



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

Jun 1982

Zur Kenntnis genommen:

Am 17. Mai ist eine für die Fortentwicklung des ärztlichen Berufsrechtes in Bayern und in der Bundesrepublik besonders wichtige Entscheidung gefallen. Der Bayerische Verfassungsgerichtshof hat an diesem Tage verkündet, daß die in der Weiterbildungsordnung vorgesehene Umstellung der Bezeichnung „Facherzt für ...“ auf „Arzt für ...“ oder die Kurzbezeichnung auch für Ärzte, deren Urkunde die alte Bezeichnung enthält, nicht gegen die Verfassung verstößt. Damit wird eine Entwicklung abgeschlossen, die genau zehn Jahre gedauert hat. Auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 1972 in Westerland wurde nämlich bereits mit nur wenigen Gegenstimmen beschlossen, die Bezeichnung „Facherzt“ zu eliminieren und nur noch die Bezeichnung „Arzt für ...“ oder die Kurzbezeichnung zu verwenden. Zur gleichen Zeit erging aber ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur „Facharztordnung“, welches eine Änderung der Kammergesetze der Länder und anschließend die Verabschiedung einer neuen Weiterbildungsordnung erforderlich machte.

Das Gesetzgebungsverfahren zog sich über viele Jahre hin. So hat der Bayerische Landtag die Novelle zum Kammergesetz erst 1977 verabschiedet. Auf dem Deutschen Ärztetag 1976 wurde der Entwurf einer neuen Muster-Weiterbildungsordnung beschlossen und den Ärztekammern der Länder zur Annahme empfohlen. In dieser Muster-Weiterbildungsordnung war es erstmals möglich, den Beschluß von 1972 zu realisieren. Der Bayerische Ärztetag hat im Herbst 1977 die neue Weiterbildungsordnung beschlossen. Sie trat am 1. Januar 1978 in Kraft. Damit begann auch die dreijährige Übergangsfrist zu laufen, nach der die Bezeichnung „Facherzt“ auch von denjenigen Kollegen abgelegt werden mußte, deren Urkunde noch die alte Bezeichnung enthielt. Sie ist Ende 1980 abgelaufen. Nachdem ein Kollege diese Übergangsbestimmung mit einer Klage zum Bayerischen Verfassungsgerichtshof angefochten hatte, beschloß der Vorstand der Kammer, ihre Durchführung bis zur Verkündung des Urteils auszusetzen.

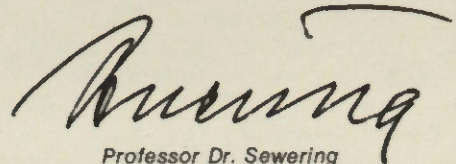
Nunmehr haben wir eine klare Entscheidung. Das oberste bayerische Gericht hat es nicht dabei bewenden lassen, lediglich festzustellen, daß die angefochtene Bestimmung nicht verfassungswidrig ist, sondern auch betont, daß sie sinnvoll ist und dem Allgemeinwohl dient. Es wäre, so führte das Gericht aus, nicht sinnvoll, über Jahrzehnte hinweg verschiedene Bezeichnungen nebeneinander bestehen zu lassen.

Nunmehr ist es Aufgabe der Ärztlichen Kreisverbände, dafür Sorge zu tragen, daß Arztschilder, Stempel, Briefbögen und sonstige Formulare – soweit sie noch alte Bezeichnungen enthalten – dem geltenden Berufsrecht angepaßt werden. Dabei scheinen mir die Kurzbezeichnungen besonders empfehlenswert, weil sie in der Bevölkerung längst gängig und eingebürgert sind. Man geht zum Augenarzt, Frauenarzt, Kinderarzt und nicht zum „Facharzt für ...“. Alle Kolleginnen und Kollegen, welche nun von der Änderung betroffen sind, bitte ich um Verständnis und Aufgeschlossenheit für die Umstellung. Sie wer-

den weder einen materiellen noch einen Ansehensverlust erleiden. Das sollten ihnen doch auch die Tausende von Kollegen zeigen, die seit Jahr und Tag eine Kurzbezeichnung führen.

In diesem Zusammenhang einige weitere Hinweise: Wenn Sie Schilder und Briefbögen ändern, dann denken Sie bitte auch an die weiteren Bestimmungen der Berufsordnung. Weder die Bezeichnung „Institut“, noch Zusätze wie „Röntgen, EKG, Nuklearmedizin“ usw. sind zulässig. Unzutreffend ist es auch, wenn eine Gebietsbezeichnung mit einer Teilgebietsbezeichnung durch „und“ verbunden wird. Es heißt also nicht „Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie“, sondern „Chirurg“ und darunter in der zweiten Zeile „Unfallchirurgie“ oder „Internist“ und darunter „Kardiologie“ oder „Lungen- und Bronchialheilkunde“ usw. Soweit ein Arzt die Anerkennung für zwei verwendete Gebietsbezeichnungen hat, kann er beide führen, wenn dies in der Weiterbildungsordnung zugelassen ist. In diesem Fall lautet die Bezeichnung z. B. „Chirurg und Urologe“ oder „Arzt für Chirurgie und Urologie“ oder „Internist und Radiologe“ usw. Sie finden alle einschlägigen Bestimmungen der Berufsordnung und der Weiterbildungsordnung im Sonderheft des BAYERISCHEN ARZTEBLATTES „Arztrecht in Bayern“.

Bei dieser Gelegenheit wäre es empfehlenswert, auch die übrigen Bestimmungen nachzulesen. Verstöße gegen das Werbeverbot machen uns zunehmend Sorge. Die Forderung nach Beachtung der Grenzen der Gebiete führte – so in der letzten Zeit bei der Labordiagnostik – zu ausgedehnten Diskussionen. Dabei wird häufig erklärt, man brauche eben diesen oder jenen Laborparameter. Hier wird verwechselt, was man braucht und was man selbst erbringen darf. Der Arzt eines klar begrenzten Organgebietes, zu welchem die Leber nicht gehört, braucht sicherlich in bestimmten Fällen Informationen über Leberwerte. Er darf sie aber nicht selbst erbringen. Hier kommt eben das unverzichtbare Prinzip der interdisziplinären Zusammenarbeit zum Tragen, ohne das es keine Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich geben kann. Diese kollegiale Zusammenarbeit funktioniert aber nur, wenn jeder sich darauf verlassen kann, daß von allen Beteiligten die Gebietsgrenzen korrekt beachtet werden. Das wird um so wichtiger, je enger wir bei zunehmendem Nachwuchs zusammenrücken müssen. Es muß, auch wenn manchmal unbequem, gemeinsame Überzeugung aller Ärzte werden, daß Berufsordnung und Weiterbildungsordnung keine Instrumente einer altmodischen Zeit sind, sondern unverzichtbare Leitlinien einer gedeihlichen Zusammenarbeit der Ärzte, die heute notwendiger sind als je zuvor.


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)

3. Tetracycline

Die Applikation der Tetracycline ist oral und parenteral möglich. Ihr Wirkungsbereich erstreckt sich auf grampositive und gramnegative Keime, auf Anaerobier, Sporenbildner, Aktinomyzeten, Spirochäten, Leptospiren, Rickettsien, Mykoplasmen und einige „große“ Viren.

Es gibt verschiedene Tetracycline, die bei unterschiedlicher Dosierung und in vitro-Empfindlichkeit alle etwa das gleiche Keimspektrum erfassen. Die Gewebediffusion ist uneinheitlich. Hohe Konzentrationen finden sich in Leber, Niere, Milz und Lunge sowie in entzündetem und Tumorgewebe. Ein Vorteil der neueren Tetracycline (Doxycyclin und Minocyclin) ist ihre relativ gute Absorption und die daraus resultierenden Plasmaspiegel.

Die Hauptindikationen für Tetracycline sind, Mischinfektionen des Intestinaltraktes, Langzeittherapie der chronischen Bronchitis, Therapie akuter Schübe der chronischen Bronchitis (Erwachsene), Behandlung von Pneumonien mit unbekanntem Erreger, Mykoplasmenpneumonien, sowie Prostatitis (Erwachsene), Adnexitis und eventuell auch Harnwegsinfektionen.

Zu der Gruppe der sogenannten älteren Tetracycline, die nur noch eine untergeordnete Bedeutung haben, gehören folgende Präparate:

3.1 Tetracyclin

Handelsnamen: Achromycin, Hostacyclin, Remicyclin, Steclin, Supramycin, Tefilin, Tetrabakat, Tetrablet, Tetracitro S, Tetracyclin Stada, Tetracyclin Sanorania, Tetracyclin Heyl, Tetracyclin P „Ankermann“, Tetracyclin-ratiopharm, Tetracyclin Wolff, Tetralution

Applikationsart: oral, i. m., i. v. (nicht alle Präparate)

Dosierung: (Kinder) 20 bis 40 mg/kg täglich, bei oraler Gabe in 3 bis 4 Einzeldosen, sowie 10 bis 15 mg/kg bei i. m.- und i. v.-Gaben in 2 bis 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 1 bis 2 (bis 3) g täglich.

3.2 Oxytetracyclin

Handelsnamen: Dura Tetracyclin, Macocyn, Terramycin, Terravenös, Tetracycletten, Tetratablinen

Applikationsart: alle oral, außer Terravenös i. v.

Dosierung: (Kinder) 20 bis 40 mg/kg täglich, in 3 Dosen bei oraler Gabe, 10 bis 15 mg/kg in 2 bis 3 Einzeldosen bei i. v.-Applikation; (Erwachsene) 1 bis 2 (bis 3) g täglich.

3.3 Demeclocyclin (= Demethylchlortetracyclin)

Handelsname: Ledermycin

Applikationsart: oral

Dosierung: (Kinder) 10 bis 15 mg/kg täglich, verteilt auf 2 bis 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 600 mg täglich, verteilt auf 2 Einzeldosen.

3.4 Rolitetracyclin

Handelsname: Reverin

Applikationsart: i. v., i. m.

Dosierung: (Kinder) 10 bis 15 mg/kg täglich, in 2 bis 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 550 mg täglich, in 2 Einzeldosen.

3.5 Methacyclin

Handelsname: Rondo-Bron

Applikationsart: oral

Dosierung: (Kinder) 10 bis 15 mg/kg täglich, in 2 Einzeldosen; (Erwachsene) 600 bis 900 mg täglich.

3.6 Chlortetracyclin

Handelsname: Aureomycin

Applikationsart: oral

Dosierung: (Kinder) 10 bis 15 mg/kg täglich, in 2 bis 3 Einzeldosen; (Erwachsene) 1 g täglich, verteilt auf 4 Einzeldosen.

Zu den sogenannten neueren Tetracyclinen, die niedriger dosierbar sind, gehören:

3.7 Doxycyclin mit dem gleichen Anwendungs- und Indikationsbereich wie die übrigen Tetracycline. Doxycyclin wird zu etwa 75 Prozent nach oraler Gabe absorbiert und kann oral und i. v. gegeben werden.

Handelsnamen: Doxitard, Doxycyclin-Efeka, Doxycyclin-ratiopharm, Vibramycin, Vibravenös, Doxy Komb, Doxy Tablinen, Investin, Mespafin, Sigadoxin

Applikationsart: oral (Vibramycin u. a.), i. v. (Vibravenös)

Dosierung: (Kinder) (2) bis 4 bis (10) mg/kg täglich, in 1 bis 2 Einzeldosen; (Erwachsene) 200 mg täglich.

3.8 Minocyclin

Auch Minocyclin ist neben dem Doxycyclin ein sogenanntes Langzeit-tetracyclin wegen seiner von den übrigen Tetracyclinen unterscheidbaren Eigenschaften. Es wird nahezu vollständig absorbiert. Es hat wie Doxycyclin das klassische Tetracyclinspektrum.

Handelsname: Klinomycin

Applikationsart: oral, i. v.

Dosierung: (Kinder) (2) bis 4 (bis 10) mg/kg täglich, in 1 bis 2 Einzeldosen; (Erwachsene) 200 mg täglich.

Nebenwirkungen der Tetracycline

Tetracycline sind bei Kindern unter sechs Jahren und bei Schwangeren streng kontraindiziert. (Außer es müssen ausnahmsweise lebensbedrohliche Infektionen behandelt werden, z. B. bei Beta-Laktam-unverträglichkeit.) Tetracyclin-Kalzium-Komplexe werden irreversibel in Knochen und Zähnen gebildet. Die Zähne werden in der Wachstumsphase verfärbt und geschädigt. Bei Tetracyclinbehandlung während der Schwangerschaft kommt es beim Feten zur Ablagerung im gesamten Skelettsystem und in den Zahnanlagen.

Die Verträglichkeit der Tetracycline ist im allgemeinen gut. Allergien sind selten. Bei Minocyclin kann es in etwa acht Prozent der Behandelten zu Schwindelerscheinungen kommen. Gelegentlich werden Fotodermatosen, besonders bei extrem hoher Dosierung (Doxycyclin, Minocyclin) und besonders auf unbedeckter Haut (Gesicht), beobachtet.

