolstädter Str. 172 · 8000 München 46
Tel. (089) 31 61 71 · Tag + Nacht

BA 8



KREISKRANKENHAUS LAUINGEN (DONAU)

Im Kreiskrankenhaus Lauingen (Donau), Landkreis Dillingen e. d. Donau – 170 Betten –

ist aus gesundheitlichen Gründen des jetzigen Stelleninhabers zum baldmöglichsten Zeitpunkt die Stelle eines

Chefarztes

der Fachabteilung Chirurgie

neu zu besetzen.

Neben den hauptamtlich geführten Fachabteilungen Chirurgie (69 Betten) und Innere Medizin (72 Betten) ist eine belegärztlich geführte Fachabteilung Geburtshilfe und Gynäkologie (29 Betten) sowie eine interdisziplinäre Intensivabteilung (sechs Betten) vorhanden. Die anästhesiologische Versorgung erfolgt durch die regionale Anästhesieabteilung beim Kreiskrankenhaus Wertingen.

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

Wir bieten privatrechtlichen Dienstvertrag mit Liquidations- und Nebentätigkeitsrechten (D-Arzt-Verfahren, Beteiligung als Kassenarzt).

Lauingen (Donau) – 9100 Einwohner – (eine Autostunde von München) hat alle Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an das

Landratsamt Dillingen e. d. Donau

Große Allee 24, 8880 Dillingen e. d. Donau, Telefon (0 90 71) 18 81

LAND-
KREIS



Freyung-Grafenau

Des

Kreiskrankenhaus, 8393 Freyung im südlichen Bayerischen Wald

sucht zum nächstmöglichen Termin für die
Anästhesieabteilung

Assistenzärzte/-ärztinnen

Das Kreiskrankenhaus Freyung, modernst eingerichtet, mit einer 10-Betten-Intensivstation, wurde am 10. Dezember 1979 in Betrieb genommen.

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

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

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

Freyung ist Kreisstadt und 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 (0 85 51) 4 91

An der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murneu/Obb. (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. Jürgen Probst)

Ist zum 1. Oktober 1981 (eventuell früher) die Stelle eines(r)

Arztes (Ärztin) für Neurologie

In der Neurologischen Abteilung (Cheferzt Dr. Stadle) zu besetzen.

Hauptaufgabengebiet der Unfallklinik Murnau (370 Betten) ist die gesamte operative und konservative Unfall- und Wiederherstellungschirurgie unter Mitberücksichtigung insbesondere der lachübergreifenden Kombinationsverletzungen. Dementsprechend ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Fachgebieten gegeben. Die Neurologische Abteilung verfügt über 30 Betten und betreut konsilierisch darüberhinaus mehr als ein Drittel der stationären Patienten. Die Unfallklinik ist des weiteren fachlich gegliedert in Chirurgie-Unfallchirurgie, Orthopädie, Innere Medizin, Urologie, Anästhesie und führt des weiteren Spezialabteilungen für Septische Chirurgie, Rückenmarkverletzte, Hand-, Kieler- und Plastische Chirurgie sowie eine integrierte Intensiv- und Brandverletztenstation.

In der Neurologischen Abteilung werden sowohl Patienten mit peripheren Nervenverletzungen als auch Schädelhirnverletzte behandelt.

Vom Bewerber werden Erfahrungen in EEG, Echo-EG und EMG, Kenntnisse in der Begutachtung erwartet. Entsprechende Einrichtungen mit modernster Geräteeusstattung sind vorhanden. Eigens für diesen Aufgabenbereich eingesetzte Hilfskräfte (EMG-ArztthelferIn, Schreibkraft) stehen zur Verfügung. Der bisherige Stelleninhaber scheidet wegen Weiterbildung aus.

Vergütung nach BAT, Zusatzversicherung VBL, Nebeneinnahmen durch Gutachten, soziale Vergünstigungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an

Cheferzt Dr. Stadle, Neurologische Abteilung, BG-Unfallklinik, Professor-Küntschler-Straße 8, Postfach 1380, 8110 Murnau.

