



# 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

April 1982

## Zur Kenntnis genommen:

„Der Krebs“ war im März bevorzugtes Thema der allgemeinen Presse. Kein Wunder, denn es tagte ja in München der Deutsche Krebskongreß. Besondere Aufmerksamkeit fand die Forderung, Krebsregister bundesweit einzuführen. Nur wenn alle Krebskranken personenbezogen gespeichert würden, seien Fortschritte in der Krebsbekämpfung zu erwarten. In einem Bericht fand sich der Hinweis, daß nicht nur alle osteuropäischen, sondern auch die meisten westeuropäischen Länder nationale Krebsregister mit namentlicher Erfassung der Betroffenen unterhalten. Die Bundesrepublik also wieder einmal „Entwicklungsland“? Leider fand sich keine Aussage darüber, ob in den Ländern mit Krebsregistern bereits weniger Menschen an Krebs sterben als bei uns. Es gibt dafür wohl auch keine Anhaltspunkte, geschweige denn Beweise...

Wie steht es denn überhaupt mit der Krebssterblichkeit? Es sind etwa 22 Prozent der Todeställe, die auf eine Krebserkrankung zurückgehen. Dem stehen etwa 55 Prozent der Todeställe durch Herz-Kreislaufkrankungen gegenüber. Während aber von diesen, vor allem durch Herzinfarkt bedingt, immer mehr jüngere Menschen betroffen sind, ist der Krebs weitgehend eine Krankheit der alten Menschen. Es wird immer deutlicher, daß – vom Lungenkrebs abgesehen – die „Zunahme“ der Krebserkrankungen lediglich der Zunahme alter Menschen entspricht. Dank intensiver wissenschaftlicher und klinischer Arbeit können wir im übrigen heute feststellen, daß bei einigen malignen Erkrankungen doch zunehmend gute Heilerfolge erzielt werden. Hier darf man vor allem die malignen Bluterkrankungen der Kinder nennen. Alle bisherigen Fortschritte haben sich also auch ohne Krebsregister erzielen lassen.

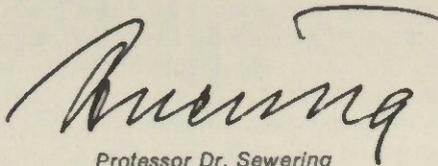
Es wäre aber ein Irrtum, zu glauben, daß derzeit lediglich die auf dem Krebskongreß erhobene Forderung im Raume stünde. Wir sind schon viel weiter. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat einen langen Brief – unterzeichnet von Staatssekretär Füllgraf – an die Länder gerichtet und gleichzeitig ein „Muster eines Gesetzes über ein Krebsregister“ übermittelt mit der Empfehlung, möglichst übereinstimmende Landesgesetze zu erlassen. Brief und Gesetzentwurf sind von großem Interesse. Aus dem Brief geht hervor, daß die Umwelt- und die Innenministerkonferenz schon im März 1980 die Einführung von Krebsregistern gefordert habe. Wörtlich heißt es an anderer Stelle: „Probleme des Datenschutzrechts und Rechtstragen der ärztlichen Schweigepflicht haben bei den Vorbereitungen zu dem Mustergesetz einen bedeutenden Raum eingenommen. Es ist nicht in vollem Umfang gelungen, alle vertretenen Auffassungen in Einklang zu bringen. Es ist ein Ausgleich angestrebt worden zwischen dem Persönlichkeitsrecht (Artikel 2 Grundgesetz), das den datenschutzrechtlichen Regelungen als tragendes Prinzip zugrunde liegt, und der Freiheit der Forschung (Artikel 5 Absatz 3 Grundgesetz), auf das die Erfordernisse der epidemiologischen Forschung gestützt sind.“ Die Hauptforderung der Datenschutzbeauftragten bestehe darin, daß, von wenigen Ausnahmen abgesehen, die Meldung personenbezogener Daten an das Krebsregister grundsätzlich der Einwilligung der Betroffenen bedürfen soll. Die Arbeitsgruppe „Epidemiologie“ habe sich in ihrer Mehrheit dagegen für eine Meldeberechtigung des Arztes, unabhängig von der Einwilligung der Patienten ausgesprochen. Die Patienten sollen von der Meldung unterrichtet werden, soweit ihnen dadurch keine gesundheitlichen Nachteile entstehen. Dem werde im Mustergesetz gefolgt. Die Bedenken der Datenschützer wurden also ignoriert. Im Gesetzentwurf steht dann zu lesen: „Ärzte und Zahnärzte sind berechtigt, dem Krebsregister die im § 3 genannten Angaben zu machen. Sie sollen den Patienten über diese Meldung unterrichten, soweit ihm nicht dadurch ein gesundheitlicher Nachteil entsteht.“ In diesem § 3 erfährt man dann, was zu melden ist: Name, Vorname, früherer Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht, Beruf usw.

Von einer Zustimmung des Patienten ist somit keine Rede mehr. Er hat sich melden zu lassen. Die Art und Weise, wie hier der im Grundgesetz verankerte Begriff „Freiheit der Forschung“ interpretiert und verdreht wird, ist erschreckend. Freiheit der Forschung bedeutet nämlich nichts anderes als Freiheit vor staatlicher und sonstiger Bevormundung und kann niemals gedeutet werden als ein Recht, in die Persönlichkeitssphäre des einzelnen Bürgers einzudringen. Jede Freiheit hat dort ihre Grenze, wo sie die Freiheit des anderen beeinträchtigt. Nach wie vor ist die Schweigepflicht eine Pflicht des Arztes und ein Recht des Patienten. Der Arzt kann seine Schweigepflicht zurückstellen, wenn ein höherwertiges Rechtsgut dies erfordert und jedenfalls rechtfertigt. Für den Arzt kann dies jeweils eine außerordentlich schwierige und toigenreiche Entscheidung sein, die er gegebenenfalls auch vor den Gerichten verantworten muß, wenn der Patient wegen Bruchs der Schweigepflicht gegen ihn Anzeige erstattet. Die bisher nicht bewiesene Notwendigkeit einer so umfassenden epidemiologischen Forschung auf der Grundlage personenbezogener, namentlich gespeicherter Daten von Gesetzes wegen als „Höheres Rechtsgut“ einzustufen, geht nach meiner Überzeugung eindeutig über die vertretbare Grenze hinaus. Was dem Krebsepidemiologen unter dem Motto „Freiheit der Forschung“ recht ist, kann morgen dem Infarkt- und Kreislaufepidemiologen oder den Rheumeforschern billig sein. Es gibt sicher noch einige, denen etwas Ähnliches einfällt. Wir treiben bekanntlich in Bayern programmierte Tumornachsorge im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung und erfassen die Untersuchungsdaten. Dabei genügt uns eine Registernummer. Nur der behandelnde Arzt weiß, zu welcher Patientin diese Registernummer gehört. Es geht also auch ohne Name, Vorname und Adresse.

Soviel für heute zum Grundsätzlichen. Das Thema wird uns weiter beschäftigen müssen. Das „Krebsregister“ ist nämlich derzeit nicht das einzige Projekt dieser Art. Die gesetzlichen Krankenkassen befinden sich in einer heftigen Auseinandersetzung mit dem Bundesarbeitsminister, der ihnen ein „Mitgliederverzeichnis“ aufdrängen möchte, welches die gesetzlichen Krankenkassen zwingen würde, Monsterdatenbanken zu errichten und bis ins kleinste Detail Daten über ihre Mitglieder und alle Familienangehörigen zu speichern. Die Krankenkassen wehren sich entschieden gegen dieses Projekt, schon wegen der unsinnigen Kosten, die ihnen entstünden, und die in keinem Verhältnis zu dem nicht bewiesenen Nutzen einer solchen unübersichtlichen Datenspeicherung stünden. Über die Kosten müßte natürlich auch bei landesweiten Krebsregistern erst noch einmal gesprochen werden. Die Notwendigkeit von Kosten-Nutzen-Analysen wird ja gerade von dem Epidemiologen immer besonders unterstrichen. Beide Beispiele zeigen aber in erschreckender Form, was auf den Bürger in unserem Lande zukommt, wenn die Datensucht als neueste Massenerkrankung unserer Zeit um sich greift.

Dabei verunsichert mich eines ganz besonders: Wenn es um die Speicherung von Daten herumreisender Krimineller geht, welche den Straßenauftritt in allen Teilen Deutschlands organisieren, haben die Verantwortlichen plötzlich erhebliche Bedenken, weil Persönlichkeitsrechte verletzt werden könnten.

Es bleibt zu hoffen, daß wir dieses Thema mit den zuständigen Mitgliedern der Bayerischen Staatsregierung so rasch wie möglich gründlich erörtern können.

  
Professor Dr. Sewering

# Die Bewertung neuerer und bewährter Antibiotika für Praxis und Klinik

v. D. Adam

Aus der Kinderklinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital (Direktor: Professor Dr. med. K. Betke)

## 1. Allgemeines, Grundlagen

Pathogene Mikroorganismen können als primäre Infektionserreger zu einer Erkrankung führen, aber auch im Gefolge von Viruserkrankungen als super- oder sekundärfizierende Keime schwere Erkrankungen verursachen und die Prognose einer zunächst leichten Virusinfektion verschlechtern.

### Wirkungsmechanismen und Angriffspunkte der Antibiotika

Sulfonamide und zahlreiche Antibiotika sind in therapeutischer Konzentration *bakteriostatisch* wirksam und hemmen mit verschiedenem Angriffspunkt und in reversibler Form das Bakterienwachstum. *Bakterizid* wirksame Chemotherapeutika und Antibiotika führen dagegen zu einer irreversiblen Schädigung des Mikroorganismus. Unter therapeutischen Bedingungen sind nur Penicilline, Cephalosporine, Polymyxine und Aminoglykoside bakterizid. Penicilline und Cephalosporine wirken nur an wachsenden und in Vermehrung begriffenen Keimen bakterizid.

Bakterizid wirksame Antibiotika sind grundsätzlich bei allen schweren bakteriellen Infektionen (z. B. Sepsis) indiziert, bei welchen die körpereigene Abwehr geschwächt ist (z. B. Tumorpatienten, zytostatische und immunsuppressive Begleittherapie, Früh- und Neugeborene) oder gänzlich darniederliegt.

Bakterien, die sich rasch vermehren, bieten den bakteriostatischen Antibiotika (z. B. Tetracycline, Chloramphenicol), den Sulfonamiden und den zellwandsynthesehemmenden bakteriziden Mitteln (z. B. Penicilline und Cephalosporine) die besten Angriffspunkte. Zu den schnell wachsenden Keimen gehören *E. coli* und andere Enterobakteriaceen, *Staphylococcus aureus*, die Neisserien, *Pseudomonas aeruginosa* sowie Streptokokken, hämo-

phile Bakterien, Clostridien, Brucellen und Bakteroidazeen.

Über den Wirkungsmechanismus antibakterieller Mittel gegen langsam wachsende Keime (z. B. Mykobakterien, Spirochäten) ist noch wenig bekannt. Dies gilt auch für Tuberkulostatika wie das Streptomycin und Rifampicin sowie Isoniazid, p-Aminosalicylsäure und Ethambutol.

*Zellwandsynthesehemmende* Antibiotika (z. B. Penicilline, Cephalosporine) unterbinden den Aufbau der Bakterienzellwand durch irreversible Hemmung des Enzyms Transpeptidase. Aufgabe der Transpeptidase ist es, die Peptidbrücken in der Bakterienzellwand zu vernetzen.

*Zytoplasmamembran-aktive Antibiotika* (z. B. Polymyxin B und Colistin) blockieren den Stoffaustausch an der Zytoplasmamembran der Bakterienzelle, insbesondere bei gramnegativen Keimen mit Ausnahme der *Proteus*-Arten. Resistent sind alle grampositiven Bakterien.

*Proteinsynthese-hemmende Antibiotika* (z. B. Chloramphenicol, Tetracycline, Erythromycin) interferieren mit der Proteinsynthese am bakteriellen Ribosom.

*m-RNS-Polymerase-hemmende Antibiotika* (z. B. Rifamycine) unterbinden die Synthese der m-RNS der Bakterien.

Die genannten unterschiedlichen Angriffspunkte der verschiedenen Antibiotika an den Bakterien erlauben die Kombination von Antibiotika. Vorteile sind eine größere Wirksamkeit, besonders bei Mischinfektionen, ein *synergistischer Effekt*, wie er bei der Kombination von Penicillinen (oder Cephalosporinen) mit Aminoglykosiden beobachtet wurde. Zumindest in vitro wurden jedoch auch *Antagonismen* zwischen Antibiotika festgestellt, so daß eini-

ge Penicilline nicht mit Cephalosporinen kombiniert werden dürfen. In diesem Zusammenhang muß auf die Spezialliteratur verwiesen werden, da auch noch nicht geklärt ist, ob die in vitro gemachten Beobachtungen tatsächlich klinisch relevant sind.

### Kelmresistenz

Eine bakterielle Resistenz liegt dann vor, wenn die minimale Hemmstoffkonzentration (MHK) in vitro höher ist als die in vivo erreichbare Serum- bzw. Gewebekonzentration, d. h. die Konzentration am Infektionsort (Regel von Naumann). Insofern dürfen die in vitro ermittelten minimalen Hemmwerte nur zu denjenigen Konzentrationen in Beziehung gesetzt werden, die in der Flüssigkeit herrschen, die das Bakterium am Infektionsort umgibt. Resistenz ist entweder durch eine Unempfindlichkeit der Bakterien gegenüber dem Chemotherapeutikum oder durch eine Inaktivierung desselben durch bakterielle Enzyme (z. B. Betalaktamasen u. a.) bedingt.

Hinsichtlich der bakteriellen Resistenz kann bei der *natürlichen Resistenz*, d. h. einer genetisch bedingten Unempfindlichkeit einer Bakterienart gegen ein bestimmtes Antibiotikum (z. B. *Pseudomonas*-Arten gegen Penicillin G), unterschieden werden zwischen einer *primären Resistenz*, bei welcher ein Teil der vorkommenden Bakterienstämme einer Art resistent, ein anderer jedoch empfindlich ist (z. B. *E. coli* gegenüber Tetracyclin), und einer *sekundären Resistenz*, die durch Selektion und Mutation unter Antibiotikawirkung auftritt. Außerdem gibt es noch die *übertragbare Resistenz*, die auf der Übertragung genetischen Materials von einer Bakterienzelle auf eine andere beruht: diese Resistenzfaktoren (= R-Faktoren) können Mehrfachresistenzen gegenüber verschiedenen Antibiotika (z. B. Chloramphenicol, Ampicillin,

Sulfonamide, Tetracycline) auf bisher empfängliche Bakterienpopulationen übertragen. Diese Form der Resistenzentwicklung spielt beim übertragbaren Keimhospitalismus eine entscheidende Rolle. Die im Krankenhaus befindlichen resistenten Mikroorganismen können innerhalb kurzer Zeit ihre R-Faktoren auf die Keime des Patienten übertragen.

**Kreuzresistenz (= Parallelresistenz)** ist die induzierte Resistenz gegen ein Antibiotikum, die zugleich auch zu einer Resistenz gegen ein anderes Antibiotikum führt.

#### Erregernachweis und Diagnosestellung

Grundlage einer erfolgversprechenden Behandlung bakterieller Infektionen ist der Nachweis und die antibakterielle Resistenzprüfung des krankheitsverursachenden Erregers. Diese Idealforderung ist aus vielerlei Gründen nicht in jedem Fall realisierbar. Es sollte jedoch immer bei Verdacht auf eine bakterielle Infektion wenigstens der Versuch unternommen werden, vor der Therapie den Erreger zu isolieren. In zahlreichen Fällen ist es durchaus zu verantworten, mit der antibakteriellen Chemotherapie bis zum Erregernachweis zu warten. Bei schweren Infektionen kann ebenfalls manchmal eine gewisse Wartezeit bis zum Einsetzen einer (zunächst „blinden“) Therapie in Kauf genommen werden, da durch mehrfache Materialgewinnung (z. B. Blutkulturen bei

Verdacht auf Endokarditis oder Osteomyelitis) zu verschiedenen Entnahmezeitpunkten die Chancen, den Erreger zu isolieren, steigen. Wurde mit der antibakteriellen Chemotherapie erst einmal begonnen, dann ist der Erregernachweis ohne eine längere Unterbrechung (von mindestens 24 bis 48 Stunden) der Antibiotikagabe fast immer aussichtslos, oft sogar auch dann, wenn der Keim gegen das verabreichte Antibiotikum resistent ist. Bei gut zugänglichen Infektionsherden (z. B. Eiterungen an Haut, Auge, Nabel, Fisteln u. a.), bei septischen Erkrankungen (Blutkultur), bei Meningitiden (Lumbalpunktion) und Infektionen der großen Körperhöhlen (z. B. Pleurapunktion) ist eine Erregerisolierung in der Regel einwandfrei und ohne Schwierigkeiten möglich.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Möglichkeiten der Materialentnahme bei verschiedenen Infektionen.

Für die therapeutische Konsequenz ist die richtige Interpretation des gelieferten Laboratoriumsbefundes Voraussetzung. Für die Resistenzprüfungen gibt es den sogenannten Reihenverdünnungs- bzw. Agardifusionstest, wobei der isolierte Erreger in einem geeigneten Nährmedium (Bouillon bzw. Agar) verschiedenen Konzentrationsstufen eines Antibiotikums ausgesetzt wird. Diejenige Konzentration, bei der kein Wachstum von Bakterien auftritt, wird als sogenannte minimale Hemmstoffkonzentration (MHK oder MIC = minimal inhibition concen-

Art der Infektion bzw. Verdacht	Material
Sepsis	Blutkultur
Osteomyelitis	Blutkultur, Punktat
Abszeß	Punktat
Infizierte Wunde	Abstrich
Hamweginfektion	Urin (z. B. MS-Urin)
Angina	Tonsillenabstrich
Meningitis	Liquor, Blutkultur
Otitis	Mittelohrsekret, Punktat
Pneumonie	Punktionsmaterial, (Sputum?), Bronchialflüssigkeit
Enteritis	Stuhl
Eitrige Rhinitis	Nasensekret
Stomatitis	Mundabstrich
Sinusitis	Nebenhöhlensekret
Cholezystitis	Galle
Empyem	Gelenkflüssigkeit

Tabelle 1

**Indo-Tablinen<sup>®</sup>**  
Rheuma

**Allo-300-Tablinen<sup>®</sup>**  
Gicht

**Indo-Tablinen:**  
**Zusammensetzung**  
 1 Tablette enthält 50 mg Indometacin.  
**Indikationen**  
 Entzündliche und degenerative (rheumatische) Erkrankungen des Bewegungsapparates.  
**Kontraindikationen**  
 Ulcus ventriculi et duodeni, auch in der Anamnese, Allergie gegen Acetylsalicylsäure oder Indometacin, Anwendung bei Kindern unter 14 Jahren.  
**Nebenwirkungen**  
 Gastrointestinale Störungen und Blutungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Somnolenz, psychische Störungen, allergische Hauterscheinungen, Störungen der Hämatopoese; Sehstörung: Retina- und Makulaveränderungen.  
**Dosierung und Anwendungsweise**  
 2-3 x ½-1 Tablette täglich.

20 Tabl.	50 Tabl.
<b>8.00</b>	<b>17.15</b>

**Allo-300-Tablinen:**  
**Zusammensetzung**  
 1 Tablette enthält 300 mg Allopurinol.  
**Indikationen**  
 Erhöhte Harnsäurespiegel, Gicht, Gichtniere.  
**Kontraindikationen**  
 Schwangerschaft und Stillzeit. Bei gleichzeitiger Behandlung mit 6-Mercaptopurin oder Azathioprin ist deren Dosis auf ein Viertel der üblichen Menge zu reduzieren.  
**Nebenwirkungen**  
 Gelegentlich Allergien.  
**Dosierung**  
 Normdosis 1 Tablette täglich.

50 Tabl.	100 Tabl.
<b>16.00</b>	<b>29.50</b>

**S SANORANIA Dr. G. Strohscheer**  
1 Berlin 28

tration) bezeichnet. Wegen seiner relativen Aufwendigkeit kommt der Reihenverdünnungstest nur in ganz besonderen Fällen, z. B. bei lebensbedrohenden septischen Infektionen (z. B. Endokarditis), in Frage.

### Hemmhofftest

Für die Bewältigung der routinemäßigen Sensibilitätsprüfungen hat sich der Agardiffusionstest in Form des sogenannten Blättchentests als am geeignetsten und einfachsten erwiesen. Hierbei wird ein mit einer zuvor festgelegten Konzentration eines Antibiotikums getränktes Filterpapierblättchen von definierter Größe auf einer Agarplatte ausgelegt, die den isolierten Erreger enthält. Die angewandten Konzentrationen wurden im allgemeinen im Reihenverdünnungstest empirisch ermittelt und schwanken mitunter in den verschiedenen mikrobiologischen Untersuchungslaboratorien. In jüngerer Zeit hat sich ein DIN-Normenausschuß, welchem erfahrene Mikrobiologen angehören, mit einer einheitlichen Standardisierung der Testblättchen, des verwendeten Nährmediums und mit der dem jeweiligen Erreger und Infektionsort angepaßten Antibiotikakonzentration pro Testblättchen befaßt. Diese DIN-Normen sollen verbindliche Richtlinien für die Empfindlichkeitsprüfung im bakteriologischen Routinelabor bei klinischem Einsendematerial darstellen. Nach einer bestimmten Bebrütungszeit bildet sich aufgrund der Diffusion des Antibiotikums in den das Blättchen umgebenden Agar ein Hemmhof, in dessen Bereich bei Empfindlichkeit keine Bakterien wachsen.

Auch im bakteriologischen Routinelabor können Fehler auftreten. Der Kliniker muß das mitgeteilte Ergebnis stets kritisch zur vorhandenen Erkrankung in Beziehung setzen. Wegen fehlerhafter Materialentnahme (z. B. Verunreinigung durch Keime, die nicht krankheitsverursachend sind) kann im Labor das Wachstum eines Keimes unterbleiben. Ein zu großer Hemmhof (vorgefälschte Empfindlichkeit) kann entstehen, wenn das Testblättchen in zu hoher Konzentration mit Antibiotikum beschickt ist. Andererseits kann ein Therapieversager bei empfindlichem Keim und adäquater Dosierung des Antibiotikums auf eine Resistenzentwicklung während der Therapie oder auf einem Immunde-

fekt des Patienten beruhen. Auch mangelnde Penetrationsfähigkeit des Antibiotikums an den Infektionsort ist eine nicht seltene Ursache.

### Diagnose ohne Erregernachweis

Wegen der erforderlichen Keimisolierung ist die Erstellung eines Antibiotogramms eine Idealforderung, die leider oftmals nicht erfüllt werden kann. Die Klinik verfügt hierbei über die besseren Voraussetzungen, in der freien Praxis ist dieses Ziel jedoch häufig nicht realisierbar. Der erfahrene Arzt kann aber oft schon aufgrund des klinischen Bildes bzw. der Lokalisation des Infektes die im speziellen Fall am häufigsten in Frage kommenden Erreger vermuten. Bei bestimmten Infektionskrankheiten wurde aus der Empirie heraus ein „Antibiotikum der Wahl“ benannt. Dem liegt die Erfahrung zugrunde, daß bei einigen Infektionskrankheiten jeweils typische Keime als Ursache der Erkrankung vorzufinden und daß diese Erreger gegen bestimmte Antibiotika fast immer empfindlich sind. Insofern kann bei typischen Krankheitsbildern mit bekannten Erregern die Wahl eines Antibiotikums auch ohne Antibiotogramm getroffen werden. Hierzu gehören z. B. Scharlach, Lues, Gonorrhoe oder Typhus. Bei Pneumonie, Pyelonephritis und anderen Krankheiten kommen aber mehrere Erreger in Betracht, deren Antibiotikaempfindlichkeit variieren kann, so daß die Wahl des am besten geeigneten Antibiotikums nur nach dem Antibiotogramm erfolgen sollte.

### Initiale Kombinationstherapie

Bei unklaren bakteriellen Erkrankungen, die nicht lokalisiert werden können und von denen vorerst keine bakterielle Kultur zu gewinnen ist, sind Breitspektrantibiotika oder die Kombinationen von zwei oder mehreren hochwirksamen Substanzen, die sich in ihrem Wirkungsspektrum ergänzen und/oder synergistische Effekte aufweisen, einzusetzen. Es ist daher notwendig, die in der jeweiligen Altersstufe am häufigsten auftretenden Erreger bestimmter schwerer Infektionen zu kennen und die Therapie danach zu richten. So dominieren z. B. beim Früh- und Neugeborenen, das sich in einer relativ schlechten

Abwehrlage befindet, sogenannte opportunistisch pathogene Erreger, wie z. B. *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella*, *E. coli* oder die Hefe *Candida*. Als Erreger von Sepsis und Meningitis finden sich in der Neonatalperiode oder bei Tumorpatienten mit reduzierter körpereigener Abwehr aufgrund der Grunderkrankung und/oder der zytostatischen Therapie überwiegend gramnegative Keime, hauptsächlich *E. coli*. Bei manchen Neugeborenen finden sich neuerdings gehäuft (fünf bis zehn Prozent) Streptokokken der Gruppe B als Erreger schwerer Sepsis unmittelbar nach der Geburt oder im Alter von wenigen Lebenstagen. Bei Verdacht auf diese Erkrankung sollte ein antibakterielles Therapie-schemata in dieser Altersklasse auch Penicillin G enthalten. Auch sollte eine initiale „blinde“ Kombinationstherapie der jeweiligen epidemiologischen Situation der betreffenden Klinik angepaßt werden.

### Antibiotika und Immunsuppression

Auch eine optimale Konzentration eines Antibiotikums am Wirkungs-ort mit gezielter antibakterieller Wirksamkeit vermag oft nicht die Bakterien restlos zu beseitigen. Die Beherrschung der Infektion ist nicht zuletzt eine Funktion der körpereigenen Abwehrkräfte. Sind diese geschädigt oder reduziert, wie z. B. beim Antikörpermangelsyndrom oder bei systemischen Erkrankungen des Immunapparates, so müssen bakterizide Antibiotika über längere Zeit und in hoher Dosis verabreicht werden. Dies gilt auch für die Immundepression durch Bestrahlung (z. B. Röntgenbestrahlung) und durch chemische Substanzen (z. B. alkylierende Substanzen, Antimetaboliten, Mitosegifte und Mitoseblocker sowie antiphlogistische Medikamente).

### Applikationsarten

Die Applikation und Dosierung eines Antibiotikums hängt von den Eigenschaften der Substanz selbst sowie vom Krankheitsbild, dem Infektionsort und dem Zustand des Patienten ab. Penicillin G z. B. kann nicht oral verabreicht werden, da es durch die Magensäure inaktiviert wird (mangelnde Säurestabilität). Penicillin V oder Propicillin können nur oral verabreicht werden. Andere, wie z. B.

Diurese

Spiro-Tablinen®  
Aldosteronantagonist  
Spironolacton 100 mg mikron.

Hydro-long-Tablinen®  
Chlortalidon 100 mg

Hydro-rapid-Tablinen®  
Furosemid 40 mg

**Spiro-Tablinen**  
20 Tabl. 41.37; 50 Tabl. 96.85

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

**Kontraindikationen:**  
Schwere Nierenfunktionsstörungen, Hyperkaliämie, Hyponatriämie.  
**Mögliche Nebenwirkungen:**  
Hyperkaliämie bei Langzeittherapie, Gynäkomastie, Impotenz, Stimmveränderungen bei Mann und Frau, Amenorrhoe, gastrointestinale Störungen, Hautreaktionen.

**Hydro-long-Tablinen**  
20 Tabl. 9.68; 50 Tabl. 19.67

**Indikationen:**  
Ödeme verschiedener Genese, Hypertonie.  
**Kontraindikationen:**  
Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie.  
**Mögliche Nebenwirkungen:**  
Hypokaliämie, Hyperurikämie, Hyperglykämie.

**Hydro-rapid-Tablinen**  
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:**  
Hypokaliämie, Hyperurikämie.

# Darm- regulans

pflanzlich  
auf Quellmittelbasis

# Laxariston®

- Standardisierte Wirkstoffe
- Ersatz von fehlenden Ballaststoffen
- Verkürzte Darmpassage
- Zuverlässige, schmerzfreie Stuhlentleerung
- Normaler, geformter Stuhl

**Zusammensetzung:** 3g Granulat enthalten: Methylcellulose 0,9g, Durchschnittspolymerisationsgrad (DP) 600, Quellungszahl 12, Cort. Frangulae 0,3g, standardisiert: Gesamtanthraglykoside 13,5mg, Rhiz. Rhei 0,15g, standardisiert: Gesamtanthraglykoside 6,75mg, Fol. Sennae 0,3g, standardisiert: Senoside A + B 7,5mg, Extr. Millefolii spir. succ. 0,015g. Die Methylcellulose ist ein nicht resorbierbares, hydrophiles Quellmittel mit einem hohen und stets gleichbleibenden Quellvermögen. Die zusätzlich enthaltenen standardisierten Pflanzenwirkstoffe stimulieren die Schleimsekretion und verhindern evtl. Verklebungen und Verkleisterungen.

**Anwendungsgebiete:** Akute Obstipation (bei Kostwechsel, Reisen, Bettlägerigkeit u. a.) Chronische Obstipation (bei Versagen der bekannten natürlichen Maßnahmen) Zur Aufweichung der Faeces bei schmerzhaftem Analleiden (besonders bei Hämorrhoiden) Zur Vermeidung körperlicher Anstrengung durch Pressen bei Infarktpatienten, nach apoplektischem Insult.

**Gegenanzeigen:** wie bei allen Laxantien - mechanischer Ileus

**Anwendung: Abende:** ½-1 Teelöffel Laxariston Granulat nach dem Essen unzerkaut mit 1 Glas Wasser einnehmen, wenn nötig, auch morgens vor dem Frühstück die gleiche Menge mit einem Glas kaltem Wasser einnehmen; Für Schwangere und Kinder ist Laxariston Granulat wegen seiner individuellen Dosierbarkeit besonders gut geeignet.

**Handelsformen und Preise:** 1 OP 100 g DM 7,85, 1 OP 250 g DM 16,25 Tagesdosispreis DM 0,15

Weiterhin im Handel: Laxariston Filmtabletten (rein pflanzlich - exakt standardisiert) 1 OP 50 Tbl. DM 7,05

SANORANIA Dr. G. Strohscheer  
1 Berlin 28

STEINER  
Arzneimittel  
Berlin West

Aminoglykoside, werden praktisch aus dem Darm nicht absorbiert und müssen daher parenteral gegeben werden. Einige Antibiotika können wegen ihrer Toxizität nur lokal appliziert werden. Ein Teil der Antibiotika kann sowohl parenteral wie auch oral verabreicht werden. Bei parenteraler Applikation erfolgt meist eine vollständige Aufnahme, und es kommt rasch zu hohen Serum- und davon abhängigen Gewebespiegeln. Deshalb empfiehlt sich beim Vorliegen wenig empfindlicher Erreger und bei schwer erreichbarem Infektionsort (z. B. Osteomyelitis, Meningitis, Abdominalabszeß usw.) der Behandlungsbeginn durch parenterale Injektion des Antibiotikums. Am besten hat sich hierbei die i.v.-Applikation bewährt. Es empfiehlt sich, Antibiotika als Bolusinjektion oder in der Kurzinfusion zu verabreichen. Meistens sind zwei bis drei Applikationsintervalle über 24 Stunden ausreichend (Ausnahme: Patienten unter immunsuppressiver Therapie!).

#### Pharmakokinetik von Antibiotika

Die Gewebeverteilung eines Antibiotikums ist abhängig von den bei üblicher Dosierung erreichbaren Serumkonzentrationen. Allgemein kann man feststellen, daß bei hohen initialen Serumspiegeln, z. B. nach einer intravenösen Bolusinjektion, auch hohe Antibiotikakonzentrationen im Gewebe erreicht werden, wenngleich die Diffusionsfähigkeit der verschiedenen Antibiotika in die diversen Gewebe unterschiedlich ist. Die Gewebeverteilung hängt aber auch von der zugrunde liegenden Erkrankung ab: so ist z. B. Penicillin bei einer Meningitis besser

liquorgängig als bei nicht entzündlich veränderten Meningen, da die Blut-Liquor-Schranke stärker permeabel ist. Andererseits kann die Ausscheidung eines Antibiotikums in die Galle bei Verschlußikterus herabgesetzt sein.

Die meisten Antibiotika werden (verändert oder unverändert) renal eliminiert. Bei eingeschränkter Nierenfunktion kann es zu toxischen Kumulationen kommen. In diesen Fällen muß die Dosis entsprechend der Einschränkung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance!) reduziert werden. Hohe Toxizität und große Serumspiegelschwankungen erfordern daher als Voraussetzung für eine erfolgreiche antibakterielle Chemotherapie als Kontrolle zusätzlich Serumkonzentrationsbestimmungen. Diese Notwendigkeit kann beispielsweise zwingend werden beim Einsatz von Aminoglykosidantibiotika (z. B. Gentamicin, Tobramycin, Sisomicin, Amikacin).

Einige Antibiotika werden in der Leber metabolisiert (z. B. Chloramphenicol) und einige bevorzugt über Galle und Faeces ausgeschieden (z. B. Rifampicin und einige Tetracycline).

#### Besonderheiten der Pharmakokinetik beim Kind

Bei Früh- und Neugeborenen, bei denen die enzymatischen Abbau- und Entgiftungsvorgänge noch nicht voll entwickelt sind, ist bei fast allen Chemotherapeutika Vorsicht geboten: dies gilt besonders für Sulfonamide, Streptomycin und Novobiocin sowie für Chloramphenicol. Durch letzteres wird bei Frühgebo-

renen (wegen mangelnder Metabolisierung in noch unreifer Leber) durch Kumulation das sogenannte „Gray-Syndrom“ hervorgerufen.

Eine Besonderheit des Säuglingsalters besteht darin, daß die orale Absorption von Substanzen oft geringer ist als im späteren Lebensalter. Außerdem unterscheidet sich der Organismus des Säuglings von dem des späteren Kindes- und Erwachsenenalters durch sein wesentlich größeres Extrazellulärvolumen. Besitzt der Erwachsenenorganismus im Durchschnitt ein extrazelluläres Flüssigkeitsvolumen von etwa 20 Prozent, so liegt dieser Wert beim Neugeborenen durchschnittlich bei 45 Prozent und beim Säugling bei 40 Prozent. Wird eine Antibiotikumdosis, wie üblich, auf das Körpergewicht bezogen, dann wird, unabhängig von der Applikationsart je nach Einbeziehung der Flüssigkeitsräume in das Verteilungsvolumen, eine unterschiedliche, bei Säuglingen jedoch stets niedrigere Konzentration des Antibiotikums resultieren, wenn von den bekannten Konzentrationen des Erwachsenen zurückgerechnet würde. In den meisten Fällen ist daher beim Neugeborenen und Säugling eine größere Substanzmenge pro Kilogramm Körpergewicht erforderlich als beim Erwachsenen. Bezieht man die durchweg schlechtere enterale Absorption nach oraler Gabe mit ein, dann kann die notwendige Dosis leicht doppelt so hoch oder noch höher liegen als beim Erwachsenen.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med., Dr. rer. nat. D. Adam,  
Lindwurmstraße 4, 8000 München 2

(Fortsetzung folgt)

**ZUSAMMENSETZUNG** Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 eine 30 mg Tropfen: 100 ml enthalten: Cocculus D4 70 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 eine 10 ml  
**Injektionslösung:** 100 ml enthalten: Cocculus D3 0,7 ml, Conium D2, Ambra D6, Petroleum D7 eine 0,1 ml, Meerwasser 32 g, Aqua pro inject. ad 100 ml  
**DOSIERUNGSANLEITUNG** Tabletten, Tropfen: 3-4 mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 8-10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und bei Übelkeit initiale Stoßtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5-10 Tropfen.  
**Injektionslösung:** Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3-1 mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., sc., i.e.  
**DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN** (incl. MwSt.)  
 Packungen mit 50 Tabletten DM 4,84, mit 250 Tabletten DM 18,09, Tropfflaschen mit 30 ml DM 7,98, mit 100 ml DM 22,28  
 Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 9,22, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 15,28

**Schwindel  
 verschiedener Genese  
 (besonders arteriosklerotisch bedingter)**

# Vertigoheel®

**Kinetosen (See-, Luft-  
 Autkrankheit)**

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

**-Heel**

# Prinzipien und Ergebnisse der Bayerischen Perinatal-Erhebung 1979/80\*

von H. K. Seibmann

Aus dem Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik der Universität München

Das erklärte Ziel der Bayerischen Perinatal-Erhebung ist die Qualitätssicherung und -verbesserung geburtshilflichen Handelns. Erreicht werden soll dieses Ziel durch

- die standardisierte Beobachtung und Dokumentation,
- den Vergleich des eigenen Handelns mit dem anderer,
- eine externe Hilfestellung bei der Auseinandersetzung mit den eigenen Ergebnissen,
- die Unterstützung der Diskussion um die Effektivität perinatologischer Verfahrensweisen und
- die Anpassung der Fortbildung an den individuellen Bedarf.

Die Verbesserung der Information über sich und andere führt mit Sicherheit zu einer Stärkung des Qualitätsbewußtseins und das Ziehen geeigneter Konsequenzen zu einer Verbesserung der Qualität geburtshilflichen Handelns.

## Beteiligung an der Bayerischen Perinatal-Erhebung

Die Bayerische Perinatal-Erhebung der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, durchgeführt von ihrer Kommission für Perinatologie, ist bekanntlich aus der Münchener Perinatal-Studie hervorgegangen, an der sich in den Jahren 1975 bis 1978 insgesamt 26 Kliniken beteiligt hatten. 1979 wurden erstmals alle bayerischen geburtshilflichen Kliniken und Belegärzte zur freiwilligen Teilnahme eingeladen. 136 Kliniken waren dieser Einladung gefolgt, 1980 nahmen sogar 159 Kliniken teil. Darunter befanden sich 88 Beleghäuser. Die jährliche Geburtenzahl lag bei der Hälfte aller Kliniken unter 425.

\*) Erweiterte Fassung eines Vortrages, gehalten auf dem 10. Kongreß für Perinatale Medizin in Berlin

Entsprechend der Erfassungstechnik der Bayerischen Perinatal-Erhebung füllten 1980 die beteiligten Kliniken zusammen 81 275 Bögen – pro Kind ein Bogen – aus, über 18 000 mehr als im Jahr zuvor. Die Geburten von 68,9 Prozent aller in Bayern geborenen Kinder wurden somit dokumentiert. Allerdings variierte die Repräsentativität der Erhebung zwischen den sieben bayerischen Regierungsbezirken erheblich (Abb. 1). Während sie in Oberfranken, der Oberpfalz und Oberbayern – nomen est omen – über 80 Prozent lag, muß man sie in Niederbayern und Mittelfranken (je 37 Prozent) als schwach bezeichnen.

Obwohl die Beteiligung der Kliniken noch zu verbessern ist, ist die bisher erreichte Beteiligungsquote beeindruckend genug. Sie läßt sich wohl auf vier Gründe zurückführen:

1. Das steigende Interesse und Verantwortungsbewußtsein der Kliniken für die eigene Qualität,
2. der wachsende Druck von außen, sei es durch die Kostenexplosion oder das Anspruchsdenken der Patienten,
3. der weitere Abbau des unbegründeten Gefühls, sich einem kollegia-

len Oberlehrer auch noch freiwillig ausgeliefert zu haben und

4. die zunehmende Erkenntnis, daß die Teilnahme an der gemeinsamen Aktion trotz erheblichen Aufwandes Vorteile für die eigene Klinik und deren Patientinnen bringt.

## Klinikstatistiken und -profile

Einer dieser Vorteile liegt mit Sicherheit in der Verbesserung des Informationsstandes. Die Bayerische Perinatal-Erhebung stellt den Kliniken Informationen über sich selbst und über andere Kliniken sowie über epidemiologische Sachverhalte zur Verfügung.

Für die Bayerische Perinatal-Erhebung neu entwickelt und erstmals 1980 an alle Kliniken versandt wurden vier verschiedene Klinikprofile (ein Übersichtsprofil und je ein Profil für risikofreie Schwangerschaften, vorzeitige Wehen und spezielle Verhaltensmuster), die den Kliniken im externen Vergleich eine Positionsbestimmung bezüglich 53 qualitätsrelevanter Fragestellungen erlauben.

Das Prinzip der Profildarstellung sei an einem Ausschnitt aus dem Profil für vorzeitige Wehen demonstriert (Abb. 2). Für dieses Profil wurden nur jene Schwangerschaften der Kliniken berücksichtigt, bei denen vor Ende der 37. Woche Wehen beobachtet und dokumentiert wurden. 1980 waren dies 11,6 Prozent aller Schwangerschaften. Der Profilausschnitt enthält als qualitätsrelevante Fragestellungen die Häufigkeit vor-

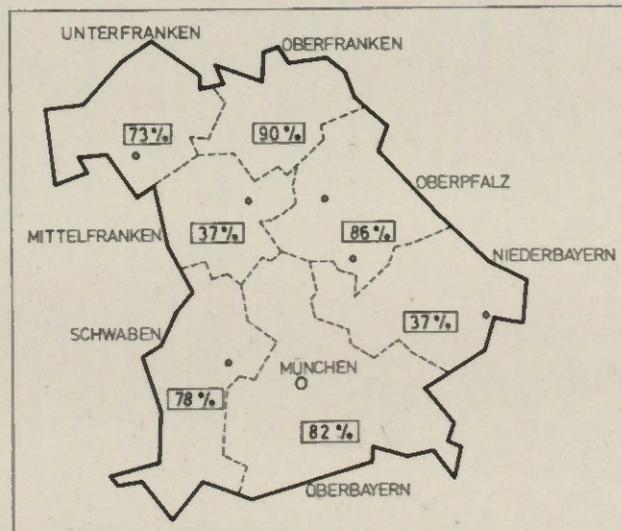


Abbildung 1  
Repräsentativität der Geburten in der Bayerischen Perinatal-Erhebung 1980 nach Regierungsbezirken

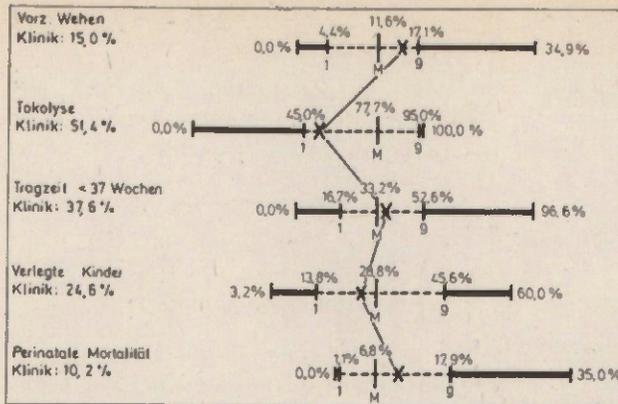


Abbildung 2  
Ausschnitte aus dem Profil für vorzeitige Wehen der Bayerischen Perinatal-Erhebung 1980 (M = durchschnittliche Frequenz; 1 bzw. 9 = 10. bzw. 90. Perzentil)

zeitiger Wehen pro Klinik, die Tokolyserate, die Frühgeburtsfrequenz, die Verlegungsrate und die perinatale Mortalität nach vorzeitigen Wehen.

Die Häufigkeit vorzeitiger Wehen variiert zwischen den Kliniken von 0 bis 34,9 Prozent, eine Variationsbreite, die wohl in erster Linie auf den Gebrauch unterschiedlicher Definitionen des Begriffes „vorzeitige Wehen“ und erst in zweiter Linie auf Unterschiede in den Patientenkollektiven zurückzuführen ist. Der Buchstabe „M“ bezeichnet in der Abbildung 2 die durchschnittliche Frequenz aller Kliniken. Im Frequenzbereich, der durch die Zahlen „1“ und „9“ begrenzt ist, liegen 80 Prozent aller Kliniken: links von der „1“ und rechts von der „9“ jeweils 10 Prozent.