Bei eingeschränkter Nierenfunktion sollte die Tetracyclindosierung 25 bis 50 Prozent der üblichen Dosis betragen, da hepatotoxische Kumulationen zustande kommen können. Bei hohen Dosen kann es zur Leberzellschädigung kommen. Aus diesem Grunde ist die Überwachung der Leberfunktion bei vorgeschädigter Leber bzw. hohen Dosen indiziert. Gelegentlich kann es zu kolo- und genitoanorektalen Syndromen sowie zu Glossitis, Stomatitis und Ösophagitis (Ulkusgefahr) kommen. Doxycyclin zeigt bisher keine meßbare Kumulation bei Ausscheidungsstörungen und hat einen deutlich geringeren antianabolen Effekt und eine viel geringere Affinität zu Kalziumionen. Die Häufigkeit allergischer Reaktionen mit ungefähr zwei Prozent bei Doxycyclin und Minocyclin liegt im Bereich der Häufigkeit bei allen Tetracyclinen.

Seltener auftretende Nebenwirkungen bei allen Tetracyclinen sind intrakranielle Drucksteigerung (Pseudotumor cerebri), Beeinflussung von Enzymaktivitäten, Ataxien, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Pruritus und Schweißausbrüche.

Die gleichzeitige Einnahme von Antazida, Eisenpräparaten, Cumarinderivaten und Sulfonylharnstoffen ist zu vermeiden.

4. Chloramphenicol und Thiamphenicol

4.1 *Chloramphenicol* ist parenteral und oral anwendbar. Das Wirkungsspektrum umfaßt grampositive Bakterien, Kokken und Sporenbazillen sowie gramnegative Keime, Aktinomyzeten, Spirochäten, Leptospiren, Rickettsien und sogenannte „große“ Viren. Eine hohe Resistenzquote gegen Chloramphenicol hat lediglich *Pseudomonas aeruginosa* aufzuweisen. Eine Resistenzentwicklung während der Therapie mit Chloramphenicol bei empfindlichem Erreger wurde bisher nicht beob-

achtet. Nach oraler Verabreichung werden mehr als 90 Prozent der applizierten Menge absorbiert.

Handelsnamen: DuraPhenicol, Fenbionic, Kamaver, Nevimycin, Pantovernil, Paraxin

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

Dosierung: (Neu- und Frühgeborene) 25 mg/kg täglich; (Kinder) 50 bis 80 (bis 100) mg/kg täglich, in 3 Einzelgaben; (Erwachsene) 1 bis 2 (bis 3) g täglich.

Nebenwirkungen von Chloramphenicol

Die Verträglichkeit von Chloramphenicol ist gut. Intestinale Beschwerden sind relativ selten. Allergien kommen nur gelegentlich vor. Wegen seiner möglichen toxischen Wirkung auf das Knochenmark (die Rate liegt bei Kindern bei ca. 1:25 000 der Behandelten) mit Panmyelopathie, aplastischer Anämie, Granulo- und Thrombozytopenie, sowie sideroachrestischen Anämien, sollte Chloramphenicol für die Behandlung bakterieller Infektionen, bei welchen die Gabe anderer Antibiotika möglich ist, nicht mehr verwendet werden. Ein Einsatz bei strengster Indikationsstellung kommt dann in Frage, wenn ein Ersatz durch ein gleich wirksames anderes Antibiotikum nicht möglich ist.

Bei manchen Sepsis- oder Meningitisfällen in der Klinik kann es jedoch wegen seiner guten Liquorgängigkeit das „Mittel der Wahl“ und somit lebensrettend sein.

Die lange Zeit sehr beliebte Applikation in Form von Suppositorien oder in Mischpräparaten, z. B. in Hustensäften, ist wegen der Unkontrollierbarkeit der absorbierten Menge strikt abzulehnen. Besondere Vorsicht ist bei der Anwendung von Chloramphenicol bei Neu- und Frühgeborenen wegen der mangelhaften Glukuronidierung durch die noch funktionsschwache Leber dieser Kinder geboten. Zur Verhinderung der Gefahr der Kumulation (sogenanntes „Gray-Syndrom“) sollte in diesen Fällen eine Dosierung von 25 mg/kg täglich nicht überschritten werden.

4.2 *Thiamphenicol* ist dem Chloramphenicol chemisch ähnlich und hat auch etwa dessen Wirkungsspek-

Indo-Tablinen[®] Allo-300-Tablinen[®]

Rheuma
Gicht

Indo-Tablinen:

Zusammensetzung
1 Tablette enthält 50 mg Indometacin.

Indikationen
Entzündliche und degenerative (rheumatische) Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Kontraindikationen
Ulcus ventriculi et duodeni, auch in der Anamnese, Allergie gegen Acetylsalicylsäure oder Indometacin, Anwendung bei Kindern unter 14 Jahren.

Nebenwirkungen
Gastrointestinale Störungen und Blutungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Somnolenz, psychische Störungen, allergische Hauterscheinungen, Störungen der Hämatopoese; Sehstörung: Retina- und Makulaveränderungen.

Dosierung und Anwendungsweise
2-3 X ½-1 Tablette täglich.

20 Tabl.	50 Tabl.
8.00	17.15

Allo-300-Tablinen:

Zusammensetzung
1 Tablette enthält 300 mg Allopurinol.

Indikationen
Erhöhte Harnsäurespiegel, Gicht, Gichtniere.

Kontraindikationen
Schwangerschaft und Stillzeit. Bei gleichzeitiger Behandlung mit 6-Mercaptopurin oder Azathioprin ist deren Dosis auf ein Viertel der üblichen Menge zu reduzieren.

Nebenwirkungen
Gelegentlich Allergien.

Dosierung
Normdosis 1 Tablette täglich.

50 Tabl.	100 Tabl.
16.00	29.50

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

trum, abgesehen von den etwas schlechter erreichbaren *E. coli* und anderen gramnegativen Keimen.

Handelsname: Urfamycine

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

Dosierung: (Kinder) 25 bis 50 mg/kg täglich, in 3 Einzelgaben; (Erwachsene) 1,5 (bis 3) g täglich.

Nebenwirkungen von Thiamphenicol

Die Rate der toxischen Wirkung auf das Knochenmark mit Panmyelopathie soll bei Thiamphenicol geringer sein. Bisher ist noch kein Fall mit aplastischer Anämie bekanntgeworden. Allerdings ist die gewöhnliche dosisabhängige Knochenmarksuppressive Wirkung, die in erster Linie das erythropoetische System betrifft und z. B. im Abfall der Retikulozyten im Blut ihren Ausdruck findet, höher als beim Chloramphenicol. Bei Absetzen des Medikaments ist diese Art der Nebenwirkung reversibel. Es empfiehlt sich daher, genau wie bei Chloramphenicol; auch bei Thiamphenicol während der Therapie laufend das Differentialblutbild (Retikulozyten, Thrombozyten) zu kontrollieren.

5. Aminoglykoside

Aminoglykoside sind chemisch Aminocyclitol-Antibiotika mit Streptamin als Grundkörper, die sich in Wirkungsbereich, Pharmakokinetik, Verträglichkeit und Toxizität ähnlich sind.

Zu den älteren Aminoglykosid-Antibiotika, die wegen ihrer erheblichen Nebenwirkungen (Nephro- und Ototoxizität) keine Bedeutung mehr haben, zumal das von ihnen erfaßte Keimspektrum von zahlreichen neueren Antibiotika mit geringerer Toxizität erreicht wird, gehören:

5.1 *Streptomycin*, dessen Verwendung nur noch bei Tuberkulose und in speziellen Fällen bei Endokarditis in Kombination mit Penicillin G (= Synergismus) indiziert ist.

5.2 *Neomycin*, welches nur lokal oder oral verwendet und aus dem Darm nur geringfügig absorbiert wird, sowie

5.3 *Kanamycin*, das in den USA immer noch z. B. zur Behandlung von Neugeboreneninfektionen ein-

gesetzt wird, hierzulande aber als obsolet gilt, das *Pseudomonas aeruginosa* nicht in ausreichendem Maße erfaßt.

Handelsnamen: Streptomycin: Solvo-strept S, Streptomycin Sarbach, Streptomycinsulfat-Heyl, Streptomycinsulfat „Horm“, Streptothenat
Neomycin: Bykomycin, Myacyne, Neomycin

Applikationsart:

Streptomycin: i. v., i. m., oral
Neomycin: oral, lokal

Zu den neueren Aminoglykosiden gehören:

5.4 *Gentamicin*. Es unterscheidet sich, wie die anderen neueren Vertreter dieser Gruppe, vom Streptomycin durch eine geringere Toxizität. Gentamicin wirkt hauptsächlich bei Infektionen mit gramnegativen Erregern (z. B. *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa* u. a.), jedoch werden auch Staphylokokken erfaßt. Wegen der sehr erheblichen, zum Teil regional unterschiedlichen Resistenzverhältnisse ist der Einsatz nur nach vorheriger Erregerisolierung und Testung bei lebensbedrohlichen bakteriellen Infektionen indiziert. Gentamicin ist mit Ausnahme bei Harnwegsinfektionen, wie die übrigen neueren Aminoglykosid-Antibiotika, nicht zur Monotherapie geeignet. Im allgemeinen dient es als Kombinationspartner mit Beta-Laktamantibiotika, wie z. B. Mezlocillin, Piperacillin, Ticarcillin, oder den Cephalosporinen, wie z. B. Cefotaxim, Cefuroxim usw.

Handelsnamen: Refobacin, Sulmycin

Applikationsart: i. m., i. v.

Dosierung: (Kinder) 4, (Neugeborene und Säuglinge bis 7,5) mg/kg täglich, in 2 bis 3 Einzelgaben; (Erwachsene) 2 bis 3 mg/kg täglich, in 2 Einzelgaben.

5.5 *Tobramycin* entspricht in seinem Wirkungs- und Anwendungsbereich weitgehend demjenigen des Gentamicins. Bei Staphylokokken und *Pseudomonas* ist es dem Gentamicin teilweise überlegen. Die Wirkungsunterschiede sind jedoch regional verschieden und hängen von der jeweiligen Resistenzsituation ab.

Handelsname: Gernebcin

Applikationsart: i. m., i. v.

Dosierung: (Kinder) 4, (Neugeborene und Säuglinge bis 7,5) mg/kg täglich, in 2 bis 3 Einzelgaben; (Erwachsene) 2 bis 3 mg/kg täglich, in 2 Einzelgaben.

5.6 *Sisomicin* ist dem Gentamicin bei geringfügigen lokalen Unterschieden sehr ähnlich.

Handelsnamen: Extramycin, Pathomycin

Applikationsart: i. m., i. v.

Dosierung: (Kinder) 4, (Neugeborene und Säuglinge bis 7,5) mg/kg täglich, in 2 bis 3 Einzelgaben; (Erwachsene) 2 bis 3 mg/kg täglich, in 2 Einzelgaben.

5.7 *Dibekazin* ist dem Gentamicin bei geringfügigen lokalen Unterschieden sehr ähnlich.

Handelsname: Orbizin

Applikationsart: i. m., i. v.

Dosierung: (Kinder) 4, (Neugeborene und Säuglinge bis 7,5) mg/kg täglich, in 2 bis 3 Einzelgaben; (Erwachsene) 2 bis 3 mg/kg täglich, in 2 Einzelgaben.

5.8 *Netilmicin* ist der jüngste Vertreter dieser Substanzklasse und soll sich durch eine geringere Oto- und Nephrotoxizität von den übrigen Aminoglykosiden unterscheiden. Bis auf eine geringfügig bessere Aktivität bei Staphylokokken entspricht das antibakterielle Wirkungsspektrum demjenigen des Gentamicins.

Handelsname: Certomycin

Applikationsart: i. m., i. v.

Dosierung: (Kinder) 4, (Neugeborene und Säuglinge bis 7,5) mg/kg täglich, in 2 bis 3 Einzelgaben; (Erwachsene) 2 bis 3 mg/kg täglich, in 2 Einzelgaben.

5.9 *Ribostamycin* hat das Wirkungsspektrum der Aminoglykoside.

Handelsname: Landamycine

Applikationsart: i. v.

Dosierung: (Erwachsene) 1 bis 2 g täglich.

5.10 *Amikazin* ist ein Derivat des Kanamycins und zeichnet sich durch eine geringere Resistenzquote gegenüber *Klebsiella*, *Enterobakter*, *Serratia* und *Pseudomonas aeruginosa* aus, als dies bei Gentamicin und den anderen Aminoglykosiden

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

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

Indikationen: Alle Formen der arteriellen Hypertonie.


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

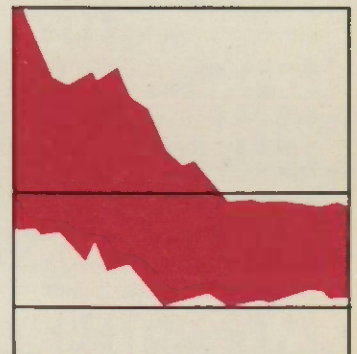
Dosierung: 1 Tablette täglich nach dem Frühstück. In Fällen unzureichender Blutdrucksenkung sollte nach einer Woche die Tagesdosis um 1/2 Tablette erhöht werden. In besonders schwer beeinflussbaren Fällen kann eine Steigerung der Tagesdosis auf 2-3 Tabletten erforderlich werden. Erhaltungsdosis 1 Tablette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

Besondere Hinweise: Bei zu hoher Dosierung kann es zu einem unerwünschten, stärkeren orthostatischen Blutdruckabfall kommen, der sich meist durch Hinsetzen oder Hinlegen mit Hochlagerung der Beine beheben lässt. In seltenen Fällen können Durchfälle oder Ejakulationsstörungen auftreten. Bei Niereninsuffizienz ist eine sorgfältige Überwachung des Elektrolythaushaltes und der Rest-N-Werte bzw. der Plasmakreatinin-Werte erforderlich. Eine latente Gicht bzw. ein latenter Diabetes mellitus kann manifest werden. Um einer Kaliumverarmung vorzubeugen, ist auf ausreichenden Kaliumgehalt der Kost zu achten. Bei Kaliumverlusten (Erbrechen, Diarrhoe), bei Kaliummangel, bedingt durch Zweiterkrankungen (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

 **Brunnengräber**
LUBECK



der Fall ist. Häufig ist es auch noch bei solchen Keimen aktiv, die gegenüber Gentamicin, Sisomicin, Tobramycin und Netilmicin resistent sind. Amikazin sollte als sogenanntes „Reserve-Antibiotikum“ nur bei lebensbedrohlichen Infektionen nach vorheriger Resistenztestung und nur dann eingesetzt werden, wenn andere Aminoglykoside resistent sein sollten.

