



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

Mei 1982

Zur Kenntnis genommen:

Die Kassenzulassung, seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 1960 ein weitgehend formaler Vorgang, ist wieder Gesprächsgegenstand geworden, seit der Landeseusschuß der Ärzte und Krankenkassen in Bayern die Zulassung für einige Fachgebiete auf Kassensarztsitze beschränkte, deren Besetzung als dringend notwendig festgestellt wurde. Es verwundert wohl nicht, daß die Meinungsäußerungen je nach Standort von der vollen Zustimmung bis zur völligen Ablehnung reichen. Natürlich fehlen auch die Zweifler nicht: Nützt diese Maßnahme überhaupt, ist sie nicht vielleicht sogar rechtswidrig? All dieses Für und Wider haben auch wir überlegt und erörtert. Dies soll kurz nachgezeichnet werden.

Werfen wir einen Blick zurück:

Die Tätigkeit des Arztes für die gesetzlichen Krankenkassen beruhte jahrzehntlang auf rein privatrechtlichen Verträgen. Nach dem ersten Weltkrieg wurden Gesamtverträge abgeschlossen, die auch die Zulassung regelten, wobei das Verhältnis des Arztes zu jeder einzelnen Kasse weiterhin privatrechtlich geregelt blieb. Erst mit der Verordnung des Reichspräsidenten (Notverordnung) vom Dezember 1931 trat eine grundlegende Veränderung ein. Die Zulassung erfolgte für alle RVO-Kassen, wobei auf 600 Versicherte ein Kassenarzt zugelassen werden konnte. Die privatrechtlichen, direkten Beziehungen zwischen Arzt und Kasse wurden schrittweise beendet. Der Kassenarzt war Mitglied seiner Kassenärztlichen Vereinigung, die für alle Kassenärzte Vertretspartner der Kassen wurde und auch die Honorierung der Kassenärzte aus einer Gesamtvergütung der Kassen übernahm. Diese Regelung blieb auch nach dem zweiten Weltkrieg bestehen. Erst 1955 wurde die Verhältniszahl auf 500 Versicherte pro Kassenarzt herabgesetzt. Die Zulassungsordnung von 1957 schrieb vor, daß weniger dringliche Zulassungen zurückgestellt werden können, wenn die Besetzung eines ausgeschriebenen, vordringlich zu besetzenden Kassensarztsitzes mangels geeigneter Bewerber nicht möglich sei. Sie enthält übrigens auch eine heute besonders interessante Bestimmung, die besagt, daß „die Zahl der Fachärzte im allgemeinen ein Drittel der Zahl der Kassenärzte betragen“ soll. Sie soll „40 vom 100 der Zahl der Kassenärzte nicht übersteigen“.

Eine Verfassungsklage hatte 1960 insofern Erfolg, als die Verhältniszahl für nichtig erklärt wurde. Damit war die Kassenzulassung für jeden Arzt, der sich niederlassen wollte, möglich. Das Bundesverfassungsgericht hat nicht darüber entschieden, ob auch die Wahl des Ortes der Kassenzulassung dem freien Ermessen des Arztes überlassen werden muß: „Es breucht nicht entschieden zu werden, ob eine Verhältniszahl im Rahmen einer anderen Gesamtkonzeption, etwa als allgemeiner Anhaltspunkt für die Bemessung der Zahl der zur Versorgung der Kassenmitglieder mindestens notwendigen Ärzte und für ihre Verteilung auf Kassensarztsitze, ebenfalls verfassungswidrig wäre.“ Das Gericht weist sogar auf die Sperrklausel in der Zulassungsordnung ausdrücklich hin. In seinen weiteren Ausführungen wird der Gefahr der Unterversorgung aber recht geringe Bedeutung beigemessen und auf „andere Wege“ zu ihrer Behebung hingewiesen, wobei sogar ein Vorschlag erwähnt wird, die Kassenmitglieder durch Ambulatorien oder angestellte Ärzte zu versorgen. Schließlich, so meint das Gericht, „erscheint es auch möglich, daß sich die Verteilung der Ärzte bis zu einem gewissen Grade von selbst ausgleicht, wenn infolge einer Messierung von Kassenärzten an bestimmten Orten dort ihr Durchschnittseinkommen beträchtlich absinkt“.

Die Erwartungen haben sich nur zum Teil erfüllt, das können wir jedenfalls für Bayern feststellen. In anderen Bundesgebieten zeigt der starke Anstieg ausländischer Ärzte in der Kassenpraxis, welche Wege gegangen werden mußten. Die Mitte der siebziger Jahre noch recht beunruhigende Unterbesetzung in ländlichen Gebieten, vor allem Randzonen, konnte in Bayern weitgehend behoben werden. Intensive Maßnahmen der Niederlassungsförderung haben dazu beigetragen, erleichtert durch eine zunehmende Besetzung und Überbesetzung von Bal-

lungsgebieten. Heute können wir bereits beobachten, daß manche Kleinstädte oder landschaftlich besonders attraktive Ländkreise bedenklich überbesetzt sind. Von maximal 40 vom 100 bei den „Fachärzten“ kann schon fange keine Rede mehr sein. In einigen Fachgebieten sind aber trotz laufender Ausschreibung Kassensarztsitze bisher unbesetzt geblieben, die im Interesse einer gleichmäßigen ärztlichen Versorgung unbedingt besetzt werden müssen.

Mit der im KVWG 1976 eingeführten Bedarfsplanung wird erstmals der Versuch gemacht, den notwendigen Bedarf an niedergelassenen, an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten in Zahlen auszudrücken. Ich bekenne mich zur Nützlichkeit eines solchen Vorhabens, verkenne aber keineswegs seine Problematik. So hängt — dies nur ein Beispiel — die Zahl der notwendigen (und lebensfähigen) allgemeinärztlich tätigen Ärzte sehr davon ab, wie viele Internisten im gleichen Bezirk praktizieren und „Primärpräxien“ betreiben, oder davon, ob ein Kinderarzt vorhanden ist oder nicht. Anrechnungsmechanismen sind zwar vorgesehen, aber verständlicherweise stets ein wenig unsicher.

Wenden wir uns nun der Grundsetzfrage zu: Wie schon dargelegt, hat das Bundesverfassungsgericht zwar 1960 festgestellt, daß der Arzt, welcher sich niederläßt, auch die Kassenzulassung erhalten muß, weil er sonst seinen Beruf als „freipraktizierender Arzt“ nicht ausüben kann, die Frage jedoch, ob noch eine Verteilung der Kassenärzte möglich wäre, offen gelassen. Man könnte bei einem Respekt vor dem Hohen Gericht durchaus sagen, daß man um die Frage der gleichmäßigen Verteilung der Kassenärzte ziemlich herumgeredet hat. Uns kleinen Leuten in der Peripherie bleibt es jetzt überlassen, darauf eine Antwort zu suchen. Wir haben sie auf der Basis der Sperrmöglichkeit, die das KVWG und die ZuiO schuf, mit der Entscheidung des Landeseusschusses vom Januar 1982 gegeben. Die Mitglieder dieses Ausschusses, je sechs Vertreter der Ärzte und Krankenkassen und drei Unparteiische, haben das Grundrecht des einzelnen Arztes, sich niederzulassen und Kassenarzt zu werden, voll respektiert. Sie hatten aber die Überzeugung, daß das Recht des Bürgers auf eine gleichmäßige ärztliche Versorgung im Freistaat Bayern auf jeden Fall gleichgewichtig sein muß. Das Recht, den Ort der kassenärztlichen Tätigkeit frei zu wählen, findet also nach Überzeugung des Landeseusschusses dort seine Grenze, wo das Recht des Bürgers auf entsprechende ärztliche Versorgung beeinträchtigt wird. Diese Überlegung — und keine andere! — war entscheidend für den Beschluß des Landeseusschusses. Als Vertreter der Ärzte muß ich dazu sagen: Eine Forderung nach freier Niederlassung und Kassenzulassung um jeden Preis, also auch zum Nachteil unserer Mitbürger, müßte das Ende des freien Arztes sein, weil eine solche Forderung gegen fundamentale Grundsätze in einer freiheitlichen Demokratie verstoßen würde. Hier wurde also kein Weg in die „Sozialisierung“ eröffnet, sondern lebendige Selbstverwaltung in einer Demokratie praktiziert, welche Freiheit und Verpflichtung in der richtigen Weise verbindet.

Ob die Maßnahme was nützt? Das kann niemand voraussehen. Ob sie bei gerichtlichen Auseinandersetzungen Bestand hat? Auch dies muß sich gegebenenfalls zeigen. Beide Fragen sind aber nur zu beantworten, wenn man diese Maßnahmen erst einmal angewendet hat. Ich hoffe, daß wir Erfolg haben. Wir würden sonst dem Gesetzgeber die Waffen liefern, mit denen der Selbstverwaltung des Ende bereitet würde.

Professor Dr. Sewering

Die Bewertung neuerer und bewährter Antibiotika für Praxis und Klinik

von D. Adam

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

(Fortsetzung)

2. Die wichtigsten Antibiotika und Chemotherapeutika

Nachfolgend werden die derzeit gebräuchlichen antibakteriell wirksamen Verbindungen und Substanzgruppen in ihrer Wirkungsweise, ihrem Anwendungsbereich, der Dosierung und den Nebenwirkungen kurz dargestellt.

Der Darstellung liegt folgende Einteilung zugrunde:

1. Penicilline
2. Cephalosporine
3. Tetracycline
4. Chloramphenicol und Thiamphenicol
5. Aminoglykoside
6. Linkomycine
7. Makrolide
8. Polypeptide
9. Chemotherapeutika verschiedener chemischer Struktur
10. Nitroimidazole
11. Nitrofurantoine
12. Pyrimidin-Carbonsäuren
13. Imidazolderivate
14. Amphotericin B
15. Flucytosin
16. Sulfonamide und Sulfonamid-Trimethoprim bzw. Tetroxoprim-Kombinationen
17. Trimethoprim

1. Penicilline

Penicilline sind neben dem Streptomycin die ältesten Antibiotika, die systematisch therapeutisch eingeführt worden sind. Sie haben trotz zahlreicher Neuentwicklungen und Neuentdeckungen auf dem Antibiotikasektor nicht an Bedeutung verloren.

Wirkungsbereich und Wirkungsmechanismus

Die antibakterielle Wirksamkeit der Penicilline beruht auf einer Hemmung der Zellwandsynthese bei empfindlichem Erreger. Das Wirkungsspektrum des klassischen Penicillin G, des Penicillin V und Propicillin erstreckt sich auf Streptokokken, Pneumokokken, Diphtheriebakterien, Aktinomyzeten, Milzbranderreger, Clostridien, Gonokokken und Meningokokken. Ferner werden Spirochaeten, Bartonellen, Rotlaufbakterien, Erreger der Rattenbißkrankheit und penicillinase-negative Staphylokokken erfaßt.

1.1 Penicillin G

Der erstentdeckte Vertreter der Penicillingruppe, das Penicillin G, ist nicht magensäurestabil und kann nur parenteral verabreicht werden.

Handelsformen: z. B. Penicillin G Hoechst, Penicillin „Göttingen“, Penicillin „Grünenthal“

Applikationsart: i. m., i. v.

Dosierung: (Kinder) 20 000 bis 50 000 E/kg täglich, in 3 bis 4 Einzeldosen, je nach Schweregrad der Erkrankung. In manchen Fällen (z. B. Meningitis, Sepsis, Osteomyelitis) kann es erforderlich sein, die Dosis auf 500 000 bis 1 Mill. E/kg täglich zu erhöhen; (Erwachsene) 5 bis 20 (bis 40) Mill. E täglich.

1.2 Oralpenicilline

1.2.1 Phenoxymethylpenicillin (= Penicillin V)

Ist säurestabil und wird daher nach oraler Gabe gut absorbiert. Es ist gut geeignet bei Infektionen durch Penicillin-empfindliche Erreger, wie z. B. der oberen Luftwege, rheumatischem Fieber, Scharlach und anderen bakteriellen Erkrankungen, die keine sehr hohe Dosis erfordern.

Handelsnamen: Arcasin, Beromycin, Dura Penicillin, Isocillin, Ispenoral, Immunocillin, Megacillin, Oспен, Oratren, Penicillin V 1 Mio. ratiopharm, Pencompren, Penicillin-Heyl orel, Penicillin V, P-Mega-Tablinen

Applikationsart: oral

Dosierung: (Kinder) 200 000 bis 1,6 Mio. E und mehr Gesamtdosis täglich, in 3 bis 4 Einzelgaben, je nach Alter; (Erwachsene) 3 bis 6 Mio. E. täglich.

1.2.2 Propicillin hat eine noch bessere Säurestabilität als Penicillin V. Gegen Penicillinase ist es etwas stabiler als Penicillin G und V. Aufgrund seiner guten Absorption werden trotz einer geringeren Wirkungsintensität gegenüber Penicillin V sehr hohe Serumwerte erreicht, so daß im Endeffekt bei gleicher Dosis eine etwas höhere antibakterielle Wirksamkeit in vivo resultiert.

Handelsnamen: Baycillin, Oricillin

Applikationsart: oral

Dosierung: (Kinder) 200 000 bis 1,6 Mio. E Gesamtdosis in 3 bis 4 Einzelgaben täglich, je nach Alter und Schwere der Erkrankung; (Erwachsene) 3 bis 6 Mio. E täglich.

1.2.3 Azidocillin wirkt nur bei Infektionen mit Penicillin-empfindlichen grampositiven Erregern, gramnegativen Kokken und speziell besser gegen Haemophilus influenzae als Penicillin V und Propicillin.

Handelsnamen: Nalpen, Syncillin

Applikationsart: oral

Dosierung: (Kinder) 60 (bis 120) mg/kg täglich, in 3 Einzelgaben; (Erwachsene) 1,5 bis 3 g täglich.

1.3 Ampicillin, Ampicillin-Analoga und Pro-Ampicilline

1.3.1 Ampicillin ist nicht Penicillinase-fest. Es verfügt jedoch über ein erweitertes antibakterielles Spektrum, das auch gramnegative Keime erfaßt. Die Empfindlichkeit der gramnegativen Keime ist jedoch recht unterschiedlich: die von Haemophilus influenzae ist gut (die derzeitige Resistenzrate in der Bundesrepublik Deutschland liegt etwa bei ein bis zwei Prozent), die von Proteus mirabilis beträgt 60 bis 85 Prozent, die von Proteus vulgaris dagegen nur 30 bis 35 Prozent. Salmonella typhi ist meist gut empfindlich, während andere Salmonellen und

Shigellen nur unterschiedlich gut ansprechen. Dyspepsiecolibakterien sind meistens resistent. Primär Ampicillin-resistent sind neben den penicillinasebildenden Keimen (z. B. Staphylokokken und manche Stämme von *E. coli*, die Penicillinase produzieren) *Enterobacter*, *Klebsiellen*, verschiedene *Proteus*-Arten und *Pseudomonas aeruginosa*.

Gegen einige grampositive Keime ist seine Wirkungsstärke weniger als halb so groß wie die von Penicillin G (z. B. Streptokokken und Pneumokokken), gegen andere grampositive Keime, insbesondere gegen Enterokokken, ist es zum Teil nicht nur wesentlich wirksamer als die übrigen Penicilline, sondern auch als Chloramphenicol und Tetracycline.

Ampicillin ist wegen seiner guten Verträglichkeit bei Infektionen mit empfindlichen Erregern, besonders bei nachgewiesenen gramnegativen Keimen, bei Pneumonien, Meningitiden, Sepsis und Harnwegsinfektionen einsetzbar.

Ampicillin ist nach wie vor das Mittel der Wahl bei allen durch von vornehmlich Ampicillin-empfindliche Erreger hervorgerufenen Infektionen, wie z. B. bei Enterokokken (Endokarditis), bei *Haemophilus influenzae*-Meningitis (Resistenztestung!), bei Harnwegsinfektionen (hauptsächlich primäre akute, aber auch rezidivierende Pyelonephritis und Zystitis) hervorgerufen durch *E. coli*, Enterokokken und *Proteus*-Keime (Resistenztestung!). Weitere Anwendung kann erfolgen bei Infektionen des Respirationstraktes (hervorgerufen durch *Haemophilus influenzae* und andere Keimarten), bei Sinusitis, Epiglottitis, chronischer Bronchitis (akuter Schub) und Pneumonie, Peritonitis, Infektionen der Gallenwege u. a. Es ist nicht indiziert bei sogenannten banalen Infekten, auch nicht zur „Prophylaxe“ oder antibiotischen „Abdeckung“.

Kombinationen von Ampicillin mit sogenannten „Staphylokokken-Penicillinen“, d. h. penicillinasefesten Isoxazolylpenicillinen (Oxacillin, Cloxacillin, Dicloxacillin), haben sich als Standardpräparate eingebürgert (s. u.). Diese Kombinationspräparate sind angezeigt, wenn bei Verdacht auf eine Staphylokokkeninfektion (z. B. Bronchopneumonie, bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern besonders häufig ver-

ursacht durch *Staphylococcus aureus*) die Möglichkeit einer Infektion mit gramnegativen Keimen nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Es ist jedoch zweckmäßig, bei einem bestimmten vermuteten Erreger die wirksame Komponente in ausreichender Höhe individuell zu dosieren.

Handelsnamen: Amblosin, Ampicillin 1000 Stada, Ampicillin 500/1 g Sanorania, Ampicillin 1 g ratiopharm, Binotal, Cymbi, Dura-Ampicillin, Penbristol, Penbrock, Suractin

Applikationsart: oral, i. m., i. v.

Dosierung: (Kinder) 80 bis 100 (bis 300) mg/kg täglich, in 3 bis 4 Einzeldosen; (Erwachsene) 1,5 bis 3 (bis 6) g täglich, in 3 bis 4 Einzeldosen.

1.3.2 **Amoxycillin** hat als Hydroxyderivat des Ampicillins dessen Erregerspektrum. Da die Absorption nach oraler Gabe gegenüber Ampicillin wesentlich verbessert ist, können bei gleicher oraler Dosierung wie Ampicillin fast doppelt so hohe maximale Serumkonzentrationen erreicht werden. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, bei einer oralen Ampicillinindikation Amoxycillin zu verabreichen. Die Blutspiegelhöhen werden nicht durch die Nahrungsaufnahme beeinträchtigt. Die Harnrecovery beträgt 60 bis 70 Prozent. Amoxycillin ist wie Ampicillin nicht penicillinase stabil. Die Nebenwirkungen (Hautrash) entsprechen weitgehend denjenigen des Ampicillins. Die Beeinträchtigung der Darmflora (weiche Stühle, Durchfälle) ist geringer als bei Ampicillin.

(Die parenterale Applikationsform des Amoxycillins hat gegenüber dem parenteralen Ampicillin keinen Vorteil, da das von beiden Substanzen erfaßte antibakterielle Wirkungsspektrum identisch ist.)

Handelsnamen: Amoxyphen, Clamoxyl

Applikationsart: oral, i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 50 bis 100 mg/kg täglich, in 3 bis 4 Einzeldosen; (Erwachsene) 1,5 bis 3 g täglich.

1.3.3 **Ciclacillin** unterscheidet sich vom Ampicillin durch eine angeblich niedrigere Allergisierungsrate. Es ist nur oral applizierbar und hat – verglichen mit Ampicillin – gegen gramnegative Erreger eine sehr viel niedrigere antibakterielle Aktivität

Doxy-Tablinen[®] Breitbandantibiotikum

Tussa-Tablinen[®] Hustenblocker

Bronchitis! Vorteilhafte individuelle Kombination + preiswert

Doxy-Tablinen:
Zusammensetzung
 Doxycyclin 100 mg
Indikationen
 Infektionen mit Doxycyclin-empfindlichen Erregern.
Kontraindikationen
 Leberfunktionsstörungen, Dermatosen, Allergien. Vorsicht bei Schwangeren, besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft. Vorsicht bei bestehendem Soor. Während der Knochen- und Zahnentwicklung kritische Abwägung der Einnahme, da Zahnverfärbungen und Knochenentwicklungsverzögerungen auftreten können.
Mögliche Nebenwirkungen
 Gastrointestinale Störungen und allergische Reaktionen sind selten.
Dosierung und Anwendungsweise
 Am 1. Tag morgens und abends je 1 Tablette, anschließend ist jeden Tag 1 Tablette mit möglichst viel Flüssigkeit einzunehmen.

8 Tabl.	16 Tabl.
18.06	33.00

Tussa-Tablinen:
Zusammensetzung
 Pentoxycyclin 25 mg
Indikationen
 Reizhusten jeder Ätiologie
Unverträglichkeiten und Risiken
 Während der Schwangerschaft soll das Präparat möglichst nicht eingenommen werden bzw. höchstens 2 Tabletten täglich.

30 Tabl.
6.26

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

in vitro, die jedoch durch etwas bessere Absorption und dadurch höhere Serumspiegel wieder ausgeglichen wird.

Handelsname: Ultracillin

Applikationsart: oral

Dosierung: (Kinder) 50 bis 100 (bis 300) mg/kg täglich, in 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 1,5 bis 3 g täglich.

1.3.4 Epicillin entspricht in vitro exakt dem Spektrum und der Wirkungsintensität von Ampicillin. Exantheme sollen etwas seltener auftreten als bei Ampicillin.

Handelsname: Spectacillin

Applikationsart: oral, i. v.

Dosierung: siehe Ampicillin.

1.3.5 Pivampicillin gehört in die Gruppe der sogenannten Proampicilline und ist der Pivaloylester des Ampicillins. Durch eine bessere Absorption des Esters nach oraler Gabe werden höhere Serumkonzentrationen erreicht. Durch unspezifische Esterasen wird im strömenden Blut das wirksame Ampicillin freigesetzt. Diese entsprechen etwa den Werten, die bei i.m.-Applikation von Ampicillin resultieren. Der Indikationsbereich von Pivampicillin ist identisch mit demjenigen des Ampicillins. Es ist daher bei einer oralen Ampicillinindikation zu empfehlen. Es soll gleichzeitig mit der Nahrung eingenommen werden.

Handelsnamen: Berocillin, Maxifen

Applikationsart: oral

Dosierung: (Kinder und Erwachsene) wie Ampicillin, jedoch unter Berücksichtigung des unwirksamen Esteranteils, d. h. auf das Gesamtmolekül berechnet 40 Prozent mehr (350 g Pivampicillin entsprechen der wirksamen Menge von 250 mg Ampicillin).

1.3.6 Bacampicillin ist ebenfalls ein Ester des Ampicillins, der nach denselben Prinzipien wirkt wie das Pivampicillin. Die resultierenden Ampicillin-Serumspiegel sind bei äquivalenten Dosen am höchsten. Die Verträglichkeit ist ausgezeichnet.

Handelsnamen: Penglobe, Ambacamp

Applikationsart: oral

Dosierung: siehe Pivampicillin.

1.4 Penicillinsefeste Penicilline (Isoxazolylpenicilline)

1.4.1 Oxacillin, Dicloxacillin und Flucloxacillin sind penicillinsefeste Penicilline und haben bei einer 50- bis 250fach stärkeren Wirkung gegenüber Penicillin-G-resistenten Staphylokokken eine 10- bis 100fach schwächere Wirkung bei Penicillin-G-empfindlichen Bakterien. Sie sind daher bei wahrscheinlichen und sicheren Infektionen mit penicillinasebildenden Staphylokokken angezeigt. Alle drei Verbindungen sind oral und parenteral anwendbar.

Handelsnamen:

Oxacillin: Cryptocillin, Stapenor

Dicloxacillin: Dichlor-Stapenor

Flucloxacillin: Staphylex

Applikationsart: (alle Isoxazolylpenicilline) oral, i. v., i. m.

Dosierung: (alle Isoxazolylpenicilline) (Kinder) 30 bis 100 mg/kg täglich, in 3 bis 4 Einzeldosen; (Erwachsene) 1,5 bis 3 g täglich.

1.5 Carbenicilline

1.5.1 Carbenicillin ist nicht säurestabil und kann daher nur parenteral verabreicht werden. Es wirkt als Ampicillinabkömmling ähnlich diesem gegen grampositive und gramnegative Bakterien, ist jedoch nicht penicillinasestabil. Der Wirkungsbereich erstreckt sich zusätzlich noch auf *Pseudomonas aeruginosa*, sowie Indol-positive-*Proteus*-Stämme. Die Kombinationsbehandlung von *Pseudomonas*-Infektionen, vor allem der Sepsis, mit Aminoglykosid-Antibiotika, wie z. B. Gentamicin oder Tobramycin, hat sich klinisch bewährt. Wegen zunehmendem, jedoch örtlich unterschiedlichem Resistenztrend zahlreicher gramnegativer Mikroorganismen ging die Carbenicillin-Anwendung zugunsten der Azylureido-Penicilline und des Piperacillins (s. u.) drastisch zurück.

Handelsname: Anabactyl

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 300 bis 400 (bis 1000) mg/kg täglich, in 3 bis 4 Einzeldosen, je nach Schwere der Erkrankung und Empfindlichkeit des Erregers; (Erwachsene) 30 bis 40 g i. v. täglich.

1.5.2 Carindacillin (= Indanyl-Carbenicillin) ist der oral absorbierbare säurestabile Indanylester des nur

parenteral anwendbaren Carbenicillins. Carindacillin ist, da nach oraler Gabe sehr niedrige Serum-, jedoch hohe Harnspiegel erreicht werden, nur zur Therapie von Harnwegsinfektionen, verursacht durch Carbenicillin-empfindliche Erreger (z. B. *Pseudomonas aeruginosa*), geeignet.

Handelsname: Carindapen

Applikationsart: oral

Dosierung: (Schulkinder) 50 bis 100 mg/kg täglich, in 2 bis 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 4 g täglich.

1.5.3 Ticarcillin ist eine Weiterentwicklung des Carbenicillins mit breitem gegen grampositive und gramnegative Keime gerichteten Spektrum, mit besonderer Wirkung gegen *Pseudomonas aeruginosa*, die etwa zwei- bis vierfach höher als diejenige des Carbenicillins ist. Die Kombination mit Aminoglykosid-Antibiotika ist möglich.

Handelsname: Aerugipen

Applikationsart: i. v.

Dosierung: (Kleinkinder und Säuglinge) 400 bis 600 mg/kg täglich, (Früh- und Neugeborene) 300 bis 500 mg/kg täglich, jeweils verteilt auf 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 15 bis 30 g täglich, verteilt auf 3 bis 4 Gaben.

1.6 Azylureido-Penicilline

1.6.1 Azlocillin hat eine vier- bis achtfach höhere Wirkung gegenüber *Pseudomonas aeruginosa* und eine zehnfach höhere gegen Enterokokken als Carbenicillin. Resistent sind alle penicillinasebildenden Mikroorganismen (z. B. Staphylokokken) und der größte Teil der Enterobacter- und *Serratia*-Stämme. Azlocillin kann nur parenteral appliziert werden und ist besonders geeignet zur Behandlung bakteriologisch gesicherter *Pseudomonas*-Infektionen. Die Kombination mit Aminoglykosid-Antibiotika ist möglich.

Handelsname: Securopen

Applikationsart: i. v.

Dosierung: (Kinder) 200 bis 300 mg/kg täglich, verteilt auf 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 6 bis 20 g täglich, verteilt auf 2 bis 3 Einzeldosen.

1.6.2 Mezlocillin hat das erweiterte Wirkungsspektrum des Ampicillins und ist geeignet zur Behandlung

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 Gebe 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.

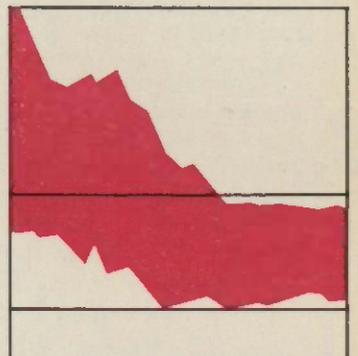
Besondere Hinweise: Bei zu hoher Dosierung kann es zu einem unerwünschten, stärkeren orthostatischen Blutdruckabfall kommen, der sich meist durch Hinsetzen oder Hinlegen mit Hochlagerung der Beine beheben läßt. In seltenen Fällen können Durchfälle oder Ejakulationsstörungen auftreten. Bei Niereninsuffizienz ist eine sorgfältige Überwachung des Elektrolythaushaltes und der Rest-N-Werte bzw. der Plesmakreatinin-Werte erforderlich. Eine latente Gicht bzw. ein latenter Diabetes mellitus kann manifest werden. Um einer Kaliumvererrung 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, Kortikoide), 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.

Handelsformen 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



von Infektionen durch Indol-positive Proteus-Stämme (*Proteus vulgaris* u. a.), Enterokokken, *Providencia*-, *Serratia*-, *Klebsiella*-, *Enterobacter*- und *Pseudomonas aeruginosa*-Keime (letztere jedoch schwächer als Azlocillin, Ticarcillin oder Piperacillin). Im Vergleich zu Azlocillin ist Mezlocillin bei Enterobacteriaceae meist zwei- bis dreifach stärker wirksam – ausgenommen *Pseudomonas aeruginosa*. Resistent sind alle penicillinasebildenden Staphylokokken und Ampicillin-resistente *Haemophilus influenzae*-Stämme. Eine Kombination mit penicillinasefesten Isoxazolylpenicillinen (Oxacillin, Dicloxacillin, Flucloxacillin) sowie mit Aminoglykosiden (Gentamicin, Tobramycin, Sisomicin, Netilmicin, Amikazin) ist möglich.

Handelsname: Baypen

Applikationsart: i. v.

Dosierung: (Kinder) 200 bis 500 mg/kg täglich, verteilt auf 3 Einzelgaben, je nach Schwere des Krankheitsbildes und Empfindlichkeit des Erregers; (Erwachsene) 6 bis 20 g täglich.

1.7 Aminobenzylpenicillin

1.7.1 Piperacillin hat eine im Vergleich zu Carbenicillin zehnfach höhere Wirkung gegen *Pseudomonas aeruginosa* und umfaßt teilweise das Spektrum von Azlocillin und Mezlocillin. Es ist nicht penicillinasestabil und nur parenteral anwendbar. Kombination mit Isoxazolylpenicillinen und/oder Aminoglykosiden ist möglich.

Handelsname: Pipril

Applikationsart: i. v.

Dosierung: (Kinder) 200 bis 400 mg/kg täglich, verteilt auf 2 bis 3 Einzelgaben; (Erwachsene) 6 bis 10 bis 15 g täglich, verteilt auf 2 bis 3 Einzelgaben, je nach Schwere des Krankheitsbildes und Empfindlichkeit des Erregers.

1.8 Penicillin-Kombinationspräparate

Penicillin-Kombinationspräparate enthalten meist ein nicht penicillinasefestes Penicillin (z. B. Ampicillin, Carbenicillin, Mezlocillin) in fixer Kombination mit einem Isoxazolylpenicillin (Oxacillin) meist im Verhältnis 2:1. Durch diese Kombination soll die Penicillinase-Instabilität der Breitspektrumpenicilline

ausgeglichen werden. Dies hat jedoch nur Bedeutung, wenn eine Staphylokokkeninfektion nicht sicher ausgeschlossen werden kann bzw. klinisch vermutet wird. Die „blinde“ Gabe fixer Kombinationspräparate der genannten Art ist wegen der Gefahr der Resistenzentwicklung durch Selektionsdruck (Keim-Hospitalismus) abzulehnen. In zahlreichen Fällen ist es besser, die beiden Penicilline in frei gewählter Dosierung miteinander zu kombinieren.

Handelsnamen:

Ampicillin + Oxacillin: Totocillin, Summopenil, Lucipen

Ampicillin + Cloxacillin: Ampiclox

Ampicillin + Dicloxacillin: Totocillin

Carbenicillin + Oxacillin: Resistopen

Carbenicillin + Cloxacillin: Pyoclox

Mezlocillin + Oxacillin: Optocillin

Applikationsart:

Totocillin: i. v., i. m., oral

Summopenil: i. v., i. m.

Lucipen: i. v., i. m.

Ampiclox: i. v., i. m., oral

Resistopen: i. v.

Pyoclox: i. v.

Optocillin: i. v.

Dosierung: siehe jeweils unter Ampicillin, Carbenicillin und Mezlocillin.

Nebenwirkungen der Penicilline

Penicillin G und die halbsynthetischen Penicilline zeigen eine außerordentlich geringe primäre Toxizität, zu welcher die Penicillinallergie und neurotoxische Nebenwirkungen bei sehr hohen Dosen gehören.

Es sind vier Typen der Penicillin-G-Allergie bekannt:

- allergisch-anaphylaktische Reaktionen,
- zytotoxische Reaktionen,
- Antigen-Antikörper-Komplex-Reaktionen, sowie
- verzögerte zelluläre Reaktionen.

Der Reaktionstyp a) tritt meist als Soforttyp auf, kann aber auch verzögert erfolgen. Anaphylaxiebedingte Todesfälle treten mit einer Häufigkeit von ca. 0,0015 bis 0,002 Prozent auf. Das bedrohlichste Ereignis, das zu Beginn der Peni-

cillintherapie auftreten kann, ist der anaphylaktische Schock, der vor allem bei Patienten, die bereits auf eine vorausgegangene Penicillingabe allergische Reaktionen gezeigt haben, vorkommen kann. Die Häufigkeit dieser schwersten Reaktion liegt bei etwa 1:100 000 bis 1:200 000 bis 1:1 000 000 mit einer Letalität von ca. zehn Prozent.

Bei Ampicillin liegt die Exanthemrate in der Pädiatrie bei ca. sechs bis zehn Prozent. Exantheme treten zumeist am 7. bis 14. Behandlungstag auf, klingen nach zwei bis drei Tagen auch bei Weiterbehandlung wieder ab und wiederholen sich nicht. Sie werden häufig mit der echten Allergie gegenüber der 6-Aminopenicillansäure, dem Grundgerüst aller Penicilline, verwechselt. Exantheme entsprechend dem Ampicillin sollen bei Epicillin seltener auftreten. Bei Carindacillin wurden an Nebenwirkungen Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Exantheme, Urtikaria und Pruritus beobachtet. Neurotoxische Nebenwirkungen treten nur bei extrem hoher i. v.-Dosierung, z. B. ab 1000 mg/kg, auf. Diese neurotoxischen Nebenwirkungen (Krämpfe) sind nach Absetzen des Präparates oder Reduzieren der Dosis im allgemeinen reversibel. In seltenen Fällen ist bei hohen Dosen von Carbenicillin, Piperacillin und bei den Azylureido-Penicillinen eine Störung der Thrombozytenfunktion beobachtet worden. Auch diese Form der Nebenwirkung ist im allgemeinen nach Absetzen des Präparates reversibel.

2. Cephalosporine

Cephalosporin-Antibiotika sind Derivate der 7-Aminocephalosporansäure, die eine nahe chemische Verwandtschaft zur 6-Aminopenicillansäure, dem Grundgerüst der Penicilline, hat. Cephalosporine unterscheiden sich von den Penicillinen durch ihre zwar unterschiedliche, aber relativ gute Beta-Laktamasestabilität, d. h., sie wirken auch gegen Penicillin-resistente Staphylokokken. Bei den Cephalosporinen bestehen teilweise erhebliche Unterschiede in Aktivität (in vitro), Pharmakokinetik und Verträglichkeit. Die Empfindlichkeit der gramnegativen Keime variiert so stark, daß die Cephalosporine im allgemeinen nur nach vorheriger Resistenztestung gezielt eingesetzt wer-

den sollten. Allen Cephalosporinen gemeinsam ist ihre Schwäche bei den Enterokokken. Hier wirkt Cefoperazon noch relativ am besten. Neuere Cephalosporine wie Cefotaxim und Lamoxactam wirken auch weniger gut gegen Staphylokokken wie Cephalotin, Cefazolin oder Cefamandol.