Für das St. Barbara Krankenhaus in Schwendorf/Bayern (300 Betten mit den Fachrichtungen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe, Urologie, Augenheilkunde, HNO) wird zum 1. September 1981 oder später ein

Assistenzarzt

für die Innere Abteilung (75 Betten) gesucht. Weiterbildungs-ermächtigung besteht für drei Jahre. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an:

Dr. med. G. Walke, Friedrich-Ebert-Straße 31, 8460 Schwendorf 1.

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. Heilbäder, Tennisplätze und -hallen sowie eine Eisbahnhalle sind vorhanden. Die Rosenthal-Festabende 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 Patientenüberwachung. 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 148, 8592 Wunsiedel 1, Telefon (0 92 32) 35 77

oder

Landratsamt, 8592 Wunsiedel 1

Am

Kreiskrankenhaus, 8483 Vohenstrauß/ Opf., Landkreis Neustadt a. d. Waldnaab

ist zum 1. Oktober 1981 oder später die Stelle des

Oberarztes der Chirurgischen Abteilung

zu besetzen.

Der Bewerber soll Arzt für Chirurgie sein und den Chefarzt, der auch zum Durchgangsarztverfahren zugelassen ist, voll vertreten können. Ein Operationstrakt wird zur Zeit neu gebaut und in ca. einem Jahr in Betrieb genommen.

Das Kreiskrankenhaus hat 60 chirurgische Betten. Außerdem ist ein Belegarzt für Innere Medizin tätig.

Die Vergütung erfolgt nach dem Bundesangestelltentarifvertrag und den im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen sowie Rufbereitschaftsdienstvergütung und Nebeneinnahmen nach Vereinbarung.

Die Stadt Vohenstrauß liegt in reizvoller Landschaft im Oberpfälzer Wald. Realschule und Heilbad am Ort. Gymnasium kann mit Schulbus leicht erreicht werden. Ausgezeichnete Skimöglichkeiten in nächster Nähe.

Bei der Wohnungsbeschaffung sind wir behilflich. Ein modernes Personalwohnheim steht außerdem zur Verfügung.

Bewerbungen bitte an den

Cheferzt Dr. Heinz Lang, Kreiskrankenhaus, 8483 Vohenstrauß,
Telefon (0 96 51) 14 51



KREISKRANKENHAUS WERTINGEN

Des Kreiskrankenhaus, 8857 Wertingen (190 Betten)
Landkreis Dillingen a. d. Donau

sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

HNO-Arzt als Belegarzt

Niederlassungsmöglichkeit am Ort ist gegeben. Das Haus verfügt über die hauptsächlich geführten Fachabteilungen: Chirurgie, Innere Medizin, Geburtshilfe und Gynäkologie, Anästhesie und Intensivabteilung (sechs Betten).

Die Stadt Wertingen liegt 30 km nordwestlich von Augsburg; eine Autobahnstunde von München entfernt. Realschule und Gymnasium am Ort.

Praxisräume und Wohnung in zentraler Lage stehen zur Verfügung.

Interessierte Bewerber werden gebeten, ihre Bewerbungen mit Lichtbild, den üblichen Urkunden und Zeugnissen zu richten an

Verwaltung des Kreiskrankenhauses, 8857 Wertingen
Telefon (0 82 72) 8 11

Anzeigenschluß

für die September-Ausgabe 1981 ist der

6. August

Im

Kreiskrankenhaus Fürstenfeldbruck

Ist zum 1. Oktober 1981 die

Orthopädische Belegstation

zu vergeben.

Gesucht wird
ein qualifizierter

Arzt für Orthopädie

der über langjährige Erfahrungen auf diesem Gebiet verfügt und bereit ist, in Zusammenarbeit mit einem zweiten Orthopäden die orthopädische Belegstation verantwortungsbewußt und kooperativ fortzuführen.

Das Krankenhaus Fürstenfeldbruck hat 399 Plattenbetten und ist ein Krankenhaus der Grundversorgung mit vier Haupt- und drei Belegabteilungen. Es liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung und im S-Bahn-Bereich Münchens.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbitten wir an die

Verwaltung des Kreiskrankenhauses Fürstenfeldbruck, Dachauer Straße 33, 8080 Fürstenfeldbruck

Der Landkreis Straubing-Bogen/Niederbayern sucht für das **Kreiskrankenhaus Mallersdorf** (200 Betten) für die Urologische Abteilung

1 Assistenzarzt

zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die neu genehmigte Assistentenstelle (Besetzung der Abteilung: Chefarzt, Oberarzt, zwei Assistenzärzte).