Handelsnamen: Biklin, Fabianol

Applikationsart: i. m., i. v.

Dosierung: (Kinder) 10 bis 15 mg/kg täglich, in 1 bis 2 Einzelgaben; (Erwachsene) 10 bis 25 mg/kg täglich.

5.11 *Paromomycin* kann alternativ zu Neomycin orai zur Reduzierung der Darmkeime appliziert werden.

Handelsname: Humatin

Applikationsart: oral

Dosierung: 750 bis 1500 mg täglich (für Kinder und Erwachsene).

Nebenwirkungen der Aminoglykosid-Antibiotika

Alle Aminoglykosid-Antibiotika sind selektiv neuro- und nephrotoxisch. Bei unterschiedlicher Intensität kann es zu Nierenschädigung, insbesondere im proximalen Tubulusapparat, durch Tubulusnekrosen mit schweren Ausfallerscheinungen kommen. Bei systemischer Anwendung eines Aminoglykosid-Antibiotikums ist daher die Überprüfung der Nierenfunktion während der Therapie eine obligate Notwendigkeit. Weiterhin gilt für alle Aminoglykosid-Antibiotika, insbesondere bei Kumulation, ihre ototoxische Nebenwirkung. Vor systemischer Anwendung, vor allem wenn die Therapie über einen längeren Zeitraum erfolgen sollte, empfiehlt sich eine otologische Untersuchung. Bei längerfristiger Medikation sind entsprechende Funktionsprüfungen des Gehörorgans unumgänglich. Nephrotoxische Nebenwirkungen der Aminoglykoside können durch die gleichzeitige Gabe von Aminoglykosiden, vor allem derjenigen der ersten und zweiten Generation, verstärkt werden. Bei eingeschränkter Nierenfunktion (Dialyse-Patienten) empfiehlt sich die Überwachung der Therapie durch laufende Kontrolle der Serumkonzentrationen. Dosishöhe und Dosierungsintervall sollten sich dann nach den aktuellen

Serumspiegeln richten. Allergische Nebenwirkungen der Aminoglykosid-Antibiotika sind relativ selten.

6. Lincomycine

6.1 *Lincomycin* und 6.2 *Clindamycin* (= 7-Chloro-7-desoxylincomycin) wirken vornehmlich auf grampositive Erreger (Streptokokken und Staphylokokken) sowie Bacteroides-Keime. Das Wirkungsspektrum ist etwa demjenigen des Erythromycins vergleichbar. Auch Gonokokken werden gut erfaßt. Hauptindikationsbereich von Lincomycin und Clindamycin ist derzeit die Behandlung der Osteomyelitis sowie der Sinusitis im Kindesalter. Clindamycin ist darüber hinaus besonders bei Infektionen mit anaeroben Keimen (z. B. Bacteroides) geeignet.

Handelsnamen:

Lincomycin: Albiotic, Ciilimycin

Clindamycin: Sobelin

Applikationsart:

Lincomycin: orai, i. v.

Clindamycin: orai, i. v., i. m.

Dosierung:

Lincomycin (Kinder) 30 bis 60 (bis 100) mg/kg täglich, in 3 bis 4 Einzeldosen; (Erwachsene) 1,5 bis 2 g täglich.

Clindamycin (Kinder) bei oraler Gabe: 30 bis 60 mg/kg täglich, in 3 Einzelgaben, bei i. m.- oder i. v.-Gabe 20 bis 30 (bis 40) mg/kg täglich, verteilt auf 3 Einzelgaben; (Erwachsene) oral: 1,5 bis 2 g täglich, i. m. bzw. i. v. 1,2 bis 3,5 g täglich, in 2 bis 3 Einzelgaben.

Nebenwirkungen der Lincomycin-Antibiotika

Nebenwirkungen dieser Substanzgruppe sind meist auf den Intestinaltrakt beschränkt. Es können voluminöse, weiche Stühle mit Diarrhöen, Nausea und Flatulenz auftreten. Vereinzelt werden reversible Neutropenien, Leukopenien und Bilirubinanstieg beobachtet. In weniger als drei Prozent der Behandlungsfälle tritt ein transitorischer Hautrash auf. Sehr selten sind Störungen des Blutbildes. Gelegentlich werden im Anschluß an anhaltend starke Diarrhöen akute Enterokolitiden beobachtet, die in seltenen Fällen einen tödlichen Verlauf nehmen können. In derartigen Fällen muß das Lincomycin-Antibiotikum

abgesetzt werden. Nicht selten wird *Clostridium difficile* als Verursacher im Stuhl nachgewiesen. Bei Nichtsistieren von Durchfällen ist die Gabe von Vancomycin als Antidot zu dem von *Clostridium difficile* produzierten Toxin indiziert.

7. Mekroiid-Antibiotike

Zu diesen großmolekularen makrozyklischen Laktonen gehören als bekannteste Vertreter:

7.1 *Erythromycin*, 7.2 *Oleandomycin* und 7.3 *Spiramycin*

Das Wirkungsspektrum erstreckt sich besonders auf grampositive Stäbchen und Kokken sowie auf gramnegative Kokken. Makroide werden in erster Linie bei Staphylokokkeninfektionen eingesetzt. Sie sind eine Alternative bei Beta-Laktamunverträglichkeit.

Handelsnamen:

Erythromycin: Anamycin, DuraErythromycin, Erycinum, Erythrocin, Erythromycin ratiopharm, Paediathrocin, Pharyngocin, Togiren

Oleandomycin: Oleandocyn

Spiramycin: Rovamycine, Selectomycin

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

Dosierung: (Kinder) 30 bis 50 mg/kg täglich, in 3 Einzeldosen (oral und parenteral); (Erwachsene) 1,5 bis 2 g täglich, in 3 Einzelgaben.

Nebenwirkungen der Makroiid-Antibiotika

Eine intrahepatische Cholestase mit Symptomen wie bei Verschlussikterus mit erhöhter alkalischer Phosphatase, außerdem Eosinophilie und Fieber, offenbar allergisch bedingt, ist als Nebenwirkung beschrieben bei Erythromycin-Estolat (= Erythromycin-Laurylsulfat). Erythromycin-Estolat ist z. B. in dem Handelspräparat Togiren enthalten. Die Nebenwirkungen der übrigen Erythromycine sind gering. Bei oraler Gabe gibt es in etwa fünf Prozent der Patienten leichte gastrointestinale Störungen mit Leibschmerzen, Übelkeit und dünnen Stühlen.

Anschrift des Verfassers:

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

(Schluß folgt)

Das Bronchuskarzinom

66. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. R. Ferlinz, Mainz:

Einführung

Das Bronchuskarzinom ist heute der häufigste bösartige Tumor. Im Gegensatz zu anderen Malignomen, bei denen ein gewisser Rückgang festgestellt werden kann, nimmt es in Europa von Jahr zu Jahr an Häufigkeit zu. Ein „Durchbruch in der Therapie“ dieses Tumors ist bislang nicht gelungen. Dennoch haben sich in den letzten Jahren sowohl diagnostisch als auch therapeutisch eine Reihe neuer Gesichtspunkte ergeben. Die neuen diagnostischen Methoden ermöglichen aber keine Frühdiagnose. Eine sogenannte „Vorsorgeuntersuchung“ beim Bronchuskarzinom ist praktisch nicht möglich. Die einzig wichtige Vorsorge ist hier die Prophylaxe, d. h. das Einstellen des inhalativen Zigarettenrauchens. Die hohe statistisch gesicherte Korrelation zwischen Tod durch Bronchuskarzinom und Anzahl der gerauchten Zigaretten ist seit Jahren bekannt und wird von niemandem in Frage gestellt. Das ein oder andere periphere Bronchuskarzinom mag zufällig durch eine Röntgenreihenuntersuchung entdeckt werden. Die Entdeckung kurabler Bronchuskarzinome durch die Reihenuntersuchung ist jedoch insgesamt so selten, daß ihr statistisch keine relevante Bedeutung zukommt, so glücklich das im Einzelfall auch für den auf diese Weise geretteten Menschen sein mag. Die in den letzten Jahren eingeführten diagnostischen Methoden, die unsere Erkenntnisse hier erweitern, sind vor allem die Computertomographie, die Ultraschallsonographie und die Knochenszintigraphie. Sie dienen nicht der Frühdiagnose, geben aber einen genaueren Aufschluß über Ausdehnung und Fernmetastasierung des Tumors und ermöglichen so eine exakte Bestimmung, wie weit der Tumor im Organismus fortgeschritten ist. Dadurch wird unser ärztliches Handeln den aktuellen Verhältnissen besser anpaßbar, es wird menschlicher, da dadurch z. B. sinnlose Operationen vermieden werden können und so dem Patienten

manches zusätzliche Leiden erspart bleibt. Die Therapie wird effektiver, da bei genauer Kenntnis der Ausdehnung des Tumors gezielter behandelt werden kann. Auf therapeutischem Gebiet hat die moderne kombinierte Chemo-Strahlentherapie beim kleinzelligen Bronchuskarzinom erhebliche Erfolge gebracht.

Aus dieser Situation ergibt sich für den behandelnden Arzt die um so dringlichere Pflicht, jedem Hinweis auf das Vorliegen eines Bronchuskarzinoms intensiv nachzugehen. Die folgenden Leitsätze sollen allgemein gültige Richtlinien für das diagnostische und therapeutische Vorgehen geben.

Leitsatz 1:

Jeder Patient, der länger als drei Wochen einen therapierefraktären Husten hat und über 40 Jahre alt ist, muß einer Thoraxröntgenuntersuchung unterzogen werden. Thoraxröntgenaufnahmen sind in zwei Ebenen, d. h. im dorso-ventralen und im seitlichen Strahlengang, anzufertigen.

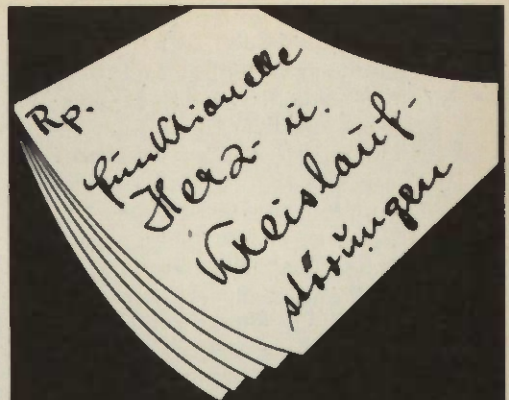
Das Bronchuskarzinom kann röntgenologisch die verschiedensten Formen aufweisen. Daraus ergibt sich

Leitsatz 2:

Jede unklare Verdichtung im Lungenröntgenbild ist solange als Tumor anzusehen, bis das Gegenteil bewiesen ist. Unabhängig davon, ob der Tumor operabel ist oder nicht, ist bei jedem Verdacht auf ein Bronchuskarzinom die Kenntnis der Histologie des Tumors sowohl für die prognostische Beurteilung des Patienten als auch für die Therapie wichtig. Daraus ergibt sich

Leitsatz 3:

Die Kenntnis der Histologie des Tumors ist die Grundlage des therapeutischen Vorgehens. Sie ist daher so früh wie möglich zu klären. Falls die Histologie des Prozesses



Circovegetalin® compositum

Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:

Tagesform (rosa):

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

Nachtform (braun):

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

Indikationen:

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

Kontraindikationen:

Exsikkose, Grevidität, Laktation, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Resthernbildung, schwere Zerebralklerose. Akute hepatische Porphyrien. Gefäßerkrankungen, schwere Leber- oder Nierenfunktionsstörungen.

Nebenwirkungen:

Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion (Wärmestau!), Hautrötung, Akkommodationsstörungen, Glaukomauslösung (Engwinkelglaukom), Tachykardie, Miktionsbeschwerden. Secalealkaloid- und chinindinbedingte Nebenwirkungen sind aufgrund der niederen Oosierung nicht zu erwarten.

Hinweis: Die Nachtform kann das Reaktionsvermögen beeinträchtigen.

Handelsformen und Preise:

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

VERLA-PHARM TUTZING

mit den üblichen Methoden nicht geklärt werden kann, ist bei operablen Patienten mit peripheren Prozessen im allgemeinen die Resektion, bei der ein kurativer Eingriff mit der histologischen Klärung in einer Sitzung simultan erfolgt, unbedingt präoperativen transthorakalen Nadelbiopsien vorzuziehen. Aufgrund des prognostischen Verhaltens und des therapeutischen Ansprechens hat sich für klinische Belange die Einteilung der Bronchialkarzinome in kleinzellige und nicht-kleinzellige heute bewährt und durchgesetzt.