2.1 Parenterale Cephalosporine

2.1.1 Cephalotin ist neben Cephaloridin der älteste Vertreter der Gruppe und hat aufgrund örtlich unterschiedlicher Resistenzsituation gegenüber den neuentwickelten Cephalosporinen nur noch eine untergeordnete Bedeutung. Cephalotin wird stark metabolisiert (etwa zu 40 Prozent) und wird nur noch wegen seiner guten Wirksamkeit bei Staphylokokken-Infektionen eingesetzt (z. B. bei der Staphylokokken-Endokarditis).

Handelsnamen: Cephalotin-Lilly, Cepovenin

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 50 bis 80 (bis 200) mg/kg täglich, in 3 Einzeldosen, je nach Schwere der Erkrankung; (Erwachsene) 6 bis 8 (bis 12 g) täglich.

2.1.2 Cephacetril hat einen mit Cephalotin identischen Anwendungsbereich und wird aufgrund zahlreicher Neu- und Weiterentwicklungen auf dem Cephalosporinsektor nur noch vereinzelt eingesetzt.

Handelsname: Celospor

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: siehe Cephalotin.

2.1.3 Cephapirin entspricht in seiner derzeitigen Beurteilung derjenigen von Cephalotin und Cephacetril.

Handelsname: Bristocef

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: siehe Cephalotin.

2.1.4 Cephaloridin sollte, da es von allen Cephalosporinen die stärksten nephrotoxischen Nebenwirkungen hat, nur in Ausnahmefällen verwendet werden (z. B. bei Infektionen durch grampositive Erreger).

Handelsname: Cephaloridin-Glaxo

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 30 bis 50 mg/kg täglich, in 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 1,5 bis 3 (bis 4) g täglich.

2.1.5 Cefazolin ist eine Weiterentwicklung seiner Vorläufer Cephalotin und Cephaloridin. Die minimalen Hemmkonzentrationen in vitro sind gegenüber E. coli und teilweise auch gegen Klebsiella meist zwei- bis viermal niedriger als bei Cephaloridin und Cephalotin. Gegen grampositive Keime ist Cefazolin zwei- bis vierfach aktiver als Cephalotin. Es hat gegenüber Cephalotin, Cephacetril und Cephapirin eine deutlich längere Eliminationshalbwertszeit. Es hat heute nur noch Bedeutung als sogenanntes kostengünstiges „Basiscephalosporin“ bei nicht zu schweren bakteriellen Infektionen mit empfindlichem Erreger, bei welchen ein breiter wirksames modernes Cephalosporin nicht notwendig ist. Wegen seiner relativ guten Staphylokokkenwirksamkeit findet es auch Anwendung zur Osteomyelitisbehandlung.

Handelsnamen: Elzogram, Gramaxin

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 50 (bis 100) mg/kg täglich, in 2 bis 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 3 bis 6 (bis 8) g täglich. (Cave: höhere Nephrotoxizität gegenüber Cephalotin und neueren Cephalosporinen).

2.1.6 Cefazedon entspricht in Spektrum, Wirkungsweise und pharmakokinetischem Verhalten weitgehend dem Cefazolin.

Handelsname: Refosporin

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: siehe Cefazolin.

2.1.7 Cephredin ist nach wie vor das einzige Cephalosporin-Antibio-

tikum, welches aufgrund seiner Säurestabilität oral und parenteral appliziert werden kann. Es wird oral praktisch vollständig absorbiert und zu über 90 Prozent in unveränderter Form im Harn ausgeschieden. In seiner parenteralen Form entspricht es dem Wirkungsspektrum des Cephalotins, wird jedoch nicht metabolisiert. Es kann zur perioperativen Kurzzeitprophylaxe neben Cefazolin und Cefazedon Anwendung finden.

Handelsnamen: Forticef, Sefril

Applikationsart: oral, i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 80 bis 100 (bis 200) mg/kg täglich, in 3 bis 4 Einzeldosen; (Erwachsene) 6 bis 8 g täglich.

2.1.8 Cefamandol gehört zu den Beta-Laktamase-stabilen Cephalosporinen und hat ein breites Spektrum im gramnegativen und grampositiven Bereich. Es wirkt auch gegen Streptokokken und Haemophilus influenzae. Enterokokken werden nicht erfaßt. Proteus spp., Klebsiellen, Enterobacter, Salmonellen, Serratia und andere Keime werden einschließlich der Staphylokokken erfaßt. Als Basiscephalosporin und bei Staphylokokkeninfektionen ist es neben Cefazolin ein Mittel der Wahl.

Handelsname: Mandokef

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 50 bis 100 (bis 200) mg/kg täglich, verteilt auf 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 6 bis 8 (bis 12) g täglich.

2.1.9 Cefuroxim hat ein breites Wirkungsspektrum und eine gute Gewebegängigkeit mit hoher Stabilität gegen Beta-Laktamasen. Es wirkt besonders gut bei Infektionen mit Proteus mirabilis und Keimen der Klebsiella-Gruppe, sowie gegen A- und B-Streptokokken, Gonokokken und Meningokokken. Cefuroxim wirkt wie Cefamandol auch gegen Ampicillin-resistente Stämme von Haemophilus influenzae. Völlig resistent sind Pseudomonas aeruginosa, Enterokokken, Mykoplasmen und Chlamydien.

Handelsname: Zinacef

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 50 bis 100 (bis 150) mg/kg täglich, verteilt auf 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 6 bis 8 g täglich.

Brot für die Welt



2.1.10 Cefoxitin besitzt das gesamte Wirkungsspektrum der bisher erwähnten Cephalosporin-Antibiotika mit besonders hoher Beta-Laktamastabilität und einem zusätzlichen Effekt gegen Anaerobier (*Bacteroides fragilis*). Im Vergleich zu Cephalotin wirkt es etwas schwächer gegen Staphylokokken, sowie A- und B-Streptokokken. Die Haemophilus-Wirksamkeit ist schwächer als die von Cefamandol und Cefuroxim. Resistent sind *Pseudomonas aeruginosa*, Enterokokken, ein Teil der Enterobacter-Arten, Mykoplasmen und Chlamydien.

Handelsname: Mefoxitin

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 100 bis 150 (bis 200) mg/kg täglich, verteilt auf 2 Einzeldosen; (Erwachsene) 3 bis 6 g täglich.

2.1.11 Cefotaxim hat eine 10- bis 100fach höhere Aktivität gegen einige gramnegative Keimarten als alle bisherigen Cephalosporine. Die meisten Stämme von *E. coli* und *Klebsiella pneumoniae* werden bereits von Konzentrationen unter 0,1 µg/ml gehemmt. Cefotaxim wirkt auch teilweise (30 bis 40 Prozent resistent) gegen *Pseudomonas aeruginosa* in Konzentrationen zwischen 4 und 32 µg/ml. Cefotaxim gilt derzeit als das Mittel der Wahl bei schweren bakteriellen (septischen) Infektionen bei (noch) unbekanntem Erreger zur „blinden“ Initialtherapie (gegebenfalls in Kombination mit einem Aminoglykosid-Antibiotikum oder mit einem Breit-spektrumpenicillin, wie Mezlocillin oder Piperacillin). Wegen seiner guten Wirksamkeit auch gegenüber Pneumokokken, Meningokokken und Haemophilus influenzae wird es auch zur Meningitis-therapie im Kindesalter eingesetzt. Cefotaxim wird zu etwa 20 bis 30 Prozent zu einem schwächer wirksamen Desacetyl-Cefotaxim metabolisiert.

Handelsname: Claforan

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 50 bis 100 bis 150 (bis 200) mg/kg täglich, verteilt auf 2 bis 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 4 bis 6 g täglich.

2.1.12 Cefoperazon ist ein breitwirksames Cephalosporin der sogenannten dritten Cephalosporin-Generation mit ähnlichem Spektrum wie das Cefotaxim und etwas breiterer Wirksamkeit gegenüber *Pseu-*

domonas aeruginosa. Die Substanz wird nicht metabolisiert und nur zu etwa 25 Prozent im Harn ausgeschieden. Die Gewebegängigkeit ist gut.

Handelsnamen: Cefobis, Wilprafen

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 50 bis 100 mg/kg täglich, verteilt auf 2 Einzeldosen; (Erwachsene) 2 bis 4 (bis 6) g täglich.

2.1.13 Lamoxactam hat ein breites Wirkungsspektrum im gramnegativen und grampositiven Bereich mit Ausnahme der Staphylokokken. Es gilt als sogenanntes Oxa-Beta-Laktam-Antibiotikum mit Effektivität auch gegen anaerobe Keime, insbesondere *Bacteroides fragilis*. Der Indikationsbereich liegt besonders in der operativen Gynäkologie und der Darmchirurgie.

Handelsname: Moxalactam-Lilly

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 50 bis 100 mg/kg täglich, verteilt auf 2 Einzeldosen; (Erwachsene) 2 bis 4 g täglich.

2.1.14 Cefsulodin ist ein neues Schmalspektrum-Cephalosporin mit starker Aktivität gegen *Pseudomonas aeruginosa*, jedoch fast fehlender Wirkung gegen andere Enterobacteriaceen. Es wirkt auch auf Staphylokokken, A-Streptokokken, Pneumokokken und Neisserien. Seine Anwendung kommt jedoch ausschließlich bei nachgewiesenen *Pseudomonas*-Infektionen in Frage.

Handelsnamen: Pseudocef, Pseudomonil

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 50 bis 100 mg/kg täglich, verteilt auf 2 Einzeldosen; (Erwachsene) 2 bis 3 g täglich.

2.1.15 Celotiam ist ein Cephalosporin mit den Charakteristika der Cephalosporine der zweiten Generation, wie Cefazolin und Cefazedon. Es wirkt im grampositiven Bereich, besonders gegen Staphylokokken besser als die neuen Cephalosporine.

Handelsnamen: Spizef, Halospor

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 50 bis 100 mg/kg täglich, verteilt auf 2 bis 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 4 bis 6 g täglich.

2.2 Orale Cephalosporine

2.2.1 Cephalixin ist ein oral applizierbares halbsynthetisches Cephalosporin mit einem Wirkungsspektrum in vitro, das demjenigen des Cephalotins weitgehend entspricht, hat jedoch eine geringere antibiotische Aktivität gegenüber einzelnen Stämmen. Die Absorption liegt bei über 90 Prozent entsprechend einer hohen Harnrecovery. Es ist gut geeignet zur oralen Behandlung von Infektionen mit empfindlichen Erregern, besonders Staphylokokken mit und ohne Penicillinasebildung sowie zahlreichen gramnegativen Keimen.

Handelsnamen: Ceporexin, Oracef

Applikationsart: oral

Dosierung: (Kinder) 80 bis 100 (bis 150) mg/kg täglich, verteilt auf 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 1,5 bis 3 g täglich.

2.2.2 Cephradin ist im Spektrum dem Cephalixin sehr ähnlich und entspricht daher im Anwendungs- und Wirkungsbereich weitgehend diesem.

(Handelsnamen und Dosierung siehe 2.1.7)

2.2.3 Cefadroxil entspricht bei einer etwas längeren Eliminationshalbwertszeit dem Wirkungs- und Indikationsbereich des Cephalixins. Es hat von allen oral applizierbaren Cephalosporinen die bisher beste Gewebegängigkeit.

Handelsname: Bidocef

Applikationsart: oral

Dosierung: (Kinder) 50 bis 100 mg/kg täglich, verteilt auf 2 Einzeldosen; (Erwachsene) 4 g täglich.

2.2.4 Cefaclor besitzt das bisher breiteste antibakterielle Wirkungsspektrum der oral applizierbaren Cephalosporine. Es wirkt auch gegen *Haemophilus influenzae* und ist daher zur Behandlung von bakteriellen Infektionen der oberen Luftwege einschließlich der Otitis und Sinusitis gut geeignet.

Handelsname: Panorol

Applikationsart: oral

Dosierung: (Kinder) (30) bis 50 bis 100 mg/kg täglich, verteilt auf 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 1,5 bis 3 g täglich.

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:** Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz schwereren Grades; hochgradige Koronarsklerose; Depressionen, Magen-Darm-Ulzera, Kolitis und Gastroenteritis – auch in der Anamnese –. Aus grundsätzlichen medizinischen Erwägungen wird geraten, Arzneimittel während der Schwangerschaft, besonders in den ersten drei Monaten, nur bei strenger Indikationstellung anzuwenden. **Nebenwirkungen:** Zu Behandlungsbeginn gelegentlich Nausea und Tachykardie. In seltenen Fällen Hypokaliämie, Hyperglykämie, Hyperurikämie, orthostatische Regulationsstörungen, Verstopfung der Nase, migräneartige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Lymphdrüenschwellungen, Blutbildveränderungen, Magen-Darm-Ulzera, gesteigerte Magen-Darm-Motilität, Potenzstörungen oder depressive Verstimmungen. – 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 Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. – Bei höherer Dosierung und eingeschränkter Nierenfunktion sind die Plasma-Kreatininwerte sowie der Elektrolythaushalt zu kontrollieren. – **Hinweis:** Bei jeder blutdrucksenkenden Behandlung ist, vor allem bei Patienten mit fortgeschrittener Gefäßsklerose, eine abrupte Drucksenkung zu vermeiden. **Wechselwirkungen:** Der Reserpin-Anteil kann die bradykarde Wirkung der Digitalisglykoside sowie die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka und den blutdrucksenkenden Effekt antihypertensiver Pharmaka verstärken. – Der Hydrochlorothiazid-Anteil kann die Wirkung von Antidiabetika verringern, die kardio- 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. **Handelsformen und Preise:** 20 Tabletten DM 9,30, 50 Tabletten DM 20,70, 100 Tabletten DM 35,85; Anstaltspackung. Stand bei Drucklegung.



CIBA-GEIGY GmbH, 7867 Wehr

AdE 6

Nebenwirkungen der Cephalosporin-Antibiotika

Da es zu nephrotoxischen Nebenwirkungen, insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion und gleichzeitiger Gabe von Aminoglykosid-Antibiotika, kommen kann, ist bei der Applikation von allen Cephalosporinen, insbesondere derjenigen der ersten und zweiten Generation, eine Überwachung der Nierenfunktion (z. B. Kreatinin-Clearance) angezeigt. Wegen seiner relativ hohen nephrotoxischen Nebenwirkungen sollte auf die Gabe von Cephaloridin verzichtet werden. Bei Cefsulodin ist eine mögliche Nephrotoxizität besonders zu beachten.

An weiteren Nebenwirkungen kann Schmerzhaftigkeit bei i.m.-Gabe bei den Cephalosporinen auftreten sowie Thrombophlebitis bei Dauertropfinfusion. In seltenen Fällen können reversible Granulozytopenie, Neutropenie und Leukopenie auftreten, ebenso in ca. zwei bis vier Prozent der Fälle allergische Reaktionen mit Urtikaria, Dermatitis und Serumkrankheit, begleitet von Eosinophilie. Zu den Penicillinen besteht Kreuz- (= Parallel-)Allergie in etwa zehn Prozent der Fälle. Bei langfristiger Therapie sind Blutbildkontrollen empfehlenswert. Nach hohen Dosen von Cephalotin sowie häufiger auch bei geringeren Cephaloridingaben wird der Coombs-Test positiv. Gastrointestinale Nebenwirkungen sind im allgemeinen selten. Bei Cefoperazon wurde gehäuft als Nebenwirkung eine Beeinträchtigung des Darmes (Durchfälle) beschrieben. Moxalactam und Cefoperazon zeigen bei gleichzeitigem Alkoholgenuß einen sogenannten Antabuseffekt, d. h., es kommt zu Kopfschmerzen und Übelkeit.

Bei der Gabe oraler Cephalosporin-Antibiotika können gelegentlich gastrointestinale Unverträglichkeitserscheinungen mit Übelkeit und Durchfällen auftreten. Diese Nebenwirkungen sind dosisabhängig. Allergien sind dagegen relativ selten beobachtet worden.

Anschrift des Verfassers:

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

(Schluß folgt)

Organisatorische Voraussetzungen zur Erfassung von Organspendern

Aus der Sicht des Transplantationszentrums München

von W. Land und W.-D. Illner

Aus dem Transplantationszentrum (Leiter: Professor Dr. med. W. Land) der Chirurgischen Klinik und Poliklinik (Direktor: Professor Dr. med. G. Heberer) der Universität München im Klinikum Großhadern

1. Einleitung

Die entscheidende Voraussetzung zur Erfassung von Organspendern – sei es nun in einem Flächenstaat oder in einem Ballungsraum – ist letztlich die Bereitschaft *aller* Kollegen auf allen Intensivstationen aller Kliniken und Krankenhäuser, *jeden* nach medizinischen Kriterien geeigneten potentiellen Organspender ans zuständige Transplantationszentrum zu melden. Inzwischen ist bekannt, daß diese Voraussetzung, die den eigentlichen Engpaß in der Organbeschaffung zu Transplantationszwecken darstellt, bislang noch nicht allorts erfüllt ist.

Allerdings ist gerade in letzter Zeit nach unseren Erfahrungen eine erfreuliche Entwicklung festzustellen:

Immer häufiger melden Kollegen aus verschiedenen Intensivstationen auswärtiger Kliniken und Krankenhäuser potentielle Organspender; eine Feststellung, die doch als Ausdruck einer zunehmenden Bereitschaft der Ärzteschaft, bei der Organbeschaffung zu Transplantationszwecken Mitverantwortung zu tragen, gewertet werden muß.

Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Mitarbeit aller Krankenhäuser bei der Organgewinnung ist die Sicherstellung einer optimalen Organisationsform in bezug auf eine enge Kooperation zwischen explantierendem Krankenhaus und transplantierender Klinik.

2. Möglichkeiten einer Kooperation zwischen explantierendem Krankenhaus und transplantierender Klinik

Prinzipiell sind drei Möglichkeiten zu diskutieren und zu unterscheiden (Abb. 1).

Ein Weg besteht in der Möglichkeit, daß das jeweilige Krankenhaus die Hirntoddiagnostik, die Entnahme der Organe, die Organkonservierung und letztlich auch das Gespräch mit den Angehörigen in eigener Verantwortung und Regie vornimmt. Die gewonnenen Organe werden sodann an das zuständige Transplantationszentrum weitergeleitet. Dort erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Labor für Gewebetypisierung die Bestimmung der HLA-Antigene. Die Organe werden sodann am eigenen Zentrum transplantiert bzw. über Eurotransplant an ein anderes europäisches Transplantationszentrum weitergeleitet. Dieses Vorgehen kommt insbesondere für größere Kliniken und Krankenhäuser in Frage, an denen pro Jahr zehn oder auch mehr Explantationen vorgenommen werden.

Ein zweiter Weg besteht in der Möglichkeit, daß nach primärer Meldung eines potentiellen Organspender aus einem auswärtigen Krankenhaus die Hirntoddiagnostik, die Explantation und die Organkonservierung durch mobile Ärzteteams aus verschiedenen Kliniken der Universität erfolgt, der das zuständige Transplantationszentrum angehört. Diese Organisationsform erscheint uns insbesondere für kleinere Krankenhäuser mit weniger als fünf bis zehn Explantationen pro Jahr geeignet.

Eine dritte Möglichkeit besteht darin, daß nach erfolgter Hirntodfeststellung und Einwilligung der Angehörigen in die Organentnahme der Organspender zur Explantation an die Klinik des Transplantationszentrums verlegt wird. Dieser letzte Weg ist unseres Erachtens aufgrund einer Reihe von Problemen medizinischer, bürokratischer, ethisch-moralischer und finanzieller Art der am wenigsten geeignete.

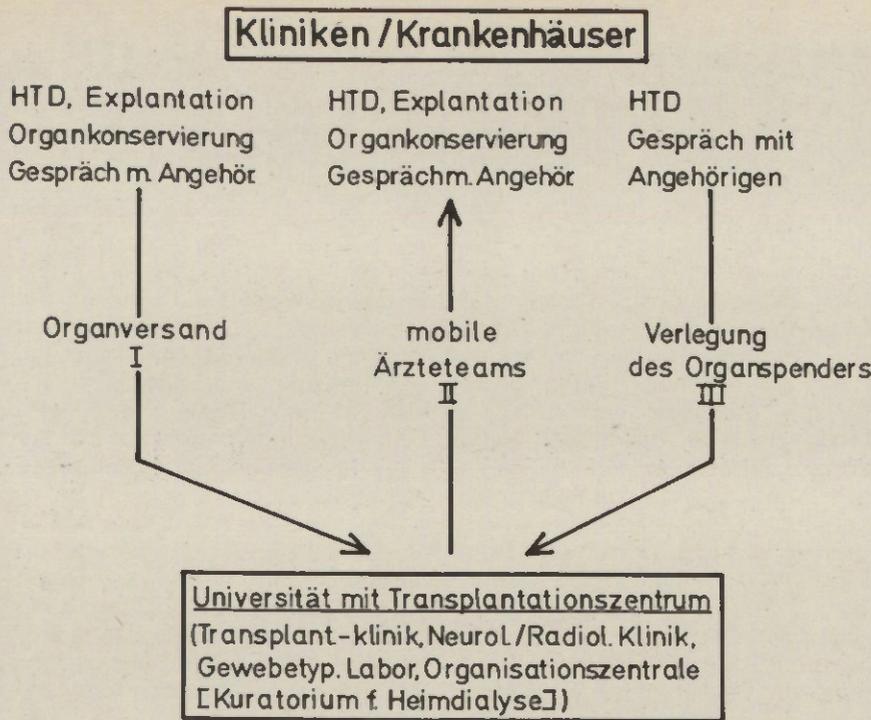


Abbildung 1

Drei Möglichkeiten in der Organisation der Organgewinnung im Hinblick auf eine Zusammenarbeit von explantierender Klinik und transplantiertem Zentrum.

netzte, er kann aber in Ausnahmesituationen durchaus die einzige Möglichkeit darstellen, Organe zu gewinnen.

Da unsere Erfahrungen auf dem Gebiet der Organbeschaffung in Zusammenarbeit mit auswärtigen Krankenhäusern sich überwiegend auf das Vorgehen unter Einsatz mobiler Ärzteteams bezieht, soll auf dieses Modell im folgenden kurz näher eingegangen werden (Abb. 2).

3. Organisation der Organbeschaffung am Transplantationszentrum München

Der erste und notwendige Schritt ist die primäre Meldung eines potentiellen Organspenders aus einem auswärtigen Haus durch den behandelnden Arzt an die Organisationszentrale, die am Transplantationszentrum München wie auch inzwischen an fast allen anderen deutschen Transplantationszentren

vom Kuratorium für Heimdialyse Neu-Isenburg etabliert wurde. Von dort aus werden sodann – zu jeder Tages- und Nachtzeit – ein Neurologe und ein Radiologe abgerufen, die mit Spezialfahrzeugen der Städtischen Feuerwehr München ins jeweilige Krankenhaus gelangen, um an Ort und Stelle die Hirntoddiagnostik vorzunehmen. In Fällen eines unnatürlichen Todes ist zumeist auch ein Gerichtsmediziner abrufbereit, der mit dem Ärzteteam ebenfalls in das auswärtige Krankenhaus gelangt, um an Ort und Stelle die Inspektion der Leiche gegebenenfalls vornehmen zu können. Nach sicherer Feststellung des Hirntodes und Einwilligung der Angehörigen in die geplante Organentnahme wird ein zweites Team abberufen, bestehend aus zwei Transplantationschirurgen und einer medizinisch-technischen Assistentin. Dieses Team gelangt ebenfalls mit einem Spezialfahrzeug der Städtischen Feuerwehr im Rahmen einer Blaulichtaktion in das Krankenhaus, um gemeinsam mit den dortigen Kollegen an Ort und Stelle die Explantation und Konservierung der Nieren vorzunehmen. Diese Methode der Organgewinnung wurde in den letzten sechs Jahren nahezu ausnahmslos an unserem Transplantationszentrum praktiziert. Sie erhält zusätzlich Bedeutung durch die Tatsache, daß die Entnahme von Herz (s. auch Beitrag Struck/Land/Sebening), Leber oder auch Bauchspeicheldrüse zu Transplantationszwecken derzeit immer nach diesem Vorgehen erfolgt, wobei das Ärzteteam, das diese Organe verpflanzt, allein schon aufgrund operativ-technischer Gesichtspunkte die jeweiligen Spenderorgane selbst entnehmen sollte.

Der eigentliche Sinn und Zweck dieses Modells der Organbeschaffung in enger Kooperation zwischen explantierendem Krankenhaus und transplantiertem Zentrum liegt in der Idee begründet, den primär interessierten Kollegen bei der Hirntoddiagnostik und Explantation Hilfe anzubieten, um sie so zu ermutigen, trotz möglicher Engpässe auf personellem und/oder apparativem Gebiet letztlich jeden potentiellen Organspender zu melden.

Diese Form der Organbeschaffung kann natürlich nur unter Aufbietung eines hohen Personalstabes inner-

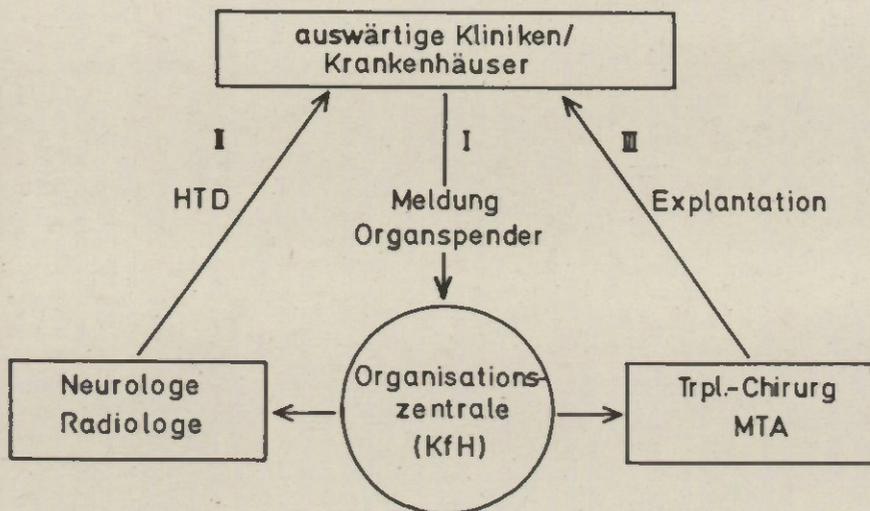


Abbildung 2

Vorgehen bei der Organbeschaffung in Kooperation mit externen Krankenhäusern unter Einsatz von mobilen Ärzteteams der Universität

Personeller Aufwand am Transplantationszentrum München bei der Organbeschaffung zu Transplantationszwecken

(Rund-um-die-Uhr-Bereitschaftsdienste)

4 Neurologen
6 Radiologen
7 Gerichtsmediziner
5 Explantationschirurgen/ -urologen
2 MTAs
3 Immunologen
4 MTAs (Typisierungslabor)
10 Studenten (Telefondienst)
41

Tabelle 1

halb der verschiedenen medizinischen Disziplinen funktionieren, was möglicherweise auch als Nachteil dieses Vorgehens ausgelegt werden kann.

In Tabelle 1 ist nochmals der personelle Aufwand am Transplantationszentrum München wiedergegeben. Dabei muß festgestellt werden, daß nahezu alle Kollegen ihrem normalen Dienst innerhalb der Klinik bzw. ihres Institutes nachgehen und für die Belange der Organbeschaffung nur im Rahmen einer Nebentätigkeit zuständig sind.

Die von uns angebotene Hilfe, insbesondere bei der Durchführung der Hirntoddiagnostik sowie auch bei der Explantation von Organen, wurde nahezu ausnahmslos von allen Kliniken und Krankenhäusern in Anspruch genommen. So wurde allein in über 90 Prozent aller Spenderangebote die Hirntoddiagnostik von einem Neurologen der Universitätsklinik durchgeführt. Die Explantationen wurden ausnahmslos von den Chirurgen des Transplantationszentrums in Zusammenarbeit mit den dortigen Kollegen vorgenommen.

Die Beteiligung der Gerichtsmediziner bei den Explantationen hat in den letzten Jahren ebenfalls zugenommen. Ursprünglich waren Gerichtsmediziner bei der Explantation nach einer Absprache mit dem Generalstaatsanwalt lediglich nur auf ausdrücklichen Wunsch der zuständigen Staatsanwaltschaft anwesend. Inzwischen ist in München diese Regelung dahingehend erweitert worden, daß prinzipiell in allen Fällen eines unnatürlichen

Todes der Gerichtsmediziner mit anwesend ist, auch wenn der zuständige Staatsanwalt die Leiche bereits zuvor freigegeben hat. Dieses Vorgehen hat u. a. zu einem großen Vertrauensverhältnis zwischen Staatsanwaltschaft, Gerichtsmedizin und Transplantationschirurgie geführt, so daß von seiten der Staatsanwaltschaft bisher in keinem Fall eine Beanstandung der Organentnahme vorgebracht wurde.

Der Kreis der Kliniken und Krankenhäuser, die sich nach diesem Modus aktiv an der Organgewinnung beteiligen, ist weiterhin klein, er beläuft sich im Augenblick etwa auf ca. 25 Krankenhäuser in einem Umkreis von ca. 200km um München (Abb. 3).

Hervorzuheben ist, daß diese Orte mit den Transportmitteln im Rahmen von Blaulichteinsätzen durchaus zeitgerecht erreicht werden können und bisher nur in einem einzigen Fall (Herz-/Kreislaufstillstand) das Explantationsteam vorzeitig umkehren mußte. Da in zunehmender Weise Transportmittel beansprucht werden, konnten im Rahmen einer Spende des Kuratoriums Rettungsdienst Bayern zwei Spezialfahrzeuge bereitgestellt werden, die nur für die Einsätze des Transplantationszentrums zur Verfügung stehen und von der Städtischen Feuerwehr München gefahren und gewartet werden.

4. Besondere Aspekte bei der Entnahme mehrerer Organsysteme

In zunehmender Weise werden in Zukunft neben der routinemäßigen Entnahme von Nieren bei Verfügbarkeit eines entsprechenden Empfängers Herz, Pankreas oder auch Leber zusätzlich explantiert werden. Prinzipiell bestehen hier in den verschiedenen Phasen der Organisation und des Ablaufes der Organgewinnung gegenüber der Explantation von Nieren keine wesentlichen Unterschiede. Auf einige Besonderheiten soll an dieser Stelle jedoch kurz eingegangen werden:

Da zum Zeitpunkt des ersten Gespräches mit den Angehörigen nicht feststeht, welches Organ zusätzlich entnommen wird (Ergebnis der immunologischen Tests (Crossmatch) noch nicht vorhanden), sollte in diesem Gespräch prinzipiell nach Einwilligung in eine „Organentnahme“ gefragt werden. Einschränkungen in der Einwilligung in die Organentnahme (z. B. Verweigerung der Entnahme des Herzens) müssen natürlich vom Arzt von Anfang an berücksichtigt werden.

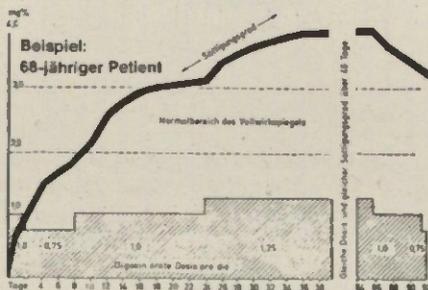
In gleicher Weise sollte bei Auffinden eines Organspenderausweises unter der Rubrik „Bemerkungen“ nachgesehen werden, ob der Verstorbene zu Lebzeiten die Einwilligung in die Organentnahme nach



Abbildung 3
Organisation der Organbeschaffung in einem Flächenstaat: „Aktionsradius“ Transplantationszentrum München → kooperierende auswärtige Krankenhäuser

Coroverlan® Digoxin

gesteigerte Glykosidtoleranz



Volle Kompensation ohne Digitalisintoxikation trotz Überdosierung von COROVERLAN-DIGOXIN über 3 Monate. Diagnose: N: iskuläre Herzinsuffizienz, chron. Lungenemphysem.

Zusammensetzung:

Dragées $\frac{1}{8}$: mono-Magnesium-L-diaspartat (13,5 mg Mg) 200 mg, mono-Kalium-L-aspartat (13,5 mg K) 65 mg, Extr. Craetaegi oxyacanth. spir. sicc. (6,5:1) 50 mg, Etofyllin 50 mg, Digoxin 0,125 mg.
Dragées $\frac{1}{4}$: gleiche Zusammensetzung wie Dragées $\frac{1}{8}$; jedoch Digoxin 0,250 mg.

Indikationen

Chronische und dekompensierte Herzinsuffizienz, zur Sättigung und Dauertherapie. Dekompensiertes Altersherz mit Glykosidüberempfindlichkeit, Infarktnachbehandlung.

Kontraindikationen

Niereninsuffizienz, Anurie, Exsikkose, Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände, schwere Bradykardie, ventrikuläre Tachykardie (Intoxikation!).

Nebenwirkungen

Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden, unregelmäßiger Puls, Halluzinationen (vorwiegend bei Überdosierung), Sehstörungen (meist Gelbsehen).

Hinweis

Vorsichtig dosieren bei Erregungsleitungsstörungen. Cave gleichzeitige i. v. Calciumtherapie!

Handelsformen und Preise

Coroverlan-Digoxin $\frac{1}{8}$
50 Dragées DM 13,90
100 Dragées DM 24,40
Coroverlan-Digoxin $\frac{1}{4}$
50 Dragées DM 15,10
100 Dragées DM 26,75

VERLA-PHARM TUTZING

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. Anwendungsdeur: 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. **Oerreichungsformen und Packungsgrößen:** Originelpackungen 20 Filmtabletten OM 8,20 50 Filmtabletten DM 18,40, 5 Zäpfchen OM 6,15 10 Zäpfchen OM 10,10, 50 Zäpfchen DM 40,75

STEINER
Arzneimittel
Berlin West

Spenderangebote und Explantationen 1976 bis 1981
(Transplantationszentrum München)

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	Summe
Spenderangebote	34	50	75	99	88	101	447
Explantationen	12	22	39	49	48	71*	241

*) Davon wurden an der Universitätsklinik Würzburg (Nephrologische Abteilung der Universität, Chirurgische Universitätsklinik, Institut für Anästhesie der Universität, Neurochirurgische Universitätsklinik und Neurologische Universitätsklinik) in eigener Regie 16 Explantationen vorgenommen.

Tabelle 2

dem Tode auf bestimmte Organe limitiert hat.

Zusatzuntersuchungen, die bei zusätzlicher Entnahme anderer Organe notwendig werden (vgl. auch Beitrag Struck/Land/Sebening), sollten telefonisch mit dem diensttuenden Arzt des Transplantationszentrums abgesprochen werden.

Organisatorische Einzelheiten (z. B. Dauer der gesamten Operation bei Entnahme mehrerer Organsysteme, benötigtes Instrumentarium, Verfügbarkeit und Koordination der Ärzteteams u. a.) können ebenfalls telefonisch mit dem zuständigen Transplantationszentrum vorab geklärt werden. Die Verlegung eines Organspenders in das Transplantationszentrum im Falle der geplanten Entnahme mehrerer Organsysteme wird sich unter Berücksichtigung des oben kurz skizzierten Mehraufwandes nicht immer vermeiden lassen; trotzdem sollte zunächst immer geprüft werden, ob die Möglichkeit der Explantation auch unter diesen Aspekten in dem Krankenhaus möglich ist, in dem der Organspender verstorben ist.