Das Krankenhaus hat fünf Fachabteilungen bestens ausgestattet, selbständige Anästhesieabteilung, sechs Betten Intensivstation. Die Urologische Abteilung des Kreiskrankenhauses (völlig neu erbaut) ist modernst eingerichtet mit Resektionsraum, Operationsräumen und reichlicher urologischer Apparatur. Es werden eine große Zahl von urologischen Operationen (auch Kinderurologie) durchgeführt. Mitarbeit in der Ambulanz ist gegeben. Die Urologische Abteilung arbeitet in enger Zusammenarbeit mit der Urologischen Universitätsklinik in München, wissenschaftliche Aktivität, Teilnahme an verschiedenen Fortbildungskursen, Farbfernsehübertragung von endoskopischen Operationen.

Wir bieten tarifgemäße Vergütung einschließlich Bereitschaftsdienst; Umzugskostenvergütung, Beihilfen im Krankheitsfalle und zusätzliche Altersversorgung (Gesamtbeitrag trägt der Arbeitgeber) werden gezahlt. Außerdem preisgünstige Teil- bzw. Vollverpflegung, Unterbringungsmöglichkeit im modernen Appartement des Personalwohnheims, auf Wunsch Mithilfe bei der Wohnungssuche.

Der aufstrebende Markt Mallersdorf-Pfaffenberg – Gymnasium am Ort – liegt verkehrsgünstig zwischen der Universitätsstadt Regensburg und den Städten Straubing und Landshut, 100 km nordöstlich von München.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen oder Rückfragen direkt bei **Chefarzt Dr. med. I. V. Albescu, Kreiskrankenhaus, 8304 Mallersdorf, Telefon (0 87 72) 7 11 oder (0 87 74) 3 43.**

Ca. 160 qm Praxisräume 8650 Kulmbach

ab 1. September 1981 zu vermieten..

Zentralste Lage, Neubau, 2. Obergeschoß, mit Aufzug, 360 Parkplätze vorhanden. Auf dem gleichen Stockwerk bereits ein Kieferorthopäde ab 1. August 1981 tätig. Preis ca. DM 10,- pro qm Kaltmiete. Bei schnellem Entschluß noch Mitsprache bei Gestaltung des Innenausbaus möglich.

Angebote unter Chiffre 2064/188.

Der Landkreis Kitzingen

stellt für sein **Kreiskrankenhaus Kitzingen** zum nächstmöglichen Zeitpunkt

1 Oberarzt

als **Vertreter des Chefarztes der Fachabteilung für Anästhesie ein.**

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

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

Kitzingen liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung zwischen Main und Steigerwald (Weinlandkreis). Am Ort sind alle weiterführenden Schulen vorhanden. Zur Universitätsstadt Würzburg (18 km) bestehen gute Verkehrsverbindungen.

Interessenten werden gebeten, die üblichen Bewerbungsunterlagen (Lichtbild, Lebenslauf, Zeugnisse, Tätigkeitsnachweise) umgehend beim **Landratsamt, 8710 Kitzingen, Kaiserstraße 4, einzureichen.**

Kurklinik im Allgäu

Bewegungs- und Übungsbehandlung, Kneipp-Therapie, 132 Betten, drei Ärzte, sucht

Abteilungsarzt

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

Vergütung nach den Tätigkeitsmerkmalen eines Oberarztes in Anlehnung an BAT Ia.

Kureinrichtungen: medizinische und Kneippische Badeabteilung, Ergometrie, Spielhalle, Gymnastikraum, Zirkeltrainingsraum, Schwimmbecken (warm und kalt), Sauna, Freispielfläche.

Zur Kur gehören außerdem geführte Bergwanderungen, Waldlauf, Radtouren, Skifahren, Ballsport, autogenes Training.