Leitsatz 4:

Das kleinzellige Bronchialkarzinom setzt außerordentlich früh Fernmetastasen und spricht sehr gut auf eine kombinierte Chemo-Strahlentherapie an. Diese wird daher beim kleinzelligen Karzinom in aller Regel die Therapie der ersten Wahl sein.

Leitsatz 5:

Die Therapie des nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinoms ist, wenn möglich, die Resektion. Eine sicher wirksame Chemo-Strahlentherapie ist bislang nicht bekannt.

Die Diagnose „Bronchialkarzinom“ bedeutet zunächst für jeden, auf längere Sicht gesehen für die Mehrzahl der Patienten eine tödliche Prognose. Damit werden psychologische Probleme über die Aufklärung des Patienten neben Diagnostik und Therapie gleichbedeutende Aufgaben ärztlichen Handelns.

Professor Dr. M. Thelen, Mainz:

Der heutige Stand der radiologischen und sonographischen Diagnostik

Weiterhin sterben ca. 25 000 Menschen jährlich in der Bundesrepublik an broncho-pulmonalen Tumoren. Gemessen an der Gesamtsterblichkeit, beträgt die Mortalität beim Mann 28 Prozent, bei der Frau „noch“ fünf Prozent. Die Verschleppungszeit der Diagnose durch den Patienten und Arzt beträgt im Schnitt sieben Monate! Bei der Diagnosestellung sind 70 Prozent der Patienten nicht mehr kurativ operabel oder inoperabel. Weit mehr als ein Drittel weisen Metastasen auf.

Die radiologische Diagnostik des Bronchuskarzinoms hat zwei Aufgaben zu erfüllen:

- Beurteilung des Primärtumors und
- Beurteilung der Ausbreitung des Tumors.

Da das Bronchuskarzinom zum Zeitpunkt seiner Diagnose häufig nicht ausschließlich regionäre, sondern bereits eine systemische Erkrankung ist, muß die initiale Diagnose durch die systematische Suche nach möglichen Streuherden, vor allem im Bereich bevorzugter Organe, abgerundet werden.

1. Primärtumordiagnostik

Bei der radiologischen Tumorsymptomatik unterscheidet man periphere und zentrale Tumoren.

e) Bei den peripheren Tumoren überwiegt in der radiologischen Symptomatik das direkte Tumorzeichen mit dem Bild des Rundherdes in all seinen Varianten. 70 Prozent dieser sogenannten „Rundherde“ entsprechen Malignomen. Aus dieser Erkenntnis ist es unumgänglich, daß weiterführende Maßnahmen unverzüglich die histologische Diagnose – unter Umständen auf dem Wege einer Probethorakotomie – erzwingen.

b) Bei der Diagnostik des zentralen Bronchialkarzinoms tritt der direkte Tumornachweis gegenüber den indirekten Hinweisen in den Hintergrund, da der optische Grenzbe-
reich bei einem Durchmesser von 2 cm liegt. Zu den indirekten Tumorzeichen zählen die einseitige Hilusverbreiterung, Verschmälerung des tumorseitigen Hilus, Obstruktionsemphysem, das vikarierende Emphysem, Belüftungsstörungen und die tumorbedingte Atelektase. Die Treffsicherheit der konventionellen Röntgenmethoden liegt bei 60 Prozent und wurde durch die Computertomographie wesentlich erweitert, da dadurch eine verbesserte Einstufung der Tumorausbreitung und damit eine verbesserte Stadieneinteilung möglich ist.

2. Klassifikation der regionären Lymphknotenstationen

Mit dem Befall der regionären Lymphknoten verschlechtert sich die Heilungschance des Patienten

drastisch, so daß diese weiterführende Diagnostik für die Prognose entscheidend ist. Zur Beurteilung der hilären Lymphknoten und des Mediastinums stehen dem Radiologen die Thoraxaufnahme in zwei Ebenen, die Hilustomographie, die Ösophagusdarstellung sowie die Durchleuchtungskontrolle der Zwerchfellbeweglichkeit zur Verfügung. Dies wird jetzt durch die Computertomographie ergänzt. Bei der Beurteilung der hilären Lymphknoten scheint weiterhin die konventionelle Tomographie die größere Sicherheit zu bieten. Mediastinale Lymphknotenmetastasen werden jedoch früher und sicherer durch die Computertomographie aufgedeckt. Größere diagnostische Sicherheit bietet jedoch die Mediastinoskopie.

3. Klassifizierung der Fernmetastasen

Da das Bronchialkarzinom zum Zeitpunkt der Diagnose häufig metastasiert hat, gehört die Suche nach Fernmetastasen für den Radiologen zum diagnostischen Programm, sobald die Malignität des Tumors gesichert ist. Bei der Aufdeckung von Hirnmetastasen ist die Computertomographie konkurrenzlos. Computertomographie und Sonographie sind die Methoden der Wahl, um Metastasen im abdominellen Bereich nachzuweisen. 60 Prozent dieser Fernmetastasen können damit nachgewiesen werden. Besonders hoch ist die Trefferquote beim Nachweis von Lebermetastasen mit beiden genannten Methoden, die bis zu einer Größe von 1 cm Durchmesser aufgedeckt werden können. Eine Domäne der computertomographischen Metastasendiagnostik ist die Nebennierenmetastase. Für Skelettmetastasen ist das Knochenszintigramm die radiologische Untersuchungsmethode der Wahl, da diese den pathologischen Knochenstoffwechsel sehr oft schon nachweist, bevor eine klinische Symptomatik eintritt oder Serum-Kalzium bzw. alkalische Phosphatasenveränderungen nachzuweisen sind.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Radiologie mit der Thoraxaufnahme in Verbindung mit der Schichtuntersuchung einen wesentlichen Beitrag zur Erfassung des Primärtumors liefert. Die Ausbreitungsdiagnostik ist eine Domäne der Computertomographie und Sonographie geworden.

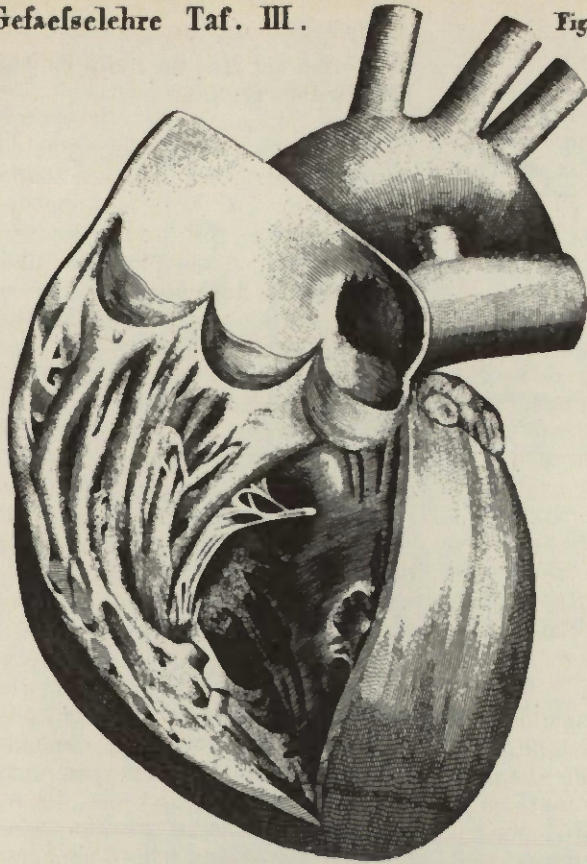


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1929.



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

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



Handelsformen und Preise:
 OP Tropfflasche mit 10 ml DM 4,70
 OP Tropfflasche mit 30 ml DM 11,55
 Großpackung mit 100 ml DM 29,80

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

Bei **Gicht** und Hyperurikämie

Phloguron[®]
 Antiuraturikum



1x tgl. 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. Nicht-rheumatische entzündliche Schmerzzustände. **Anwendungsgebiete für Zäpfchen:** Gicht und Hyperurikämie. Entzündlicher und degenerativer Rheumatismus. Nicht-rheumatische entzündliche Schmerzzustände. Entzündliche Analerkrankungen und entzündliche Hämorrhoiden. Anwendungsdauer: bis zu 2 Monate.
Gegenanzeigen: Granulozytopenie, Thrombopenie, hämorrhagische Diathese, akute intermittierende Porphyrie, bekannte Überempfindlichkeit gegen Pyrazolonderivate, Schwangerschaft. Patienten mit Magen-Darmgeschwüren nur bei zwingender Indikation und einer Höchstdosis von morgens und abends jeweils 1 Filmtablette oder 1 Zäpfchen. Vorsicht bei kardialer, renaler und hepatischer Insuffizienz. Bei Langzeittherapie regelmäßige Kontrollen von Blutbild und leberspezifischen Serumenzymen. **Nebenwirkungen:** Magen- und Darmbeschwerden, Ödeme, in seltenen Fällen allergische Reaktionen (Leukopenie und Anstieg der Serumtransaminasen). **Wechselwirkungen:** Wirkungsverstärkung von Antikoagulantien und oralen Antidiabetika (Sulfonylharnstoffe).
Dosierung für Filmtabletten: Langzeittherapie: 2mal täglich 1 Filmtablette. Hyperurikämie: 1mal täglich 1 Filmtablette. Im akuten Schub und Gichtanfall: bis zu 3mal täglich 2 Filmtabletten. **Dosierung für Zäpfchen:** 2-3mal täglich 1 Zäpfchen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Originalpackungen 20 Filmtabletten DM 8,20
 50 Filmtabletten DM 18,40, 5 Zäpfchen DM 6,15
 10 Zäpfchen DM 10,10, 50 Zäpfchen DM 40,75

STEINER
 Arzneimittel
 Berlin West

Professor Dr. W. Meaßen /
Dr. D. Greschuchne, Essen:

Grenzen und Möglichkeiten der chirurgischen Therapie beim Bronchialkarzinom

Die chirurgische Therapie des Bronchialkarzinoms ist heute weitgehend standardisiert, auch die Indikationen zur Operation sind, von der Bedeutung von mediastinalen Lymphknotenmetastasen abgesehen, kaum umstritten.

Palliative Resektionen im Sinne der sogenannten Tumorverkleinerung, um bessere Vorbedingungen für eine Radio-/Chemotherapie zu schaffen, sind weitgehend verlassen, solche kommen nur noch bei abszedierenden und verjauchenden Karzinomen oder bei schwersten lebensbedrohlichen Blutungen in Frage.

Fortschritte in der Bekämpfung des Bronchialkarzinoms sind nur über die Prophylaxe (Nichtrauchen) und insbesondere über die Verbesserung der Frühdiagnose zu erreichen, und gerade hier liegt die besondere Aufgabe des niedergelassenen Arztes.

Die präoperative Mediastinoskopie wird von uns für notwendig gehalten, da sie die Rate der Probethorakotomien und die Quote der sinnlosen Operationen verringert.

Die Resektionsquote, auf alle Bronchialkarzinom-Patienten bezogen, wird dadurch nicht verringert.

Die operative Versorgung verlangt einen erfahrenen Thoraxchirurgen, der nicht nur die Standardeingriffe beherrscht, sondern auch speziellere Methoden, wobei funktionschonende Eingriffe, wie die Kombination von Lappenresektionen mit Bronchusteilresektionen, aber auch die erweiterten Formen der Resektionen, von Bedeutung sind.

In einer früheren Sammelstatistik betrug die Fünfjahresüberlebensquote 16 Prozent, auf alle Karzinome bezogen 7,1 Prozent. Die eigenen Ergebnisse für den Zeitabschnitt 1962 bis 1974 bei 1847 Bronchialkarzinomen ergab eine Fünfjahresüberlebensquote von 29 Prozent der Resezierten, von 9,1 Prozent, bezogen auf alle Patienten,

was einer Steigerung von fast 30 Prozent gegenüber den früheren Jahren vor 1965 entspricht.

Kleinzellige Karzinome können praktisch nur im Stadium I sinnvoll operativ behandelt werden, die übrigen ausgedehnteren Formen bedürfen der kombinierten Radio-/Chemotherapie.

Eine Grenzsituation besteht insofern, als nach schon manchenorts gemachten Erfahrungen diese Patienten nicht an Fernmetastasen, sondern an einem örtlichen Tumorzidiv sterben. Zur Zeit sind deshalb Studien im Gange, nach konsequenter Radio-/Chemotherapie mit erkennbarem Erfolg den Rest des kleinzelligen Karzinoms doch noch zu entfernen; doch können darüber noch keine Ergebnisse angegeben werden.

Die Bedeutung der Frühdiagnose zeigt sich daran, daß natürlich die Heilungsquote um so höher liegt, je früher das Karzinom erkannt und je geringer das bestehende Tumorstadium ist. Bei Frühformen sind Heilungen bis zu 70 Prozent möglich, generell gilt für das Stadium I eine Zahl von etwa 50 Prozent, für das Stadium II von 30 Prozent, für das Stadium III von 19 Prozent und für fortgeschrittenere Stadien immerhin noch eine Überlebenszeit nach fünf Jahren von acht Prozent.

Die Fünfjahresüberlebensquote hängt ebenfalls vom Tumortyp ab, nämlich 67 Prozent beim bronchio-alveolären Karzinom, 47 Prozent beim Adenokarzinom, 41 Prozent beim Plattenepithelkarzinom, 27 Prozent beim kleinzelligen Karzinom und 20 Prozent beim undifferenzierten Karzinom.