77,7 Prozent aller Patientinnen mit vorzeitigen Wehen werden im Durchschnitt tokolysiert, bei manchen Kliniken alle, bei einer Klinik keine. Auch hier hat man den Eindruck, daß das Risiko „vorzeitige Wehen“

dringend einer standardisierten Definition bedarf. Das gleiche gilt für den Begriff „Tokolyse“.

Jede dritte Schwangerschaft mit vorzeitigen Wehen (33,2 Prozent) endete vor der 37. Woche. Diese „Mißerfolgsrate“ variiert nahezu maximal zwischen den Kliniken und hängt außer vom Erfolg der gewählten Therapie wiederum vom Schweregrad der vorzeitigen Wehen ab.

Auch die Verlegungsrate der Kinder nach vorzeitigen Wehen – ersatzweise als Morbiditätsmaß verstanden – zeigt eine große Variation zwischen den Kliniken. Man kann unschwer erkennen, daß die Verlegungsgewohnheiten der Kliniken uneinheitlich sind.

Die perinatale Mortalität nach einer Schwangerschaft mit vorzeitigen Wehen lag 1980 bei 6,8 Prozent. Damit stellt dieses Risiko, wie unscharf es auch definiert sein mag, eines der gegenwärtigen Hauptprobleme der Perinatalogie dar. Dies ist auch der Grund, warum nur im

Zusammenhang mit vorzeitigen Wehen die perinatale Mortalität in den Klinikprofilen als Ergebnismaß geburtshilflichen Handelns erscheint. Für Qualitätsaussagen sind Einzelfallanalysen allerdings eher angebracht als statistische Vergleiche. Diesen Weg ist auch jene Klinik gegangen, die im Klinikprofil mit 35 Prozent perinatal verstorbenen Kindern nach vorzeitigen Wehen aufscheint. Wie die Klinik, die von sich aus die allen Kliniken garantierte Anonymität der Auswertung brach, der Kommission für Perinatalogie mitteilte, lagen die Gründe für das Versterben der sieben von 20 Kindern nicht im geburtshilflichen Handeln.

Das Profil der Beispielsklinik in der Abbildung 2 weist mit 15 Prozent eine etwas hohe Rate vorzeitiger Wehen mit einer etwas niedrigeren Tokolyserate und mittleren Erfolgsquoten im Ergebnis auf. Aber was heißt etwas hoch oder etwas niedrig? Dieser Vergleich orientiert sich zunächst am statistischen Mittel. Zwar kann ein statistischer Mittelwert, der anhand von ca. 9500 mit vorzeitigen Wehen belasteten Schwangerschaften aus Kliniken der unterschiedlichsten Versorgungsstufen und Regionen ermittelt wurde, schon als einigermaßen repräsentativ angesehen werden. Doch, erstens schert das statistische Mittel alle Patientinnen und Kliniken über einen Kamm und zweitens ist ein mittleres statistisches Ergebnis nicht unbedingt mit guter Qualität geburtshilflichen Handelns gleichzusetzen. Es bedarf in jedem Fall einer klinischen Wertung.

Die Klinikprofile und die statistischen Auffälligkeitsbereiche der Bayerischen Perinatal-Erhebung wollen lediglich Signale für auffällige Verhaltensweisen oder Ergebnisse vermitteln, die die Kliniken zu interkollegialen Diskussionen anregen sollen. Einige Fehlalarme – wie im obigen Beispiel – sind dabei in Kauf zu nehmen. Eine Klassifikation in gute und schlechte Qualität ist damit nicht beabsichtigt.

Neben der Signalwirkung für die einzelne Klinik und der Rückmeldung über das eigene ärztliche Handeln decken die Klinikprofile der Bayerischen Perinatal-Erhebung aber auch Situationen auf, in denen generell eine stärkere Vereinheitlichung der Geburtshilfe hilfreich sein könnte

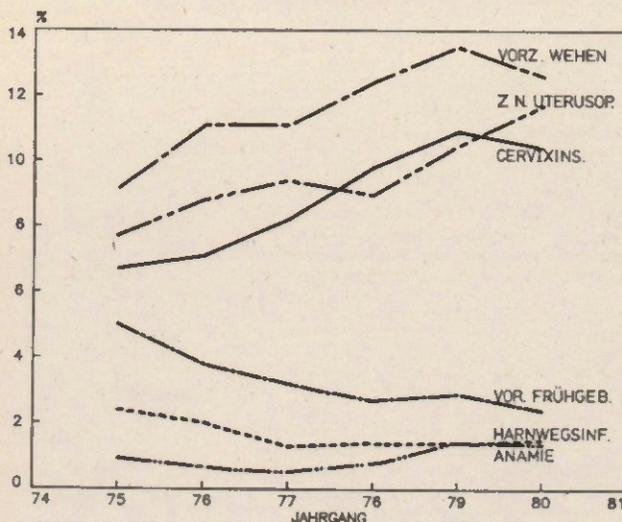
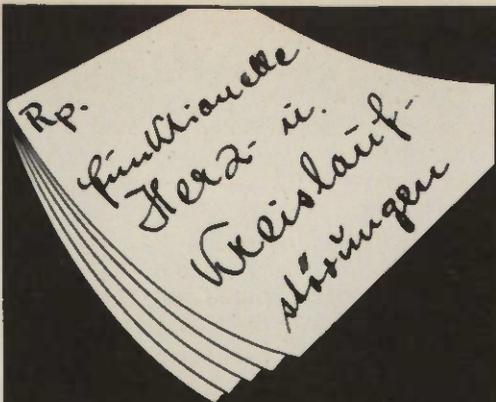


Abbildung 3  
Entwicklung ausgewählter Schwangerschaftsrisiken in 22 Kliniken der Bayerischen Perinatal-Erhebung



## Circovegetalin® compositum

### Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:

#### Tageform (rose):

Ergotoxinphosphat	0,1 mg
Chininsulfat	26,4 mg
Chinidinsulfat	10,0 mg
Theobromin	30,0 mg
mono-Magnesium-L-diglutamat	150,0 mg
Magnesiumdehydrocholat	25,0 mg
Magnesiumnikotinat	5,0 mg

#### Nachtform (braun):

Ergotaminatrat	0,10 mg
Ergotoxinphosphat	0,12 mg
Hyoscyamin	0,087 mg
Scopolaminiumbromid	0,003 mg
Phenobarbital	20,0 mg

### Indikationen:

Funktionelle Herz- und Kreislaufbeschwerden, stenokardische Beschwerden, klimakterisch bedingte Kreislaufstörungen; labiler Blutdruck; periphere Durchblutungsstörungen und Perästhesien; nächtliche Wadenkrämpfe.

### Kontraindikationen:

Exsikkose, Grevität, Lektetion, Engwinkelgleukom, Prostataadenom mit Restharnbildung, schwere Zerebrisklerose. Akute hepatische Porphyrien. Gefäßkrankungen, schwere Leber- oder Nierenfunktionsstörungen.

### Nebenwirkungen:

Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion (Wärmesteu), Heutrötung, Akkomodationsstörungen, Gleukomeuslösung (Engwinkelgleukom), Tachykardie, Miktionsbeschwerden. Secelaakeloid- und chlinidinbedingta Nebenwirkungen sind aufgrund der niederen Dosierung nicht zu erwarten.

**Warnhinweis:** Die Nachtform kann das Reaktionsvermögen beeinträchtigen.

### Hendelsformen und Preise:

45 Dragées DM 10,25 90 Dragées DM 18,40

Bei **Gicht** und  
Hyperurikämie

# Phloguron®

Antiuratum



**1x** tägl. zur Dauerbehandlung  
Filmtablette oder Zäpfchen



**Zusammensetzung:** 1 Filmtablette bzw. 1 Zäpfchen enthält:

4-(3-Oxobutyl)-1,2-diphenyl-3,5-pyrazolidindion (Kebuzon) 250 mg

**Anwendungsgebiete für Filmtabletten:** Gicht und Hyperurikämie.

Entzündlicher und degenerativer Rheumatismus. Nichtrheumatische entzündliche Schmerzzustände. **Anwendungsgebiete für Zäpfchen:** Gicht und Hyperurikämie. Entzündlicher und degenerativer Rheumatismus. Nicht-rheumatische entzündliche Schmerzzustände. Entzündliche Analerkrankungen und entzündliche Hämorrhoiden. Anwendungsdauer: bis zu 2 Monate.

**Gegenanzeigen:** Granulozytopenie, Thrombopenie, hämorrhagische Diathese, akute intermittierende Porphyrie, bekannte Überempfindlichkeit gegen Pyrazolonderivate, Schwangerschaft. Patienten mit Magen-Darmgeschwüren nur bei zwingender Indikation und einer Höchstdosis von morgens und abends jeweils 1 Filmtablette oder 1 Zäpfchen. Vorsicht bei kardialer, renaler und hepatischer Insuffizienz. Bei Langzeittherapie regelmäßige Kontrollen von Blutbild und leberspezifischen Serumenzymen. **Nebenwirkungen:** Magen- und Darmbeschwerden, Ödeme, in seltenen Fällen allergische Reaktionen (Leukopenie und Anstieg der Serumtransaminasen). **Wechselwirkungen:** Wirkungsverstärkung von Antikoagulantien und oralen Antidiabetika (Sulfonylharnstoffe).

**Dosierung für Filmtabletten:** Langzeittherapie: 2mal täglich 1 Filmtablette. Hyperurikämie: 1mal täglich 1 Filmtablette. Im akuten Schub und Gichtanfall: bis zu 3mal täglich 2 Filmtabletten. **Dosierung für Zäpfchen:** 2-3mal täglich 1 Zäpfchen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:**

Originelpackungen 20 Filmtabletten DM 8,20  
50 Filmtabletten DM 18,40, 5 Zäpfchen DM 6,15  
10 Zäpfchen DM 10,10, 50 Zäpfchen DM 40,75

**STEINER**  
Arzneimittel  
Berlin West

**VERLA-PHARM TUTZING**

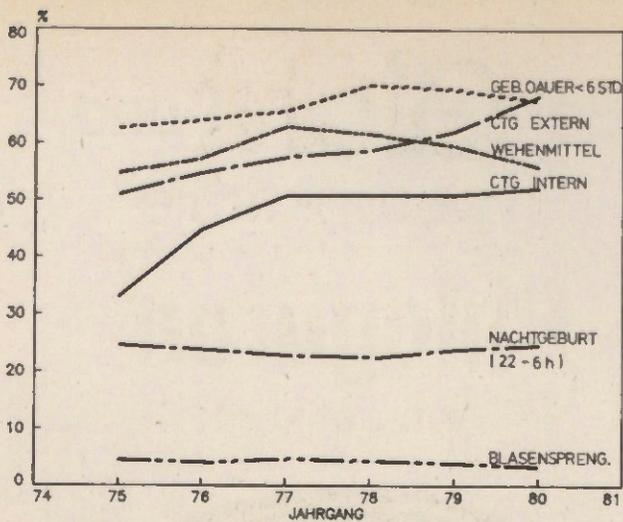


Abbildung 4  
Entwicklung der Geburtsleitung und -überwachung in 22 Kliniken der Bayerischen Perinatal-Erhebung

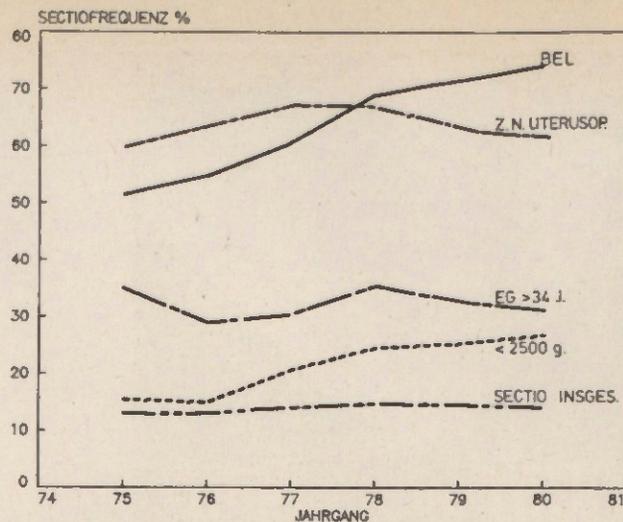


Abbildung 5  
Entwicklung der Kaiserschnittbindung beim Vorliegen verschiedener Risiken

und diskutiert werden sollte. Dabei ist sowohl an die Verwendung einheitlicher Definitionen – wie z. B. der vorzeitigen Wehen – als auch an die Erarbeitung allgemeingültiger Verhaltensweisen – wie z. B. bei der Verlegung von Neugeborenen – zu denken.

#### Zeitliche Variationen der perinatologischen „Landschaft“

Neben den Klinikvergleichen erlauben die Daten der Bayerischen Perinatal-Erhebung auch eine Beschrei-

bung der zeitlichen Variationen der perinatologischen „Landschaft“. 22 Kliniken mit zusammen ca. 17 000 Geburten pro Jahr, beteiligen sich von Anfang an an den gemeinsamen Bemühungen um die Qualität. Ihre Ergebnisse, die zwar in Ihrer Höhe nicht unbedingt repräsentativ für Bayern sind, vermitteln einen ungefähren Eindruck von den gegenwärtigen Tendenzen in der Geburtshilfe.

Überraschend große Veränderungen finden sich bei einigen Schwangerschaftsrisiken (Abb. 3). Zunahmen

um 37 bis 55 Prozent verzeichneten die Risiken vorzeitige Wehen, Zervixinsuffizienz und Anämie, die wohl eher auf eine größere Sensibilisierung der Ärzte als auf eine plötzliche Zunahme der Risiken zurückzuführen sind.

Das Risiko „vorausgegangene Frühgeburt“ hat sich, bezogen auf Mehrgebärende, in den sechs Beobachtungsjahren halbiert (1980 : 2,4 Prozent). Das Risiko „Zustand nach Operation am Uterus“ stieg bei Mehrgebärenden dagegen von 7,7 Prozent auf 11,7 Prozent an, mit Si-

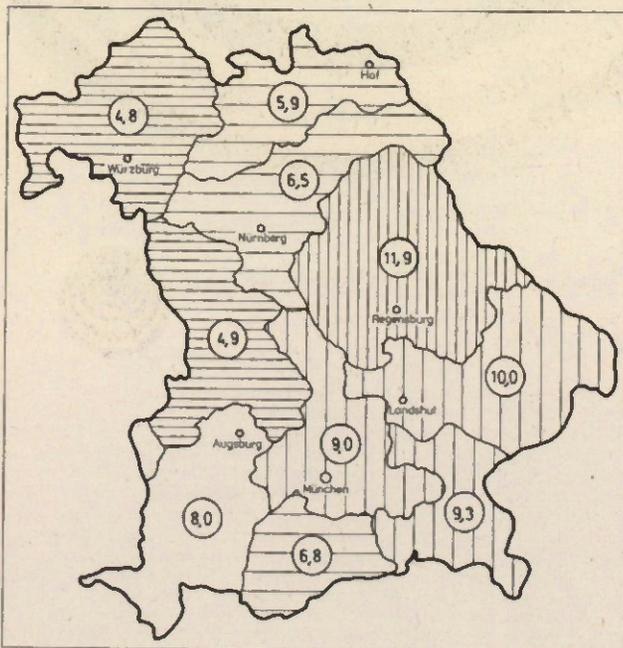


Abbildung 6  
Regionale Verteilung (Bayerische Perinatal-Erhebung 1980) der Zervixinsuffizienz nach bayerischen Postleitzahlbezirken ( $\phi = 8,0\%$ )

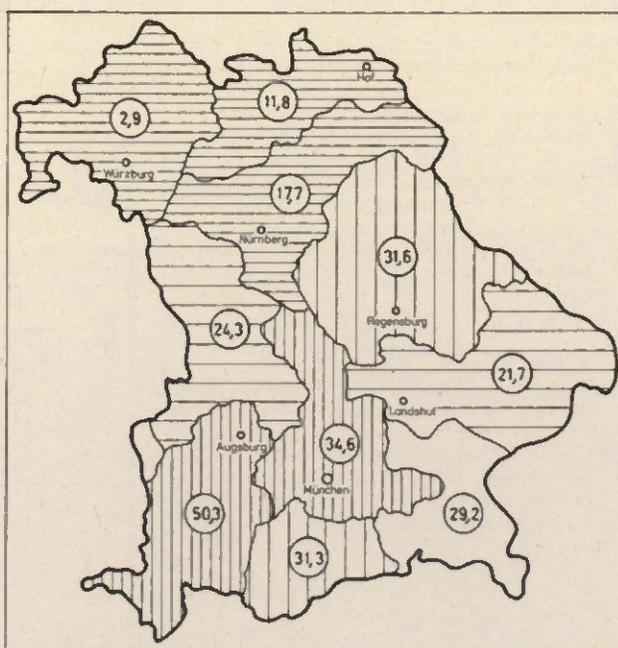


Abbildung 7  
Regionale Verteilung (Bayerische Perinatal-Erhebung 1980) der Anwesenheit eines Pãdiaters bei Frühgeburten nach bayerischen Postleitzahlbezirken ( $\phi = 28,1\%$ )

cherheit ein Ergebnis der erweiterten Sectio-Indikation in der Vergangenheit.

Die Entwicklung der Geburtsleitung und -überwachung zeigt seit 1977/78 einen merklichen Rückgang der ärztlichen Einflußnahme auf den Geburtsverlauf (Abb. 4). Wehenmittelgaben und Blasensprengungen vor regelmäßigen Wehen nehmen ab und dafür die Geburtsdauer der vaginalen Entbindungen und die Nachtgeburten (22 bis 6 Uhr) wieder zu. Die externe kardiokographische Überwachung hat in diesen 22 Kliniken 1980 beinahe die 70 Prozent erreicht, während die invasive interne kardiokographische Überwachung schon seit 1977 bei ca. 51 Prozent stehengeblieben ist, wohl ein Ausdruck der gegenwärtig stattfindenden kontroversen Diskussion um die Risiko-Nutzen-Abwägung der invasiven Überwachung normaler Geburten.

Teilweise dramatische Veränderungen des geburtshilflichen Verhaltens zeigt die Entwicklung der Kaiserschnittindikation (Abb. 5). Die Sectio-Rate bei Beckenendlagengeburten stieg zwischen 1975 und 1980 von 51,2 auf 73,9 Prozent an. Etwas später begann die großzügigere Indikation zur Sectio bei untergewichtigen Kindern, die 1980 bei 26,7 Prozent lag. Daß dennoch die Gesamt-Sectio-Rate inzwischen wieder bei 14,0 Prozent — dem Stand von 1977 — angekommen ist, muß wohl darauf zurückgeführt werden, daß andere bisher übliche Indikationen, wie der „Zustand nach vorausgegangener Uterusoperation“ oder die „Erstgebärende über 34 Jahre“, an Bedeutung verloren haben.

### Regionale Variationen der perinatalogischen „Landschaft“

Die Repräsentativität der Geburten von ca. 70 Prozent erlaubt auch erste zaghafte Versuche regionaler Vergleiche.

Betrachtet man z. B. die regionale Verteilung der Zervixinsuffizienz in Bayern (Abb. 6), so erhält man den Eindruck eines Ost-Westgefälles, das sich in dieser Höhe sicher nicht mit tatsächlich vorhandenen regionalen Unterschieden oder unterschiedlicher Repräsentativität erklären läßt. Wenn man bedenkt, daß in der Schweiz und in Finnland die Rate der Zervixinsuffizienz unter einem Prozent liegt (Bayerische Perinatal-Erhebung 1980: 8,0 Prozent) und andererseits über 86 Prozent aller Zervixinsuffizienzen in Bayern mit Cerclagen behandelt werden, so scheint hier ein Ansatzpunkt für eine interkollegiale Diskussion gegeben.

Gleiches gilt auch für die Frage nach der Anwesenheit eines Pädiaters bei einer Frühgeburt (< 37 Wochen). Im bayerischen Durchschnitt ist dies in 28,1 Prozent der Fall (Abb. 7). Allerdings variiert diese Rate zwischen den bayerischen Postleitzahlbereichen von 2,9 bis 50,3 Prozent.

### Neuer Erhebungsbogen ab 1982

Die Klinikprofile, die zeitlichen und regionalen Vergleiche vermitteln einen Eindruck von den Informationen und Anregungen, die aus den gemeinsam gesammelten Daten abgeleitet werden können. Um diese Informationen noch weiter zum Nutzen der Qualitätssicherung verbessern zu können, wurde in einjähri-

ger Zusammenarbeit mit der Perinatalogischen Arbeitsgemeinschaft Hannover der seit 1978 gültige Erhebungsbogen generalüberholt. Die organisatorische Vereinfachung und die inhaltliche Verbesserung standen dabei im Vordergrund. So enthält der neue Bogen, der ab 1. Januar 1982 eingesetzt wird, jetzt als zweite Kopie einen Verlegungsbogen, der, ergänzt durch neonatologisch wichtige Angaben bei der Verlegung der Neugeborenen mitgegeben, die bisher üblichen Verlegungsbogen ersetzen kann. Es ist daran gedacht, daß als Gegenleistung für die ausführliche geburts-hilfliche Information die Kinderkliniken am siebten Tag nach der Geburt des verlegten Kindes einen Statusbericht an die Geburtskliniken übermitteln.

Zur inhaltlichen Verbesserung tragen im wesentlichen exaktere Definitionen — z. B. bei Tokolyse und Sectio —, der Verzicht auf Nichtbewährtes und neue Fragen zur Indikation von Geburtseinleitung und operativer Entbindung und zur Morbidität der Mutter bei.

Besonders erfreulich ist es, daß dieser neue Bogen seit Beginn 1982 auch in Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Hessen und Nordrhein-Westfalen eingesetzt wird.

### Schlußbemerkung

Mit dem Ausfüllen von Erhebungsbögen, dem Auszählen von Häufigkeiten und dem Vergleichen von Prozentsätzen allein läßt sich die Qualität ärztlichen Handelns nicht sichern und verbessern. Dies kann nur der erste Schritt sein. Das Nachdenken über die Qualität, die Suche und das Vergegenwärtigen von Qualitätsproblemen, die Diskussion mit Kollegen über Standards der täglichen Praxis — nicht nur über neue Entwicklungen oder geburts-hilfliche Ausnahmesituationen — und das Ableiten der richtigen Konsequenzen müssen den Bemühungen um Informationsverbesserung folgen. Dies zu tun, liegt bei der Bayerischen Perinatal-Erhebung voll im Verantwortungsbereich jedes einzelnen Arztes bzw. jeder einzelnen Klinik.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. rer. biol. hum. H. K. Selbmann, Mitglied der Kommission für Perinatalogie, Marchioninstraße 15, 8000 München 70

## 7. Oberstauferer Symposium für praktische Onkologie

am 26. Juni 1982

Auskunft: Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-268

# Formen der Depressionen im Alter\*)

von S. Kanowski

## 1. Einführung

Bereits bei antiken Autoren lassen sich Hinweise auf eine häufige Verknüpfung von höherem Lebensalter und dem Auftreten von Depressionen finden (Willmuth, 1979). Doch verloren sich solche Erkenntnisse in späteren Jahrhunderten wieder in dem Maße, in dem Depressionen im Alter nicht als Krankheit, sondern als altersgemäßes Verhalten angesehen oder nicht zwischen Depression und Demenz unterschieden wurde. Auf beide Probleme wird noch zurückzukommen sein. Für das Mittelalter wird vermutet, daß nicht wenige der als Hexen angeklagten und verbrannten älteren Frauen an Spätdepressionen litten, denen zufolge sie selbst glaubten, sich gegen Gott versündigt zu haben, von Dämonen besessen zu sein und solche Schuld dann sogar spontan ganz ohne Foltern bekennen.

Im neunzehnten Jahrhundert wurde ein enger Zusammenhang zwischen Altern und der Manifestation von Depressionen aufgrund zweier theoretischer Annahmen übersehen. Unter der in der romantischen Zeit in der Psychiatrie vorherrschenden Vorstellung, daß Gemüts- und Geisteskrankheiten die Folge übermäßiger Leidenschaften seien, schrieb z. B. Esquirol, daß die Melancholie im Alter gar nicht oder nur sehr selten aufträte, weil das Schwenden der Leidenschaften mit zunehmendem Alter zu einem Zustand der Gelassenheit und des Verzichtes führe. In ähnlicher Weise argumentierte er, daß auch Suizidhandlungen selten vorkämen, weil die drohende Nähe des Todes eher den Wunsch zu leben stärke. So seien die Alten nur dem Risiko ausgesetzt, an dementiellen Prozessen zu erkranken (zit. n. Willmuth). Hieran knüpfte die zweite theoretische

Annahme, die von vielen Autoren geteilt wurde, daß nämlich manische und depressive Erscheinungen im Alter in jedem Fall die Vorläufer einer beginnenden Degeneration des Hirns seien und daher in das klinische Bild der Demenz einmündeten. Jeder Manie oder Depression im Alter folge die Demenz, wenn die Patienten nur lange genug lebten.

Am Ende dieser kurzen historischen Betrachtungen ist festzuhalten, daß die auch heute in bezug auf den Zusammenhang zwischen Alter und Depressionen immer noch diskutierten Fragen, ob die Manifestation von depressiven Verstimmungen nicht als altersphysiologisch zu betrachten sei, und inwieweit es Überschneidungen zwischen affektiven und hirnorganisch bedingten Störungen im Sinne der Demenz gebe, schon seit Jahrhunderten diskutiert werden.

## 2. Epidemiologie

Wie stets in der Psychiatrie hängen die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen von der Stichprobe, an der sie und dem Instrumentarium, mit dem sie gewonnen werden, ab. Nicht weniger wichtig sind die Kriterien, mit deren Hilfe eine Krankheit oder ein Syndrom definiert wird. So läßt sich der zusammenfassenden Darstellung von Gurland (1976) entnehmen, daß bei Zugrundelegung diagnostischer Kategorien – psychotische Depression (severe depressive disorders) und neurotische Depression (mild depressive disorders) – die maximale Häufigkeit von Depressionen zwischen dem 25. und 65. Lebensjahr liegt, wobei psychotische, d. h. schwere Depressionen, häufiger jenseits des 40. und neurotische, d. h. leichtere Formen, häufiger davor in Erscheinung treten. Die diagnostische Zuordnung nahmen in allen diesen Untersuchungen Psychiater vor. Wird im Gegensatz hierzu depressive Symptomatik – unabhängig von diagnostischen Zuordnungen – erfaßt, so liegen Häufig-

keitsgipfel depressiver Verstimmungen ganz eindeutig jenseits des 65. und vor dem 20. Lebensjahr. Die Prävalenzraten für über 65jährige schwanken dabei zwischen sieben und zehn Prozent der untersuchten Bevölkerungsstichprobe.

Neben der Altersabhängigkeit zeigt sich auch eine ebenso deutliche Geschlechtsabhängigkeit der Depressionen, indem die gesamte Prävalenz über alle Altersgruppen hinweg bei Frauen höher liegt als bei Männern, bei Frauen aber die Häufigkeitsgipfel deutlich früher liegen als bei Männern (fünfte gegenüber siebter Lebensdekade) und Depressionen im höheren Lebensalter etwas häufiger bei Männern als bei Frauen anzutreffen sind. Diese Verhältnisse werden aus der Abbildung 1 deutlich (Weissmann und Myers). Dieser Arbeit entstammt auch die Abbildung 2, die klar erkennen läßt, daß die Zahl der behandelten Patienten mit depressiven Syndromen mit dem Alter abnimmt, obwohl die Häufigkeit der Erkrankungen zunimmt. Dies stimmt mit der längst bekannten Tatsache überein, daß über 65jährige in ambulanten psychiatrischen Institutionen unterrepräsentiert sind, d. h., seltener in Erscheinung treten als ihrem Bevölkerungsanteil und der zu erwartenden psychischen Morbidität entspricht. Lediglich in den Landeskrankenhäusern sind Patienten mit Psychosen im höheren Lebensalter und besonders dementiellen Erkrankungen sehr stark überrepräsentiert.

Daraus folgt für die Therapie der depressiven Syndrome des höheren Lebensalters, daß dies vorwiegend eine Aufgabe der rechtzeitigen und präzisen Diagnostik im ambulanten Versorgungsbereich und der nichtpsychiatrischen Ärzte ist. Wegen der allbekannten Multimorbidität im höheren Lebensalter betrifft das alle medizinischen Disziplinen, besonders aber die praktischen Ärzte oder Ärzte für Allgemeinmedizin, da sie ja wesentlich hausärztliche Funktionen erfüllen.

## 3. Klassifikation der depressiven Syndrome

Obwohl der Begriff Depression nahezu umgangssprachliche Verbreitung hat, weil fast jeder in unserem Lande meint, irgendwann „seine Depression“ haben zu müssen – u.

\*) Vortrag entliehen des 31. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer

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

# Die klassische Hochdrucktherapie

# ® Adelphan - Esidrix



## verhindert die Spätfolgen des Hochdrucks

**Zusammensetzung:** Eine Tablette enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin-sulfat + 10 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Arterielle Hypertonie. **Kontraindikationen:** Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz schwereren Grades; hochgradige Koronarsklerose; Depressionen, Magen-Darm-Ulzera, Kolitis und Gastroenteritis – auch in der Anamnese –. **Nebenwirkungen:** Zu Behandlungsbeginn gelegentlich Nausea und Tachykardie. In seltenen Fällen Hypokaliämie, Hyperglykämie, Hyperurikämie, orthostatische Regulationsstörungen, Verstopfung der Nase, migräneartige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Lymphdrüsenanschwellungen, Blutbildveränderungen, Magen-Darm-Ulzera, gesteigerte Magen-Darm-Motilität, Potenzstörungen oder depressive Verstimmungen. **Wechselwirkungen:** Der Reserpin-Anteil kann die bradykarde Wirkung der Digitalisglykoside sowie die Wirkung zentral dämpfender Pharmaka und den blutdrucksenkenden Effekt anti-

hypertensiver Pharmaka verstärken. – Der Hydrochlorothiazid-Anteil kann die Wirkung von Antidiabetika verringern, die kardo- und neurotoxische Wirkung von Lithiumsalzen sowie den kaliumausschwemmenden Effekt von Glukokortikoiden erhöhen und die Wirkung von Herzglykosiden bei bestehendem Kaliummangel verstärken.

**Dosierung:** Behandlungsbeginn im allgemeinen 1–2mal 1 Tablette pro Tag, evtl. vorübergehende Dosissteigerung. Zur Dauerbehandlung genügt vielfach 1 Tablette täglich. **Besondere Hinweise:** Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. – Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatwechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. – Bei höherer Dosierung und eingeschränkter Nierenfunktion sind die Plasma-Kreatininwerte sowie der Elektrolyt-

haushalt zu kontrollieren. **Handelsformen und Preise:** 20 Tabletten DM 9,30, 50 Tabletten DM 20,70, 100 Tabletten DM 35,85; Anstaltspackung. Stand: August 1981



CIBA-GEIGY GmbH, 7867 Wehr

AdE 5

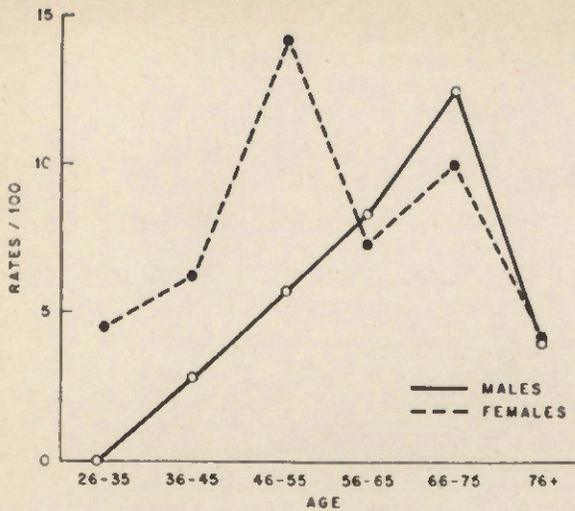


Abbildung 1

a. sicher ein negativer Erfolg psychiatrischer und psychoanalytischer Aufklärung –, ist die ärztliche Definition dessen, was Depression ist und damit vom normalen Traurigsein sich unterscheidet sowie die Klassifikation, d. h. nosologische Zuordnung depressiver Syndrome nicht leicht. Die hauptsächlichste Schwierigkeit rührt daher, daß der gleiche Begriff Depression auf verschiedenen Beschreibungsebenen verwendet wird. Auf der *symptomatologischen Ebene* bezeichnet Depression das Einzelsymptom der hoffnungslosen, traurigen, niedergeschlagenen Verstimmtheit, der pathologischen Traurigkeit. Auf der *syndromatologischen Ebene* dient der Begriff Depression zur Kennzeichnung einer regelhaft auftretenden Kombination verschiedener Symptome, die sehr verschiedenen geistig-emotionalen und auch körperlichen Funktionsbereichen zugehören, aber dennoch zum depressiven Syndrom zusammenfließen. Die betroffenen Funktionsbereiche sind der emotional-gefühl-

hafte, der kognitive, der motorische, der vegetativ-körperliche. Schließlich wird der Begriff Depression als *nosologischer Begriff* verwendet, und in diesem Sinne werden verschiedene Typen von Depressionen, denen unterschiedliche ätiologisch-pathogenetische Entstehungsprinzipien zumindest hypothetisch zugrunde gelegt werden, unterschieden. Die klassische Klassifikationslehre geht dabei von *drei Grundtypen*, der endogenen, der organischen oder symptomatischen Depression aus. Während die endogene Depression dem manisch-depressiven Formenkreis und damit den endogenen Psychosen zuzurechnen ist, über deren Ätiologie wir nur wissen, daß genetische Faktoren von Belang sind, sind die organischen oder symptomatischen Depressionen als primär oder sekundär zerebral ausgelöste Psychosen anzusehen, die psychogenen oder psychoreaktiven Depressionen hingegen als auf neurotischem Boden wachsende oder durch den massi-

ven Einbruch lebenssituativer Faktoren ausgelöste depressive Syndrome zu verstehen. Diese klassische Einteilung der Depressionen in die genannten drei Grundtypen kann zumindest theoretisch – auch für die spät im Leben sich manifestierenden Depressionen Anspruch auf Gültigkeit erheben (Schulte, 1971). Nun läßt sich aber nicht verkennen, daß, so klar die theoretischen Konzepte dieser drei Grundtypen der Depressionen auch sein mögen, in der Praxis erhebliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten auftreten können. Am zuverlässigsten lassen sich noch endogene Depressionen aufgrund ihrer charakteristischen Symptomatik und des phasenhaften Verlaufes positiv diagnostizieren. Moderne, mit Hilfe faktorenanalytischer oder Cluster-analytischer Verfahren vorgenommene Klassifikationsversuche bestätigten dies insofern, als es hiermit gelang, endogene von neurotischen Formen der Depression zu unterscheiden. Weitere Aufteilungsversuche mißlangen jedoch (Garside et al., 1971; Kendell und Gourlay, 1970).

Das Problem der Differentialdiagnose depressiver Syndrome im höheren Lebensalter wird weiterhin erschwert durch das hinreichend bekannte Faktum der *Multimorbidität* und die damit verknüpfte, aber auch unabhängig hiervon gegebene höhere *psychosoziale Vulnerabilität* älterer Menschen. Für diesen klinischen Bereich dürfte das zutreffen, was Mendells (1965) formulierte, daß nämlich endogene und psychogene depressive Syndrome sehr wahrscheinlich nur selten in reiner Form auftreten. Das heißt mit anderen Worten, daß wir gerade in der Gerontopsychiatrie im Sinne einer *multikonditionalen Pathogenese* wahrscheinlich in viel höherem Maße mit Überschneidungs-, d. h. Mischbildern der drei beschriebenen Grundtypen der Depressionen zu rechnen haben. Die Abbildung 3 trägt dieser Situation Rechnung, indem sie die drei depressiven Grundtypen und die pathogenetisch denkbaren Mischtypen darstellt. Die nachfolgenden Ausführungen sollen zeigen, daß es sich bei diesem Schema keineswegs um eine theoretisch starre Abstraktion von der Wirklichkeit handelt, sondern daß nach allem, was wir über die Problematik des Alterns wissen und an klinischer Erfahrung bei-

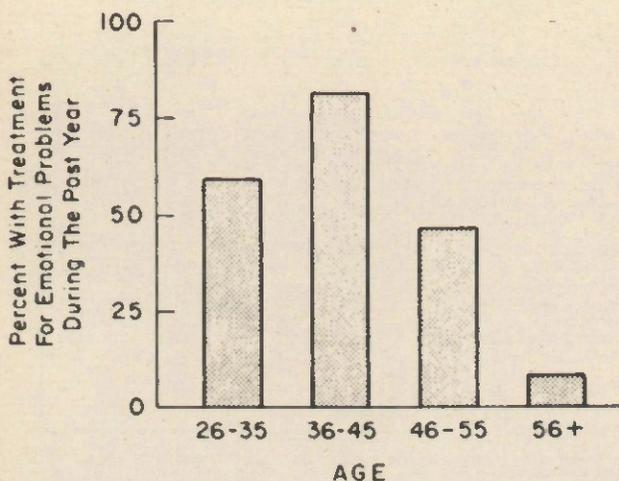
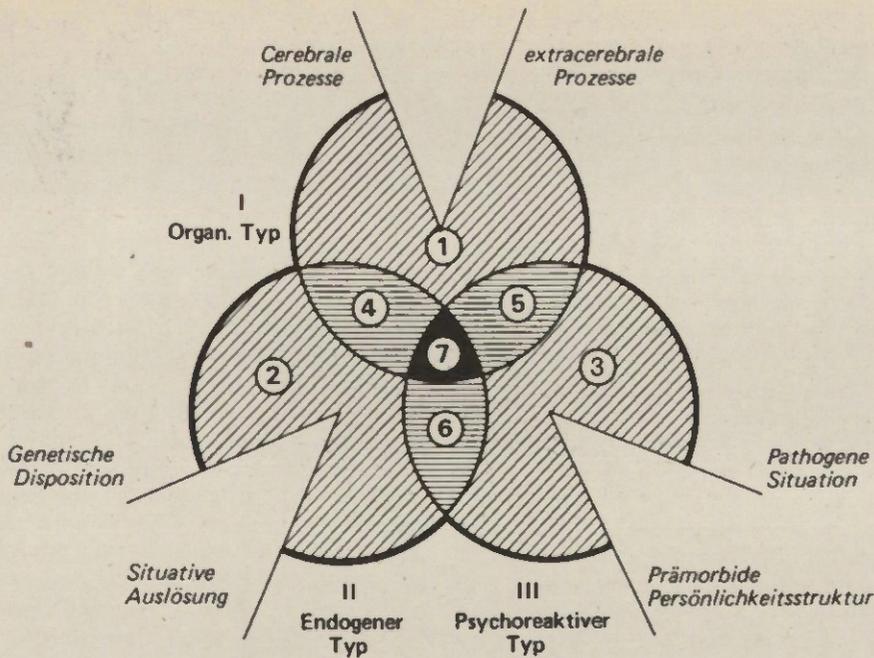


Abbildung 2



(I-III = theoretische Grundmodelle; 1-7 = mögliche klinische Erscheinungsformen, und zwar: 1 = rein organische Depression; 2 = rein endogene Depression; 3 = rein psychoreaktive Depression; 4 = endogene Depression mit hirnorgerischer Symptomatik; 5 = organisch-psychoreaktive Mischdepression; 6 = endogen-reaktive Mischdepression; 7 = endogen-reaktive Mischdepression mit hirnorgerischer Symptomatik)

Anmerkung: Die Flächenrelationen spiegeln keine Häufigkeitsrelationen wider

Abbildung 3

Klassifikation depressiver Erkrankungen im höheren Lebensalter

sammen haben, die sieben Depressionstypen durchaus dem entsprechen, womit wir in der klinischen Realität konfrontiert sind. Dabei müssen wir allerdings eingestehen und nochmals unterstreichen, daß die klinische Differentialdiagnose allein aufgrund der Phänomenologie der depressiven Syndrome in einer solchen Differenzierung in keiner Weise gelingt, sondern daß wir hierzu weitere Informationen und Untersuchungen über eventuell vorliegende körperliche Krankheitsprozesse und die psychosoziale Situation, die Biographie und den Verlauf der jetzigen Erkrankung heranziehen müssen. Die differentialdiagnostische Aufklärung depressiver Syndrome bleibt trotz dieser praktischen Schwierigkeiten deshalb so wichtig, weil die Behandlung sich auf die wahrscheinlichste pathogenetische Entstehung der depressiven Syndrome hin orientieren muß. Das unterstreicht auch Post (1972), wenn er schreibt: „Going beyond the commonplace dictum that each depressive patient is an individual, the results of the present investigation lead to the suggestion that a deeper level also every depressive attack is an individual affair . . . On each separate occasion the illness should

be regarded as an individual amalgam multifactorially compounded of inborn and acquired predispositions to depression, current emotional trauma and existing personality defects, which are themselves, of course, a product of predisposition and life experience.“ Post kommt zu dieser Schlußfolgerung, obwohl er in der zitierten Untersuchung an 92 depressiven über 60jährigen eine sichere Unterscheidung, die über eine Klassifizierung nach schweren, eher psychotischen, intermediären und leichteren, eher neurotischen Formen hinausgeht, ebenfalls nicht erzielen konnte.

Die folgenden Betrachtungen werden jeweils von einem der drei erwähnten pathogenetischen Grundtypen depressiver Erkrankung ausgehen, zugleich aber die Kombinationsmöglichkeiten mit den beiden anderen Typen mit einbeziehen.

### 3.1 Typ der endogenen Depression

Seit den Untersuchungen von Angst (1966) und Angst und Perris (1968) wissen wir, daß es spätmanifestierende Depressionen vom endogenen Typ gibt, die sich hinsichtlich der genetischen Belastung allenfalls graduell im Sinne einer mögli-

cherweise weniger penetranten genetischen Belastung von den früher manifestierenden endogenen Depressionen unterscheiden. Die Begriffe Involutionen-depression, Spätdepression bzw. Spätzyklothymien sind als Synonyma dieser Gruppe anzusehen; sie können heute alle zugunsten des Terminus spätmanifestierende endogene Depressionen entfallen. Diese Korrektur hat sich auch in der jüngsten Revision der ICD (1980) niedergeschlagen, die die Gruppe der Involutionen-depression nicht mehr als eigene diagnostische Kategorie enthält. Handelt es sich um eine Erstmanifestation im Rückbildungsalter, so bleibt es oft bei einer Phase, doch sind Rezidive möglich. Gegenüber endogenen Depressionen in jüngeren Jahren ist die Phasendauer verlängert. Schulte (1971) gibt einen mittleren Wert von 14 Monaten an. Bei Patienten, die früher schon an Phasen erkrankt waren, scheint die Intensität der depressiven Symptomatik gegenüber früher oft geringer ausgeprägt, stärker auch ins körperlich hypochondrisch-klagsame verändert. Der reine Typ entspräche dem Feld 2 der Abbildung 3. Doch betonen fast alle Autoren übereinstimmend, daß bei endogenen Depressionen des späteren Lebens auslösende Situationen viel häufiger zu finden seien als in jüngeren Jahren. Nach den Erhebungen von Angst, Angst und Perris (1966 und 1968) werden mehr als die Hälfte der Spätdepressionen durch körperliche Erkrankungen oder seelische Erschütterung ausgelöst. Diese stärkere situative Abhängigkeit ließe sich zugleich mit der Tatsache ihrer späten Manifestation mit der geringeren genetischen Penetranz erklären. Vogel und Lungershausen (1974) fanden bei Involutionen-depressionen im Unterschied zu einer Vergleichspopulation vor allem „situative Mehrfachbelastungen“. Damit wird es natürlich besonders schwierig, die differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber den beiden anderen Grundtypen der organischen und psychogenen Depressionen zu ziehen. Wir bewegen uns damit im Bereich der Überlappungsfelder 4 und 6 der Abbildung 3. Ein Kriterium der Abgrenzung, das aus der Verlaufsbeobachtung gewonnen werden kann und auf das Glatzel (1973) besonders hingewiesen hat, ist die Tatsache, daß zwar am Anfang ein auslösendes Ereignis evident ist, der weitere Verlauf

des endogenen Typus dann aber im Gegensatz zu dem der psychoreaktiven Depression Eigengesetzlichkeit erkennen läßt, während bei der reaktiven Form die situative Abhängigkeit erhalten bleibt.