Ihre Bewerbungen richten Sie bitte an den **Leitenden Arzt Dr. med. Rolf Kuhn, Kurklinik am Bennweid, 8942 Ottobrunn, Telefon (0 83 32) 88 11.**

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, Tenniplätze und Schwimmbad im Ort. Kaufpreis: DM 360 000,-. Bei Vermietung: DM 1500,- mtl.

Anfragen und Auskünfte:

WKGS Immobilien, Daker-von-Müller-Ring 29/IV, 8000 München 2, Telefon (0 89) 1 41 77 88 und 2 80 00 64

Augsburg-West, Neubau

Zwei Arztpraxen mit zusammen 300 qm zu vermieten, besonders geeignet für Haut- oder Augenarzt, Parkplätze und Lift vorhanden.

Anfragen unter Chiffre 2064/185.

Orudis®

Das Programm



Orudis® inject.

100 mg Ketoprofen-Injektion.
Schnelle Wirkung bei akuten
Zuständen
(z. B. Lumbago, Ischialgie).

Orudis® Suppositorien

100 mg-Zäpfchen.
Für die rektale Anwendung
bei Problempatienten.

Orudis® Kapseln

50 mg Ketoprofen. Die orale
Form gegen den chronischen
Entzündungsschmerz.

Schmerzfremige Mobilität für Ihren Rheumatiker

Zusammensetzung: (2-[3-Benzoyl-phenyl]-propionsäure). Kapsel zu 50 mg, Zäpfchen zu 100 mg, Injektionsflasche zu 100 mg Ketoprofen. **Indikationen:** Arthritiden und Arthralgien: chronische Polyarthritis, Morbus Bechterew, Arthrosen (insbesondere Coxarthrose). Vertebrales Syndrom (z. B. Lumbago, Ischias), Tendovaginitis, Bursitis, Arthritis urica, nichtrheumatische entzündliche Schmerzzustände. **Kontraindikationen:** Magen- und Zwölftingerdarmgeschwüre. Obwohl unter Orudis® keinerlei teratogene bzw. embryotoxische Schädigungen beobachtet wurden, soll das Präparat vorläufig nicht während der Schwangerschaft verordnet werden. Kreuzallergie mit salicylsäurehaltigen Präparaten kann in Ausnahmefällen auftreten. **Nebenwirkungen:** Orudis® kann bei prädisponierten Patienten Störungen von seiten des Magen-Darm-Kanals hervorrufen (Magen-schmerzen, Übelkeit, Diarrhoe, seltener Obstipationen). Diese meistens geringfügigen und vorübergehenden Erscheinungen erfordern nur in seltenen Fällen die Unterbrechung der Behandlung. Evtl. auftretende lokale Hauterscheinungen sind meist flüchtig und klingen nach Absetzen des Medikaments ab.

Eigenschaften: Orudis® verfügt über ausgeprägte antiphlogistische, analgetische und antipyretische Eigenschaften. Es hemmt den Angriff von peripheren Entzündungs- und Schmerzmediatoren (inkl. Hemmung der Prostaglandinsynthese). Orudis® greift zum Teil kausal in den Entzündungsprozess ein und verfügt über einen kortikoideinsparenden Effekt. Vor allem Nebenwirkungen zentralnervöser Art wie Kopfschmerzen, Schwindel und Müdigkeit sind sehr selten.

Richtdosis: **Kombinierte Anwendung:** 1 Zäpfchen für die Nacht, 2 (-3) Kapseln am Tag. **Zäpfchen:** 2-3 Zäpfchen über den Tag verteilt. **Kapseln:** je 2 Kapseln morgens und abends. Empfohlene Höchstdosis: 300 mg/die. **Injektion:** 1 Injektion pro Tag (tief intragluteal). In schweren Fällen können zu Beginn der Behandlung auch 2 Injektionen pro Tag verabreicht werden. (Dabei Injektionsseite wechseln.) (Empfohlene maximale Behandlungsdauer: 12 Tage.) **Handelsformen und Preise:** OP mit 30 Kapseln DM 19,70; OP mit 100 Kapseln DM 52,15; OP mit 10 Zäpfchen DM 14,75; OP mit 50 Zäpfchen DM 62,85; Orudis inject. (3 Ampullen mit Lösungsmittel) DM 15,75.