Auch erweiterte Pneumektomien haben trotz höherer postoperativer Letalität ihre Berechtigung, Überlebensquoten von 33 Prozent im Tumorstadium II und elf Prozent im Tumorstadium III nach Salzer zeigen dies.

Bei eingeschränkter kardio-respiratorischer Funktion sind Segmentresektionen oder Keilresektionen bei peripheren Tumoren durchaus gerechtfertigt, ebenso die operative Therapie bei sogenannten Ausbrecherkrebsen der Lunge bei ausgiebiger Vor- und Nachbestrahlung.

Professor Dr. R. Sauer,
Erlangen:

Indikation zur Strahlentherapie des Bronchialkarzinoms

Die Prognose des inoperablen Bronchialkarzinoms ist auch heute im Zeitalter der Kombinations-Radio-Chemotherapie noch infaust. Doch stellt sich die Situation günstiger dar als noch vor zwei Jahren. Anfang der siebziger Jahre gab es mehrere Veröffentlichungen, die zu einem fast allgemeinen Pessimismus führten. Eine oft zitierte Veröffentlichung von Durrant und Mitarbeitern (1971) im „Lancet“ ergab, daß die drei Therapiemodalitäten Radiotherapie, Chemotherapie, Radio- und Chemotherapie kombiniert beim inoperablen Bronchialkarzinom gleich ineffektiv waren und das Leben der Patienten nicht verlängern. Problematisch waren diese Veröffentlichungen deshalb, weil die Behandlungstechniken oft nicht detailliert dargestellt und deshalb nicht vergleichbar waren, es sich außerdem zeigte, daß das Bronchialkarzinom keine histologische Einheit ist, und weil schließlich beim Bronchialkarzinom die Kombinationsbehandlung der verschiedenen onkologischen Verfahren vernachlässigt wurde. Ein Weg aus dem Pessimismus wurde beschritten, als man lernte, zwischen kleinzellig-anaplastischen und nicht-kleinzelligen Karzinomen zu unterscheiden.

Bei den *nicht-kleinzelligen Karzinomen* liegen wir in der Entwicklung noch weiter zurück. Die postoperative Radiotherapie hat ihren Platz beim nicht kurativ resezierten Bronchialkarzinom. Sonst sieht der Radiotherapeut im Augenblick außerhalb kontrollierter klinischer Studien nur palliative Indikationen. Nach kurativer Resektion der N₀-Stadien bringt die postoperative Radiotherapie nichts. Es gibt sogar Anzeichen dafür, daß sie das Überleben verringert, vor allem nach einer Pneumektomie.

Beim *kleinzelligen-anaplastischen Karzinom* zeigen sich durch den gemeinsamen Einsatz von Polychemotherapie und Radiotherapie hoffnungsvolle Tendenzen. Man versteht heute das kleinzellige Karzinom nicht mehr als lokale, sondern in über 90 Prozent der Fälle als eine generalisierte Erkrankung. Auf Chemotherapie und Strahlentherapie ist der Tumor gleichermaßen hoch-

sensibel. In Anbetracht der Tatsache, daß wir beim kleinzelligen anaplastischen Karzinom fast immer ein generalisiertes Tumorleiden vor uns haben, hat therapeutisch die Chemotherapie die Priorität. Isolierte lokale Maßnahmen kommen erst in zweiter Linie zum Zuge. Operative Maßnahmen entfallen mit Ausnahme des Tumorstadiums I ($T_1 N_0 M_0$), wo allein die Chirurgie zu Dauerheilungen führen kann. Die Radiotherapie kann die Chemotherapie lokal wirkungsvoll unterstützen. Nach dem zweiten oder dritten Chemotherapiezyklus bestrahlt man simultan Primärtumor, Mediastinum und den Ganzschädel, um im Anschluß daran die Chemotherapie fortzusetzen. Dadurch lassen sich die Lokalrezidive im Mediastinum, die bei alleiniger Chemotherapie in 35 bis 40 Prozent auftreten, auf etwa 10 bis 14 Prozent senken. Die Schädelbestrahlung findet ihre Begründung wie bei der Behandlung der Leukämie in der Tatsache, daß Chemotherapeutika im allgemeinen nicht liquorgängig sind. Man bestrahlt deshalb prophylaktisch und nicht erst zu einem Zeitpunkt, wenn bereits Metastasen bestehen. Es konnte gezeigt werden, daß bei kunstgerechtem Vorgehen die Rate der Hirnmetastasen von 18 bis 25 Prozent ohne Schädelbestrahlung auf vier bis sechs Prozent gesenkt werden kann.

Dr. W. F. Jungj, St. Gallen:

Chemotherapie: Wann, wie?

Ganz besonders unter dem Gesichtspunkt einer möglichen Chemotherapie geht es in erster Linie darum, den Typ des vorliegenden Karzinoms histologisch und/oder zytologisch zu sichern. Man unterscheidet den kleinzelligen vom nicht-kleinzelligen Typ. Im St. Gallener

Patientengut machen die kleinzellig-anaplastischen Karzinome etwa ein Viertel aus, die nicht-kleinzelligen demzufolge rund drei Viertel. Letztere setzen sich aus dem häufigsten Plattenepithelkarzinom, den großzelligen und den Adenokarzinomen zusammen.

Kleinzellige Bronchuskarzinome

Diese Tumoren wachsen sehr rasch und metastasieren häufig schnell in Lymphknoten, Knochen, Leber, ZNS und zahlreiche andere Organe. Entsprechend kurz ist die Spontanüberlebenszeit unbehandelter kleinzelliger Karzinome. Sie mißt sich in Wochen bis wenige Monate. Ein Nichtbehandeln ist also bei Patienten mit kleinzelligem Bronchuskarzinom kaum zu rechtfertigen. Auch die Ergebnisse von alleiniger Operation oder Bestrahlung sind erschütternd schlecht, auch wenn diese Tumoren sehr strahlensensibel sind. Angesichts der raschen Disseminationstendenz stellen die kleinzelligen Bronchuskarzinome eine Domäne der systemischen, zytostatischen Chemotherapie dar, ergänzt durch konsolidierende oder prophylaktische Bestrahlung. Wegen der eindeutig besseren Ergebnisse wird heute eine Kombinationschemotherapie durchgeführt, wobei in der Regel zwei bis vier Substanzen eingesetzt werden. In der Literatur gibt es zahlreiche unterschiedliche Vorschläge, wobei es jedoch nicht möglich ist, eine der Kombinationen als wirksamste zu bezeichnen. Ziel der einige Monate dauernden Chemotherapie ist es, so rasch wie möglich eine gute Tumorrückbildung zu erreichen. Eine Vollremission wird angestrebt, worunter man das vollständige Verschwinden aller objektiven und subjektiven Tumormanifestationen versteht. Tatsächlich gelingt dies heute in 20 bis 40 Prozent der konsequent behan-

delteten Patienten. Trotz der beträchtlichen Nebenwirkungen fühlen sich diese Patienten rasch besser und machen bei der Behandlung ausgezeichnet mit. Teilremissionen sind im allgemeinen von kurzer Dauer und bedürfen dringend einer ergänzenden Strahlentherapie. Für die zusätzliche Bestrahlung kommen grundsätzlich folgende Indikationen in Frage: Bestrahlung der initial großen Tumormassen, vor allem Mediastinum und Hili, prophylaktische Bestrahlung des Gehirns, prophylaktische oder therapeutische Leberbestrahlung und Ganz- oder Halbkörperbestrahlung. Der Wert der ZNS-Bestrahlung wurde im vorherigen Beitrag besprochen. Eine konsolidierende Bestrahlung initialer großer Tumormassen beruht auf der Erfahrung, daß die meisten Rezidive gerade in diesen Regionen auftreten. Neuere Ergebnisse aus verschiedenen Tumorzentren zeigen, daß es durch eine solche Bestrahlung als Abschluß einer Intensivchemotherapie gelingt, einen größeren Prozentsatz von Patienten an eine stabile Vollremission zu bringen. Leberbestrahlungen haben sich nicht bewährt.

Die Behandlungsergebnisse haben sich in den letzten Jahren fortlaufend und wesentlich verbessert. So überleben heute die Hälfte der Patienten ein Jahr, in guten Serien 20 bis 25 Prozent zwei Jahre, ein noch kleinerer Teil dürfte geheilt sein. Diese Ergebnisse scheinen vielleicht enttäuschend, verglichen mit der vorherigen durchschnittlichen Überlebenszeit mit und ohne Behandlung von wenigen Monaten, sind sie jedoch bedeutsam.

Nicht-kleinzellige Bronchuskarzinome

Zuerst muß durch geeignete Abklärungsmaßnahmen entschieden wer-

**Gute
Fahrt
mit**

winterthur
versicherungen

Gerne informieren wir Sie
ausführlicher. Fragen Sie uns.

Bitte ausschneiden
und einsenden an:

Winterthur-Versicherungen
Abteilung Ärzteversicherung
Leopoldstraße 204
8000 München 40
Telefon (089) 38 36-0

✂ Ich wünsche unverbindliche
Auskunft über Ihre

- Kraftfahrt-Versicherung
- IVS (Internationale Verkehrs-
Service-Versicherung)
- anderen Versicherungssparten

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

den, ob ein Patient operabel ist oder nicht. Kann er operiert werden, stellt sich die Frage, ob eine Zusatzbehandlung eingeschlossen werden soll. Wie mehrere Untersuchungen belegt haben, wird sowohl durch routinemäßige Nachbestrahlung als auch durch zusätzliche Chemotherapie die Überlebenszeit nicht verlängert.

Ist jedoch ein Patient inoperabel, muß man sich fragen, ob er überhaupt behandelt werden muß. Hier gibt es Untersuchungen, die beweisen, daß asymptomatische, inoperable Patienten nicht grundsätzlich einer Behandlung bedürfen. Wenn der Patient oder seine Angehörigen nicht auf eine Behandlung drängen, ist es durchaus gerechtfertigt, einen solchen Patienten nur symptomatisch zu behandeln und ihn regelmäßig zu kontrollieren, ihn aber weder einer Bestrahlung noch einer Chemotherapie zuzuführen. Eine solche Maßnahme ist aber zu prüfen, wenn der Patient früher oder später Beschwerden von seinen Tumoren angibt, vor allem wegen zunehmender Obstruktion oder Fernmetastasen. Eine Chemotherapie läßt zwar in keinem Fall eine Vollremission erwarten, doch gelingt es in vielen Fällen, eine über einige Monate dauernde, für den Patienten bedeutsame Teilremission zu erzielen, sie bringt also eine kurzfristige Palliation.

Professor Dr. H. J. Senn, St. Gallen:

Grenzen einer humanen Diagnostik und Therapie bei Tumorkranken

Das diagnostische und therapeutische Arsenal des technischen Fortschrittes in der Medizin allgemein und in der Onkologie im speziellen mit zum Teil erheblichen Nebenwirkungen bedarf einer kritischen und taktvollen Indikationsstellung. Es braucht nicht viel Phantasie, um zu ermessen, daß diese eher stürmische Entwicklung nebst neuen hoffnungsvollen Möglichkeiten auch eine ganze Reihe fachlicher, ethischer und ökonomischer Probleme mitgebracht hat. Die „Aufhebung des Todes“ kann nie unsere menschlich-ärztliche Aufgabe sein, diese besteht jedoch darin, Leben zu erhalten und zu verlängern, solange dies aufgrund der vorliegenden medizinischen Sachlage und des Patienten Wunsch und Willen nach zu erwarten ist.

Im ausgehenden 20. Jahrhundert leben wir in einer in der Menschheits- und Medizingeschichte wohl einmalig extremen Periode der Leidens- und Todesverdrängung, wobei sich erfreulicherweise allerdings Gegenkräfte bemerkbar machen, so etwa in den Schriften von Elisabeth Kübler-Ross, Paul Sporken u. a. Im Gefolge dieser gesellschaftlichen Verdrängungshaltung, welche tief in die Reihen des Arzt- und Pflegeberufes hineingreift, projizieren wir einerseits unsere unverarbeitete Vergänglichkeits- und Todesproblematik auf bestimmte Krankheitsgruppen, wie heute z. B. in hohem Maße auf das Reizwort „Krebs“, welches gleichbedeutend ist für das Böse in der Medizin schlechthin. An allen anderen prognostisch teils noch ungünstiger verlaufenden Krankheitsgruppen (wie etwa fortgeschrittene Herz-Kreislaufleiden und Leberinsuffizienz) wird quasi „natürlich“ gestorben; der Tod an „Krebs“ ist jedoch bösartiger Natur.

Die große Mehrheit der Tumorpatienten aller Altersstufen denkt – sobald es sie selbst betrifft – nicht daran, nach diesem gesellschaftlichen Klischee sich zu verhalten und diagnostisch bzw. therapeutisch achselzuckend beiseite geschoben zu werden. Vielmehr möchten diese Patienten ebenso optimal abgeklärt und dann auch optimal behandelt werden wie alle anderen Krankheitsgruppen auch, möglichst ambulant bzw. zu Hause bleiben können, den Hausarzt wegen der speziellen Art der Krankheit nicht wechseln müssen, wenn nötig nah am Wohnort hospitalisiert werden und von allen Beteiligten (Ärzten, Schwestern, Seelsorgern und Angehörigen) „das gleiche“ erfahren, was ein hohes Maß an Offenheit, Takt, Wahrhaftigkeit und gegenseitige Absprache erfordert.