Überschneidungen mit den organischen Depressionen sind ebenfalls seit langem in der Diskussion, weil klinischen Beobachtern schon seit jeher aufgefallen war, daß im Verlauf depressiver Phasen im höheren Lebensalter nicht selten scheinbar hirnorganische Symptomatik in Erscheinung treten kann, wie z. B. Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Diese Beobachtung hat zum Begriff der „depressiven Pseudodemenz“ geführt und zu Spekulationen darüber Anlaß gegeben, ob in solchen Fällen eine als symptomatische Form anzusehende Depression einem dementiellen Prozeß vorauslaufe, oder aber eine endogene depressive Phase nur vorübergehend einen latenten hirnorganischen Prozeß ans Licht bringe. In der kurzen historischen Einleitung war auf ähnliche Vorstellungen in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts bereits hingewiesen worden. Derartige, zum klinischen Bild der Depression hinzutretende hirnorganische Zeichen dürfen, wie wir inzwischen wissen, aber keinesfalls im Sinne einer dadurch getrübbten Prognose mißdeutet und somit Anlaß therapeutischer Resignation oder gar der Einweisung in ein Pflegeheim werden, da sie sich unter konsequenter antidepressiver Behandlung meistens völlig zurückbilden. Selbst wenn ihnen ein hirnorganischer Abbauprozess zugrunde liegt, wirkt sich die antidepressive Behandlung günstig aus, da die zusätzliche depressive Leistungshemmung wegfällt. Gerade bei solchen Patienten kann es auch nützlich sein, die Behandlung mit Antidepressiva durch Gabe sogenannter nootroper Substanzen, wie Piracetam, Pyridoxin u. ä., zu unterstützen, da sie einerseits – wenn auch offenbar bisher noch in bescheidenem Umfang – die zerebrale Leistung zu stimulieren vermögen (Coper und Kanowski, 1976) und andererseits unter Umständen den antidepressiven Effekt verstärken können.

Schließlich steht auch noch der Zusammenhang mit allgemeinkörperlichen Erkrankungen zur Diskussion, denn nach Untersuchungen

einiger Autoren, z. B. Kay (1962), Greger (1974) und Roth (1971), können auch extrazerebrale körperliche Erkrankungen als Auslöser endogener depressiver Phasen in Frage kommen.

Das *klinische Bild* des endogenen Typs der Altersdepression wird nun durch die bekannten Charakteristiken, wie vitale Verstimmung, typische Tagesschwankung mit Tief am Morgen und Aufhellung am Abend, massive Antriebshemmung bis hin zum depressiven Stupor oder auch angsthafte Agitiertheit, die sich bis zum Bilde der sogenannten „Jammerdepression“ mit massivem Anklammerungsverhalten steigern kann und Wahnbildung, die vor allem unter den Themen Schuld und Versündigung, Hypochondrie und Verarmung sich entfaltet, geprägt.

### 3.2 Typ der organischen oder symptomatischen Depression

Es ist seit langem bekannt, daß für psychische Alterserkrankungen organische Krankheitsprozesse, und zwar sowohl zerebrale als auch extrazerebrale eine bedeutende Rolle spielen (s. Anderson, 1971). Dies gilt in besonderer Weise auch für Altersdepressionen (Kay, 1962; Roth, 1971). Wenn immer extrazerebrale Organprozesse das Hirn sekundär oder primäre Hirnprozesse das Hirn von vornherein in Mitleidenschaft ziehen, ist es vorstellbar, daß biochemische Veränderungen auftreten, die das Entstehen von depressiven Syndromen begünstigen. Die Liste der in Frage kommenden Erkrankungen ist lang, Herz-Kreislaufkrankungen u. a. Prozesse, die den zerebralen Stoffwechsel zu beeinträchtigen vermögen, sind ihrer Häufigkeit wegen sicher am bedeutsamsten. In allen diesen Fällen ist die Annahme einer symptomatischen Depression gerechtfertigt, wenn sie im Zusammenhang und in Parallelität zum körperlichen Grundprozeß auftritt, vor allem aber dann, wenn die Depression sich nach erfolgreicher Therapie der Grundkrankheit ohne zusätzliche Psychopharmakotherapie auflöst. In solchen Fällen haben wir es mit dem Typ 1 der Abbildung 3 zu tun. Im Falle extrazerebraler körperlicher Krankheitsprozesse, aber auch bei zerebralorganischen kann das depressive Syndrom auch als psychoreaktives aufgefaßt werden (Typ 3) oder psychogenetische und

somatogenetische Faktoren können gemeinsam das depressive Syndrom hervorrufen (Typ 5).

Das *klinische Bild* der rein organischen Depression wird im typischen Fall dadurch charakterisiert, daß Zeichen hirnorganischer Symptomatik hinzutreten. Dies kann ein hirnorganisches Psychosyndrom meist diffusen Typs, oder aber es können auch Störungen der Vigilanzregulation mit Dösigkeit am Tage bis hin zur Umkehr des normalen Schlaf-Wach-Rhythmus sein. Delirante Symptome flüchtiger Art, meist in der Nacht auftretend, können das Bild komplizieren und ein warnender Indikator vor allzu intensiver Antidepressivatherapie sein, weil bekannt ist, daß Antidepressiva – vor allem solche mit starker anticholinergischer Wirksamkeit – bei hirnorganisch vorgeschädigten Patienten relativ häufig ein delirantes Syndrom auslösen können. Auch körperliche Begleitsymptome, wie Kopfschmerzen, Schwindelattacken, Ohrgeräusche, können auf den organischen Charakter der Depression hinweisen. Die depressive Symptomatik selbst ist dadurch gekennzeichnet, daß die Stimmungsveränderungen in der Regel mehr ins depressiv-dysphorisch gereizte gehen, typische Tagesschwankungen nicht nachweisbar sind, sondern die Symptomatik unsystematischen und häufig raschen Schwankungen unterliegt. Ohne den Nachweis eines belangvollen körperlichen Befundes und der zeitlichen Parallelität zwischen Grundkrankheit und depressivem Syndrom darf jedoch diese Diagnose nicht gestellt werden.

Auch die organische Depression, wenn sie mit hirnorganischer Symptomatik unterlegt ist, stellt einen Indikationsbereich für die Anwendung nootroper Substanzen vor allem dann dar, wenn die Gefahr, durch Antidepressiva in höherer Dosierung ein Delir zu provozieren, groß ist.

### 3.3 Typ der psychogenen Depression

Sie kommt dem anfangs zitierten, weitverbreiteten negativen Altersstereotyp, welches alt sein und depressiv sein nahezu gleich setzt, am nächsten, indem das *psychopathologische Bild* oft mehr einer nörgeligen und verlustproblemzentrierten Traurigkeit gleicht. Es fehlt die tiefe

# Esimil®

das Antihypertensivum  
das nicht müde macht\*



»Mein Tag  
ist anstrengend genug  
und müde  
werde ich von alleine«

**\*Eigenschaften:** ESIMIL ist ein bewährtes Antihypertensivum mit Langzeit-effekt. Die beiden Komponenten des Medikamentes wirken auf verschiedene Weise blutdrucksenkend: Das Sympathikolytikum Guanethidin-sulfat hemmt selektiv die Erregungsübertragung von Endverzweigungen des Sympathikus zum Erfolgsorgan. Daraus resultiert eine peripher bedingte zuverlässige Blutdrucksenkung. Guanethidin-sulfat übt keine Einwirkung auf den Katcholamingehalt im Gehirn aus, daher ruft es keine Müdigkeit hervor. Das Diuretikum Hydrochlorothiazid hemmt die Rückresorption von Natrium- und Chlorionen im distalen Nierentubulus. Beim Zustandekommen der Senkung des erhöhten Blutdrucks spielt wahrscheinlich dieser natriuretische Effekt bzw. die kontinuierliche Kochsalzausscheidung eine Rolle.

**Zusammensetzung:** 1 Tablette ESIMIL enthält 10 mg Guanethidin-sulfat und 25 mg Hydrochlorothiazid.

**Indikationen:** Alle Formen der arteriellen Hypertonie.

**Kontraindikationen:** Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie, Phäochromozytom, gleichzeitige Gabe von MAO-Hemmern.

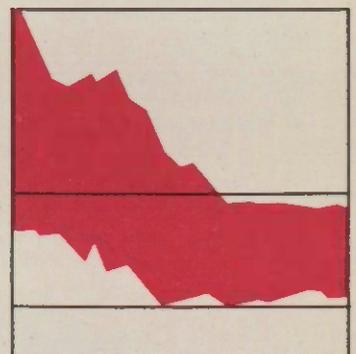
**Dosierung:** 1 Tablette täglich nach dem Frühstück. In Fällen unzureichender Blutdrucksenkung sollte nach einer Woche die Tagesdosis um 1/2 Tablette erhöht werden. In besonders schwer beeinflussbaren Fällen kann eine Steigerung der Tagesdosis auf 2–3 Tabletten erforderlich werden. Erhaltungsdosis 1 Tablette täglich. In jedem Fall sollte die gesamte Tagesdosis morgens nach dem Frühstück eingenommen werden.

**Besondere Hinweise:** Bei zu hoher Dosierung kann es zu einem unerwünschten, stärkeren orthostatischen Blutdruckabfall kommen, der sich meist durch Hinsetzen oder Hinlegen mit Hochlagerung der Beine beheben läßt. In seltenen Fällen können Durchfälle oder Ejakulationsstörungen auftreten. Bei Niereninsuffizienz ist eine sorgfältige Überwachung des Elektrolythaushaltes und der Rest-N-Werte bzw. der Plasmakreatinin-Werte erforderlich. Eine latente Gicht bzw. ein latenter Diabetes mellitus kann manifest werden. Um einer Kaliumverarmung vorzubeugen, ist auf ausreichenden Kaliumgehalt der Kost zu achten. Bei Kaliumverlusten (Erbrechen, Diarrhoe), bei Kaliummangel, bedingt durch Zweit-erkrankungen (z. B. Leberzirrhose, Nephrose), und bei Zweitmedikationen (z. B. Digitalis, Kortikolde), die Kaliumverluste mit sich bringen, ist eine besonders kaliumreiche Kost und – falls erforderlich – eine medikamentöse Kaliumsubstitution angezeigt. ESIMIL darf nicht zusammen mit trizyklischen oder tetrazyklischen Antidepressiva gegeben werden; letztere verhindern die Aufnahme von Guanethidin-sulfat in die postganglionären sympathischen Nervenfasern und schwächen den blutdrucksenkenden Effekt von ESIMIL ab bzw. heben ihn auf.

**Handelformen und Preise:** Originalpackung mit 20 Tabletten DM 15,15 lt. AT; Originalpackung mit 50 Tabletten DM 34,- lt. AT; Originalpackung mit 100 Tabletten DM 62,30 lt. AT; Klinikpackung.

Stand Januar 82

 **Brunnengrüber**  
Lübeck



vitale Verstimmung. Eher bietet sich das Bild depressiver Resignation, deren aggressive Komponente allenfalls in der fordernden Haltung kenntlich wird, mit der hypochondrisch akzentuierte Beschwerden oft stereotyp und monoton in den Vordergrund gerückt werden. Ein Teil lebenslanger neurotischer Fehlentwicklungen, nach eigenem Eindruck insbesondere solche hysterischer Art, münden im Alter in dieses Gleis.

Welches sind nun die typischen auslösenden Situationen für eine psychogene Depression? Glatzel (1973) meint, von einer unbegrenzten Vielzahl situativer Konstellationen sprechen zu können. Dies unterscheidet die reaktive von den situativ ausgelösten endogenen Formen. Bei diesen handele es sich um strukturell spezifische menschliche Grundsituationen: Umzug, Entwurzelung, Partnerverlust. Er zielt damit offensichtlich auf Situationen, die Zutt (1963) als Grenzsituationen von Daseinsordnungen, in denen deren bergende Kraft verlorengelasse, beschrieben hat. Hierbei mögen eingeschränkte Fähigkeiten zur Adaptation eine Rolle spielen (Kanowski, 1974). Der reaktiv depressive Alterspatient hingegen trauere dem Verlorengegangenen nach und die verlorenen Gegenstände der Trauer seien individuell biographisch bestimmt. Zu nennen wären hier beispielhaft Verlust der Berufsrolle, Verlust der Elternrolle, Verlust der Partnerrolle, sexuelle Problematik usw. Man könnte es auch so formulieren: während die situative Auslösung endogener Depressionen von allgemeinen menschlichen Grundsituationen ausgeht, hängen die reaktiven Depressionen eher mit Rollenverlustproblemen zusammen. Diese so klar erscheinenden Konzepte werden jedoch von statistischen Untersuchungen bisher leider nicht bestätigt, sondern eher widerlegt (Post, 1972). Auch Greger (1974) kommt zu dem Schluß, daß die auslösenden Situationen sich gleichmäßig über die verschiedenen alterspsychiatrischen Erkrankungen verteilen und die spezifische Reaktionsform, also die nosologische Manifestation, von der prä-morbiden Konstitution und vorausgehenden konstellierenden Faktoren stärker abhängen als von aktuellen Konstellationen. Der Patient reife gewissermaßen in seine Diagnose hinein.

Auch die schon zitierte statistisch vergleichende Untersuchung von Involutionen Depressionen und einer gleichaltrigen neurologischen Vergleichspopulation (Vogel und Lungershausen, 1974) spricht nicht für eine nosologische, sondern allenfalls für eine individuelle Spezifität der Belastungssituation. Als einer der hauptsächlichen Faktoren stellte sich diesen Autoren die *Isoliertheit* heraus. Dies entspricht der allgemeinen Erfahrung in der Alterspsychiatrie, widerspricht aber aktuellen Trends in der psychologischen Forschung, die die Bedeutung der Einsamkeit im höheren Lebensalter als Belastungsfaktor eher relativiert. Doch muß man hierbei berücksichtigen, daß Psychologen und Psychiater jeweils nach sehr unterschiedlichen Prinzipien selektierte Untersuchungsgruppen vor Augen haben.

Auch die psychogene Depression hat ihre Überschneidungsbereiche mit den anderen beiden Grundtypen. Unbezweifelbar tritt sie im höheren Lebensalter häufig im Zusammenhang mit chronisch-körperlichen Erkrankungen und den durch sie bedingten Funktionseinbußen auf, wobei zerebralogische Komponenten mit einfließen können. Daß es auch Überschneidungen mit dem endogenen Grundtyp gibt, die eine verlässliche Entscheidung zwischen endogener und reaktiver Depression nicht zulassen, hat Weitbrecht veranlaßt, hierfür den Begriff der *endo-reaktiven Dysthymie* einzuführen (1953).

#### 4. Schlußfolgerungen

Die starke situative Abhängigkeit aller Formen depressiver Erkrankungen im höheren Lebensalter birgt durchaus auch eine optimistische Perspektive in sich: Lebenssituationen unterliegen keinen unabänderlichen biologischen Gesetzmäßigkeiten, sondern sind ebenso veränderbar wie die Reaktionen des Individuums, auch des älteren, auf die Situationen beeinflussbar sind. Hier liegen für viele Patienten segensreiche therapeutische Möglichkeiten, auch wenn Schwierigkeiten zu überwinden sind. Dem alten Menschen wird hinsichtlich seiner Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit auch seitens der Ärzte eher zu wenig als zu viel zugetraut.

Abschließend ist zu betonen, daß die Differentialdiagnose depressiver Syndrome im höheren Lebensalter besonders hohe Anforderungen an unser diagnostisches Bemühen stellt und die nosologische Zuordnung eines jeweils gegebenen depressiven Syndroms allein auf der phänomenologischen Ebene nur selten gelingt. Familienanamnese, langfristige Verlaufsaspekte, gründliche körperliche Untersuchung und Einbeziehung der biographischen, situativen und sozialen Anamnese sind wichtige Voraussetzungen, um die Pathogenese aufhellen zu können. Die Berücksichtigung eines multidimensionalen Konzeptes der Entstehung von Depressionen und unser Bemühen, den die Depression bedingenden und sie auslösenden Faktoren in jedem einzelnen Fall nachzugehen, erlauben es allein, eine individuell ausgerichtete und begründete Therapie zu entwickeln, die optimalen Behandlungserfolg versprechen kann. So betrieben, verlieren Geriatrie und Gerontopsychiatrie, gerade auf dem Felde der depressiven Erkrankungen des höheren Lebensalters, viel von dem ihnen zu Unrecht anhaftenden Schrecken, therapeutischen Impetus für infauste Bereiche zu vergeuden. Sinn und Zweck der in Abbildung 3 dargestellten systematischen Gliederung depressiver Syndrome ist es nicht nur, eine theoretisch befriedigende, in der Praxis aber nur schwer durchführbare Ordnung in die verwirrende Fülle möglicher depressiver Syndrome im höheren Lebensalter zu bringen, sondern auch den Blick für die Vielfalt der Entstehungsbedingungen von Depressionen im höheren Lebensalter zu öffnen, weil allein so die Beschäftigung mit Altersdepressionen zu einem therapeutisch befriedigenden Tätigkeitsfeld jedes Arztes werden kann. Es verlangt unser aller vollen Einsatz und lohnt ihn. Allerdings wird therapeutische Monotonie und Schablone der Vielfalt individueller pathogenetischer Konstellationen nicht gerecht. So vereinfachte, scheinbar ökonomisierte Ansätze sind von vornherein zu häufigem Scheitern verurteilt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. S. Kanowski, Leiter der Abteilung für Gerontopsychiatrie der Freien Universität Berlin, Reichstraße 15, 1000 Berlin 19

# Neues in der Angiologie für die Praxis

66. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. W. Schoop,  
Engelskirchen:

## Einleitung

Zuletzt wurde vor sieben Jahren zum Thema „Angiologie in der Praxis“ in Regensburg berichtet. Sieben Jahre sind eine Zeitspanne, in der sich häufig neue Entwicklungen vollziehen und dadurch neue Gesichtspunkte entstehen. Vieles, über das heute berichtet wird, existierte schon vor sieben Jahren; aber damals handelte es sich um ein recht junges Konzept, das sich aber inzwischen weitgehend durchgesetzt hat und nun als abgerundet gelten kann. Vieles in der Diagnostik und Therapie, was damals noch auf Spezialabteilungen beschränkt war, ist inzwischen so weit verbreitet, daß jeder praktizierende Arzt darüber orientiert sein sollte. 1974 beschränkte man sich auf die peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen; sie stehen auch jetzt im Vordergrund, da sie die meisten Probleme aufwerfen, zusätzlich werden jedoch die Venenkrankheiten berücksichtigt, da auch auf diesem Gebiet neue Entwicklungen das diagnostische und therapeutische Konzept verändert haben.

## I. Therapie arterieller Durchblutungsstörungen

Professor Dr. H. Rieger,  
Engelskirchen:

### Konservative Therapie

An den Beginn der Ausführungen sollen alle die Therapiemaßnahmen gestellt und aufgelistet werden, die im Prinzip möglich sind:

1. Aktive Trainingstherapie
2. Einsatz vasodilatierender Maßnahmen
3. Lumeneröffnende Maßnahmen
  - 3.1 Fibrinolyse
  - 3.2 Perkutane transluminale Dilatation oder Rekanalisation (Katheterbehandlung)
  - 3.3 Lokale Fibrinolyse

4. Lokalbehandlung ischämischer Hautdefekte
5. Verbesserung des Fließverhaltens des Blutes
  - 5.1 Defibrinogenesierung
  - 5.2 Hämodilution
  - 5.3 Rheologisch wirksame Substanzen
6. Immunsuppressive und antiphlogistische Behandlung bei hypergischen Erkrankungen

Aus diesem Programm sollen hier die konservativen therapeutischen Maßnahmen besprochen werden. Das *aktive Muskeltraining* stellt in allen Fällen der chronischen Gefäßobliteration die Basistherapie dar. Ca. 70 Prozent der Patienten werden erfolgreich behandelt, d. h., diese Patienten sind hinsichtlich ihrer schmerzfreien Gehstrecke den Anforderungen sowohl ihres privaten als auch beruflichen Lebensbereiches wieder gewachsen. Der Wirkungsmechanismus ist beim aktiven Muskeltraining unklar, während früher mit einer absoluten Verbesserung der Durchblutung argumentiert wurde, läßt sich heute vermuten, daß nach dem Training die bei einer gegebenen Durchblutung mögliche Geheleistung ansteigt.

Von großer Bedeutung ist die *Lokalbehandlung* ischämischer Hautläsionen. Granulationsgewebe kann nur dann entstehen, wenn nekrotische Gewebsteile regelmäßig abgetragen und Eiterretentionen beseitigt werden. Hierzu ist es notwendig, mit kleinem chirurgischen Besteck den Defektbereich täglich zu revidieren. Die mutwillige Trockenlegung durch krustenbildende Puderapplikation (Pseudoheilung) ist zu vermeiden. Ein zusätzlich bestehendes periulzeröses Ödem erschwert die Perfusion der Mikrogefäße sowie den Sauerstofftransport zur Zelle und muß somit konsequent beseitigt werden. Dies gelingt durch waagerechte Lagerung der Extremität, die, wenn hiermit hochgradige Schmerzen verbunden sind, analgetisch erzwungen werden muß.

Der Einsatz sogenannter vasoaktiver Substanzen hat eine wechselnde Geschichte aufzuweisen, von kritischer Euphorie bis zu kompromißloser Ablehnung. Aufgrund von kontrollierten Studien sind heute jedoch Empfehlungen auszusprechen, die sich jedoch nach der jeweiligen klinischen Situation richten.

Im klinischen Stadium II (Claudicatio intermittens) ist unter Ruhebedingungen eine relevante Durchblutungseinschränkung der betroffenen Extremität nicht zu erwarten und insofern eine Indikation zur Vasodilatation nicht gegeben. Dagegen scheint die Unterstützung des submaximalen aktiven Muskeltrainings durch klinisch geprüfte vasoaktive Substanzen gerechtfertigt. Im Stadium III/IV ist die Indikation zum Einsatz vasoaktiver Substanzen dann gegeben, wenn es sich um distale Verschlüsse mit noch einem peripheren Knöchelarteriendruck von mindestens 40 mm Hg handelt. Da die vasomotorische Regulation der Hautgefäße vorwiegend über die hier ausschließlich und in hoher Dichte vorhandenen Alpha-Rezeptoren läuft, sind zur Hauptgefäßdilatation Alpha-Rezeptor-blockierende Substanzen vorzuziehen (Cave: kardiale Nebeneffekte!).

Das Prinzip der *Fibrinolyse* besteht darin, daß durch proteolytische Enzyme (Kinasen) die Fibrinkomponente eines Thrombus durch enzymatischen Abbau in Spaltprodukte übergeführt wird. Hierdurch kann in der Regel eine Thrombolysen erreicht werden. Besteht diagnostisch ein ausreichender Anhaltspunkt dafür, daß ein aorto-iliakaler oder femoraler Verschuß nicht älter als sechs bzw. drei Monate ist, sollte die Frage der systemischen fibrinolytischen Therapie immer geprüft und eine solche angestrebt werden. Die Lyseletalität beträgt ca. 0,8 Prozent und liegt somit deutlich unter der Mortalität gefäßchirurgischer Verfahren! Bei Patienten über 65 Jahre haben wir allerdings mit einer Mortalität von drei bis vier Prozent zu rechnen. In diesen Fällen steht uns heute eine Erweiterung in Form der sogenannten lokalen Fibrinolyse zur Verfügung. Hierbei wird Strepto- bzw. Urokinase mit Hilfe eines Katheters an den Thrombus herangebracht, um diesen — unter Umgehung des relativ hohen Risikos einer systemischen Lyse — lokal aufzulösen.

Die Erwartungen hinsichtlich den Verbesserungen des Fließverhaltens des Blutes konnten sich in den letzten sieben Jahren nicht ganz erfüllen. Insgesamt hat sich zwar die Auffassung durchgesetzt, daß durch Senkung der „Blutviskosität“ eine Verbesserung der Mikrozirkulation erreicht werden kann. Diese Aussage kann aber weder in dieser Form noch in dieser Ausschließlichkeit aufrechterhalten werden. Zum einen wird der Begriff Blutviskosität sowohl formal als auch inhaltlich in breiten Kreisen der praktisch tätigen Ärzte mißverstanden. Zum anderen liegen mittlerweile auch auf diesem Gebiet Studien vor, welche am klinischen Wert – zumindest der Plasmaviskositätssenkung – zweifeln lassen.

*Dr. R. Giessler, Engelskirchen:*  
**Gefäßchirurgische Perspektiven**

In nur 30 Jahren hat sich der heutige hohe Standard der Gefäßchirurgie bis hin in die mikrochirurgischen Dimensionen entwickelt. Damit ist es zu einer Liberalisierung der Indikationen gekommen, so daß man sich heute vor allem über die Grenzen des „wann schon, wann nicht mehr operieren“ unterhalten muß. Die nichtchirurgische perkutane oder thrombolytische Rekanalisation bereichern, aber erschweren auch die richtige Indikationsstellung. Zu erwähnen bleibt, daß die neue Rechtsprechung dieses Problem weiter verstärkt.

Ein Streifzug im Stil eines Repertoriums soll einige Probleme und moderne Aspekte beleuchten.

**Zerebrovaskuläre Insuffizienz**

Bei Karotisstenosen ist das symptomatische Stadium II unverändert die Hauptoperationsindikation. Im Stadium IV des abgelaufenen Infarktes herrscht weitgehender Konsens zur Operation nur bei rezidivierender Symptomatik oder zur Verbesserung des Gesamtzustroms bei gefährdeter Kollateralreserve. Im Stadium III des frischen Insults besteht Zurückhaltung. In die Diskussion geraten ist heute die Indikation im sogenannten symptomatischen Stadium I, weil einerseits das Konzept der operativen Prävention nicht völlig risikofrei sein kann und anderer-

seits der prophylaktische Effekt erst aufgrund genügend langer Nachbeobachtung im Umriss klar erkennbar wird. Gleiche Richtlinien gelten für die Karotiselongation. Bei der fibromuskulären Hyperplasie bleibt abzuwarten, ob die bisherige intraoperative Dilatation durch transkutane Katheterdehnung gefahrlos ersetzt werden kann. Der Carotis interna-Verschluß wird heute nur noch im akuten Stadium direkt angegangen. Die Diskussion über die Bedeutung der Vertebralisstenose ist in letzter Zeit erneut entfacht worden, ohne jedoch die gültigen Regeln der Rangfolge (Karotis vor Vertebralis) und der individuellen Indikationsstellung zu verändern. Bei den Hindernissen der Aortenbogenstämme ergeben sich keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte zur Indikation.

**Mesenterialarterieninsuffizienz**

Die Bedeutung chronischer Darmarterienstenosen für die Pathogenese des Infarktes ist anscheinend weitgehend überschätzt worden. Wenn auch die embolischen, kreislaufbedingten und venösen Ursachen überwiegen, so bleibt doch die Aufgabe, den Infarktgefährdeten früh genug herauszufinden. Das Zöliaka-Kompressionssyndrom am Hiatus aorticus steht unter den operativ behandelten Verschlußsyndromen mit über 60 Prozent zahlenmäßig an erster Stelle.

**Renovaskuläre Hypertension**

Bei den Nierenarterienstenosen hat die perkutane Dilatation eine neue Phase der Therapie eingeleitet. Wenn auch die Frühergebnisse ermutigen, bleibt doch der Vergleich der Spätergebnisse abzuwarten, bevor über die Wahl der Methode und damit auch über die Auswahl der Kranken entschieden werden kann.

**Beinstrombahn**

Bei akuten und subakuten Verschlüssen sollte, wenn die Wahl zwischen Operation oder Thrombolyse diskutiert wird, der Zeitfaktor bzw. Ischämiegrad im Hinblick auf die Prävention irreversibler sekundär-thrombotischer und metabolischer Veränderungen berücksichtigt werden. Auch die dilatierende Arteriopathie wird als Ausschlußkriterium für die Thrombolyse angesehen.

Bei den chronischen Verschlüssen ist über die inzwischen etablierten Indikationen von juxtarenalem Aortenverschluß bis zur kruralen Revascularisation nichts wesentlich Neues zu berichten.

Neu vorgestellt werden sollen kurz die leicht verkannten, wenn auch selteneren, aber meist gut operablen Ursachen des Popliteaverschlusses: das Aneurysma mit der Gefahr ausgedehnter irreversibler peripherer Verschlüsse, ferner die zystische Adventitiadegeneration und das Popliteakompressionssyndrom.

**Bauchaortenaneurysma**

Nicht nur von der Nutzung der nichtinvasiven Darstellungsmöglichkeiten und der Therapie zum optimalen Zeitpunkt unter günstigen Voraussetzungen, sondern auch von der gleichzeitigen oder gestaffelten Koronar- und Aneurysmaoperation sowie von einer konsequenten Nachsorge ist eine Verbesserung der Lebenserwartung der Aneurysma-Kranken zu erwarten. Der Anteil notfallmäßig operierter Kranker ist auch heute noch erheblich: jedes vierte bis fünfte Aneurysma gelangt erst in diesem Stadium zur Operation. Die Letalität dieser Operierten ist trotz aller Errungenschaften mit fast 50 Prozent unverändert hoch geblieben. Im Kontrast hierzu zeichnet sich bei elektiven Eingriffen weltweit eine sinkende Tendenz ab. Die Rupturwahrscheinlichkeit nimmt mit der Größe des Aneurysmas zu. Im Einzelfall ist aber die Größe ein unzuverlässiges Prognosekriterium.

*Professor Dr. W. Schoop,*  
*Engelskirchen:*

**Prophylaxe arterieller Durchblutungsstörungen**

Die arterielle Verschlußkrankheit gilt als ein Leiden, das zum Befall mehrerer Arterienregionen und zum Fortschreiten neigt. Die Frage lautet: Mit welchen Folgen müssen wir bei Verschlußkrankheiten rechnen und wie können wir diese beeinflussen? Die wichtigsten Folgen sind der vorzeitige Tod infolge von gefäßbedingten Komplikationen in Form von Herzinfarkt, Apoplexie, Amputation und schließlich noch

NEUEINFÜHRUNG

# Docidrazin<sup>®</sup>

das 3-Komponenten-Antihypertonikum



Blutdrucksenkung durch

- $\beta$ -Blockade
- Vasodilatation
- Diurese

Die 3-Komponenten-Wirkung bedeutet: zuverlässig, besonders nebenwirkungsarm durch Reduzierung der Wirkstoffmengen.

Die 3-Komponenten-Wirkung erlaubt: Behandlung aller Formen und Schweregrade der Hypertonie und aller Altersgruppen der Hypertoniker.

Therapiebeginn mit  
der kostengünstigen  
Startpackung

**Docidrazin<sup>®</sup>** zuverlässig – schonend – 1 x täglich

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel Docidrazin enthält: 60 mg 1-Isopropylamino-3-(1-naphthoxy)-propan-2-ol-hydrochlorid (Propranolol-HCL), 25 mg Hydralazinhydrochlorid, 2,5 mg Bendroflumethiazid. **Indikation:** Hoher Blutdruck. **Kontraindikationen:** Manifeste Herzinsuffizienz, AV-Block 2. und 3. Grades, obstruktive Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma bronchiale, spastische Bronchitis), Schock, akuter Myokardinfarkt, Bradykardie unter 50 Schläge/min., schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Sulfonamid- und Hydralazinüberempfindlichkeit, schwere zerebrale, kardiale und periphere Durchblutungsstörungen, therapieresistente Hypokaliämie und metabolische Azidose, Schwangerschaft und Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Docidrazin ist gut verträglich. Vereinzelt sind folgende Nebenwirkungen beobachtet worden: Kribbeln und Kältegefühl im Bereich der Gliedmaßen, Schwindel, Kopfschmerzen, Schwächegefühl, Müdigkeit, gastro-intestinale Beschwerden, Schwitzen, Hautrötungen, verminderter Tränenfluß, Schlafstörungen, asthmaphähnliche Erscheinungen und Verlangsamung der Herzschlagfolge.

**Dosierung:** Im allgemeinen 1 Kapsel morgens. Falls erforderlich, kann die Dosis bis auf 2-3 Kapseln pro Tag erhöht werden. **Wechselwirkungen:** Die Wirkung von Antidiabetika kann beeinflusst, die Wirkung harnsäuresenkender Medikamente abgeschwächt werden. Vor einer Narkose soll der Anästhesist über die Behandlung mit Docidrazin informiert werden. Die gleichzeitige Gabe mit Verapamil (vor allem i. v.) sollte vermieden werden. Bei einer gleichzeitigen Behandlung mit Clonidin darf Clonidin erst abgesetzt werden, wenn einige Tage zuvor die Verabreichung von Docidrazin beendet wurde. **Hinweise:** Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel im Blut, bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion der Elektrolythaushalt kontrolliert werden. Durch individuell unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Dies gilt in verstärktem Maß bei Behandlungsbeginn und Präparatwechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. **Antidote:** Atropin intravenös 0,5-2 mg, Orciprenalin intravenös bis zum Wirkungseintritt. **Handelsformen und Preise:** Kalenderpackungen mit 14 Kapseln DM 16,57, 28 Kapseln DM 29,80, 56 Kapseln DM 51,79, Anstaltspackung (Stand Mai 1981)

**RP RHEIN-PHARMA**  
Arzneimittelwerk GmbH Plankstadt

neue periphere Stenosen und Verschlüsse.

Zunächst einige Hinweise auf die erniedrigte Lebenserwartung und die Faktoren, die sie beeinflussen. Die Aussagen stützen sich auf die Literatur und eigene Beobachtungen an mehr als 600 männlichen Verschuß-Kranken in einem Zeitraum von zehn Jahren.

Die Sterblichkeit lag während der gesamten Beobachtungszeit etwa doppelt so hoch wie bei gleichaltrigem Normalkollektiv. Es überrascht nicht, daß Patienten mit Symptomen einer koronaren Herzerkrankung schon bei der ersten Untersuchung eine schlechtere Prognose hatten als die übrigen. Ebensowenig kann es verwundern, daß die Übersterblichkeit gegenüber Gleichaltrigen gegenüber jüngeren Patienten stärker ausgeprägt ist als bei älteren. Interessant erscheint die Beobachtung, daß die Verschußlokalisation Beziehungen zur Lebenserwartung hat. Beim Beckentyp war die Übersterblichkeit größer als beim Femoralisverschuß, während die Patienten mit peripherem Typ die beste Prognose hatten.

Von besonderem Interesse ist die Frage nach der Bedeutung der verschiedenen Risikofaktoren (Hypertonie, Diabetes mellitus, Serum-Cholesterin und Rauchergewohnheiten) für den Verlauf, da sich hieraus Ansatzpunkte für eine wirksame Prophylaxe ergeben könnten. Die Sterblichkeit erhöhte sich bei den Faktoren Hypertonie und Rauchen in allen Altersklassen. Demgegenüber war bei älteren Patienten keinerlei Differenz zu erkennen, wenn man sie nach der Höhe des Serum-Cholesterin-Wertes aufteilte. Die Sterblichkeit war bei den Verschuß-Kranken mit einem Alter über 50 Jahren und mit einem Cholesterinwert über 250 mg % annähernd gleich hoch wie bei Patienten mit einem Cholesterinwert darunter. Daraus ergibt sich zwingend, daß eine Verbesserung der Lebenserwartung bei Patienten mit arterieller Verschußkrankheit dann zu erreichen ist, wenn eine vorliegende Hypertonie konsequent und suffizient behandelt und das Rauchen eingestellt wird, während bei den Patienten über 50 Jahre der Versuch, die Serumlipide zu senken, weniger sinnvoll erscheint.

Amputationen drohen in erster Linie bei Diabetikern. Viele Nekrosen könnten verhindert und vermieden werden, wenn die notwendigen prophylaktische Maßnahmen durchgeführt würden: Vermeldung bzw. Beseitigung von Druckstellen an Zehen, Fußrändern und Fußsohlen, die sich oft schon lange vorher durch Hornbildung ankündigen. Vermeldung von Hautschädigungen infolge von Verletzungen, Hitze, reizenden Substanzen, Feuchtigkeit und Pilzinfektionen.

Ein eigenes Problem stellt der Versuch dar, das Auftreten von neuen Stenosen und Verschlüssen unabhängig von der Beeinflussung der Risikofaktoren durch Medikamente zu verhindern oder zu bremsen. Zwei Prinzipien stehen zur Wahl:

- die Hemmung der Gerinnung durch Antikoagulantien und
- die Hemmung der Thrombozytenaggregation durch entsprechende Medikamente.

Es liegen eine Reihe von Beobachtungen vor, die dafür sprechen, daß ein Dauerantikoagulation bei Patienten mit arterieller Verschußkrankheit nützlich ist. Indikationen für diese Prophylaxe ergeben sich bei den Patienten, bei denen die Tendenz zur Bildung von Gerinnungsthromben angenommen werden muß. Das sind: Patienten mit dilatierenden Arteriopathien, d. h. mit arteriellen Erweiterungen bis zum Aneurysma; Patienten mit peripheren arteriellen Embolien aus großen Arterien, wenn die Emboliequelle nicht operativ ausgeschaltet werden kann; Patienten nach erfolgter Thrombolyse-therapie, da der Erfolg der Behandlung eine Neigung zur Bildung von Gerinnungsthromben objektiviert hat und schließlich Patienten mit einer zusätzlichen Neigung zur Venenthrombose.

Das zur Zeit konkurrierende Prinzip „Hemmung der Thrombozytenaggregation“ ist offenbar in erster Linie beim Vorliegen von stenosierenden Arterienverschlüssen indiziert, um die vollständige Obliteration zu verhindern. Bisher erscheint in dieser Hinsicht die Wirksamkeit der Acetylsalicylsäure weitgehend gesichert. Andere Substanzen und Kombinationen werden zur Zeit geprüft.

## II. Nichtinvasive Diagnostik

*Professor Dr. W. Schoop,  
Engelskirchen:*

### Extremitätenarterien

Für die diagnostische Beurteilung der Extremitätenarterien und ihre Durchblutung ergeben sich mehrere Gesichtspunkte, die hier in drei Problemerkreisen abgehandelt werden.

#### 1. Objektivierung einer organischen Arterienerkrankung

Die diagnostischen Verfahren und Fragestellungen unterscheiden sich nicht unerheblich, je nachdem, ob wir nach Arterienveränderungen in den Beinen oder in den Armen suchen. Beim Vorliegen einer bedeutsamen Erkrankung der Beinarterien kommen die Patienten gewöhnlich mit der typischen Claudicatio intermittens. Der wichtigste objektive Befund war die verkleinerte Blutdruckamplitude hinter dem Verschuß, die sich in der starken Abschwächung bzw. im Verschwinden der Arterienpulse ausdrückte und die sich mit der Oszillographie objektivieren ließ. In den letzten Jahren hat die einfachere Ultraschall-Doppler-Methode den ersten Platz errungen. Gemessen wird bekanntlich der systolische Blutdruck an den Knöchelarterien mit Hilfe der Manschettenmethode. Beim Vorliegen bedeutsamer Obliterationen in großen Beinarterien ist der Druck am Unterschenkel eindeutig niedriger als am Arm. Diese Methode ist einfach, wenig zeitaufwendig und recht sicher in der Aussage: kurz, sie ist das ideale Verfahren für die Praxis.

Wenn sich organische Veränderungen auf die Unterschenkel- und Fußarterien beschränken, werden alle nichtinvasiven Methoden unsicher. Der sichere Nachweis oder Ausschluß solcher peripheren arteriellen Verschlüsse gelingt meistens nur durch die Angiographie. Bei Durchblutungsstörungen der Hände stehen wir häufiger als an den Beinen vor der Frage, ob eine organische Durchblutungsstörung vorliegt, oder ob wir es mit funktionellen Faktoren zu tun haben. Die Diagnose der relativ häufigen Subklavia-stenose bzw. -verschuß ist leicht, da die Pulse abgeschwächt sind oder fehlen, und der Blutdruck an dem betreffenden Arm deutlich nie-

drieger ist. Das so oft beschriebene Steal-Syndrom, d. h. die Hirndurchblutungsstörung bei Armarbeit, kommt beim Subklaviaverschluß relativ selten vor; es läßt sich leicht durch einen Provokationstest prüfen, indem man den Patienten Armarbeit leisten läßt. Schwierigkeiten machen oft die Durchblutungsstörungen der Finger, wenn der Radialispuls normal ist. Nekrosen an den Fingerkuppen entstehen praktisch nur bei Personen mit Arterienverschlüssen, z. B. auch bei Frauen mit der anamnestischen Kombination von Nikotin und Pille. Beim Raynaud-Syndrom, besonders bei schweren Fällen, kommt in erster Linie die Sklerodermie in Frage. Der angiographische Nachweis von Digitalarterienverschlüssen macht die Diagnose recht wahrscheinlich.

### 2. Beurteilung der Bedeutung von organischen Arterienerkrankungen, insbesondere hinsichtlich Kompensation und Prognose

Nach Feststellung eines Arterienverschlusses benötigen wir Daten über seine Auswirkungen und seine Kompensation. Die schweren Folgen akuter Ischämie in Form von Nekrosen und Ulzerationen können wir sehen. Die wichtigsten Meßwerte erhalten wir wieder von der Ultraschall-Doppler-Sonde. Die Höhe des systolischen Knöchelarteriendruckes zeigt uns, wieviel Druck noch für die Versorgung des Unterschenkels geblieben ist. Werte unter 50 mm Hg weisen auf eine schlechte Kompensation hin.

### 3. Spezielle Diagnostik unter therapeutischem Gesichtspunkt

Stichwortartig sollen die wichtigsten diagnostischen Kriterien aufgezählt werden, die auf die speziellen therapeutischen Möglichkeiten hinweisen.

#### 1. Frage: Kommt eine thrombolytische Therapie in Frage?

Die Antwort ergibt sich aus der sorgfältig erwogenen Anamnese: bestehen die Beschwerden erst einige Tage oder Wochen, so ist grundsätzlich die thrombolytische Möglichkeit gegeben. Bei fehlendem Leistenpuls (= Iliakaverschluß) besteht eine Chance noch nach einigen Monaten. Die endgültige Entscheidung trifft die Klinik; ein Angiogramm ist nur ausnahms-

weise nötig. Der akute Arterienverschluß mit ischämischen Symptomen gehört natürlich immer sofort in die Klinik und dort auf die chirurgische Abteilung.

#### 2. Frage (bei Patienten mit unzureichender Geheleistung): Ist eine Katheterrekanalisation möglich?

Die endgültige Antwort gibt die Arteriographie. Weitgehende Hinweise auf die Möglichkeit einer PTR können wir schon vorher aufgrund der klinischen Diagnostik erhalten, ob es sich um eine Iliakastenoze, eine Femoralis-Popliteastenoze oder um einen Verschluß handelt.

#### 3. Frage: Wann ist eine rekonstruktive Arterienoperation indiziert?

Die wichtige Behandlungsmethode stellt oft die einzige bzw. letzte Chance für den Erhalt der Extremität dar. Bei Patienten mit ischämischen Ruheschmerzen und/oder trophischen Störungen ist die Richtung klar. Die Arteriographie muß die technischen Voraussetzungen klären. Bei schwerer Claudicatio intermittens kommt die operative Rekonstruktion in erster Linie beim Beckentyp in Frage, schon in der Praxis leicht durch den fehlenden oder stark abgeschwächten Leistenpuls zu erkennen.

*Dr. D. Neuerburg-Heusler,  
Engelskirchen:*

#### Extrekranielle Hirnarterien

Bei den hirnversorgenden Arterien können verschiedene Mechanismen zerebrovaskuläre Insuffizienzerscheinungen auslösen. Lange Zeit nahm man an, daß vorwiegend hämodynamische Störungen zu ischämischen Herdsymptomen führen. Später konnte nachgewiesen werden, daß es aus Karotisstenosen unterschiedlicher Schweregrade, aus Ulzerationen und Plaques zur Ablösung von Mikroembolien kommt, die zu einer flüchtigen transienten ischämischen Attacke oder einer Amaurosis fugax führen. Aber auch durch paroxysmale Tachykardien, Vorhofflimmern und Herzwandaneurysmen kann es zu Embolien kommen. Aus diesen Gründen ist es wichtig, bereits niedriggradige Stenosen, ja Ulzerationen und Plaques zu diagnostizieren, was dadurch erschwert wird, daß es bei den hirn-

versorgenden Arterien nicht möglich ist, auf direktem Wege mit der einfachen Manschettenmethode den poststenotischen Druck zu messen.