Anteil auswärtiger Krankenhäuser bei der Gewinnung von Spenderorganen am Transplantationszentrum München
(1976 bis 1981)

	Absolut	Prozent
Angebote	447	100
Eigene Klinik	115	25,7
Münchener Kliniken und Krankenhäuser	138	30,9
Auswärtige Krankenhäuser	194	43,4
Explantationen	241	100
Eigene Klinik	65	27,0
Münchener Kliniken und Krankenhäuser	63	26,1
Auswärtige Krankenhäuser	113	46,9

Tabelle 3

5. Ergebnisse der Organbeschaffung unter Mitarbeit der externen Kliniken und Krankenhäuser am Transplantationszentrum München

Die Anzahl der Spenderangebote sowie der Explantationen unter Mitarbeit der auswärtigen Krankenhäuser hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. In Tabelle 2 sind die Spenderangebote und Explantationen im Zeitraum 1976 bis 1981 aufgelistet. Nach einer stetig wachsenden Explantationsfrequenz bis zum Jahre 1980 konnte in diesem Jahr wiederum eine nochmalige Steigerung festgestellt werden.

Bemerkenswert ist dabei, daß der Anteil von Explantationen bzw. Spenderangeboten in auswärtigen Krankenhäusern beträchtlich ist (Tabelle 3). Nach unseren Analysen ist festzustellen, daß letztlich 73 Prozent aller Explantationen an den nicht transplantierenden externen Kliniken und Krankenhäusern in München bzw. in der Umgebung Münchens durchgeführt worden sind. Diese Zahl zeigt deutlich an, daß das Problem des Organmangels im ärztlichen Bereich nur über

Anteil der verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen bei der Meldung von Organspendern (n = 89) im Jahre 1980
(Transplantationszentrum München)

Anästhesie	39
Chirurgie	17
Neurochirurgie	15
Neurologie	9
Innere Medizin	8
Pädiatrie	1

Tabelle 4

den Weg einer aktiven Mitarbeit aller Krankenhäuser gelöst werden kann. Diese Zahl weist außerdem darauf hin, daß aus einer Reihe von Voraussetzungen zur Lösung des Problems des Organmangels diese Voraussetzung vorrangig ist, sicherlich vorrangiger als z. B. die Verabschiedung eines Transplantationsgesetzes in der augenblicklichen Phase.

Von Interesse sind die Aktivitäten der verschiedenen medizinischen Disziplinen bei der Organbeschaffung. Wie in der Tabelle 4 wiedergegeben, scheinen die anästhesiologisch geführten Intensivstationen in erster Linie eine deutliche Mitverantwortung für eine aktive Mitarbeit bei der Organbeschaffung zu tragen. Zu berücksichtigen hierbei ist, daß bei den neurologisch-internistischen Intensivstationen von vornherein natürlich das Spenderangebot geringer ist, das vom Krankenguter (spontane zerebrale Blutung) lediglich 20 Prozent ausmacht. Die Mitverantwortlichkeit der Kollegen auf den Intensivstationen bei der Organgewinnung zu Transplantationszwecken ist also die Entschei-

Mitverantwortlichkeit des behandelnden Arztes bei der Organgewinnung zu Transplantationszwecken

1. Erkennung eines potentiellen Organspenders
2. Meldung an das zuständige Transplantationszentrum
3. Fachgerechte medizinische Betreuung des Organspenders bis zur Organentnahme
4. Feststellung des Todes (in Kooperation mit Neurologen/Radiologen)
5. Erste Kontaktaufnahme mit den Angehörigen (= Inaussichtstellung einer möglichen Organspende)

Tabelle 5

dende Voraussetzung zur Lösung des Problems zur Organentnahme in naher Zukunft. Sie sollte zur Selbstverständlichkeit und Routine werden. In Tabelle 5 ist diese Mitverantwortlichkeit der Kollegen nochmals punktuell wiedergegeben.

6. Ausblick

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die Lösung des Organspenderproblems in erster Linie und in einem wesentlichen Anteil zum Aufgabenbereich der Ärzteschaft, und hier insbesondere zum Aufgabenbereich der Kollegen auf der Intensivstation gehört. Die Organisationsform der notwendigen Kooperation zwischen explantierendem Krankenhaus und zuständigem Transplantationszentrum kann dabei unterschiedlich sein und sollte der jeweiligen regionalen Situation angepaßt sein; sie ist eher von untergeordneter Bedeutung. Wichtig ist nur, daß eine aktive Kooperation existiert, in welcher Organisationsform auch immer.

Das in München praktizierte Vorgehen unter Einsatz von mobilen Ärzteteams hat sich bewährt, hängt jedoch von einer Reihe von Voraussetzungen ab, die nicht a priori an jeder Universitätsklinik gegeben sind. Hervorzuheben an dieser Stelle ist das enorme Engagement der Kollegen der Neurologischen Klinik (Direktor: Professor Dr. H. Schrader), der Radiologischen Klinik (Direktor: Professor Dr. J. Lissner), der Urologischen Klinik (Direktor: Professor Dr. E. Schmiedt) und des Instituts für Rechtsmedizin (Vorstand: Professor Dr. W. Spann) der Universität München. Ohne die Bereitwilligkeit dieser Kollegen zur Einrichtung eines permanenten Rund-um-die-Uhr-Dienstes im Rahmen der Organgewinnung an externen Krankenhäusern wäre die Durchführbarkeit dieses „Modell München“ undenkbar. Die in den letzten Jahren von diesen Arbeitsgruppen unternommenen Anstrengungen haben jedoch gezeigt, daß bei einer entsprechenden Einsicht in die gegebene Situation das Organspendeproblem aus ärztlicher Sicht durchaus bewältigt werden kann.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. W. Land und Dr. med. W.-D. Illner, Marchioninistraße 15, 8000 München 70

Transplantationschirurgie

Die gleichzeitige Entnahme von Herz und Nieren zu Transplantationszwecken

von E. Struck, W. Land und F. Sebening

Aus der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie (Direktor: Professor Dr. med. F. Sebening) im Deutschen Herzzentrum München und dem Transplantationszentrum (Leiter: Professor Dr. med. W. Land) der Universität München im Klinikum Großhadern

1. Allgemeines

Für die bereits seit 1956 durchgeführten Nierentransplantationen sind Fragen der Organspende und Organentnahme in vielen europäischen und außereuropäischen Ländern weitgehend unproblematisch. Auch hierzulande läßt sich zunehmend die Einsicht in die Notwendigkeit von Transplantationen auch anderer Organe beobachten. Eine besondere Diskussion um die Organspende hat die Herztransplantation seit 1967 ausgelöst und in neuerer Zeit speziell auch in Deutschland. Die Einwilligung zur Spende des Herzens eines Verstorbenen wird verständlicherweise mit großer Zurückhaltung in Erwägung gezogen. Dies findet seine Ursache einmal darin, daß unbewußt auf das Herz Persönlichkeitswerte projiziert werden. Außerdem möchte man nicht aktiv den Motor des Kreislaufes beim Verstorbenen durch die Notwendigkeit einer Herztransplantation ausschalten. Hinzu kommt noch die Schwierigkeit, daß auch versucht wird, zusätzlich zum Herzen eine Nierenspende zu erwirken. Dem Laien scheint dieser Eingriff am Organismus des Zerebraltoten als Zweihöhlenoperation besonders groß, und die Angehörigen des Verstorbenen neigen dann eher zur Zurückhaltung.

Wenn man die guten Ergebnisse der Transplantationschirurgie möglichst vielen Patienten zugute kommen lassen möchte, ist es notwendig, die Vorbehalte gegen eine Organspende und besonders auch gegen die gleichzeitige Entnahme mehrerer Organe auszuräumen. Ein solcher Eingriff erfordert besondere Erfahrung, und er achtet stets die Würde eines Verstorbenen. Es handelt sich um eine unter aseptischen Bedingungen im Operationssaal einer Klinik ausgeführte Autopsie des Zerebraltoten, bei der in ihrer biologischen Aufgabe noch funktionstüchtige Organe vital erhalten

werden; sie würden ohne diese Maßnahme im Organismus des Zerebraltoten versagen. Durch die Implantation dieser vital erhaltenen Organe in einen anderweitig gesunden Organismus kann ein Menschenleben gerettet oder zumindest verlängert werden. Die Problematik der gemeinsamen Entnahme mehrerer Organe ist bei den Vorbereitungen auf die am 7. Mai 1981 am Deutschen Herzzentrum vorgenommenen Herztransplantation, die zur ersten erfolgreichen Herztransplantation in Deutschland wurde, eingehend bearbeitet worden. Hierbei ging es vor allem auch um die Organisation und um operationstechnische Besonderheiten der Autopsie.

2. Organisation der Organspende

2.1. Aufklärung

In der Bedeutung für die Organspende vordergründig ist die permanente Aufklärung der Öffentlichkeit, der Ärzte und der ärztlichen Assistenzberufe über den Stand der Organtransplantation, die Leistungsfähigkeit dieser medizinischen Methode, über die Prognose der Organübertragung und den Bedarf an Organspenden. Bei Nierentransplantationen kann man die Funktionstüchtigkeit des Organs im Beobachtungszeitraum von fünf Jahren in etwa 50 Prozent erhalten. Nach einer Herztransplantation sind die Ergebnisse ebenso gut, wenn eine optimale Therapie durchgeführt werden kann. Wie nach einer Nierentransplantation kann man auch nach einer Herztransplantation an den Austausch des Transplantates denken, wenn sich das Versagen des transplantierten Organs rechtzeitig ankündigt und nur langsam fortschreitet. Allerdings ist bei der Herztransplantation die zeitliche Koordination schwierig und auch risikoreich. Es ist in den Vereinigten Staaten aber bereits mehrmals gelungen, ein Herztransplantat gegen

ein anderes erfolgreich auszutauschen, wodurch Menschenleben erhalten werden konnten. Nur in einer Organisationsform mit häufigen Organspenden können solche Operationen gelingen, da nur hier die Chance der rechtzeitigen Verfügbarkeit eines Transplantates besteht. Ohne die Mitwirkung von Kollegen, die sterbende Patienten oder Zerebraltote behandeln müssen, ist die Organtransplantation nicht möglich. Regelmäßige ärztliche Informationsvorträge des Transplantationszentrums Großhadern in anderen Krankenhäusern vor Allgemein- und Gebietsärzten haben zu einer Vermehrung der Spendebereitschaft geführt.

Während 1980 etwa 100 Nieren gespendet worden waren (s. Beitrag W. Land), ist für 1981 die Anzahl der Nierenspenden weiter angestiegen. Die Einbettung der Herztransplantation in ein aktives Transplantationszentrum ist also Voraussetzung, um durch eine Organverpflanzung terminal myokardkranken Patienten helfen zu können.

2.2 Spendenausweis

Mit Hilfe eines Spendenausweises (z. B. Kuratorium Rettungsdienst Bayern e. V.) kann sich jedermann zu Lebzeiten bereit erklären, im Falle seines Ablebens, eines oder mehrere Organe zu spenden. Auf diesen Ausweisformularen gibt es Platz für besondere Eintragungen, die die Organspende für das Herz oder überhaupt für die Spende mehrerer Organe ausschließen können. Diese Ausweise erleichtern die Organisation der Organspende insofern, als die behandelnden Ärzte eines am Hirntod verstorbenen Patienten diesen nach ihrer eigenen Entscheidung einer Organentnahme für die Transplantation zuführen können, ohne sich der oftmals schwierigen und zeitlich aufwendigen Suche nach den Angehörigen widmen zu müssen. Die schnelle Entscheidung zur Organspende ist besonders wichtig für die Transplantation stark hypoxieempfindlicher Organe, wie es die Leber, das Pankreas und das Herz sind. Nur kurze Perioden einer Kreislaufinstabilität können bereits eine irreversible Organschädigung durch Hypoxie zur Folge haben. Die schnelle Organisation und die rasche Einwilligung zur Organspende sind daher wichtig. Unterstützt würde die Entscheidung zur Organ-

spende schon zu Lebzeiten durch die weite Verbreitung von Organspenderausweisen in einem großen Teil der Bevölkerung. Ausgegeben werden diese Spenderausweise von Sparkassen, von Tankstellen und anderen Organisationen. Leider haben öffentliche Einrichtungen, wie Paßstellen und andere, bisher keine Bereitschaft gezeigt, unentgeltlich vom Arbeitskreis Organspende zur Verfügung gestellte Spenderausweise zu verteilen.

2.3 Gespräch mit den Angehörigen

Im Falle einer Herztransplantation dreht sich das Gespräch mit den Angehörigen um die Hilfe für einen durch den baldigen Tod bedrohten myokardkranken Patienten. Dieses Gespräch wird von solchen Ärzten geführt, die weder die Transplantatentnahme noch die Organtransplantation zu organisieren und durchzuführen haben (Einzelheiten s. Beitrag H. Angstwurm). In der Regel sind es jene Kollegen, die den Verstorbenen zuletzt behandelten und die dessen Hirntod feststellten. Natürlich ist die Achtung jeder Entscheidung der Angehörigen in der Trauer um den Verstorbenen ärztlich sittliches Gebot. Allerdings dürften in den meisten Fällen auch die Angehörigen eines Verstorbenen mit Spenderausweis die darin festgelegte Entscheidung respektieren. Im Falle der von uns durchgeführten Herztransplantation besaß der Organspender einen Spenderausweis. Entsprechend der von uns aufgestellten Regel wurde mit den Angehörigen trotzdem die Organspende des Verstorbenen besprochen und dabei speziell auch die Herztransplantation erörtert. Wären die Angehörigen allerdings nicht in angemessener Zeit zu erreichen gewesen, hätte unter Berufung auf die Entscheidung im Spenderausweis und zur Sicherung des Lebens des Organempfängers die Organtransplantation ohne ein zusätzliches Gespräch durchgeführt werden können.

3. Rechtliche Voraussetzungen zur Organentnahme

Wie in vielen anderen Ländern versuchte man auch in Deutschland, der Organtransplantation und im speziellen der Organentnahme eine Rechtsgrundlage zu geben, um damit das Operationsverfahren und mit ihm den Empfänger sowie die Organspende und mit ihr den

Transplantatgeber zu schützen. Es befand sich ein Transplantationsgesetz in Form einer Regierungsvorlage in der Bearbeitung des Deutschen Bundestages, das aber nicht verabschiedet wurde (W. Weißbauer, 1979). Das geltende Recht bezieht sich nicht direkt auf die Organtransplantation. In der Organspende kann es zur Auseinandersetzung mit dem § 128 des Strafgesetzbuches kommen, wenn ohne Einwilligung der nächsten Angehörigen Leichenteile aus dem Gewahrsam des Berechtigten weggenommen werden. Die Definition eines Angehörigen wird dabei in den § 2 und 52 festgehalten (P. Bockelmann, 1968). Ein übergesetzlicher Notstand kann in der Situation einer Organentnahme niemals ausgesprochen werden. Damit kann ärztlicherseits eine Organspende nicht erzwungen werden.

Bei der Festlegung des Todes richtet sich das Gesetz nach dem Stand der ärztlichen Wissenschaft. Dadurch hat die Feststellung eines Hirntodes Anerkennung gefunden. Ein unpaares Organ, wie es das Herz ist, kann daher vital von einem Toten entnommen werden. Zur Zeit der Entnahme muß die Zustimmung des nächsten Angehörigen vorliegen. Beim Empfänger muß davon ausgegangen werden, daß es sich bei der Herztransplantation um eine erprobte Heilmaßnahme handelt und daher nicht nach dem Strafrecht in eine Körperverletzung einzuordnen ist, was früher unterschiedlich beurteilt wurde (H. Hinderling, 1970). Natürlich bedarf es ohnehin der schriftlichen Zustimmung des Patienten, an sich eine Herztransplantation durchführen zu lassen, wobei eine angemessene Aufklärung über den Eingriff durch den Chirurgen zwingend ist. Wir haben für die Einwilligung zur Herztransplantation ein besonderes Formblatt erarbeitet.

Sowohl der Organspende als auch der Herzoperation am Empfänger muß eine freie Entscheidung zugrunde liegen. In dem in der Regierungsvorlage eingebrachten Transplantationsgesetz wurde für die Organspende vorgeschlagen, daß sich jedermann durch einen Eintrag im Personalausweis für eine Transplantatspende im Falle seines Ablebens bereit erklären kann. Ein Alternativvorschlag sah die Eintragung eines Widerspruches gegen

Teneretic[®] mite

Tenormin[®] + Chlortalidon

für die
Hypertoniker
in Ihrem
Wartezimmer



senkt das
Blutdruckniveau

verhindert
Blutdruckspitzen

verringert
das Infarktisiko

gewährt eine
kaliumstabile
Diurese



Teneretic[®] mite

synergistische Blutdrucksenkung und Kardioprotektion

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

Dosierung: täglich 1 x 1 Tablette; falls erforderlich, Steigerung auf 1 x 1 Tablette Teneretic (100 mg Atenolol und 25 mg Chlortalidon). Über die Behandlung der Hypertonie im Kindesalter mit Teneretic/Teneretic mite liegen z. Zt. noch keine ausreichenden klinischen Erfahrungen vor. **Wechselwirkungen:** eventuell geringe Beeinträchtigung der Wirkung von Antidiabetika und harnsäuresenkenden Mitteln; Narkose (Anästhesisten informieren); Bei einer gleichzeitigen Behandlung mit Clonidin darf Clonidin erst abgesetzt werden, wenn einige Tage zuvor die Verabreichung von Teneretic mite beendet wurde. Eine gleichzeitige Gebe mit Verapamil (vor allem i.v.) sollte vermieden werden. **Hinweise:** wegen der ausgeprägten Kardioselektivität sind Beeinträchtigungen der Atemfunktion sehr selten. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können jedoch mit Bronchodilatoren leicht aufgehoben werden. Gelegentliche Kontrollen von Harnsäure- und Kaliumspiegel sind empfehlenswert. Teneretic mite besonders bei Patienten mit Angina pectoris nicht plötzlich absetzen. **Antidote:** Atropin (0,5–2 mg i.v.), Orciprenalin (0,5 mg langsam i.v.). **Handelsformen und Preise:** Kalenderpackungen mit 28 Filmtabletten DM 27,82, mit 56 Filmtabletten DM 53,03, mit 98 Filmtabletten DM 86,93, Anstaltspackungen. (Stand Juni 1981)



ICI-Pharma
Arzneimittelwerk Plankstadt

eine Organentnahme im Personalausweis vor (W. Weißbauer, 1979). In diesem Fall hätte sich der Arzt, wenn sich keine Widerspruchserklärung im Personalausweis befindet, frei zur Organentnahme am Verstorbenen entschließen können. Kein Angehöriger sollte hier in die zu Lebzeiten gemachte Entscheidung des Verstorbenen eingreifen können. Diese Form des Transplantationsgesetzes würde wahrscheinlich ein Ansteigen der Organspende nach sich ziehen und damit helfen, anderes Leben zu erhalten und zu verbessern. Gegen die Gesetzesvorlage mit der Widerspruchsregelung lagen aber verständlicherweise deshalb Bedenken vor, weil die Aufklärung des Bürgers nicht ausreichend gesichert ist, und er möglicherweise deshalb von der Tragweite des Widerspruchs nicht überzeugt sein könnte. Außerdem wäre die Gefahr einer gewissen Bevormundung im Falle eines Nichteintrages nicht auszuschließen gewesen. Mit einer gesetzlich festgelegten Aufforderung zur Organspende nach dem Tode wäre wohl das Gegenteil erreicht worden, wie Erfahrungen aus den Vereinigten Staaten zeigen; dort wurde eine eher geringere Bereitschaft zur Organspende registriert. Nachdem bisher kein Transplantationsgesetz zustande gekommen ist, gelten weiterhin die freiwillige Erklärung einer Einwilligung zur Organspende *vordem Tode* und die Entscheidung der nächsten Angehörigen. Bemühungen um gesetzliche Regelungen sind jedoch weiterhin im Gange.

4. Medizinische Voraussetzungen für die Entnahme von Herz und Nieren

Für die Herztransplantation muß — wie für die Nierentransplantation — eine Blutgruppenkompatibilität zwischen Empfänger und Spender vorliegen. Während bei der Herztransplantation die HLA-Gewebskompatibilität bisher keine eindeutige Beziehung zur Prognose des Transplantates zeigte, wurden bei der Nierentransplantation bessere Ergebnisse bei Übereinstimmung bestimmter Loci erzielt. Aber auch im Zusammenhang mit der Nierentransplantation zieht man neuerdings die Wertigkeit der Kompatibilität bisher bekannter Gewebetests vom HLA-Typ in Zweifel. Herz und Nieren müssen bei der Entnahme intakte und funktionstüchtige Organe

sein. Während bei der Nierentransplantation vor der Nierenentnahme die Beobachtung des Urinflusses, die Analyse des Harns und die Untersuchung des Blutes ausreichend sind, muß vor jeder Herzentnahme für die Transplantation ein Koronarangiogramm durchgeführt werden, da schon bei jungen Patienten, auch vor dem 30. Lebensjahr, signifikante Koronararterienkrankungen und auch Anomalien beobachtet wurden. Das Herz muß vor der Entnahme in der Lage sein, einen arteriellen Blutdruck von mindestens 100 mm Hg systolisch aufzubauen. Eine medizinische Voraussetzung für die Organspende im Rahmen der Herztransplantation ist weiterhin, daß beim Organspender keine aktive Infektion vorliegt. Urin, Trachealsekret und Blut müssen auf Bakterienwachstum geprüft werden. Bei oberflächlichen Hautabschürfungen ist die regelmäßige Wunddesinfektion Voraussetzung. Auch virale Infekte müssen ausgeschlossen werden. Für die Organspende bei der Herztransplantation sind solche Zerebraltote auszuschließen, die gleichzeitig ein schweres Thoraxtrauma erlitten hatten. Verborgene Verletzungen des Herzens können hierbei den Erfolg der Transplantation in Frage stellen. Schließlich ist eine medizinische Voraussetzung der Herztransplantation wie bei der Nierentransplantation noch die spezielle Vorbereitung auf die Transplantation: das ist die Heparinisierung des Spenders, die Gabe von Antibiotika und die Verabreichung von Immunsuppressiva zur Verminderung einer Immunogenität. Zur Verringerung der Immunogenität des Spenders werden in den letzten Stunden vor der Organentnahme zweimal 1000 mg Methylprednisolon i. v. appliziert und außerdem 2 bis 5 mg pro kg KG Imuran. Die Vorbehandlung mit Immunsuppressiva kann dafür nützlich sein, eine mögliche Sensibilisierung des Empfängers durch Passenger-Leukozyten zu verringern. Damit kann außerdem das Auftreten einer möglichen Firstset-Abstoßungsreaktion vermieden werden, die beim Herzen mit am schwierigsten unter Kontrolle zu bringen ist.

5. Technik der Organentnahme von Herz und Nieren

Da heutzutage die meisten Organe in Nierentransplantationseinheiten

entnommen werden, hat sich der Herzchirurg bei einer Herztransplantation auf einen Organtransport einzustellen, wenn nicht die herzchirurgische Einheit im gleichen Hause operiert wie die Nierentransplantationsgruppe. Es stehen heute Myokardkonservierungslösungen zur Verfügung, mit denen die Funktion des Herzens bei einer Ischämiezeit von drei bis sechs Stunden voll erhalten werden kann (Brambridge, Bretschneider, Shumway, Kirklin et al.). Um das Herz in einem anderen Krankenhaus entnehmen zu können, ohne auf zusätzliche Hilfe angewiesen zu sein, muß der Herzchirurg zusammen mit einem Assistenten, einer Operationsschwester und einem medizinisch-technischen Assistenten ins Nierentransplantationskrankenhaus fahren. Es sollte dabei das eigene Operationsinstrumentarium für die Thorakotomie, die gekühlte Myokardkonservierungslösung sowie eine Kühlbox zum Transport des Transplantates mitgenommen werden. Dem Assistenten obliegt die Aufgabe der Einstellung des Operationsfeldes während der Organentnahme. Die Operationsschwester hat spezielle Zureichungen vorzunehmen, während außerhalb des Operationsfeldes der medizinische Assistent die Zuleitung der Konservierungslösungen in das Operationsfeld durchführt und dabei das Infusionsvolumen und den Infusionsdruck kontrolliert. Anschließend ist es seine Aufgabe, das in Plastikbeutel verpackte Transplantat zu übernehmen und vorsichtig in die mit Eisschnee gefüllte Kühlbox zu legen.

Bei der gleichzeitigen Entnahme von Herz und Nieren ist vom chronologischen Ablauf der Nierenpräparation der Vorzug zu geben, da bei der Präparation des Herzens eine damit verbundene Kreislaufdepression zur schnellen Organentnahme zwingen kann; der Schutz der Nieren wäre dann nicht gewährleistet. Wir entschlossen uns daher bei der Festlegung der Operationsmethodik zur gleichzeitigen Spende von Nieren und Herz zunächst zur Präparation der Nieren, ihrer versorgenden Gefäße bis zur Aorta und zur Hohlvene sowie der Freilegung der Ureteren beidseits. Dies geschieht über eine mediane Längslaparatomie und einen beidseitigen Rippenbogenrandschnitt. Sobald alle Gefäße angeschlossen

und die Aorta proximal des Abganges der Nierenarterien separiert wurden, kann über eine mediane Längssternotomie die Herzentnahme vorbereitet werden. Zur Transplantation wird das Herz über eine Längsspaltung des Sternums und eine Längsinzision des Perikards freigelegt. Es findet zunächst eine grobe Inspektion auf bisher nicht erkannte Mißbildungen statt. Sodann werden die Aorta ascendens, die Pulmonalarterie, die obere Hohlvene und die untere Hohlvene mit Nabelschnurbändchen umschlungen. Alle diese Gefäße werden bis über die Umschlagfalte des Perikards hinaus freipräpariert. Alle Lungenvenen müssen im Bereich des epi-perikardialen Überganges zirkulär dargestellt werden. Es erfolgt jetzt die Kanulierung der Aorta ascendens mit einem gewinkelten Katheter zur Infusion einer kardioplegischen Lösung. Dies geschieht im distalen Bereich der Aorta ascendens. Bevor die Infusion der organschützenden kardioplegischen Lösung vorgenommen wird, kann die obere Hohlvene zwischen zwei Ligaturen komplett durchtrennt werden. Die nierenentnehmenden Chirurgen werden dann zur Vorbereitung der Nierenkonservierung aufgefordert. In direkten Aktionen hintereinander werden im Thoraxbereich im Anschluß daran die untere Hohlvene zum Zwerchfell hin verschlossen und zum Herzen hin quer durchtrennt, die Infusion von kardioplegischer Lösung begonnen, die linke Pulmonalarterie quer durchtrennt, die Aorta distal der infusionskanüle abgeklemmt und die Konservierung der Nieren durch Infusion von Collins-Lösung in die abdominale Aorta begonnen. Noch während des Konservierungsvorganges für Herz und Nieren führen beide Operationsteams die komplette Organentnahme aus. Dazu müssen im Perikard noch die linksseitigen Lungenvenen isoliert und anschließend durchtrennt, die rechtsseitigen Lungenvenen quer durchschnitten und der linke Vorhof auf der Hinterseite am epi-perikardialen Übergang von der Gewebs-

fixierung gelöst werden. Danach geschieht die Befreiung der Pulmonalarterie eben distal ihrer Bifurkation, wo sie auch durchtrennt wird. Schließlich ist das Herz nur noch über die Aorta ascendens mit dem Spenderorganismus verbunden. In dieser Position kann das Herz bis zum Ende der Konservierung belassen werden, oder es wird in ein Gefäß mit kardioplegischer Lösung gelegt, wenn zuvor die Aorta ascendens proximal der Kanulierungsstelle quer durchschnitten wurde. Die übrigen Gewebszuschneidungen erfolgen erst am Operationstisch des Organempfängers. Nach Abschluß der Maßnahmen für die Organkonservierung wird das Herz in einen Plastikbeutel gelegt, in dem sich etwa 200 ml kardioplegische Lösung befinden. Dieser Plastikbeutel wird nach Verschuß nochmals in einen weiteren Plastikbeutel mit kardioplegischer Lösung gegeben. Daraufhin wird ein dritter Plastikbeutel um dieses Konservierungspaket gehüllt. Danach wird das so geschützte Herz in einer Kühlbox mit Eisschnee umgeben. Das Transplantat wird in der Kühlbox zum Empfänger gebracht. Parallel zu diesem Vorgang ist auch die Konservierung der Nieren erfolgt, die ebenfalls in eine Kühlbox gelagert werden. Der Körper des Organspenders wird unter üblichen chirurgischen Bedingungen wieder verschlossen.

Bei der von uns durchgeführten Herztransplantation ließ sich die oben angegebene Methode der Organentnahmen ohne Schwierigkeiten durchführen. Die Konservierung der Organe war in keiner Phase gefährdet. Der Ablauf der Organkonservierung von Herz und Nieren war zuvor im Experiment gründlich aufeinander abgestimmt worden.

6. Ausblick

Die gleichzeitige Entnahme von Herz und Nieren sowie weiterer Organe für die Transplantation bereitet bei Organspendern medizinisch und organisatorisch keine Probleme im speziellen auch nicht für

die Konservierung der verschiedenen Organe mit unterschiedlichen Konservierungslösungen. Ergeben sich im Verlaufe der Organentnahme ernsthafte Kreislaufschwierigkeiten, muß der Entnahme des Herzens der Vorrang gegeben werden, da dieses Organ wesentlich ischämieempfindlicher ist als die Nieren. Da bei dem Herzempfänger auch die Operation unter Umständen schon begonnen hat, ist die Organspende zwingend. Nach Nierenspenden wird in der Regel das Ergebnis der Gewebeuntersuchungstests abgewartet, bevor die Implantation begonnen wird; und dies zieht sich über viele Stunden hin. Im Transplantationszentrum München haben sich bisher keine Schwierigkeiten bei der Entnahme mehrerer Organe ergeben. Nachdem auch die Pankreastransplantation erfolgreich ist, und man Lebertransplantationen mit guten Erfolgsaussichten in Angriff nehmen kann, muß man grundsätzlich an die Spende mehrerer Organe denken. Hier beruht das chirurgische Vorgehen wiederum wie bei der gleichzeitigen Entnahme von Nieren und Herz in der Vorbereitung aller Organe für eine optimale Konservierung. Erst dann wird auch hier das Herz präpariert und dann gleichzeitig das Herz und eines bzw. mehrere zusätzliche Organe entnommen. Die Bereitschaft zur Organtransplantation von seiten eines Spenders oder seiner Angehörigen verpflichtet zu sicheren medizinisch-technischen Methoden. Mit der Verbesserung der Ergebnisse nach Organtransplantationen erhöht sich der Bedarf an Spenderorganen. Deshalb droht, die Anzahl von Organempfängern und von Organspendern in ein immer größeres Mißverhältnis zu geraten, wenn es nicht gelingt, zunehmend mehrere Organe gleichzeitig zu gewinnen.

Anschrift der Verfasser:

Professor Dr. med. E. Struck, Professor Dr. med. F. Sebening, Lothstraße 11, 8000 München 2, und Professor Dr. med. W. Land, Marchioninistraße 15, 8000 München 70



**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.

Zum Gespräch mit Angehörigen möglicher Organspender

von H. Angstwurm

Aus der Neurologischen Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern
(Direktor: Professor Dr. med. A. Schreder)

Pudor doceri non potest, nesci potest.

*Tekt kenn man nicht erlernen,
nur mit auf die Welt bringen.*

Publilius Syrus

Der an die Bevölkerung der Bundesrepublik millionenfach verteilte Organspendeausweis findet sich bisher nur selten bei möglichen Spendern. Sehr viel häufiger werden Organe mit Einverständnis von Angehörigen explantiert. Das Gespräch mit ihnen ist deshalb für die einzelne Organtransplantation und für die künftige Entwicklung dieser Therapie besonders wichtig. Die folgenden Hinweise möchten keineswegs gegen die alte Sentenz über den Takt verstoßen; sie können, sollen und wollen nur helfen, sich auf dieses Gespräch einzulassen.

1. Zur Situation des Arztes

Keines unserer Gesetze schreibt vor, Verwandte müßten gefragt werden oder gar einverstanden sein, bevor einem Toten parenchymatöse Organe zu einer Transplantation entnommen werden dürfen. Der Arzt orientiert sein Handeln jedoch nicht hauptsächlich, geschweige denn ausschließlich am Bürgerlichen oder am Strafgesetzbuch. Er berücksichtigt eher Gefühle und Meinungen der Menschen, besonders wenn sie seinen Ratsuchen. Auf dieser Grundlage gewinnt er ihr Vertrauen als eine unersetzbare Stütze seiner Hilfe. Solche übergeordneten ärztlichen Aspekte haben zu der mittlerweile bewährten Praxis geführt, daß grundsätzlich die Zustimmung der Angehörigen zur Explantation erbeten wird, wenn keine eigene Willenserklärung des Toten vorliegt.

Die Familie eines Unfallopfers oder eines ähnlich unvermutet gestorbenen Menschen sucht oft schon von sich aus das Gespräch mit dem Arzt und dabei – freilich nicht immer bewußt und ausgesprochen – neben der sachlichen Information auch Trost. Erst später an der Leiche be-

merkte Eingriffe können schwer abschätzbare Reaktionen auslösen, zumal ein Teil der Öffentlichkeit heute der Intensivmedizin skeptisch gegenübersteht. Jedenfalls erscheinen „unerlaubte“ Operationen selbst an einem Toten potentiell geeignet, das Vertrauen zum Arzt und seinen Maximen zu belasten, noch dazu, wenn durch unsachliche Zeltungsartikel das ärztliche Handeln verzerrt wird. Zwar dürfte der Chirurg nach weitgehend einhelliger Meinung sachkundiger Juristen einem möglichen gerichtlichen Verfahren gelassen entgegensehen; viel schwerer jedoch wiegen für die Hinterbliebenen und für den Arzt die emotionalen Belastungen eines derartigen Prozesses.

Man kann jetzt davon ausgehen, daß 80 bis 90 Prozent der Befragten eine Organübertragung gestatten. Das dafür ärztlich erforderliche Gespräch bietet gleichzeitig die Möglichkeit, falsche, zuweilen abenteuerliche, immer aber ernst zu nehmende Vorstellungen zu korrigieren. Manche finden – zuweilen erst später – einen Trost in dem Gedanken, wenigstens ein kleiner Teil „ihres“ Toten lebe noch, oder auch Trost im Bewußtsein, anderen geholfen zu haben.