Werden diese (oft illusionären) Heilungserwartungen „um jeden Preis“ durch die sogenannte Schulmedizin enttäuscht bzw. psychologisch nicht erkannt oder zumindest ernstgenommen, so bricht im Rahmen unserer Todesverdrängungsgesellschaft von heute ein verzweifelt Jagden aus nach dem schillernden und betrügerischen Angebot der paramedizinischen Alternativheilmethoden. In dieser trüben Branche, welche dank der medizinisch-kritischen Haltung der Massenmedien und der Gewinnsucht unserer

Boulevard-Presse ärger denn je floriert, überbieten sich geltungssüchtige Psychopathen und missionarische Eiferer als angebliche und unerwiesene „Krebsheiler“.

Der verantwortliche Arzt sieht sich aufgrund der oben skizzierten Sachlage in zunehmender Weise in einem echten Zielkonflikt bzw. in einen Mehrfrontenkrieg verwickelt. Ist er aufgrund nüchterner medizinischer Fakten mit seinen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zurückhaltend, sind der Patient und dessen Angehörige von ihm enttäuscht und klagen ihn unter Umständen der Insuffizienz und sogar Inhumanität an. Mutet er dagegen dem Patienten viel an meist belastender Diagnostik und Therapie zu, und verläuft das Leiden dennoch ungünstig, so trifft ihn oft wiederum das harte Urteil einer Inhumanität seiner „übersteigerten und letztlich unnötigen“ Anforderungen. Selbst bei prognostisch günstigem Ausgang einer diagnostisch und therapeutisch nur mit hohem Aufwand angehbaren Tumorkrankheit, wird dem Onkologen oft der Vorwurf nicht erspart, seine Methoden seien für den Patienten und die Angehörigen belastend und inhuman, wenn auch erfolgreich.

Entsprechend der hypokratischen Tradition versuchten sich bis vor kurzem viele Ärzte mit dem Grundsatz des „primum nil nocere“ aus der Affäre zu ziehen. Angesichts der Entwicklung in der Medizin ist das jedoch heute kaum möglich. Deshalb wäre es klüger, von „primum utilis esse“ zu sprechen, damit aus lauter Angst vor möglichen (temporär) schädigenden Nebenwirkungen nicht die optimale Wirkung einer diagnostischen und therapeutischen Maßnahme verpaßt wird.

Welche ausführliche Diagnostik z. B. zur notwendigen Differenzierung des Bronchialkarzinoms notwendig ist, haben die vorangegangenen Referate gezeigt. Auf der anderen Seite ist natürlich eine aufwendige Diagnostik mit voraussehbar lediglich begrenzten oder sogar fehlenden therapeutischen Konsequenzen zu vermeiden und abzulehnen. Dies gilt in ganz besonderer Weise für das hohe Alter des Patienten und in stärkerem Maße für diejenigen Gruppen von Tumoren, für welche heute eine kurative oder zumindest mittelfristig palliative Radio- oder

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 (85 ml) Sirup enthalten 200 mg Oxid. Prod. Oleum Terebinthinae „Landes“; 100 mg Butylamathydrogenocitrat. 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, Lungenentzündung, Lungentuberkulose sowie Bronchoskopie. 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 Reaktionstüchtigkeit, 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.	-	-

Hendeliformen: (Apoth.-Verkaufpreise 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-Wülfling
W. Beecham & Co. AG, München
 Arzneimittel

Systemtherapie noch nicht zur Verfügung steht: die meisten ZNS-Tumoren, die metastasierenden Adenokarzinome der Lunge und des Gastrointestinaltraktes, die Plattenepithelkarzinome der Lunge und des Genitalbereiches, das metastasierende Melanom und vor allem das notorisch chemotherapieresistente metastasierende Hypernephrom.

Auch bei Tumorpatienten ist Heilung das – wenn immer möglich – anzustrebende Behandlungsziel, selbst bei Patienten mit fortgeschrittener, d. h. primär disseminierter oder sekundär metastasierender neoplastischer Krankheit. Bei einer steigenden Zahl von vorwiegend jüngeren Tumorpatienten mit akuten Leukämien, malignen Lymphomen der Stadien III und IV sowie metastasierenden Hoden-, Chorion- und kleinzelligen Bronchuskarzinomen liegt dies heute im Bereich unserer Möglichkeiten. Für die Mehrzahl der Patienten mit primär oder sekundär disseminierten Tumorkrankheiten ist jedoch ein Gewinn an Überlebensqualität, je nach Ausgangslage ein mittel- bis längerfristiger Gewinn an Überlebenszeit, das heute nüchtern erreichbare Ziel.

Hat sich ein temporärer – wenn auch qualitativ eindrucksvoller – Therapieerfolg gelohnt? Die Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Tumorpatienten lehrt, daß diese schwierige und oft voreilig gestellte Frage von den betroffenen Patienten und unter Umständen auch von ihren engsten Bezugspersonen anders beantwortet und erlebt wird als von Drittpersonen, die betreuenden Schwestern und Ärzte nicht ausgenommen. Nicht selten spielen bei fachlichen oder auch familiären Betreuungspersonen unterschwellige, verkappte „Todeswünsche“ in diese Fragestellung hinein, wahrscheinlich, um so die Phase der verzweifelt miterlebten Ungewißheit einer unter Umständen länger andauernden Leidenskonfrontation abzukürzen. Einer der St. Gallener psychologisch schwierigsten, jüngeren Patienten – mit leider auch nur temporär erfolgreicher Rückbildung eines metastasierenden Adenokarzinoms der Lunge – überraschte das Personal bei seinem allzu frühen Tod in der Klinik mit einem hinterlassenen Schreiben: „Gott gab mir Zeit – er sel gepriesen!“ Er entlastete damit sei-

ne mit quälenden Fragen beschäftigten „hilflosen Helfer“, ob sich der ganze diagnostische und insbesondere therapeutische Aufwand gelohnt habe.

Als Entscheidungshilfe für den Einzelfall sollen hier die ausgezeichneten „Richtlinien für Sterbehilfe“ der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaft abschließend zitiert werden:

– In bezug auf die Behandlung ist der Wille des urteilsfähigen Patienten nach dessen gehöriger Aufklärung zu respektieren, auch wenn er sich nicht mit medizinischen Indikationen deckt.

– Beim Bewußtlosen oder sonst urteilsunfähigen Patienten dienen medizinische Indikationen als Beurteilungsgrundlage für das ärztliche Vorgehen im Sinne einer „Geschäftsführung ohne Auftrag“. Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des Patienten sind dabei zu berücksichtigen. Dem Patienten nahestehende Personen müssen angehört werden. Rechtlich aber liegt die letzte Entscheidung beim Arzt. Ist der Patient unmündig oder entmündigt, so darf die Behandlung nicht gegen den Willen der Eltern oder des Vormundes eingeschränkt oder abgebrochen werden.

– Bestehen bei einem Todkranken oder bei einem Verletzten Aussichten auf eine Besserung, kehrt der Arzt diejenigen Maßnahmen vor, welche der möglichen Heilung und Linderung des Leidens dienen.

– Beim Sterbenden, auf den Tod Kranken oder lebensgefährlich Verletzten, bei dem das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat und der kein bewußtes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung wird führen können, lindert der Arzt die Beschwerden. Er ist aber nicht verpflichtet, alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten einzusetzen.

Dr. J. Stauder, Mainz:

Die Führung des Tumorpatienten in der Praxis

Mit der Erweiterung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten bei onkologischen Patienten gewin-

nen psychologische und soziale Faktoren an Bedeutung. Bei der Bewältigung des Krankheitsgeschehens und bei der Neuorientierung in Familie, Gesellschaft und Beruf wird die Führung durch den Arzt immer wichtiger. Ziel der psychologisch orientierten Führung ist einerseits, den zeitlich begrenzt oder aber dauerhaft geheilten Krebskranken zu einem ihm gemäßen Leben zu führen, andererseits den inkurablen Tumorpatienten bis zu seinem Tode zu begleiten. Die Art der Führung wird sehr wesentlich von der Einstellung des Arztes zur Frage der „Aufklärung“ seines Patienten über dessen Krankheit bestimmt. Dieser Frage ausweichen, ist unmöglich. Nach neueren Untersuchungen bringen praktisch alle Patienten ein Vorwissen um die mögliche Lebensbedrohlichkeit ihrer Erkrankung mit. Sie sind keineswegs auf die ausdrückliche, verbale Mitteilung ihrer Ärzte angewiesen.

Mehrere Untersuchungen zeigen, daß mindestens 90 Prozent aller Malignom-Patienten im Verlauf der Erkrankung auch ohne solche „Aufklärung“ ihre Diagnose in Erfahrung bringen. Dazu verhilft ihnen das Verhalten ihrer Bezugspersonen: was diese ihnen sagen, welche Themen sie umgehen, Veränderungen in ihrem Ausdruck, in ihrer Stimme, kurz, alle Veränderungen im Bereich der verbalen und averbale Kommunikation. Diese Sensibilisierung des Patienten resultiert zunächst aus einem Gefühl der Gefährdung. Bereits kleinste Veränderungen im Verhalten der Bezugspersonen, insbesondere des Arztes, erhalten Signalcharakter. Für den Arzt, der nicht offen mit seinen Patienten spricht, ist deren Vorwissen oft nicht oder nur kaum beurteilbar, da die Patienten sich auf ihre Ärzte angewiesen fühlen und auf deren Schutz- und Abwehrhaltung Rücksicht nehmen. Nach Kenntnis dieser Befunde sollte nicht mehr die Frage zur Diskussion stehen „Aufklärung oder nicht“, sondern die Frage nach der Art des Umganges mit dem Kranken, der bereits über sein eigenes, jeweils individuelles Vorwissen verfügt. Dem Arzt stellt sich bald die Aufgabe, das Gespräch mit dem Patienten als Dialog zu führen, indem er Zugang zum Vorwissen des Kranken, zu seinen Ängsten und Abwehrvorgängen, seiner Verletzlichkeit, seiner Belastbarkeit, d. h. zu seiner Persönlichkeitsstruktur, gewinnt und danach seine Informa-

tionen ausrichtet. Hierbei wird auch die familiäre Situation des Kranken für den Arzt wichtig. Die offene Kommunikation mit unheilbar Kranken verbessert die Kooperation; sie hat keine nachteiligen Auswirkungen – sie entlastet den Patienten, seine Angehörigen, den Arzt, dessen Mitarbeiter, sowie die Beziehung aller untereinander. Im Dialog lernt der Arzt die emotionalen Reaktionen des Patienten, dieser die Überlegungen des Arztes kennen. Der Arzt kann den Patienten so gezielter unterstützen. Die Kommunikation mit dem Arzt stärkt das Selbstwörterleben des Patienten; er fühlt sich ernstgenommen, für die eigene Zukunft als verantwortlich anerkannt. Dies trägt bereits wesentlich zur Prophylaxe von Depression und Suizidintendenzen bei.

Die Hoffnung des Patienten bezieht sich nicht ausschließlich auf das Überleben. Die darauf bezogene Hoffnung nimmt mit fortschreitendem Krankheitsverlauf ohnedies ständig ab. Hoffnung, die in bezug auf Selbstwörterleben und Selbstverwirklichung steht, kann im Krankheitsverlauf sogar zunehmen. Hierzu können Arzt und Beziehungsperson des Patienten beitragen. Die Antithese zur Hoffnung des Kranken ist die Verzweiflung. Das Erleben von Wertlosigkeit und Alleingelassenwerden führt zur Verzweiflung. Der Kranke fürchtet den sozialen Tod mehr als den physischen.

Dr. Dr. G. Michelbrand, Bonn:

Begleitung von Tumorpatienten aus der Sicht des Seelsorgers

Es gibt keine Krankheit, die so gefürchtet ist wie der Krebs. Sie gilt als Geißel der Menschheit. Mit welchen zum Teil undifferenzierten Vorurteilen diese Krankheit belastet ist, haben die vorangehenden Vorträge gezeigt. Dem Theologen, aber eigentlich jedem Menschen, der mit einem Krebskranken zu tun hat, stellt sich die Frage, ob wir als Menschen, die mit diesen Betroffenen zu tun haben, und für die wir da sind, Möglichkeiten haben, dem einzelnen beizustehen, oder ob wir angesichts unserer Erfahrungen die Waffen strecken müssen. Letzte Frage muß man entschieden verneinen.

Drei wesentliche Punkte zu dieser Problematik sollen hier besprochen werden.

1. Der Krebskranke in seiner Erfahrung und mit seiner Angst

Wie genau der Krebskranke über seine Situation informiert ist, hat das letzte Referat gezeigt. Seit den Untersuchungen von Kübler-Ross kennen wir verschiedene Phasen des psychischen Verlaufes der Krankheit. Wir kennen die Vorphase der Unsicherheit, Unwissenheit, die Phase des Schocks, der Verleugnung, der Flut von Gefühlen, Zorn, Wut, Neid, der Verhandlung, der Depression und schließlich die Annahme des Todes. Nicht selten wirken Patienten im Stadium der Verdrängung psychisch besonders stabil, ja, häufig lustig. Kommt es dann zur aggressiven Phase, so bekommen vor allem die engsten Vertrauten diese Aggression zu spüren, und nicht selten haben die Ehepartner Mühe, sich klarzumachen, daß das abweisende aggressive Verhalten nicht ihnen persönlich gilt, sondern zur Auseinandersetzung mit der Krankheit gehört. Mit der Verschlechterung des Gesamtzustandes, wo sich der Patient immer schwächer fühlt, rutscht er in die Depression, er resigniert und erwartet sich auch vom Kontakt keine wesentliche Hilfe mehr. Gerade in dieser Phase ist es dann besonders wichtig, einfach dazusein und Bereitschaft zu zeigen, sich seinen Fragen ehrlich zu stellen.