Prädisponiert für einen Gefäßprozeß an den Karotiden sind Patienten mit einer Verschlußkrankheit anderer Regionen, aber auch chronische Hypertonie, multiple Risikofaktoren und ein Lebensalter über 60 erhöhen das Risiko.

Das diagnostische Vorgehen wird – wie überall in der Medizin – vorwiegend durch die sorgfältige und gezielte Anamnese bestimmt. Nicht nur die allgemein bekannten fokalen neurologischen Ausfälle lenken den Verdacht auf einen Gefäßprozeß der Karotiden, sondern auch Sehstörungen, Schwindel, Gangunsicherheit, pulssynchrone Ohrgeräusche, aber auch gelegentlich der Hörsturz sind wichtige anamnestische Hinweise.

Als nichtinvasive Screening-Untersuchungen standen dem Angiologen lange nur die Auskultation der Karotis am Hals und die der Orbita, sowie die Pulspalpation von Arteria carotis communis und der Arteria temporalis zur Verfügung. Es konnte nachgewiesen werden, daß Stenosen zwischen 60 und 90 Prozent durch ein Stenosegeräusch nachgewiesen werden können.

Bei den apparativen nichtinvasiven Verfahren zur Diagnostik von Karotisobliterationen unterscheidet man zwischen direkten und indirekten Verfahren. Die direkten Verfahren liefern sowohl anatomische als auch physiologische Informationen im zugänglichen Halsbereich. Die indirekten Verfahren gewinnen hämodynamische Werte über den Ophthalmikakreislauf. In den letzten Jahren sind mehrere apparative Untersuchungsverfahren zur Diagnostik von Karotisobliterationen entwickelt worden. Untersuchungen bei den indirekten Verfahren Ophthalmodynamographie, Thermographie und die indirekte Doppler-Sonographie haben gezeigt, daß letztere durch die gute Praktikabilität, die geringe Belästigung des Patienten, die beliebige Reproduzierbarkeit und den geringen Kostenaufwand herausragt und die sichersten Ergebnisse bringt.

Als direkte Methode ist ebenfalls die Doppler-Sonographie zur Zeit

allen anderen Untersuchungen überlegen. Es gelingt mit ihrer Hilfe, Carotis communis, Carotis interna und Carotis externa im zugänglichen Halsbereich zu differenzieren und Turbulenzen und Flußbeschleunigungen zu orten. Der Nachteil der direkten Doppler-Sonographie liegt allerdings in dem hohen zeitlichen und personellen Aufwand und in der Notwendigkeit einer langen Übungszeit.

### III. Therapie venöser Erkrankungen

*Professor Dr. G. Trübestein, Bonn:*

#### Die fibrinolytische Therapie der tiefen Venenthrombose

Die konservative Therapie der tiefen Venenthrombose umfaßt die Antikoagulantientherapie und die fibrinolytische Therapie. Die Antikoagulantientherapie hat das Ziel, das weitere Wachstum eines bestehenden Thrombus zu verhindern und den Patienten vor der unmittelbaren Gefahr der fulminanten Lungenembolie zu schützen. Die fibrinolytische Therapie hat das Ziel, einen bestehenden Thrombus wieder aufzulösen und den Patienten dauerhaft vor thromboembolischen Komplikationen und ihren Folgen zu bewahren. Die fibrinolytische Therapie wird heute nahezu ausschließlich mit Streptokinase oder Urokinase durchgeführt. Während die Streptokinase verfahrenstechnisch unbeschränkt und in hochgereinigter Form zur Verfügung steht, muß die Urokinase überwiegend aus menschlichem Urin gewonnen werden und steht damit nur in beschränkter Menge und wesentlich teurer zur Verfügung. Aufgrund der fehlenden Antigenität hat die Urokinase allerdings gegenüber der Streptokinase den Vorteil der guten Verträglichkeit und der wiederholten Einsetzbarkeit.

Zu den absoluten Kontraindikationen einer fibrinolytischen Therapie zählen die hämorrhagische Diathese, gastroduodenale Ulzera, die Hämaturie, die schwer einstellbare arterielle Hypertonie mit diastolischen Werten über 100 mm Hg, respektive ein Fundus hypertonicus III/IV, enzephalomalazische Insulte, frische operative Eingriffe, frische Arterienpunktionen sowie die Schwangerschaft in den ersten drei Monaten.

Zu den relativen Kontraindikationen können das Vorhofflimmern bei Mitralklappen, wenige Tage alte intramuskuläre Injektionen, ein fieberhafter Streptokokkeninfekt (Streptokinasetherapie) sowie ein Alter von 65 Jahren zählen. Von den zahlreichen beschriebenen Streptokinase-Dosierungsschemata hat das standardisierte Streptokinase (= SK)-Heparin-Schema die weiteste Verbreitung gefunden. Initial werden 250 000 oder 500 000 IE SK/20 bis 30 min verabreicht und anschließend kontinuierlich mittels einer Perfusorpumpe 100 000 IE SK/h infundiert. Die Zugabe von Heparin wird erforderlich, wenn die Thrombinzeit unter das zwei- bis dreifache der Norm sinkt. Dieser Zeitpunkt ist meist nach 36 bis 48 Stunden erreicht. Die Antikoagulation ist erforderlich, um die Entstehung einer neuen Thrombose unter der Streptokinasebehandlung zu vermeiden. Auf die zusätzliche Antikoagulation kann verzichtet werden, wenn nach 36 bis 48 Stunden die Streptokinasegabe reduziert wird, und damit der Plasmingehalt im zirkulierenden Blut ansteigt. Die dann wieder vermehrt anfallenden Fibrin- und Fibrinogenspaltprodukte führen zu einer ausreichenden Antikoagulation, die in einer Verlängerung der Thrombinzeit ihren Ausdruck findet.

Von den zahlreichen Urokinase (= UK)-Therapieschemata hat sich für die Behandlung der tiefen Venenthrombose in Deutschland ein standardisiertes Urokinase-Heparin-Schema durchgesetzt, wobei nach einer Initialdosis von 100 000 bis 250 000 IE UK/10 bis 20 min eine Erhaltungsdosis von 1 000 000 bis 2 000 000 IE UK/24 h gegeben wird. Da bei dieser Urokinasedosierung der Abfall der Fibrin- und Fibrinogenspaltprodukte geringer ist als unter einer standardisierten Streptokinasetherapie, muß hierbei von Anfang an Heparin hinzugegeben werden, um die Entstehung neuer Thrombosen zu verhindern.

Die Dauer der Streptokinasebehandlung liegt bei einer ausgedehnten Venenthrombose im allgemeinen zwischen drei und sechs Tagen, bei der Urokinasebehandlung bei einer mittleren Dosierung bei sechs bis zwölf Tagen. Nach Abschluß der fibrinolytischen Therapie muß überlappend mit Heparin die Dauerantikoagulation mit Marcumar eingeleitet werden, um das Ent-

stehen neuer Thrombosen in den eröffneten Venen zu verhindern.

Vor Einsetzen der fibrinolytischen Therapie sollte bei jedem Patienten eine Phlebographie durchgeführt werden. Die ascendierende Phlebographie ist in der Diagnostik der tiefen Venenthrombose allen bisherigen nichtinvasiven Methoden überlegen. Die ersten Kontrollphlebographien werden in Abhängigkeit vom klinischen Befund unter Ultraschall-Doppleruntersuchung im allgemeinen nach drei bis fünf Tagen durchgeführt. Zwischenfälle bei der Kontrollphlebographie unter einer fibrinolytischen Therapie wurden bisher nicht beschrieben.

Die früher beschriebenen Frühreaktionen vom allergischen Typ bei Einleiten einer Streptokinasetherapie treten nach vorheriger Gabe von Prednisolon nur noch selten auf. Am zweiten und dritten Tag der Streptokinasetherapie treten bei einem Teil der Patienten erhöhte Temperaturen auf, die auf Pyrazolinderivate gut ansprechen und nach Beendigung der Streptokinasetherapie innerhalb von Stunden abklingen. Lokale Blutungen aus Stichkanälen, die in der Regel nicht bedrohlich sind, finden sich bei etwa einem Drittel der Patienten, schwere Blutungen bei ca. fünf Prozent. Transaminasen- und alkalischer Phosphatasenanstieg werden beobachtet, klingen aber nach acht bis vierzehn Tagen wieder ab. Frühreaktionen vom allergischen Typ treten bei der Urokinasetherapie nicht auf; desgleichen kommt es nur selten zum Auftreten von Temperaturen. Blutungskomplikationen sind bei der Urokinasetherapie mittlerer Dosierung wesentlich seltener als bei der Streptokinasetherapie. Bei bis zu sechs Tagen alten Venenthrombosen gelingt es, in 70 Prozent mit der Streptokinasetherapie eine Auflösung der Thrombosen zu erreichen und auch noch bei Thrombosen bis zu einem Alter von sechs Wochen sind vollständige oder partielle Thrombenauflösungen bis zu 50 Prozent zu erreichen.

*Dr. K. Bonk, Engelskirchen:*

#### Operationsindikationen bei Venenerkrankungen

Die chirurgische Therapie der Venenerkrankungen umfaßt heute ein breites Spektrum und reicht von den

einfachen resezierenden bis hin zu den subtilen rekonstruktiven Verfahren.

Die Indikation zur chirurgischen Therapie unterscheidet sich danach, ob es sich um primäre Varizen, ein postthrombotisches Syndrom oder akute tiefe Venenthrombosen handelt.

#### Primäre Varizen

Eine „absolute“ Operationsindikation besteht dann, wenn Hauptvenen schlußunfähig geworden sind. Bei der Stammvarikose der Vena saphena magna hat man früher versucht, lediglich die Saphena zu entfernen. Dies führte zu frühzeitigen Rezidiven. Deshalb wird heute die Cross-Ektomie durchgeführt, d. h. die Unterbindung und Durchtrennung aller Venen des Venensterns in der Leiste. Die Vena saphena magna wird soweit entfernt, wie sie schlußfähige Klappen aufweist. Bei einer kompletten Stammvarikose der Vena saphena mit Mündungsklappeninsuffizienz ist auch heute noch die schon 1907 von Babcock angegebene Stripping-Operation indiziert, allerdings modifiziert durch die gleichzeitige gezielte Ausschal-

tung der Venenzuflüsse in der Leiste und insuffizienter Perforansvenen.

Unter dem Konzept der kombinierten operativ-sklerosierenden Behandlung braucht zur Einsparung von Hautschnitten nicht jede Varix entfernt zu werden. Restvarizen werden im Rahmen der Nachbehandlung verödet.

Bei isolierten insuffizienten Perforantes führt man ambulant gezielte Ligaturen in Lokalanästhesie durch. Rezidive sind deshalb möglich, weil nur sichtbare Varizen vollständig entfernt werden können, die Anlage zum Krampfaderleiden aber bestehen bleibt. Der Erfolg der chirurgischen Maßnahme hängt ab von eingehender Diagnostik, richtiger Indikationsstellung, sorgfältiger Therapie und vor allem von einer regelmäßigen Nachsorge.

#### Postthrombotisches Syndrom

Varizen, die im Zusammenhang mit einem postthrombotischen Syndrom auftreten, werden heute teilweise ausgeschaltet, wozu jedoch eine Differenzierung notwendig ist, bei der die Phlebographie allein nicht

ausreichend ist. Es müssen Funktionsproben durchgeführt werden, vor allem durch die Venendruckmessung.

Wenn intensive konservative Maßnahmen zu keinem akzeptablen Therapieergebnis führen, kann man eine rekonstruktive Venenoperation erwägen. Da jedoch alle Operationsmethoden zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt haben, besteht heute der Trend zur Einschränkung der Operationsindikation, was einer Bestätigung der konservativen Behandlung entspricht. Bei der konservativen Therapie des postthrombotischen Syndroms mit Kompressionsverbänden oder Gummistrümpfen kommt es bei hohem Sympathikotonus mit starker Schweißsekretion zur Ausbildung einer feuchten Kammer und damit zur Mazeration der vorgeschädigten Haut. Hier hat sich die lumbale Sympathektomie zum Trockenlegen der betreffenden Extremitäten bewährt.

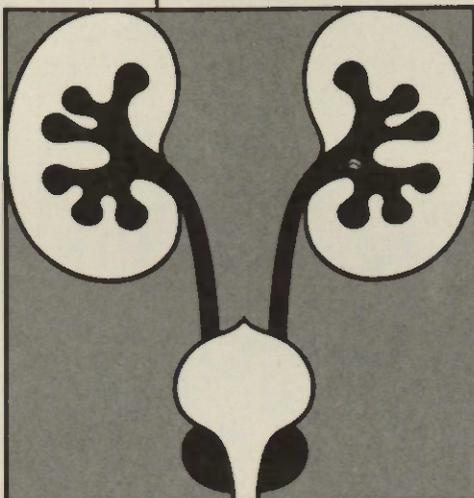
#### Akute tiefe Venenthrombose

Die Schwierigkeit der Behandlung dieses Krankheitsbildes beginnt bei

# SOLIDAGO® ›Dr. Klein‹

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

**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.:**

20 ml DM 6,96; 50 ml DM 13,98; 100 ml DM 23,75.



**Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung,  
7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald**

der Diagnose. Ohne apparative Hilfe ist der Beginn der Erkrankung bei direkter klinischer Symptomatik meist nicht eindeutig festzustellen. Doch sowohl für die Lyse als auch für die operative Therapie gilt: Je früher der Behandlungsbeginn, desto besser die Ergebnisse. Damit gilt auch die Forderung des Chirurgen an den Praktiker: bei jedem Verdacht auf das Vorliegen einer tiefen Venenthrombose sofortige Klinikeinweisung! Nach Verstreichen von sechs Tagen verschlechtern sich die Chancen guter Behandlungsergebnisse rapid. Sowohl für die Lyse als auch für die Thrombektomie ist große Erfahrung notwendig. Unter der Voraussetzung eines erfahrenen chirurgischen Teams ergibt sich als vereinfachtes Indikationsschema:

1. Die Phlegmasia coerulea dolens und
2. wenn die Lyse kontraindiziert ist.

Insgesamt geht der Trend im Augenblick zur chirurgischen Behandlung. Voraussetzung ist jedoch neben dem erfahrenen Chirurgenteam ein frühzeitiger Behandlungsbeginn.

*Dr. I. Schmidtke, Engelskirchen:*

#### **Konservative Therapie und Prophylaxe**

Trotz der modernen Behandlung der akuten Venenthrombose mit Fibrinolyse und Thrombektomie werden heute immer noch die meisten Thrombosen rein konservativ behandelt.

Bei der konservativen Therapie der akuten tiefen Venenthrombose ist zu unterscheiden, ob es sich um einen bereits bettlägerigen oder sonst gesunden ambulanten Patienten handelt.

Die ambulanten Patienten sollten unter keinen Umständen mehr ruhiggestellt werden, da hierdurch die Gefahr der aufsteigenden Thrombose gegeben ist. Es empfiehlt sich ein fester Kompressionsverband, da dieser die Venen auf ein Drittel bis ein Fünftel ihres Lumens einengen kann und damit emboliefähige Thromben zusammengepreßt werden. Dieser Effekt wird durch die Bewegung im Verband (Muskelpumpe) noch gesteigert. Man sollte deshalb den Kranken anhalten, sich

viel zu bewegen und dabei das kranke Bein nicht zu schonen. Tagsüber sollten die Beine mehrfach – ebenso wie nachts – hochgelagert werden. Eine Antikoagulantientherapie sollte eingeleitet werden, sonst kommen Thrombozytenaggregationshemmer in Frage.

Bereits bettlägerige Patienten sind mit Kompressionsverbänden an beiden Beinen und Antikoagulantien, überlappend mit Heparin zu behandeln. Die Mobilisierung ist erst nach guter Quick-Einstellung und festem Kompressionsverband zu beginnen. Eine Schonung des kranken Beines ist dabei zu vermeiden. Um ein postthrombotisches Syndrom zu verhindern, ist nach Rückgang der akuten Schwellung eine Dauerkompression meist über Jahre hinaus erforderlich, am besten in Form von langen Gummistrümpfen, wobei man zunächst die Kompressionsklasse III verwenden sollte. Nach einem Jahr kann man dann eventuell eine Kompressionsklasse tiefer gehen. Die Antikoagulantientherapie oder gegebenenfalls auch ein Thrombozytenaggregationshemmer sollte etwa ein halbes Jahr lang nach der Thrombose beibehalten werden.

Akute oberflächliche Thrombo-/Varikophlebitiden sind – ebenso wie die tiefen Thrombosen – mit einem Kompressionsverband anzugehen, wobei über dem entzündlichen Venenstrang Kompressen mit anti-phlogistischen Salben eingewickelt werden können. Auch diese Kranken sollten zur Vermeidung von sekundären tiefen Thrombosen nicht immobilisiert werden. Eine Antikoagulantientherapie ist nicht erforderlich. Die Nachsorge richtet sich nach

dem Ausgangsbefund: bei Phlebitiden eines sonst gesunden Beines ist ein Gummistrumpf der Kompressionsklasse II, bei schon vorher bestehender chronisch venöser Insuffizienz einer der Kompressionsklasse III angezeigt.

Die Behandlung der chronisch venösen Insuffizienz ist vielfältig und richtet sich nach dem Erscheinungsbild. Die chronische Stauung hat zahlreiche Hautveränderungen, wie Hyper- und Depigmentierung, Ekzematisierung, Atrophie der Haut und der Subkutis, zur Folge. Es entwickeln sich oft Varizen, Venektasien, Ulzerationen und Gelenkversteifung. Die primäre Therapie der chronisch venösen Insuffizienz zielt auf eine Entstauung des Gewebes und Bekämpfung der Sekundärveränderungen. Das wichtigste Prinzip ist die Entstauung, zu erreichen durch Hochlagerung der Beine nachts, feste Kompressionsverbände, eventuell apparative Entstauung, viel Bewegung und insbesondere Gehen. Die Lokalbehandlung richtet sich nach den vorgegebenen Sekundärveränderungen. Manchmal muß anfangs ein Reinigungsbad vorgenommen werden, bei Stauungsdermatosen empfehlen sich vorübergehend Corticoid-haltige Fettsalben, bei trockener Haut unspezifische Fettsalben, bei superfizierter Haut antimykotische und antibakterielle Salben und Lösungen. Vorsicht ist bei den sogenannten Venensalben geboten, da manche bei trophisch gestörter Haut reizend wirken können.

Zur Ulkustherapie nur einige Hinweise: Zunächst kommt eine Säuberung mit enzymatischen Salben, manchmal auch instrumentell in

## **68. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums**

**vom 20. bis 23. Mai 1982**

Frage, danach sind granulationstfördernde Salben und Gazen angezeigt. Auf Salbenallergien sollte man achten und eventuell eine Testung durchführen. Im Bereich des Ulkus, besonders in der submalleolären Grube, ist zur Druckerhöhung und besseren Entstauung des Ulkusgrundes eine Schaum- oder Mullkompressen mit einzuwickeln. Durch die schmerzhaft Schonhaltung des Fußes kommt es häufig zu einer Teilversteifung im Sprunggelenk und damit zu einer Minderung der Muskelpumpe. Dem Patienten ist deshalb zu fußgymnastischen Übungen zu raten, eventuell unter Hinzuziehung einer Krankengymnastin.

Die wichtigsten Maßnahmen zur Verhinderung erneuter Komplikationen stellt die Fortsetzung der Kompression dar, am besten mit Gummistrümpfen. Diese sind bekanntlich nach verschiedenen Kompressionsklassen genormt. Die Kompressionsklasse I kommt für leichte Ödeme, zarte Varizen, besonders bei stehender oder sitzender Tätigkeit, die Klasse II für Varizen mit mäßiger Stauung, das gut kompensierte postthrombotische Syndrom und nach Varizenoperationen und bei oberflächlicher Phlebitis in Frage, die Klasse III bei Zustand nach frischer Venenthrombose, starkem postthrombotischen Syndrom und nach Varizensklerosierung. Die Klasse IV ist gelegentlich bei einem schweren postthrombotischen Syndrom mit sekundärem Lymphödem erforderlich.

Weitere prophylaktische Maßnahmen bestehen im Hochlagern der Beine während der Nacht, viel Bewegung, Gymnastik, Schwimmen, Kneippsche Anwendungen, Tragen von flachen bequemen Schuhen, Hautpflege und salzreicher Kost.

Bei besonders thromboseanfälligen Patienten empfiehlt sich die Bestimmung des Antithrombin-III-Spiegels. Bei niedrigen Werten, sei es, daß es sich um einen angeborenen oder erworbenen Mangelzustand handelt, besteht heute die Möglichkeit der Substitution von AT-III in einer Dosierung von etwa 1500 E zweimal wöchentlich.

**Referent:**

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

## 32. Nürnberger Fortbildungskongreß

Für die von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Tagung in der Nürnberger Meistersingerhalle hatte Professor H. Kleinfelder, Nürnberg, als Präsident dieses Fortbildungskongresses die entzündlichen und malignen Dickdarm-erkrankungen als eines der Hauptthemen gewählt.

Die konservative Behandlung chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen war das Thema von Professor W. Döle, Tübingen, der zunächst auf den Morbus Crohn einging. Es handelt sich hier um eine chronische Entzündung, die bevorzugt den Dünndarm und/oder den Dickdarm diskontinuierlich befällt, wobei eine ausgesprochene Neigung zur Stenose sowie zur Abszeß- und Fistelbildung besteht. Grundsätzlich kann jedoch jeder Teil des Magen-Darmkanals erkranken. Die konservative Behandlung erfolgt durch Medikamente, Ernährung, durch Ausgleich von Mangelzuständen sowie durch Behandlung von Komplikationen.

Beim Morbus Crohn, der auch als regionale Enteritis bezeichnet wird, ist die Wirkung von Salazosulfapyridin (= SASP) und Prednison gesichert. Erst vor wenigen Jahren hat man erkannt, daß dem Sulfapyridin lediglich die Aufgabe zukommt, die 5-Aminosalizylsäure unresorbiert in das Kolon zu bringen, wo die Verbindung durch Darmbakterien gespalten wird. Daraus ergeben sich Ausblicke für die Weiterentwicklung der Therapie und man kann erwarten, daß der wirksame Metabolit von SASP, die 5-Aminosalizylsäure, in Zukunft als Therapeutikum zur Verfügung stehen wird.

Als Nebenwirkungen von SASP verdienen neben Übelkeit und Kopfschmerzen die gelegentlich auftretenden Schädigungen des hämatopoetischen Systems (Agranulozytose, Leukopenie, Methämoglobinämie und Thrombopenie) Beachtung. Bei akuten Schüben der Erkrankung kann alternativ zum SASP auch Metronidazol (z. B. Clont, Kreucosan, Rathimed) eingesetzt werden, dem ein günstiger Einfluß

auf Fisteln und perianale Läsionen zugeschrieben wird.

Für die Ernährung des Morbus Crohn gilt im akuten Schub das Prinzip der „Entlastung“ durch vollbilanzierte Diäten und/oder parenterale Ernährung. In der Remission ist eine kräftige „Belastung“ des Darmes durch Ballaststoffe angezeigt. Da diese Patienten einen statistisch signifikanten höheren Verbrauch an raffinierten Kohlenhydraten aufweisen als gesunde Kontrollpersonen, sollte der Genuß von Süßigkeiten, Speiseeis, Kuchen und Weißbrot eingeschränkt werden.

Bei Steatorrhoe infolge Malabsorption kann eine verbesserte Fettaufnahme durch die Gabe von mittelkettigen Fettsäuren (z. B. Ceres-Margarine) erreicht werden. Wenn sich die Durchfallsneigung durch die anti-inflammatorische Behandlung nicht bessert, sind Antidiarrhoika, wie Loperamid (Imodium) oder Diphenoxylat (Reasec), angezeigt; bei chologener Diarrhoe wird ein Behandlungsversuch mit Cholestyramin (Cuemid, Quantalan) empfohlen.

Auch die Colitis ulcerosa wird mit SASP und Prednison in systemischer und lokaler Anwendung behandelt. Zur Rezidivprophylaxe bei dieser Erkrankungsform haben sich in kontrollierten Studien 2 g SASP als wirksam erwiesen, doch ist die Frage, wie lange eine solche Rezidivprophylaxe durchgeführt werden soll, bislang nicht geklärt. Ein Vorschlag geht dahin, nach einem Jahr Therapie einen Auslaßversuch zu machen. Bei hämorrhagischer Proktitis und linksseitiger Kolitis ist die lokale Anwendung von SASP in Form von Suppositorien und Klysmen möglich. Corticosteroide werden besonders bei akuten und schweren Krankheitsverläufen eingesetzt, ihre Wirksamkeit ist erwiesen. Im Einzelfall ist jedoch nicht abzusehen, wieviel aus dem Darm resorbiert wird und so systemische Erscheinungen und auch unerwünschte Wirkungen hervorgerufen werden können. Bei Versagen von

SASP und Prednison sowie bei Kindern mit Wachstumsstörungen kann die Gabe von 6-Mercaptopurin (Purinethol) erwogen werden.

Die Diät bei der Colitis ulcerosa besteht aus einer gemischten Kost unter Berücksichtigung individueller Unverträglichkeiten. Dölle wies in diesem Zusammenhang darauf hin, daß bei etwa 20 Prozent der Patienten eine Milchunverträglichkeit besteht, weshalb nach einer Laktoseintoleranz gefahndet werden sollte. Im akuten Schub kann durch eine Elementardiät oder durch eine totale parenterale Ernährung eine Besserung erwartet werden. Diese Maßnahmen werden außerdem zur präoperativen Vorbereitung und in der postoperativen Nachsorge eingesetzt.

In seinem Vortrag über die **chirurgische Behandlung entzündlicher Dickdarmerkrankungen** wies Professor F. Stelzner, Bonn, darauf hin, daß die Wahl des richtigen Zeitpunktes bei der Colitis ulcerosa immer wieder Schwierigkeiten bereitet. Denn die Erkrankung verläuft oft in symptomarmen Intervallen, und der Patient meint nach jedem Schub, jetzt sei ihm das Schicksal gnädig. Tatsache ist aber, daß die Colitis eine konservativ unheilbare Erkrankung ist.

Aus chirurgischer Sicht wird ein operativer Eingriff empfohlen:

1. Wenn bei einem über Sechzigjährigen die Diagnose Colitis ulcerosa gestellt wird, der Patient akut oder chronisch krank ist, und zwar auch bei einem Teilbefall. Denn im ersten Schub sterben in dieser höheren Altersgruppe bereits mehr als 20 Prozent.
2. Bei akutem Totalbefall des Dickdarmes, auch im jüngeren Lebensalter.
3. Bei einem chronischen Verlauf, wenn der Patient drei Jahre Invalide bleibt oder wenn Komplikationen auftreten, wie z. B. ein Pyoderma gangraenosum, eine Mono- oder Polyarthrit, eine Uveitis sowie totale Inkontinenz mit Abszeß- und Fistelbildung.

Nach Stelzners Erfahrungen heilen die kolonfernen Komplikationen sofort nach der totalen Proktokolektomie, welche der einzige erfolgversprechende Eingriff ist. Bis vor we-

nigen Jahren waren kontinenserhaltende Operationstechniken bei dieser Erkrankung nur ausnahmsweise möglich, dann nämlich, wenn das Rektum nicht befallen war, was nur relativ selten vorkam. Das heute gebräuchliche Ileostoma prominens mit einem Klebebeutel kann als eine ausgereifte Lösung angesehen werden. Neuerdings wird versucht, bei funktionstüchtigem Kontinenzorgan nach einer Proktokolektomie eine Ileumtasche in die erhaltene Muskulatur des Beckenbodensphinkters einzupflanzen. Dieser technisch schwierige Eingriff, der dem Patienten eine volle Kontinenz auf natürlichem Weg verspricht, ist nach Ansicht des Vortragenden ein bedeutender Fortschritt in der chirurgischen Behandlung der Colitis ulcerosa.

In seinem Vortrag über die **Bedeutung der Koloskope für die Diagnose und Therapie benignen und malignen Dickdarmerkrankungen** erwähnte Professor R. Ottenjann, München-Neuperlach, daß diese Methode in den letzten Jahren weiter entwickelt und verbessert wurde. Anstelle der früher verwendeten Überlangen oder teilweise zu kurzen Instrumente werden heute mittellange Koloskope von geringem Kaliber verwendet. Mit ihnen können vielfach auch Stenosen überwunden werden, die früher nicht zu passieren waren. Unbedingte Voraussetzung für eine einwandfreie Beurteilung koloskopischer Befunde ist die völlige Reinigung des gesamten Dickdarmes. Hierfür wird heute anstelle von Abführmitteln die sogenannte Lavage-Methode verwendet, bei welcher der Patient am Tag zuvor mehrere Liter salinischer oder Mannitol-haltiger Lösungen trinken muß. Eine eventuelle Schaumbildung im Dickdarm läßt sich schnell beseitigen, wenn durch das Instrument etwas flüssiges Lefax oder dergleichen eingebracht wird.

Für die Behandlung der akuten und chronischen Form der Divertikulitis eignet sich nach Ottenjanns Erfah-

rungen die Antibiotikakombination Clindamycin + Gentamycin. Das Bild der chronischen Divertikulitis wird oft durch stenotische Prozesse beherrscht. Hier kann man versuchen, durch Quellmittel, wie Weizenkleie oder pflanzliche Schleimstoffe, die Dickdarmtätigkeit zu regulieren und so das Kolon zu entspannen. Eine solche Behandlung sollte unter gelegentlicher Konsultation eines Chirurgen durchgeführt werden, um den günstigen Zeitpunkt für einen operativen Eingriff nicht zu verpassen. Falls sich die Durchführung einer Koloskopie als schwierig erweist, z. B. bei besonders empfindlichen Personen, bei Kindern oder bei Patienten mit Verwachsungen nach Unterleibsoperationen, so hat sich hierfür die sogenannte adaptierte Analgesie, die grundsätzlich von einem Anästhesisten ausgeführt wird, als eine hilfreiche Methode erwiesen. Die Patienten sind völlig schmerzentrückt und haben hinterher eine retrograde Amnesie.

Ein wesentliches Motiv für die endoskopische Untersuchung ist nach Ottenjanns Ausführungen darin zu sehen, daß fast alle Krankheitsprozesse des Dickdarmes in der Mukosa beginnen oder sich dort ausbreiten. In der Praxis bedeutet dies: wer hineinschaut, sieht auch das pathologische Substrat.

Zu den malignen Dickdarmerkrankungen wurde gesagt, daß bei kolorektalen Karzinomen in mehr als sechs Prozent der Fälle synchrone oder metachrone Tumoren zu erwarten sind. Wenn jemand an einem Dickdarmkrebs erkrankt ist, dann besteht für jedes blutsverwandte Familienmitglied ein dreifach höheres Risiko zur Manifestation einer solchen Erkrankung. Deshalb sollten alle diese Personen einer Vorsorgeuntersuchung zugeführt werden. Da metachrone Karzinome im Abstand von einem bis zu 20 Jahren auftreten können, bedeutet dies, daß kein Patient, der wegen eines solchen Tumors operiert wurde, aus der ärztlichen Kontrolle entlassen



**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

werden darf —, er muß Jahr für Jahr einer Untersuchung des gesamten Dickdarmes unterzogen werden.

Professor F. P. Gall, Erlangen, berichtete über die **operativen Behandlungsmöglichkeiten bei kolorektalen Karzinomen**, wobei er erwähnte, daß zur Behandlung des Mastdarmkrebses heute neben der Rektumexstirpation mit Anus praeter grundsätzlich zwei sphinktererhaltende Operationsmethoden zur Verfügung stehen: die anteriore Rektumresektion und die lokale Tumoraussschneidung. Bei der Exstirpation und Resektion des Mastdarmes wird der Tumor zusammen mit seinen kranialen Abflüßwegen und dem lateralen Mesorektum in gleicher Ausdehnung entfernt. Beide Methoden unterscheiden sich in ihrer Ausdehnung nach kaudal. Bei der Exstirpation werden Beckenboden und Analkanal mit entfernt, während diese bei der Resektion erhalten bleiben.

Gall berichtete über die Auswertung von 1000 Operationspräparaten der Chirurgischen Universitätsklinik in Erlangen. Sie ergab, daß das intramurale Krebswachstum nur ausnahmsweise den makroskopisch sichtbaren Tumorrund um mehr als 20 mm überschreitet. Die lymphogene Metastasierung erfolgt fast ausschließlich nach kranial. Bei Tumoren, die beim Mann 8 cm, bei der Frau 6 bis 7 cm kranial von der Linea dentata liegen (das sind praktisch alle Karzinome des oberen und mittleren Rektumdrittels), ist nach vollständiger Mobilisation des Enddarmes ein ausreichender Sicherheitsabstand zu gewinnen, so daß fast immer eine kontinenzerhaltende Resektion möglich ist. Sie hat an der Erlanger Klinik in den letzten Jahren ständig zugenommen: 1969 wurden nur drei Prozent, 1979 und 1980 hingegen 66 bzw. 75 Prozent der Patienten sphinktererhaltend operiert.

Ein neuer Weg der kurativen Krebstherapie ist die lokale Tumorexzision, die allerdings nur bei kleinen Mastdarmkrebsen im frühen Stadium möglich ist. Für dieses Verfahren kommen nur polypoide Tumoren, die in der Darmwand gut verschieblich sind und deren Durchmesser weniger als 3 cm beträgt, in Frage.

*Referent:*

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

## Vom System der Balint-Gruppentherapie

von E. Schaetzing

Jeder Beruf macht Freude, wenn man damit erfolgreich ist. Das gilt auch vom Arztberuf, der das Studium der Medizin voraussetzt, aber eben deshalb einige Tücken hat, weil die geisteswissenschaftliche Ausbildung zu karg ist. Soweit man sich im Metier der naturwissenschaftlichen Organmedizin bewegt, stellen sich die erfreulichen Erfolge bei guter Ausbildung und der entsprechenden Geschicklichkeit des Arztes bei den meisten behandelbaren Erkrankungen fast von selber ein. Die Gesundheit kann bei einer durchschnittlichen Organkrankheit meistens schnell wiederhergestellt werden.

Unerfreulich sind die chronischen oder gar unheilbaren Leiden, bei denen wir zwar die richtige Diagnose kennen, jedoch keine heilsame Behandlungsweise wissen. Zumeist bedauern wir jene Patienten oder begnügen uns mit einer symptomgerichteten Polypragmasie, was auch nichts einbringt.

Eine dritte und nicht zu unterschätzende Gruppe sind die *nervösen* Kranken, die zu häufig unsere Sprechzimmer frequentieren und im bunten Wechsel über alle nur möglichen Beschwerden klagen, ohne ein organisch greifbares Korrelat zu liefern. Sie wechseln häufig den Arzt, futtern ganze Apotheken von Tranquilizern, wobei jede Neuerscheinung bevorzugt wird. Da sich bei dieser Form der Drogensucht auch nichts ändert, wandern sie von einer Klinik zur nächsten, ohne echte Hilfe zu erlangen. Außerdem rauchen und trinken sie zu viel, kommen mit ihrem Leben überhaupt nicht zurecht und landen schließlich bei den Diplomspsychologen, die keine Ärzte sind.

Man nennt jene Patientenkategorie heute gerne die „psychogen“ Erkrankten, aber der gute alte Terminus „nervös“ klingt besser und ist auch sachgerechter. Ein biederer Praktiker beantwortete die Frage, was „psychogen“ eigentlich sei mit einem schmunzelnden Lächeln:

„Das gibt es nur, wenn's nicht organisch ist.“ Das war gewiß eine ehrliche Antwort.

Der niedergelassene Praktiker nähert sich den „Nervensägen“ genannten Hysterikern oder Zwangskranken oder gar Psychopathen nämlich nur ungern; teils aus Zeitmangel und teils, weil er keine Spezialausbildung dafür hat. Mit dem gesunden Menschenverstand inklusive des Schulterklopfens und dem gutgemeinten direkten Rat, man möge sich doch zusammennehmen, ist da wirklich nicht viel Lorbeer zu ernten.

Der Kranke ist gewiß mehr als seine Krankheit! Und der gellende Ruf nach einer patientenorientierten Medizin als Ergänzung der krankheitsgemünzten hat durchaus seine Berechtigung. Er verebbt aber prompt, wenn man sich das Ausbildungsproblem überlegt. Schließlich ist von keinem vielbeschäftigten Praktiker und auch von keinem Gebietsarzt zu verlangen, daß sie ohne Rücksicht auf ihre Familien ihre Praxen für zwei bis drei Jahre schließen, um die immer voluminöser werdenden psychotherapeutischen oder gar psychoanalytischen Riten erschöpfend zu erlernen. Dazu gibt es unterdes zu viele Behandlungsmuster davon. Man kann also gar nicht die Gynäkologen oder gar die Chirurgen zu „Psychotherapeuten“ umodeln, was auch umgekehrt wenig Sinn haben dürfte. Der Versuch, bei entsprechenden Fällen die Psychologen, also sowohl die klinischen wie auch die diplomierten einzusetzen, ist ebenfalls nur eine Notlösung, weil denen als Nichtärzte die Differentialdiagnostik zwischen den nervös-funktionellen und den organischen Hintergründen schwerfällt. Man muß eben beides beherrschen, denn viele Köche verderben den Brei.

Um all jene Schwierigkeiten zu überwinden, schuf schon in den fünfziger Jahren in London der ungarische Psychiater und Analytiker Michael Balint, der also in beiden Gebieten

versiert war, die nach ihm benannten Fallbesprechungsgruppen. Er scharte eine Gruppe von praktischen Ärzten und Gebietsärzten aller Art – auch Psychiater – um sich, um einschlägige Fälle aus deren Praxis von den Blickwinkeln aller Teilnehmer her zu beleuchten. Bekanntlich läßt es sich sehr leicht über Abwesende sprechen. Das heißt, einer der Gruppe schildert einen Fall, den die anderen nicht kennen, und diese nehmen Stellung dazu.

Mit dieser Methode erfüllte Balint die alte Forderung von J. H. Schultz nach einer „Psychologisierung des ARZTENS“; eine Methode, die es den Teilnehmern ermöglicht, durch die Dynamik des Gruppengesprächs unter den Kollegen verschiedener Gebiete und unterschiedlicher Persönlichkeitsstrukturen, hellhöriger für die nervösen Hintergründe der Konfliktsituationen eines Patienten zu werden. Man lernt dabei gleichsam gesprächsweise die Auffassungen aller an dem Fallseminar Beteiligten kennen. Und diese wiederum begreifen plötzlich ihre persönlichen fehlerhaften und für die Therapie hinderlichen Animositäten gegen diesen oder jenen eigenen Patienten. Zumeist handelt es sich dabei um automatisierte Vorurteile, die man dann zu den Akten legen kann. Solche Selbstbetroffenheit entsteht durch Zwischenfragen, ergänzende oder kritische Bemerkungen sowie Vergleiche mit den eigenen Erfahrungen. Es ist erstaunlich, wieviel Neuland bei diesem Wissensaustausch erobert wird; Erkenntnisse, die gleich wichtig für die Behandlung der entsprechenden Patienten wie auch für die Einstellung der Ärzte sind.

Der Gruppenleiter selber hat lediglich die Aufgabe des Moderators. Er unterstreicht wesentliche Aussagen oder eilt einem allzu heftig Kritisierten zu Hilfe. Aus seinem Erfahrungsschatz steuert er nebenbei auch therapeutisch wirksame Techniken bei, so daß nicht nur die Theorie, sondern auch die Praxis zu ihrem Recht kommt. Aus meiner Balint-Gruppe, die ich in Starnberg seit sechs Jahren katalytisch betreue, sei ein Beispiel geschildert.

Irgendwie war die heikle Problematik der Offenbarung der Krebsdiagnose ins Gespräch gekommen. Es wurden die bekannten Einwände mit

ihren Für und Wider lebhaft geäußert. Nur eine besonders sympathische und bislang sehr gesprächsaktive Kollegin schwieg beharrlich und blieb der nächsten Sitzung mit einer oberflächlichen Entschuldigung fern. Sie war unfreiwillig selber zum „Fall“ geworden, der beim nächsten Mal von den übrigen Teilnehmern heftig kritisiert wurde.

Ich stoppte dieses Gespräch, weil sich die Abwesende nicht wehren konnte. Dann bat ich eine befreundete Kollegin aus derselben Klinik, die Flüchtende doch wieder herbeizulocken, was auch gelang. Sie war zunächst im depressiven Sinne verändert und beteiligte sich kaum am Seminar, obwohl wir inzwischen einen ganz anderen Fall beim Wickel hatten. Als dieser geklärt war, fragte ein Kollege die Betroffene direkt, was mit ihr los sei? Sie erwiderte ausweichend: „Nichts –“ – äußerte dann jedoch eine Sorge, deren Hintergrund nicht sofort erkennbar war. Sie arbeitete seit längerer Zeit auf der weiblichen Krebsstation der Klinik; sie könne das dort grassierende Elend nicht mehr mit ansehen. Ein besonnener dritter Kollege sagte mildernd: „Wir Ärzte müssen allesamt viel Leid erblicken und mitempfinden, und Sie sind doch eine Ärztin! Könnte Ihr gesteigertes Mitleid vielleicht damit zusammenhängen, daß Sie selber eine Frau sind?“

Nach einer Weile des Nachdenkens antwortete sie dankbar: „Ja – das ist es! Von selber wäre ich nicht auf diesen Gedanken gekommen, zumal ich völlig symptomfrei und gesund bin. Wahrscheinlich identifiziere ich mich unbewußterweise zuviel mit meinen Schwerkranken.“

Dann sagte sie entschlossen und gelöst: „Ich werde das ändern. Es sind nur noch zwei Monate, die ich aus Ausbildungsgründen dort aushalten muß. Einen davon werde ich durch meinen Urlaub ersetzen, und den zweiten werde ich jetzt auch noch hinter mich bringen. Danach lasse ich mich auf eine andere Station versetzen.“ Die Gruppe zollte der tapferen Ärztin Beifall. Von dem direkten Rat, doch sofort zur Krebsberatungsstelle zu gehen, war sie weniger begeistert. Erstens war sie schon einige Male dort gewesen und zweitens traute sie dem Terminus „Frühdiagnose“ nicht über den Weg, nachdem mehrere Patienten, die jenes Filter durchlaufen hatten,

kurze Zeit später auf ihrer „Endstation“ gelandet waren. Sie meinte gezielt, man solle anstelle der sogenannten Frühdiagnose besser eine *rechtzeitige* Diagnostik betreiben. Die „Frühdiagnostik“ bezeichnete sie als eine Blitzlichtaufnahme ohne Gewähr. Freilich würde sie zum Abschluß jener Ausbildungsphase prophylaktisch noch einmal hingehen, jedoch hätte ihr jener direkte Rat weit weniger gegeben als die hintergründige Frage jenes dritten Kollegen.

Hier wird deutlich, wie wenig bei depressiven Verstimmungen der noch so gut gemeinte direkte Ratschlag taugt. Es kommt eben darauf an, daß der Patient selbst immer die persönlichen Hintergründe seines Dilemmas erkennt. Dorthin muß er geführt werden.

Zum Abschluß sei ein ganz anders gelagerter Fall – gekürzt – geschildert, der aus der gleichen Gruppe stammt (Frau Dr. E. Schlosser) und eine wesentliche Technik offenbart. Es ist die Technik der Anheimstellung.