2. Zum äußeren Ablauf des Gespräches

Die „Technik“ des Gespräches mit den Angehörigen läßt sich auf die – nur scheinbar einfache – Formel bringen: Man soll dieses Gespräch so gestalten, wie man selbst in einer solchen Situation informiert und er sucht werden möchte. Die äußere und die innere Haltung des Arztes und seiner Mitarbeiter, die Atmosphäre, bewirken mehr als viele Worte. Das heißt im einzelnen: Die Angehörigen sollen – nach Möglichkeit wenigstens etwas abseits vom Routinebetrieb der Intensivstation – sich mit dem Arzt zusammensetzen können. Sie müssen spüren: Der Arzt kümmert sich auch und jetzt

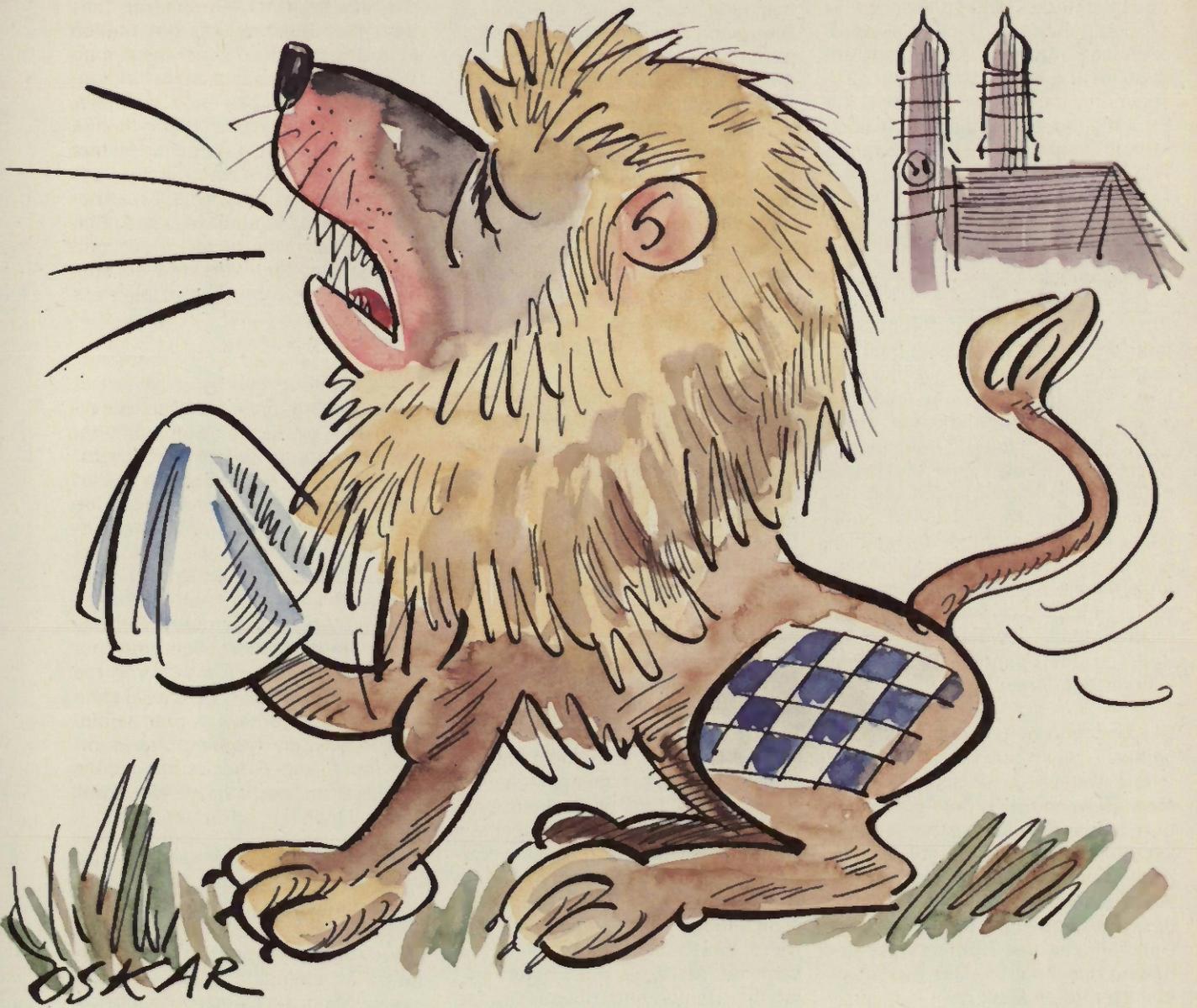
sogar nur um uns, nimmt sich Zeit für uns, hat Verständnis für unsere Lage, für unsere Sorgen, selbst für unsere unausgesprochenen Fragen. Gesprächspartner sind zunächst alle Verwandten, die auf die Station kommen, aber je nach ihrer mutmaßlichen Fassungskraft differenziert, der Ehepartner, die Eltern, volljährige Kinder, Geschwister. „Einstimmigkeit“ der Familie ist ihre eigene Sache, nicht Sache des Arztes. Eine Wertung oder „Analyse“ von Einstellungen und Entscheidungen der Angehörigen gibt man nicht preis. Ebenso sollte schon der Anschein eines „moralischen“ Drucks vermieden werden.

Immer wieder einmal sind Menschen durch den mitgeteilten Sachverhalt so erschüttert, daß sie keine Entscheidungen treffen können, oder unreflektiert zu allem nur „nein“ sagen. In solchen Momenten darf – auch im Interesse der Angehörigen selbst – der Faden des Gespräches nicht abreißen, und er reißt auch nicht ab, wenn der Arzt verständnisvolle Geduld aufbringt. Eine zur rechten Zeit vorgeschlagene „Bedenkzeit“ fördert nach vielfacher Erfahrung das Einverständnis mit einer Explantation. In einem günstigen Augenblick mag zuweilen einfließen, daß die Frage nach der Zustimmung zur Explantation keinen zusätzlichen Schmerz bereiten will, und nicht aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift gestellt wird, sondern sich aus der ärztlichen Tradition ergibt, aus der Basis des wechselseitigen Vertrauens und nicht zuletzt aus der Sorge um andere Kranke. Wann und wie die Frage erneut aufgegriffen wird, entscheiden in der Regel die äußeren Umstände, die Entfernung zwischen der Wohnung der Angehörigen und dem Krankenhaus, die Gesamtsituation des Sterbenden, in „letzter Instanz“ das Feingefühl des Arztes.

Wird das Gespräch im „Vorfeld des Hirntodes“ geführt, empfiehlt sich dringend, so scharf wie möglich zu unterscheiden zwischen den gesicherten Daten und dem Verdacht auf eine erlöschende Hirntätigkeit. Schwierig gestaltet sich die zuweilen unvermeidliche Besprechung per Telefon, weil dabei viele überaus wichtige Informationen über Geist, Gemütsverfassung und Reaktion des Gesprächspartners fehlen.

Manche Angehörige scheuen eine Unterschrift. Sie ist für eine Explan-

Wenn Bayern hustet...



...gehen die Spezialisten von Ozothin® an die Arbeit.



Gut experimentell und klinisch untermauert ist die sekretolytische Wirkung von Ozothin®

nach H. Bottke und E. Krieger, HNO 25, 306-310 (1977)

Ozothin®-Tropfen · Ozothin®-Sirup · Ozothin®-Dragées

Zusammensetzung: 1 ml Tropfen enthält 6,67 mg Oxid. Prod. Oleum Terebinthinae „Landes“, 20 mg Terpinhydrat, 100 g (65 ml) Sirup enthalten 200 mg Oxid. Prod. Oleum Terebinthinae „Landes“, 100 mg Butetamidihydrogencitrat. 1 Dragée enthält 20 mg Oxid. Prod. Oleum Terebinthinae „Landes“, 150 mg Diprophyllin.
Anwendungsgebiete: Obstruktive Atemwegserkrankungen, wie z. B. akute chronische Bronchitis, Emphysebronchitis. Unterstützend bei z. B. grippalen Infekten und Erkältungskrankheiten, Lungentzündung, Lungentuberkulose sowie Bronchopneumonie. Vorbeugend gegen postoperative Bronchitis und Lungenkomplikationen; bei Tracheotomien. **Gegenanzeigen:** Bei Überempfindlichkeitserscheinungen, z. B. Hautreaktionen, sollte Ozothin® abgesetzt werden. Obgleich sich bislang weder im Tierexperiment noch bei der Anwendung am Menschen eine schädliche Wirkung auf Mutter oder Kind zeigten, sollte Ozothin® während der Schwangerschaft, besonders in den ersten 3 Monaten, nicht ohne besondere Anweisung des Arztes verabreicht werden. **Nebenwirkungen:** Ozothin®-Tropfen, Ozothin®-Sirup: Bei empfindlichen Patienten kann gelegentlich eine leichte Magenunverträglichkeit, evtl. mit Übelkeit, auftreten. Ozothin®-Dragées: Gelegentlich kann, insbesondere nach Einnahme einer höheren Dosis, die Herzschlagzahl erhöht sein. Bei Verringerung der Einzelabgaben verliert sich diese Begleiterscheinung im allgemeinen.

Unterstützend bei Erkältungen

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Ozothin®-Tropfen enthalten verdünnten Alkohol als Lösungsmittel; bei empfehlungsgerechter Einnahme ist die Reaktionsfähigkeit, z. B. im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz, nicht eingeschränkt.

Dosierung	Erwachsene	Kinder (6-14 J.)	Kinder (1-6 J.)	Säuglinge
Ozothin®-Tropfen: auf Zucker oder in etwas Flüssigkeit einnehmen	3 x 30-40 Tr. tägl.	3 x 20-30 Tr. tägl.	3 x 10-20 Tr. tägl.	3 x 5-10 Tr. tägl.
Ozothin®-Sirup:	-	3 x 1 EBL. tägl.	(2-6 J.) 3 x 1/2-1 Teel. tägl.	-
Ozothin®-Dragées:	3 x 1-3 tägl.	2 x 1-2 tägl.	-	-

Handelsformen: (Apoth.-Verkaufspreise inkl. MWST, 5/82) Ozothin®-Tropfen: Flasche zu 30 ml DM 8,15, Flasche zu 50 ml DM 12,75; Ozothin®-Sirup: OP mit 100 g DM 6,70; OP mit 200 g DM 12,50; Ozothin®-Dragées: OP mit 60 Dragées DM 16,75; OP mit 120 Dragées DM 30,45.

Beecham-Wülfig
Division of Beecham Group

tation nicht unbedingt erforderlich. Der Arzt kann einen „neutralen“ Zeugen, etwa eine Schwester oder einen Pfleger, hinzuziehen. Der Zeuge unterschreibt in Gegenwart der Angehörigen einen entsprechenden Eintrag des Arztes im Krankenblatt. Bei telefonisch erteilter Zustimmung kann man ersuchen, die Einwilligung zur Explantation noch einmal gegenüber einem zweiten Gesprächspartner zu erklären.

3. Zum speziellen Inhalt des Gespräches

Am Anfang steht die Information über die Art der Verletzung oder Erkrankung und ihren bisherigen Verlauf, alles in einer dem medizinischen Laien verständlichen Form und Sprache. Einen besonderen Akzent verdienen dabei die therapeutischen Anstrengungen und die Grenzen ihrer Möglichkeiten. Vielleicht verliert sich dabei die letztlich allerdings irrationale und keineswegs immer offen eingestandene Befürchtung, die Behandlung sei nicht optimal gewesen, um durch den Tod des Spenders Organe gewinnen zu können.

Die Besonderheiten des Hirntodes sollten – wenn auch nicht immer in jedem Detail – zur Sprache kommen. Zuweilen erfordert die Situation einen dezenten, aber unmißverständlichen Hinweis auf die nur noch künstlich durch das Gerät bewirkte Beatmung und die Automatik der Herztätigkeit mit der Folge einer Durchblutung des Körpers mit Ausnahme des Gehirns. Das Aussehen eines hirntoten Menschen kann deshalb nicht dem von anderen Toten gleichen. Anfügen mag man gegebenenfalls, daß das Phänomen des Hirntodes früher aus äußeren Gründen nicht beobachtet werden konnte, weil erst die Intensivmedizin gestattet, einzelne Körperfunktionen noch über den Tod des Menschen hinaus eine zeitlang aufrecht zu erhalten. Der Begriff „Hirntod“ bedeutet keineswegs allein wegen der damit verbundenen Bewußtlosigkeit den Tod des Menschen, wird doch eine Erholung selbst noch nach langem Koma immer wieder einmal auch in der Lalenpresse bekannt. Man muß vielmehr unzweifelhaft verdeutlichen, daß einem hirntoten Menschen sicher – nicht bloß sehr wahrscheinlich – für immer jede körperliche Voraussetzung eines elge-

nen Gedankens, einer eigenen Entscheidung, einer Wahrnehmung oder Gemütsbewegung abhanden gekommen, und noch darüber hinaus jede vom Gehirn ausgehende Steuerung anderer Organe und Körperfunktionen unwiderbringlich ausgefallen ist. Zusätzlich kann darauf hingewiesen werden, daß trotz fortgeführter Intensivbehandlung auch die anderen Körperorgane zusammenbrechen, weil das Gehirn bereits abgestorben sei. Der Hirntod wird von Spezialisten nach international anerkannten wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen. Die Feststellungen – nicht etwa „Entscheidungen“ – der Spezialärzte können jederzeit nachgeprüft werden.

Aus allem muß völlig klar hervorgehen: Der Unfall mit der Hirnverletzung, die Hirnblutung aus einer Gefäßmißbildung, der Blut- und Sauerstoffmangelschaden des Gehirns usw. hat zum Tod geführt. Eine Weiterbehandlung hat für diesen Menschen bereits keinen Zweck mehr. Aber wenn man auch ihm nicht mehr helfen kann, so gibt es doch heute Möglichkeiten, anderen Menschen durch ihn zu helfen. Einzelne Organe arbeiten jedenfalls noch so weit, daß sich damit das bedrohte Leben anderer Kranker verbessern läßt. Was gäbe man nicht darum, könnte man dem Toten noch einmal etwas Gutes tun, bloß ein freundliches Wort sagen, ihm gar zu einem weitgehend normalen Dasein verhelfen. Irgendwo nun hoffen andere Kranke auf eine für sie ähnlich entscheidende Hilfe, nachdem ihre Niere, ihre Bauchspeicheldrüse versagt hat. Mehr als nur ungeschickt ist die Bemerkung, diese Organe des Verunglückten würden ohnehin in kurzer Zeit verwesen. Dagegen darf man bei einem Unfall oder bei einer sonst vielleicht unklaren Vorgeschichte des Todes wahrheitsgetreu andeuten, daß der Staatsanwalt erst zu einer inneren Leichenschau Stellung nehmen werde, und daß diese Entscheidung sich allein an den Sachfragen orientiere, nicht aber an Wünschen und Gefühlen von Angehörigen. Im Fall einer Obduktion würden die inneren Organe verlorengehen, die sonst hilfreich zur Verfügung stünden.

Bestimmte Menschen quälen sich mit der Vorstellung, durch den Eingriff der Explantation werde die Leiche entstellt. Deshalb muß man manchmal ausdrücklich sagen, daß

die Organentnahme eine „normale“ Operation ist.

Ein schwieriges Problem aber ergibt sich aus berechtigten anderen Sorgen: Der Rummel um die beiden Münchener Herztransplantationen 1981 ist nicht von den Ärzten ausgegangen. Sie haben sich vielmehr, wenngleich vergeblich, bemüht, alle Belästigungen von den Betroffenen fernzuhalten. Man kann nur darauf verwelsen, daß auch eine Explantation der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter unterliegt. Aber man soll nur versprechen, was man halten kann, nämlich sich um die gewünschte und gebotene Diskretion zu bemühen.

Die Bestattung verzögert sich nicht durch die Organspende. Den Hinterbliebenen erwachsen aus einer Explantation keine Kosten, selbst nicht im Fall eines Rücktransportes der Leiche, wenn die Feststellung des Hirntodes oder die Organtransplantation eine Verlegung erfordert hatte. Nach bisherigen Erfahrungen empfiehlt sich trotz des „Risikos“, daß die Angehörigen ihre Zustimmung beschränken allein auf die Entnahme der Nieren, eine vorherige Aussprache darüber, welche Organe konkret transplantiert werden sollen. Liegen zur Zeit des Gesprächs mit den Angehörigen diese oder andere Einzelheiten noch nicht fest, darf und soll man das ehrlich sagen.

Religiös gesinnte Menschen sind immer wieder dankbar für den Hinweis, daß beide Konfessionen die Organtransplantation bejahen, ja unterstützen als einen Akt der tätigen Nächstenliebe. Der Arzt soll aber wissen, daß auch Angehörige ohne kirchliche Bindungen am meisten ansprechbar sind auf das Argument der Hilfe für den Mitmenschen.

Auf welche Einzelheiten der Arzt jeweils eingehen soll, wird ihn neben seinem Taktgefühl die zunehmende Erfahrung lehren. Sich selbst aber darf er sagen, auch den Angehörigen einen Dienst erwiesen zu haben, wenn er gemeinsam mit ihnen Fragen über Tod und zugleich Organtransplantation nachgegangen ist.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H. Angstwurm, Obararzt, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Neurologischer Konsiliardienst der Innenstadt-Kliniken, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2

Informationen zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts

Am 1. Januar 1982 trat das „Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts“ vom 28. Juli 1981 in Kraft.

Gleichzeitig traten das bisherige Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Januar 1972 sowie die hierzu ergangenen Verordnungen außer Kraft.

Das Gesetz regelt vor allem die Tatbestände und Strafandrohungen für die Rauschgiftkriminalität neu und führt die Möglichkeit von Rehabilitationsmaßnahmen für süchtige Straftäter ein.

Das Gesetz berücksichtigt damit im Rahmen der Strafverfolgung und der Strafmaßnahmen die Betäubungsmittelabhängigkeit des Straftäters in stärkerem Maße.

Für Ärzte, die in der Regel selbst nicht abhängig sind, aber gegen das Betäubungsmittelgesetz verstoßen, bringt die Neuregelung allerdings eine erhebliche Strafverschärfung mit sich. In mehreren Fällen wurden Ärzte wegen Ordnungswidrigkeiten (§ 11) bereits mit Geldbußen bis zu DM 50 000,— bestraft.

Nicht nur das staatliche Betäubungsmittelrecht, sondern auch die Berufsordnung (§ 24 Abs. 3) verpflichten den Arzt, im Rahmen seiner Möglichkeiten dem Arzneimittelmißbrauch entgegenzuwirken, der mißbräuchlichen Anwendung von Arzneimitteln keinen Vorschub zu leisten sowie Vorkehrungen gegen den Diebstahl von Arztstempeln und Rezeptformularen zu treffen.

Süchtige versuchen durch das Ausstellen von „Gefälligkeitsrezepten“ (auch über Dritte), durch Nötigung, Rezeptfälschungen oder durch Diebstahl von Rezepten, sich ihre Drogen zu beschaffen.

Deshalb rät Ihnen die Bayerische Landesärztekammer dringend:

- keine Gefälligkeitsrezepte ausstellen,
- keine Blankounterschrift auf Rezepten abgeben,
- Rezepte und Stempel unter sicherem Verschuß halten,
- Achtung bei Arzneimitteln, die in der Drogenszene gehandelt werden — z. B. Medinox (Secobarbital, Cyclobarbital), mit nunmehr halber Wirkstoffkonzentration nicht mehr BtMG-pflichtig —,
- leere Flächen auf dem Rezept mit Schrägstrich oder Z auffüllen!

Bei Diebstahl von Rezepten (bei Betäubungsmittelrezepten vgl. § 5 Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung) ist sofort die Kriminalpolizei zu verständigen.

Seien Sie, was Betäubungsmittel angeht, besonders mißtrauisch bei neuen Patienten!

Das neue Betäubungsmittelgesetz teilt die Betäubungsmittel in drei Gruppen ein:

- a) Betäubungsmittel, die nicht in den Verkehr gebracht und nicht verschrieben werden dürfen (Anlage I zum Gesetz — z. B. Heroin)
- b) Betäubungsmittel, die — bei Vorliegen einer Erlaubnis — in den Verkehr gebracht werden, aber nicht verschrieben werden dürfen (Anlage II zum Gesetz — Zwischenprodukte für die Weiterverarbeitung)
- c) Betäubungsmittel, die — bei Vorliegen einer Erlaubnis — in den Verkehr gebracht und von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten verschrieben werden dürfen (Anlage III zum Gesetz).

Die für die ärztliche Tätigkeit besonders wichtige Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung vom 24. Januar 1974 wurde mit Wirkung vom 1. Januar 1982 durch die Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung vom 16. Dezember 1981 abgelöst.

Die beigefügten Erläuterungen sollen die den Arzt betreffenden neuen Teile der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung verständlicher machen.

Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung (mit Hinweisen)

§ 1

Verschreibungsgrundsatz

Die in Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nur als Zubereitungen verschrieben werden. Die Vorschriften dieser Verordnung gelten auch für die Salze der Betäubungsmittel; die für eine Base angegebene Höchstmenge gilt auch für deren Salze.

Zu § 1

Im Betäubungsmittelgesetz vom 28. Juli 1981 (BtMG) sind in Anlage III (s. Seite 401 ff.) diejenigen Betäubungsmittel verzeichnet, die in den Verkehr gebracht und von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten verordnet werden dürfen.

§ 1 BtMVV legt zusätzlich fest, daß die in Anlage III BtMG genannten Betäubungsmittel ausschließlich als Zubereitungen (nicht als Substanz) verschrieben werden dürfen.

§ 2

Verschreiben durch einen Arzt

(1) Der Arzt darf für einen Patienten an einem Tage nur eines der folgenden Betäubungsmittel unter Einhaltung der nachfolgend festgesetzten Höchstmengen und sonstigen Beschränkungen über Bestimmungszweck, Gehalt und Darreichungsform (sonstige Beschränkungen) verschreiben:

1. Amphetamin	200 mg
2. Cetobemidon	100 mg
3. Cocain	100 mg
zur Anwendung am Auge als Lösung oder Salbe bis zu einem Gehalt von 2 vom Hundert	
4. Dextromoramid	100 mg
5. Dextropropoxyphen	1 500 mg
6. Hydrocodon	200 mg
7. Hydromorphon	30 mg
8. Levomethadon	60 mg
9. Levorphanol	30 mg
10. Methamphetamin	100 mg
11. Methaqualon	6 000 mg
12. Methylphenidat	200 mg
13. Morphin	200 mg
14. Normethadon	200 mg
15. Opium, eingestelltes	2 000 mg

16. Opiumextrakt	1 000 mg
17. Opiumtinktur	20 000 mg
18. Native Opiumalkaloide in ihrem natürlichen Mischungsverhältnis enthaltende Zubereitung, berechnet als Morphin	200 mg
19. Oxycodon	200 mg
20. Pethidin	1 000 mg
21. Phenmetrazin	600 mg
22. Piritramid	220 mg
23. Thebacon	200 mg
24. Tillidin	1 050 mg

Zu § 2 (1)

Für die in Teil A der Anlage III BtMG aufgeführten Betäubungsmittel wird in § 2 (1) festgelegt, daß der Arzt für einen Patienten an einem Tag nur ein Betäubungsmittel unter gleichzeitiger Beschränkung auf eine Höchstmenge verschreiben darf.

Dabei ergeben sich gegenüber der BtMVV vom 24. Januar 1974 folgende Abweichungen:

- Für Amphetamin beträgt die Höchstmenge nunmehr einheitlich 200 mg (bisher: zur Anwendung am Auge 500 mg),
- Cocain ist als Verschreibung für einen Patienten nur noch zur Anwendung am Auge verschreibungsfähig (bisher auch zu anderen Zwecken),
- Dextropropoxyphen ist grundsätzlich neu in die Liste der Betäubungsmittel aufgenommen worden (Ausnahmen s. Anlage III BtMG).

Laut Angabe des Arzneibüros der ABDA fallen hierunter folgende Fertigarzneimittel®:

Cortigamma Ampullen (Cooper)

Dolo-Neurotrat Ampullen (Nordmark)

Erantin Ampullen, -Zäpfchen (Boehringer Mannheim)

Pyragamma Ampullen (Cooper)

Spasmo Tropax Suppos. (Troponwerke), (ab 15. November 1981 außer Handel)

Ultrapyrin Suppos. für Säuglinge, für Kinder, für Erwachsene (Woelm-Pharma)

Spondyneuron Kapseln (Efeka), (enthalten zusätzlich Phenobarbital, einen Stoff aus Teil C der Anlage III BtMG).

d) Die Höchstmengenbegrenzung für Opium lautete bisher:

„Opium, eingestelltes 2 000 mg
 oder die entsprechende Menge einer
 native Opiumalkaloide in ihrem natürlichen
 Mischungsverhältnis enthaltenden
 Zubereitung“

Sie wurde nunmehr wie folgt unterteilt:

„Opium, eingestelltes 2 000 mg
 Opiumextrakt 1 000 mg
 Opiumtinktur 20 000 mg
 Native Opiumalkaloide in ihrem
 natürlichen Mischungsverhältnis
 enthaltende Zubereitung,
 berechnet als Morphin 200 mg“

Für die in den Teilen B und C der Anlage III BtMG aufgeführten Betäubungsmittel sind in der BtMVV keine Höchstmengen festgelegt, es gelten vielmehr die in der Anlage III BtMG bei den einzelnen Betäubungsmitteln aufgeführten Beschränkungen.

Nach den Angaben des Arzneibüros der ABDA gelten aus den Teilen B und C der Anlage III BtMG ab 1. Januar 1982 folgende Stoffe nur in Kombination mit anderen Stoffen als Betäubungsmittel:

Amobarbital
 Meprobamat
 Phenobarbital

Diese Kombinationen sind beispielsweise in folgenden Fertigarzneimitteln[®] enthalten:

Neurovegetalin forte Dragees (Veria)
 Sonya Nachttabletten (Siphar)

(2) Sofern in besonders schweren Krankheitsfällen die an einem Tage an einem Patienten anzuwendende Menge eine Überschreitung der nach Abs. 1 festgesetzten Höchstmenge erfordert, darf der Arzt für diesen Patienten an einem Tage

1. nur eines der in Abs. 1 Nr. 2, 4, 5, 7 bis 9, 13, 15 bis 20, 22 und 24 bezeichneten Betäubungsmittel bis zur zweifachen,
2. in außergewöhnlichen Fällen nur eines der in Nummer 1 bezeichneten Betäubungsmittel bis zur vierfachen

der festgesetzten Höchstmenge verschreiben. In diesen Fällen hat er auf der Verschreibung den eigenhändigen Vermerk „Menge ärztlich begründet“ anzubringen.

Zu § 2 (2)

Bei einem Teil der Betäubungsmittel, die nach § 2 (1) einer Höchstmengenbegrenzung unterliegen, darf der Arzt in besonders schweren Krankheitsfällen für einen Patienten an einem Tag von einem Betäubungsmittel die doppelte, in außergewöhnlichen Fällen die vierfache Höchstmenge verschreiben. Dabei können für dasselbe Betäubungsmittel innerhalb der Höchstmenge auch unterschiedliche Zubereitungsformen (z. B. Ampullen plus Suppositorien) verordnet werden.

Zulässig ist dies bei:

Chemische Kurzbezeichnung	Fertigarzneimittel [®] – beispielhaft –	ein- fache Höchst- menge mg	dop- pelte Höchst- menge mg	vier- fache Höchst- menge mg
Cetobemidon	Cliradon	100	200	400
Dextromoramid	Jetrium, Palfium	100	200	400
Dextropropoxyphen	–	1500	3000	6000
Hydromorphon	Dilaudid	30	60	120
Levomethadon	1-Polamidon	60	120	240
Levorphanol	Dromoran	30	60	120
Morphin	–	200	400	800
Opium, eingestelltes	–	2000	4000	8000
Opiumextrakt	–	1000	2000	4000
Opiumtinktur	–	20000	40000	80000
Native Opium- alkaloide in ihrem natürlichen Mischungsverhält- nis enthaltende Zu- bereitung, berechnet als Morphin	–	200	400	800
Oxycodon	Eukodal, Scophedal	200	400	800
Pethidin	Dolantin	1000	2000	4000
Piritramid	Dipidolor	220	440	880
Tilidin	–	1050	2100	4200

Wird die einfache Höchstmenge überschritten, hat der Arzt auf der Verschreibung den eigenhändigen Vermerk „Menge ärztlich begründet“ anzubringen.

(3) Der Arzt darf für seinen Praxisbedarf an einem Tage nur verschreiben:

1. eines der in Abs. 1 Nr. 1, 2 und 4 bis 24 bezeichneten Betäubungsmittel bis zu den dort festgesetzten Höchstmengen,
2. bis 1 000 mg Cocain zu Eingriffen am Auge, am Kehlkopf, an der Nase, am Ohr, am Rachen oder am Kieler als
 - a) Lösung bis zu einem Gehalt von 20 vom Hundert oder
 - b) Augentablette oder Salbe bis zu einem Gehalt von 2 vom Hundert
 und
3. bis zu 10 mg Fentanyl zur Prämedikation und Anästhesie einschließlich der Neuroleptanalgesie, zu diagnostischen Eingriffen und in der Intensivmedizin.

Zu § 2 (3)

Für Verschreibungen des Arztes für seinen Praxisbedarf an einem Tag gelten ebenfalls die einfachen Höchstmengen nach § 2 (1) mit Ausnahme von Cocain und Fentanyl. Für Cocain und Fentanyl werden in § 2 (3) Indikationsbereiche und abweichende Höchstmengen festgelegt.

Dabei ist es zulässig, für den Praxisbedarf auf einem Rezeptblatt an *einem Tag ein* Betäubungsmittel nach § 2 (1) plus Cocain plus Fentanyl zu verschreiben.

(4) Der Arzt, der eine Teileinheit (Station) eines gegliederten Krankenhauses oder ein nicht gegliedertes Krankenhaus leitet oder beaufsichtigt, darf für den Stationsbedarf der von ihm geleiteten oder beaufsichtigten Einrichtung an einem Tage nur die in den Abs. 1 und 3 Nr. 2 und 3 bezeichneten Betäubungsmittel unter Beachtung der dort außer den Höchstmengen festgesetzten sonstigen Beschränkungen verschreiben. Dies gilt auch für einen Belegarzt, wenn die ihm zugeteilten Betten räumlich und organisatorisch von anderen Teileinheiten abgegrenzt sind.

Zu § 2 (4)

Der Arzt, der eine Teileinheit (Station) eines gegliederten Krankenhauses oder ein nicht gegliedertes Krankenhaus leitet oder beaufsichtigt, darf für den Stationsbedarf der von ihm geleiteten oder beaufsichtigten Einrichtung an einem Tag ohne Bezug auf den einzelnen Patienten Betäubungsmittel verschreiben. Dies gilt auch für einen Belegarzt, wenn die ihm zugeteilten Betten räumlich und organisatorisch von anderen Teileinheiten abgegrenzt sind.

Dabei dürfen verschrieben werden:

- a) Die in § 2 (1) bezeichneten Betäubungsmittel,
- b) außerdem Cocain und
- c) Fentanyl.

Für Cocain und Fentanyl gelten die gleichen Beschränkungen hinsichtlich Verwendungszweck und Konzentration wie beim Praxisbedarf. Für den Stationsbedarf bestehen für alle Betäubungsmittel hinsichtlich der Höchstmengen keine Beschränkungen. Selbstverständlich können für den Stationsbedarf auf einem Verordnungsblatt auch mehrere Betäubungsmittel verordnet werden.

§ 5

Betäubungsmittelrezept

(1) Betäubungsmittel dürfen nur auf einem dreiteiligen amtlichen Formblatt (Betäubungsmittelrezept) verschrieben werden. Zur Verschreibung anderer Arzneimittel darf dieses nur verwendet werden, wenn die Verschreibung neben der eines Betäubungsmittels erfolgt. Teil I und II des ausgefertigten Betäubungsmittelrezeptes ist zur Vorlage in einer Apotheke bestimmt, Teil III verbleibt bei dem Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt, an den das Betäubungsmittelrezept ausgegeben wurde.

(2) Betäubungsmittelrezepte werden vom Bundesgesundheitsamt auf Anforderung an den einzelnen Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt ausgegeben. Das Bundesgesundheitsamt kann die Ausgabe versagen, wenn der begründete Verdacht besteht, daß die Betäubungsmittelrezepte nicht den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften gemäß verwendet werden.

(3) Die numerierten, mit dem Ausgabedatum des Bundesgesundheitsamtes und der BGA-Nummer des einzelnen Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes versehenen Betäubungsmittelrezepte sind nur zu dessen Verwendung bestimmt und dürfen nur im Vertretungsfall übertragen werden. Die nicht verwendeten Betäubungsmittelrezepte sind bei Aufgabe der ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Tätigkeit dem Bundesgesundheitsamt zurückzugeben.

(4) Der Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt hat die Betäubungsmittelrezepte gegen Entwendung zu sichern. Ein Verlust ist unter Angabe der Rezeptnummern dem Bundesgesundheitsamt unverzüglich anzuzeigen, das die zuständige oberste Landesbehörde unterrichtet.

(5) Der Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt hat Teil III der ausgefertigten und Teil I bis III der fehlerhaft ausgefertigten Betäubungsmittelrezepte nach Ausstellungsdaten (§ 6 Abs. 1 Nr. 2) geordnet drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der nach § 19 Abs. 1 Satz 3 des Betäubungsmittelgesetzes zuständigen Landesbehörde einzusenden oder Beauftragten dieser Behörde vorzulegen.

Zu § 5

Neu gegenüber der bisherigen BtMVV sind folgende Vorschriften:

- a) Betäubungsmittelrezepte werden nur noch vom
Bundesgesundheitsamt
Institut für Arzneimittel
(Bundesopiumstelle)
Stauffenbergstraße 13
1000 Berlin 30
an den Arzt ausgegeben (die alten Betäubungsmittelrezepte ohne Aufdruck der Kodierungsnummer des Arztes – auf dem rechten Randstreifen – dürfen nach dem 30. September 1982 nicht mehr verwendet werden),
- b) das Bundesgesundheitsamt kann die Ausgabe in begründeten Fällen versagen,
- c) die Betäubungsmittelrezepte dürfen nur im Vertretungsfall übertragen werden,
- d) die nicht verwendeten Betäubungsmittelrezepte sind bei Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit dem Bundesgesundheitsamt zurückzugeben,
- e) der Arzt hat die Betäubungsmittelrezepte gegen Entwendung zu sichern (bisher Soll-Vorschrift),
- f) der Verlust von Betäubungsmittelrezepten ist unverzüglich dem Bundesgesundheitsamt anzuzeigen,
- g) auch fehlerhaft ausgefertigte Betäubungsmittelrezepte, und zwar die Teile I bis III, sind nunmehr drei Jahre aufzubewahren.

§ 6

Angaben auf dem Betäubungsmittelrezept

(1) Auf dem Betäubungsmittelrezept sind anzugeben:

1. Name, Vorname und Anschrift des Patienten, für den das Betäubungsmittel bestimmt ist; bei tierärztlichen Verschreibungen die Art des Tieres sowie Name, Vorname und Anschrift des Tierhalters,
2. Ausstellungsdatum,
3. hinsichtlich der verordneten Zubereitung
 - a) bei einer Rezeptur Bestandteile, Gewichtsmenge des enthaltenen Betäubungsmittels, Darreichungsform, bei abgeteilten Zubereitungen die Stückzahl,
 - b) bei einem Fertigarzneimittel Bezeichnung, Darreichungsform, Gewichtsmenge des enthaltenen Betäubungsmittels je Packungseinheit, bei abgeteilten Zubereitungen je abgeteilte Form und die Stückzahl,
die Gewichtsmengen in Gramm oder Milligramm, die Stückzahl in arabischen Ziffern und in Worten wiederholt,
4. Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe,
5. bei der Verschreibung von Cocain oder Fentanyl der Bestimmungszweck,
6. Name des verschreibenden Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes, seine Berufsbezeichnung und Anschrift einschließlich Telefonnummer,
7. in den Fällen des § 2 Abs. 2 Satz 2 und des § 4 Abs. 2 Satz 2 der dort vorgeschriebene Vermerk,
8. in den Fällen des § 2 Abs. 3, § 3 Abs. 2 und § 4 Abs. 3 der Vermerk „Praxisbedarf“ anstelle der Angaben in den Nummern 1 und 4,
9. in den Fällen des § 2 Abs. 4, § 3 Abs. 3 und § 4 Abs. 4 der Name oder die Bezeichnung und die Anschrift der Einrichtung, für die der Stationsbedarf bestimmt ist, anstelle der Angaben in den Nummern 1 und 4,
10. ungekürzte Unterschrift des verschreibenden Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes.