2. Die Wahrheitsfrage am Krankenbett und die Angst des Gesprächspartners

Die besonderen Fragen des Patienten zu erkennen, ist eine Kunst des

Hörens und Zuhörens, was er signalisieren möchte, denn die Angst ist beim Patienten so stark, daß er Umwege benutzt, Projektionen braucht, die man erkennen muß. Hier ist wichtig, die Frage zu stellen, wie er bisher mit seiner Angst umgegangen ist und dies mit ihm herauszuarbeiten. Ärzte und Schwestern haben im hochtechnisierten Klinikbetrieb sicher nicht viel Zeit. Doch ist es auch zweifellos so, daß viele die eigene Angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit hinter diesem „Nicht-Zeit-haben“ verstecken können oder auch eine Überaktivität bis zum Schluß entwickeln, um sich selbst darüber hinwegzutäuschen. Plügge sagt dazu: „Ich kann die Angst gut verstehen, mit dem Patient über seine Krankheit zu sprechen. Die Angst, dem Patienten die Hoffnung zu nehmen und ihn womöglich in Panik zu versetzen. Eine beachtliche Zahl fundierter Untersuchungen hat dagegen gezeigt, daß Schwerkranken und Sterbende nie ohne Hoffnung sind. Vielmehr zeigen sie gerade eine Hoffnung wider aller Hoffnung, wenn alle Hoffnung des Alltages zuschanden wird.“

Wahrheit ist keine Frage der diagnostischen Mitteilung, sondern die Fähigkeit, mit dem Patienten über seine Angst zu sprechen. Das grundsätzliche und gezielte Verschweigen und Umgehen der Wahrheit ist niemals eine Hoffnung für den Patienten, sondern eine tiefe Mißachtung seiner Person.

3. Die Grundfigur des Begleiters: Sterbehilfe = Lebenshilfe

Wir haben viel getan, wenn wir dem Patienten helfen, die letzte Phase seines Lebens menschenwürdiger zu verbringen, indem wir ihm Ruhe und Zuwendung geben. Wer sich in diesem Sinne zuwendet, nimmt die Rolle des Begleiters ein. Er ist kein Ratgeber, kein Mann mit Informationsvorsprung, sondern er ist der Mann, der geduldig mitgeht und zuhört. Daß nicht viele Menschen bereit sind, dieser Begleiter zu sein, ergibt sich aus einem Zettel, den die Ehefrau eines verstorbenen Tumorpatienten in seinen Büchern fand, auf dem stand: „Es gibt heutzutage viel zu viele Leute und viel zu wenig Menschen.“

Referent:

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

Brot für die Welt



VI. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer

Fortschritt und Fortbildung in der Medizin

In seiner **Eröffnungsansprache** zu der als „Fortbildung für die Fortbilder“ konzipierten Tagung wies Dr. K. Vilmar, Bremen, darauf hin, daß die Ärzte für die systematisierte Fortbildung oft erhebliche eigene Mittel aufwenden und keine öffentlichen Finanzmittel beanspruchen. Angesichts der Tatsache, daß von dritter Seite häufig nach noch mehr Fortbildung für Ärzte gerufen wird, sei es unverständlich, wenn die Teilnahme an Fortbildungskongressen von Steuer- und Finanzgerichten in mißtrauischer, oft unerträglicher und von wenig Verständnis zeigender Weise behandelt und so die ärztliche Fortbildung ganz offenkundig behindert wird.

Die sprunghaften Fortschritte in der Medizin haben nach Vilmars Darstellung vielfach zu blinder Wissenschafts- und Technikgläubigkeit und zu der weit verbreiteten Ansicht geführt, daß schlechthin alles machbar sei, wenn man es nur entsprechend organisiert und finanziert. Das durch intensive Arbeit Erreichte werde oft auch von Wohlwollenden als Selbstverständlichkeit angesehen, nicht wenige wiegen sich in falscher Sicherheit und zeigen kein Verständnis für die auch heute noch bestehenden Risiken. Dies zeige sich z. B. in der verringerten Bereitschaft zur Teilnahme an Schutzimpfungen, aber auch in einer nur als hochgradig unvernünftig zu bezeichnenden Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen. Ein mangelndes Verständnis sei auch für die heutigen invasiven diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten testzustellen, die zwar erheblich gestiegene Heilungschancen gebracht haben, mit denen aber ein großer Zuwachs an Risiken verbunden ist. Die Unfähigkeit vieler Menschen, diese Risiken in ein vernünftiges Verhältnis zum Risiko einer Krankheit ohne Behandlung zu bringen, haben zur Folge, daß dem Arzt Kunstfehler und der Medizin Versagen angelastet werden, wenn der gewünschte Erfolg nicht eintritt, was dann wiederum durch staatliche Reglementierung vermieden werden soll.

Nach Ansicht des Vortragenden ist es notwendig, daß sich Ärzte im besten Sinne politisch betätigen und bei der Meinungsbildung sowie bei Gesetzgebungsverfahren in unserem demokratischen Staat ärztliche Überzeugungen und Standpunkte vertreten. Als erfreuliches Beispiel wurde erwähnt, daß der Präsident der bremischen Bürgerschaft, Dr. Klink, bei dem Festakt zum 150jährigen bestehen des Ärztlichen Vereins in Bremen die Ärzteschaft aufrief, sich mehr am öffentlichen und politischen Leben zu beteiligen. Dem widerspreche auch nicht ein kürzlich vom Bundesverwaltungsgericht ergangenes Urteil, in welchem einer Ärztekammer untersagt wurde, in ihrem Mitteilungsblatt Artikel mit allgemeinpolitischem Inhalt zu veröffentlichen. Stellungnahmen und Äußerungen zu allen gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Fragen seien auch nach diesem Urteil den Ärztekammern und ihrem Zusammenschluß – der Bundesärztekammer – erlaubt, sie würden sogar gefordert. Denn nur so könne vermieden werden, daß in der Politik aus Unkenntnis der Zusammenhänge utopische Ziele formuliert werden.

Zu dem Thema „Immunsuppression als Nebeneffekt“ lieferte Professor U. Schäfer, Essen, einen Beitrag über die **Immundefizienz bei zytostatischer Therapie und nach Knochenmarkstransplantation**, wobei er davon ausging, daß der Zustand einer Immundefizienz, sei sie durch eine natürliche Erkrankung bedingt oder iatrogen induziert, das Risiko erhöht, an Malignomen zu erkranken. So berichteten Penn und Mitarbeiter, daß bei Patienten, die nach Organtransplantation eine immunsuppressive Therapie erhielten, auffallend häufig neoplastische Erkrankungen auftraten: Bei einer Serie von 556 Nierentransplantationen betrug die Tumorzinzidenz 5,6 Prozent, somit lag das Tumorrisko für diese Patientengruppe hundertfach über dem der Allgemeinbevölkerung gleicher Altersverteilung.

Seit Jahren sind lebhafte Diskussionen über die direkte oder indirekte Kanzerogenese von immunsuppressiv wirkenden Chemotherapeutika im Gang. Bei zytostatisch behandelten Krebspatienten wird die Beurteilung dadurch erschwert, daß für sie ohnehin ein erhöhtes Risiko besteht, weitere Krebserkrankungen zu bekommen. Vieltach läßt sich nicht erklären, inwieweit die präexistierende Erkrankung oder Therapiemaßnahmen für den Zweitumor verantwortlich sind. Ein gehäuftes Auftreten von Zweitmalignomen wurde besonders für den Morbus Hodgkin, die chronisch-lymphatische Leukämie und für das multiple Myelom berichtet. Auch tierexperimentelle Daten unterstützen die Annahme, daß speziell die alkylierenden Zytostatika ein erhöhtes Tumorrisko beinhalten. Dieses scheint besonders hoch zu sein, wenn alkylierende Substanzen mit intensiver Radiotherapie kombiniert werden. Der Vortragende räumte ein, daß die Kenntnisse über die Kausalzusammenhänge trotz mancher interessanter Hypothesen immer noch sehr lückenhaft sind; offensichtlich handelt es sich hier um ein sehr komplexes Zusammenspiel multipler Faktoren.

Nach heutigen Vorstellungen wird die Immunreaktion als Produkt eines komplexen feed-back-Prozesses mit humoralen und zellulären Mechanismen definiert. Man stellt sich vor, daß durch Fortfall von supprimierenden Faktoren oder durch eine anhaltende antigene Stimulierung (z. B. durch fremde Histokompatibilitätsantigene) die Entwicklung von lymphatischen Tumoren gefördert wird. Andererseits können durch immunologische Manipulationen auch onkogene Viren aktiviert werden. Hierfür spricht das häufige Auftreten von Lymphomen und Karzinomen an Lippen, Haut und Cervix uteri bei Patienten nach Organtransplantationen; für diese Neoplasien wird bekanntlich eine Virusgenese diskutiert.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über rationale Pharmakotherapie in der Gastroenterologie ging Professor M. Wienbeck, Düsseldorf, auf die **funktionellen und entzündlichen Erkrankungen der Speiseröhre** ein, wobei er einige (relativ) neue den inzwischen als obsolet geltenden Therapiemaßnahmen gegenüberstellte.

Die klassische Hochdrucktherapie

® Adelphan - Esidrix



verhindert die Spätfolgen des Hochdrucks

Zusammensetzung: Eine Tablette enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydratazin-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 Indikationsstellung anzuwenden. **Nebenwirkungen:** Zu Behandlungsbeginn gelegentlich Nausea und Tachykardie. In seltenen Fällen Hypokaliämie, Hyperglykämie, Hyperurikämie, orthostatische Regulationsstörungen, Verstopfung der Nase, migräneartige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Lymphdrüsenanschwellungen, Blutbildveränderungen, Magen-Darm-Ulzera, gesteigerte Magen-Darm-Motilität, Potenzstörungen oder depressive Verstimmungen. – Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven

Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatwechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. – Bei höherer Dosierung und eingeschränkter Nierenfunktion sind die Plasma-Kreatininwerte sowie der 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 kardi- 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 6,30, 50 Tabletten DM 20,70, 100 Tabletten DM 35,85; Anstaltspackung, Stand bei Drucklegung.



CIBA-GEIGY GmbH, 7067 Wehr

AdE 6

Beim diffusen Ösophagospasmus, bei dem es sich definitionsgemäß um eine Störung der Transportfunktion der Speiseröhre handelt, kann die Eigenschaft der Nitropräparate, die nicht nur eine Weitstellung der Gefäßmuskulatur herbeiführen, sondern auch die Kontraktionskraft der glatten Speiseröhrenmuskulatur herabsetzen, nutzbar gemacht werden. Relativ neu ist die Erkenntnis, daß Isosorbiddinitrat sowie Ca-Antagonisten vom Typ des Nifedipin eine zuverlässige und langanhaltende Wirkung von einer bis drei Stunden Dauer entfalten. Hier gilt die Empfehlung, daß die entsprechenden Mittel (z.B. Nitrolingual, Adalat) im akuten Schmerzanfall perlingual eingenommen werden sollten, da verschluckte Tabletten bzw. Kapseln wegen der Transportstörung in der Speiseröhre steckenbleiben können. Für die Behandlung des chronischen bzw. rezidivierenden diffusen Ösophagospasmus dürfte ein Depotpräparat vom Typ des Isoket retard vorteilhafter sein, wobei das Mittel regelmäßig etwa eine halbe Stunde vor den Hauptmahlzeiten eingenommen werden sollte. Die alleinige Behandlung mit Psychopharmaka gilt heute als obsolet, jedoch kann eine solche Medikation als unterstützende Maßnahme von beschränkter Dauer zusätzlich zu Nitropräparaten bzw. Nifedipin indiziert sein.

Auch bei der Achalasie, bei der es sich um die Kombination einer gestörten Propulsion im Speiseröhrenkörper und um einen gestörten Öffnungsreflex im Bereich des unteren Ösophagussphinkters handelt, können Nitropräparate und Ca-Antagonisten symptomatisch zu einer Besserung führen. Infolge Erschlaffung der glatten Muskulatur wird die Passierbarkeit des konstant enggestellten unteren Ösophagussphinkters erleichtert und so die Häufigkeit schmerzhafter Kontraktionen der Speiseröhre reduziert. Diese Pharmaka wirken – ebenso wie beim Ösophagospasmus – nur so lange, wie sie verabreicht werden. Auch bei der Achalasie sollten Psychopharmaka nicht als Monotherapie eingesetzt werden, als sinnlos gilt weiterhin eine Behandlung sekundärer Entzündungsvorgänge bei der Achalasie mit Antazida.

Bei der Besprechung der Refluxösophagitis erwähnte Wienbeck als

neuen Befund, daß das Symptom des Sodbrennens nicht direkt mit dem Ausmaß und der Einwirkungszeit von Säure korreliert. Deshalb läßt sich die klinische Wirksamkeit eines Antazidums bei dieser Erkrankung auch nicht direkt aus ihrer Säurebindungskapazität ablesen. Im allgemeinen sollten potente Antazida in Gelform bevorzugt werden, die Entscheidung über die Wahl des Mittels sollte jedoch individuell von dem symptomatischen Ansprechen abhängig gemacht werden. Aus kontrollierten Studien ist außerdem bekannt, daß das Alginat-Antazidungemisch Gaviscon nicht wirksamer ist als andere potente Antazida.