Anna – eine 22jährige Angestellte der Klinik – war früher eine durchaus pünktliche und zuverlässige und allgemein beliebte Mitarbeiterin des Hauses. Bis zu ihrem 17. Lebensjahr war sie schlank und sehr sportiv. Sie war die beste Schwimmerin im Verein und stets fröhlich. Dann wurde sie träge und fett, was mit einem erheblichen Alkoholkonsum zusammenhing. Ferner wurde sie unpünktlich und renitent im Dienst. In einer Depressionsphase beging sie mit Schlaftabletten einen Suizidversuch. Damit gehörte sie eigentlich in eine psychiatrische Klinik. Aber die Stationsärztin Dr. Schlosser hatte ein persönliches Vertrauensverhältnis zu der Ausgeglittenen und versuchte – durch unsere Gruppenarbeit geschult – eine mentale Exploration, wobei folgendes herauskam:

Die an sich geliebte Mutter war häuslicher sehr ordentlich. Der Vater dagegen war ein Potator und Haustyrann. Und mit diesem Säufer hatte Anna ein inzestuöses Verhältnis, von dem außer den beiden Beteiligten niemand etwas ahnte. Annas nahezu infantile Persönlichkeit konnte das nicht verkraften, weil sie zwiespältig darauf reagierte. Einerseits hatte sie schwere Schuldge-

fühle der Mutter gegenüber; andererseits waren ihr die sexuellen Erlebnisse mit dem Vater nicht unsympathisch, was sie ehrlich zugab. Direkte Ratschläge zu geben, die doch nicht befolgt würden, war unsinnig. Mit Medikamenten zu helfen, mußte ebenso mißlingen, weil es kein Medikament gegen den Inzest gibt.

Dieses Problem erhitze die Gemüter der Gruppe. Ein Teilnehmer meinte: „Eigentlich gehört der Kerl ins Gefängnis!“ Ein anderer sagte: „Gewiß —, aber als Ärztin können Sie schon aufgrund der Schweigepflicht keine Anzeige erstatten.“

Da schaltete sich ein Dritter ein: „Aber Sie haben als Ärztin keine Schweigepflicht gegenüber Ihrer Patientin.“ Dr. Schlosser erwiderte: „Nein — das nicht, aber wie meinen Sie das? Ich kann dieses Mädchen in Not doch nicht auffordern, ihren eigenen Vater anzuzeigen!“

Als Moderator sagte ich: „Auffordern nicht, aber Sie können es ihr anheimstellen. Das ist etwas ganz anderes! Der Unterschied besteht darin, daß bei einer Anheimstellung die Selbstverantwortlichkeit erhalten bleibt. Es kommt dabei u. a. auf den Ton an.“

Die Technik der Anheimstellung ist an sich ganz einfach. Sie besteht aus drei Reizsätzen mit zwingenden therapeutischen Konsequenzen. Der erste Satz lautet: „Dann tun Sie es doch!“, der zweite: „Dann lassen Sie es doch bleiben“, und der dritte Anstoß ist nur das Reizwort: „eben“ — — —

Der Reizsatz Nr. 1 bewirkt zwangsläufig einen Protest des Behandelten, der nunmehr sämtliche Gegenargumente aufzählt, die gegen die böse Tat sprechen. Sie waren ihm zwar auch schon vorher bekannt, aber nicht so gegenständlich bewußt. Das funktioniert immer, zumal die eigenen Ohren dem Mund am nächsten stehen, wenn man es von der eigenen Stimme hört. Etwa so: „Vater kommt ins Gefängnis — Ich bin aber auch selber daran schuld — und meine Mutter — Nein — Das kann ich nicht tun und das werde ich auch nicht tun!“ Auf den Gegenreizsatz 2 kommt: „Aber so kann's doch nicht weitergehen — — —“. Schlußreiz: „e b e n —“ — Pause — „Dann muß ich das ändern und mit meinem Vater Schluß machen. Wie mache ich das bloß?“

Moderator: „Nun genauso wie andere Menschen Schluß mit einem falschen Partner machen. Die lassen sich scheiden. Das brauchen Sie noch nicht einmal, weil Sie gar nicht verheiratet sind. Als Vater können Sie ihn ruhig beibehalten, aber nicht mehr als Liebhaber...!“ Patientin zweifelt: „Dann muß ich mein ganzes Leben ändern.“

Moderator: „Kommt Zeit, kommt Rat. Vielleicht begegnet Ihnen bald ein passender Partner, nachdem Sie jetzt alles selber erkannt haben.“

Es ist ein großer Vorzug solcher Fallbesprechungsseminare, daß die Gruppe den gesamten Verlauf der Behandlung durch weitere Schilderungen des Fallberichterstatters kontrollieren kann.

Annas Geschichte entwickelte sich binnen drei Monaten recht erfreulich. Infolge der gütigen Betreuung und vorsichtigen Bestätigungstherapie durch die Kollegin hatte sich die Ausgeglittene wieder zu einer schlanken Person zurückgemausert. Gut geführt kommt sie pünktlich zum Dienst und arbeitet fleißig. Den Alkohol braucht sie nicht mehr. Stattdessen hat sie sich neue Kleider gekauft und eine kleine eigene Wohnung eingerichtet. Nach Hause fährt sie nur noch an Wochenenden in Abständen. Ihr Leben wird nicht unproblematisch sein, aber mit zunehmender Reife wird sie auch einen angemessenen Partner finden.

Die kurze Schilderung jener Skizzen möge genügen, um das Wesen und auch die Technik der Gruppensprache à la Balint zu illustrieren.

Das Verfahren hat sich bewährt.

#### Literatur

1. BALINT M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett Verlag, 1964.
2. BALINT M. u. E.: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Klett, 1976.
3. LUBAN-PLOZZA B.: Zehn Jahre Balint-Gruppen mit Studenten. D. A. 1979.
4. SCHÄTZING E.: Gedanken über den Krebs. Die Heilkunst, 3/1977.
5. SCHÄTZING E.: Katalytische Psychotherapie. Die Heilkunst, 3/1977.
6. SCHÄTZING E.: Denkformen der Heilkunst. Haug Verlag, Bd. 17/1978.
7. SCHLOSSER E.: Erfolge durch Balint-Gruppenerfahrungen. Die Heilkunst, 2/1980.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. E. Schätzing, Frauenarzt/Psychotherapie, Am Hochwald 17, 8130 Starnberg

# Hautschäden · Hämorrhoiden · Entzündungen

## Gelum-L Salbe

Dermatologikum

- reguliert den Säuremantel
- bekämpft Infektionen
- hemmt Ekzeme
- heilt Verbrennungen

**Zusammensetzung:** Kalium-Dioleat (III)-triphosphat-Dikalium-Eisen (III)-citrat-Komplex-poly-Soräureglycerinester 74,8 g Urea pure 5,0 g Eucerin anthracinum 10,0 g Lanolin 5,2 g Isotriazolinone, Mentholen, Pyridoxin, Milchsäure, (Dermatitis seborrhoides), Sonnenbrand, Verbrennungen, Irritation der Haut, Berusetzunge. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt.  **Hinweis:** Nicht in offene Wunden bringen! **Handelsformen:** Tube mit 50 g DM 7,85, Tube mit 100 g DM 14,40, Klinikpackungen mit 250 g und 1000 g.

## Gelum-Supp

Antivarikoseum

- stillen den Juckreiz
- stoppen Entzündungen
- beseitigen Varizen
- entspannen die Gefäße

**Zusammensetzung:** Kalium-Dioleat (III)-triphosphat-Dikalium-Eisen (III)-citrat-Komplex 0,16 g p-Hydroxybenzoesäurebenzylalkylester 0,004 g, p-Aminobenzoesäurediäthylester 0,04 g, Suppos. Masse ad 2,0 g Isotriazolinone: Innere und äußere Hämorrhoiden, stehende Entzündungen des Analbereichs und des Unterleibes, Prostatitis. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Handelsformen:** OP mit 10 Suppositorien DM 7,45, OP mit 40 Suppositorien DM 25,15, Klinikpackung.

## Gelum-S Gel

Antiphlogistikum

- lindert Schmerzen
- beseitigt Schwellungen
- fördert Durchblutung
- erhöht die Beweglichkeit

**Zusammensetzung:** Kalium-Dioleat (III)-triphosphat-Dikalium-Eisen (III)-citrat-Komplex-poly-Soräureglycerinester c. Aqua 94,8 g Isotriazolinone ad 100,0 g Isotriazolinone: Arthritis, entzündliche Gewebeerkrankungen, Verstauchungen, Blistergüsse, Verbrennungen. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt.  **Hinweis:** Nicht in offene Wunden bringen! **Handelsformen:** 50 g DM 7,85, 100 g DM 14,40, Klinikpackungen mit 250 und 1000 g.



DRELUSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Direktor für Österreich: Magister DOMAR Ges. m. b. H.   
 Währerstraße 93 · A-1150 WIEN

## Ergebnisse der gesamtstatistischen Auswertungen der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchungen in Bayern der Jahre 1979 und 1980

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat die Berichte über die Ergebnisse der gesamtstatistischen Auswertungen der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 12. April 1976 vorgeschriebenen Untersuchungen in Bayern der Jahre 1979 und 1980 nunmehr fertiggestellt. Die ausführlichen, mit reichlichem Zahlenmaterial belegten Berichte schließen mit folgenden nachstehend wörtlich wiedergegebenen Zusammenfassungen und der sich daraus ergebenden Schlußfolgerungen:

### I. 1979

1. Im Jahre 1979 gab es in Bayern 136 343 Schulabgänger unter 18 Jahren, wovon 132 253 in das Berufsleben eintraten. Von der Kassenärztlichen Vereinigung wurden 133 919 – davon 130 468 statistisch auswertbare – Erstuntersuchungen abgerechnet. Wegen statistisch nicht erfaßter Umstände, wie z. B. Übertritt in weiterführende Schulen und Auswirkungen des Berufsgrundschuljahres, läßt sich aus dem Vergleich der Gesamtzahl der Berufsanfänger mit der Zahl der abgerechneten Untersuchungsbögen die Beteiligung an der Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz nur sehr bedingt ablesen. Diese Relation war 1979, 1978 und 1977 nahezu gleich, insgesamt wesentlich günstiger als 1976 und übertraf auch dieses Mal wieder die Ergebnisse von 1975 und 1974.

2. Im Berichtsjahr wurden 89 091 Jugendliche nachuntersucht. Damit blieben die Nachuntersuchungen hinter den Erstuntersuchungen von 1978 – 125 900 – wieder etwas weiter zurück als im Jahr davor. Irgendwelche bedeutsamen Rückschlüsse auf die Beteiligung an den Nachuntersuchungen können daraus dennoch nicht gezogen werden, weil eine größere Anzahl Jugendlicher vor dem Nachuntersuchungstermin das 18. Lebensjahr vollendet hatte und damit nicht mehr zu den Untersuchungspflichtigen zählte. Die Ein-

beziehung der weiteren Nachuntersuchungen (§ 34 JArbSchG) in dieses Zahlenmaterial hat auf das Ergebnis keinen wesentlichen Einfluß.

3. Der prozentuale Anteil derjenigen Erstuntersuchten, die ärztlicher Behandlung bedurften, ist nach einem Maximum – etwa 14,5 Prozent in den Jahren 1971 bis 1973 – seit 1974 laufend zurückgegangen. Er beträgt 1979 8,3 Prozent (zahnärztliche Behandlung 4,8 Prozent). Bei den Nachuntersuchten ist die Tendenz ebenfalls eindeutig rückläufig (1979 7,7 Prozent bzw. zahnärztliche Behandlung 4,5 Prozent).

Gefährdungsvermerke, die zu Beschäftigungsverboten führten, haben bei den Erstuntersuchten seit 1977 zum zweiten Mal zugenommen. Gegenüber dem Vorjahr ist wieder eine leichte Steigerung eingetreten. Dagegen ist bei den Nachuntersuchten gegenüber 1978 eine geringfügige Abnahme festzustellen.

	Erstuntersuchte	Nachuntersuchte
1978	17,2 %	14,7 %
1979	17,8 %	14,3 %

4. Die vor Eintritt in das Erwerbsleben überstandenen Krankheiten haben mit Einflüssen der Arbeitswelt nichts zu tun und dienen, ebenso wie die zwischen Erst- und

Nachuntersuchung aufgetretenen Krankheiten und Operationen, lediglich der Bestandsaufnahme. Die Unfälle der Nachuntersuchten sagen mehr aus; ist doch ein nicht unwesentlicher Anteil sicherlich den betrieblichen Verhältnissen zuzuschreiben bzw. der mangelhaften Anpassung des Jugendlichen an die Gefahren am Arbeitsplatz. Nach wie vor liegt hier das Maximum mit 12,7 Prozent (1978 12,7 Prozent) bei den 16jährigen: es folgen die 17jährigen mit 12,0 (12,1) Prozent und an letzter Stelle die 15jährigen mit 9,9 (10,0) Prozent.

5. Was die nachteiligen Auswirkungen der bisherigen Arbeit der Jugendlichen auf die Gesundheit anbelangt, so war die Tendenz ab 1973 (0,6 Prozent) fallend: 1974, 1975 und 1976 je 0,5 Prozent und seit 1977 nur 0,4 Prozent.

Folgende Beschäftigungsverbote stehen unverändert im Vordergrund: (Erstuntersuchte = EU, Nachuntersuchte = NU; % = vom Hundert der Gefährdungsvermerke; Zahlen von 1978 in Klammern)

	EU %	NU %
– schwere (bei NU mittelschwere) körperliche Arbeit	42,4 (45,8)	36,4 (39,4)
– Arbeiten, die volle Sehkraft erfordern	40,6 (37,4)	42,9 (39,2)
– häufiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten	23,5 (26,1)	22,2 (24,0)
– Arbeiten, die Schwindelfreiheit erfordern	6,4 (6,8)	6,9 (7,5)
– Arbeiten im Stehen	4,6 (5,4)	5,1 (5,2)

Auffällig ist ein weiterer deutlicher Anstieg der Beschäftigungsverbote wegen Minderung der Sehkraft. Bei den Erstuntersuchten gehen die meisten Gefährdungsvermerke auf Einschränkungen des Sehvermögens zurück, während bei den Beschäftigungsverboten die Minderbelastbarkeit des Skeletts und der Muskulatur an erster Stelle steht. Ähnlich verhält es sich bei den Nachuntersuchten. Dort folgen den an der Spitze stehenden Sehstörungen Skelettveränderungen und schwache Muskulatur, d. h. also

Minderbelastbarkeit des Stütz- und Bewegungsapparates.

6. Gegenüber den Jahren 1975 bis 1977 ist ein Rückgang der Angaben über eine aktive Teilnahme an Sport, Turnen oder anderen Formen körperlicher Ertüchtigung zu verzeichnen.

## II. 1980

1. Im Jahre 1980 gab es in Bayern 131 740 Schulabgänger unter 18 Jahren, wovon 127 788 in das Berufsleben eintraten. Von der Kassenärztlichen Vereinigung wurden 129 103 – davon 125 115 statistisch auswertbare – Erstuntersuchungen abgerechnet. Wegen statistisch nicht erfaßter Umstände, wie z. B. Übertritt in weiterführende Schulen und Auswirkungen des Berufsgrundschuljahres, läßt sich aus dem Vergleich der Gesamtzahl der Berufsanfänger mit der Zahl der abgerechneten Untersuchungsbögen die Beteiligung an der Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz nur sehr bedingt ablesen. Diese Relation war 1980 und in den Vorjahren nahezu gleich.

2. Im Berichtsjahr wurden 89 087 Jugendliche nachuntersucht. Damit blieben die Nachuntersuchungen hinter den Erstuntersuchungen von 1979 – 130 468 – wieder weiter zurück als im Jahr davor. Irgendwelche bedeutsamen Rückschlüsse auf die Beteiligung an den Nachuntersuchungen können daraus dennoch nicht gezogen werden, weil eine größere Anzahl Jugendlicher vor dem Nachuntersuchungstermin das 18. Lebensjahr vollendet hatte und damit nicht mehr zu den Untersuchungspflichtigen zählte. Die Einbeziehung der weiteren Nachuntersuchungen (§ 34 JArbSchG) in dieses Zahlenmaterial hat auf das Ergebnis keinen wesentlichen Einfluß. Bemerkenswert ist jedoch, daß die Zahl der weiteren Nachuntersuchungen in diesem Jahr mit 1444 wesentlich höher ist als 1979 (92).

3. Der prozentuale Anteil derjenigen Erstuntersuchten, die ärztlicher Behandlung bedurften, ist nach einem Maximum – etwa 14,5 Prozent in den Jahren 1971 bis 1973 – seit 1974 laufend zurückgegangen. Er beträgt nunmehr 7,3 Prozent (zahnärztliche Behandlung 4,4 Prozent). Bei den Nachuntersuchten ist die

Tendenz ebenfalls rückläufig (1980: 6,9 Prozent; zahnärztliche Behandlung 4,3 Prozent).

Gefährdungsvermerke, die zu Beschäftigungsverboten führten, haben bei den Erstuntersuchten nach zwei Jahren wieder abgenommen. Gegenüber dem Vorjahr ist wieder eine leichte Reduzierung eingetreten. Bei den Nachuntersuchten hält die 1979 eingetretene geringfügige Abnahme an.

	Erstuntersuchte	Nachuntersuchte
1979	17,8 %	14,3 %
1980	17,5 %	14,1 %

4. Die vor Eintritt in das Erwerbsleben überstandenen Krankheiten haben mit Einflüssen der Arbeitswelt nichts zu tun und dienen, ebenso wie die zwischen Erst- und Nachuntersuchung aufgetretenen Krankheiten und Operationen, lediglich der Bestandsaufnahme. Die Unfälle der Nachuntersuchten sagen mehr aus, ist doch ein nicht unwesentlicher Anteil sicherlich den betrieblichen Verhältnissen zuzuschreiben bzw. der mangelhaften Anpassung der Jugendlichen an die Gefahren am Arbeitsplatz. Nach wie vor liegt hier das Maximum mit 13,1 Prozent (1979 12,7 Prozent) bei den 16jährigen: es folgen die 17jährigen mit 13,0 (12,0) Prozent und an letzter Stelle die 15jährigen mit 10, (9,9) Prozent. Ansonsten ist der Altersgang in der oben angegebenen Weise bereits seit Beginn der statistischen Erhebungen zu beobachten.

5. Was die nachteiligen Auswirkungen der bisherigen Arbeit der Jugendlichen auf die Gesundheit angeht, so war die Tendenz ab 1973 (0,6 Prozent) zunächst fallend: 1974, 1975 und 1976 je 0,5 Prozent, 1977 0,4 Prozent, seither stillstehend 1978, 1979, 1980 0,4 Prozent.

Folgende Beschäftigungsverbote stehen unverändert im Vordergrund: (Erstuntersuchte = EU, Nachuntersuchte = NU; % = vom Hundert der Gefährdungsvermerke; Zahlen von 1979 in Klammern)

	EU %	NU %
– Arbeiten, die volle Sehkraft erfordern	42,9 (40,6)	45,7 (42,9)

	EU %	NU %
– schwere, (bei NU mittelschwere) körperliche Arbeit	39,0 (42,4)	33,7 (36,4)
– häufiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten	22,4 (23,5)	20,8 (22,5)
– Arbeiten, die Schwindelfreiheit erfordern	6,1 (6,4)	6,3 (6,9)
– Arbeiten im Stehen	4,4 (4,6)	4,9 (5,1)

Auffällig ist hier ein weiterer deutlicher Anstieg der Beschäftigungsverbote wegen Minderung der Sehkraft. Bei den Erstuntersuchten gehen die meisten Gefährdungsvermerke auf Einschränkungen des Sehvermögens zurück, während bei den Beschäftigungsverboten die Minderbelastbarkeit des Skeletts und der Muskulatur an erster Stelle steht. Ähnlich verhält es sich bei den Nachuntersuchten. Dort folgen den an der Spitze stehenden Sehstörungen Skelettveränderungen und schwache Muskulatur, d. h. also Minderbelastbarkeit des Stütz- und Bewegungsapparates.

6. Die Angaben über eine aktive Teilnahme an Sport, Turnen oder andere Formen körperlicher Ertüchtigung verzeichnen nach zwei Jahren diesmal wieder aufsteigende Tendenz.

Die Steigerung ist bei den Erstuntersuchten deutlicher als bei den Nachuntersuchten.

	EU %	männl. %	weibl. %
1973	53,4	62,0	44,4
1974	54,7	63,3	45,2
1975	54,5	63,0	45,3
1976	54,8	61,0	38,9
1977	55,6	63,3	46,3
1978	53,7	62,0	45,0
1979	50,9	58,0	43,0
1980	52,9	59,4	45,7

	NU %	männl. %	weibl. %
1973	40,0	51,1	27,3
1974	39,2	50,1	26,6
1975	39,2	49,3	27,0
1976	39,0	48,4	27,7
1977	38,8	47,6	27,8
1978	36,2	44,9	25,5
1979	34,2	42,4	24,8
1980	34,6	42,8	24,9

## Computergestützte Literatursuche

Monatlich erscheinen in den wichtigsten 3000 medizinischen Periodica etwa 20 000 Aufsätze; pro Arbeitstag sind es also knapp 1000. Entsprechende Karteikarten mit den Titelnachweisen würden Tag für Tag eine neue Schublade füllen. Diese Zahlen sind für jeden Arzt, der aktuell informiert sein will, geradezu entmutigend. Andererseits kann man grundsätzlich davon ausgehen, daß jeder Artikel über einen Informationswert verfügt, der für andere interessant ist. Denn anders hätte ein auf Profit ausgerichteter Verlag das Risiko der Verbreitung dieser Information nicht auf sich genommen.

„Bessere Entscheidungen durch bessere Information“, mit diesem Wahlspruch wirbt die Gesellschaft für Information und Dokumentation (GID). An guten und bestmöglichen Entscheidungen im medizinischen Bereich besteht naturgemäß vielseitiges Interesse. Neben dem allgemein-menschlichen Aspekt läßt sich der gesundheitspolitische ebenso anführen wie der volkswirtschaftliche und der privatwirtschaftliche. Hieran kann kein Zweifel bestehen, zumal die Öffentlichkeit stark motiviert ist, eine dem jeweils neuesten Erkenntnisstand angepaßte medizinische Versorgung in der Prioritätenskala ganz oben anzusiedeln.

Das Problem jedoch, im konkreten Fall rechtzeitig die richtige Information zu finden, gleicht der Suche nach einer Stecknadel im Heuhaufen. Bei dem angespannten Zeitbudget praktizierender Ärzte ist daher eine weitgehend dem Zufall überlassene Suche entweder zu zeitaufwendig oder zu ineffektiv.

Dieses Dilemma ist zuerst in den USA erkannt worden. Eine Lösung bahnte sich an, als die Firma Lockheed ihre interne Information auf Datenverarbeitung umstellte und versuchte, die dabei gewonnenen Erkenntnisse und Kapazitäten zum Zweck der Senkung der eigenen Kosten weiterzuverkaufen. Die gleichzeitige Entwicklung und Verbreitung der Datenfernverarbeitung kam dieser Intention entgegen: Das Prinzip der Informationsrecherche auf der Basis der Telekommunikation war geboren (Fachleute haben für die

Verknüpfung von Datenverarbeitung und Telekommunikation den Terminus „Telematik“ entwickelt). Gleichzeitig war ein neuer Beruf geschaffen: der des Informationsvermittlers (auch Searcher genannt). Informationsvermittler sind nach gängiger Definition Mittler zwischen denjenigen, die Information benötigen, und denjenigen, die Informationsdienste anbieten. Was 1966 mit der Datenbank der amerikanischen Weltraumbehörde NASA begann, hat sich heute zu dem großen selbständigen Unternehmen Dialog entwickelt. Dialog bietet über 100 Datenbanken mit mehr als 40 Millionen gespeicherten Zitaten an und ist der größte Informationsanbieter der Welt.

Die National Library of Medicine in Bethesda/USA wandte bald darauf die neue Technologie an und automatisierte eine der bekanntesten Bibliographien der Welt, den Index medicus. Das Produkt, mit Namen Medlars (zu deutsch „Mispel“), ein Akronym aus **M**edical **L**iterature **A**nalysis and **R**etrieval **S**ystem), wird seit zwölf Jahren vertrieben. In der Bundesrepublik Deutschland nahm sich das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) dieser Aufgabe an. Der für den Benutzer kostenlose Versuchsbetrieb wurde mit dem Jahr 1980 in einen Regelbetrieb umgewandelt. Allerdings sind seitdem für die Nutzung der Datenbanken Gebühren zu zahlen, die sich aus eigentlichen Datenbankgebühren und Telekommunikationsgebühren (Post) zusammensetzen. Beide sind wesentlich von der Verbindungsdauer zwischen Terminal und Großrechner abhängig. Der deutsche Mediziner hat also sehr gute und umfassende Möglichkeiten, sich mit bibliographischen Informationen zu versorgen. Überhaupt ist das Angebot so reichhaltig wie in kaum einer anderen Wissenschaftsdisziplin. Neben den großen allgemein-medizinischen Bibliographien, wie Index medicus und Excerpta medica, sind biologische, psychologische und veterinärmedizinische Nachweisinstrumente computerisiert verfügbar. Hinzu kommen Spezialdatenbanken für Toxikologie, Kanzerologie, Ernährung, Gesundheitswesen. Insgesamt werden für diesen Zweck

weltweit mehr als 5000 Periodica regelmäßig ausgewertet.

Wie läuft nun ein Suchauftrag ab? Der Benutzer wendet sich entweder an DIMDI in Köln oder an eine der regionalen Informationsvermittlungsstellen. In Bayern werden von der öffentlichen Hand entsprechende Einrichtungen an den Universitätsbibliotheken in Erlangen, München und Würzburg unterhalten. Von diesen Stellen werden Formulare versandt, die bei der Formulierung der Suche helfen sollen. Neben der Skizzierung des Problems gehören einschränkende Aspekte (Erscheinungsjahre, Sprache, Erschließungstiefe, Mensch/Tier, männlich/weiblich, Altersgruppe) zu den auszufüllenden Rubriken. Diese zusätzlichen Angaben sollen verhindern, daß der Suchende zuviel unnütze Ballastinformation erhält. Wenn der Informationsvermittler die am meisten Erfolg versprechende Datenbank ausgewählt hat, kann er auf verschiedene Art ansetzen: über eine Systemstelle, einen Sachbegriff oder eine bekannte Arbeit zu dem betreffenden Thema. Jede Suchstrategie steuert auf das Ziel, möglichst alles Relevante zu ermitteln und viel Überflüssiges auszuschneiden. Daher ist der Einstieg zunächst meist breit, und die Kunst besteht darin, sich durch kontinuierliche Einnengung den einschlägigen Arbeiten zu nähern. Nach jedem Schritt läßt sich der Searcher angeben, wieviel Zieldokumente beim gegenwärtigen Stand der Suche gespeichert sind. Zur Sicherheit wird er von Zeit zu Zeit ein Zitat auf den Bildschirm holen, um sich zu vergewissern, ob er noch auf dem rechten Weg ist. Am Ende steht dann die komplette Ausgabe der gefundenen Zitate. In der Regel enthalten diese neben den üblichen bibliographischen Angaben die Summe der Deskriptoren, ein Abstract und die Systemstelle.

Die Beschreibung des Suchvorgangs sei durch ein konkretes Beispiel erläutert. Gefragt seien Arbeiten, die Auskunft über neuere Erfahrungen in der Lithiumtherapie der Hyperthyreose geben können. Da die Datenbank Embase (Excerpta medica) den Thesaurus-Begriff „hyperthyroidism“ führt, wählt der Searcher diesen Einstieg. Für die letzten drei Jahre sind 2121 Arbeiten zu diesem Thema erschienen. Bei der Verbindung zwischen „hy-

perthyroidism" und „lithium“ reduziert sich die Zahl der Zitate drastisch auf 50. Ein Blick in die bibliographischen Daten und das Abstract der zwei neuesten Arbeiten ergibt, daß sich hierunter auch Aufsätze befinden, die nicht-therapeutische Aspekte betreffen. Also muß hier noch eine Einengung vorgenommen werden: Eine weitere Anfrage nach dem Aspekt „treatment or therapy“ (worunter über 225 000 Zitate gespeichert sind) bringt nochmals eine Reduktion um zehn redundante Aufsätze. Obwohl eine weitere Einschränkung auf eventuell nur deutsche oder englische Arbeiten möglich wäre, bricht der Informationsvermittler seine Tätigkeit ab, läßt die Zitate ausdrucken und sendet sie dem Auftraggeber zu.

Über die Kosten einer Suche läßt sich nur bedingt Allgemeines sagen. Obwohl meist die Gebühren pauschaliert sind, gibt es doch Abhängigkeiten vom Standort (Datenleitungen), von der Gebührenstruktur der gewählten Datenbank und von der Zahl der gefundenen Arbeiten. Die Universitätsbibliothek München beispielsweise erhebt für eine Standardbibliographie mit maximal 50 Zitaten aus den letzten zwei bis drei Jahren eine Gebühr von DM 45 (für Nicht-Angehörige der Universität oder des Ärztlichen Vereins München e. V. DM 215). Wer in Bibliographien ein komplexes Thema einmal gründlich recherchiert hat, wird auch bei dieser Kostenhöhe erkennen, zu welchem niedrigem Stundenlohn er auf dem konventionellen Weg gearbeitet hat.

Bei der Beschaffung der Originalliteratur sind die wissenschaftlichen Bibliotheken behilflich. Einen besonderen Service hat in Bayern die Universitätsbibliothek München eingerichtet. Hier kann man für eine Pauschalgebühr von DM 3,50 nahezu jeden Aufsatz in einer medizinischen Zeitschrift in Kopie erhalten. Die Einbeziehung dieser Form der Informationsgewinnung in die ärztliche Versorgung ist geeignet, den Verzug zwischen dem Stand der Forschung und der Anwendung in der Praxis erheblich zu vermindern. Gleichzeitig wird die Qualität der Therapie entscheidend verbessert. Dies kann jedoch nur geschehen, wenn der neue, komfortable Weg alltäglicher wird. Und da bleibt noch viel zu tun.

H. Leskien

## Personalia

### Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Generalarzt Professor Dr. med., Dr. med. dent. Franz Gärtner, Sanitätsakademie der Bundeswehr, Neuherbergstraße 11, 8000 München 45, wurde mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

### Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Professor Dr. med. Otto-Erich Lund, Direktor der Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, 8000 München 2;

Dr. med. Sigrud Schikora, Allgemeinärztin, Zum Lautergrund 14, 8731 Burkardroth 5;

Dr. med. Ludwig Zeus, Chirurg, Hindenburgstraße 71, 8520 Erlangen.

### Dr. Guido Braun 25 Jahre im MB

Am 1. April 1982 konnte Dr. jur. Guido Braun, Skellstraße 6, 8000 München 80, sein 25jähriges Dienstjubiläum als Geschäftsführer und Justitiar beim Landesverband Bayern des Marburger Bundes feiern. Im Wechsel der ärztlichen Vorstände dieses Verbandes wahrte er über Jahrzehnte die Kontinuität. Dank seiner Erfahrungen wirkte er weit über die Grenzen seines Landesverbandes hinaus. Entscheidend war und ist sein Einfluß auf die tarifpolitische Gesamtkonzeption des Marburger Bundes. Auch seine Mitwirkung in der Bayerischen Ärzteversorgung hat sich stets positiv bemerkbar gemacht.

Für seine enge und gute Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer wurde Dr. Braun mit dem Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft ausgezeichnet, das ihm auf dem Bayerischen Ärztetag 1978 in St. Englmar von Professor Dr. Sewering überreicht wurde.

### Professor Zöllner Vizepräsident der Universität München

Professor Dr. med. Nepomuk Zöllner, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität München, Pettenkofferstraße 8a, 8000 München 2, wurde anlässlich der Versammlung der Ludwig-Maximilians-Universität zum Vizepräsidenten gewählt.

### Bergmann-Plakette für Professor Remky

Auf der Sitzung der Münchener Ophthalmologischen Gesellschaft am 30. Januar 1982 überreichte Dr. Hege, Vorsitzender des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, die Ernst-von-Bergmann-Plakette an Professor Dr. med. Hans Remky, Arabellastraße 5, 8000 München 81.

Professor Remky gründete 1970 die Internationalen Fortbildungskurse der Augenärzte, eine deutsch-französische Veranstaltungsreihe, die stets hervorragende Vertreter beider Sprachgebiete vereinigt. Die internationale Bedeutung der Remky-schen Veranstaltung wird durch die Tatsache unterstrichen, daß neben deutschen und französischen Vortragenden auch Referenten aus nahezu allen europäischen Ländern sowie aus Übersee vertreten sind. Diese internationalen Fortbildungskurse finden alle vier Jahre statt. Der 4. Internationale Fortbildungskurs wurde in München abgehalten. Die Vorträge erschienen 1974, 1976 und 1980 jeweils als eigener Band in der „Bücherei des Augenarztes“.

In Anerkennung seiner Verdienste um die deutsch-französische wissenschaftliche Zusammenarbeit auf augenärztlichem Gebiet wurde Professor Remky 1976 die höchste Auszeichnung, die die französische Ophthalmologische Gesellschaft zu vergeben hat, die Chibret-Medaille in Gold, überreicht. Professor Remky hat sich um die Fortbildung der Augenärzte auch im internationalen Bereich verdient gemacht.

## Bergmann-Plakette für Professor Merté

Auf der Sitzung der Münchener Ophthalmologischen Gesellschaft am 30. Januar 1982 überreichte Dr. Hege, Vorsitzender des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, die Ernst-von-Bergmann-Plakette an Professor Dr. med. Hanns-Jürgen Merté, Direktor der Augen- und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.

Professor Merté ist seit 1953 Schriftführer und seit 1966 Vorsitzender der Münchener Ophthalmologischen Gesellschaft. Seit 1960 hat er sowohl als Veranstalter als auch als Dozent insgesamt 24 Münchener Ophthalmologische Praktika abgehalten. Außerdem hat er auf dem Gebiet der Ergophthalmologie auf 16 Essener Fortbildungstagungen und bei den Wiesbadener Arbeitskreistagungen mitgewirkt. Initiator und Gründer der Internationalen Ergophthalmologischen Gesellschaft hielt er in seiner Eigenschaft als Präsident den ersten internationalen Kongreß 1966 in München ab. Auch die weiteren Kongresse 1968 in Amsterdam, 1970 in Mexiko, 1972 in Budapest, 1973 in Madrid, 1974 in Bordeaux, 1976 in Hamburg und 1977 in Stockholm wurden von ihm veranstaltet und durchgeführt. Professor Merté ist Ehrenmitglied der französischen und spanischen Ergophthalmologischen Gesellschaft und wurde 1978, nach zwölfjähriger Präsidententätigkeit, zum Honorary Life President gewählt.

Professor Merté gibt seit über zehn Jahren die Buchreihe „Arbeitsmedizinische Probleme der Augenheilkunde“ sowie eine ausschließlich der augenärztlichen Fortbildung dienende Buchreihe heraus. Weiterhin ist seine langjährige Arbeits- und sozialmedizinische Aktivität als Leiter der wissenschaftlichen Abteilung „Auge und Sehen“ des Deutschen Grünen Kreuzes, sowie seine Tätigkeit bei dem wissenschaftlichen Beirat des Kuratoriums „Gutes Sehen“ zu erwähnen.

Professor Merté hat sich um die Fortbildung, insbesondere der Augenärzte, aber auch der niedergelassenen Ärzte außerordentlich verdient gemacht.

Professor Dr. med. Wolfgang Gössner, Leiter des Instituts für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum Vorsitzenden des Beratenden Programmausschusses „Biologie-Gesundheitsschutz“ der Kommission der Europäischen Gemeinschaften gewählt.

Professor Dr. med. Otto P. Hornstein, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen, wurde aufgrund besonderer Verdienste um die Fortbildung der Hautärzte in Deutschland die Verdienstmedaille des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen verliehen.

Privatdozent Dr. med. habil. Gerd Lux, Assistent an der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde für seine wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten mit dem Forschungspreis für klinische Gastroenterologie ausgezeichnet.

Professor Dr. phil. Gerhard Pfohl, Ordinarius für Geschichte der Medizin und Medizinische Soziologie der Technischen Universität München, Sternwartstraße 2, 8000 München 80, wurde vom Bayerischen Philologenverband das Goldene Ehrenzeichen verliehen.

Professor Dr. med. Dieter Platt, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Heimerichstraße 58, 8500 Nürnberg, wurde von der Österreichischen Gesellschaft zur Förderung der Experimentellen Gerontologie in das Internationale Kuratorium zur Vergabe der Fritz-Verzar-Medaille gewählt.

Professor Dr. med., Dr. jur. h. c. Werner Wachsmuth, ehemaliger Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Nikolausstraße 20, 8700 Würzburg, wurde zum Ehrenmitglied der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen gewählt.

## Fakultät

### München – Technische Universität

apl. Professor Dr. med. Peter Michael Karpf, Orthopädische Klinik und Poliklinik, wurde zum Professor für Orthopädie (Extraordinarius) ernannt.

Privatdozent Dr. med. Klaus-Ulrich Benner, Anatomisches Institut, wurde zum Professor für Anatomie an der Universität München ernannt.

Privatdozent Dr. med. habil. Wolf Singer, Direktor am Max-Planck-Institut für Hirnforschung, wurde die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor verliehen.

Privatdozent Dr. med. habil. Friedrich Ebner, Institut für Pharmakologie und Toxikologie, wurde zum Akademischen Rat ernannt.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. habil. Karl-Friedrich Hamann für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde; Dr. med. habil. Arne Luz für Allgemeine und Experimentelle Pathologie; Dr. med. habil. Hans-Jürgen Möller für Psychiatrie; Professor Dr. med. Herbert Scholze für Chirurgie; Dr. med. habil. Eberhard Volger für Innere Medizin.

Dr. med. Gerald Jürgen Alfred Spilker wurde der akademische Grad eines Dr. med. habil. verliehen, nachdem in einem Habilitationsverfahren die Lehrbefähigung für Chirurgie festgestellt wurde.

Dr. med. Wolfgang Rabl, Kinderklinik und Poliklinik, wurde zum Akademischen Rat zur Anstellung ernannt.

# Brot für die Welt



## Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

### Oberfranken

#### Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Rehau, Lkr. Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Mitwitz, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Tettau, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Selb, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Coburg:

1 Augenarzt

#### Kronach:

1 Augenarzt

#### Bayreuth:

1 Hautarzt

#### Coburg:

1 Hautarzt

#### Kulmbach:

1 Hautarzt

#### Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

#### Hof/Saale:

1 Lungenarzt

oder

1 Internist mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

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

### Mittelfranken

#### Lauf a. d. Pegnitz-Neunhof, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Nürnberg:

Allgemein-/Praktische Ärzte – verschiedene Möglichkeiten für Praxisneugründungen –

#### Schillingstürk, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Planungsbereich Dinkelsbühl, Lkr. Ansbach:

1 Augenarzt

#### Planungsbereich Roth, Lkr. Roth:

1 Augenarzt

#### Planungsbereich Neustadt a. d. Aisch, Lkr. Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim:

1 Frauenarzt

#### Planungsbereich Rothenburg o. d. Tauber, Lkr. Ansbach:

1 Frauenarzt

#### Planungsbereich Ansbach, Lkr. Ansbach:

1 HNO-Arzt

#### Planungsbereich Weißenburg-Gunzenhausen, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:

1 HNO-Arzt

#### Planungsbereich Ansbach, Lkr. Ansbach:

1 Nervenarzt

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

### Unterfranken

#### Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Fuchsstadt, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Zeltlofs, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Ostheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Sutzdorf e. d. L., Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Grettstadt, OT Untereuerhelm, Lkr. Schweinfurt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Kist, Lkr. Würzburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Aizenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

#### Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

#### Kitzingen, Lkr. Kitzingen:

1 Augenarzt

#### Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

#### Stadt Aschaffenburg:

1 HNO-Arzt

#### Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

#### Kerstedt oder Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

#### Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

#### Stadt Aschaffenburg:

1 Internist

#### Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Kinderarzt

#### Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Nervenarzt

#### Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:

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

#### Ursensolien, Lkr. Amberg-Weilburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

#### Furth i. Wald/Waldmünchen, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

#### Kötzing, Lkr. Chem:

1 Augenarzt

#### Nabburg, Lkr. Schwandorf:

1 Augenarzt

#### Roding, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

#### Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

#### Kötzing, Lkr. Cham:

1 HNO-Arzt

**Stadt Tirschanrauth, Lkr. Tirschenrauth:**

1 HNO-Arzt

**Stadt Cham, Lkr. Cham:**

1 Hautarzt

**Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:**

1 Hautarzt

**Stadt Tirschenrauth, Lkr. Tirschenrauth:**

1 Hautarzt

**Stadt Welden:**

1 Hautarzt

**Eschenbach, Lkr. Naustadt/WN:**

1 Kinderarzt

**Furth i. Wald, Lkr. Cham:**

1 Kinderarzt

**Kötzting, Lkr. Cham:**

1 Kinderarzt

**Nabburg, Lkr. Schwandorf:**

1 Kinderarzt

**Stadt Tirschenrauth, Lkr. Tirschenreuth:**

1 Kinderarzt

**Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:**

1 Kinderarzt

**Stadt Cham, Lkr. Cham:**

1 Nervenarzt

**Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:**

1 Nervenarzt

**Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:**

1 Nervenarzt

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

### **Niederbayern**

**Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:**

1 Augenarzt

**Regen, Lkr. Regen:**

1 Augenarzt

**Ragen, Lkr. Ragen:**

1 Hautarzt

**Lkr. Rottal-Inn:**

1 Hautarzt

**Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:**

1 HNO-Arzt

**Stadt oder Lkr. Passau:**

1 HNO-Arzt

**Lkr. Dingolfing-Landau:**

1 Nervenarzt

**Kelheim, Lkr. Kelheim:**

1 Nervenarzt

**Regen, Lkr. Ragen:**

1 Nervenarzt

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

### **Schwaben**

**Weißenhorn, Lkr. Neu-Ulm:**

1 Augenarzt

**Gersthofen, Lkr. Augsburg:**

1 Kinderarzt

**Günzburg, Lkr. Günzburg:**

1 Kinderarzt

**Dillingen, Lkr. Dillingen:**

1 Nervenarzt

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

## **Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer**

Bestellungen von Broschüren können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Befügung von DM 5,- in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band gerichtet werden.

Band 51 „Akute und chronische arterielle Verschlusskrankheiten – Harnwegsinfekt – chronische Pyelonephritis – Psychovegetative Störungen – Krebsvorsorgeuntersuchungen und Frühdiagnose des Krebses“ (Vorträge des 30. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1979)

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

Band 53 „Der Reaktorunfall“ (Vorträge der Fortbildungsveranstaltungen in Augsburg - Landshut - Würzburg 1980)

Band 54 SEWERING: „Der Arzt zwischen Ideologien und Realitäten“  
Schriften aus drei Jahrzehnten zur Berufs-, Gesundheits- und Sozialpolitik

Band 55 „Allgemeine und spezielle Pharmakotherapie in der Gastroenterologie – Internistische Therapie des Mammakarzinoms – Erkennung dringlicher Situationen in der internistischen Praxis“ (Vorträge der 20. Bayerischen Internistentagung, 1980)

Band 56 „Magen-Duodenalulcus – Gastroösophageale Refluxkrankheit – Schilddrüsenerkrankungen – Praktische Fragen aus der Geriatrie – Aktuelle Probleme in der Kardiologie – Diagnostische Möglichkeiten und Grenzen bei der Anwendung moderner Untersuchungsmethoden“ (Vorträge des 31. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1980)

Band 57 „Notfall-Medizin in Stichwörtern (II)“

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

### Rentenpolitik

In des Blickfeld der Bonner Sozialpolitik rückt immer mehr die Rentenpolitik. Dafür gibt es mehrere Gründe. Die Bundesregierung hat den Rentenanpassungsbericht vorzulegen, der Auskunft über die Rentenfinanzen geben soll. Sodann muß das Rentenanpassungsgesetz 1983 in das Gesetzgebungsverfahren eingeleitet werden, mit dem die nächste Rentenerhöhung auf 5,6 Prozent festgelegt werden soll. Auch sind die Entscheidungen für die „Reform '84“, für die Neuordnung der Hinterbliebenenversorgung, fällig. Das Thema wird noch angereichert durch den Beschluß der Bundesregierung, die Rentner von 1984 an mit einem Prozent an den Kosten der Krankenversicherung zu beteiligen, zugleich aber den Bundeszuschuß an die Rentenversicherung zu kürzen. Hinzu kommt, daß in allen Parteien Pläne zur Verkürzung der Lebenserbeitszeit geschmiedet werden. Schon jetzt läßt sich das Fazit ziehen, daß aus allen Vorschlägen nichts wird, die Geld kosten. Für die Sozialpolitiker oder Couleur sind die Zeiten schlecht; die Finanzpolitiker heben das Sagen.