RHÔNE-POULENC

RHÔNE-POULENC PHARMA GMBH
MÜHLENWEG 131-139
2000 NÖRDERSTEDT

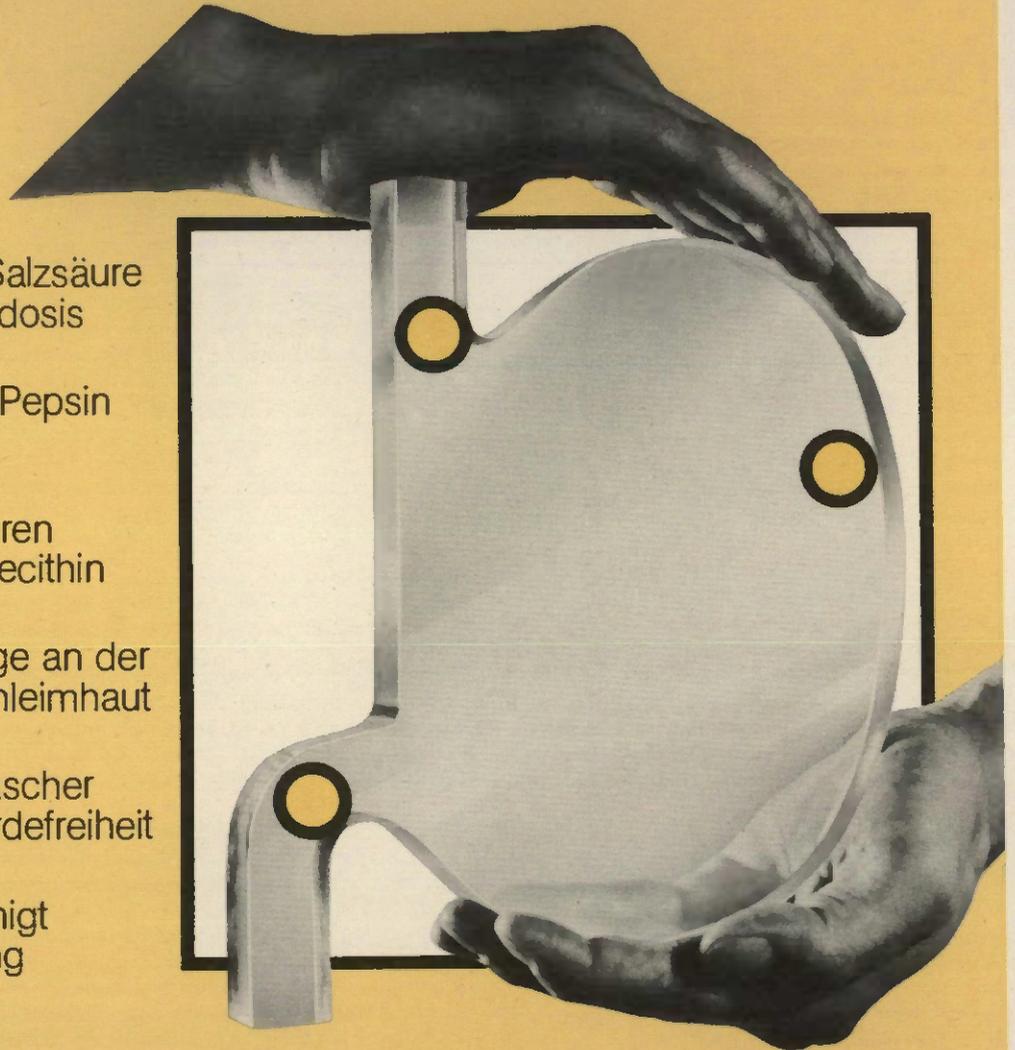
Stand 1. 4. 1981

Gastropulgit® 50

NEU von
Dr. Schwabe

Das spezielle Antacidum mit
50 mval
Säurebindung pro Einzeldosis.