(2) Die Angaben nach Abs. 1 sind mit Tintenstift oder Kugelschreiber zu vermerken und auf allen Teilen des Betäubungsmittelrezeptes übereinstimmend anzubringen. Hierbei sind die Angaben nach Nr. 2 bis 5, 7, 8 und 10 von dem Verschreibenden eigenhändig vorzunehmen. Im Falle einer Änderung der Verschreibung hinsichtlich der Angaben nach Absatz 1 Nr. 2 bis 5 hat der Verschreibende die Änderung auf allen Teilen des Betäubungsmittelrezeptes handschriftlich zu vermerken und durch seine Unterschrift zu bestätigen. Die Angaben nach Abs. 1 Nr. 1, 6 und 9 können auch durch eine andere Person, maschinell oder mit Stempel erfolgen.

(3) Bei flüssigen Zubereitungen ist die Gewichtsmenge des Betäubungsmittels, die in der aus technischen Gründen erforderlichen Überfüllung des Abgabehältnisses enthalten ist, nicht zu berücksichtigen

1. bei der jeweils festgesetzten Höchstmenge (§§ 2 bis 4) und
2. auf den Betäubungsmittelrezepten sowie in den Aufzeichnungen über Verbleib und Bestand (§ 9).

Zu § 6

Die Vorschriften des Gesetzes zu den Angaben auf dem Betäubungsmittelrezept sind genau einzuhalten. Deshalb nur wenige Erläuterungen:

zu § 6 (6)

Wird ein Arzt in seiner Praxis von einem anderen Arzt – z. B. Krankenhausarzt – vertreten, müssen die Angaben nach § 6 (6, 10) wie folgt lauten:

(Dr.) Beispiel, Arzt

Anschrift und Telefonnummer der vertretenen Praxis.

zu § 6 (7)

Wenn die einfache Höchstmenge nach § 2 (2) überschritten wird, ist der eigenhändige Vermerk des Arztes „Menge ärztlich begründet“ anzubringen.

zu § 6 (8)

Bei der Verordnung von kassenärztlichem Sprechstundenbedarf ist zusätzlich Feld 9 anzukreuzen.

zu § 6 (9)

Für den Stationsbedarf entfallen verständlicherweise die Angaben zum Patienten und die Gebrauchsanweisung. Der Name oder die Bezeichnung und die Anschrift der Klinik ist anzugeben.

Zur Erleichterung können auch durch eine andere Person, z. B. Arzthelferin, mit Hilfe von Tintenstift oder Kugelschreiber aber auch mit Stempel oder maschinell, vermerkt werden:

- der Name, Vorname und Anschrift des Patienten, für den das Betäubungsmittel bestimmt ist,
- der Name des verschreibenden Arztes, seine Berufsbezeichnung und Anschrift einschließlich Telefonnummer.

Wird das Betäubungsmittelrezept im Rahmen der kassenärztlichen Tätigkeit ausgestellt, sind zusätzlich alle im Kopf des Rezeptes geforderten Angaben einzutragen.

§ 7

Abgabe

(1) Betäubungsmittel dürfen nicht abgegeben werden auf ein Betäubungsmittelrezept,

1. das nach einer Vorschrift der §§ 1 bis 4 oder des § 8 Abs. 2 für den Abgebenden erkennbar nicht ausgefertigt werden durfte,
2. bei dessen Ausfertigung eine Vorschrift des § 5 Abs. 1 Satz 1 und 2, des § 6 oder des § 8 Abs. 1 Satz 2 nicht beachtet wurde oder
3. das vor mehr als sieben Tagen ausgefertigt wurde.

(2) Der Abgebende hat auf der Rückseite des Teiles I des Betäubungsmittelrezeptes anzugeben:

1. Namen oder Firma und Anschrift der Apotheke sowie die dem Apothekenleiter zugewiesene BGA-Nummer,
2. Abgabedatum und
3. Namenszeichen des Abgebenden.

Die Angaben nach Satz 1 sind mit Tinte, Tintenstift oder Kugelschreiber zu vermerken. Die Angaben nach Satz 1 Nr. 1 können auch maschinell oder mit Stempeln erfolgen.

(3) Der Apothekenleiter hat Teil I der Betäubungsmittelrezepte nach Abgabedaten geordnet drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen dem Bundesgesundheitsamt oder der nach § 19 Abs. 1 Satz 3 des Betäubungsmittelgesetzes zuständigen Landesbehörde einzusenden oder Beauftragten dieser Behörden vorzulegen. Teil II ist zur Verrechnung bestimmt.

(4) Der Tierarzt darf aus seiner Hausapotheke Betäubungsmittel nur zur Anwendung bei einem von ihm behandelten Tier und nur unter Einhaltung der für die Verschreibung geltenden Vorschriften der §§ 1 und 4 Abs. 1 und 2 abgeben.

Zu § 7

In der Apotheke muß der vorgelegte Teil I und II des Betäubungsmittelrezeptes überprüft werden. Betäubungsmittel dürfen generell nicht abgegeben werden:

1. Wenn die Bestimmungen dieser Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung nicht eingehalten sind oder
2. wenn die Verschreibung vor mehr als sieben Tagen ausgefertigt wurde.

§ 9

Nachweis über den Verbleib und Bestand

(1) Über den Verbleib und den Bestand der Betäubungsmittel

1. der Apotheken,
2. der tierärztlichen Hausapotheken,
3. des ärztlichen, zahnärztlichen und tierärztlichen Praxisbedarfs,
4. des Stationsbedarfs der Krankenhäuser und Tierkliniken

sind für jedes Betäubungsmittel unter Angabe der Bezeichnung, Darreichungsform und Gewichtsmenge des enthaltenen Betäubungsmittels fortlaufend Aufzeichnungen auf Karteikarten nach amtlichem Formblatt zu führen. Bestehen bei den in Nummer 4 genannten Einrichtungen Teileinheiten (Stationen), sind die Aufzeichnungen in diesen zu führen. In Teileinheiten (Stationen) können anstelle von Karteikarten auch Bücher mit fortlaufend nummerierten Seiten nach amtlichem Formblatt (Betäubungsmittelbücher) verwendet werden.

(2) Auf den Karteikarten oder in den Betäubungsmittelbüchern sind über jeden Zugang und jeden Abgang mit Tintenstift oder Kugelschreiber anzugeben:

1. Datum des Zugangs oder des Abgangs,
2. zugegangene oder abgegangene Menge und der sich daraus am Ende eines Kalendermonats ergebende Bestand;

bei Stoffen und nicht abgeteilten Zubereitungen die Gewichtsmenge in Gramm oder Milligramm, bei abgeteilten Zubereitungen die Stückzahl; bei flüssigen Zubereitungen, die in den in Abs. 1 Nr. 3 oder 4 genannten Einrichtungen im Rahmen einer Behandlung angewendet werden, die Menge auch in Millilitern,

3. Name oder Firma und Anschrift des Lieferers oder des Empfängers oder die sonstige Herkunft oder der sonstige Verbleib,

4. in Apotheken im Falle der Abgabe auf Verschreibung, in Krankenhäusern und Tierkliniken im Falle des Erwerbs auf Verschreibung, der Name und die Anschrift des verschreibenden Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes und die Nummer des Betäubungsmittelrezeptes.

(3) Die Eintragungen über Zugänge, Abgänge und Bestände der Betäubungsmittel sind in den Karteikarten oder Betäubungsmittelbüchern

1. von dem Apotheker für die von ihm geleitete Apotheke,
2. von dem Tierarzt für die von ihm geleitete tierärztliche Hausapotheke und
3. von dem in den §§ 2 bis 4 bezeichneten, verschreibungsberechtigten Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt für den Praxis- oder Stationsbedarf

am Ende eines jeden Kalendermonats zu prüfen. Sofern sich der Bestand geändert hat, sind das Namenszeichen und das Prüfdatum anzubringen.

(4) Die Karteikarten oder Betäubungsmittelbücher sind von den in Abs. 3 genannten Personen oder in den von diesen geleiteten Einrichtungen (§ 2 Abs. 4, § 3 Abs. 3 und § 4 Abs. 4) drei Jahre, von der letzten Eintragung an gerechnet, aufzubewahren. Bei einem Wechsel in der Leitung einer Einrichtung haben die betreffenden Personen das Datum der Übergabe sowie den übergebenen Bestand zu vermerken und durch ihre Unterschrift zu bestätigen.

(5) Die Karteikarten und die Betäubungsmittelbücher sind auf Verlangen der nach § 19 Abs. 1 Satz 3 des Betäubungsmittelgesetzes zuständigen Landesbehörde einzusenden oder Beauftragten dieser Behörde vorzulegen. In der Zwischenzeit sind vorläufige Aufzeichnungen vorzunehmen, die nach Rückgabe der Karteikarten und Betäubungsmittelbücher nachzutragen sind.

Zu § 9

Über den Verbleib und den Bestand der Betäubungsmittel des ärztlichen Praxisbedarfes und des Stationsbedarfes der Krankenhäuser sind für jedes Betäubungsmittel fortlaufend Aufzeichnungen auf Karteikarten nach amtlichem Formblatt zu führen. Bestehen bei Krankenhäusern Teileinheiten (Stationen), sind die Aufzeichnungen in diesen zu führen. In Teileinheiten (Stationen) können anstelle von Karteikarten auch Bücher mit fortlaufend nummerierten Seiten nach amtlichem Formblatt (Betäubungsmittelbücher) verwendet werden.

Die Karteikarten oder Betäubungsmittelbücher müssen die in § 9 (2) vorgeschriebenen Eintragungen enthalten. (Beziehbar über die Bundesanzeiger-Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 80 06, 5000 Köln 1.)

Die Eintragungen über Zugänge, Abgänge und Bestände der Betäubungsmittel sind in den Karteikarten oder Betäubungsmittelbüchern von dem verschreibungsberechtigten Arzt für den Praxis- oder Stationsbedarf am Ende eines jeden Kalendermonats zu prüfen. Sofern sich der Bestand geändert hat, sind das Namenszeichen und das Prüfdatum anzubringen.

Die Karteikarten oder Betäubungsmittelbücher sind von dem verschreibungsberechtigten Arzt oder in den von diesem geleiteten Einrichtungen drei Jahre, von der letzten Eintragung an gerechnet, aufzubewahren. Bei einem Wechsel in der Leitung einer Einrichtung haben die betreffenden Personen das Datum der Übergabe sowie den übergebenen Bestand zu vermerken und durch ihre Unterschrift zu bestätigen.

Die Karteikarten und die Betäubungsmittelbücher sind auf Verlangen der zuständigen Landesbehörde einzusenden oder Beauftragten dieser Behörde vorzulegen. In der Zwischenzeit sind vorläufige Aufzeichnungen vorzunehmen, die nach Rückgabe der Karteikarten und Betäubungsmittelbücher nachzutragen sind.

§ 10

Straftaten

Nach § 29 Abs. 1 Nr. 11 des Betäubungsmittelgesetzes wird bestraft, wer

1. entgegen § 1 ein Betäubungsmittel nicht als Zubereitung verschreibt,
2. a) entgegen § 2 Abs. 1, 2 Satz 1 oder § 3 Abs. 1 für einen Patienten,
b) entgegen § 2 Abs. 3, § 3 Abs. 2 oder § 4 Abs. 3 für seinen Praxisbedarf oder
c) entgegen § 4 Abs. 1 oder 2 Satz 1 für ein Tier
andere als die dort bezeichneten Betäubungsmittel oder an einem Tage mehr als ein Betäubungsmittel oder ein Betäubungsmittel über die festgesetzte Höchstmenge hinaus oder unter Nichteinhaltung sonstiger Beschränkungen verschreibt,
3. entgegen § 2 Abs. 4, § 3 Abs. 3 oder § 4 Abs. 4
a) Betäubungsmittel für andere als die dort bezeichneten Einrichtungen oder
b) dort bezeichnete Betäubungsmittel unter Nichteinhaltung sonstiger Beschränkungen
verschreibt,
4. entgegen § 8 Abs. 2 Satz 1 Betäubungsmittel für die Ausrüstung von Keuffehrtleischiffen verschreibt oder
5. entgegen § 8 Abs. 2 Satz 2 andere als die dort bezeichneten Betäubungsmittel verschreibt.

Wer im Rahmen des Betriebes einer Apotheke Betäubungsmittel abgibt, ohne daß die in § 8 Abs. 3 bezeichneten Ausnahmen vorliegen, ist nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 des Betäubungsmittelgesetzes strafbär.

Zu § 10

Nach § 29 Abs. 1 Nr. 11 des Betäubungsmittelgesetzes wird mit Freiheitsstrafe bis zu vier Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer

1. ein Betäubungsmittel nicht als Zubereitung verschreibt,
2. a) für einen Patienten oder
b) für seinen Praxisbedarf
andere als die zulässigen Betäubungsmittel oder an einem Tage mehr als ein Betäubungsmittel oder ein Betäubungsmittel über die festgesetzte Höchstmenge hinaus oder unter Nichteinhaltung sonstiger Beschränkungen verschreibt,
3. a) Betäubungsmittel für andere als die in § 2 (4) bezeichneten Krankenhauseinrichtungen oder
b) für die Krankenhauseinrichtungen zulässige Betäubungsmittel unter Nichteinhaltung sonstiger Beschränkungen
verschreibt.

§ 11

Ordnungswidrigkeiten

Ordnungswidrig im Sinne des § 32 Abs. 1 Nr. 6 des Betäubungsmittelgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 5 Abs. 1 Satz 1 Betäubungsmittel nicht auf einem Betäubungsmittelrezept verschreibt,
2. entgegen § 5 Abs. 3 für seine Verwendung bestimmte Betäubungsmittelrezepte, außer im Vertretungsfall, überträgt oder bei Aufgabe der Tätigkeit dem Bundesgesundheitsamt nicht zurückgibt,
3. entgegen § 5 Abs. 4 Betäubungsmittelrezepte nicht gegen Entwendung sichert oder einen Verlust nicht unverzüglich anzeigt,
4. entgegen § 5 Abs. 5 oder § 7 Abs. 3 Satz 1 die dort bezeichneten Teile der Betäubungsmittelrezepte nicht oder nicht vorschriftsmäßig aufbewahrt,
5. entgegen §§ 6, 7 Abs. 2, § 8 Abs. 1 Satz 2 oder Abs. 4 eine Angabe nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Form macht,
6. einer Vorschrift des § 9 über die Führung von Aufzeichnungen, deren Prüfung oder Aufbewahrung zuwiderhandelt.

Zu § 11

Ordnungswidrig im Sinne des § 32 Abs. 1 Nr. 6 des Betäubungsmittelgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. Betäubungsmittel nicht auf einem Betäubungsmittelrezept verschreibt,

2. für seine Verwendung bestimmte Betäubungsmittelrezepte, außer im Vertretungsfall, überträgt oder bei Aufgabe der Tätigkeit dem Bundesgesundheitsamt nicht zurückgibt,
3. Betäubungsmittelrezepte nicht gegen Entwendung sichert oder einen Verlust nicht unverzüglich anzeigt,
4. die Teile III bzw. bei fehlerhaft ausgefertigten Betäubungsmittelrezepten die Teile I bis III der Betäubungsmittelrezepte nicht oder nicht vorschriftsgemäß aufbewahrt,
5. von den vorgeschriebenen Angaben auf dem Betäubungsmittelrezept eine Angabe nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Form macht,
6. einer Vorschrift über die Führung von Aufzeichnungen, deren Prüfung oder Aufbewahrung zuwiderhandelt.

Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu DM 50 000,— geahndet werden.

§ 12

Formblätter

Das Bundesgesundheitsamt gibt die amtlichen Formblätter für die Verschreibung (Betäubungsmittelrezepte) und für den Nachweis des Verbleibens (Karteikarten und Betäubungsmittelbücher) heraus und macht sie im Bundesanzeiger bekannt.

Zu § 12

Die vom Bundesgesundheitsamt herauszugebenden Formblätter können nur von diesem direkt — also nicht über die KVB-Bezirksstellen — bezogen werden (s. auch Erläuterungen zu § 5 Buchstabe a).

§ 14

Inkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1982 in Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt die Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung vom 24. Januar 1974 (BGBl. I S. 110), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 15. Juni 1981 (BGBl. I S. 530) außer Kraft mit Ausnahme des § 9 Abs. 2 Satz 2, § 12 Abs. 2 Satz 1 und § 15 Abs. 3 Satz 1, die am 31. Dezember 1984 außer Kraft treten.

Zu § 14

Die neue Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung trat am 1. Januar 1982 in Kraft.

Die Aufbewahrungsfrist für Betäubungsmittelrezepte, Betäubungsmittelkarteikarten und Betäubungsmittelbücher beträgt nach altem und neuem Recht drei Jahre.

Zusätzliche Hinweise

Verschreibung von Codein, Dihydrocodein, Ethylmorphin und Pholcodin

Die Verordnung von Zubereitungen der vorgenannten Stoffe erfolgt *nicht* mit Hilfe des Betäubungsmittelrezeptes. Da diese Arzneimittel der „Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel“ unterliegen, erfolgt die Verschreibung — so wie bisher — mittels des üblichen Rezeptvordruckes. Es dürfen aber nur solche Zubereitungen dieser Stoffe verschrieben werden, die bis zu 2,5 vom Hundert oder je abgeteilte Form bis zu 100 mg enthalten. Unstatthaft wäre beispielsweise die Verordnung einer 3%igen Ethylmorphin-Lösung (z. B. 3%ige Dionin Augentropfen).

Maßnahmen bei Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit

Nicht verbrauchte Betäubungsmittelrezepte sind an das

Bundesgesundheitsamt
Institut für Arzneimittel
(Bundesopiumstelle)
Stauffenbergstraße 13
1000 Berlin 30

zurückzuschicken.

Die gesammelten Teile III der Betäubungsmittelrezepte sind auch bei Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit drei Jahre aufzubewahren.

Nicht verbrauchte oder nicht mehr verkehrsfähige Betäubungsmittel (§ 16 Abs. 1 BtMG) sind in Gegenwart von zwei Zeugen so zu vernichten, daß eine Wiedergewinnung unmöglich ist. Über die Vernichtung ist eine Niederschrift zu fertigen, die ebenfalls drei Jahre aufzubewahren ist.

Anlage I zu Paragraph 1 Absatz 1 des Betäubungsmittelgesetzes:

nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel

Anlage II zu Paragraph 1 Absatz 1 BtMG:

verkehrsfähige, aber nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel

Auf einen Abdruck dieser Anlagen kann verzichtet werden, weil sie für die ärztliche Tätigkeit nicht relevant sind.

Anlage III zu Paragraph 1 Absatz 1 BtMG:
verkehrs-fähige, aber nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel

Teil A	(aus dem Einheits-Übereinkommen von 1961 und der Liste des Anhangs II des Übereinkommens von 1971 über psychotrope Stoffe)
Amphetamin	(±)- α -Methylphenethylamin
Cetobemidon	1-[4-(3-Hydroxyphenyl)-1-methyl-4-piperidyl]-1-propanon
Cocain	(-)-Methyl-[3 β -benzoyloxy-2 β (1 α H,5 α H)-tropancarboxylat]
Dextromoramid	(+)-3-Methyl-4-morpholino-2,2-diphenyl-1-(1-pyrrolidinyl)butanon
Dextropropoxyphen	(+)-(1-Benzyl-3-dimethylamino-2-methyl-1-phenylpropyl)propionat
	- ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III Teil B bei oraler Anwendung bis zu 2,5 vom Hundert oder je abgeteilte Form bis zu 150 mg Dextropropoxyphen oder eines seiner Salze enthalten -
Fentanyl	<i>N</i> -(1-Phenethyl-4-piperidyl)propionanilid
Hydrocodon	4,5 α -Epoxy-3-methoxy-17-methyl-6-morphinanon
Hydromorphon	4,5 α -Epoxy-3-hydroxy-17-methyl-6-morphinanon
Levomethadon	(-)-6-Dimethylamino-4,4-diphenyl-3-heptanon
Levorphanol	(-)-17-Methyl-3-morphinanol
Methamphetamin	<i>N</i> , α -Dimethylphenethylamin
Methaqualon	2-Methyl-3- <i>o</i> -tolyl-4(3 <i>H</i>)-chinazolinon
Methylphenidat	Methyl-[2-phenyl-2-(2-piperidyl)acetat]
Morphin	4,5 α -Epoxy-17-methyl-7-morphinen-3,6 α -diol
Normethadon	6-Dimethylamino-4,4-diphenyl-3-hexanon
Opium	der geronnene Saft der zur Art <i>Papaver somniferum</i> gehörenden Pflanzen
Oxycodon	4,5 α -Epoxy-14-hydroxy-3-methoxy-17-methyl-6-morphinanon
Pethidin	Ethyl-(1-methyl-4-phenyl-4-piperidincarboxylat)
Phenmetrazin	3-Methyl-2-phenylmorpholin
Piritramid	1'-(3-Cyan-3,3-diphenylpropyl)[1,4'-bipiperidin]-4'-carboxemid
Thebacon	4,5 α -Epoxy-3-methoxy-17-methyl-6-morphinen-6-ylacetat
Tilidin	Ethyl-(2-dimethylamino-1-phenyl-3-cyclohexen-1-carboxylat)
	- ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III je abgeteilte Form bis zu 750 mg Tilidin und, bezogen auf diese Menge, mindestens 7,5 vom Hundert Naloxonhydrochlorid enthalten. Für diese Zubereitungen gelten jedoch die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften über die Einfuhr, Ausfuhr und Durchfuhr -

Teil B

(aus der Liste des Anhangs III des Übereinkommens von 1971 über psychotrope Stoffe)

Amobarbital

5-Ethyl-5-isopentylbarbitursäure

- ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III (außer Codein)
 - a) je abgeteilte Form bis zu 100 mg Amobarbital enthalten oder
 - b) jedoch mit einem weiteren Stoff der Anlage III Teil B oder C zusammen keine größere Menge an Betäubungsmitteln enthalten als die geringere Menge, die bei einem der Stoffe (außer Codein) für ausgenommene Zubereitungen festgelegt ist.

Für diese Zubereitungen gelten jedoch die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften über die Einfuhr, Ausfuhr und Durchfuhr -

Cyclobarbital

5-(1-Cyclohexenyl)-5-ethylbarbitursäure

- ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III (außer Codein)
 - a) je abgeteilte Form bis zu 200 mg Cyclobarbital enthalten oder
 - b) jedoch mit einem weiteren Stoff der Anlage III Teil B oder C zusammen keine größere Menge an Betäubungsmitteln enthalten als die geringere Menge, die bei einem der Stoffe (außer Codein) für ausgenommene Zubereitungen festgelegt ist.

Für diese Zubereitungen gelten jedoch die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften über die Einfuhr, Ausfuhr und Durchfuhr -

Glutethimid

3-Ethyl-3-phenyl-2,6-piperidindion

- ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III
 - a) je abgeteilte Form bis zu 250 mg Glutethimid enthalten oder
 - b) jedoch mit einem weiteren Stoff der Anlage III Teil B oder C zusammen keine größere Menge an Betäubungsmitteln enthalten als die geringere Menge, die bei einem der beiden Stoffe für ausgenommene Zubereitungen festgelegt ist.

Für diese Zubereitungen gelten jedoch die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften über die Einfuhr, Ausfuhr und Durchfuhr -

Pentobarbital

5-Ethyl-5-(1-methylbutyl)-barbitursäure

- ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III (außer Codein)
 - a) je abgeteilte Form bis zu 110 mg Pentobarbital enthalten oder
 - b) jedoch mit einem weiteren Stoff der Anlage III Teil B oder C zusammen keine größere Menge an Betäubungsmitteln enthalten als die geringere Menge, die bei einem der Stoffe (außer Codein) für ausgenommene Zubereitungen festgelegt ist.

Für diese Zubereitungen gelten jedoch die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften über die Einfuhr, Ausfuhr und Durchfuhr -

Secobarbital

5-Allyl-5-(1-methylbutyl)barbitursäure

- ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III (außer Codein)
 - a) je abgeteilte Form bis zu 120 mg Secobarbital enthalten oder
 - b) jedoch mit einem weiteren Stoff der Anlage III Teil B oder C zusammen keine größere Menge an Betäubungsmitteln enthalten als die geringere Menge, die bei einem der Stoffe (außer Codein) für ausgenommene Zubereitungen festgelegt ist.

Für diese Zubereitungen gelten jedoch die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften über die Einfuhr, Ausfuhr und Durchfuhr -

Teil C	(aus der Liste des Anhangs IV des Übereinkommens von 1971 über psychotrope Stoffe)
Amfepramon	2-Diethylaminopropiophenon <ul style="list-style-type: none"> - ausgenommen in Zubereitungen ohne verzögerte Wirkstofffreigabe, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III je abgeteilte Form bis zu 25 mg Amfepramon und in Zubereitungen mit verzögerter Wirkstofffreigabe bis zu 75 mg Amfepramon enthalten -
Barbital	5,5-Diethylbarbitursäure <ul style="list-style-type: none"> - ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III (außer Codein oder Dihydrocodein) <ul style="list-style-type: none"> a) bis zu 10 vom Hundert oder je abgeteilte Form bis zu 500 mg Barbital enthalten oder b) jedoch mit einem weiteren Stoff der Anlage III Teil B oder C zusammen keine größere Menge an Betäubungsmitteln enthalten als die geringere Menge, die bei einem der Stoffe (außer Codein oder Dihydrocodein) für ausgenommene Zubereitungen festgelegt ist -
Ethchlorvynol	1-Chlor-3-ethyl-1-penten-4-in-3-ol <ul style="list-style-type: none"> - ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III je abgeteilte Form bis zu 250 mg Ethchlorvynol enthalten -
Ethinamat	1-Ethinylcyclohexylcarbamat <ul style="list-style-type: none"> - ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III je abgeteilte Form bis zu 500 mg Ethinamat enthalten -
Mazindol	5-(4-Chlorphenyl)-2,5-dihydro-3H-imidazo[2, 1-a]isoindol-5-ol <ul style="list-style-type: none"> - ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III je abgeteilte Form bis zu 1 mg Mazindol enthalten -
Meprobamat	2-Methyl-2-propyltrimethylendicarbammat <ul style="list-style-type: none"> - ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III (außer Codein) <ul style="list-style-type: none"> a) je abgeteilte Form bis zu 500 mg Meprobamat enthalten oder b) jedoch mit einem weiteren Stoff der Anlage III Teil B oder C zusammen keine größere Menge an Betäubungsmitteln enthalten als die geringere Menge, die bei einem der Stoffe (außer Codein) für ausgenommene Zubereitungen festgelegt ist -
Methylphenobarbital	5-Ethyl-1-methyl-5-phenylbarbitursäure <ul style="list-style-type: none"> - ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III (außer Codein) <ul style="list-style-type: none"> a) je abgeteilte Form bis zu 200 mg Methylphenobarbital enthalten oder b) jedoch mit einem weiteren Stoff der Anlage III Teil B oder C zusammen keine größere Menge an Betäubungsmitteln enthalten als die geringere Menge, die bei einem der Stoffe (außer Codein) für ausgenommene Zubereitungen festgelegt ist -
Methyprylon	3,3-Diethyl-5-methyl-2,4-piperidindion <ul style="list-style-type: none"> - ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III je abgeteilte Form bis zu 200 mg Methyprylon enthalten -
Phenobarbital	5-Ethyl-5-phenylbarbitursäure <ul style="list-style-type: none"> - ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III (außer Codein)

- a) bis zu 10 vom Hundert oder je abgeteilte Form bis zu 300 mg Phenobarbital enthalten oder
- b) jedoch mit einem weiteren Stoff der Anlage III Teil B oder C zusammen keine größere Menge an Betäubungsmitteln enthalten als die geringere Menge, die bei einem der Stoffe (außer Codein) für ausgenommene Zubereitungen festgelegt ist –

Phentermin

α,α -Dimethylphenethylamin

- ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III je abgeteilte Form bis zu 16 mg Phentermin enthalten –

Pipradrol

α -(2-Piperidyl)benzhydrolalkohol

- ausgenommen in Zubereitungen, die ohne einen weiteren Stoff der Anlagen I bis III je abgeteilte Form bis zu 1,5 mg Pipradrol enthalten –
- die Isomere der in dieser Anlage aufgeführten Stoffe, wenn sie nicht besonders ausgenommen sind und das Bestehen solcher Isomere in der bestimmten chemischen Bezeichnung möglich ist;
- die Ester, Ether und Molekülverbindungen der in dieser Anlage aufgeführten Stoffe, wenn sie nicht in einer anderen Anlage verzeichnet sind und das Bestehen solcher Ester, Ether und Molekülverbindungen möglich ist;
- die Zubereitungen der in dieser Anlage aufgeführten Stoffe, wenn sie nicht
 - a) ohne am menschlichen oder tierischen Körper angewendet zu werden, ausschließlich diagnostischen oder analytischen Zwecken dienen, und ihr Gehalt an einem oder mehreren Betäubungsmitteln jeweils 0,001 vom Hundert nicht übersteigt, oder
 - b) besonders ausgenommen sind.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Alfons Geith, Allgemein-
arzt, Wagnerwirtsgasse 8, 8070 In-
golstadt;

Dr. med. Carloscar Gerasch, Allge-
mein-
arzt, Riehlstraße 9, 8182 Bad
Wiessee;

Medizinaldirektor Dr. med. Ernst
Gutsch, Seeshaupter Straße 21,
8000 München 71;

Dr. med. Johann Hirschmann, Lei-
tender Chefarzt, Äpflet 5, 8492 Furth
im Wald;

Dr. med. Franz Kimberger, Allge-
mein-
arzt, Unterfürbergerstraße 56,
8510 Fürth.

Dr. med. Josef Aldenhoff, Max-
Planck-Institut für Psychiatrie der
Universität München, Kraepelin-
straße 2 und 10, 8000 München 40,
und Dr. med. Waldemar Greil,
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
der Universität München, Nußbeum-
straße 7, 8000 München 2, wurden
im Rahmen des 12. Nürnberger Psy-
chopharmakologie-Symposions mit
dem Plotzitzko-Gedächtnis-Preis
ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Henner Graeff,
Extraordinarius, Ismaninger Straße
22, 8000 München 80, wurde auf den
Lehrstuhl für Frauenheilkunde der
Technischen Universität München
berufen. — Ferner wurde ihm die
Leitung der Frauenklinik und Poli-
klinik der Technischen Universität
München im Klinikum rechts der Isar
übertragen.

Professor Dr. med., Dr. med. dent.
Gerhard Steinhardt, Höhenberg-
straße 19, 8133 Feldafing, wurde von
der Tokyo Medical and Dental Uni-
versity für seinen großen Beitrag,
den er in Lehre und Forschung an
dieser Universität geleistet hat, aus-
gezeichnet. — Ferner wurde Profes-
sor Dr. Dr. Steinhardt zum Ehrenmit-
glied der Deutschen Gesellschaft für
Kiefer- und Gesichtschirurgie ernannt.

Dr. med. J. Thürauf, Dr. med. R.
Schiele, Dr. med., Dr. rer. nat. J.
Gonzales, Dip.-Ing. K.-H. Schaller,
alle Institut für Arbeits- und Sozial-
medizin und Poliklinik für Berufs-
krankheiten der Universität Erlan-
gen-Nürnberg, Schillerstraße 25 und
29, 8520 Erlangen, erhielten für ihre
Arbeit „Früherkennung von Nieren-
schäden bei beruflich gegenüber
Blei, Quecksilber und Cadmium ex-
ponierten Personen“ den Franz-
Koelsch-Preis.

Dr. Giesen †

Am 21. März 1982 verstarb Dr. med.
Heinrich Giesen im 73. Lebensjahr.
Dr. Giesen, ein Standespolitiker der
ersten Stunde nach dem Kriegsende,
war früher als Allgemein-
arzt in Kro-
nach/Ofr. tätig. Von 1964 bis 1967
hatte er das Amt des Stellvertreten-
den Vorsitzenden der Kassenärzt-
lichen Vereinigung Bayerns inne,
von 1968 bis 1972 den Vorsitz der
Vertreterversammlung der KVB.

Wir werden dem Kollegen stets ein
ehrendes Andenken bewahren.

Amtliches

**Informationen zum neuen
Betäubungsmittelgesetz**

Durch Gesetz vom 28. Juli 1981 (in
Kraft getreten am 1. Januar 1982)
hat das Betäubungsmittelrecht eine
Neuordnung erfahren.

In der Mitte dieser Ausgabe finden
Sie — herausnehmbar — die den Arzt
betreffenden Bestimmungen der Be-
täubungsmittel-Verschreibungs-Ver-
ordnung in der nunmehr geltenden
Fassung mit Erläuterungen und Hin-
weisen.

Hautschäden · Hämorrhoiden · Entzündungen

Gelum-L Salbe
Dermatologikum

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

Zusammensetzung: Kalium-Diolein (III)-triphosphat-Dihyalum-Eisen (III)-
citrat-Komplex-poly-Borsäureglyceroläster 74,9 g, Urea purum 5,0 g, Eucerinum
anhydricum 15,0 g, Lanette 5,5 g, Indolalkaliole: Menthol, Pyroterpen,
Methylchlof, (Dermatitis atrophoides), Sonnenbrand, Verbrennungen,
Insekten der Haut, Berufsallergien, Kontaktallergien: Nicht bekannt.
Hinweise: Nicht in offene Wunden bringen! Handelsformen: Tube mit 50 g
DM 7,86, Tube mit 100 g DM 14,40, Klinikpackungen mit 250 g und 1000 g.

Gelum-Supp
Antivirikosum

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

Zusammensetzung: Kalium-Diolein (III)-triphosphat-Dihyalum-Eisen (III)-
citrat-Komplex 0,16 g, p-Hydroxybenzoesäure-nonyl-ester 0,004 g, p-Amino-
benzoesäure-nonyl-ester 0,04 g, Suppos. Mease ad 2,0 g, Indolalkaliole: innere
und äußere Hämorrhoiden, jeder abganz Entzündungen des Analbereichs
und des Unterleibes, Proctitis, Kontaktallergien: 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-Diolein (III)-triphosphat-Dihyalum-Eisen (III)-
citrat-Komplex-poly-Borsäureglyceroläster c. Aqua 84,8 g, Isotria Emulsion
ad 100,0 g, Indolalkaliole: Arthritiden, entzündliche Gewebsverletzungen,
Verwundungen, Blutergüsse, Verbrennungen, Kontaktallergien: Nicht
bekannt. Hinweise: Nicht in offene Wunden bringen! Handelsformen: 50 g
DM 7,86, 100 g DM 14,40, Klinikpackungen mit 250 und 1000 g.



DRELSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Österreich für Österreich: Magister DOBPAR Ges. m. b. H.,
Waldemarstr. 50 · A-1190 WIEN

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Ebaradorf bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Naustadt 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

Wallental, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:

1 Augenarzt

Kronach:

1 Augenarzt

Bayreuth:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Naustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

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-Galsmannshof/Muggenhot/Höfen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Langwasser-Süd:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Leonhard/Sünderbühl/Großreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Reichelsdorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schweinau:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schoppershof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Schillingsfürst, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Planungsbereich Dinkelsbühl,**Lkr. Ansbach:**

1 Augenarzt

Planungsbereich Roth, Lkr. Roth:

1 Augenarzt

Planungsbereich Fürth, Lkr. Fürth:

1 Chirurg

Planungsbereich Neustadt a. d. Alach,**Lkr. Neustadt a. d. Alach – Bad Windsheim:**

1 Frauenarzt

Planungsbereich Ansbach,**Lkr. Ansbach:**

1 HNO-Arzt

Planungsbereich Weißenburg-Gunzen-**hausen, Lkr. Weißenburg-Gunzen-****hausen:**

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

Mömbria, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Fuchsstadt, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Zeitlofa, 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

Grettstadt, OT Unferauerheim,**Lkr. Schweinfurt:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kist, Lkr. Würzburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

Volkach, Lkr. Kitzingen:

1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:

1 HNO-Arzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

Karlstadt oder Markthaldenteich,**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

Flossenbürg, Lkr. Neustadt/WN:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Fuchsmühl, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Weizsäckchen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Eachenbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Furth i. Wald/Waldmünchen, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

Kötzling, Lkr. Chem:

1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwendorf:
1 Augenarzt

Roding, Lkr. Cham:
1 Augenarzt

Vohenstreuß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Cham:
1 HNO-Arzt

Stedt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 HNO-Arzt

Stadt Cham, Lkr. Cham:
1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:
1 Hauterzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Stadt Welden:
1 Hautarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kindererzt

Furth i. Weid, Lkr. Chem:
1 Kindererzt

Kötzting, Lkr. Chem:
1 Kindererzt

Nebburg, Lkr. Schwendorf:
1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Kinderarzt

Vohenstreuß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Stadt Chem, Lkr. Chem:
1 Nervenarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:
1 Nervenarzt

Stedt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Nervenarzt

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

Niederbayern

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Augenarzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Regen, Lkr. Regen:
1 Hautarzt

Lkr. Rottal-inn:
1 Heutarzt

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 HNO-Arzt

Stedt oder Lkr. Pesseu:
1 HNO-Arzt

Bogen, Lkr. Streubing-Bogen:
1 Kinderarzt

Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Nervenarzt

Kelheim, Lkr. Keiheim:
1 Nervenarzt

Regen, Lkr. Regen:
1 Nervenarzt

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

Schwaben

Thierhaupten-Unterbear, Lkr. Augsburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weißenhorn, Lkr. Neu-Ulm:
1 Augenerzt

Gersthofen, Lkr. Augsburg:
1 Kindererzt

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.

sinupret®

bei
Sinusitiden und
Sinobronchitiden

Zusammensetzung: 100 g enthalten 29 g Mazerat (Auszugsmittel 58,9 G/G Ethanol) aus Rad. Gentianae 0,2 g, Flor. Primulae cum Calyc. 0,6 g, Herb. Rumicis acet. 0,6 g, Flor. Sambuci 0,6 g, Herb. Verbenae 0,6 g. 1 Dragee enthält Rad. Gentianae 0,006 g, Flor. Primulae cum Calyc. 0,018 g, Herb. Rumicis acet. 0,018 g, Flor. Sambuci 0,018 g, Herb. Verbenae 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 Dragees. **Handelsformen:** OP mit 100 ml DM 9,45, OP mit 60 Dragees DM 9,45, OP mit 240 Dragees DM 28,30, Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragees.


bionorica
Nürnberg 1

„Koalition der Vernunft“

Sitzung am 31. März 1982 in Hersbruck

Am 4. November 1981 hatten sich die Landesverbände der Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen in Bayern sowie die Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern mit ihren Partnern im ambulanten Gesundheitsbereich, das sind die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns, die Bayerische Landesapothekerkammer und der Bayerische Apothekerverein, sowie der Landesverband Bayern der Pharmazeutischen Industrie zu einer „Koalition der Vernunft“ zusammengeschlossen. Der Gründung liegt die Erkenntnis zugrunde, daß sich Kostenprobleme in der Krankenversicherung auf Dauer und ohne Schaden für unsere Gesellschaft nur durch Sechserstand und das verantwortungsbewußte Verhalten der unmittelbar Beteiligten lösen lassen. Deshalb stellten sich die „Koalitions“-Partner die Aufgabe, zur Stabilisierung der Beitragssätze in der Krankenversicherung im jeweils zu vertretenden Ausgabenbereich verstärkt **Kostenmitverantwortung** zu übernehmen. Diese Mitverantwortung bezieht sich allerdings nur auf 60 Prozent der Ausgaben der Krankenversicherung. Dabei muß das Wohl und Interesse des Versicherten bei voller Wahrung der Grundsätze der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit stets im Mittelpunkt stehen.

In der Zusammenkunft am 31. März 1982 in Hersbruck wurde von der „Koalition der Vernunft“ festgestellt, daß es im Jahre 1981 möglich war, dem Ziel näherzukommen: Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen des Jahres 1981 sind die Ausgaben in diesem Jahr mit knapp 7 v. H. geringer gestiegen als im Jahr 1980 zu 1979 (+ 9,5 v. H.). Dies eröffnet nach Feststellung der Krankenkassenverbände die gute Chance, daß in Bayern die Beitragssätze allgemein im Jahre 1982 nicht weiter steigen werden.

Die Partner der „Koalition der Vernunft“ wollen dazu ihren Beitrag leisten: So werden die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns bei ihren Ärzten und Zahnärzten die Informationen und Beratungen über zielgerechtes und wirtschaftliches Tun verstärken. Die Pharmazeutische Industrie wird erneut an ihre Mitglieder

appellieren, 1982 in der Preisgestaltung für Arzneimittel Stabilität zu wahren. Die Krankenkassen werden bei ihren Versicherten das Verantwortungsbewußtsein für die Kosten fördern.

Die Partner in der „Koalition der Vernunft“ sind aber auch voll der Sorge, daß sie im „Kosten-dämpfen“ auf der Strecke bleiben. Von ganz besonderer Qualität für das systemerhaltende Ziel, nämlich den Einklang des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung herzustellen, ist nun einmal die Frege der Entwicklung der Krankenhauspflegesätze. In der „Konzertierten Aktion des Gesundheitswesens“ am 24. März 1982 ist erneut deutlich geworden, daß starke politische Kräfte im Bund und in den Ländern nicht bereit sind, Instrumente für die Kostenbeeinflussung im Krankenhausbereich zu schaffen. Damit gibt es auch weiterhin für rund 30 v. H. der Ausgaben der Krankenversicherung, das ist der stationäre Bereich, keine Kostendämpfungsinitiativen, die solchen im ambulanten Bereich entsprächen. Dies freilich war für die Partner der bayerischen „Koalition der Vernunft“ nicht Anlaß zur Resignation. Sie bekannten sich erneut zum „Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“, um den teuren Krankenhaussektor zu entlasten.

Die bayerische „Koalition der Vernunft“ befaßte sich aber auch mit den Plänen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, zusätzlich zu seinem mehr dirigistischen als wirksamen Kostendämpfungsgesetzen strukturell in die Krankenversicherung einzugreifen; sie hat keinen weiteren Regelungsbedarf durch den Gesetzgeber gesehen. Das Jahresergebnis 1981 zeigt, daß Selbstverwaltung und Konsens aller Beteiligten erfolgreicher sind als gesetzliche Reglementierungen; es sollte endlich erkannt werden, daß Kostenprobleme in der Krankenversicherung nicht mit dirigistischen gesetzgeberischen Maßnahmen zu bewältigen sind.

Die Partner der bayerischen „Koalition der Vernunft“ appellieren an den Gesetzgeber, sich zu beschränken und auf weitere Gesetzesinitiativen zu verzichten.

Kein Pardon beim Artenschutz

Verstärkte Kontrollen und ein schärferes Durchgreifen der Behörden, aber auch ein wachsendes Verantwortungsbewußtsein der Bevölkerung sind die Ursachen eines insgesamt festzustellenden Rückgangs des Handels mit gefährdeten Arten freilebender Tiere und Pflanzen. Darauf hat Umweltstaatssekretär Dr. Max Fischer jetzt in einem Bericht seines Ministeriums über den Vollzug des Washingtoner Artenschutzabkommens an den Bayerischen Landtag hingewiesen, den das Parlament angefordert hatte. Das Washingtoner Artenschutzabkommen stellt über 30 000 meist außereuropäische Tier- und Pflanzenarten, die von der Ausrottung bedroht sind, unter den gesetzlichen Schutz der Signatarstaaten, die sich darin verpflichtet hatten, weder den Handel noch die Einfuhr von lebenden oder toten Exemplaren vom Aussterben bedrohter Arten in ihrem Hoheitsgebiet zu dulden. Nach erheblichen Anfangsschwierigkeiten beim Inkrafttreten des Abkommens in der Bundesrepublik im Juni 1976, so berichtet der Staatssekretär, wirkten sich die Kontrollen vor allem durch eigens dafür bestimmte Zolldienststellen und durch die unteren Naturschutzbehörden zunehmend auf den Handel aus. Allein im Bereich der Oberfinanzdirektion München, haben die Zolldienststellen bisher in rund 900 Fällen seit 1979 ermittelt, in denen lebende oder tote Exemplare und Waren von Affen, Katzen, Elefanten, Graufvögeln, Papageien, Schildkröten, Krokodilen, Waranen und Schlangen im Wert von gut einer Million Mark ohne die erforderlichen Dokumente eingeführt wurden. Die verhängten Sanktionen müssen die Betroffenen auch wirtschaftlich in einschneidender Weise treffen, heißt es in dem Bericht, da sonst bei den oft recht beträchtlichen Gewinnen aus dem illegalen Handel mit den nach dem Abkommen geschützten Exemplaren rela-

tiv geringe Geldbußen als „Geschäftsrisiko“ in Kauf genommen würden.

Der Schwerpunkt des Vollzugs liegt zwar eindeutig beim Bund, der allein für die Abwicklung an den Grenzen zuständig ist, so daß die Tätigkeit der unteren Naturschutzbehörden für den Vollzug des Abkommens in Bayern sich nach den Worten von Dr. Fischer im wesentlichen auf Überprüfungen der Fälle beschränkt, bei denen Hinweise auf Verstöße vorliegen, oder sonstige Erkenntnisse eine Kontrolle erforderlich erscheinen lassen (Erwerb oder Verkauf illegaler Exemplare).

Einem effektiven Vorgehen stünden jedoch eine Reihe von Hindernissen entgegen: Häufig beriefen sich die Betroffenen darauf, daß es sich um Exemplare handelt, die vor dem Inkrafttreten des Abkommens erworben wurden oder sich in ihrem Besitz befanden. Dr. Fischer: „Da solche Exemplare nicht unter die Gesetzesbestimmungen fallen und auch eine Befristung für den Nachweis des Vorerwerbs nicht besteht, mußten viele Ermittlungen eingestellt werden, weil – trotz erheblicher Verdachtsmomente – ein zur Verurteilung ausreichender Nachweis nicht erbracht werden konnte.“ Aufgrund dieser Ländererfahrungen sei nun allerdings in die Bundesartenschutzverordnung vom August 1980 eine „umgekehrte Beweislastregelung“ aufgenommen worden. Danach müsse ein Eigentümer seinerseits die Rechtmäßigkeit seines Besitzes nachweisen.

Nachteilig ist nach Ansicht von Dr. Fischer auch die fehlende Verpflichtung zur Kennzeichnung von Exemplaren, die in Übereinstimmung mit den Vorschriften in den Geltungsbereich des Gesetzes zum Washingtoner Abkommen gelangt sind. Deshalb könnten Be-

troffene mit der Vorlage eines legalen Papiers unter Umständen illegale Einfuhren immer wieder abdecken, z. B. als angeblicher Ersatz für eingegangene oder illegal weiterveräußerte Tiere. Gerade bei einer größeren Anzahl von Exemplaren einer Tier- oder Pflanzenart auf den Dokumenten lasse sich bei einer späteren Überprüfung nicht mehr mit Sicherheit feststellen, ob ein bestimmtes Exemplar zu den für den Handel freigegebenen Exemplaren gehöre. Auch die jetzt durch die Bundesartenschutzverordnung eingeführte Aufzeichnungs- und Kennzeichnungspflicht helfe nicht umfassend weiter, weil diese Verpflichtung nur bestehe, soweit dies mit angemessenem Aufwand möglich sei, was gerade bei lebenden Exemplaren erhebliche Schwierigkeiten bereite.

Bekannt sind nach den Worten des Staatssekretärs auch die Schwächen der sogenannten EG-Klausel, weil durch das damit verbundene Anerkennungsprinzip der ordnungsgemäßen Einfuhr in einem EG-Land nicht ausgeschlossen werden könne, daß der Handel versuche, geschützte „Arten über die Länder mit den vermeintlich schwächeren Grenzkontrollen“ einzuführen. Als ungünstig erweise sich ferner, daß das Verbot des Inverkehrbringens von Exemplaren ohne die erforderlichen Dokumente nur bei gewerbsmäßiger Tätigkeit gelte.

Darüber hinaus gestalteten sich die Nachprüfungen selbst schwierig und zeitraubend, weil die Herkunftsnachweise beanstandeter Exemplare oftmals über viele Stationen führten, wenn z. B. Vollzugsbehörden anderer Bundesländer oder ausländische Stellen eingeschaltet werden müßten, die ihrerseits erst weitere Ermittlungen durchzuführen hätten. Die Bayerische Staatsregierung ist nach dem Bericht laufend bemüht, mit dem zuständigen Bundesminister und den anderen Ländern auf eine Behebung dieser Schwierigkeiten hinzuwirken, wie sie zum Teil durch die Einführung der Beweislast- bzw. Kennzeichnungsregelung in der Bundesartenschutzverordnung gelungen sei. Um die Schwierigkeiten bei der Identifizierung der vom Artenschutzabkommen erfaßten weit über 30 000 meist außereuropäischen Tier- und Pflanzenarten zu überwinden, werden neben den listenmäßig festgehaltenen anerkannten Sachverständigen häufig auch die jeweils nächstgelegenen Fachinstitute und Hochschulen Bayerns auf dem Gebiet der Tier- und Pflanzenkunde eingeschaltet.

Michael Gscheidle

Alfred Rottler 70 Jahre

Unser Confrère Alfred Rottler darf am 25. Mai dieses Jahres in körperlicher und geistiger Frische seinen 70. Geburtstag feiern. Der „Äskulap und Pegasus“ freut sich darob ganz besonders, ist doch der Jubilar ein bewährter Mitarbeiter unserer Spalte im „Bayerischen Ärzteblatt“. Er hat sich noch nie einer Bitte nach einem Tagungsbericht versagt. Letztere sind überdies stets lebendig und auch für Außenstehende interessant und lesenswert geschrieben, was mir oftmals von Kollegen versichert wurde. So ist der Jubilar den Lesern von „Äskulap und Pegasus“ wohl bekannt, er wurde zudem in Heft 2/1970, Seite 196, des „Bayerischen Ärzteblattes“ vorgestellt; zehn Jahre später wurden in Heft 11/1980, Seite 1082, Ausschnitte aus seinem umfangreichen schriftstellerischen Schaffen gegeben. Wir wollen daher an dieser Stelle auf eine chronologische Wiederholung seiner Lebensdaten und seines Lebenswerkes verzichten. Der Originalität halber sei hier nur seine humorvolle „Auto“-Biographie angeführt:

„Erstes Auto 1938 mit 26 Jahren, vorher Fahrrad, weil Ärzte erst dann anfangen zu verdienen. Bald darauf Auto, auch Bekleidung und Verpflegung von großdeutscher Wehrmacht gestellt. Mit Feind-Auto ins englische K. Z. Die Eltern besaßen kein Auto, weil der bildhauernde Vater meist arbeitslos war, die waschend allein verdienende Mutter keine Zeit zum Erwerb eines Führerscheins hatte. Zur Zeit Auto für mich aus Berufsgründen vom Finanzamt genehmigt, aber wie alles mit dem Dritten, nicht wie im finstern Mittelalter mit dem Zehnten versteuert. Auch im Auto mitunter Dichtungen.“

Der Jubilar war – das darf man wohl zu Recht sagen – von Anfang an für die Idee der Schriftstellerärzte geradezu besessen. Er hat bereits 1966 den allerdings erfolglosen Versuch gemacht, durch einen Aufruf im „Deutschen Ärzteblatt“ einen Bundesverband deutscher Schriftstellerärzte ins Leben zu rufen und besuchte in jener Zeit die UMEM-Kongresse in Debreca, Rom und Nizza.



Er war natürlich auch bei der Gründung der bayerischen Schriftstellerärzte durch Schauwecker am 19. April 1969 in Regensburg mit dabei (s. „Bayerisches Ärzteblatt“ 6/1969, S. 597). Bei der Gründung des BDSÄ wurde er zum ersten Verbandssekretär gewählt und auf der UMEM-Tagung 1972 in Regensburg zum Generalsekretär für die schriftstellerisch-literarischen Fragen bestellt. Seit dieser Zeit widmet er sich mit großem Engagement diesem Amt. Damit waren auch manche Auslandsreisen verbunden, wie eine solche zu den brasilianischen Schriftstellerärzten (s. dazu „Bayerisches Ärzteblatt“ 1/1977, S. 543). Confrère Rottler hat kürzlich auch am 5. World Congress of Poets in San Francisco Beziehungen zu den schriftstellenden Ärzten in den USA geknüpft, um dort einen nationalen Schriftstellerverband zu initiieren. Dasselbe versuchte er im September 1981 beim Besuch eines Dichterkongresses in Schweden.

Sein persönlicher Einsatz für die UMEM zeigte sich auch darin, daß er seit 1979 aus eigener Initiative – sozusagen kraft seines Amtes als Generalsekretär – eine jährlich erscheinende illustrierte Zeitschrift „Musa medica“ herausbringt. Dazu schreibt er in der ersten Nummer: „Ich wünsche mir, daß diese erste

Zeitung für die UMEM nicht die letzte sei, damit wir zukünftig in unserer prächtigen Organisation eine innige Verbindung unter den einzelnen consoeurs und confrères erleben dürfen. Sie erscheint mir lebenswichtig und mit ihr hoffe ich, die ermatteten Lebensgeister aufzurütteln.“

Wir konnten diesen Glückwunschartikel nur auf ein kleines, dem Jubilar besonders am Herzen liegendes Arbeitsgebiet beschränken, verbunden mit dem Dank für seine Arbeit, die dem Ansehen des deutschen Schriftstellerverbandes im Ausland dient.

Der Jubilar ist ein unverfälschter „Nürnbergcher Paiterläsbou“ und er ist es seinem innersten Wesen nach auch durch sein ganzes Leben geblieben. Wer, wie der Referent, in der Nähe Nürnbergs aufgewachsen ist, weiß, daß die „Paiterläsbou“ manchmal eine etwas rauhe Schale, dafür aber einen um so wertvolleren Kern besitzen. Wenn man zu letzterem einmal vorgedrungen ist, dann nimmt man die rauhe Schale gerne in Kauf.

Der „Äskulap und Pegasus“ wünscht daher dem Jubilar fürs kommende Lebensjahrzehnt weiterhin so viel Vitalität, Engagement und Idealismus für die Belange der Schriftstellerärzte wie bisher. Möge Confrère Alfred Rottler uns bayerischen Schriftstellerärzten, dem BDSÄ und der UMEM noch recht lange erhalten bleiben!

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Im Anschluß bringen wir eine Würdigung der schriftstellerischen Leistung Alfred Rottlers aus der Feder von **Consoeur Marla Bednara**:

Alfred Rottler wird am 25. Mai 1982 70 Jahre alt. Wer sein jugendliches Gesicht kennt, seine sportliche Elastizität beobachtet, seine geistige Aktivität ermißt, der hält es kaum für möglich, daß Alfred Rottler schon an der Schwelle seines achten Lebensjahrzehntes steht.

Er sagt in seinem Lyrikband „Federn im Herbstwind“:

„Wie liebe ich die Erinnerung
mein eignes Bildnis
da es jung;
Wie wird sich mir mein Selbst und Elgen
nach weiteren vielen Jahren zeigen –“

Die Antwort ist eigentlich schon gegeben, jugendlich, aktiv, sportlich. Das sind die Kennzeichen des „Selbst und Eigen“ nach vielen Jahren. Alfred Rottler, der Lebensbejaher, der Optimist, der Helfende, der ohne Mißgunst und Neid durch die Welt geht – vielleicht ist es das letztere, was ihn „frei“ macht und ihm die Kraft gibt, so zu sein, wie er ist. Sein künstlerischer Sinn ist tief ausgeprägt und schenkt ihm die Freude an sich selbst.

Erinnerungen, nicht nur an die Jugendzeit, sondern auch an spätere Jahre, kann Alfred Rottler in Hülle und Fülle an sich vorüberziehen lassen. Sei es seine Liebe zur Praxis und zum Sport, seien es seine vielen Reisen, ob privater Art oder im Auftrag der Schriftstellerverbände des In- und Auslandes, seien es seine vielen Ämter und Aufgaben, die er mit Liebe, Fleiß und Gewissenhaftigkeit versieht, seien es seine vielseitigen Veröffentlichungen (Lyrik, Prosa, Reiseberichte, Novellen, Romane, Theaterstücke... – Er ist Herausgeber der „Musa Medica“), all das gab und gibt seinem Leben den Aufschwung, den er für das „Alltägliche“ braucht. Mehrere seiner Gedichtbände sind von Frau Professor Gerda Huber, Malerin und Grafikerin, mit feiner Feder illustriert worden und so ist dem Lesenden nicht nur das Wort, sondern auch die „Sehensfreude“ an den überaus feinsinnigen, aber auch markanten eigenwilligen Zeichnungen gegeben. Viele seiner Poeme sind vertont worden. Alfred Rottler schreibt in seinem Lyrikband „Den Sternen verschwiebert“ in japanisch anmutenden Gedanken schwelgender Lyrik:

„Wenn es sie nicht gäbe –
ich würde die Liebe erfinden ...“

Es ist die schönste Aussage seines Lebens – und wenn man darüber

nachdenkt, müßte man das gleiche sagen! Der große Trost bleibt – es gibt sie, die Liebe.

In manchen seiner Poeme findet man elegische Gedanken, die an das „Später“ erinnern sollen. Sein Gedichtband „Windstille Sonnentage“ bringt das einige Male zum Ausdruck:

Die klare Schale
vom Sonnentag gereicht
ist leer.

Beim Abendmahle
bin ich oder Du vielleicht
nicht mehr.

Wenn Dir das taule
Dämmern alle Farben bleicht
komm her.

Leg mir die schmale
Hand auf's Haar. Die Zeit verstreicht –
Ruft wer?

Dieser „Ausklang“ so nennt er die Verszeilen, ist so positiv, wie er vielleicht negativ sein sollte – wer „ruft“, natürlich „Er“. Die schmale Hand, wird sie ihn begleiten? Dieses enthält das Wissen um das Zueinandergehören: Du bist bei mir. Wenn Alfred Rottler in seinem Lyrikband „Charakter und Landschaftsbilder“ das künstlerische Sein des tauben Ludwig van Beethoven so kurz und einfach zusammenfaßt:

„Der nimmer hört die Welt, sie hört ihn
doch Tاتمensch und Träumender, Titan
der Töne
Einsam ins All steigt seine Stimme hoch.“

Dann denkt man an alle Menschen, die, behindert, anderen Wunderbares geben, weil sie sich grenzenlos in sich vertiefen können und sich damit weiterschenken.

Im gleichen Band kommt seine Sehnsucht nach dem Süden zum Ausdruck:

„Die Fächer der Pinien
Auf dem Weg nach Neapel –

In der sengenden Sonne
Spendeten Schatten“

Pinien, Neapel, Sonne Schatten... das ist der Inbegriff des Südens, dem wir nördlichen Völker seit Jahrhunderten verfallen waren und sind.

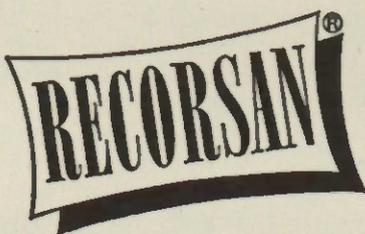
Alfred Rottler, ein Mann mit Phantasie und großem Wissen um Kultur und Kunst, gibt in seinem Buch „Brautzug nach Kärnten“ jene Ausstrahlung, die ihn und den Leser in eine Traumwelt versinken läßt, die dennoch ganze Wirklichkeit ist. Das Buch – wie es im Vorwort heißt – ist eine „Insel des Erlebens und der Verinnerlichung“. Werschreibt heute noch so innige, aus Liebe geformte Gedanken nieder?

Alfred Rottlers Buch „Die Hochzeit des Staufers“ ist wiederum verflochten mit der in seiner Phantasie lebenden „Romana“, die auch im „Brautzug“ geistdurchtränkte Begleiterin und Geliebte war, mit welcher er den Weg über die Alpen nachvollzieht, den Friedrich II, Enkelsohn des Kaisers Barbarossa, im Jahre 1212 mit seinen Mannen wählte. Es ist ein Buch, das Romantik, Wirklichkeit, Historik, Philosophie und den Enthusiasmus Alfred Rottlers mit den Menschen verbindet, mit denen er sich „eins weiß in einer umfassenden Humanitas der festbegründeten abendländischen Kultur“.

Wenn man das bisherige Leben Alfred Rottlers zusammenfaßt, bleibt eine bunte Farbenmelodie wie ein Mosaik in den Netzen seines weitgespannten Daseins hängen und läßt seine Tiefen und Höhen schwingen.

Alfred Rottler, jugendlicher Mann mit 70 Jahren, behalte Deine Aktivität, Deinen Frohsinn, Deine Güte – ein Händedruck für Dich.

Dr. med. Maria Bednara, München



RECORSAN-LIQUID.

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

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

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol Auszüge aus: Crataegus 37,5 g. Adonis,
Visc. alb. ää 87 g. Apium grav. Auricul. ää 73 g. Val. 13 g. Cola 4,3 g. • 30 ml DM 6,14

Recorsen-Gesellschaft Gräfelfing

Hochkonjunktur der Sozialpolitik

Die Sozialpolitik hat Hochkonjunktur. Die Ergebnisse der Bemühungen stehen aber nicht in einem angemessenen Verhältnis zum politischen Aufwand. Das gilt aber derzeit ganz allgemein für die Bonner Politik. Reden und Streiten ersetzt politisches Handeln und tatkräftiges Regieren. Die Auguren sprechen vom Ende der Koalition. Das könnte sich als voreilig erweisen. Totgesagte sollen ja bekenntlich länger leben. Dennoch läßt sich nicht erkennen, wie die Regierung in ihrer heutigen Konstitution das Ende dieser Legislaturperiode erreichen könnte.

Die Gründe dieser Entwicklung liegen auf der Hand; sie brauchen hier nicht analysiert zu werden. Es genügt, darauf hinzuweisen, daß sich die SPD wieder mehr nach links orientiert und sich an den Quellen ihrer Ideologie zu trösten versucht. In der F.D.P. hat dagegen das liberale Element, manche sagen auch: des liberal-konservativen Element, an Gewicht gewonnen und die liberal-progressiven Kräfte in die Defensive gedrängt. Hinzu kommt, daß sich die Partner in der Regierung nicht mehr, wie Anfang der siebziger Jahre, einer gemeinsamen Aufgabe, einer sie gemeinsam tragenden Idee verpflichtet fühlen. Also Endzeit-Stimmung in Bonn? Viel spricht dafür, daß SPD und F.D.P. bis Mitte Juni, wenn abermals über die Finanzpolitik entschieden werden muß, die Klärung suchen.

In die koalitionsinterne Schußlinie ist vor allem Bundesarbeitsminister Ehrenberg, das für die Ärzte wichtigste Kabinettsmitglied, geraten. Das ist nicht nur mit dem persönlichen Stil dieses Ministers zu erklären, der auch nicht davor zurückschreckt, Leute vor den Kopf zu stoßen, auf deren Unterstützung er angewiesen ist. Zu hektisch ist er in letzter Zeit immer wieder dem Erfolg nachgetaucht, ohne ihn zu erreichen. Das zerrt an den Nerven und erklärt auch politische Fehler. Andererseits wird man Ehrenberg nicht gerecht, wenn man verschweigt, daß er es neben Matthöfer in dieser Koalition wohl am schwersten hat, den so gegensätzlichen Anforderungen der Koalitionspartner, den von außen kommenden Wünschen von Gewerkschaften, Arbeitgebern, Ärzten, Krankenkassen und anderer sowie den finanziellen Zwängen in einer Zeit der wirtschaftlichen Schwäche und der leeren Kassen zu genügen.

Da kann sich in diesem Amt nur eine starke Persönlichkeit behaupten, die auf einen großen politischen Rückhalt zählen kann. Dem Kanzler ist Ehrenberg nützlich gewesen, als es um die Rentensanierung ging. Aber in der Politik wird schnell vergessen. Den Gewerkschaften ist er gefällig, ob es nun um Mitbestimmung, Lebensarbeitszeit, Vermögensbildung, Organisation der Krankenversicherung, Beschäftigungspolitik, und die Forderung nach Einführung einer Ergänzungsabgabe geht. Aber sie sehen ihn nicht als einen der ihren an, obwohl die politische Karriere des Ministers in der Gewerkschaft Bau, Steine, Erde begann. Und die F.D.P. sieht ihn mit Mißtrauen an. Ehrenberg wird es schwer haben, sich zu behaupten, wenn die Koalition bis 1984 weiterregieren sollte.

Die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ Ende März wird dem Minister auch kein Erfolgserlebnis verschafft haben. Das lag wohl auch daran, daß es verhältnismäßig wenig zu beschließen gab. Die Honorare sind durchweg bis zum Jahresende festgelegt, und über sein Ziel, die laufenden Verträge noch einmal zu verlängern, wird sinnvoll erst gegen Ende dieses Jahres zu reden sein, wenn sich abzeichnet, wie die Bilanz dieses Jahres bei den Kassen aussehen könnte. Den Krankenhäusern hat Ehrenberg keine bezifferte Vorgabe für die Kosten der stationären Behandlung aufzwingen können. Die Kostendämpfungspolitik wird damit auch 1982 bestenfalls Tellerfolge bringen.

Was zum Krankenhausbereich von der „Konzertierten Aktion“ empfohlen wurde, stammt überdies nicht aus Ehrenbergs Küche, sondern aus den Länderkabinetten. Entsprechend unverblindlich sieht diese Empfehlung aus. Der Kernsatz lautet: „Ziel muß es sein, die Entwicklung der Kosten der Krankenhäuser für stationäre Behandlung zu Lasten der Krankenversicherung dem Anstieg der Grundlohnsomme je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung anzunähern.“ Damit wird dokumentiert, daß bei der stationären Behandlung und der ambulanten Behandlung mit zweierlei Maß gemessen wird. Aber konnte man ernsthaft etwas anderes erwarten? Die Krankenhäuser können auf die Länder, gleich welcher politischer Couleur, zählen. Aber wo sind die Verbündeten der niedergelassenen Ärzte? Es hat keinen Sinn, die

Augen vor den politischen Fakten zu verschließen.

Die Bundesregierung hat, wie zu erwarten, das Rentenenpassungsgesetz in das Gesetzgebungsverfahren gebracht. Die Renten sollen 1983 um 5,6 Prozent steigen, während bei den Brutto-Einkommen der Arbeitnehmer nur mit einer Erhöhung von 5,3 Prozent gerechnet wird. Die Diskrepanz zwischen den verfügbaren Einkommen der Rentner und der Erwerbstätigen wird damit größer. Das wird nicht lange durchzuhalten sein. Die F.D.P. hat Ehrenberg gezwungen, die Vorschläge aus dem Regierungsentwurf zu streichen, mit denen die Tabellenwerte von Männern und Frauen für die ersten fünf Beitragsjahre einander angeglichen werden sollten.

Mit dieser Frage hatte der Minister den Vorschlag verknüpft, die Ausbildungszeiten in der Rentenversicherung künftig nur noch mit 75 Prozent des Durchschnittsverdienstes aller Versicherten rentensteigernd anzurechnen. Damit wären die Anwartschaften der Akademiker um weitere 60 DM monatlich gekürzt worden, nachdem 1978 noch gravierender in die Anwartschaften dieser Minderheit eingegriffen worden war. Aber endgültig ist dieser Vorstoß gewiß noch nicht abgewehrt.

Einen lauten Koalitionskrach gab es über die Frage, ob Arbeitslose mit einer höheren beruflichen Qualifikation auch die Annahme einer Arbeitsstelle mit niedrigerer Qualifikation zugemutet werden kann. Die Nürnberger Bundesanstalt hatte mit Hilfe der Bundesregierung formulierte neue Regeln beschlossen und in Bonn zur Genehmigung vorgelegt. Aber Ehrenberg wollte plötzlich von seinen eigenen Vorschlägen nichts mehr wissen, während die F.D.P. daran festhielt und auch ein politisches „Koppelungsgeschäft“ mit der Einführung einer allgemeinen Meldepflicht für offene Stellen ablehnte. Auch dieser Streit endete mit einem Vergleich: Die Zumutbarkeitsanordnung der Nürnberger Bundesanstalt wird nicht geändert. Präsident Stingl soll jedoch dafür sorgen, daß sie möglichst human, wenn überhaupt, angewendet wird. So wird in Bonn derzeit regiert.

Leutlos haben sich dagegen die Koalitionsfraktionen darüber verständigt, die Fehientscheidung beim „Teschengeld“ für Heimbewohner und die „Penne“ mit der Geringfügigkeitsgrenze, mit deren Hilfe sich Beamte und Selbständige billig in der Krankenversicherung einkaufen konnten, auszuräumen. Die Regie dabei haben Wehner und Mischnick geführt. Auch das ist wohl ein politisches Signal.

bonn-mot

So kommt die Witwe sicher zu einer privaten Rente

Frauen stehen ererbtem Kapital zuweilen hilflos gegenüber. Sie sind im allgemeinen monatliche oder leider manchmal noch kürzerfristige Einnahmen für den Haushalt gewohnt, das Haushaltsgeld. Ein hoher Einmalbetrag konfrontiert sie mit dem Problem, wie sie ihn in Monatsbeiträge auf Lebenszeit umwandeln könnte.

Ihre Ehemänner hätten mit ihnen darüber sprechen müssen. Damit wäre vorgebeugt worden, daß Geschäftemacher solche Unsicherheiten nicht selten schamlos und zum Nachteil der Witwe für ihre eigenen Zwecke ausbeuten. Hinterbliebenen Ehefrauen in fortgeschrittenerem Alter bieten die Lebensversicherungsgesellschaften übrigens automatisch die Alternative entweder Barauszahlung der Versicherungssumme oder eine lebenslange Leibrente entsprechend diesem Betrag an.

Als eine deutsche Gesellschaft kürzlich ihre Rententariife durchforstete und auf verschiedene Weise verbesserte, führte sie eine Neuerung ein, durch die eine Lücke in den Versorgungssystemen geschlossen wurde.

Nach dem allgemein üblichen Verfahren werden aus einer privaten Leibrentenversicherung nämlich bei Tod des Versicherten vor dem Rentenbeginn alle bis dahin entrichteten Beiträge an den oder die Berechtigten ausgezahlt. Unterscheiden Sie diesen Fall bitte vom Verhalten der Versicherung bei Tod des Versicherten nach Rentenbeginn.