Das zeigt der Beschluß der Bundesregierung, schon 1984 wieder in die Krankenversicherung der Rentner einzugreifen, die erst im November 1981 neu geregelt worden war. Danach sollte 1983 den Rentnern ein individueller Beitrag zur Krankenversicherung von 11,8 Prozent abverlangt werden. Zum Ausgleich sollte den Rentnern ein Zuschuß in Höhe von ebenfalls 11,8 Prozent gewährt werden. Diese Operation gibt nur Sinn, wenn man weiß, daß dieser Zuschuß in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre schrittweise bis auf sechs Prozent abgebaut werden soll, um zu einer gleich hohen Belastung der Renten und der übrigen Alterseinkünfte zu kommen. Die Krankenversicherung hätte nichts davon, wohl aber die Rentenversicherung. Daß Matthöfer für 1984 die durch den Rentner-Beitrag bei der Rentenversicherung sich ergebende Entlastung von 1,4 Milliarden DM für die Bundeskasse reklamiert, zeigt an, daß über den Krankenversicherungsbeitrag, der besser als Sondersteuer der Rentner für den Bund zu bezeichnen wäre, die Rentenfinanzen nicht zuverlässig im Gleichgewicht zu halten sind.

Dabei steht fest, daß die Rentenversicherung ohne diesen Konsolidierungsbeitrag der Rentner 1984 wieder in Liquiditätsschwierigkeiten geraten könnte, möglicherweise auch schon früher. Die Rentenversicherung hat nämlich berechnet, daß bei jährlichen Lohnsteigerungen von fünf Prozent und einer nicht ungünstigen Entwicklung der Beschäftigtenzahlen die Rücklage der Rentenversicherung von derzeit 2,4 Monatsausgaben bis 1986 unter die gesetzliche Mindestmarke von einer Monatsausgabe absinken wird. Die Bundesregierung wird in ihrem Rentenanpassungsbericht zu etwas günstigeren Ergebnissen kommen, weil sie von 1985 den Krankenversicherungsbeitrag zugunsten der Rentenversicherung verbucht und sie mit Lohnraten von jährlich 5,3 Prozent rechnet. Der ökonomische und politische Optimismus verschönt die Rentenbilanz. Bleiben die Lohnraten unter fünf Prozent und die Arbeitslosenzahlen hoch, so werden neue Eingriffe in das Rentenrecht fällig.

Ehrenberg weiß dies, und er deutet vor. So sollen mit dem Rentenanpassungsgesetz 1983 zum zweitenmal die Ausbildungs-Ausfallzeiten abgewertet werden. Diese beitragsfreien Zeiten wurden bis 1977 entweder mit günstigen Tabellenwerten oder entsprechend der persönlichen Beitragsleistung auf die Rente angerechnet. 1978 wurde der anrechenbare Wert auf das durchschnittliche Arbeitsentgelt begrenzt. Nun sollen diese Zeiten nur noch mit 75 Prozent des Durchschnittsentgelts angerechnet werden können. Die Neuregelung soll für alle Versicherten gelten, die ihre Rente zum erstenmal nach dem 31. Dezember 1982 beziehen. Schon wieder sollen also Rentenverwertungen rückwirkend abgewertet werden. Aber Ehrenberg hat für diese Aktion freie Hand vom Verfassungsgericht erhalten, das bei der ersten Abwertung weder einen Verstoß gegen den verfassungsrechtlich verankerten Schutz des Eigentums noch einen Verstoß gegen den Grundsatz des Vertrauensschutzes gesehen hat. Bei den Akademikern, also auch bei den rentenversicherten Ärzten, beträgt der neue „Rentenverlust“ rund 60 DM monatlich; mit der ersten Abwertung zusammen dürften es mehr als 120 DM monatlich sein. Der eine wird das

Abbau von Privilegien nennen, der andere Renten-Nivellierung. Ein früherer Bonner Staatssekretär hat vor Jahren ein Buch mit dem Titel geschrieben: „Kein Verlaß auf Veteranen“. Er muß geahnt haben, was kommt.

Was aber nicht kommt, ist das Erziehungsjahr, von allen Parteien gefordert, von den Kirchen als eine familienfreundliche Maßnahme abgesegnet. Aber das wird nichts nützen, denn solche Erziehungsjahre sind teuer. Wenn man allen Müttern auch nur ein Jahr der Kindererziehung rentensteigernd anrechnen will, so kostet das viele Milliarden jährlich, bringt aber der Mutter im Rentenfall nur 20 DM monatlich mehr. Die Idee der Erziehungszeiten klingt plausibel, aber sie scheidet an den finanzpolitischen Realitäten. Es würde auch wohl keinen Sinn ergeben, den Familien das Kindergeld zu kürzen und ihnen gleichzeitig eine etwas höhere Rente zu versprechen. Die Sozialpolitiker werden die Hoffnung auf eine Reformtat begreifen müssen. Schon jetzt ist zu hören, daß Schmidt und Genscher einig seien, auf die Erziehungsjahre zu verzichten. Nur Reformen, die nichts kosten, sind noch gefragt.

Aber viele wollen dies noch immer nicht wahrhaben. So gibt es Hochkonjunktur in Plänen für die Verkürzung der Lebenserbeitszeit auf das 60. oder gar das 58. Lebensjahr. Über die entscheidende Frage, wie denn die verlängerte Rentenzeit finanziert werden soll, gibt es nur vage Auskünfte. Nur soviel steht fest: die Rentenversicherung darf nicht belastet werden. Früher ist immer wieder – z. B. von der F.D.P. und von der CDU – der Vorschlag gekommen, die verlängerte Rentenzeit durch versicherungsmathematische Abschläge, die etwa sieben Prozent für jedes vorgezogene Rentenjahr betragen müßten, auszugleichen. Der Versicherte, der begünstigt würde, hätte also für die Kosten selber aufzukommen. Aber diese Rechnung hat einen Haken: die Rentenversicherung hätte die Rente vorzufinanzieren, und das brächte eine Belastung von jährlich fast fünf Milliarden DM. Damit ist solchen Überlegungen der Boden entzogen. Bleibt nur die Möglichkeit, die Kosten auf die Bundesanstalt für Arbeit und die Arbeitgeber zu verteilen. Im Ergebnis hieße dies aber doch wohl nur, daß die Verkürzung der Lebenserbeitszeit mit höheren Sozialbeiträgen, höheren Preisen und dem Verzicht auf Lohnsteigerungen zu bezahlen wäre.

*bonn-mot*

### Aus dem Schaffen der Bayerischen Schriftsteller-ärzte (IV)

Unser auf den Spuren von Paracelsus wandelnder Confrère Doktor der Medizin Max Josef Zilch, Karthäuser Straße 14, 8400 Regensburg 19, wurde im „Bayerischen Ärzteblatt“ Heft 2/1971, Seite 189, in einem ausführlichen Interview vorgestellt. Zu seinem 70. Geburtstag, den er voriges Jahr am 4. Februar feiern durfte, nannte ihn der bekannte Medizinhistoriker Professor Dr. med. et phil. Heinrich Schipperges, Heidelberg, einen „Practicus“ ganz und gar, aber auch einen „Theoreticus“ jener Art, die schon Novalis charakterisiert, wenn er schreibt: „Ein wahrer Forscher wird nie alt.“

Confrère Zilch ist in den letzten zehn Jahren jung geblieben. In seinen Gedichtbänden, seinen philosophisch wissenschaftlichen Arbeiten und vor allem in seinen in der Wissenschaft bekannten und geschätzten Kumpfmühler Symposien gelang es ihm, das Bild des idealen Arztes aufleuchten zu lassen. Dies zeigen schon die Titel ihrer Gesamtberichte auf: „Die Idee der Ganzheit“ (1974), „Um mehr Gesundheit“ (1975), „Das Intuitive im ärztlichen und wissenschaftlichen Bereich“ (1976, vgl. dazu Bericht im „Bayerischen Ärzteblatt“ Heft 6/1977, S. 618), „Intuition und Weltbild“ (1979), „Das Heilsame in Kunst und Medizin“ (1980, vgl. dazu auch „Bayerisches Ärzteblatt“ Heft 1 und 2/1981). Die Gesamtberichte darüber können beim Autor gegen eine geringe Schutzgebühr bezogen werden.

Es ist unmöglich, alles darzustellen, was Confrère Zilch seit seiner Vorstellung im Jahre 1971 alles neu geschaffen hat. In einem Interview hat die Schriftleitung versucht, wenigstens das Wesentliche aus dem siebten Jahrzehnt seines Schaffens zu erfassen.

Confrère Max Josef Zilch ist Gesundheitsdenker in Theorie und Praxis. Er lebt den von ihm geforderten Arzt für mehr ganze Gesundheit vor. Er wird gehört, wenn es um

Forschung und Fortbildung geht. Er denkt als Arzt, als Schriftsteller und Dichter und als Philosoph.

Confrère Zilch ist ein weit über die Grenzen unseres Landes hinaus bekannter Lymphforscher. Leider ist sein Buch: „Lymphsystem und Lymphatismus“ (1968, Joh. Ambrosius Barth, München) vergriffen.

In der Universitätsstadt Regensburg wollte er den international hoch angesehenen ärztlichen Fortbildungskursen in Form der von ihm begründeten Kumpfmühler Symposien eine für wahres Artztum heilsame Ergänzung geben. Als er 1971 in dem einmaligen Konferenzraum in der Karthäuser Straße 14 einlud, wurde es klar: Dr. Zilch denkt immer in mehreren Kategorien. Die Kumpfmühler Symposien sind anerkannte interdisziplinäre Veranstaltungen mit Referenten von Rang geworden.

Als vom 24. bis 27. September 1980 das Generalthema lautete „Das Heilsame in Kunst und Medizin“, lag es nahe, daß er nach einer Synthese suchte, welche die Zielsetzungen der Regensburger ärztlichen Fortbildungskurse, der Kumpfmühler Symposien und des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte einander näher bringen konnten, in einer Zeit der Verunsicherungen über kranke Phänomene in allen Lebensbereichen.

Beim VII. Kumpfmühler Symposium 1980 waren die von Confrère Zilch gestellten drei Festabende Höhepunkte für die ärztliche Kulturgeschichte der Ratisbona. Unvergessen die Festrede von Professor Dr. Heinrich Zoller, Basel, im Großen Saal der Regierung der Oberpfalz zum Thema: „Die Natur als Quelle künstlerischer Inspiration“ und großartig die Festansprache von Professor Dr. Hans Schaefer, Heidelberg, im Sinne eines Plädoyers für eine neue Medizin zum Thema: „Heilen und Heil“.

Es lohnt sich, die Gesamtberichte der Kumpfmühler Symposien, die

am Anfang dieses Aufsatzes mit dem genauen Titel angeführt sind, zu studieren. Beim VII. Symposium 1980 interessierten uns Schriftstellerärzte besonders die Themen: „Das literarische Kunstwerk als Therapeutikum“ (Professor Dr. von Engelhardt), „Heilsame Poesie“ (Chefarztin Dr. Ilse Hofmeister) und „Die Sprache Gottes als das Heil des Menschen“ (Dr. Ernst R. Hauschka). Vergleiche dazu auch den ausführlichen Bericht von Confrère Stetter im „Bayerischen Ärzteblatt“ Heft 1 und 2/1981.

Als Herausgeber und Gestalter der Gesamtberichte zu den Symposiumen hat sich Confrère Zilch große Verdienste um die Stärkung der Rolle des Arztes in der Gesellschaft erworben, mehr noch, diese Gesamtberichte über die Kumpfmühler Symposien sind Dokumente der selbstheilenden Kräfte in Wissenschaft und Kultur, in Inwelt und Umwelt.

Immer bleibt Confrère Zilch Erneuerer ärztlicher Qualitäten. Seine Beiträge in den Gesamtberichten über die Kumpfmühler Symposien zeigen uns, daß er eine Art Philosophie der Ambivalenz als Voraussetzung für mehr Frieden in uns und um uns vorbereitet. Zudem will er sein Werk zum Thema: „Ohne Intuition kein ganzheitliches Erkennen“ herausbringen. Darin werden die großen Themen des V. und VI. Kumpfmühler Symposiums aufgezeigt.

Als Schriftsteller war sein siebentes Lebensjahrzehnt durch die Bücher: „Arznei aus Liebe“, „Um mehr Gesundheit“ und „Ambivalenz und Ganzheit“ gezeichnet.

Wer Einblick in das Archiv von Confrère Zilch nehmen kann, erkennt, daß er ein unermüdlicher Arbeiter im Garten des Menschlichen war und noch ist. Wenige der großen Wissenschaftler unserer Zeit fehlen darin. Mit vielen gleichgesinnten Kapazitäten verband und verbindet ihn ein druckreifer Schriftwechsel von dokumentarischem Wert.

*Dr. med. Robert Peschke, Emskirchen*

Im folgenden bringen wir noch ein philosophisches Gedicht Zilchs, das uns einen tiefen Einblick in sein ärztlich-philosophisches Denken gibt, sowie einige kurze Auszüge aus seinen Weihnachtsbotschaften.

## Fortschritt

Höhere Ordnung ist Fortschritt,  
Für die Menschen.  
Fortschritt ist verwoben  
Dem Gesetz als Urprinzip des Lebens

Fortschritt ist Fluch und Segen,  
Ist eine Richtung nur  
Aus dem Krattfeld  
Zwischen Ambivalenz und Ganzheit.

Fortschrittsglaube wird Gefahr,  
Wenn er sich abwendet  
Von der Bindung  
In der evolutionären Strömung,  
Die alle umfaßt  
Wie der Schöpfergeist.

## Weltweiter Adventsgeist

Wer schwerelos einmal gewesen,  
weiß, wie sich wandeln die Gesetze,  
die vorgegeben sind uns Menschen  
und ein Gesetz heißt Glaube,  
das andere Liebe,  
und die Gesetze, die wir kennen,  
sind nicht aus sich,  
sie fordern Dich zu höherer Erkenntnis  
zur Demut und zur Furcht, [auf,  
damit aus Wissen Weisheit werde.

## Ewiges Leben

Ein Augenblick nur ist dein Leben  
in dieser Welt von Raum und Zeit.  
Du aber bist schon Ewigkeit,  
eh du geboren  
hinein ins Bild der Welt, das wandelt sich  
und offen bleibt für alles Sein.

## Es kam ein Licht in finsterner Nacht

Wo ist noch Raum für Menschen,  
die gequält von dem,  
was Menschengestalt erdacht,  
was kunstlichtgeblendet schreckt  
in der Nacht,  
und was verhindert  
in sich hineinzuschwelgen,  
damit sich in der Tietenseele  
Wunder zeigen  
In der Erleuchtung,  
die das höhere Wissen bringt,  
nicht nur vom Teil, vom Ganzen,  
hin zur Vollendung.

## Helle Nacht der großen Augen

Der Tod ist heilsam,  
Er wird zum Lebensspender,  
Wenn er als Lebensganzheit wird  
Drum fürchtet nicht den Tod. [erkannt.  
Denn in der hellen Nacht  
der großen Augen  
Strömt neues Leben hin zur Vollendung  
In eure Herzen, eure kleinen Augen.

## Kongresse – Allgemeine Fortbildung

### Notfall- und Katastrophen- medizin 1982

Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

28. April 1982

Erste ärztliche Maßnahmen beim Massenansturm – Notversorgung bei Verletzungen der Bauchhöhle und des Brustkorbes

12. Mai 1982

Aspekte der Katastrophenmedizin im Bereich der Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie – Prioritäten und Maßnahmen bei Gesichtsschädelverletzungen unter Berücksichtigung einer Katastrophensituation – Neurochirurgische Verletzungen

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15 Uhr s. t. bis 18 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

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

### Informationsabend „Haut- und Weichteiltumoren im Kopf-Halsbereich“

am 28. April 1982 in München

Veranstalter: Abteilung für Plastische Chirurgie der Universität München im Klinikum rechts der Isar

Leitung: Professor Dr. Ursula Schmidt-Tintemann

Thema: Plastisch-chirurgische Behandlung von Haut- und Weichteiltumoren im Kopf-Halsbereich

Zeit und Ort: 17.30 Uhr c. t. – Hörsaal B des Klinikums rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft:

Privatdozent Dr. E. Biemer, Abteilung für Plastische Chirurgie der Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-2174 oder 41 40-2171

### Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

am 24./25. April 1982 in München

Thema: Diagnostik und Therapie der lymphatischen Systemerkrankungen – Röntgendiagnostik der Hand

Ort: Hörsaal des Pharmakologischen Institutes der Universität München, Nußbaumstraße 26, München 2

Auskunft:

Professor Dr. K. W. Frey, Zentrale Röntgenabteilung der Poliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-37 38/39

### Allergologische Fortbildungsveranstaltungen „Grundlagen und Praxis der Hyposensibilisierungsbehandlung“

Veranstalter: Institut und Poliklinik für klinische Immunologie und Rheumatologie der Universität Erlangen-Nürnberg

15. Mai 1982

Diagnostik, Differentialdiagnose und Therapie allergischer Erkrankungen aus dermatologischer Sicht (Typ IV-Reaktionen) – Zur Häufigkeit und klinischen Bedeutung von Allergien gegen Tierepithelien – Diskussion allergologischer Problemfälle aus der täglichen Praxis

17. Juli 1982

Allergische Arzneimittelexantheme – Orale-subkutane Hyposensibilisierungstherapie, gleich effektiv? – Diskussion allergologischer Problemfälle aus der täglichen Praxis

Zeit: jeweils 10 Uhr c. t. – Ende: ca. 15 Uhr

Ort: Kleiner Hörsaal der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, Erlangen  
Teilnehmergebühr: jeweils DM 30,-

Auskunft:

Professor Dr. J. R. Kalden, Institut und Poliklinik für klinische Immunologie und Rheumatologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-33 83 oder 85-34 18



# BAD FÜSSING

### Ihr Kur- und Erholungsort im sonnigen Südbayern.

Schwefelhaltige Thermalquellen (56° C), Kurmittelhäuser, Thermalhallen- u. -freibäder (30-37°). Außergewöhnliche Heilerfolge bei Rheuma, Wirbelsäulenleiden, Unfallfolgen, Lähmungen, Arthrosen, Kreislauf-Durchblutungsstörungen, Altersbeschwerden. Umfangreiches Kultur-, Sport- und Freizeitangebot, gepflegte Gastlichkeit.

Prospekte: Kurverw. 8397 Bad Füssing, Tel. 08531 / 21307.

## Grado 1982 — Kongreß-Kurort und kunsthistorische Perle an der Adria:

### XXX. internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin

vom 31. Mai bis 12. Juni 1982 in Grado

Leitung: Professor Dr. R. Höfer, Wien

Grado, in der Bucht von Triest auf einer Sandinsel zwischen einer unvergleichlichen Lagunenlandschaft und dem offenen Meer gelegen, besticht durch seine herrliche Lage und landschaftlichen Reize. Die Insel hat im Laufe der Jahre im Volksmund die Bezeichnung „Isoia del Sole“ (Sonneninsel) erhalten und wird dem auch voll gerecht. Die bis auf den heutigen Tag hervorragend erhaltene malerisch-romantische Altstadt weist alle typischen Merkmale einer charakteristischen antiken venezianischen Kleinstadt auf. Ein Spaziergang durch das alte Grado ist für jeden ein unvergeßliches Erlebnis.

Kostbare Basiliken und frühchristliche Denkmäler — welche übrigens auch im direkten Umland noch zahlreich vorzufinden sind — sind Zeugen einer majestätischen Vergangenheit, in welcher Grado auch für eine gewisse Zeit Sitz des Patriarchen war. Noch heute erinnert das Tragen von Mitra und Bischofsstab des Geistlichen der Basilika von Grado an diese kirchliche Vormachtstellung der Insel.

Bereits im Jahre 1892 erhielt die Insel die offizielle Anerkennung als Kurort und Seebad. Seither entwickelte sich Grado dank der Heilkraft des Sandes und Meeres sowie der hervorragenden klimatischen Verhältnisse zu einem der meist besuchtesten Kur- und Badeorte an der adriatischen Küste. Das milde Meeresklima, beeinflusst durch die delmatisch-istrianische Strömung, welche an der Küste Grados vorbeifließt, ist milder als das der anderen westlich gelegenen Strände. Die Irische Luft im Sommer, wenig Regen und der hohe Salzgehalt des Meerwassers (über 3,9 Prozent) sowie die intensive Sonnenstrahlung machen die Insel zum idealen Aufenthaltsort für den Ruhe und Erholung suchenden Kurgast. Die vom Autoverkehr vollkommen freigehaltene Kurzone gewährleistet Spaziergängern reine, ozonvolle und staubfreie Luft. Die erst vor kurzem neu eingerichteten Kuranlagen mit Sandbädern, Seethermen und Meerwasser-Schwimmbad entsprechen den neuesten medizinischen Erkenntnissen und stehen dem Kurgast unter ständiger ärztlicher Kontrolle zur optimalen Durchführung der Kur zur Verfügung.

Michael Doetsch

#### A. Kongreßeröffnung und Vortrag zur Einführung

#### B. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

I. Aktuelle Fragen zur Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland (Professor Dr. Sewering)

II. Ärztliche Berufspolitik in Österreich

#### C. Hauptreferate und Kolloquien

I. Rationelles Vorgehen bildgebender Verfahren (Röntgen, Computertomographie)

II. Differentialdiagnostische Möglichkeiten der Sonographie

III. Rationelles diagnostisches Vorgehen bei der Endoskopie:

a) Zur gastroenterologischen Endoskopie

b) Pneumologische Endoskopie (insbesondere Bronchoskopie)

IV. Rationelle Diagnostik bei Störungen der zerebralen Durchblutung und des Hirnstoffwechsels

V. Prophylaxe durch Ernährung

VI. Diät als therapeutische Maßnahme

VII. Ernährungsschäden und Nahrungsmittelkontrolle

VIII. Zwischen Kindheit und Erwachsenen (ekstuelle Probleme des jungen Menschen)

IX. Umweltgefahren:

a) Schädigung durch chemische Substanzen und Lärm

b) Physikalisch bedingte Schäden

#### D. Seminare

EKG-Seminar — Klinische Pharmakologie — Abbildende Diagnostik bei Erkrankungen des Abdomens (Sonographie) — Gastroenterologie — Pädiatrie — Ärztliche Aspekte der Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit — Sportmedizin (mit praktischen Übungen) — Gynäkologie und Familienplanung — Autogenes Training — Neurologie — Labor — Innere Medizin — Möglichkeiten der Gewichtsreduktion — Manuelle Medizin — Rechtsmedizin — Katastrophenmedizin — Prävention und Konsequenzen als Aufgabe für den Arzt (am Beispiel der Herz-Kreislauf-Krankheiten) — Pneumologie — Arbeitsmedizin

#### E. Sonstige Veranstaltungen

Podiumsgespräch „Die diagnostische Fehlentscheidung“ — Pädiatrische Fragestunde — Vortrag „Gesundheitsfeststellung und Gesundheitslehre als ärztliche Aufgabe“ — Abendseminar mit Exkursionen anlässlich des Jubiläums „30 Jahre ärztliche Fortbildung in Grado“: Frühchristliche Kunst in Grado, Aquileia und Cividale — Theologie und Medizin — Filme gemäß Sonderprogramm — Atemgymnastik — Besichtigung der Kuranlagen von Grado

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 — 233 bis 235

#### Fortbildungskurs für Röntgenhelfer(Innen)

vom 4. bis 15. Oktober 1982 in Erlangen

Leitung: Dr. W. Rödl, Erlangen

Teilnahmevoraussetzung:

Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-272

#### Fortbildungsveranstaltung für Augenheilkunde

am 12. Mai 1982 in Erlangen

Thema: Diagnostik und Therapie des trockenen Auges — Pathologie des Tränenfilms und Untersuchungsmethoden bei Bindehauterkrankungen

Beginn: 18.15 Uhr — Ende: 20.00 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabeanlage 6, Erlangen

Auskunft:

Professor Dr. H. E. Völcker, Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabeanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-43 62 oder 85-43 79

#### 22. Bayerische Internistentagung

vom 19. bis 21. November 1982 in München

Themen: Therapeutische Fortschritte bei inneren Erkrankungen — Gastroenterologie — Endokrinologie — Nephrologie — Notfalldiagnostik und -therapie

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

### **Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V.**

vom 27. bis 30. April 1982 in Neu-Ulm

Thema: Kombinierte Belastungen am Arbeitsplatz

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. T. M. Fliedner, Abteilung für Klinische Physiologie und Arbeitsmedizin der Universität Ulm, Oberer Eselsberg, M 24, 7900 Ulm, Telefon (07 31) 1 76-33 30

### **31. Tagung der Süddeutschen Kinderärzte**

am 8./9. Mai 1982 in Würzburg

Themen: Vitamin D und Calcium-Phosphat-Stoffwechsel – Gastroenterologie

Auskunft:

Professor Dr. H. Bartels, Kinderklinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg

### **Kinderchirurgisch-kinder- anästhesiologisch-intensiv- medizinisches Symposium**

am 8./9. Mai 1982 in Würzburg

Auskunft:

Professor Dr. W. Ch. Hecker, Kinderklinik der Universität im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, Telefon (089) 5160-1

### **Würzburger Notfallsymposion**

am 4. Juni 1982 in Würzburg

Veranstalter: Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin – Sektion Rettungswesen – gemeinsam mit dem Institut für Anästhesiologie der Universität Würzburg

Themen: Anforderungen an den Notarzt – Qualifikation des Notarztes – Akutversorgung und Transport bei schweren Schädelhirnverletzungen und bei HWS-Verletzungen mit und ohne Querschnitt – Erfahrungsbericht über den zehnjährigen Einsatz des interdisziplinären Notarztwagensystems – Lebensrettende Maßnahmen in der präklinischen Versorgung des akuten Myokardinfarktes – Neugeborenen-Transport: Münchener System – Nutzen, Risiken und Anforderungen an ein Neugeborenen-Transportsystem, achtjährige Erfahrungen – Technische Voraussetzungen beim Noteseinsatz – Triage der Notfallpatienten

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 17.00 Uhr  
Ort: Staatliche Hochschule für Musik, Würzburg

Auskunft:

institut für Anästhesiologie der Universität Würzburg, Frau Werner, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 201-3454

### **Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit**

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

**8. Mai 1982**

**3. Juli 1982**

**18. September 1982**

**20. November 1982**

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

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlabaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-788, Frau Klockow, zu richten bis 30. April, 25. Juni, 10. September und 12. November 1982.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

### **7. Murnauer Unfalltagung**

am 15. Mai 1982 in Murnau

Verenstalter: Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften gemeinsam mit der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau

Thema: Diagnostik der Knieinnenverletzungen unter besonderer Berücksichtigung der Arthroskopie

Auskunft:

Professor Dr. J. Probst, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau, Postfach 1380, 8110 Murnau, Telefon (08841) 19-1

### **Notfallsymposion für Rettungs- sanitäter und Notärzte**

am 5. Juni 1982 in Würzburg

Leitung: Privatdozent Dr. P. Seifrin, Würzburg, Dipl. Kfm. E. Frenk, München

Themen: Polytrauma – Symptomenkatalog für Notfall-einsätze – Schweigepflicht – Sondersignale – Organisation – Versorgung im Notarztwagen – Rettungsdienst im K-Fell

Auskunft:

BRK-Präsidium, Rettungsdienst Ref. V/1, Holbeinstraße 11 c, 8000 München 86

### **7. Oberstauferer Symposion für praktische Onkologie**

am 26. Juni 1982 in Oberstauferen

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Anlässlich der Einbeziehung der Schloßbergklinik Oberstauferen in das Tumorzentrum München findet das 7. Oberstauferer Symposion für praktische Onkologie in besonderem Rahmen statt. – Den Festvortrag „Immunologie und Krebs“ wird Professor Dr. Riethmüller, Vorsitzender des Tumorzentrums München, halten. – Neben Referenten aus dem Tumorzentrum und der Klinik in Oberstauferen wird Professor Dr. Schmähel, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, ein Übersichtsreferat „Wichtige Einflußgrößen bei der Karzinogenese des Menschen“ halten.

Ort: Kurhaus, Oberstauferen

Auskunft:

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlabaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-268

– Das endgültige Programm wird in der Mai-/Juni-Nummer veröffentlicht –

## 15. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane

vom 18. bis 20. Juni 1981 in Bad Reichenhall  
Leitung: Professor Dr. P. v. Wichert, Marburg  
Ort: Staatliches Kurhaus, Bad Reichenhall

### Freitag, 18. Juni 1982

Thema: Aktuelle Probleme der Theophyllintherapie

Vorsitz: Privatdozent Dr. H. Magnussen, Bonn

14.00 – 18.00 Uhr:

Wirkungsmechanismus der Theophylline – Pharmakokinetik der Theophylline – Wirkung der Theophylline auf: Atemtechnik, kleinen Kreislauf, bronchopulmonale Abwehrmechanismen, anstrengungsinduzierbares Asthma bronchiale – Besonderheiten des Metabolismus der Theophylline im Kindesalter – Bedeutung der Blutspiegelkontrollen in der Theophyllintherapie (nach jedem Vortrag Diskussion)

### Samstag, 19. Juni 1982

Thema: Lungenfibrosen und Lungenemphysem

Vorsitz: Professor Dr. P. v. Wichert, Marburg

9.00 – 11.00 Uhr:

Eröffnung – Festvortrag „Die Wirkung von Umweltmutagenen auf das menschliche Erbgut, annehmbare Bürde oder unverantwortliches Risiko? – Pathologische Anatomie der Alveolitiden und Lungenfibrosen – Immunologische Vorgänge in der Lunge bei der Entstehung von Alveolitiden und Fibrosen

1. Alveolitiden und Lungentibrosen – Entstehung, Klinik und Verlauf

11.30 – 13.00 Uhr:

Allergische Alveolitis – Idopathische fibrosierende Alveolitis – Anorganische Stäube – Chemische Noxen (nach jedem Vortrag Diskussion)

2. Sarkoidose

15.00 – 18.00 Uhr:

Immunologie der Sarkoidose – Sarkoidose, eine Systemerkrankung – Neuere Untersuchungsverfahren in der Sarkoidosedagnostik – Bronchiallavage, Technik und Bedeutung – Verschiedene Formen des Emphysems bei Lungenerkrankung (nach jedem Vortrag Diskussion)

### Sonntag, 20. Juni 1982

3. Lungenemphysem

9.00 – 13.00 Uhr:

Lungenemphysem: eine Krankheit mit biochemischer Pathogenese? – Emphysem: Definition, Klinik, Verlauf – Prinzipien und Erfahrungen in der physikalischen Therapie des Emphysems – Chirurgische Aspekte in der Behandlung des Emphysems (nach jedem Vortrag Diskussion)

Rundtischgespräch: Wie soll man Lungenfibrosen behandeln?

Moderator: Professor Dr. P. v. Wichert, Marburg

Auskunft:

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

## Straubinger Fortbildungstag

am 24. April 1982 in Straubing

Themen: Nuklearmedizin – Pharmakotherapie – Kardiologie

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. K. Naber, Elisabeth-Krankenhaus, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 60 01

## 3. Seminar der Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

am 14./15. Mai 1982 in München

Themen: Thoraxtrauma – Akute gastrointestinal Blutung – Blutersatz/Gerinnung

Ort: Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. G. Heberer, Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-27 80/81

## 8. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung

vom 5. bis 19. Juni 1982

in Sant'Angelo/Ischia

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

Themen (zumeist in Seminarform): Autogenes Training – Balneologie – Dermatologie – Funktionelle Herz-Kreislauf-erkrankungen – Gastroenterologie – Gesundheit und Ernährung – Gynäkologie – Hepatologie – Hochdruck/Niere – Immunologie – Impfungen – Int. Notfallmedizin – Kardiologie – Moderne diagnostische Methoden – Onkologie – Ophthalmologie – Pharmakologie – Rheumatologie – Stoffwechselkrankheiten

Auskunft und Anmeldung:

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

## 9. Weltkongreß der Internationalen Vereinigung der Dickdarm- und Rektum-Chirurgen

vom 6. bis 10. Juni 1982 in München

Ort: Sheraton-Hotel, Arabellastraße 6, München 81

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. F. P. Gall, Chirurgische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-1

## Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1982

5. bis 17. April 1982 in Meran:

XIV. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

31. Mai bis 12. Juni 1982 in Grado:

XXX. Internationaler Fortbildungskongreß

26. Juli bis 7. August 1982 in Davos:

XII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

22. August bis 4. September 1982 in Grado:

XVI. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

30. August bis 11. September 1982 in Meran:

XXX. Internationaler Fortbildungskongreß

24. bis 26. September 1982 in Augsburg:

XI. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 70. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, Haedekampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 233, 234 und 235

# Klinische Fortbildung in Bayern

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

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

**Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühibaurstraße 16,  
8000 München 80, Telefon (089) 41 47-288**

## Augenheilkunde

**Fortbildungsveranstaltung für  
Allgemeinärzte und Internisten  
am 5. Juni 1982 in Würzburg**

Augenklinik und Poliklinik der Universität  
Würzburg (Kopfklinikum)

Direktor: Professor Dr. Dr. h. c. W.  
Leydhecker

Beginn: 9.00 Uhr – Ende 13.00 Uhr

Themen: Unerwünschte Medikamenten-  
wirkungen – Miterbeit des Hausarztes  
vor Augenoperationen – Untersuchun-  
gen durch den Hausarzt bei Augenent-  
zündungen

Ort: Hörsaal der Augenklinik und Polikli-  
nik der Universität Würzburg, Josef-  
Schneider-Straße 11, Würzburg

Teilnehmergebühr: DM 30,-

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Dr. h. c. W.  
Leydhecker, Augenklinik und Poliklinik  
der Universität Würzburg, Josef-Schnei-  
der-Straße 11, 8700 Würzburg, Telefon  
(09 31) 201-24 02

**Symposion über programmgesteuerte  
Perimetrie am 25./26. Juni 1982  
in Würzburg**

Augenklinik und Poliklinik der Universität  
Würzburg (Kopfklinikum)

Direktor: Professor Dr. Dr. h. c. W. Leyd-  
hecker

Beginn: 25. Juni 1982 – 18.00 Uhr (Ein-  
schreibung und Empfang)

Beginn: 26. Juni 1982 – 9.00 Uhr s. t. –  
Ende: 17.30 Uhr

Referate:

Informationstheoretische Grundlagen –  
Sinnesphysiologische Grundlagen –  
Computerperimetrie in der Praxis – Die  
zunehmende Automatisierung in der  
Augenheilkunde, Vor- und Nachteile –  
Problemorientierte Verwendung von  
automatisierten Perimetern – Autome-  
tisierte Perimetrie bei Glaukom, bei neu-  
rologischen Erkrankungen und vaskulä-  
ren Verschlusskrankheiten – Die Rolle  
des Augenarztes bei der Computerperi-  
metrie – Das Problem aus der Sicht einer  
Perimetristin – Kosten-Nutzen-Relation

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Dr. h. c. W.  
Leydhecker, Augenklinik und Poliklinik  
der Universität Würzburg, Josef-Schnei-  
der-Straße 11, 8700 Würzburg, Telefon  
(09 31) 201-24 02

## Ergometrie

**Ergometrie-Wochenende am 15./16. Mai  
und am 16./17. Oktober 1982 in Bernried**

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

Direktor: Dr. H. Hofmann

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

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Hö-  
henried, 8139 Bernried, Telefon (0 81 58)  
24-210 oder 24-209

## Elektrokardiographie

**Höhenrieder EKG-Kurs:  
Einführungsseminar Teil I  
am 23./24. April 1982  
und Fortgeschrittenenseminar Teil II  
am 7./8. Mai 1982 in Bernried**

Leitung: Professor Dr. P. Mathes

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislauf-  
krankheiten der LVA Oberbayern, Bern-  
ried

Direktor: Dr. H. Hofmann

Beginn: jeweils Freitag, 14.00 Uhr –  
Ende: jeweils Samstag, 17.00 Uhr

Themen:

Teil I: Elektrophysiologische Grundla-  
gen – Ableitungssysteme – Normales  
EKG – Nomenklatur – Lagetypen –  
Vorhof-EKG – Links- und rechtsventri-  
kuläre Hypertrophie – Schenkelblock-  
bilder – AV-Blockierungen – Schrittmacher-EKG

**April bis November 1982**

23./24. April  
Elektrokardiographie, Bernried

28. April  
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
München

30. April bis 2. Mai  
Elektrokardiographie (I), München

7./8. Mai  
Elektrokardiographie, Bernried

14./15. Mai  
Sonographie, München

14. bis 16. Mai  
Elektrokardiographie (II),  
München

15./16. Mai  
Ergometrie, Bernried

5. Juni  
Augenheilkunde, Würzburg

23. Juni  
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
München

25./26. Juni  
Augenheilkunde, Würzburg

16. bis 18. September  
Sonographie, München

11. bis 14. Oktober  
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
München

15./16. Oktober  
Sonographie, München

16./17. Oktober  
Ergometrie, Bernried

20. Oktober  
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
München

6. November  
Frauenheilkunde, München

Teil II: Vektorielle Betrachtungsweise –  
Herzinfarkt – Belastungs-EKG – Repol-  
arisationsstörungen – Elektrolytstörungen  
– Medikamentöse Einflüsse – WPW-  
Syndrom und andere Präexzitationssyn-  
drome – Faszikuläre Blockierungen –  
Vorhofrhythmusstörungen – Kammer-  
rhythmusstörungen – Elektrotherapie  
der Rhythmusstörungen

Teilnehmergebühr: Pro Seminar DM 60,-  
Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:  
Sekretariat Professor Dr. P. Mathes, Kli-  
nik Höhenried, 8139 Bernried, Telefon  
(0 81 58) 24-340

## Elektrokardiographie

**Einführungsseminar Teil I vom 30. April bis 2. Mai 1982 und Fortbildungsseminar Teil II vom 14. bis 18. Mai 1982 in München**

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

Beginn: Freitag 17.00 Uhr – Ende: Sonntag 12.00 Uhr

Ort: I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Hörsaal B, Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Teil I: 20. April 1982 (Posteingang) – Teil II: 4. Mai 1982 (Posteingang)

## Frauenheilkunde

**9. Semestergeseminar am 6. November 1982 in München**

Freuenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. K. Richter

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

Thema: Wird noch bekanntgegeben

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

Letzter Anmeldetermin: 27. Oktober 1982 (Posteingang)

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288, und Professor Dr. Kümper, Frauenklinik der Universität im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70-951

## Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

**Fortbildungsseminare mit Kursen, praktischen Übungen und Patientendemonstrationen am 28. April 1982, 23. Juni 1982 und 20. Oktober 1982 in München**

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. H. H. Neumann

**28. April 1982**

Themen: Diagnostik und Therapie allergischer Erkrankungen in der HNO-Hellkunde (Anamneseerhebung – Rhinomanometrie – Nasensekretidiagnostik – Modifizierter Prick-Test – Intranasaltastung – Symptomatische und spezifische Therapie)

**23. Juni 1982**

Theme: Fazialisdiagnostik

**20. Oktober 1982**

Themen: Stimmrehabilitation – Diagnostik und Therapie nach Kehlkopfplähmung und nach Laryngektomie

Beginn: jeweils 14.00 Uhr – Ende: jeweils 18.00 Uhr

Ort: Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Wegen der begrenzten Teilnahme wird eine telefonische Vorenmeldung erbeten: Professor Dr. H. M. Theopold, (0 89) 70 95-38 61 oder 70 95-38 82

**V. Audiologischer Fortbildungskurs für Hals-Nasen-Ohrenärzte und Audiometrieassistentinnen vom 11. bis 14. Oktober 1982 in München**

*Viertägiger Kurs über Grundlagen und Techniken der Audiometrie*

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

Direktor: Professor Dr. W. Schweb

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 18.00 Uhr

Ort: Hals-Nasen-Ohrenklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Teilnehmergebühr: DM 375,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Chüden, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 83

## Sonographie

**1. Seminar für Sonographie – Aufbaukurs**

(Abdominelle Organe) bestehend aus zwei Teilen:

**Teil I am 14./15. Mai 1982 und Teil II vom 16. bis 18. September 1982 in München**

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann  
Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74, München 70

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Teilnehmergebühr jeweils DM 80,-

Letzter Anmeldetermin: 4. Mai 1982 (Posteingang)

Begrenzte Teilnehmerzahl

**Einführungs- und Fortbildungskurs in die klinische Echokardiographie (UKG) am 15./16. Oktober 1982 in München**

Leitung: Oberarzt Dr. G. Alber

Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74, München 70

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Beginn: Freitag 9.15 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Kursgebühr: DM 50,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 5. Oktober 1982 (Posteingang)



## 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. Corv. 0,8g.

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

**Q.P. 30g DM 6,14**

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

### Fragerecht in Frage gestellt

Buchstäblich mit Argusaugen pflegten nicht nur Bayerns Volksvertreter über ihre Rechte zu wachen, und reagieren außerordentlich sensibel, wenn auch nur der Verdacht entsteht, daß sie in irgendeiner Form beschnitten werden könnten. So kam ein Vorschlag der Kommission für den Abbau von Staatsaufgaben und für Verwaltungsvereinfachung, die eine Vereinfachung und Bereinigung der periodischen Berichterstattung der Regierung an den Landtag vorgeschlagen hatte, einem Stich ins Wespennest gleich. Die Kommission hatte festgestellt, daß allein von August 1979 bis Ende Juli 1980 die Staatsregierung 278 Ersuchen des Landtages hatte entsprechen müssen. Von ihnen verlangten 47 eine periodische Berichterstattung. Nach Meinung der Kommission sollten künftig sechs periodische Berichte ganz wegfallen und für 14 Berichte der Zeitraum verlängert werden. Außerdem solle der Landtag bei Schriftlichen Anfragen und bei Berichtsansforderungen jeweils prüfen, ob der mit der Antwort oder dem Bericht verbundene Informationswert und Verwaltungsaufwand eine am Kosten-Nutzen-Prinzip orientierte Betrachtungsweise rechtfertigt. Diese Vorschläge der nach ihrem Vorsitzenden, dem Staatssekretär im Innenministerium Franz Neubauer, benannten Kommission machte sich die Staatsregierung zu eigen und ließ sie – sehr zum Ärger der Landtagsabgeordneten – formlos über Fernschreiber verbreiten.

Der Konflikt zwischen Parlament und Regierung war damit vorprogrammiert: Mit allem Nachdruck warnte der SPD-Fraktionsvorsitzende Dr. Helmut Rothemund die Staatsregierung davor, das Fragerecht und somit das Kontrollrecht des Parlaments einschränken zu wollen. Hinter den Vorschlägen vermutete er die Absicht, insbesondere die Opposition ausschalten oder ihr zumindest notwendige Informationen vorenthalten zu wollen. Schon bisher habe die Staatsregierung auf ihr unangenehme Fragen nicht selten Antworten mit dem Hinweis auf einen angeblich zu hohen Verwaltungsaufwand verweigert.

In der Tat ist die parlamentarische Neugier nicht gerade billig. Mit einer Schritt-

lichen Anfrage hatte es bereits vor zwei Jahren der CSU-Abgeordnete Thomas Goppel genau wissen wollen, wie die von ihm und seinen Kollegen verlangten Auskünfte zu Buche schlagen. Im Durchschnitt verschlingt die Materialbeschaffung für eine relativ einfach zu beantwortende Anfrage bereits 1300 DM. Hinzu kommen noch die Kosten, die ein Ministerium für die Zusammenfassung seiner Recherchen aufwenden muß, und die für die Weiterleitung der gebündelten Antwort durch das Landtagsamt anfallen. Goppel kommt zu dem Ergebnis: „Für eine unkomplizierte Schriftliche Anfrage muß der Steuerzahler insgesamt rund 2000 DM hinblättern.“

Legt man diesen Betrag zugrunde, so haben die 4952 Schriftlichen Anfragen während der vergangenen Legislaturperiode fast zehn Millionen DM gekostet. In der noch laufenden neunten Wahlperiode haben die Abgeordneten bis zum vergangenen März etwa 2700 Schriftliche Anfragen gestellt, von denen nur bei 300 auf eine Drucklegung verzichtet wurde – Kostenpunkt rund 5,4 Millionen DM.