- ✓ bindet
50 mval Salzsäure
pro Einzeldosis
- ✓ inaktiviert Pepsin
- ✓ adsorbiert
Gallensäuren
und Lysolecithin
- ✓ haftet lange an der
Magenschleimhaut
- ✓ führt zu rascher
Beschwerdefreiheit
- ✓ beschleunigt
die Heilung



Ausgeprägter Schleimhautschutz.

Gastropulgit® 50 · Antacidum

Zusammensetzung: 12,5 g Suspension (Inhalt eines Beutels) enthalten: Attapulgit aus Mormoiron 1 g (natürliches hydratisiertes Aluminium-Magnesium-Silikat), Aluminiumhydroxid-Magnesiumcarbonat-Gel 1,8 g (entsp. 720 mg Aluminiumoxid und 153 mg Magnesiumoxid), Sorbit 0,7 g (entspr. 0,06 BE).
Indikationen: Ulcus ventriculi et duodeni, Gastritis, Refluxösophagitis, Hyperazider Beschwerdekomplex mit Druck- und Völlegefühl, saurem Aufstoßen, Sodbrennen.
Gegenanzeigen: Bei schweren Nierenfunktionsstörungen hochdosierte Daueranwendung vermeiden, sofern nicht systematische Kontrollen des Serum-Magnesium- und Aluminiumspiegels möglich sind.
Nebenwirkungen: Bei stark eingeschränkter Nierenfunktion kann Gastropulgit 50, wie alle hochdosierten magnesium- und aluminiumhaltigen säurebindenden Arzneimittel bei Langzeittherapie erhöhte Serum-Magnesium- und Aluminiumspiegel verursachen. Anwendung in hoher Dosierung kann wegen des Magnesiumgehaltes in seltenen Fällen zu breiigen oder dünnflüssigen Stühlen führen.
Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Wegen der starken Bindungsfähigkeit von Gastropulgit 50 andere Medikamente (z. B. Tetracycline, Herzglykoside, Atropin, Eisen, Ursodesoxycholsäure) nicht gleichzeitig, sondern zeitversetzt 1 Stunde vor oder 1 Stunde nach Einnahme von Gastropulgit 50 anwenden.

Dr. Willmar Schwabe · Arzneimittel · Postfach 4109 25 · 7500 Karlsruhe 41

Handelsformen/Preise: OP zu 20 Beutel DM 14,15, OP zu 50 Beutel DM 30,60.





Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Angst - Unruhe - Erregung

Der Notfall: Entzug und Horrortrip bei Drogenabhängigkeit

bearbeitet von Dr. med. W. Guth und Professor Dr. med. W. Werner, Merzig/Saar

Symptomatik:

1. Entzugssyndrom

Körperliche Entzugserscheinungen, heute hauptsächlich bei Heroinsucht; in der Reuschgiftszene zumeist kombiniert mit Analgetika, Tranquillizern und Barbituraten. Häufigste körperliche Entzugssymptome: Stärkste Gliederschmerzen, Schweißausbrüche, Wechsel von Kälte- und Hitzegefühl, starke innere Unruhe, Erbrechen, Durchfälle, Blutdruckschwankungen und gelegentlich Temperaturentzug.

2. Horrortrip

Nach Einnahme von LSD Auftreten von panischer Angst, stärkster Unruhe sowie von Halluzinationen engsterregender und bedrohlicher Art. Es besteht dabei erhöhte Selbstbeschädigungs- bzw. auch Selbstmordgefahr.

Anamnese:

Liegt im typischen Fall auf der Hand. Wichtig für die Entzugsbehandlung ist die Frage nach gewohnheitsmäßiger zusätzlicher Einnahme berbiturethaltiger Medikamente sowie dem Zeitpunkt der letzten Heroininjektion.

Sofortdiagnostik:

Im klassischen Fall in Anbetracht der Anamnese und der typischen Entzugserscheinungen nicht schwierig. Im Einzelfall kann es jedoch vorkommen, daß sich Drogenabhängige unter Vortäuschung anderer körperlicher Erkrankungen starke Analgetika zu beschaffen versuchen. Während der körperlichen Untersuchung sollte man achten auf allgemeine vegetative Zeichen, Hautkolorit sowie selbstverständlich auf Injektionsstellen an typischer Stelle, wie im Kubitalvenenbereich, nicht selten auch im Fußvenenbereich.