Wenn der Versicherte seine Leibrente schon bezogen hatte, wird nach seinem Tod die volle Rente für die ersten fünf und bei manchen Gesellschaften zehn Jahre weitergeleistet. Falls eine Witwenrente vereinbart war, setzt sie anschließend ein.

Nunmehr gibt es eine private Leibrentenversicherung, die bei Tod des Versicherten die Fortsetzung der Rente an die Witwe in Höhe von 60 oder auch 100 Prozent vorsieht. Die Witwenrente setzt im Gegensatz zu den bisherigen Regelungen auch dann sofort ein, wenn der Ehemann stirbt, noch bevor er die Rente

aus der Versicherung zu beziehen begonnen hatte. Die Witwe kann dann auf die Rente verzichten und an ihrer Stelle das Kapital verlangen, das dieser Rente zugrunde liegt.

Dazu ein Beitragsbeispiel.

1. Will ein Fünfzigjähriger von seinem 65. Lebensjahr an eine monatliche Leibrente ohne Übergang auf die Witwe beziehen. Je 100 DM spätere Monatsrente kosten ihn einen Monatsbeitrag von rund 75 DM bis zum Rentenbeginn.

2. Will ein Fünfzigjähriger ab 65 eine Leibrente und nach seinem Tod einen 60prozentigen Übergang auf die hinterbliebene Ehefrau, die drei Jahre jünger ist als er. Das kostet je 100 DM Monatsrente und 60 DM Monatsrente für die Witwe bis zum Rentenbeginn etwa 91 DM, wenn die Ehefrau gleichaltrig ist rund 2 DM weniger.

Die Beitragshöhe unterscheidet sich nur unwesentlich, ob Sie nach der bisherigen Form eine Beitragsrückzahlung bei Tod des Ehemannes vor Rentenbeginn, oder ob Sie für diesen Fall den sofortigen Beginn der Witwenrente wünschen. Alle die genannten Renten erhöhen sich außerdem um die Gewinngutschriften, die 15 Jahre lang zugunsten des Versicherten vorgenommen wurden.

Einschießen können sie in eine Private Rentenversicherung gegen entsprechende Zusatzprämie:

— Eine Unfall-Zusatzversicherung. Demnach wird bei einem tödlichen Unfall des Versicherten während der Beitragszahlungsdauer ein Kapital in Höhe von 100 Monatsrenten zusätzlich ausgezahlt.

— Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Beitragsfreiheit während einer Berufsunfähigkeit.

— Eine Sterbegeldversicherung zur Deckung der hohen Bestattungskosten.

— Eine Unfallversicherung für den Invaliditätsfall während der Beitragszahlungsdauer. Sie bildet die finanzielle Vorsorge bis zur Fälligkeit der Altersrente.

Horst Beloch

Hektik der Silberlocken

Die Bundesregierung rechtfertigt das Weltgesundheitsmotto '82: „Alt werden – aktiv bleiben“. Der Bundeskanzler und seine 16 Minister sind in diesem Jahr zusammen 900 Jahre alt, solange Frau Huber noch amtiert.

Wenn das angestrebte Ruhestandsalter 58 bereits eingeführt wäre, müßten Schmidt schon fünf und Franke 13 Jahre lang pensioniert sein, Frau Huber und Herr Gscheidle dieses Jahr ihre Ministeressel räumen, Ertl und Matthöfer sich auf ihre Inaktivität vom nächsten, Ehrenberg und Lambsdorff vom Wahljahr 1984 an vorbereiten, und auch für Genscher würde sich die Kandidatur nicht mehr lohnen, denn er wird 1985 die 58 erreichen.

Höher noch als das Durchschnittsalter des Kabinetts mit 53 ist das der Vorsitzenden der vier Bundestagsparteien mit 60 und das der drei Fraktionsvorsitzenden mit 61.

Nun, Gelassenheit zeichnet den Herbst des Lebens aus, ein Vorzug, den man bei dieser Bundesregierung leider vermißt. Sie ersetzt die Mahnung „aktiv bleiben“ durch Hektik und sieht die Dinge mit dem Rücken an.

Anders ist die Weigerung nicht zu verstehen, im sozialpolitischen Bereich mehr Freiraum für eigene Vorkehrungen gegen die Wechselfälle des Lebens und für die Altersvorsorge zu schaffen, sondern vielmehr darauf zu bestehen, den so gern als „mündig“ zitierten Bürger der Finanzierung wie Leistung gesetzlicher Institutionen total auszuliefern.

Was nützt ein Ministerium für die Jugend, wenn es deren Meinung nicht entscheiden vertritt. Aber vermutlich weiß man dort nicht einmal, daß nur 77 Prozent der 16- bis 29jährigen beispielsweise eine Altersabsicherung durch Rente oder Pension als ideal beurteilen und sie viel mehr als die ältere Generation Einkünfte aus Kapital und Haus- und Grundbesitz sowie eine Lebensversicherungsrente zur breiteren Absicherung ihres Alters Einkommens schätzen.

Im Goethejahr eine Abwandlung einer seiner Maximen: Der Junge verliert eines der größten Menschenrechte. Er wird nicht von seinesgleichen beurteilt.

Prosper

Kurz über Geld

BRIEFMARKEN-OCCASIONEN, denn selbst gute Stücke verkaufen Händler jetzt zwischen 30 bis 60 Prozent unter Michel-Katalog-Preis.

Bayerisches Ärzteorchester



Das **Bayerische Ärzteorchester** in seinem Probendomizil Schloß Creheim/Franken, wo die Konzerte in einwöchiger Klausur vorbereitet werden. Das 1968 von dem Münchener Mediziner Reinhard Steinberg gegründete Orchester hat sich einen hervorragenden Ruf erspielt und findet in der Presse eine für ein – wohlgemerkt – Laiensembles außergewöhnlich positive Resonanz ob der Ernsthaftigkeit und Qualität seines Musizierens. Das „Bayerische Ärzteblatt“, das seit Jahren auf die künstlerischen Erfolge der musizierenden Ärzte aufmerksam macht, empfiehlt auch den Besuch der diesjährigen Konzerte.

Bayerisches Ärzteorchester

Bed Neustadt/Saele: 21. Mai 1982, 20 Uhr, Karmelitenkirche
Wiesenheld: 22. Mai 1982, 20 Uhr, Steigerweldhelle
München: 23. Mai 1982, 20 Uhr, Herkulesseel der Residenz

Programm:

Grieg: Peer Gynt Suite Nr. 1

Mendelssohn: Violinkonzert

Franck: Symphonie d-Moll

Karin Boerries, Violine

Reinhard Steinberg, Leitung

Veranstalter:

Verein zur Förderung des Bayerischen Ärzteorchesters e. V., Pettenkoferstraße 12, 8000 München 2

– Karten an den örtlichen Konzertkassen und den Abendkassen –

Die Dinge sehen wie sie sind. Gerade als Arzt.

Ein Stationärfall kostet Sie mehr als nur die Heilkosten.

Im Stationärfall gegen die Heilkosten versichert ist wohl jeder Arzt. Die vielen zusätzlichen Aufwendungen, die so ein Klinikaufenthalt mit sich bringt, werden oft nicht berücksichtigt. Die günstige Krankenhaustagegeld-Versicherung der Vereinigten Krankenversicherung AG ist ideal. Bis zu 200 Mark pro Tag in der Klinik. Zur freien Verfügung. Auch die Kosten für einen Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt können damit unter bestimmten Voraussetzungen abgesichert werden.

Nebeneinnahmen sind im Krankheitsfall keine Nebensache.

Angestellte und beamtete Ärzte sollten für den Krankheitsfall auch ihre regelmäßigen Nebeneinnahmen absichern. Als festen Einkommensbestandteil. Vorschlag der Vereinigten Krankenversicherung AG: Der Kranken-Tagegeld-Tarif mit kurzer Karenzzeit (z. B. 3 Tage). Damit sind diese Einnahmen, die bei Arbeitsunfähigkeit ja sofort entfallen, vom 4. Tag an abgesichert.

Weitere Unterlagen zu diesen und anderen Themen erhalten Sie per nebenstehendem Coupon mit der Info-Mappe »Arzt und Versicherung«.

Vereinigte Versicherungsgruppe
Informationszentrale
Postfach 20 25 22
8000 München 2

WIR BRINGEN IHNEN SICHERHEIT NÄHER

Speziell für Sie und Ihren Berufsstand haben wir seit Jahren einen Sonderservice: Über 130 Direktionsbeauftragte der Vereinigten sorgen überall im Bundesgebiet und Westberlin für umfassende Ärztebetreuung.

IHRE VEREINIGTE

DIE DINGE SEHEN WIE SIE SIND



Guido Mangold

Was er sieht, wenn er den Menschen sieht.
In einer Foto-Edition exklusiv für Sie.



Fotografie als künstlerisches Medium unserer Zeit. Thema der Edition ist der Mensch. Der Mensch aus verschiedenen Blickwinkeln. Durch das Auge der Kamera verschieden interpretiert.

Warum Guido Mangold gerade dieses Foto zum Thema »Mensch« ausgewählt hat?

»Mehr und mehr verliert der Mensch sich selbst. Er spielt eine Rolle, Publikum ist sein menschliches Umfeld. Deshalb der Mensch als Maske. Abbild eines Sollzustandes, der den Istzustand verzerrt.«

Guido Mangold. Jahrgang 1934. Weltreisender in Sachen Fotografie. Illustrierte reißen sich um seine Foto-Reportagen aus den entferntesten Winkeln der

Erde. Emotion ist das konstruktive Element seiner Fotos.

Senden Sie uns den untenstehenden Coupon. Dann können Sie dieses Foto, sowie vier weitere von anderen namhaften Fotografen, gewinnen. Alle als Originalabzüge, signiert, nummeriert und in einer limitierten Auflage von 50 Editionen. Inklusive der Biographien aller beteiligten Fotografen.

 **Vereinigte Versicherungsgruppe**

Vereinigte Aachen-Berlinische Vereinigte Eos-Isar
Vereinigte Kranken Saar-Rhein

Ich möchte nur an der Auslosung der beschriebenen Foto-Editionen teilnehmen.

Schicken Sie mir außerdem die nebenstehend angebotene Info-Mappe »Arzt und Versicherung«.

Einsendeschluß dieses Coupons ist der 5. 6. 82. (Der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen).

Name _____ Alter _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____

Coupon bitte einsenden an:
Vereinigte Versicherungsgruppe
Informationszentrale AW 1
Telefon 20 25 22 8000 München 2

Kongresse

Klinische Fortbildung in Bayern

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

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

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

Augenheilkunde

**Fortbildungsveranstaltung 10r
Allgemeinärzte und Internisten
am 5. Juni 1982 in Würzburg**

Augenklinik und Poliklinik der Universität
Würzburg (Kopfkrankenhaus)

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

Beginn: 9.00 Uhr – Ende 13.00 Uhr

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

Ort: Hörsaal der Augenklinik und Poliklini-
k der Universität Würzburg, Josel-
Schneider-Straße 11, Würzburg

Teilnehmergebühr: DM 30,-

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Dr. h. c. W.
Leydhecker, Augenklinik und Poliklinik
der Universität Würzburg, Josel-Schnel-
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 (Kopfkrankenhaus)

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 Au-
genheilkunde, Vor- und Nachteile –
Problemorientierte Verwendung von
automatisierten Perimetern – Automa-

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, Josel-Schnel-
der-Straße 11, 8700 Würzburg, Telefon
(09 31) 201-24 02

Elektrokardiographie

**Fortbildungsseminar Teil II
vom 14. bis 16. Mai 1982 in München**

Leitung: Professor Dr. Dr. C. S. So, Platt-
ling

Beginn: Freitag 17.00 Uhr – Ende: Sonn-
tag 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: 4. Mai 1982
(Posteingang)

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

Maï bis November 1982

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

17./18. Juli
Sonographie, Kronech

16. bis 18. September
Sonographie, München

2./3. Oktober
Sonographie, Bernried

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

11. bis 16. Oktober
Sonographie, Würzburg

15./16. Oktober
Sonographie, München

16./17. Oktober
Ergometrie, Bernried

20. Oktober
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
München

6. November
Frauenheilkunde, München

22. bis 26. November
Radiologie, München

Frauenheilkunde

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

Frauenklinik der Universität München im
Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. K. Richter

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

Thema: Endometriose in Klinik und
Praxis

Ort: Hörsaaltrakt im Klinikum Großha-
dern, Marchioninistraße 15, München 70
Letzter Anmeldetermin: 27. Oktober 1982
(Posteingang)

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühl-
baurstraße 16, 8000 München 80, Telefon
(089) 41 47-288, und Professor Dr. H.-J.
Kümper, Frauenklinik der Universität im
Klinikum Großhadern, Marchioninistraße
15, 8000 München 70, Telefon (089)
70-951

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Fortbildungsseminara mit Kursen, praktischen Übungen und Patientendemonstrationen am 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. Naumann

23. Juni 1982

Thema: Fazialisdiagnostik

20. Oktober 1982

Thema: Stimmrehabilitation (Diagnostik und Therapie nach Kehlkopfplättung 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, Marchioninstraße 15, München 70

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

V. Audiologischer Fortbildungskurs für Hefe-Nasen-Ohrenärzte und Audiometriessistentinnen vom 11. bis 14. Oktober 1982 in München

Viertägiger Kurs über Grundlagen und Techniken der Audiometria

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

Direktor: Professor Dr. W. Schwab

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

Fortbildungskongreß Grado

31. Mai — 12. Juni 1982

Radiologie

5. Radiologische Woche vom 22. bis 26. November 1982 in München

Radiologische Klinik und Poliklinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. J. Lissner

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Röntgengesellschaft

Beginn: jeweils 8.30 Uhr — Ende: jeweils ca. 17.00 Uhr

Themen: Mamma: Diagnostik und Therapie — Schilddrüse: Diagnostik und Therapie — Mediastinum: Diagnostik — Orthopädisches Röntgen — Strahlenrisiko: Aktuelle Problematik — Interventionelle Radiologie

Teilnehmergebühr: DM 300,—, Assistenten DM 125,—, Tageskarte DM 65,—

Letzter Anmeldetermin: 31. August 1982

Es wird um umgehende Anmeldung gebeten — begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. J. Lissner, Radiologische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 7095-27 50

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

Einführungseingang in die Sonographie der Inneren Medizin am 17./18. Juli 1982 in Kronach

Kreis Krankenhaus

Chefarzt: Medizinaldirektor Dr. F. Zehmer

Leitung: Oberarzt Dr. E. Ferrenkopf

Beginn: Freitag 9.00 Uhr — Ende 16.45 Uhr

Beginn: Samstag 9.00 Uhr — Ende: 12.30 Uhr

Programm: Grundlegen der Ultraschall-diagnostik — Untersuchungstechnik —

Vorbereitung der Patienten — Untersuchungstechnik Milz, Leber, Gallenblase und Gallenwege, Nieren, Harnblase, Prostata, Magen-Darm, Thorex, Pankreas, Oberbauchgefäße, Schilddrüse — Sonographisches Vokabular — Befunddokumentation — Praktische Übungen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Kursgebühr: DM 80,— (Konto Nr. 319678, Volksbank Kronach, Vermerk „Ultraschallkurs“)

Auskunft und Anmeldung:

Freu Bernschneider, Kreis Krankenhaus 8640 Kronach, Friesener Straße 41, Telefon (09261) 1071

3. Höhenrieder Echokardiographie-Seminar: Einführungs- und Fortbildungseminar in M-Moda Echokardiographia am 2./3. Oktober 1982 in Bernried

Leitung: Dr. A. Schinz

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislauferkrankheiten Bernried

Direktor: Dr. H. Hofmann

Beginn: Samstag 9.00 Uhr — Ende: 17.45 Uhr

Beginn: Sonntag 9.30 Uhr — Ende: 12.30 Uhr

Wochenendveranstaltung mit Fachvorträgen und Demonstrationen

2. Grund- und Aufbaukurs (Dauer 1 Woche) — Zeitpunkt und Kurseinteilung werden bei der Wochenendtagung bekanntgegeben

Auskunft und Anmeldung:

Dr. A. Schinz, Klinik Höhenried, 8139 Bernried, Telefon (08158) 241

Sonographische Diagnostik des Auges und der Orbita vom 11. bis 16. Oktober 1982 in Würzburg

A-, B- und Dopplar-Verfahren, Biometrie, computergestützte Echogrammauswertung

Leitung: Professor Dr. W. Buschmann

Augenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg (Kopf-Klinikum)

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

Beginn: jeweils ca. 9.00 Uhr — Ende: jeweils ca. 17.00 Uhr

Programm: Klinisch anwendbare Verfahren zur Prüfung der Geräte und Schallköpfe — Schaffung reproduzierbarer Untersuchungsbedingungen — Optimale Untersuchungstechnik — Differentialdiagnostik (mit Patientanuntersuchungen) bei Ablatio, Intraokularem Tumor, Glaskörpertrübungen, Profileretionen und Blutungen, Fremdkörpern — Hydrophthal-

mie-Verlaufskontrolle — Achsenlängenmessungen und Berechnung optimaler Kontaktlinsen-Brillen-Kombinationen oder i.o. einzupflanzender Linsen — Ultraschall-Exophthalmometrie und Differenzfeldagnostik reumfordernder Orbitprozesse (auch Röntgen-Computertomographie, VECP und Phlebographie) — Doppler-Untersuchungen der Orbita und des Kerotiskreislaufes — Demonstration der verfügbaren, kommerziellen Ultraschalldiagnostik-Geräte

Teilnehmergebühr ist bei der Anmeldung zu erfragen.

Parallelprogramm für MTA, Schwestern, Arzthelferinnen (Geräteprüfung, -einstellung und Assistenz bei Untersuchungen)

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. W. Buschmann, Augenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 201-1

**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)

Allgemeine Fortbildung

7. Oberstauferer Symposium für praktische Onkologie

— aus Anlaß der Einbindung der Schloßbergklinik in das Tumorzentrum München —
am 26. Juni 1982 in Obersteufen

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

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Ort: Kurhaus, Obersteufen

9.00 — 13.00 Uhr:

„Immunologie und Krebs“ — Festvortrag
enläßlich der Einbindung der Schloßbergklinik Obersteufen in das Tumorzentrum München

Professor Dr. G. Riethmüller, München

Maligne Lymphome: Einteilung und Therapie

Privatdozent Dr. E. Thiel, München

Bedeutung der Computertomographie in der Onkologie

Privatdozent Dr. U. Scherer, München

Unerwünschte Wirkung der Zytostatika und deren Behandlung

Privatdozent Dr. H. Thiel, München

Führung onkologischer Patienten in Klinik und Praxis

Dr. H. Merkl, Bad Trissl

Wichtige Einflußgrößen bei der Karzinogenese des Menschen

Professor Dr. D. Schmähl, Heidelberg

14.30 — 16.00 Uhr:

Onkologisches Seminar mit praktischen Übungen

Professor Dr. A. Feteh, Dr. W. Klaubert, beide München

Alternativ (14.30 — 16.00 Uhr)

Klinische Demonstration in der Schloßbergklinik Obersteufen durch die Ärzte der Klinik

Leitung: Chefarzt Dr. M. Locher

Auskunft:

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

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1982

31. Mai bis 12. Juni 1982 in Greda:

XXX. Internationaler Fortbildungskongreß

26. Juli bis 7. August 1982 in Davos:

XII. Internationaler Seminarekongreß für praktische Medizin

22. August bis 4. September 1982 in Greda:

XVI. Internationaler Seminarekongreß für praktische Medizin

30. August bis 11. September 1982 in Meran:

XXX. Internationaler Fortbildungskongreß

24. bis 26. September 1982 in Augsburg:

XI. Zentrenkongreß 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, Heedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 233, 234 und 235

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzterverbandes e. V.

am 26. Juni 1982 in Regensburg

4. Oberpfälzer Tagung für Sportmedizin

Theme: Tauchsport

Auskunft und Anmeldung:

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

vom 2. bis 4. Juli 1982 in Erlangen

EKG-Kurs für Sportärzte
(Fortgeschrittenenkurs)

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

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

Auskunft und Anmeldung:

Fräulein Bergmann, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-3702 oder 85-3703

Ambulante Koronargruppen – Erfahrungen und Probleme

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Landes-Arbeitsgemeinschaft für ambulante kardiologische Prävention und Rehabilitation in Bayern e. V. und der Bayerischen Landesärztekammer

am 20./21. Mai 1982 in München, Gasunthaltspark (Olympiastadion)

Leitung: Dr. C. Halhuber, Bad Berleburg

Donnerstag, 20. Mai 1982

9.00 – 12.30 Uhr:

Einführung

Dr. C. Halhuber, Bad Berleburg

Koronargruppenbezogene Diagnostik

Nichtinvasive Diagnostik

Professor Dr. H. Blömer, München

Invasive Diagnostik

Privatdozent Dr. R. Hopf, Frankfurt

Wie kommt der ärztliche Gruppenleiter an die erforderlichen Daten?

Dr. H. G. Ilker, Hamburg

Beziehung zwischen Einzelbefunden und bewegungstherapeutischen Konsequenzen?

Professor Dr. R. Rost, Dortmund, und Dr. D. Lagerström, Köln

Welchen Wert und Inhalt hat die Kursanamnese zu Beginn der Gruppenstunde?

Dr. D. Michel, Höhenried

Während der *Mittagspause* bestehen Sportmöglichkeiten und praktische Durchführung der Bewegungstherapie für eine Koronarübungsgruppe (Dr. D. Michel, Höhenried)

15.00 – 16.30 Uhr:

Podiumsgespräch

Wie kann die Kooperation von ärztlichem Gruppenleiter und Hausarzt verbessert werden?

Leitung: Dr. C. Halhuber, Bad Berleburg

Teilnehmer: Dr. W. Funke, Erding; Dr. H. G. Ilker, Hamburg; Dr. P. Mersmann, Herford; Dr. H. Renninger, Ingolstadt; Dr. O. Schlosser, Rosenheim; Dr. Schmid-Neuhaus, München

Ambulanter Behindertensport – Koronargruppen in der Sozialversicherung
R. Detsch, München (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns)

17.00 – 18.30 Uhr:

Arbeitsgruppen

1. Verhaltensanalyse in der Ernährungsberatung (mit Rollenspiel), anschließend Demonstration mit Studenten
Professor Dr. S. Weggemann, Weihenstephan

2. Praxis der Entspannungsübung
Dipl. Psych. W. Gerl, München

Freitag, 21. Mai 1982

9.30 – 12.30 Uhr:

Ergebnisse der ambulanten Nachsorge – Morbidität und Mortalität

Dr. C. Halhuber, Bad Berleburg

Plenumsdiskussion eines Entwurfs von Richtlinien für Anfangs- und Kontrolluntersuchungen

Dr. B. Bausch, E. Deckert, P. Heiden, E. Nüssel, R. Rost, alle Heidelberg

Welcher Arzt ist zur Leitung einer ambulanten Koronargruppe geeignet?

Professor Dr. M. J. Halhuber, Bad Berleburg

Während der *Mittagspause* bestehen Sportmöglichkeiten und praktische Durchführung der Bewegungstherapie für eine Koronartrainingsgruppe (Dr. D. Michel, Höhenried)

15.00 – 17.00 Uhr:

Die psychosozialen Faktoren vor und nach dem Herzinfarkt (praktische Konsequenzen)

– Aus der Sicht des Medizinsoziologen
Professor Dr. J. Siegrist, Marburg

– Aus der Sicht des Koronargruppenleiters

Dr. G. Hummel, Höhenried

– Aus der Sicht des Psychologen
Professor Dr. W. Butollo, München

– Aus der Sicht des Psychotherapeuten
Dr. J. Sturm, Bad Dürkheim

– Aus der Sicht des Bewegungstherapeuten

L. Paglialunga, Höhenried

17.00 – 18.00 Uhr:

3 Gesprächsgruppen (*Modell Rogers*) über „Die Bedeutung des Gesprächs“

Gesprächsleiter: Dipl. Psych. W. Gerl, Dipl. Psych. M. Hockel und Dipl. Psych. R. Pieritz, alle München

Unterkunftswünsche an das Fremdenverkehrsamt München, Postfach, 8000 München 1, Telefon (089) 239 11

Auskunft und Anmeldung:

A. Schmid-Neuhaus, Straßberger Straße 8, 8000 München 40, Telefon (089) 3519662

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

vom 22. bis 24. Juli 1982 in München

Vorsitzender: Professor Dr. Dr. h. c. A. N. Witt, München

Themen: Die entzündlichen Erkrankungen des Dickdarms (Morbus Crohn, Sigmadivertikulitis, Colitis ulcerosa) – Das Kniegelenk, der Tibiakopfbuch – Schwere Kniebandläsionen, frische Verletzungen, veraltete Zustände – Experimentelle Chirurgie einschließlich orthopädischer Probleme – Einzelvortrag: Epiphyseolysis capitis femoris – Freie Vorträge

Auskunft:

Professor Dr. F. Holle, Chirurgische Poliklinik der Universität München, Pettenkofferstraße 8 a, 8000 München 2, Telefon (089) 5160-3601

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 30 mg
Tropfen: 100 ml enthalten: Cocculus D4 70 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 10 ml
Injektionslösung: 100 ml enthalten: Cocculus D3 0,7 ml, Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ana 0,1 ml; Meerwasser 32 g, Aqua pro inject. ad 100 ml.
DOSEANLEITUNG Tabletten, Tropfen: 3–4 mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 8–10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und bei Übelkeit mittels Stößtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5–10 Tropfen.
Injektionslösung: Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3–1 mal wöchentlich 1 Ampulle s. s., i. m., s. c., i. e.
DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN (incl. MwSt.)
Packungen mit 50 Tabletten DM 4,64, mit 250 Tabletten DM 16,06, Tropfflaschen mit 30 ml DM 7,98, mit 100 ml DM 22,26
Packungen mit 5 Ampullen zu 1,3 ml DM 9,22, mit 10 Ampullen zu 1,3 ml DM 15,28 1.82

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

Vertigoheel®

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

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

-Heel

68. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung

vom 20. bis 23. Mai 1982

Jahresvizepräsident: Professor Dr. L. Koelowecki, Tübingen

Donnerstag, 20. Mai 1982

Im historischen Reichssaal des Alten Rathauses

20.00 Uhr:

Festvortrag: „Enttäuschungen und Herausforderungen der Medizin“
Professor Dr. Dr. h. c. H. E. Bock, Tübingen

Freitag, 21. Mai 1982

Aktuelle Gesichtspunkte in der Rehabilitation und Nachsorge bei Herzerkrankungen

Tagesvorsitz: Professor Dr. L. Bette, Homburg

Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfplatz

9.00 – 18.30 Uhr:

Begrüßung durch den Jahresvorsitzenden und Eröffnung der Ausstellung

Rehabilitative Behandlungsmaßnahmen bei koronarer Herzerkrankung

Einführung

Professor Dr. L. Bette, Homburg

Diagnostik, Indikation und Kontraindikation für das Rehabilitationsverfahren bei koronarer Herzkrankheit

Professor Dr. G. Blümchen, Leichlingen

Der Stellenwert der Bewegungstherapie
Professor Dr. W. Kindermann, Saarbrücken

Der Stellenwert der balneologischen Therapie – Wert und Unwert
Professor Dr. W. Schnizer, München

Die medikamentöse Therapie der koronaren Herzkrankheit

Professor Dr. M. Stauch, Ulm

Sozialmedizinische Aspekte der Rehabilitation und Begutachtung

Professor Dr. H. Linka, Bad Schwalbach

Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz in der kardialen Nachsorge

Überwachung und Behandlungsbedürftigkeit von Rhythmusstörungen

Privatdozent Dr. G. Rettig, Homburg

Überwachung und Nachsorge bei Herzschrittmachern

Professor Dr. P. Doenacke, Homburg

Aktuelle Gesichtspunkte der Diagnostik und Langzeittherapie der Herzinsuffizienz

Dr. N. Sternitzke, Homburg

Rehabilitation nach herzchirurgischen Maßnahmen

Rehabilitation und Nachsorge bei Kindern nach Operation kongenitaler Herzfehler

Professor Dr. W. Hoffmann, Homburg

Rehabilitation und Nachsorge bei Patienten mit Herzkleppanersatz

Dr. W. Vogel, Homburg

Rehabilitation und Nachsorge bei Patienten nach koronarchirurgischen Eingriffen

Professor Dr. H. Schieffer, Homburg
Rundtischgespräch: „Fragen aus der Praxis“ – Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages
Gesprächsleitung: Professor Dr. L. Bette, Homburg

9.00 – 17.30 Uhr:

Laborseminar

Neues im rationellen Labor in Praxis und Klinik

Ort: Regensburg, Haidplatz 8/1, Thon-Dittmer-Haus/Rückgebäude

Parallel zu den Vorträgen laufend Geräteberatung am Informationsstand

Wissenschaftliche Leitung: Dr. F. Kenter, Mannheim

(ausführliches Programm bitte anfordern)

Samstag, 22. Mai 1982

Rheumatologia 1982: Diagnostische und therapeutische Konsequenzen für die Praxis

Tagesvorsitz: Professor Dr. H. G. Fassbender, Mainz

Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfplatz

9.00 – 13.00 Uhr:

Gesprächsrunde: Aus dem Blickwinkel verschiedener Disziplinen werden Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Praxis erarbeitet

Gesprächsleitung: Professor Dr. H. G. Fassbender, Mainz

Teilnehmer: Dr. G. Bach, Bayreuth, Dr. Dipl.-Psych. D. Kellinke, Heidelberg,

Professor Dr. L. Mannerfeldt, Villingen, Professor Dr. H. Mathies, Bad Abbach,

Professor Dr. F. Schilling, Mainz, Privatdozent Dr. E. Senn, Zürich, Professor Dr. H. Truckenbrodt, Germisch-Partenkirchen

14.30 – 16.00 Uhr:

Wissenschaftlicher Film: „Formenkreis Rheumatismus: Pathogenese“
Firma Byk Gulden, Konstanz

Rundtischgespräch: „Fragen aus der Praxis“ – Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. H. G. Fassbender, Mainz, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

16.30 – 18.00 Uhr:

Pharmako-Therapie-Konkretum: „Neue Gesichtspunkte in der Schmerzbehandlung“

Gesprächsleitung: Professor Dr. Ellen Weber, Heidelberg

15.00 – 18.00 Uhr:

**Parallelveranstaltung:
Pädletrischer Nachmittag**

Leitung: Professor Dr. A. Windorfer, Erlangen, Dr. W. Schmidt, Regensburg

Alkohol und Drogen – ein Problem unserer Jugend

Dr. P. Schuch, Erlangen

Grenzen und Möglichkeiten der genetischen Beratung in der Praxis

Privatdozent Dr. K.-P. Grossa, Höchststadt
Ort: Regensburg, DAL-Auditorium, Haidplatz 8/II

9.00 – 17.30 Uhr:

Laboreemfänger

– siehe Freitag, 21. Mai 1982 –

Sonntag, 23. Mai 1982

Fortschritte in der Urologie

Tagesvorsitz: Professor Dr. A. Sigel, Erlangen

Vortragssaal: Stadttheater, Arnulfplatz

9.00 – 13.30 Uhr:

Einführung

Professor Dr. A. Sigel, Erlangen

Fortschritte in Behandlung und Vorbeugung der Harnsteinkrankheit

Professor Dr. G. Rutishauser, Basel

Fortschritte und Einsparung in der urologischen Diagnostik mittels Ultraschall

Professor Dr. G. Rodeck, Marburg

Der Stellenwert der Computer-Tomographie in der urologischen Diagnostik

Privatdozent Dr. P. Schepke, Erlangen

Klärungen und Fortschritte in der urologischen Onkologie

Professor Dr. A. Sigel, Erlangen

Verbesserte Ergebnisse der plastischen Korrektur der Hypospadie, Epispadie und Extrophie der Harnblase

Professor Dr. K. M. Schrott, Erlangen

Vereinfachte und gesicherte Diagnostik der Hodentorsion mittels Szintigraphie

Professor Dr. F. Wolf, Erlangen

Der Wert der Harnzytologie in der Primär- und Rezidivdiagnostik der Urothellome

Professor Dr. F. Truss, Göttingen

Indikationen und Erfolgschance der operativen Behandlung der Harninkontinenz der Frau

Professor Dr. F. Eisenberger, Stuttgart

Die Beckenboden-Myalgie, ein weithin verkannter Schmerzkomplex

Professor Dr. A. Sigel, Erlangen

Rundtischgespräch: „Fragen aus der Praxis“ – Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. A. Sigel, Erlangen, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

Auskunft und Anmeldung:
Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 a, 8400 Regensburg, Telefon (0941) 507-2183

Notfall- und Katastrophenmedizin 1982

Fortbildungsseminar für die Ärzte
Bayerns und die Sanitätsoffiziere
der Bundeswehr

12. Mai 1982

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

29. September 1982

Was kann die Ärzteschaft zum Katastrophenschutz beitragen? – Katastrophen in Industriebetrieben und Schutzmaßnahmen bei Audi-NSU und Esso AG – Notfall-Katastrophenorganisation als betriebsärztliche Aufgabe unter Berücksichtigung gewerblicher Intoxikation

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

XV. Kolloquium „Respiration“

am 5. Mai 1982 in München

Thema: Neuere pathophysiologische Aspekte für das durch körperliche Belastung induzierbare Asthma bronchiale – Exercise-induced-asthma (Privatdozent Dr. H. Magnussen, Oberarzt an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Bonn) – Diskussion

Zeit und Ort: 17.00 Uhr – Klinikum Großhadern der Universität München, Hörsaal I (am Ende der Besucherstraße, 1. Obergeschoß), Marchioninstraße 15, München 70

4. Gemeinsame Österreichisch- Deutsche Strahlenschutztagung

am 14./15. Mai 1982 in Würzburg

Themen: Strahlenschutz für Patienten und Personal in Diagnostik und Therapie mit offenen Radionukliden – Gesetzliche und organisatorische Strahlenschutzmaßnahmen

Auskunft:

Professor Dr. W. Börner, Abteilung für Nuklearmedizin der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 201-38 68 oder 201-38 69

Internationaler Kongreß des Deutschen Grünen Kreuzes

am 27./28. Mai 1982 in München

Leitung: Professor Dr. F. Deinhardt, Professor Dr. W. Spann, Professor Dr. H. Spiess, alle München, Dr. L. Kaprio, Kopenhagen

Thema: Tourismus, Reisen und Gesundheit

Ort: Europäisches Patentamt, Saal 102, Erhardtstraße 27, München 2

Auskunft:

Deutsches Grünes Kreuz, Schuhmarkt 4, 3550 Marburg, Telefon (064 21) 2 40 44

Jahrestagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

vom 17. bis 19. Juni 1982 in Bamberg

Themen: Möglichkeiten und Grenzen der pränatalen Diagnostik – Kindliche Indikation zum Schwangerschaftsabbruch – Rundtischgespräch

Auskunft:

Professor Dr. H. A. Krone, Staatliche Frauenklinik, Markusplatz 3, 8600 Bamberg

14. Fortbildungstagung der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg

am 8. Mai 1982 in Würzburg

Leitung: Professor Dr. P. Polzien, Würzburg

Thema: Nutzen und Risiken internistischer Maßnahmen

Auskunft:

Privatdozent Dr. W. Chohanetz, Oberarzt an der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 31-1

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 27. Mai 1982 in München

Thema: Arbeitsmedizinische Aspekte zum Tragen von Atemschutzgeräten (Dr. Dr. R. Kessei, Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München) – Diskussion

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

Fortbildungsveranstaltung für Augenheilkunde

am 9. Juni 1982 in Erlangen

Thema: Differentialdiagnose der pigmentierten und nichtpigmentierten Bindehauttumoren

Beginn: 18.15 Uhr – Ende: 20.00 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft:

Professor Dr. H. E. Völcker, Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-4362 oder 85-4379

VI. Kongreß „Münchener Modell für Interdisziplinäre Fortbildung“

am 19./20. Juni 1982 in München

Thema: Die Arthrose und ihre Behandlung – ein interdisziplinäres Problem (Physiologie und Pathophysiologie des Knorpels – Therapiekonzept bei der Behandlung der Arthrose)

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: 17.00 Uhr bzw. 13.30 Uhr

Ort: Sheraton Hotel, Arabeilastraße 6, München 81

Auskunft und Anmeldung:

Vereinigung der Bayerischen Internisten, Richard-Strauss-Straße 53, 8000 München 80, Telefon (0 89) 98 30 64

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

3. Juli 1982

18. September 1982

20. November 1982

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

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-788, Frau Klockow, zu richten bis 25. Juni, 10. September und 12. November 1982.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Februar 1982 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Salmonelloseerkrankungen wurden im Februar geringfügig häufiger als im Januar gemeldet. Die Erkrankungsziffer stieg von 30 auf 32 je 100 000 Einwohner, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Die Zahl der Erkrankungen an Virushepatitis ging dagegen etwas zurück,

nämlich von 25 Fällen im Januar auf 23 im Februar je 100 000 Einwohner. Dabei sank vor allem die Inzidenz an Hepatitis A.