Angesichts solcher Zahlen verwundert die Anregung der Neubauer-Kommission nicht, Anfragen auf ihren Informationswert „abzuklopfen“. Auch Thomas Goppel hatte seine Kollegen gemahnt: „Zuerst denken und dann schriftlich fragen.“ Immerhin wollen Insider wissen, daß mindestens ein Drittel aller Anfragen auf selbstverschuldeter Unkenntnis von Volksvertretern beruht. In ähnlicher Weise wollte der Kommissionsvorsitzende Neubauer auf die Proteste und Vorschläge der Parlamentarier eingehen: „Das Recht des Landtages und seiner Abgeordneten, in Ausübung parlamentarischer Kontrolle Berichte anzufordern, und schriftliche oder mündliche Anfragen zu stellen, steht überhaupt nicht zur Debatte.“ Die praktische Handhabung könne jedoch kein Tabu sein, zumal auch der Landtagspräsident Franz Heubl erklärt habe, Ziel des Parlaments sei es, Kosten- und Verwaltungsaufwand in vertretbarem Verhältnis zum Informationswert einer Anfrage zu halten.

Doch die Opposition im Landtag zeigte sich mit diesen Erklärungen nicht zufrieden. „Angesichts des Versuchs der Staatsregierung, das Parlament teilweise zu knebeln und zu entmündigen und damit die Bayerische Verfassung partiell außer Kraft zu setzen“, verlangte der SPD-Fraktionsvorsitzende Rothemund, daß im Ältestenrat eine gemeinsame Abwehrfront aller drei Fraktionen hergestellt wird. Auch die F.D.P.-Fraktion zeigte sich „nicht bereit, Angriffe der Exekutive auf das Kontrollrecht des Parlaments zur Grundlage von Gesprächen über innerparlamentarische Abläufe zu machen“. Beide Fraktionen drohten mit einer Verfassungsklage für den Fall, daß die Staatsregierung Landtagsinformationen reduziert, denn das Fragerecht gehöre zu den wichtigsten Rechten des Parlaments, nämlich der Kontrolle. Dieses Recht einschränken zu wollen, sei unerträglich.

Erst eine Sitzung des Ältestenrates im Landtag mit Präsident Heubl sowie den Vorsitzenden der drei Fraktionen brachte die fällige Klärung: Am Recht der Abgeordneten, Anfragen an die Staatsregierung zu richten, dürfe nicht gerüttelt werden, hieß es im Anschluß daran auf einer gemeinsamen Pressekonferenz. Zu den Möglichkeiten, parlamentarische Anfragen dem Kosten-Nutzen-Prinzip zu unterwerfen, meinte Dr. Heubl, er habe keinen Einfluß darauf, er müsse sie einfach weiterleiten. Gleiches gelte im übrigen auch für die Petitionen, deren ständiges Anwachsen von der Staatsregierung ebenfalls beklagt worden ist. Darüber, so Heubl, entscheide letztlich der einzelne Bürger, der sich mit einer Eingabe an den Landtag wende. Das Parlament müsse schon aufgrund der verfassungsmäßigen Verankerung dieses Rechts jede Petition ernst nehmen. Im Hinblick darauf bezeichnete der Landtagspräsident den verfassungsmäßigen Aufwand für die Behandlung von Eingaben als „nicht relevant“. Zu den von der Neubauer-Kommission genannten 47 Berichten eröffnete Heubl eine Gegenrechnung: Eine Prüfung durch das Landtagsamt habe ergeben, daß die Staatsregierung nur 31 periodische Berichte erstatte, von denen vier auf Gesetzen beruhen, fünf auf eigenem Wunsch der Staatsregierung erstattet werden und nur zwölf vom Parlament verlangt wurden. Wie der Landtagspräsident, so machten auch die Vorsitzenden der drei Fraktionen ihre Erwartung deutlich, daß die heftige Auseinandersetzung um das Fragerecht damit ihre Erledigung gefunden habe.

Michael Gscheidle

### Auf krummen Wegen an Geld, das Sie sparen wollen

Zur Zeit läuft nichts für Leute, die seit den Zeiten der exotischen IOS-Investmentfonds gewohnt sind, leicht an das Geld ihrer Mitmenschen heranzukommen. Übrigens: Der IOS-Fonds „Fund of Funds“ schüttet jetzt eine Dividende aus. Sichern Sie sich die zwei US-Dollar pro Anteil, wenn Sie Ihre Programmnummer noch haben.

Ja, es läuft nichts, denn alle, die mit Warenermingeschäften übers Ohr zu hauen waren, haben ihre teuren Erfahrungen schon gemacht. „Penny stocks“, die kleingestückelten us-amerikanischen und kanadischen Aktien, meistens praktisch wertlos, reißen Gott sel Dank auch niemanden vom Stuhl.

Wer hohe Steuern zu zahlen hat, interessiert sich noch für Beuherrenmodelle, nicht nur Innerhalb der Grenzen der Bundesrepublik. Einige Anbieter von Schweiz-Immobilien versuchen jetzt, ihren Verkauf durch Panikmache zu fördern.

Am 1. Januar 1983 wird das Gesetz über die Beschränkung des Ausländer-Erwerbs von Grund und Boden in der Schweiz in Kraft treten. „Kaufen Sie also sofort“, drängen einige Geschäftemacher aus der Eidgenossenschaft und lassen den Interessenten nicht einmal zum Rechnen kommen.

Das müssen Sie aus gutem Grund vermeiden, denn wer dadurch darauf kommt, daß der Wohnquadratmeter bis zu 20 000 DM kostet, jawohl, eine zwei mit vier Nullen, der kann so ein Angebot nicht ernst nehmen. Außerdem besteht die Gefahr, daß deutsche Finanzämter nur nachsichtig lächeln, wenn sie die künstlich konstruierten „Werbungskosten“ in den Verkaufsunterlagen entdecken.

Nicht nur deshalb können sie die Steuervergünstigung versagen. Aus manchen Prospekten geht ein langfristiger Verlust hervor. Dann kann das deutsche Finanzamt den Erwerb eines solchen Objektes zur „Liebhaberei“ erklären, und schon wird der maßlos überhöhte Preis nicht mehr durch eine hohe Steuerersparnis gerechtfertigt. Basta.

Kleinvieh mache auch Mist, erinnern sich andere des alten deutschen

Sprichwortes und präsentieren einen neuen Dreh, Medaillen unters Volk zu bringen. Sie kosten einen hohen Aufpreis, aber wenn Sie sie verkaufen wollen, bekommen Sie gerade noch den Materialpreis minus Einschmelzkosten.

Der neue Trick: Medaillen werden mit Köpfen von Persönlichkeiten geprägt, die zunächst auf Sonderbriefmarken erscheinen. In den Anzeigen veröffentlicht man diese Briefmarken und dazu ein Bild der Medaille. In der Nähe der amtlichen Gebührenmarke, des Postwertzeichens, mecht sich die geprägte Edelmetallscheibe dann auch amtlich.

Nochmal in die Schweiz. Dort haben einige deutschsprachige Kantone das Ei des Columbus entdeckt, wie man schmale öffentliche Kassen auffüllt. Interessenten über 60 mit genug Geld, davon das weitere Leben bestreiten zu können, bieten sie Daueraufenthalt in der Eidgenossenschaft und sogar den Sofortterwerb eines Hauses oder einer Eigentumswohnung.

Teure Nachbarschaftshilfe, denn zugleich möchten die Kantone wissen, wieviel Steuern der teutonische Neubürger freiwillig im Jahr zu zahlen bereit ist. Und wenn es weniger als 35 000 bis 40 000 schwyzer Fränkli sind, dann können Sie sich gleich das Porto sparen.

Hierzulande probiert man's auch offiziell. So setzt beim Erbbau-Kauf beispielsweise das Land Nordrhein-Westfalen den Erbbauzins als Gegenleistung an. Wenn dadurch die Freigrenzen von 250 000 DM für ein eigengenutztes Einfamilienhaus oder eine Eigentumswohnung oder von 300 000 DM für ein Zweifamilienhaus überschritten werden, wird Grunderwerbsteuer gefordert. Legen Sie dagegen mit der Begründung der Verfassungswidrigkeit Einspruch ein.

Nicht verfassungswidrig ist dagegen eine Minderung der Sozialversicherungsrente, weil Sie als freiwillig Weiterversicherter mehr Beiträge eingezahlt hatten, als Ihrem Niveau entsprach. Sie erkennen, auf den krummen Wegen wandeln nicht allein private Strafverfolgungsgefährdete . . .

Horst Beloch

## Sozial-Preller

*Ein Zechpreller genießt und zahlt nicht. Ein Sozial-Preller nimmt den Vorteil einer Zusage an andere wahr, vor allem bei Wahlen, und bleibt die Leistung eines Tages schuldig.*

*Diese unrühmliche Rolle spielen Politiker über ihre Staatsämter. So wurden Freiberufliche mit hohen Versprechungen als freiwillige oder sogar Pflichtmitglieder nach immensen Nachzahlungen in die gesetzliche Rentenversicherung gelockt. Neuregelungen führen – bis jetzt – zu einer Minderung der voraussichtlichen Rentenhöhe um rund 30 Prozent.*

*Wer Ertragsrechnungen des Aufwandes angestellt hatte, fühlt sich nun betrogen. Ähnlich geht es jenen, die mit den Vergünstigungen des Bausparens und Steuervorteilen zum Hausbau angeregt worden waren. Ihre rechnerischen Grundlagen sollen nun zerstört werden durch eine maßlose Erhöhung der Grundsteuer und daraus folgernd der Vermögens- und Erbschaftssteuer.*

*Als „zweite Säule“ der Vorsorge war die betriebliche Altersversorgung gefeiert worden. Jetzt haben die Betriebe für Rücklagen für diesen Zweck Nachteile hinzunehmen. Das Bundesarbeitsgericht hat zudem die Zusicherung bestimmter Versorgungshöhen als zumindest unverbindlich erklärt.*

*Das sind lediglich wenige Beispiele. Sie bewirken das große Unbehagen entscheidend mit. Politiker werden künftig nicht an ihren Versprechungen, sondern an verbindlichen und auch rechnerisch fundierten Zusagen gemessen werden. Erst dann kann auf die Unterscheidung zwischen Sozial-Prellern und Sozialpolitikern verzichtet werden.* Prosper

## Kurz über Geld

TERMINGELD nur mehr mit Mitteln interessant, die kurzfristig wieder gebraucht werden. Längerfristige Anlage nunmehr in Rentenpapieren, weil sie – noch – relativ hochverzinslich sind.

DOPPELHAUSVORTEILE ökonomisch nachweisbar. Architektonisch durch Vereinigung zweier individueller Wohnbauten unter einem Dach möglich. Neue Broschüre gibt Anregungen.

FREIWILLIGE STEUER in Höhe ab 35 000 Schweizer Franken erwarten deutschsprachige Kantone von Antragstellern auf Daueraufenthalt im Jahr.

IOS-FONDS „FUND OF FUNDS“ schüttet gegen Angabe der Programmnummer Dividende aus.

## Schnell informiert

### Parkerleichterung für Ärzte – Gebühren

#### Vollzug der Straßenverkehrsordnung

Die Bayerische Landesärztekammer hat sich mehrfach an das zuständige Bayerische Staatsministerium des Inneren gewandt, um zu erreichen, daß Ausnahmegenehmigungen für Ärzte für Parkerleichterungen und Neuerteilungen dieser Genehmigung nach Ablauf der Gültigkeit der vorher erteilten Genehmigung kostenfrei erteilt werden. Es wurde darauf hingewiesen, daß diese Ausnahmegenehmigung von den Ärzten nicht zur Erreichung wirtschaftlicher und sonstiger Vorteile in Anspruch genommen wird, sondern ausschließlich im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Nach Ansicht der Bayerischen Landesärztekammer liegt die Erteilung einer solchen Genehmigung deshalb im öffentlichen Interesse.

Gemäß § 46 Abs. 1 der Straßenverkehrsordnung kann es dem Arzt erlaubt werden, mit einer Ausnahmegenehmigung der Gemeinde, der Stadt oder des Landratsamtes

1. zu parken
  - e) an Stellen, an denen durch Verkehrszeichen das Halten verboten ist,
  - b) in Parkzonen, ohne Entrichtung einer Gebühr,
  - c) in Parkscheibenzonen, ohne Benutzung einer Parkscheibe,
2. auf dem Gehweg innerhalb der dort abmarkierten Stellfläche mit dem Zusatz „Arzt“.

Die Straßenverkehrsbehörde hat die Notwendigkeit einer Ausnahmegenehmigung in dem jeweils beantragten Umfang sorgfältig zu prüfen. Darüber ist ein entsprechender Bescheid zu erteilen.

Bezüglich der Geltungsdauer wird festgestellt, daß die Ausnahmegenehmigungen widerruflich zu erteilen sind. Bezüglich der Kosten ist eine angemessene Gebühr nach § 1 Absatz 1 GebOSt in Verbindung mit Nr. 285 Gebührentarif für Maßnahmen im Straßenverkehr zu erheben.

Zu diesem Sachverhalt hat das Bayerische Staatsministerium des Inneren mit Schreiben vom 11. Dezember 1981 (I C 4 - 2504 - 122/2) mitgeteilt, daß die entsprechende Vollzugsbekanntmachung für die Genehmigung von Parkerleichterungen für Ärzte zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung ergänzt wurde. Danach beträgt die Höchstdauer für eine solche Ausnahmegenehmigung drei Jahre. Der maximal mögliche zeitliche Rahmen wurde damit ausgeschöpft. Gleichzeitig wurden die Gebühren neu geregelt. Für die Ausnahmegenehmigungen zum Parken bei dringenden Krankenbesuchen erscheint dem Innenministerium ein Betrag von DM 30,- und zum Parken in der Nähe der Praxis auf Gehwegen ein Betrag von DM 100,- angemessen zu sein. Für den Fall, daß die Geltungsdauer der Ausnahmegenehmigung nur ein Jahr beträgt, ist im Regelfall von einer Gebühr von DM 20,- bzw. DM 50,-, bei einer zweijährigen Geltungsdauer von einer Gebühr von DM 25,- bzw. DM 50,- auszugehen.

Aus der Sicht des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren kann eine völlige Freistellung von Gebühren nicht in Betracht

kommen, da nach den bundesrechtlichen Kostenvorschriften Gebühren und Auslagen zu erheben sind, zumal die Ärzte nicht in den abschließenden Katalog des § 5 der Gebührenerhöhungen für Maßnahmen im Straßenverkehr aufgenommen worden sind. Nach Ansicht des Innenministeriums wurden damit die Möglichkeiten für eine günstige Regelung ausgeschöpft.

BLÄK

### Illusionen, Halluzinationen, Visionen

#### – Selbsterstellung psychisch Kranker –

Illusionen, Halluzinationen, Visionen lautete der Titel einer Ausstellung, die ca. 14 Tage im Foyer des Arbeitsministeriums, München, zu sehen war. Es handelte sich um rund 120 Bilder, die psychisch Kranke geschaffen hatten. Dr. H. Lieser, München, Psychiater und Initiator dieser Ausstellung, beschäftigt sich schon Jahrzehnte mit den Werken seiner Patienten und hat diese Ausstellung aus seiner wissenschaftlichen Sammlung zusammengestellt.

Diese Bilder feils spontan, teils in der Beschäftigungstherapie, in ganz verschiedenen Techniken erstellt, zeigen Selbstdarstellungen der Patienten, so z. B. Alkoholiker, wie sie sich in ihrer Umwelt vor, während und nach der Therapie sehen. Daneben werden auch abstrakte Themen wie „Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft“ behandelt. Die Bilder reichen von der einfachsten Strichmännchenzeichnung über naive Malerei bis zu anspruchsvollen Kunstwerken. Es geht eine eigenartige Faszination von ihnen aus. Man spürt – vordergründig oder angedeutet: hier will ein Mensch etwas ausdrücken, wozu er verbal nicht in der Lage ist.

Dieses bildnerische Schaffen psychisch Kranker, das heute seinen festen Platz in der Beschäftigungstherapie der Psychiatrie einnimmt und in jedem psychiatrischen Krankenhaus (hoffentlich) praktiziert wird, hilft dem Patienten, der ja nie absolut krank ist, sondern irgendwo gesunde Elemente besitzt, diese Elemente im Kampf gegen die Psychose einzusetzen. Das Schaffen eines Bildes bedeutet oft einen Schritt weiter, eine Aggression abzureagieren, eine Verstrickung zu lösen. Seine inneren Konflikte können auf das Objekt „Bild“ gerichtet werden, können objektiviert werden und so gegebenenfalls der Lösung näherkommen. Der Arzt muß lernen, die Bilder zu lesen. Solch ein Werk kann für den Arzt auf symbolische Art eine Aussage über den inneren Status machen und Zutritt zur Erlebniswelt des Kranken gewähren.

Dr. Lieser mit seiner unendlich großen Erfahrung, mit besonders scharfem Blick und gutem Einfühlungsvermögen hat diese Ausstellung so sinnvoll, so gekonnt zusammengestellt, daß sie auch dem weniger Psychiatrie-erfahrenen Kollegen, ja auch dem „Mann auf der Straße“ etwas sagen kann – wenn er gewillt ist, sich diese Bilder anzusehen, sich in sie zu versenken. Und das ist das große Anliegen Dr. Liesers, er wirbt um Verständnis für den psychisch Kranken, der, wie Staatsminister Dr. Pirkel, der Hausherr und Förderer dieser Ausstellung, in seiner Eröffnungsansprache sagte, noch immer zu den Aussätzigen unserer Zeit gehört.

Diese Ausstellung sollte als Nachfolge zum Jahr der Behinderten verstanden sein. Es bleibt zu hoffen und zu wünschen, daß sie noch vielen Menschen einen Zugang zu denen verschafft, deren Krankheit man nicht sehen kann.

Die Ausstellung wird im Laufe dieses Jahres auch in Mainz, Nürnberg, Ansbach, Bozen und Meran zu sehen sein.

M.-K., München

### Stelleneusschreibung für den öffentlichen Gesundheitsdienst

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

Altötting, Ansbech, Aschaffenburg, Bayreuth, Coburg, Dilling, Donauwörth, Eichstätt, Freising, Freyung, Garmisch-Partenkirchen, Günzburg, Hof, Kerlstadt, Kehlheim, Lendsberg e. Lech, Lendshut, Leuf e. d. Pegnitz, Lichtenfels, Lindau (Bodensee), Neumarkt/Opf., Neu-Ulm, Passau, Pfarrkirchen, Regensburg, Roth, Schwandorf, Straubing, Traunstein, Weilheim/Obb., Wunsiedel;

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

im *tuberkulosefürsorgeärztlichen Dienst* (geeignet für Lungenärzte und Internisten mit der Teilgebetsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde, ferner für Internisten und Radiologen mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Lungenerkrankheiten)

bei den *Staatlichen Gesundheitsämtern*

Aschaffenburg, Bad Kissingen, Deggendorf, Donauwörth, Eichstätt, Erlangen, Hof, Lendshut, Marktobendorf, Miltenberg, Neumarkt/Dpf., Neu-Ulm, Pfarrkirchen, Schweinfurt, Sonthofen und Straubing;

als *Röntgenschirmbildarzt* (fachliche Voraussetzungen wie im tuberkulosefürsorgeärztlichen Dienst)

bei den *Regierungen* in

Ansbach, Bayreuth, Würzburg;

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

Chefstellen: Coburg, Kempten (Allgäu), Lendshut, Passau, Traunstein, Schweinfurt, Weiden/Dpf.

sonstige Stellen: Augsburg, Nürnberg, Regensburg.

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

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

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

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

Bewerbungen und jederzeit mögliche Anträge auf unverbindliche Vormerkung für künftig frei werdende Stellen werden erbeten an: *Bayerisches Staatsministerium des Innern*, Deonsplatz 3, 8000 München 22, Telefon (089) 2192-6665 oder 2192-6795.

### Elektrischer Bettheber erleichtert die Krankenpflege

Dieser neue elektrische Bettheber aus Schweden besteht aus einem Rahmen, der unter jedes übliche Bett montiert werden kann. Durch einen Elektromotor angetrieben, bewegt sich dieser Rahmen mit dem Bett nach oben in die gewünschte Höhe. Gebückte Haltung beim Arbeiten ist nicht mehr nötig; vielen Patienten wird damit das oft schwierige Hinlegen und Aufstehen erleichtert.

Anfragen sind zu richten an: Firma Thomes, Hilfen für Körperbehinderte, Postfach 183, 2740 Bremervörde

---

### Preise

---

### Ausschreibung

**Johann-Nepomuk-Nußbaumpreis 1982** – Die Vereinigung der Bayerischen Chirurgen schreibt euch dieses Jahr für die beste Arbeit aus der Chirurgie und ihrer Grenzgebiete den mit DM 2000,- dotierten Johann-Nepomuk-Nußbaum-Preis aus. – Einsendeschluß: erste April-Hälfte. Weitere Auskünfte erteilt Professor Dr. F. Holle, Chirurgische Poliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8a, 8000 München 2.

**Spendenkonto**  
**8000**

Wir sammeln im Mai  
**Müttergenesungswerk**

8804 Stein b. Nürnberg Spendenkonten: Postcheck Nürnberg 8000  
Dresdner Bank Nürnberg 188 8000

# Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Januar 1982\*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Entsprechend dem gewohnten jahreszeitlichen Verlauf gingen die Meldungen von Salmonellose-Erkrankungen im Berichtsmonat weiter zurück. Im Dezember 1981 trafen 43, im Januar 1982 30 Fälle auf 100 000 der Bevölkerung, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Auch

die Ziffer gemeldeter Erkrankungen an Virushepatitis sank im Januar, nämlich von 31 Fällen im Vormonat auf 25 Fälle je 100 000 der Bevölkerung.

Etwas höher als im vorangegangenen Dezember lag im Januar die Zahl der

Erkrankungen an Meningitis/Enzephalitis. Die Erkrankungsziffer stieg von 5 auf 7 je 100 000 Einwohner.

## Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. bis 31. Januar 1982 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		Übrige Formen		Salmonellose		Übrige Formen <sup>1)</sup>		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimm- bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	2	1	2	—	7	—	2	—	112	1	1	—	28	—	25	—	5	—
Niederbayern	2	—	—	—	2	—	2	1	23	—	2	—	6	—	6	—	—	—
Oberpfalz	—	—	—	—	1	—	6	—	7	—	3	—	2	—	5	—	—	—
Oberfranken	2	—	1	—	2	1	4	—	18	—	1	—	6	—	9	—	5	—
Mittelfranken	2	—	5	1	2	—	2	—	25	—	5	—	16	—	18	—	5	2
Unterfranken	—	—	3	—	1	—	—	—	39	1	13	1	8	—	12	—	1	—
Schwaben	3	1	2	—	2	—	3	1	29	—	4	—	37	—	14	1	6	—
Bayern	11	2	13	1	17	1	19	2	253	2	29	1	103	—	89	1	22	2
Vormonat	8	—	8	1	7	3	17	1	362	1	33	—	141	—	84	2	34	1
München	—	—	—	—	4	—	—	—	32	—	1	—	13	—	11	—	3	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	3	—	7	—	3	2
Augsburg	1	1	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	8	—	5	—	2	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	4	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	6	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	2	—	2	—	3	—	—	—

Gebiet	Typhus ebdomialis		Paratyphus A, B und C		Shigellen-Ruhr		Malaria		Botulismus		Ornithose		Angeb. Toxoplas-mose		Gasbrand		Tollwutverdacht <sup>2)</sup>				
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St			
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20
Oberbayern	1	—	1	—	13	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	21
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2
Oberpfalz	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	3
Oberfranken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	10
Mittelfranken	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Unterfranken	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	6
Schwaben	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	26
Bayern	3	—	4	—	16	—	2	—	1	—	5	—	3	—	4	3	—	—	—	—	75
Vormonat	—	—	2	—	35	—	4	—	8	—	2	—	2	—	1	1	—	—	—	—	84
München	—	—	1	—	10	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

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

St = Sterbefälle.

Über Erkrankungen an Tuberkulose — ebenfalls nach dem Bundes-Seuchengesetz meldepflichtig — wird gesondert berichtet (jährlicher Bericht „Die Tuberkulose in Bayern“).

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

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

## Buchbesprechungen

### Bücher zur Rezension

Die folgenden Bücher wurden uns zur Besprechung zur Verfügung gestellt. Kolleginnen und Kollegen, die besonders sechskundig und interessiert sind, können diese Bücher zur Besprechung im „Bayerischen Ärzteblatt“ von uns erhalten. Wir bitten um Benachrichtigung unter der Telefonnummer (089) 41 47-274.

1. Bartelheimer/Ossenberg/Schreiber: Die kranken Gallenwege
2. Böhme: Medizinische Porträts berühmter Komponisten
3. Bringmann: Problemkreis Schußbruch bei der deutschen Wehrmacht im Zweiten Weltkrieg
4. Broser: Topische und klinische Diagnostik neurologischer Krankheiten
5. Bunjes: Wörterbuch der Medizin und Pharmazie (Deutsch/Englisch, Englisch/Deutsch – 2 Bände)
6. Burgis: Kurzlehrbuch der Allgemeinen und Anorganischen Chemie
7. Burlan: HNO-Erkrankungen
8. Clauss: Früherkennung, Früherfassung und Frühförderung Hör- und Sprachbehinderter
9. Creutzfeldt/Heidenreich: Heylmeyers Rezeptaschenbuch (Kompendium der Therapie)
10. Dauderer: Akute Intoxikationen (Hausärztliche und klinische Therapie)
11. v. Dellingshausen: Sterbehilfe und Grenzen der Lebenserhaltungspflicht des Arztes (Bd. 14: Strafrecht)
12. Ditschuneit/Wechsler: Möglichkeiten und Grenzen der Adipositas-Therapie
13. Dosch: Neuraltherapie nach Huneke (Freudenstädter Vorträge 1979 und 1980 – 2 Bände)
14. Dubin: Schnell-Interpretation des EKG
15. Fauistich/Kommerell/Wieland: Amanita Toxins and Poisoning (in englischer Sprache)
16. Feld: Wenn du zurückschaust, wirst du sterben (Protokoll einer Phase im Kampf gegen das Heroin)
17. Finke: Neurologische Erkrankungen
18. Flury: Drogen-Prophylaxe
19. Fries/Tönnis: Hüftluxation und Hüftdysplasie im Kindesalter
20. Frührmorgen: Das gastroenterologische Gutachten
21. Gädeke: Diagnostische und therapeutische Techniken in der Pädiatrie
22. Gebhardt/Stolte: Pankreasgokklusion
23. Glaser: Eutonie (Das Verhaltensmuster des menschlichen Wohlbefindens)
24. Gletthaar/Benz: Checkliste: Gynäkologie
25. Greuer: Infektionskrankheiten in Deutschland und Touristikgebieten
26. Grunwald/Marschner: Musik als Therapie oder Störfaktor
27. Hahn: Lebenskrise Krebs
28. Harmsen: Intimhygiene und Empfängnisverhütung
29. Heldenreich: Betablockade und Tokolyse
30. Hellmann: Differentialdiagnose: Hämatologie
31. Hennemann/Voß: Hämatologische Erkrankungen
32. Hennig: Fortschritte der gastroenterologischen Endoskopie (Band 11)
33. Hertl/Kornhuber/Landbeck: Ergebnisse der Pädiatrischen Onkologie 5
34. Herzke: Kinderpsychopathologie
35. Herzog/Nolte/Schmidt: Obstruktive Atemwegserkrankungen
36. Holzner: Arbeitsbuch Pathologie (Spezielle Pathologie I und II – 2 Bände)
37. Huneke: Wörterbuch der Neuraltherapie
38. James/Braunstein: Arzneimittel – Wechselwirkungen (Klinisch-pharmakologische Daten für Ärzte und Pharmazeuten)
39. Josenhans/Miehle: Außerschulische Methoden bei rheumatischen Erkrankungen
40. Juchems: Herz- und Kreislaufkrankheiten
41. Koerber/Männle/Leitzmann: Vollwert-Ernährung (Grundlagen einer vernünftigen Ernährungsweise)
42. Leiber/Olbrich: Die klinischen Syndrome (Band 1: Syndrome – Band 2: Symptomen-Register)
43. Linzenmeyer: Therapie schwerer Infektionen – Stellung der Aminoglykoside
44. Lodewick: Die körperliche Untersuchung
45. Luban-Plozza/Pöldinger: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis
46. Lückel: Begegnung mit Sterbenden
47. Lüderitz: Ventrikuläre Herzrhythmusstörungen
48. Lüderitz: Therapie der Herzrhythmusstörungen
49. Lust/Pfaundler: Pädiatrische Diagnostik und Therapie
50. Mackerness: Allergie gegen Nahrungsmittel und Chemikalien
51. Meymann/Zerfaß: Kranke Kinder begleiten
52. Meyer-Hotmann/Kantschew: Einführung in die praktische Elektrokardiographie
53. Michler/Benedum: Einführung in die medizinische Fachsprache
54. Mims: Infektion und Abwehr (Auseinandersetzung zwischen Erreger und Makroorganismus)
55. Minuchin/Rosman/Baker: Psychosomatische Krankheiten in der Familie
56. Mommsen: Heilkunde auf neuen Wegen (dargestellt am Beispiel der Kinderheilkunde)
57. Moser/Stacher: Chemotherapie maligner Erkrankungen
58. Müller: Ärztliche Sofortmaßnahmen in Praxis und Bereitschaftsdienst
59. Muhr/Wagner: Kapsel-Band-Verletzungen des Kniegelenks (Diagnostikfibel)
60. Naber/Adam: Chemotherapeutika im Vergleich
61. Oehme/Gutjahr/Hertl: Krebs bei Kindern und Jugendlichen
62. Okronek: Vergiftungen – Entgiftung – Giftinformation
63. Ott/Schunck: Ergebnisse der Chirurgischen Onkologie 2
64. Parow: Funktionelle Atmungstherapie
65. Petersen: Sterilisation (Beratung – Operation – Recht)
66. Potthoff/Schreml: Maligne Hirntumoren
67. Ricken: Taschenatlas der Immunologie, Allergie und allgemeinen Infektionslehre
68. Rogers: Der neue Mensch
69. Roper: Medical Dictionary (in englischer Sprache)

70. Rutter: Hilfen für milieugeschädigte Kinder
71. Sefrin: Notfalltherapie im Rettungsdienst
72. Seifert: Lebensperspektiven der Psychologie (Wege – Schnittpunkte – Gegensätze)
73. Suezawa/Jacob: Zur Ätiologie der Spondylolisthesis
74. Schipperges: Kosmos – Anthropos (Entwürfe zu einer Philosophie des Leibes)
75. Schmidt: Rehabilitation: Broncho-pulmonale Erkrankungen
76. Schmidt-Voigt: Diagnostische Leitbilder bei koronarer Herzkrankheit
77. Schubert/Bethke: Lehrbuch der Pathologie und Antwortkatalog zum GK 2
78. Stockmeier: Aktiv sein gegen Herzerkrankungen
79. Stux/Stiller/Pothmann/Jayasuriya: Lehrbuch der klinischen Akupunktur
80. Teschke/Lieber: Alkohol und Organschäden
81. Tutsch: Taschenlexikon der Medizin
82. Utian: Wechseljahre (Ratgeber)
83. Varga: Grundzüge der Elektro-Bio-Klimatologie
84. Walter: Einführung in die allgemeine Osteopathie
85. Welers: Naturgerechte physikalische Therapie
86. Zellweger: Die Behandlung der Verbrennungen
87. Zollinger: Pathologische Anatomie (Allgemeine und spezielle Pathologie mit Schlüssel zum Gegenstandskatalog – 2 Bände)
88. Zuckrigl: Linkshändige Kinder in Familie und Schule
89. Zündorf: Mit chronischem Ekzem leben

#### Der Beruf des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland

Verf.: Prof. Dr. M. Arnold / Dr. H.-P. Brauer / Prof. J. F. V. Deneke / Dr. E. Fiedler, 222 S., 46 Abb. u. Tab., Leinen, DM 9,90. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Mit diesem Buch liegt eine kurzgefasste Darstellung von Voraussetzungen und Bedingungen der ärztlichen Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland vor. Die Aus- und Weiterbildung, die Berufsausübung, das System der Gesundheits-sicherung und das Organisationswesen der Ärzte werden in ihren Grundzügen beschrieben und dabei viele Details graphisch erläutert. Es wendet sich an die am Medizinstudium interessierten Abiturienten, Medizinstudenten, Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe, in Einrichtungen der sozialen Sicherung verantwortlich Tätige, Gesundheits- und Sozialpolitiker.

#### Ergebnisse der Chirurgischen Onkologie I

Herausgeber: Prof. Dr. D. Bokelmann, 108 S., 33 Abb., 34 Tab., kart., DM 39,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die bei den Veranstaltungen der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Onkologie gehaltenen Vorträge spiegeln den gegenwärtigen Stand des onkologischen Wissens wider mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Probleme. In diesem Buch berichten unter dem Blickwinkel der Geschwulstchirurgie wissenschaftlich und praktisch tätige Chirurgen über Forschungsergebnisse und sichtbare Erfolge, die den Tumorkranken dienen.

# sinupret®

bei  
Sinusitiden und  
Sinobronchitiden

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat (Auszugsmittel 58,9 G/G Ethanol) aus Rad. Gentian, 0,2 g Flor. Primul. cum Calyc., 0,6 g Herb. Rumic. acet., 0,6 g Flor. Sambuc., 0,6 g Herb. Verben., 0,6 g 1 Dragée enthält Rad. Gentian, 0,006 g Flor. Primul. cum Calyc., 0,018 g Herb. Rumic. acet., 0,018 g Flor. Sambuc., 0,018 g Herb. Verben., 0,018 g Vitamin C 0,010 g **Indikationen:** Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom, sinogener Kopfschmerz **Kontraindikationen** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Dosierung:** 3mal täglich 10 Tropfen bis 1 Teelöffel voll oder 1 bis 2 Dragées. **Handelsformen:** OP mit 100 ml DM 9,45, OP mit 60 Dragées DM 9,45, OP mit 240 Dragées DM 26,30, Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées



bionorica  
Nürnberg 1



### Die zerebrale Apoplexie

Herausgeber: Univ. Prof. Dr. G. S. Barolin, 214 S., 49 Abb., 30 Tab., kart., DM 24,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die wissenschaftliche Literatur hat sich bisher mit dem Schlaganfall zusammenfassend nur wenig befaßt. Es sind jedoch für den praktisch tätigen Arzt eine Fülle von Problemen damit verbunden. Das vorliegende Buch will vor allem praxisgerichtet sein, unter weitestmöglicher Einbeziehung aller neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus Grundlagenforschung, konservativer und operativer Medizin.

### Der zerebrale Notfall

Herausgeber: M. Brandt/W. Walther, 176 S., 39 Abb., Tasch. b., DM 19,-. perimed Fachbuch-Verlagsgesellschaft mbH, Erlangen.

Dieses Buch wendet sich an alle praktisch und klinisch tätigen Ärzte und Medizinstudenten. Es soll Ärzten, die mit einem zerebralen Notfall konfrontiert werden, als Richtschnur in der Anfangsphase der diagnostischen und therapeutischen Handlung dienen und die Zusammenarbeit mit einer neurochirurgischen Klinik erleichtern, um die Kommunikation zu vereinfachen und später auftretende irreparable Schäden zu vermeiden.

### Anatomie in Stichwörtern

Herausgeber: Prof. Dr. A. Faller, 418 S., 544 Abb., 38 Tab., kart., DM 39,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Das Buch gibt in knapper Form einen ersten Überblick über das gesamte Gebiet der makroskopischen Anatomie und der Entwicklungsgeschichte der Organe des Menschen. Alle Stichwörter sind kursiv hervorgehoben. Das Wichtigste über die Muskeln wurde übersichtlich in Tabellenform zusammengestellt. 544 prägnante zweifarbige Abbildungen erläutern den möglichst knapp gehaltenen Text.

### Venenerkrankungen

Herausgeber: Dr. F. Hald-Fischer/H. Haid, 391 S., 224 Abb., 116 S. Taschenb., DM 26,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

In der vierten Auflage wurden besonders die Grundlagenforschung, die exakten Meßverfahren der blutigen und unblutigen Venendruckmessung, die Ultraschallmeßverfahren sowie die nuklearmedizinischen Untersuchungen stark erweitert. Viele dieser Verfahren wurden so praktikabel gestaltet, daß sie zur Routineuntersuchung mit herangezogen werden können.

### Romantisches Rothenburg und seine Umgebung

Herausgeber: T. Köberlin, Zeichnungen v. T. Alt, 176 S., 152 Zeichn., 1 Foto, 1 Stadtplan, geb., DM 39,80. Rosenheimer Verlagshaus Alfred Förg, Rosenheim.

Rothenburg ist Stolz geworden Geschichte. — Die Ölbilder, die Alt in den sechziger und siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts gemalt hat, sind in der Fachwelt geschätzt und gesucht. Bekannt ist, daß er später nur noch überwiegend Aquarelle geschaffen hat. — Der Bildband, der ausschließlich unveröffentlichte Zeichnungen enthält, möchte einen Ausschnitt seines Lebenswerkes, bezogen auf Rothenburg und dessen Umgebung, vorstellen.

### Ärztlicher Rat für Tropenreisende

Herausgeber: E. v. Hallar, 132 S., 13 Abb., kart., DM 14,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Alle Angaben über Krankheiten und deren Behandlung sind auf den neuesten Stand gebracht, dies betrifft insbesondere die Impfungen. Aus der im Anhang befindlichen Länderliste kann der Reisende ersehen, von welchen Ländern Impfzeugnisse verlangt werden.

### Neue Erkenntnisse über Erkrankungen der Tränenwege

Herausgeber: Univ.-Doz. Dr. H. Hansalmayer, 126 S., 108 Abb., 31 Tab., kart., DM 44,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Im vorliegenden Band sind Beiträge über neue Erkenntnisse zusammengefaßt. Der letzte Stand der Funktionsproben, die Bedeutung des trockenen Auges und seine Therapie sowie die neuen Forschungsergebnisse des präkornealen Filmes werden erörtert; in der operativen Therapie wird auf neue mikrochirurgische Möglichkeiten eingegangen, wobei auch praxisbezogen die bisherigen Erfahrungen besprochen werden.

### Hepatitis — Hepatitisfolgen

*Praxis der Diagnostik, Therapie und Prophylaxe*

Herausgeber: K.-P. Maier, 102 S., 13 Abb., 22 Tab., kart., DM 33,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die neuesten ätiologischen, epidemiologischen und immunologischen sowie diagnostischen Erkenntnisse über die verschiedenen Hepatitiden werden praktikable Hinweise zum therapeutischen Vorgehen zur Seite gestellt. Ferner wird über einige neue Ansätze mit verschiedenen Substanzgruppen berichtet.

### Therapie sexueller Störungen

Herausgeber: Prof. Dr. V. Sigusch, 422 S., 12 Tab., flex. Taschenb., DM 28,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die zweite Auflage ist von Grund auf neu bearbeitet und um neun Beiträge erweitert. Der Leser erhält eine grundrissartige Darstellung sowohl der sexuellen Funktionsstörungen beim Mann und bei der Frau als auch von sexuellen Perversionen.

### Pfarrer Sebastian Kampfl — Der Löwe von Waakirchen

Herausgeber: F. Rauch, 192 S., Leinen, DM 22,80. Rosenheimer Verlagshaus Alfred Förg, Rosenheim.

Das vorliegende Buch ist eine Dokumentation. Der Autor enthält sich jeder eigenen Stellungnahme und möchte als Chronist nur aufzeigen, daß der beliebteste Kanzelredner des 17. Jahrhunderts in seinen Predigten die gleichen Probleme angesprochen hat, die Pfarrer Sebastian Kampfl in unseren Tagen in seinen Pfarrbriefen behandelt.

### Selnerzeit in den Bergen

Herausgeber: W. Feldhütter, 176 S., 40 Zeichn., Leinen, DM 19,80. Rosenheimer Verlagshaus Alfred Förg, Rosenheim.

Noé hat die Ostalpen in ihrer ganzen Ausdehnung noch durchwandert. Er schildert, was seine Zeitgenossen sehen und erleben wollten: In den Bergen war man den Menschen entrückt und dem Himmel ein kleines Stück näher ...

# Therapeutika

## Dilzem®

**Zusammensetzung:** Eine Retardtablette Dilzem enthält 60 mg Diltiazemhydrochlorid.

**Indikationen:** Dauerbehandlung der koronaren Herzkrankheit: Antialisprophylaxe bei chronischer Koronarinsuffizienz oder Angina pectoris, vasospastischer Angina (Prinzmetal-Angina), Zustand nach Herzinfarkt. Dauerbehandlung der essentiellen und renalen Hypertonie.

**Kontraindikationen:** Während Schwangerschaft und Stillzeit darf Dilzem nicht eingenommen werden. Bei Frauen im gebärfähigen Alter soll vor einer Dilzem-Behandlung eine mögliche Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Ferner soll Dilzem nicht angewandt werden bei kardiogenem Schock, dekompensierter Herzinsuffizienz, Sinusknoten-Syndrom, Überleitungsstörungen (sinuatrialer oder atrioventrikulärer Block II. oder III. Grades) sowie bei Bradykardie (Puls unter 55 Schläge/min).

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

**Dosierung und Anwendungsweise:** Bei Dilzem Retardtabletten handelt es sich um eine Zubereitung mit verzögerter Wirkstofffreisetzung, wodurch ein möglichst gleichmäßiger Verlauf des Wirkspiegels im Blut erreicht wird. Dilzem Retardtabletten sollen deher unzerkaut eingenommen werden.

**Koronare Herzkrankheit:** Soweit nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene 3 x täglich 1 Retardtablette unzerkaut mit etwas Flüssigkeit ein. Im Bedarfsfall kann die Dosis auf 3 x 1 1/2 bis maximal 3 x 2 Retardtabletten pro Tag erhöht werden. Bei Langzeitbehandlung und andauernder Symptomfreiheit wird empfohlen, in Abständen von 2–3 Monaten zu überprüfen, ob die tägliche Dosis um 3 x 1/2 Retardtablette verringert werden kann.

**Hypertonie:** Soweit nicht anders verordnet, wird empfohlen, bei leichten Formen der Hypertonie die Behandlung mit täglich 3 x 1/2 Retardtablette, bei schweren Formen mit täglich 3 x 1 Retardtablette zu beginnen. Im Bedarfsfall kann die Dosis dem Krankheitsbild entsprechend bis auf maximal 3 x 2 Retardtabletten pro Tag erhöht werden.

Bei Langzeitbehandlung mit erhöhter Dosierung und stabilem antihypertensivem Effekt wird empfohlen, in Abständen von 2–3 Monaten zu überprüfen, ob die tägliche Dosis um 3 x 1/2 Retardtablette verringert werden kann.

**Derreichungsform und Preise:** OP Dilzem 50 Retardtabletten DM 28,30; OP Dilzem 100 Retardtabletten DM 52,-, Anstaltspackung

Hersteller: Goedecke AG, 1000 Berlin 10

## Dolgit® 200/400

**Zusammensetzung:** 1 Dregee Dolgit® 200 enthält 200 mg ibuprofen; 1 Dregee Dolgit® enthält 400 mg ibuprofen.

**Anwendungsgebiete:** Entzündliche und degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates: rheumatoide Arthritis, Morbus Still – rheumatoide Arthritis bei Kindern, Spondylitis ankylopoetica – Morbus Bechterew – Gicht-Arthritis – Arthrosen – Spondylarthrosen, Zervikalsyndrom, Hexenschuß, Ischias, Weichteilrheumatismus, nichtrheumatische entzündliche Schmerzzustände.