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

1. Entzug

Ambulante Injektion von einer Ampulle *Haldol* i. m. oder i. v. Gleichzeitig Injektion von einer Ampulle *Akinaton* (Biperiden) i. m. Gleichzeitigige Gabe von *Akinaton* verhindert die bei dem Neuroleptikum *Haldol* eventuell auftretenden extrapyramidalen Nebenwirkungen, die von dem Patienten als sehr unangenehm erlebt werden, so vor allem Verkrampfungen im Zungen-Mund-Bereich. (Der eventuelle psychotrope und damit auch suchtproduzierende Effekt des *Akinaton* kann bei dem – auch stationär – nur kurzzeitigen Einsatz von höchstens einer Woche vernachlässigt werden.) Danach sofortige Einlieferung in die nächste Fachklinik

Cave: Versuch einer ambulanten Entgiftung, etwa mit Tranquillizern, Analgetika oder anderen Psychopharmaka, z. B. *Distraurin* oder Morphinabkömmlingen (*L-Polamidon*, *Methadon*)

2. Horrortrip

Soforttherapie: 1 Ampulle (10 mg) *Vallum* i. v. reicht meistens, den Horrortrip zu durchbrechen.

Die stationäre Entgiftung gestaltet sich nach unserer Erfahrung optimal mit höher dosierter Neuroleptikatherapie, wobei sich bei uns am besten intramuskuläre *Haldol*-Injektionen in einer Dosierung von 15 bis 30 mg/Tag, entspricht 3 x 1 bis 3 x 2 Ampullen, bewährt haben. Gleichzeitige Abschirmung gegen extrapyramidale Nebenwirkungen mit *Akinaton*, 3 x 1 Ampulle i. m. Außerdem ist eine kontinuierliche Herz-Kreislauf-Überwachung notwendig. Die früher so gefürchteten Entzugserscheinungen, gerade beim Heroinabhängigen, werden mit dem beschriebenen Verfahren massiv gedämpft. Dauer der Entgiftung: ca. 3 bis 7 Tage, im Mittel etwa 5 Tage. Danach sind die Patienten medikamentenfrei.

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

Anderer Kliniken haben sehr gute Erfahrungen mit *Doxepin* für die stationäre Entgiftungsbehandlung gemacht. Auch *Methadon* wird vielfach zur stationären Entgiftung angewandt. Doch erscheint uns die Behandlung mit einem nicht suchtproduzierenden Medikament wie *Haldol* sinnvoller. Nach der akuten Entgiftungsphase sollte sich nahtlos die Langzeitentwöhnung in einer Fachklinik anschließen, wobei hier gruppentherapeutische Maßnahmen vorrangig sind. Medikamentöse Langzeitprogramme, wie z. B. *Methadon*-Substitutionstherapie oder Einstellung auf Opiat-Antagonisten, gehören ebenfalls in diesen Bereich. Akutentgiftung, Langzeitentwöhnung und soziale Rehabilitation müssen als ein einheitliches Konzept angesehen werden.

Barbiturate stellen in der Entgiftungsbehandlung eine Ausnahme dar, sie dürfen nicht sofort abgesetzt werden, da es danach u. a. zu epileptischen Anfällen kommen kann. Es wird eine ausschleichende Reduzierung der gewohnten Tagesmengen um täglich ca. zehn Prozent empfohlen.

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Bei den oben geschilderten akuten Entzugserscheinungen der Morphinabhängigkeit sind differentialdiagnostische Überlegungen aufgrund in der Praxis meist bekannter Anamnese kaum notwendig. Auf die Besonderheit der Abhängigkeit von Barbituraten wurde bereits hingewiesen. Hier können zusätzliche psychotische Erscheinungen sowie epileptische Anfälle auftreten. Was die übrigen Suchtdrogen angeht, sind darartig ausgeprägte körperliche Entzugssymptome, wie bei der Morphinabhängigkeit, nicht vorhanden. Beim Horrortrip müssen, sofern die Anamnese nicht bekannt, alle symptomatischen und endogenen Psychosen differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden; die meist sofort einsetzende Diazepamwirkung erleichtert die Abgrenzung.