Auch an Meningitis/Enzephalitis erkrankten im Februar etwas weniger

Menschen als im Vormonat. Die Erkrankungsziffer nahm von 7 auf 6 Fälle je 100 000 der Bevölkerung ab.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. Februar 1982 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiose				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen ¹⁾		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimm- bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	3	—	6	3	4	1	2	1	111	—	4	—	19	—	30	—	13	—
Niederbayern	2	—	—	—	—	—	1	—	22	—	1	—	7	—	9	—	3	—
Oberpfalz	2	—	1	—	—	—	4	—	10	—	6	—	9	—	6	—	1	—
Oberfranken	—	—	5	—	1	—	6	1	19	—	7	—	6	—	13	—	4	—
Mittelfranken	1	—	2	—	1	—	—	—	31	—	22	—	14	—	10	—	6	2
Unterfranken	1	—	3	—	3	—	1	—	28	—	12	—	10	1	6	—	1	—
Schwaben	2	—	2	—	—	—	1	—	52	—	—	—	9	—	13	—	1	—
Bayern	11	—	19	3	9	1	15	2	273	—	52	—	74	1	87	—	29	2
Vormonat	11	2	13	1	17	1	19	2	253	2	29	1	103	—	89	1	22	2
München	2	—	2	2	1	1	—	—	42	—	—	—	5	—	12	—	7	—
Nürnberg	—	—	2	—	—	—	—	—	11	—	2	—	3	—	5	—	4	2
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	4	—	—	—
Regensburg	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	3	—	—	—

Gebiet	Pere- typhus A, B und C		Shigelien- Ruhr		Meierle		Orni- those		Angeb. Toxo- plee- mose		Oiph- therie		Gee- brend								Toil- wut- ver- decht ²⁾
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		
Oberbayern	1	—	8	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—							25
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—							1
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—							24
Oberfranken	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—							3
Mittelfranken	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—							2
Unterfranken	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—							1
Schwaben	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—							10
Bayern	1	—	14	—	1	—	4	—	3	—	1	—	1	—							66
Vormonat	4	—	16	—	2	—	5	—	3	—	—	—	4	3							75
München	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—							—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—							1
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—							1
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—							—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—							—
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“).

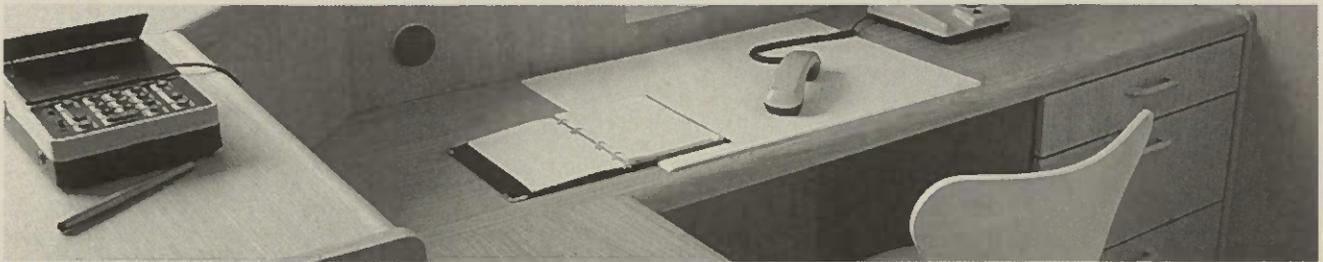
1) Enteritis infectiose übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.

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

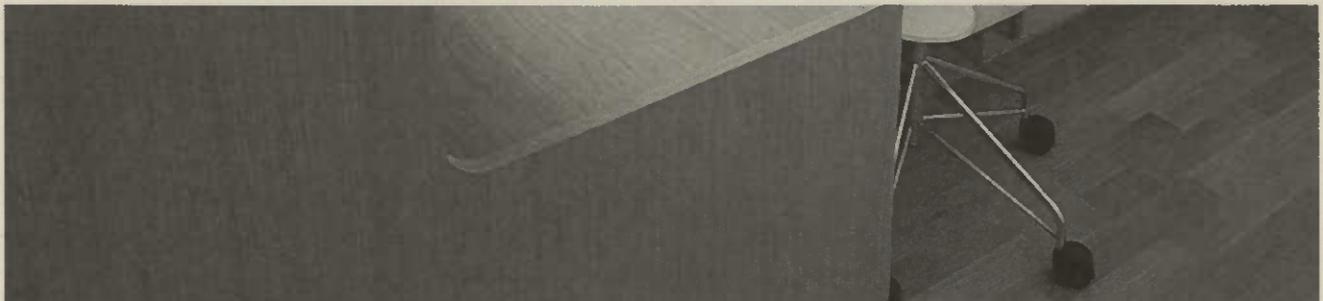
Der große Empfang! Wie individuell es



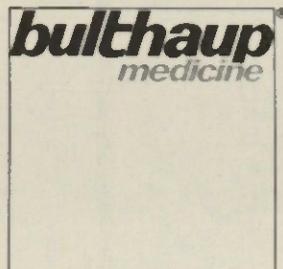
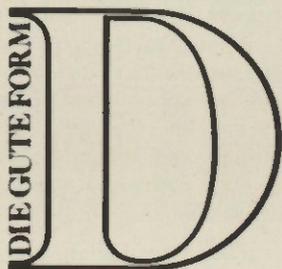
weitergeht, zeigt Ihnen das Einrichtungs-



System Bulthaup Medicine. Im Haus:



Die gute Form. München. Ludwigstraße 6.



Wie unendlich variabel das Bulthaup-System ist, eröffnen Ihnen unsere Ausstellungsräume in der **Ludwigstraße 6/ Von-der-Tann-Passage** in München. Besuchen Sie uns und überzeugen Sie sich selbst an Ort und Stelle. Damit wir auch richtig Zeit für Sie haben, rufen Sie uns am besten vorher an: **089 / 28 84 37**. Fordern Sie Prospektmaterial und Preislisten an.

PS: Bitte sehen Sie in uns nicht nur den zuverlässigen Lieferanten, sondern auch den individuellen Planer und den akkuraten Schreiner – für Ihre gesamte Praxis.

Die gute Form
für Patient und Arzt.

Schnell informiert

Arbeitstagung „Alkohol am Arbeitsplatz“

Diese Arbeitstagung, an der 250 Personen teilnahmen, stand unter der Schirmherrschaft des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und Sozialordnung Dr. Fritz Pirkl. Nach der Begrüßung durch den Präsidenten der Akademie, Professor Dr. med. H. Valentin, Erlangen, eröffnete Ministerialdirektor H. Ströer vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung die Tagung. In seinem Referat „Alkoholmißbrauch und Alkoholkrankheit in Bayern“ gab Ministerialrat Dr. med. E. Schuster, München, einen Überblick. Weiter wurden folgende Referate gehalten: Psychische Veränderungen beim Alkoholkonsum (Professor Dr. med. W. Feuerlein, München), Ergebnisse einer Studie zum Alkoholkonsum in der Brauindustrie (Dr. med. Dr. rer. nat. A. Zober, Erlangen), Wirkung von Begleitstoffen in alkoholischen Getränken (Professor Dr. med. W. Müller-Limmroth, München), Verschiedene Betriebsmodelle zur Behandlung des Alkoholismus (Freu Dr. med. H. Kleinsorge, Ludwigshafen), Sozialpolitisches Konzept für eine Alkoholberatungsstelle im Betrieb (Frau Dr. phil. Chr. Lippmann, Ottobrunn), Arbeitsrechtliche Gesichtspunkte zum Alkohol am Arbeitsplatz (K. Händel, lfd. Oberstaatsanwalt a. D., Weldshut). Anschließend daran fand eine Podiumsdiskussion mit Referenten und Tagungsteilnehmern statt, die von Ministerialrat Dr. med. G. Hall geleitet wurde.

Die Referate werden veröffentlicht, interessierten werden gebeten, sich schriftlich an die Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, zu wenden.

Spendenkonto

8000



Wir sammeln im Mai
Müttergenesungswerk

8504 Stein b. Nürnberg Spendenkonten: Postscheck Nürnberg 8000
Dresdner Bank Nürnberg 198 8000

Beihilfelerle für Ärzte

Bekanntlich erhalten beamtete Ärzte zu den Aufwendungen im Krankheitsfall Beihilfe, deren Höhe vom Familienstand abhängt – sie beträgt mindestens 50 Prozent. Aber auch engestellte Ärzte im öffentlichen Dienst, die nicht pflichtversichert sind und die den Arbeitgeberzuschuß nicht beanspruchen, bekommen Beihilfe.

Die Vereinigte Krankenversicherung, unser Gruppenversicherungspartner, hat sich in ihrem Tarifangebot auf Ärzte mit Beihilfeanspruch eingestellt. Trotzdem war es in der Vergangenheit nicht immer möglich, eine genaue auf den Beihilfeanspruch abgestellte Restabsicherung im Rahmen des Gruppenvertrages zu erreichen. So konnten sich bislang beihilfeberechtigte Ärzte im Ambulenz- und Stationärbereich mit 50prozentiger Erstattung versichern. Für zahnärztliche Behandlung stand bisher der Tarif 740, dessen Leistungszusage auf Personen ohne Beihilfeanspruch abstellt, zur Verfügung.

Nicht zuletzt aufgrund entsprechender Wünsche aus der Ärzteschaft hat die Gesellschaft ihr Angebot für Ärzte mit Beihilfeanspruch und ihren Familienangehörigen durch ein differenziertes System von Spezialtarifen erweitert. Die „Vereinigte“ bietet mit ihrer Arzt-Restkostenversicherung ein Tarifwerk an, das in dieser Form auf dem Markt neuartig ist. Die Tarife im einzelnen:

Terife 77 (773–779)

50- bis 20 prozentige Erstattung für ambulante Heilbehandlung

Terife 79 (793–799)

50- bis 20 prozentige Erstattung für stationäre Heilbehandlung

Terife 74 (743–749)

50- bis 20 prozentige Erstattung für zahnärztliche Behandlung (jeweils gleiche Prozentsätze für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie)

Terife 75 (753–759)

50- bis 20 prozentige Erstattung für zahnärztliche Behandlung (Zahnersatz und Kieferorthopädie die Hälfte des für Zahnbehandlung vorgesehenen Erstattungssatzes)

Durch die neuen Tarife, deren Leistungszusage nach fünf Prozent-Staffeln gegliedert ist, haben beihilfeberechtigte Ärzte die Möglichkeit, sich entsprechend dem jeweiligen Beihilfeanspruch zu versichern. Je nach Familienstand können dabei erhebliche Beitragseinsparungen eintreten.

Für weitere Informationen stehen die zuständigen Außenstellen der „Vereinigten“ jederzeit gerne zur Verfügung.

Grußkarten aus dem Himalaya

Das Deutsche Institut für Auslandsforschung startet Ende Mai 1982 unter der Leitung von Professor Dr. Herrligkoffer eine große Himalaya-Expedition. Gegen Einzahlung von DM 20,- ist ein Originalfoto vom Nanga Parbat erhältlich, mit Sondermarken beklebt und mit pakistanischem Sonderstempel entwertet. – Bei Übersendung von DM 100,- sind nach Beendigung der Expedition 10 Farbdias erhältlich. Für DM 130,- kann das Buch „Kampf und Sieg am Nanga Parbat“ erworben werden.

Konten: Postscheckkonto München, 885-804 „Herrligkoffer-Expeditionskonto“, oder Reuschel-Bank München, Nr. 22 650 4701 „Herrligkoffer-Expeditionskonto“

Buchbesprechungen

Differentialdiagnose der Wirbelsäulenerkrankungen

Herausgeber: Prof. Dr. J. E. W. Brocher/Prof. Dr. H.-G. Willert, 6., überarb. u. erw. Auflage, 864 S., 755 Abb. in 1745 Einzeldarst., geb., DM 348,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die Neuauflage wurde vollständig überarbeitet und neu zusammengestellt. Neu ist vor allem das einleitende Kapitel, das die Prinzipien und Methoden der Untersuchung unter Berücksichtigung der Computertomographie, Szintigraphie und Angiographie behandelt. Wesentliche Zusätze und Änderungen erfolgten im Kapitel der Scheuermanschen Krankheit, der nicht tuberkulösen Spondylitis und Sakroiliitis und der nicht durch Bandscheibenvorfall bedingten Kreuzschmerzen. Danach werden die ossipenischen Leiden und die Osteopetrosen behandelt. Das Kapitel Tumoren und Retikulo-Endotheliosen ist zusammengezogen und nach modernen Richtlinien bearbeitet. Den Abschluß bilden Kapitel wie die Wirbelsäule als Ganzes, die Schmerzempfindungen und klinischen Symptome, welche mit einem Wirbelsäulenschaden zusammenhängen.

Instruktive Abbildungen, zum Teil auch farbig, wurden dem Text beigelegt.

Elisabeth Kübler-Ross – wie sie wurde, wer sie ist

Herausgeber: D. Gill, mit einem Nachwort v. E. Kübler-Ross, 379 S., DM 36,-. Kreuz-Verlag, Stuttgart.

Wer die vier Standardwerke von Professor Dr. med. Elisabeth Kübler-Ross – insbesondere „Interviews mit Sterbenden“ – kennt, wird das hochinteressante Buch über die außergewöhnliche Lebensgeschichte der berühmten Sterbeforscherin in einem Zuge mit großer Freude lesen. Die Biographie führt von ihrer Geburt in der Schweiz 1926 als enscheinend keum lebenslähiges Kind – eines von Drillingen –, über ihre abenteuerliche Jugendzeit als freiwillige Friedensdienstleiterin in den Nachkriegsjahren und Abschluß des Laborantinnenexamens zum Arztberuf auf dem zweiten Bildungsweg bis hin zur Professorin für Psychiatrie in den USA. Ihr ist nichts ein Zulall; durch absolute Zuwendung und Hingabe an Menschen in äußerster Not, speziell den Sterbenden, bietet sie heute – eine Freundin von Mutter Teresa – jedem eine hilfreiche Hand an, um mit den unerledigten Dingen des Lebens, mit Schuld, Schem und Angst fertig werden zu können.

Dr. med. A. Teller, Weiden

Der Pflanzendoktor

1000 Tips für Zimmerpflanzen

Herausgeber: A. Bicknell, aus dem Englischen von M. Ullrich/M. Wischmeier, 160 S. m. zahlr. zweifarb. Abb., Pp. lam., DM 29,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Dieser Ratgeber gibt umfassend Auskunft zu allen Fregen und Problemen der beliebten grünen Hausgenossen. Die ersten Kapitel sind der Auswahl der richtigen Pflanzen und Ihrer Pflege zu verschiedenen Jahreszeiten gewidmet. Weiter erklärt der „Pflanzendoktor“, was man vom Umtopfen, vom Beschneiden und Stützen wissen muß, wie man Fehler bei der Pflege behebt und die zahlreichen Schädlinge und Krankheiten der Pflanze bekämpft. Es folgen allgemeine Pflegehinweise zu mehr als 250 Pflanzen, deren Charakteristika zweifarbige Abbildungen verdeutlichen.

Die Paß-genau- Arztpraxis

- * komplette Praxis-Einrichtungen oder Einzel-Einbauten „nach Maß“
- * Medikamenten- und Instrumenten-Regale, Schrank- und Trennwände, Patienten-Kar-teien – 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

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.

Juni 1982

- 1.—5. **Göttingen:** 66. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie — Auskunft: Professor Dr. K. Hübner, Theodor-Stern-Kal 7, 6000 Frankfurt 70.
4. **Würzburg:** Würzburger Notfallsymposion. — Auskunft: Institut für Anästhesiologie der Universität Würzburg, Freu Werner, Josef-Schnelder-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 4.—6. **Bad Neuheim:** 30. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, 6350 Bad Nauheim.
5. **Würzburg:** Notfallsymposion für Rettungssanitäter und Notärzte. — Auskunft: BRK-Präsidium, Rettungsdienst Ref. V/I, Holbeinstraße 11 c, 8000 München 86.
5. **Würzburg:** Augenärztliche Fortbildungsveranstaltung für Allgemeinärzte und Internisten. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker, Josef-Schnelder-Straße 11, 8700 Würzburg.
- 5.—6. **Hennef:** Sportmedizinische Weiterbildungsveranstaltung. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichterath.
- 5.—12. **Philedelphie:** 2. Fortbildungsgruppenreise „Medizin und Ärzte in USA“. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 31, 4000 Düsseldorf 30.
- 5.—12. **Sent'Angelo/Ischle:** Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Hapag-Lloyd-Reisebüro GmbH, Kongreßbeziehung, Kaiserstraße 20, 6000 Frankfurt.
- 8.—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. Ralsch, Hohe Warte 8, 8580 Beyreuth.
- 10.—12. **Bed Ischl:** Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. — Auskunft: Univ.-Dozent Dr. A. Scheller, 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, Keiser-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 Augenheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. H. E. Völcker, Schwabachanlage 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. **Rotteck-Egern:** 4. Kassenärztlicher Seminarkongreß für die tägliche Praxis. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenerztverband, Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
- 14.—25. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 15.—17. **Prag:** IV. Europäisches Nierensymposion. — Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Viteznehouora 31, CS-12026 Prag.
- 17.—19. **Bemberg:** Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. H. A. Krone, Staatliche Frauenklinik, Markusplatz 3, 8600 Bemberg.
- 18.—20. **Bed Reichenhall:** 15. Kolloquium der Bed Reichenhaller Forschungsanstalt für Krenkheiten 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. O. Box 3, London W1A 3.
- 19.—23. **Montreal:** 8. Internationale 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. Asiel, 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 Krebszell Diagnostik 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 Zytologia. — Auskunft: Dr. A. Kellner, Zytologisches Labor, Landeskrankenhaus, Auanbruggerplatz 26, A-8036 Graz.
- 24.-27. **Salzburg:** 2. Internationale Fortbildungstagung „Radiologia heuta“. — Auskunft: Kongreßbatriaba dar Stadt Salzburg, Frau Alles, Auarspergstraße 6-7, A-5020 Salzburg.
- 25.-26. **Würzburg:** Symposion über programmgesteuerte Perimetrie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker, Josef-Schneldar-Straße 11, 8700 Würzburg.
- 25.-27. **Freiburg:** 16. Dautscher Kongreß für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. — Auskunft: Dautsche Gasellschaft für Allgemeinmedizin, Alter Postweg 20, 2100 Hamburg 90.
26. **Obersteufen:** 7. Obarstaufer Symposion für praktische Onkologia. — Auskunft: Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlbaurstraße 18, 8000 München 80.
26. **Regensburg:** 4. Oberpfälzer Tagung für Sportmedizin. — Auskunft: Dr. H. Petar, Kornmarkt 5, 8400 Ragensburg.
28. 6.-4. 7. **Wien:** XXII. Weltkongreß für Sportmedizin. — Auskunft: Verband Österreichischer Sportärzte, Professor Dr. L. Prokop, Possingergasse 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: Medizinischer Direktor Dr. W. Ralsch, Hoha Warta 8, 8580 Bayreuth.

Juli 1982

- 2.-4. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte (Fortgeschrittene). — Auskunft: Sportmedizinische Abteilung der Poliklinik, Frau E. Bargmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen.
- 2.-4. **Heidelberg:** VI. Fortbildungstaga für praktische Sexualmedizin. — Auskunft: Dr. F. Conrad, Marianplatz 2, 8000 München 2.
3. **Kempten:** Fortbildungsveranstaltung des Dautschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte a. V., — Auskunft: Dr. H. Hauptmann, Uimer Straße 150, 8900 Augsburg.
- 10.-11. **Hennef:** Sportmedizinische Weiterbildungsveranstaltung. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichterath.

- 13.-16. **München:** Weltkongreß dar Stomaträger. — Auskunft: Deutsche ILCO a. V., Kemmergassa 9, 8050 Frelsing.
14. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinischer Direktor Dr. W. Ralsch, Hoha Warta 8, 8580 Bayreuth.
14. **Erlangen:** Fortbildungsveranstaltung für Augenheilkunda. — 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. **Seminarralse:** Das Gesundheitswesen in Brasilien. — Auskunft: Dautsch-Brasilianische Gesellschaft für Medizin, Aquinostraße 19, 5000 Köln 1.
- 25.-31. **Cenezet:** Hochoalpinar Kurs. — Auskunft: Professor Dr. P. Barnett, Conollystraße 32, 8000 München 40.
26. 7.-6. 8. **Montreux:** Medica-Montraux 82 — 9. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Professor Dr. Berensmann, Postfach 71, 7000 Stuttgart 70.
26. 7.-7. 8. **Devos:** Xti. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

„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 regelmäßigem 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 etiaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke.

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

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und 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 Einwendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

Internationaler Medizinischer Fachverlag

Im Zentrum Münchens sucht für freie

Übersetzer-Mitarbeit

Gebietsärzte aus sämtlichen Disziplinen.
(Englisch/Deutsch).

Freundliche Angebote, welche auf Wunsch streng vertraulich
behandelt werden, bitte an

Chiffre 2064/110.

Das KREISKRANKENHAUS WUNSIEDEL

l. Fichtelgebirge (Fachkrankenhaus für innere Medizin – 70 Betten)
sucht zum baldmöglichsten Eintritt eine(n)

Assistenzarzt oder -ärztin

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

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

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

Anfragen und Bewerbungen richten Sie bitte an

Leitenden Arzt Dr. Herbert Hohenberger, Kreiskrankenhaus
Postfach 148, 8592 Wunsiedel 1, Tel. (0 92 32) 35 77

oder

Landratsamt, 8592 Wunsiedel 1

Privatnervenklinik Gauting bei München

● Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütsleiden, Psychotherapie. Alle Kassen. Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt
Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 8 50 60 51
wochentags auch Telefon (0 89) 53 20 02

Deutscher Arzt

33 Jahre, sucht vor eigener Niederlassung Weiterbildungsstelle zum Arzt für Allgemeinmedizin in anerkannter Landpraxis vom 1. 9. bis 30. 11. 1982.

Anfragen unter Chiffre 2064/103.

Erfahr. prakt. Arzt, 33 Jahre alt, verh. sucht

Assistenzarztstelle

zur Weiterbildung in Gynäkologie.

Adresse: Dr. S. Sewhney, Lachnerstraße 59, 8520 Erlangen

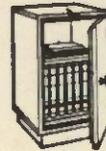
Arzthelferin

3 1/2 Jahre Erf. in HND- und Intern.-Praxis, Abrechnung und sonst. Büroarb. sucht aus ungek. Stelle ab 1. 7. 1982 oder später neuen Wirkungskreis. Raum Starnberger See bevorzugt.

Anfragen unter Chiffre 2064/118.

KLEINTRESDR

80 od. 120 x 48 x 55
feuersicher. Einbau-
Tresore ab OM 313, –
Katalog „BY“ frei!



W. Dreisörner
6000 Frankfurt/M. 50
Postfach 50 10 49
Tel. (08 11) 52 48 44

Erfahrene Orthopädin und Traumatologin sucht

Assistentenstelle

In vollanerkanntem Haus oder Praxis.

Anfragen unter Chiffre 2064/113.

Afrikaner mit deutschem Staats-examen sucht

Medizinalassistentenstelle

in Innere oder Chirurgie. Baldmöglichster Dienstbeginn.

Anfragen unter Chiffre 2064/114.

Als zukünftiger CHIRURG interessiere ich mich für

berufliche Kontakte

Ziel: Gemeinschaftspraxis-Ambulantes Dperieren- Privatklinik-Mitarbeiter-Tellhaberschaft.

Anfragen unter Chiffre 2064/105.

Ass. Arzt Stelle

gesucht, möglichst im Großraum München, zum Abschluß der Allg. Med. Weiterbildung, von dt. promov. Ärztin. Mitarbeit in Praxis, evtl. halbtags, ebenfalls ange-nehm.

Anfragen unter Chiffre 2064/79.

Siemens-Vidoson 735

preiswert zu verkaufen.

Anfragen unter Chiffre 2064/106.

neu

**Eigentum sichern durch
Wertsachenkennzeichnung**

fälschungssichere, unsichtbare Kennzeichnung Ihrer Teppiche, Petze, Bilder und anderer Wertsachen sowie Erstellung eines anerkannten Eigentums-Wertpasses

Wir informieren Sie
unverbindlich

EDS SICHERUNGSTECHNIK GMBH
8000 München 60, Henschelstraße 7, Telefon 089 / 81 41 091 / 93

ASA-SICHERUNGSANLAGEN GMBH
8501 Döberasbach bei Nürnberg, Kirchenweg 6a, Tel. 0911 / 69 56 24

Überstunden am Quartalsende? – Das muß nicht sein!

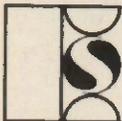
Wir haben einen **COMPUTER FÜR IHRE ARZTPRAXIS** entwickelt, der ohne große Umstellung und Einarbeitung Ihre gesamte Abrechnung (KV und Privat) erledigt. Eine vollwertige Datenverarbeitungsanlage mit hochwertigem Drucker, doppeltem Diskettenspeicher und einem Bildschirm übernimmt neben der Quartalsabrechnung auch:

- Krankenscheinmahnungen
- laufende Leistungsstatistiken und Übersichten
- Privatabrechnungen
- Schreiben von Formularen
- Nachuntersuchungsanschriften
- und vieles mehr (Anmeldung, Diagnosekürzel, etc.)

Komplettpreis: 25 700,- DM zzgl. MWSt (inklusive Hardware, Software, 1 Jahr Garantie und Beratung). Leasing ist ebenfalls möglich.

DIE EUROSOFT-GRUPPE VERFÜGT ÜBER 15 JAHRE ERFAHRUNG MIT MEDIZINISCHER DATENVERARBEITUNG

Wir führen Ihnen unser System gerne einmal (auch an Samstagen!) unverbindlich vor oder senden Ihnen kostenlos Informationsmaterial zu. Rufen Sie uns doch einfach an!



SICLOS-EUROSOFT GMBH DATENVERARBEITUNG UND UNTERNEHMENSBERATUNG
Briener Straße 5 · 8000 München 2 · TELEFON: (0 89) 22 23 24



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, Fürstfeldbruck, 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: _____

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 13,5 mg, Rhiz. Rhei 0,15g, standardisiert: Gesamtanthraglykoside 6,75 mg, Fol. Sennae 0,3g, standardisiert: Sennoside A + B 7,5 mg, Extr. Millefolii spir. sicc. 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, 6-tägiger Urlaub u. a.)
Chronische Obstipation (bei Versagen der bekannten natürlichen Maßnahmen)
Zur Aufweichung der Faeces bei schmerzhaftem Analleiden (besonders bei Haemorrhoiden)
Zur Vermeidung körperlicher Anstrengung durch Pressen bei Infarktpatienten, nach apoplektischem Insult.

Gegenanzeigen: wie bei allen Laxantien - mechanischer Ileus

Anwendung: **Abende:** 1/2-1 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

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

STEINER
Arzneimittel
Berlin West

25 Tabl. 7,60
50 Tabl. 12,31
100 Tabl. 22,80

RIVAPRESS®

Das Antihypertonikum für den Berufstätigen: macht nicht müde, erzeugt keine Depressionen, verzeiht Einnahmefehler.

Zusammensetzung
1 Tablette enthält Rescinnamin 0,3 mg, Benzylhydrochlorothiazid 5 mg, Diisopropylammoniumdichloracetat 30 mg.
Indikationen: essentielle Hypertonie.
Kontraindikationen Coma hepaticum, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie.
Nebenwirkungen Hyperglykämie, Hyperurikämie, Hypokaliämie möglich.
Dosierung Normdosis 1 x 1 Tablette täglich.



SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Verletzungen

Der Notfall: Die akute traumatische Querschnittlähmung

bearbeitet von Professor Dr. H. Pelleske und Dr. D. Fischer, Homburg/Saar

Symptomatik:

Die klinische Symptomatologie der akuten traumatischen Rückenmarks- oder Conus Cauda-Läsionen ist gleich. Sie ist gekennzeichnet durch einen partiellen oder totalen Funktionsverlust distal der Schädigung:

1. Schlanke Lähmung der Willkürmotorik mit Areflexie (spinaler Schock bzw. kaudaspezifische Form der Parese)
2. Störung der Sensibilität aller Qualitäten (Hypästhesie – Anästhesie)
3. Störung der Blasen- und Mastdarmfunktion
4. Vasomotorenlähmung, die besonders beim hohen Querschnittssyndrom zum Schock führen kann. Die Zirkulationsstörung kann zu einer zusätzlichen Schädigung des Rückenmarks führen und eventuell aus einem reversiblen in einen irreversiblen Funktionsausfall machen.
5. Zervikaler bzw. thorakaler Querschnitt: Eine Zwerchfelllähmung oder ein Ausfall der Atemhilfsmuskulatur kann eine allgemeine Hypoxie und damit ebenfalls eine zusätzliche hypoxische Schädigung des verletzten Rückenmarks hervorrufen (s. 4).

Anamnese:

Überwiegend Rücken- bzw. Wirbelsäulentraumata, auch bei Gewalteinwirkung in Achsenrichtung, Schleudert trauma durch abnorme Bewegung des freien Kopfes gegenüber dem fixierten Rumpf. Stich- oder Schußverletzungen. Seltener sind indirekte Schädigungen, z. B. durch Gefäßverletzungen (Aneurysma dissecans der Aorta, Verletzung obligater spinaler Zuflüsse, z. B. Arteria radicularis magna). Die sogenannte Commotio spinalis verursacht stets flüchtige Querschnittssymptome. Sie entsteht meist nach Stürzen auf den flachen Rücken bei Reitunfällen usw. Eine Wirbelsäulenverletzung braucht nicht vorzuliegen.

Anamnestisch wichtig: Hat die Querschnittssymptomatik sofort im vorliegenden Ausmaß bestanden oder gibt es Anhaltspunkte für eine Progredienz? Handelt es sich um ein adäquates Trauma? Ein Bagateltrauma kann die Symptomatik einer bislang unbekannt, nicht traumatischen Erkrankung des Rückenmarks oder der Cauda equina auslösen.

Sofortdiagnostik:

1. Äußere Verletzungszeichen (Wunden, Prellmarken, Hämatome, äußerlich erkennbare Deformierungen der Wirbelsäule und anderes mehr). Cave: Kopf oder Körper dabei nicht bewegen, dann lieber auf eingehende Inspektion verzichten.

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

2. Kontrolle von Kreislauf und Atmung
3. Lokalisation der Schädigung: Die Höhe der Schädigung wird durch die am weitesten nach kranial reichende neurologische Funktionsstörung bestimmt. Schmerzreize von kaudal nach kranial geben, bis der Verletzte Schmerzen angibt. Berührungsempfindung durch Bestreichen der Haut mit den Fingerspitzen prüfen. Grenze der Sensibilitätsstörung liegt häufig einige Segmente unterhalb der Höhe, in der die Rückenmarksläsion lokalisiert ist. Notieren: z. B. „Nabelhöhe“, „Höhe der Brustwarzen“, „Ulnarseite des rechten Armes“ usw.
4. Zur Prüfung der Motorik: Rumpf und Kopf nicht bewegen lassen. Verletzten auffordern, die Extremitäten einzeln zu bewegen: Befund notieren.
5. Bei Verletzten mit Bewußtseinstörung weisen folgende Befunde auf einen möglichen Querschnitt hin:
 - e) Unterschiedliche Spontanmotorik: z. B. Arme werden lebhaft bewegt, Beine weniger oder gar nicht.
 - b) Unterschiedliche Schmerzreaktionen der oberen und unteren Extremitäten (Kneifen in die Haut der vorderen Achselfalten bzw. die Haut der Oberschenkelinnenseite)
 - c) Differenz der Reflexe zwischen oberen und unteren Extremitäten
 - d) Fehlende Brustatmung bei erhaltener Zwerchfellatmung
 - e) Priapismus

1. Patienten auffordern, Kopf und Rumpf nicht zu bewegen.
2. An bewußtseinsklaren Patienten Ruhigstellung in Rückenlage, beim Bewußtlosen stabile Seitlagerung
3. Vorsichtiges Unterpolstern besonders Dekubitus-gefährdeter Auflegestellen (Beckenschaukel, Kreuzbein, Fersen)
4. Für Transport von der Unfallstelle drei bis vier Personen notwendig, bei HWS-Verletzung muß Kopf unter leichtem Zug in Mittelstellung gehalten werden. Im Gegensatz zu Richtlinien für den Transport von Wirbelfrakturen darf Querschnittsgelähmter nicht auf harter Unterlage transportiert werden (Dekubitusgefahr!)
5. Medikamentös: 40 mg *Dexamethason* i. v., bei hohem Querschnitt mit isomolekularem *Dextran*, eventuell kreislaufstabilisierende Medikamente
6. Wenn möglich, Ruhigstellung der HWS durch entsprechende Krawatte
7. Maßnahmen zur Vorbereitung manueller Beatmung. Bei drohender Ateminsuffizienz Gündel-Tubus einlegen und mit Maske und Beutel Atmung unterstützen. Wenn möglich, zusätzlich Sauerstoff insuffizieren. Bei thorakaler Querschnittslähmung gegebenenfalls endotracheale Intubation. Bei zervikalem Querschnitt Intubation nasotracheal durch den erfahrenen Arzt (keine Reklination!)

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

Sofortiger Transport in Fachklinik grundsätzlich indiziert. Indikationen zur sofortigen Operation:

1. Sekundär sich entwickelnder Querschnitt bzw. Progredienz der anfänglichen Querschnittssymptomatik
2. Wurzelschädigung durch Kompression (insbesondere Kaudakompression)

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

Bei Transport ärztliche Überwachung notwendig.

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Jedes Querschnittssyndrom verlangt rasches und planvolles Handeln. Die endgültige Beurteilung und Abklärung und die sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen gehören in die Hand des erfahrenen Spezialisten.