**Nebenwirkungen:** Magen-Darm-Beschwerden, gegebenenfalls mit Blutungen und Geschwüren im Magen-Darm-Trakt,

ferner Kopfschmerzen und Schwindegefühle. Überempfindlichkeitsreaktionen wie Bronchospasmen, Hautreaktionen und Störungen der Blutbildung wurden beobachtet. Bei hoher Dosierung und Langzeitbehandlung sind Beeinträchtigungen des Sehvermögens, Ohrenklingen und Verwirrheitszustände, Erhöhung der Leberenzyme und des Harnstoffspiegels möglich. In seltenen Fällen kann eine Beeinträchtigung des Elektrolythaushaltes mit Flüssigkeitsretention auftreten. Insbesondere bei Langzeitbehandlung sind Kontrollen des Blutbildes, der Leber- und Nierenfunktion sowie der Sehkraft angezeigt. Bei möglichem Verdacht auf Einschränkung der Sehkraft ist Ibuprofen sofort abzusetzen. Das Auftreten von Schwindel unter Dolgit® 200/400-Behandlung kann die Fähigkeit zur selbständigen Teilnahme am Straßenverkehr sowie beim Bedienen von Maschinen beeinträchtigen, dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol.

**Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Gegenanzeigen, Dauer der Anwendung und Eigenschaften:** siehe wissenschaftlichen Prospekt.

**Dosierung und Art der Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene 3 x täglich 1–2 Dregees Dolgit 200 oder 3 x täglich 1 Dregee Dolgit 400 unzerkaut während oder nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit ein.

Gegen die Morgensteifigkeit kann die erste Dosis, sofern gut verträglich, gleich nach dem Erwachen mit etwas Flüssigkeit eingenommen werden. Unter ärztlicher Aufsicht kann die Dosierung dem jeweiligen Krankheitsbild individuell angepaßt werden. Bei Kindern ab dem 6. Lebensjahr gilt als Dosierungsrichtlinie die Gabe von 3 x täglich 6 mg Ibuprofen pro kg Körpergewicht. Bei gutem Ansprechen auf die Behandlung sollte versucht werden, mit der niedrigsten noch ausreichend wirksamen Dosis auszukommen.

**Handeistormen und Preise:** Dolgit 400: Packung zu 20 Dregees DM 15,44, zu 50 Dregees DM 33,55, zu 100 Dregees DM 61,90. Dolgit 200: Packung zu 50 Dregees DM 24,91, zu 100 Dregees DM 43,20.

Hersteller: Dolorgiet Arzneimittel, 5300 Bonn-Bad Godesberg

## Fluniget®

**Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 500 mg Diflunisal.

**Anwendungsgebiete:** Linderung von Schmerzen, Bekämpfung von Schmerz und Entzündung bei degenerativen und entzündlichen Gelenkerkrankungen (Arthrosen und chronischer Polyarthritis).

**Nebenwirkungen:** Während der Behandlung können Nebenwirkungen auftreten; sie betreffen meist den Magen-Darm-Bereich. Beobachtet wurden Magen-Darm-Beschwerden, Übelkeit, Erbrechen; vereinzelt Schwindelgefühle, Schläfrigkeit; selten Ohrensausen, Hautreaktionen. Bei Auftreten der vorgenannten oder anderer ungewöhnlicher Erscheinungen ist der behandelnde Arzt um Rat zu fragen.

**Gegenanzeigen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Art der Anwendung:** siehe wissenschaftlichen Prospekt.

**Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, beträgt die empfohlene Dosierung 1 Filmtablette 2 x täglich, d. h. alle 12 Stunden 1 Filmtablette. Wenn die erste Gabe erst am Nachmittag erfolgt, sollte noch vor dem Schlafen die zweite Dosis eingenommen werden. Über eine höhere Tagesdosis als 1500 mg Diflunisal liegen bisher keine klinischen Erfahrungen vor. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion kann eine Reduzierung der Dosis erforderlich werden.

**Peckungsgrößen:** Packungen zu 20, 50 und 100 Filmtabletten, Anstaltspackungen

Hersteller: MSD Sharp & Dohme, 8000 München 80

# Kongreßkalender

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

## Mai 1982

- 3.-8. **Wien:** Internationaler Gesundheitskongreß. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.
- 3.-14. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Grundlagenkurs C. — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terrassenstraße 2-4, 6450 Bad Nauheim.
- 7.-8. **Bernried:** Höhenrieder EKG-Kurs (Fortgeschrittenenseminar, Teil II). — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. P. Mathes, Klinik Höhenried, 8139 Bernried.
- 7.-9. **Ambeck:** Fortbildungs-Wochenende des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. — Auskunft: Dr. A. Schmid, Markgrafenstraße 30, 8591 Bad Alexandersbad.
8. **Kulmbach:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Geschäftsstelle der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
8. **Straubing:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Geschäftsstelle der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
8. **Würzburg:** Kolloquium der Universitäts-Hautklinik. — Auskunft: Sekretariat Frau Professor Dr. E. Müller, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 8.-9. **Hennef:** Sportmedizinische Weiterbildungsveranstaltung. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichterath.
- 8.-9. **Würzburg:** 31. Tagung der Süddeutschen Kinderärzte. — Auskunft: Professor Dr. H. Bartels, Josef-Schneiderstraße 2, 8700 Würzburg.
- 8.-9. **Würzburg:** Kinderchirurgisch-kinderanästhesiologisch-Intensivmedizinisches Symposium. — Auskunft: Professor Dr. W. Ch. Hecker, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2.
- 9.-13. **Athen:** 3. internationales Seminar für klinische Genetik. — Auskunft: 2. Abteilung der Universitäts-Kinderklinik, Postfach 3064, Ambelokipof, Athen 617/Griechenland.
- 10.-11. **Neuherberg:** Strahlenschutzkurs für Assistenten im Gesundheitswesen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
12. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Ralsch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.
12. **Erlangen:** Fortbildungsveranstaltung der Universitäts-Augenklinik. — Auskunft: Professor Dr. H. E. Völcker, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen.
12. **München:** Notfall- und Katastrophenmedizin. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 12.-15. **Münster:** 85. Deutscher Ärztetag. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 12.-15. **Wien:** 5. Europäischer Kongreß für Urologie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Abteilung Kongresse, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.
- 13.-14. **München:** 13. Ablatio-Kurs der Universitäts-Augenklinik. — Auskunft: Professor Dr. O.-E. Lund, Mathildenstraße 8, 8000 München 2.
- 14.-15. **München:** 1. Seminar für Sonographie (Teil 1). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 14.-15. **München:** 3. Seminar der Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. G. Heberer, Marchioninstraße 15, 8000 München 70.
- 14.-16. **München:** Fortbildungsseminar „Elektrokardiographie“ (Teil II). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
15. **München:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Geschäftsstelle der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
15. **Murnau:** 7. Murnauer Unfalltagung. — Auskunft: Professor Dr. J. Probst, Postfach 1380, 8110 Murnau.
15. **Erlangen:** Allergologische Fortbildungsveranstaltung. — Auskunft: Professor Dr. J. R. Kelden, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 15.-16. **Bernried:** Ergometrie-Wochenende. — Auskunft: Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8139 Bernried.
- 15.-16. **München:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 17.-22. **Wien:** 12. Internationaler Kongreß über Soziale Medizin. — Auskunft: Professor W. Holczabek, Aiserstraße 4, A-1090 Wien.

## Schönhals- Wochenend-Seminare

Zum Thema:

**Wahrnehmungs- und Explorationstraining – der Zugang zur psychischen Situation des Patienten**

I. Halbjahr 1982

15./16. Mai – München

II. Halbjahr 1982

25./26. Sept. – Freiburg

23./24. Okt. – Berlin

6./ 7. Nov. – München

20./21. Nov. – Oüsseldorf

4./ 5. Oez. – Nürnberg

An allen Veranstaltungsorten finden A, B, C und D-Kurse statt.

### A-Programm Samstag:

- 9.00 Einführung in das Thema: Die Exploration in der ärztlichen Praxis\*
- 9.50 Was erwartet der Patient von seinem Arzt? Diskussion über Erfahrungen und Probleme im Umgang mit psychischen Schwierigkeiten des Patienten
- 11.00 Grundzüge der Explorationsmethode
- 12.00 Wahrnehmungsübungen: Analyse der Signale im Patientenverhalten anhand von Video-Aufzeichnungen und Diskussion\*\*
- 14.30 Die Selbstbeobachtung des Arztes als Informationsquelle und Explorations-Korrektur des eigenen Vorgehens
- 15.00 Wahrnehmungsübungen: Emotionale Anknüpfungspunkte in den Aussagen des Patienten – Patientenbeobachtung anhand von Video-Aufzeichnungen und Diskussion
- 17.45 Das Beispiel einer Patientenexploration – Kommentierung des Explorationsbeispiels durch den Explorator (Video-Aufzeichnung)

### A-Programm Sonntag:

- 9.00 Regeln und Techniken der diagnostisch-therapeutischen Exploration
- 9.30 Praktische Anwendung der Explorationsregeln: Bearbeitung von Fallbeispielen durch die Gruppe
- 11.15 Training der Fragetechnik: Methodenübungen anhand der Video-Aufzeichnungen und Diskussion
- 14.30 Demonstration einer weiteren Patientenexploration und systematische Methodenübung anhand der Video-Aufzeichnungen
- 15.40 Die Anwendung der erarbeiteten Explorationstechniken in der ärztlichen Praxis
- 16.40 Schlußdiskussion
- Ende gegen 18.00 Uhr

\* Ein ausführliches schriftliches Begleitmaterial wird zur Verfügung gestellt.

\*\* Video-Aufzeichnungen: Fallexplorations und Kommentierungen durch Dr. M. Clyne, Prof. H. Kilian, Prof. Matussek, Dr. W. Meyer-Borchert.

Diese Seminare werden gesponsert von PHARMA-SCHWARZ GMBH, Monheim.

Mai 1982 (Fortsetzung)

19. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. – Auskunft: Medizinaldirektor Or. W. Raisch, Hohe Warte B, 8580 Bayreuth.
19. **Velden:** 17. Veldener Symposion. – Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 19.–20. **Frankfurt:** KVOA-Jubiläumstagung und Verkehrsmedizinischer Kongreß der internationalen Union Ärztlicher Kraftfahrverbände Europas. – Auskunft: Kraftfahrverband Oeutscher Ärzte, Johanna-Melberweg 8, 6000 Frankfurt 70.
- 19.–20. **Bad Säcklingen/Rheinfelden:** 5. Oeutsch-Schweizerische Fortbildungstage. – Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kessenarztverband, Alter Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
- 20.–21. **Hamburg:** Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V. – Auskunft: Frau Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen 1.
- 20.–22. **Berlin:** 17. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. – Auskunft: Professor Dr. B. Weber, Hebnweg 6, 1000 Berlin 19.
- 20.–22. **Velden:** 34. Kärtner Ärztetreffen. – Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 20.–23. **Heidelberg:** Internationaler Kongreß über Krebschmerz. – Auskunft: Frau A. E. Manisali, II. Physiologisches Institut der Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 326, 6900 Heidelberg 1.

### Anmeldungen:

An das Sekretariat der Schönhals-Wochenend-Seminare, 8000 München 80, Prinzregentenstraße 91  
Telefon (0 89) 4 70 60 81

Eine vorherige Anmeldung ist wegen der begrenzten Teilnehmerzahl unbedingt erforderlich; Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.

### Teilnehmer:

Niedergelassene Allgemeinärzte, Ärzte für Innere Medizin, für Psychiatrie und für Gynäkologie, sowie Interessierte in der Praxis mitarbeitende Ehepartner.

Die Gesamtteilnehmerzahl ist auf 60 Ärzte begrenzt. Die Aufteilung in vier Kleingruppen (jeweils höchstens 15 Teilnehmer mit je einem Gruppenleiter) ermöglicht eine aktive Beteiligung und intensive Bearbeitung der Themen.

### Teilnehmegebühr:

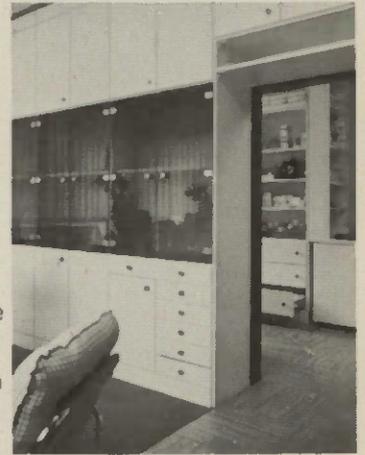
DM 250,-; sie ist auf das Konto Nr. 689 3988 bei der Bayerischen Vereinsbank München (BLZ 700 202 70) einzubezahlen.

- 20.—23. **Regensburg:** 68. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 e, 8400 Regensburg.
- 23.—27. **Helsinki:** 16. Internationaler Kongreß für Audiologie. — Auskunft: Dr. T. Jauhiainen, Universitäts-hospital, Haartmaninkatu 4 E, SF-00290 Helsinki 29.
- 23.—28. **Menfile:** Kongreß über tropische Dermatologie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Abteilung Kongresse, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.
- 24.—28. **Lübeck-Trevemünde:** 32. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. — Auskunft: Professor Dr. Dr. W. Hoppe, Ratzeburger Allee 160, 2400 Lübeck.
- 24.—29. **Tokio:** 16. Internationaler Dermatologen-Kongreß. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Abteilung Kongresse, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.
- 25.—27. **Millstett:** 18. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin. — Auskunft: Universitätsprofessor Dr. M. Rotter, Kinderspitalgasse 15, A-1095 Wien.
- 25.—28. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Medizintechniker und Medizinisch-technische Assistenten. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
31. 5.—12. 8. **Grado:** XXX. internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- Juni 1982**
- 1.—5. **Göttingen:** 66. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie — Auskunft: Professor Dr. K. Hübner, Theodor-Stern-Kei 7, 6000 Frankfurt 70.
4. **Würzburg:** Würzburger Nottfallsymposion. — Auskunft: Institut für Anästhesiologie der Universität Würzburg, Freu Werner, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 4.—6. **Bad Nauheim:** 30. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, 6350 Bad Nauheim.
5. **Würzburg:** Nottfallsymposion für Rettungssanitäter und Notärzte. — Auskunft: BRK-Präsidium, Rettungsdienst Ref. V/I, Holbeinstreße 11 c, 8000 München 86.
5. **Würzburg:** Augenärztliche Fortbildungsveranstaltung für Allgemeinärzte und Internisten. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg.
- 5.—6. **Hennef:** Sportmedizinische Weiterbildungsveranstaltung. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichterath.
- 5.—12. **Philadelphia:** 2. Fortbildungsgruppenreise „Medizin und Ärzte in USA“. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 31, 4000 Düsseldorf 30.
- 5.—12. **Sent'Angelo/Ischia:** Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Hapag-Lloyd-Reisebüro GmbH, Kongreßabteilung, Kaiserstraße 20, 6000 Frankfurt.
- 6.—9. **Tours:** 9. Internationaler Kongreß für Radiologie und Oto-Rhino-Laryngologie. — Auskunft: Dr. J. Vignaud, Service de Radiologie, Fondation ophthalmologique A. de Rothschild, 25 rue Manin, F-75019 Paris.
- 6.—10. **München:** 9. Weltkongreß der Internationalen Vereinigung der Dickdarm- und Rektum-Chirurgen. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. F. P. Gall, Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen.
- 7.—11. **Berlin:** Arbeitsmedizinisches Seminar. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
9. **Beyreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Beyreuth. — Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.
- 10.—12. **Bad Ischl:** Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. — Auskunft: Univ.-Dozent Dr. A. Schaller, Spitalgasse 23, A-1090 Wien.
- 10.—12. **Wien:** 23. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Sekretariat der I. Chirurgischen Universitätsklinik, Alser Straße 4, A-1090 Wien.
- 10.—17. **Borkum:** Fortbildungsveranstaltung der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Kaiser-Wilhelm-Ring 4-6, 4400 Münster.
- 11.—12. **Wien:** 20. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie. — Auskunft: Univ.-Professor Dr. G. Freilinger, Spitalgasse 23, A-1097 Wien.
12. **Erlangen:** Fortbildungsveranstaltung für Augenhellkunde. — Auskunft: Professor Dr. H. E. Völcker, Schwebechanlage 6, 8520 Erlangen.

- 13.-18. **Amsterdam:** 15. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für medizinische Laboratoriumstechnologie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Abteilung Kongresse, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 14.-20. **Rottach-Egern:** 4. Kassenärztlicher Seminarkongreß für die tägliche Praxis. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
- 14.-25. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 15.-17. **Preg:** IV. Europäisches Nierensymposium. — Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Vitezehounora 31, CS-12026 Prag.
- 18.-20. **Bad Reichenhall:** 15. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane. — Auskunft: Professor Dr. D. Nolte, Riedelstraße 5, 8230 Bad Reichenhall.
- 16.-23. **London:** 6. Europäischer Kongreß für Anästhesiologie. — Auskunft: Secretariat general, 6. Europ. Congress of Anaesthesiology, P. Q. Box 3, London W1A 3.
- 19.-23. **Montreal:** 8. Internationaler Kongreß für Zytologie. — Auskunft: Professor Dr. A. Meisels, 1050 Chemin Sainte Foy, Quebec, P. Q. G1S 4L8, Kanada.
- 21.-22. **Brüssel:** 2. Internationaler Kongreß für Gerontologie. — Auskunft: M. Aziel, Campus Erasme, 808 Route de Lennik, B-1070 Bruxelles.
- 21.6.-16.7. **München:** Weiterbildungskurs für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ (B-Kurs). — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 24.-25. **Montreal:** 4. Internationale Konferenz über Automatisierung der Krebszelldiagnostik und Zellbildanalyse. — Auskunft: Claude M. Weil, Center for Continuing Education, University of Chicago, 1307 E. 60th. St., Chicago, Ill. 60637, USA.
- 24.-26. **Graz:** 5. Arbeitstagung für klinische Zytologie. — Auskunft: Dr. A. Kellner, Zytologisches Labor, Landeskrankenhaus, Auenbruggerplatz 26, A-8036 Graz.
- 24.-27. **Salzburg:** 2. Internationale Fortbildungstagung „Radiologie heute“. — Auskunft: Kongreßbetriebe der Stadt Salzburg, Frau Alles, Auerspergstraße 6-7, A-5020 Salzburg.
- 25.-26. **Würzburg:** Symposium über programmgesteuerte Perimetrie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg.

# Die Paß-genau- Arztpraxis

- \* komplette Praxis-Einrichtungen oder Einzel-Einbauten „nach Maß“
- \* Medikamenten- und Instrumenten-Regale, Schrank- und Trennwände, Patienten-Kartenteien – alles individuell nach Ihren Wünschen
- \* farbgleich dazu: Schreibtische, Stühle und andere Möbel
- \* auch der Preis wird Ihnen passen



**Information, Planung, Herstellung:**



BLB-Einrichtungen GmbH · Frauenstraße 30  
8031 Maisach bei München · Tel. 0 81 41/9 01 31 · Telex 05 27 694

## Praxisfinanzierung und Versicherung nach Maß

### Ad usum proprium:

Wir stellen Ihnen unsere Erfahrung bei der Finanzierung Ihrer Praxis zur Verfügung, sorgen für Ihren maßgeschneiderten Versicherungsschutz.

### Ihr Nutzen und Vorteil:

Beratung bei Ihren Bankgesprächen und Versicherungsproblemlösung zur Absicherung Ihrer Praxis aus einer Hand. Wir helfen Ihnen, wenn es um die Ärzte-Haftpflicht-, die Ärzte-Unfallversicherung geht.

### Interesse?

Dann rufen Sie uns bitte an. Es berät Sie Herr Georg C. Klughardt. Anschrift: Stiftsbogen 132, 8000 München 70, Tel. (089) 704044 oder (0911) 834289

Meine  
Anschrift

Ich erwarte Ihren Anruf  
unter Telefon

Ein Beratungsbesuch  
ist erwünscht



**VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE**  
Außendienstbeauftragter



**BAYERISCHE** Bayerischer  
Versicherungsverband  
**VERSICHERUNGSKAMMER**

- 25.–27. **Frelburg:** 16. Deutscher Kongreß für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Alter Postweg 20, 2100 Hamburg 90.
26. **Oberstaufen:** 7. Oberstaufener Symposion für praktische Onkologie. – Auskunft: Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
26. **Regensburg:** 4. Oberpfälzer Tagung für Sportmedizin. – Auskunft: Dr. H. Peter, Kornmarkt 5, 8400 Regensburg.
28. 6.–4. 7. **Wien:** XXII. Weltkongreß für Sportmedizin. – Auskunft: Verband Österreichischer Sportärzte, Professor Dr. L. Prokop, Possingerstraße 2, A-1150 Wien.
28. 6.–23. 7. **Berlin:** Arbeitsmedizinischer Einführungslehrgang in den betriebsärztlichen Dienst. – Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
30. 6. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. – Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.
14. **Erlangen:** Fortbildungsveranstaltung für Augenhellkunde. – Auskunft: Professor Dr. H. E. Völcker, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen.
17. **Erlangen:** Allergologische Fortbildungsveranstaltung „Grundlagen und Praxis der Hyposensibilisierungsbehandlung“. – Auskunft: Professor Dr. J. R. Kalden, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 19.–23. **Grünwald:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. – Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
23. 7.–15. 8. **Seminarreise: Das Gesundheitswesen in Brasilien.** – Auskunft: Deutsch-Brasilianische Gesellschaft für Medizin, Aquinostraße 19, 5000 Köln 1.
- 25.–31. **Canazei:** Hochalpiner Kurs. – Auskunft: Professor Dr. P. Bernett, Conollystraße 32, 8000 München 40.
26. 7.–6. 8. **Montreux:** Medica-Montreux 82 – 9. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. – Auskunft: Dr. Berensmann, Postfach 71, 7000 Stuttgart 70.
26. 7.–7. 8. **Davos:** XII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 27.–31. **Rio de Janeiro:** I. Deutsch-Brasilianisches Symposium. – Auskunft: Deutsch-Brasilianische Gesellschaft für Medizin, Aquinostraße 19, 5000 Köln 1.

Juli 1982

- 2.–4. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte (Fortgeschrittene). – Auskunft: Sportmedizinische Abteilung der Poliklinik, Frau E. Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen.
- 2.–4. **Heidelberg:** VI. Fortbildungstage für praktische Sexualmedizin. – Auskunft: Dr. F. Conrad, Marienplatz 2, 8000 München 2.
3. **Kempten:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V., – Auskunft: Dr. H. Hauptmann, Ulmer Straße 150, 8900 Augsburg.
- 5.–31. **Warendorf:** Einführungslehrgang für Sportmedizin. – Auskunft: Sportschule der Bundeswehr, Dr.-Rau-Allee 32, 4410 Warendorf.
- 10.–11. **Hennef:** Sportmedizinische Weiterbildungsveranstaltung. – Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroh.
- 13.–16. **München:** Weltkongreß der Stomaträger. – Auskunft: Deutsche ILCO e. V., Kammergasse 9, 8050 Freising.
14. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. – Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.

„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: Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 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 (0 89) 51 77 - 1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wilsatzke.

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zauner jr., Augsburgener Straße 9, 8060 Dachau.

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

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

ISSN 0005-7126



Der Landkreis Pfaffenhofen e. d. Ilm

sucht für sein neues Kreiskrankenhaus, voraussichtliche Inbetriebnahme 1. 1. 1984,

## Leitende Ärzte

Chirurgie - Innere Medizin - Anästhesiologie - Radiologie

## Verwaltungsleiter

## Pflegedienstleitung

Das Kreiskrankenhaus wird über folgende Abteilungen verfügen:

Chirurgie	100 Betten	Gyn./Geb.-Belegabteilung	30 Betten
Innere Krankheiten	110 Betten	HND -Belegabteilung	10 Betten

Desweiteren sind nichtbettenführende Fachabteilungen für Anästhesie und Radiologie (Röntgen, Isotopen) vorgesehen. Eine Intensivpflege wird interdisziplinär betrieben.

### Leitende Ärzte

Für die Leitung der Fachbereiche Chirurgie und Innere Medizin sind je ein Chefarzt oder je zwei leitende Abteilungsärzte vorgesehen.

Die Bewerber sollen eine breitangelegte Weiterbildung und langjährige klinische Erfahrung besitzen. Die Zulassung für Radiologie kann erforderlich sein.

In der **chirurgischen Abteilung** sind die beruflichen und apparativen Voraussetzungen zur Durchführung des Verletztenverfahrens vorhanden. Die Bewerber müssen daher die persönlichen Voraussetzungen hierfür und für die Bestellung als Durchgangsarzt nach den Richtlinien der Berufsgenossenschaften erfüllen.

Die **Abteilung für Innere Medizin** ist im Rahmen der häufigen diagnostischen und therapeutischen Fragestellungen eines Krankenhauses der Regelversorgung mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Kardiologie geplant. Bewerber müssen deshalb neben einer breit angelegten internen Weiterbildung und langjähriger klinischer Erfahrung ihr Wissen und ihre Fertigkeiten in o. g. Teilgebieten erweitert haben (z. B. Echokardiographie, Dopplerverfahren, Arrhythmieanalyse, Kardiopulmonologische Diagnostik und Therapie im Rahmen der Intensivmedizin, alle häufigen diagnostischen und operativen Endoskopien, Sonographie und sonstige gastroenterologische Funktionsdiagnostik, Labordiagnostik für das gesamte Krankenhaus einschl. bakteriologischem Schnellverfahren).

Die nichtbettenführenden Fachabteilungen **Anästhesiologie** und **Radiologie** (Röntgen, Isotopen) werden peritätlich besetzt (nur leitende Gebietsärzte pro Abteilung). Bewerber mit langjähriger klinischer Erfahrung und breitangelegter Weiterbildung sind erwünscht.

### Verwaltungsleiter

Der Verwaltungsleiter trägt die Verantwortung für den gesamten Wirtschaftsbetrieb sowie für die Verwaltung des Kreiskrankenhauses. Der Bewerber sollte möglichst über eine längere praktische Erfahrung als (stellvertretender) Verwaltungsleiter verfügen.

### Pflegedienstleitung

Die leitende Pflegekraft soll Detailerfahrung in der Pflegeplanung und längere praktische Erfahrung in der Organisation des Pflegedienstes (= Pflegedienstleitung oder Stellvertretung) und in der Fortbildung des nachgeordneten Personals haben. Bewerber sollen einen Lehrgang für leitendes Pflegepersonal erfolgreich abgeschlossen haben. Voraussichtlich werden ca. 90 Vollkräfte dem Pflegedienst angehören. Die leitende Pflegekraft ist Mitglied der Krankenhausleitung.

Die Einstellung der leitenden Ärzte/Verwaltungsleiter/Pflegedienstleitung soll im III./IV. Quartal 1983 (Verwaltungsleiter möglicherweise früher) erfolgen. Von den Bewerbern wird erwartet, daß sie bereits vorher bei dem Aufbau ihrer Abteilungen (Einstellung von nachgeordnetem Personal, Planung techn. Ausstattung) mitwirken. Desweiteren ist die Teilnahme an den Besprechungen des leitenden Personals zur Vorbereitung des Krankenhausbetriebes notwendig.

Pfaffenhofen a. d. Ilm liegt sehr verkehrsgünstig 50 km nördlich von der Landeshauptstadt München an der Eisenbahnhauptstrecke München - Ingolstadt - Nürnberg (Eilzugstation) und in der Nähe der Autobahn München - Nürnberg. Am Ort befinden sich alle weiterführenden Schulen, sowie gute Freizeit- und Sportmöglichkeiten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden bis spätestens 30. April 1982 erbeten an:

**Personalverwaltung des Landratsamtes Pfaffenhofen e. d. Ilm, Hauptplatz 22, 8068 Pfaffenhofen 1**

# KRANKENHAUSZWECKVERBAND INGOLSTADT

Der Krankenhauszweckverband Ingolstadt sucht für das Klinikum Ingolstadt mit 1050 Betten einen

## Chefarzt

für Strahlentherapie

Das Institut für Strahlentherapie ist mit modernsten Therapiegeräten ausgestattet.

Vorhanden sind beispielsweise ein Linearbeschleuniger mit 15 MeV sowie ein Kobalt-60-Bestahlungsgerät und ein Therapieplanungssystem.

Wir erwarten vom Bewerber eine mehrjährige Erfahrung in der Strahlentherapie. Der Bewerber muß die Umgangsgenehmigung für den Linearbeschleuniger und die Kobalt-60-Bestrahlung besitzen. Der Bewerber muß auch die Erlaubnis zur Arbeit am Computartomographen nachweisen und eine onkologische Erfahrung wäre sicherlich von großem Vorteil.

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

Bewerbungen richten Sie bitte ehestmöglich an die Personalabteilung des

Krankenhauszweckverbandes Ingolstadt  
Krumeneuerstraße 25, 8070 Ingolstadt, Telefon (08 41) 8 80 - 1110

Das Krankenhaus Waldkirchen

mit 70 chirurgisch geführten Betten sucht zum sofortigen Eintritt einen

## Oberarzt

mit Anerkennung als Arzt für Chirurgie und besonderen Kenntnissen und Erfahrungen in der Unfallchirurgie.

Beteiligung am Bereitschaftsdienst und an der Rufbereitschaft mit den nachgeordneten Ärzten wird vorausgesetzt, ebenso der Notarztwagenendienst.

Die Bezahlung erfolgt nach BAT mit zusätzlicher Vergütung des Bereitschaftsdienstes bzw. der Rufbereitschaft.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die

Krankenhausverwaltung  
8392 Waldkirchen, Telefon (085 81) 6 66

Der Landkreis Freyung-Gräfenau

sucht zum nächstmöglichen Termin für seine 3 Krankenhäuser (Freyung, Gräfenau und Waldkirchen) einen

## deutschen Oberarzt/ärztin

mit Anerkennung als Arzt für Anästhesie

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

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

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die  
Krankenhausverwaltung 8393 Freyung - Tel. (08551) 491

# Hilfe · Hoffnung · Heimat

Am Krankenhaus Rummelsberg (430 Betten - Orthopädie, Innere Medizin, Neurologie) ist zum 1. April 1982 oder später die Planstelle für den

## Oberarzt

(Chefarztvertreter) der Inneren Abteilung zu besetzen.

Die Innere Abteilung des Laurentiusheuses, ein Teil des Krankenhauses Rummelsberg, verfügt über 70 Betten. Gesucht wird ein qualifizierter Internist, der in der Lage ist, den Chefarzt voll zu vertreten und die Konsiliaritätigkeit auf den Abteilungen durchzuführen. Der Chefarzt ist zur Weiterbildung für drei Jahre ermächtigt.

Stellenplan 1/1/3 (alle Stellen zur Zeit besetzt).

Das Krankengut der Abteilung umfaßt das gesamte Spektrum der Inneren Medizin. Schwerpunktmäßig werden neben röntgenologischen alle endoskopischen Methoden, alle sonografischen sowie cardiologischen Untersuchungen und Behandlungsverfahren einschließlich passager Schrittmacher und Vorhofstimulation durchgeführt. Moderne Röntgenabteilung und Labor sind vorhanden.

Vergütung nach A la AVR (entspricht im wesentlichen dem BAT) mit den üblichen Sozialleistungen.

Nebeneinnahmen durch Gutachtentätigkeit, Lehrtätigkeit an der Krankenpflegehilfeschule sowie Chefarztzulage. Die mit dem Chefarzt zu teilende Rufbereitschaft wird tarifmäßig vergütet. Besonderer Wert wird auf selbständige und kollegiale Zusammenarbeit gelegt. Daneben werden die Bejahung des diakonischen Auftrages und die Zugehörigkeit zur Kirche erwartet.

Bei Bewährung besteht die Möglichkeit der Chefarztfolge in einigen Jahren.

Rummelsberg liegt in ruhiger, landschaftlich reizvoller Gegend, ca. 20 km südöstlich von Nürnberg in verkehrsgünstiger Lage.

Bewerbungen (mit den erforderlichen Unterlagen) richten Sie bitte an:

Rummelsberger Anstalten, Hauptverwaltung,  
8501 Schwarzenbruck,  
Tel. (0 91 28) 72-2202 (Personalabteilung,  
Frau Krauß).



**Rummelsberger Anstalten**  
der Inneren Mission E. V.

# KRANKENHAUSZWECKVERBAND INGOLSTADT

Der Krankenhauszweckverband Ingolstadt sucht für die Neurologische Klinik am Klinikum Ingolstadt

## 1 Oberarzt

und

## 1 Assistenzarzt

Das Klinikum Ingolstadt ist ein Versorgungskrankenhaus der Versorgungsstufe II und ist außerdem ein Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität in den Teilbereichen der Inneren Medizin und der Chirurgie.

Die Neurologische Klinik umfaßt 30 Betten und wird am 1. 7. 1982 ihren Betrieb aufnehmen.

Für die Oberarztstelle ist eine Anerkennung als Neurologie zwingend, Kenntnisse und persönliche Erfahrungen in der Neurophysiologie (EEG, EMG, Sonographie), dringend erforderlich.

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

Bewerbungen richten Sie bitte ehestmöglich an die Personalabteilung des

Krankenhauszweckverbandes Ingolstadt  
Krumeneuerstraße 25, 8070 Ingolstadt, Telefon (08 41) 8 80 - 1110



Im Gespräch mit dem Arzt - die Deutsche Ärzteversicherung

**Wir laden Sie ein zum 60. DÄV-TREFF am 14. Juli in München, Penta Hotel, Hochstraße 3, 18.30 Uhr.**

**Das aktuelle Thema:**

# **Baufinanzierung**

**Gespräch mit Experten - Diskussion mit Kollegen.  
Über Vorteile, Belastungen, Risiken.**

**Ihre Gesprächspartner: Wilfried Fischer, Dr. Rubrecht Müller-Kern.**

Wilfried Fischer ist Direktor der Dresdner Bank, Fürstenfeldbruck, Dr. Rubrecht Müller-Kern ist Rechtsanwalt und Steuerberater.

**Sie bekommen einen aktuellen Überblick zum Thema Baufinanzierung.**

Auf diesem DÄV-TREFF werden Sie alle wichtigen Aspekte der Baufinanzierung kennenlernen. Sie werden Gelegenheit haben, mit Ihren Kollegen und den Experten ausgiebig zu diskutieren - auch die Vorteile und Risiken von Bauherren-Modellen.

**Sie können sich völlig neutral informieren - schicken Sie uns den Coupon mit Ihrem Stempel versehen zurück:**

Dieser DÄV-TREFF findet - ebenso wie alle anderen DÄV-TREFFS - in einer gelösten, verkaufsfreien Atmosphäre statt. Sie dienen ausschließlich der Information und dem Gedankenaustausch.



**Deutsche Ärzteversicherung**

Zweigniederlassung der Colonia Lebensversicherung Aktiengesellschaft

Ihr kompetenter Partner. In allen Fragen finanzieller Sicherheit.

## **Ich nehme Ihre Einladung an.**

Coupon bitte schnell einsenden, da Teilnehmerzahl begrenzt.

Deutsche Ärzteversicherung, Filialdirektion München  
Schwanthaler Str. 69, 8000 München 2  
Leiter: Filialdirektor Horst Katzemich

- Ich möchte an diesem DÄV-Treff am 14.7. in München (Penta Hotel, Beginn 18.30 Uhr) teilnehmen und melde mich hiermit an.
- Ich kann an diesem DÄV-TREFF nicht teilnehmen, bitte aber um aktuelle Informationen zum Thema Baufinanzierung.
- Ich interessiere mich zwar nicht für das Thema Baufinanzierung, möchte aber über die anderen DÄV-TREFFS informiert werden.

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

8Ä 147.826.60

# Darm- regulans

pflanzlich  
auf Quellmittelbasis

# Laxariston®

- Standardisierte Wirkstoffe
- Ersatz von fehlenden Ballaststoffen
- Verkürzte Darmpassage
- Zuverlässige, schmerzfreie Stuhlentleerung
- Normaler, geformter Stuhl

**Zusammensetzung:** 3g Granulat enthalten: Methycellulose 0,9g, Durchschnittspolymerisationsgrad (DP) 600, Quellungszahl 12, Cort. Frangulee 0,3g, standardisiert: Gesamthreglykoside 13,5mg, Rhiz. Rhei 0,15g, standardisiert: Gesamthreglykoside 6,75mg, Fol. Sennae 0,3g, standardisiert: Sennoside A + B 7,5mg, Extr. Milletolli spir. sicc. 0,015g.

Die Methycellulose ist ein nicht resorbierbares, hydrophiles Quellmittel mit einem hohen und stets gleichbleibenden Quellvermögen. Die zusätzlich enthaltenen standardisierten Pflanzenwirkstoffe stimulieren die Schleimsekretion und verhindern evtl. Verklebungen und Verkleisterungen.

**Anwendungsgebiete:** Akute Obstipation (bei Kostwandel, Reisen, Battlängerigkeit u. e.) Chronische Obstipation (bei Versagen der bekannten natürlichen Maßnahmen) Zur Aufweichung der Faeces bei schmerzhaftem Analeiden (besonders bei Hämorrhoiden) Zur Vermeidung körperlicher Anstrengung durch Pressen bei Intaktpatienten, nach epoplektischem Insult.

**Gegenanzeigen:** wie bei allen Laxantien - mechanischer Ileus

**Anwendung:** **Abends:** ½-1 Teelöffel Laxariston Granulat nach dem Essen unzerkaut mit 1 Glas Wasser einnehmen, wenn nötig, auch morgens vor dem Frühstück die gleiche Menge mit einem Glas kaltem Wasser einnehmen; Für Schwangere und Kinder ist Laxariston Granulat wegen seiner individuellen Dosierbarkeit besonders gut geeignet.

**Handelformen und Preise:** 1 DP 100 g DM 7,85, 1 OP 250 g DM 16,25 Tagesdosispreis DM 0,15

Weiterhin im Handel: Laxariston Filmtabletten (rein pflanzlich - exakt standardisiert) 1 OP 50 Tbl. DM 7,05

**STEINER**  
Arzneimittel  
Berlin West

**DH-Ergotoxin-  
Tabliten® forte**

Cerebroaktivator -  
Migräne

**DH-Ergotamin-  
Tabliten® retard**

Hypotonie,  
Venen - Migräne



Cerebral-  
Therapeutikum

**Zusammensetzung**  
1 Tablette enthält  
je 0,67 mg Dihydroergo-  
cristinmesilat, Dihydro-  
ergocorninmesilat,  
Dihydroergokryptin-  
mesilat = 2 mg Dihydro-  
ergotoxinmesilat.

**Indikationen**  
Cerebralsuffizienz,  
Migräne bei hypertoner  
Ausgangslage (im  
Wechsel mit Migrexa zur  
Anfallsbehandlung),  
Schwindel, Ohren-  
sauen, Vergeßlichkeit,  
Durchblutungs-  
störungen.

50 Tabl.	<b>36.52</b>
100 Tabl.	<b>67.00</b>
250 Tabl.	<b>151.34</b>

**Tabliten®**  
sparen  
ohne Therapie-  
verzicht



Antihypotonikum,  
Venotonikum

**Zusammensetzung**  
1 Tablette enthält  
Dihydroergotaminmesilat  
2,5 mg.  
**Indikationen**  
Hypotonie, Migräne (im  
Wechsel mit Migrexa zur  
Anfallsbehandlung), venöse  
Insuffizienz.

50 Tabl.	<b>22.60</b>
100 Tabl.	<b>38.00</b>
250 Tabl.	<b>90.81</b>

Tablette  
zerbeißen - forte  
Tablette  
schlucken - retard



**SANORANIA Dr. G. Strohscheer**  
1 Berlin 28



## Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

# Leitsymptom: Akuter Extremitätenschmerz

## Der Notfall: Arterielle Ischämie

bearbeitet von Professor Dr. G. Simonis und Professor Dr. E. H. Farthmann, Homburg/Saar

### Symptomatik:

Plötzlicher, heftiger Schmerz, immer körperfern des verschlossenen Gefäßsegmentes. Der durchblutungsgestörte Extremitätenbereich ist kalt, blaß mit oft deutlicher Demarkierung distal des Arterienverschlusses. Nach Stunden bläulich-livide, fleckartige Verfärbung der Haut. Beim Gefäßkranken, bei dem ein intermittierendes Hinken bekannt ist, findet sich eher eine Leichenblässe der Haut (sogenannte „blasse Ischämie“). Peripherer Arterienpuls nicht mehr tastbar – Vergleich der Gegenseite –. Gefühlsstörungen und Lähmungen setzen später ein und sind meist Zeichen des irreparablen Schadens.

### Anamnese:

Für ein diagnostisches und therapeutisches Konzept hat sich eine Einteilung in zwei Patientenkollektive bewährt. Ca. 80 Prozent der Patienten sind Herzranke (Klappenfehler mit Vorhofflimmern, Zustand nach Herzinfarkt, absolute Arrhythmie) mit gesundem Gefäßsystem, aber bekannter Emboliequelle. Diese Patienten werden von einem peitschenschlagartigen Schmerz meist in der Ruhe überrascht. Auf der anderen Seite finden sich in ca. 20 Prozent gefäßranke Patienten mit einer Claudicatio intermittens, deren arteriosklerotisch eingengte Gefäße von einer akuten, arteriellen Thrombose verschlossen werden. Die Symptomatik der arteriellen Ischämie ist hier meist weniger dramatisch.

### Sofortdiagnostik:

Die Zeitspanne zwischen Diagnose und Therapiebeginn ist entscheidend für die Funktionserhaltung einer Extremität. Man beginnt mit der Palpation der peripheren Pulse und der Auskultation der Arterien im Unterbauch und in der Leiste. Bei Vorliegen von Pulslosigkeit und Kälte der Haut ist rasch über die vitale Gefährdung der Extremität zu entscheiden. Eine nur unwesentlich herabgesetzte Hauttemperatur gegenüber der Gegenseite und eine ausreichende Kapillarfüllung lassen Zeit zu weiteren diagnostischen Maßnahmen. Blässe, Parästhesien und Lähmungen mahnen hingegen zu höchster Eile. Weitere diagnostische Maßnahmen sollten einer Spezialabteilung vorbehalten bleiben.

### Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Schnelle Digitalisierung, i. v. Applikation von Schmerzmitteln (*Fortral*®, *Dolantin*®), keine Vasodilantien, 5000 IE *Heparin* i. v. (schriftliche Mitteilung an die Einweisungsklinik unbedingt erforderlich). Gut gepolsterte Lagerung der Extremität wegen der Gefahr von Drucknekrosen im anästhetischen Hautbezirk. Sofortiger liegender Krankentransport.

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

**Zusätzliche  
Maßnahmen bzw.  
Anordnungen:**

**Differential-  
diagnostische  
und andere  
Erörterungen:**

Ein Patient mit den Symptomen der Pulslosigkeit, der Kälte und Blässe einer bisher unauffälligen Extremität muß sofort einer chirurgischen Spezialabteilung zugewiesen werden. Nur hier kann mittels weiterer apparativer Diagnostik in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit über weitere Behandlungsmaßnahmen entschieden werden.

Zweckmäßig ist eine telefonische Voranmeldung des Patienten mit kurzer Schilderung der Anamnese- und Therapiedaten.

Die Differentialdiagnose einer akuten arteriellen Embolie einerseits beim Herzkranken mit bisher gesunden Gefäßen oder einer akuten arteriellen Thrombose beim Gefäßkranken ist nur aufgrund großer Erfahrung und zuweilen mittels aufwendiger apparativer Diagnostik möglich. Die arterielle Embolie des Patienten mit einer „Emboliequelle“ kann ohne großen technischen Aufwand und ohne Arteriographie in Lokalanästhesie in kürzester Zeit und mit bester Prognose operativ beseitigt werden. Im Vordergrund der Diagnostik einer arteriellen Thrombose bei einem gefäßkranken Patienten stehen ausgedehnte diagnostische Maßnahmen (einschließlich Arteriographie), wobei die Indikation zur sofortigen Behandlung eng gesteckt sein wird, da die Extremität meist chronisch durchblutungsinsuffizient ist und über einen guten Kollateralkreislauf verfügt, andererseits für eine zeitraubende Gefäßrekonstruktion eine längere kardiologische und anästhesiologische Vorbereitung erforderlich ist.