Bei der Besprechung der Soor-Ösophagitis vertrat Wienbeck den Standpunkt, daß für die Lokalbehandlung von *Candida albicans* Nystatin nach wie vor zu den wirksamsten Präparaten gehört. Allerdings sind Nystatin-Dragees, wie sie in der Therapie der Darmmykosen zur Anwendung kommen, im Ösophagus weitgehend unwirksam. Aus diesem Grund sollte das Antimykotikum entweder in Form von Saft mehrfach am Tag geschluckt werden oder – besser noch – es sollten Nystatin-Ovula (z. B. Moronal-Ovula) wiederholt am Tag geglutscht werden, weil dadurch seine besonders lange Einwirkungszeit auf die Speiseröhrenschleimhaut erreicht werden kann.

In den letzten Jahren wurden von zahlreichen Medikamenten Schleimhautschädigungen und Ulzera im Ösophagus beobachtet und beschrieben. Die Liste ist lang – sie reicht vom Ampicillin über Chinidin, Clomethiazol, Glibenclamid und Kaliumchlorid bis zum Theophyllin-Äthylendiamin. Da bei fast jedem Medikament die Möglichkeit einer Schleimhautschädigung in der Speiseröhre besteht, sollten die Patienten angewiesen werden, Dragees, Tabletten und Kapseln mit reichlich Flüssigkeit und frühzeitig vor dem Schlafengehen einzunehmen. Denn die Erfahrung zeigt, daß die meisten Schäden dadurch entstehen, daß das Pharmakon kurz vor dem Einschlafen eingenommen wird, ohne daß der Patient ausreichend Wasser oder eine andere Flüssigkeit nachtrinkt.

Die rationelle Pharmakotherapie bei Erkrankungen des Magens und

Zwölffingerdarms war das Thema von Professor K. Ewe, Mainz, der eingangs daran erinnerte, daß die akute Gastritis als Folge einer exogenen Noxe (Aspirin, Alkohol) oder einer endogenen Ursache (z. B. akute Infektion) mit dem Wegfall der Schädigung sistiert. Entgegen einem weitverbreiteten Irrglauben geht jedoch die chronische Gastritis nicht mit subjektiven Beschwerden einher. Es handelt sich hier um einen „physiologischen“ Alterungsprozeß: man hat ausgerechnet, daß im Durchschnitt 19 Jahre vom Übergang einer Oberflächen-gastritis in die atrophische Gastritis vergehen. Bei etwa der Hälfte der Menschen jenseits des 50. Lebensjahres findet sich eine chronische Gastritis, die weder behandlungsfähig noch behandlungsbedürftig ist.

Die Therapieziele bei der Behandlung peptischer Läsionen sind die Beseitigung der Beschwerden, die Beschleunigung der Ulkusabheilung, die Verhütung von Komplikationen und die Verhinderung von Rezidiven. Ewe gab zu Bedenken, daß die Ulkusheilung nicht an der Besserung der subjektiven Beschwerden beurteilt werden kann, weshalb objektive Abheilungskriterien, wie Röntgenuntersuchung und Endoskopie, erforderlich sind. Hier bestehen jedoch Probleme der exakten Messung der Ulkusgröße und -tiefe und damit der genauen Dokumentation. Die wichtige Frage der Verhütung von Komplikationen läßt sich nicht sicher beantworten. Denn die wesentlichen Komplikationen, nämlich Blutung und Perforation, treten gewöhnlich initial und damit vor Beginn der medikamentösen Therapie auf. Da die Häufigkeit der Pylorusstenose nach *Ulcus duodeni* nur bei fünf Prozent liegt, ist eine statistische Sicherung eines günstigen Medikamenteneffektes bei dieser Komplikation nur schwer möglich.

Bei der Besprechung der verschiedenen Ulkustherapeutika wies Ewe darauf hin, daß es bei der Verwendung von Antazida nicht nur auf deren Pufferkapazität und Dosierung, sondern auch auf den richtigen Zeitpunkt der Medikation ankommt: Die Nahrung puffert die Säure sehr effektiv, weshalb es wenig sinnvoll ist, das Antazidum zum oder unmittelbar nach dem Essen zu nehmen. Der günstigste Zeit-

punkt für die Einnahme ist der, wenn die Pufferwirkung der Nahrung nachläßt, also eine Stunde und wirksamer noch eine und drei Stunden nach dem Essen. Die günstige Wirkung des H₂-Rezeptorenblockers Cimetidin (Tagamet) auf die Abheilung des Zwölffingerdarmgeschwürs wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen, während die Wirkung auf das Magengeschwür nicht so überzeugend ist. Nebenwirkungen sind insgesamt selten, unter Langzeittherapie wurden vereinzelt anti-androgene Effekte beschrieben, die aber reversibel sind. Bei höherer Dosierung wurden Verwirrheitszustände beobachtet, besonders im Alter und bei Niereninsuffizienz.

Bei einer Dosierung des über einen anticholinergischen Effekt wirksamen Pirenzepin (Gastrozepin) treten in einer Dosierung von 25 bis 50 mg praktisch keine Atropin-nebenwirkungen auf; hierbei ist allerdings der Behandlungserfolg auch nicht so ausgeprägt wie bei einer Dosierung von 100 mg, bei der jedoch systematische anticholinerge Effekte auftreten. Nach Ansicht des Vortragenden ist noch eine größere Erfahrung mit diesem Präparat erforderlich, um ihm einen endgültigen Platz in der Ulkustherapie zu weisen zu können. Dem Carbenoxolon (Blogostrone) wird nachgesagt, daß es zu einer vermehrten Bildung von Magenschleim führt und auch dessen Viskosität, Kohäsivität und Adhäsivität qualitativ verändert. Diese Substanz hat Steroidwirkung und führt zu Natriumsekretion und Kaliumverlusten, zu Hochdruck und Ödemen, weshalb seine Anwendung nur in besonderen Fällen und unter Be-

obachtung dieser Nebenwirkungen gerechtfertigt erscheint.

Zu den sogenannten Filmbildern gehört neben Wismutsalzen, die wegen möglicher Nebenwirkungen (Enzephalopathie) hierzulande kaum in Gebrauch sind, auch das neue Sucralfat (Ulcogant). Es handelt sich hier um ein basisches Aluminium-Saccharose-Sulfat, welches mit den Eiweißen des Geschwürgrundes einen Saccharose-Sulfat-Komplex bildet und so als Barriere wirkt, die das Eindringen von Pepsin, Säure und Galle im Ulkusbereich verhindern soll. Verschiedene Autoren haben sowohl beim Magengeschwür als auch beim Zwölffingerdarmgeschwür unter Sucralfat eine schnellere Abheilung beobachtet. Wenn weitere Erfahrungen vorliegen, wird man den Stellenwert dieser offenbar nebenwirkungsfreien Substanz endgültig beurteilen können.

in der Pathogenese des Magengeschwürs wird in der „Stase-Theorie“ der gestörten Motilität besondere Bedeutung zugemessen, manche Autoren betrachten den Gallereflux als eine ulzerogene Komponente. In einigen Studien wurde über eine günstige Beeinflussung von motilitätssteigernden Substanzen, wie z.B. Metoclopramid (Paspertin) und Bromoprid (Caspriide, Viaben), auf die Ulkusbeschwerden und auf die Geschwürsheilung berichtet. Ewe vertrat jedoch den Standpunkt, daß diese Mittel als alleinige Ulkustherapeutika nicht ausreichen.


Die Plasma- und Blutersatzmittel waren ein weiteres Thema des interdisziplinären Forums in Köln. An-

stelle des kürzlich verstorbenen Professors R. Frey berichtete Professor A. Madjidi, Mainz, über die bisherigen Erfahrungen mit dem sauerstofftransportierenden Blutersatzmittel Fluorocarbone, wobei er davon ausging, daß die bislang verfügbaren Volumenersatzmittel neben ihren unbestreitbaren Vorteilen auch Nachteile und Grenzen in der Therapie bei akuten schweren Blutverlusten aufweisen. Deshalb wird seit Jahren nach infundierbaren Stoffen mit sauerstofftragender Funktion gesucht. Wenn von Volumenersatz die Rede ist, so ist damit stets „Blutvolumenersatz“ gemeint. Bis vor kurzem entsprach der Begriff „Volumenersatz“ seinem bloßen Vorhandensein und der Fähigkeit „zu fließen“. Blut hat aber auch noch viele andere Eigenschaften, es muß Transportaufgaben erfüllen, z.B. für Sauerstoff, Nahrungsstoffe und deren Abbauprodukte und es spielt auch bei der Wärmeregulation eine wichtige Rolle. Ein wesentlicher limitierender Faktor des Volumenersatzes sind bestimmte Verdünnungsgrade der Erythrozyten, weil dann deren Sauerstofftransportkapazität nicht mehr ausreicht.

Nach der Schilderung von Madjidi rückt der Zeitpunkt näher, wo Mediziner, Chemiker und Physiologen die bisherigen Grenzen des Blutersatzes ein Stück hinausschieben können. Mitte der sechziger Jahre haben Clark, Colan und Howlet die Fluorocarbone-Lösung als möglichen Sauerstoffträger in Tierexperimenten entdeckt. Es handelt sich hierbei um vollständige fluoridierte Kohlenwasserstoffe verschiedener Grundstruktur, die jedoch weitgehend einheitliche physikalische

Abonnenten sind kritische Leser.

DMW Deutsche Medizinische
Wochenschrift

Die meistabonnierte.  Thieme

Eigenschaften aufweisen. Zur gleichen Zeit führten Slowitter und Kanimoto die Emulgierung der Perfluorocarbonyl-Lösungen (PFC) durch. Die Grundaufgabe dieser Emulsionen, nämlich Sauerstoff zu transportieren, wird in Form einer physikalischen Lösung bewältigt. Deshalb unterscheiden sich ihre Sauerstoffbindungskurven wesentlich vom Bluttyp: Der Sauerstoffgehalt der Emulsionen ist etwa proportional dem pO_2 im umgebenden Milieu, während die koordinative Bindung von Sauerstoff an das Eisenatom des Hämoglobins eine Sauerstoffbindung schon bei niedrigen Partialdrücken bewirkt. Die anfängliche Unsicherheit von seiten der Emulsionstechnik wurde beendet, seitdem technisch hergestellte Großchargen (ab 1973) von der japanischen „Green Cross Corporation“ unter dem Namen Fluosol hergestellt werden.

Aufgrund experimenteller Untersuchungen am Institut für Anästhesiologie der Meinzer Universität sowie nach den klinischen Erfahrungen und Arbeiten aus Übersee bezeichnete der Vortragende Fluorocarbonyl als eine Bereicherung des Blutes. Wie die übrigen Kolloide ist auch diese Substanz nur eine kurzfristig wirksame „Kreislaufprothese“. Jedenfalls dürfte Fluosol in der Lage sein, einen Teil der Funktionen der roten Blutkörperchen, z. B. als O_2 -Träger, nachzuahmen. Wenn weitere Untersuchungen günstig verlaufen, könnte ein dringendes Problem der Schockbekämpfung, insbesondere in der Notfall- und Katastrophenmedizin, bewältigt werden. Schon jetzt zeichnet sich ab, daß die Fluorocarbonyl in der Lage sein können, z. B. die Behandlung bei CO-Vergiftungen und auch bei Organperfusion zu verbessern. Leider hat Fluosol die Eigenschaft, in hohem Maße und lange im retikulo-histocytären System gespeichert zu werden; die Halbwertszeit kann zwischen einigen Stunden bis mehrere Jahre dauern. Ein Metabolismus der Substanz wurde bisher nicht beobachtet, die Elimination erfolgt hauptsächlich über die Lunge, ferner auch über die Galle und zu einem sehr kleinen Teil über die Haut.

Referent:

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

Personalia

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Bernhard Brückl, Allgemeinarzt, Lugwigstraße 11, 8700 Würzburg;

Dr. med. Meinhard Grigoiet, Oberst-
arzt, Sallach 2, 8114 Uffing;

Dr. med. Joachim Fritz Mattheus,
Medizinaldirektor a. D., Wengert-
straße 2, 8729 Sylbach;

Dr. med. Siegfried Reith, Chefarzt,
Medizinaldirektor, Leonhard-Pemin-
ger-Straße 7, 8390 Passau;

Dr. med. Herbert Riemenschnel-
der, Leitender Medizinaldirektor,
Preuschwitzer Straße 77, 8580 Bay-
reuth;

Dr. med. Christian Trott, Praktischer
Arzt, Aschaffener Straße 133,
8752 Sallauf.

Staatsmedaille für soziale Verdienste

Staatsminister Dr. Fritz Pirkl verlieh
an nachstehend aufgeführte Ärzte
die Staatsmedaille für soziale Ver-
dienste:

Dr. med. Hermann Braun, Vizeprä-
sident der Bayerischen Landesärzte-
kammer, Mühlbauerstraße 16, 8000
München 80;

Dr. med. Wilhelm Feßler, Vorsitzen-
der des Verbandes Deutscher Be-
triebs- und Werksärzte für Nord-
bayern e. V., Nopitschstraße 84, 8500
Nürnberg;

Professor Dr. med. Hans-Joachim
Florian, Vorsitzender des Verbandes
Deutscher Betriebs- und Werksärzte
für Südbayern e. V., Hofmannstraße
51, 8000 München 70;

Medizinaldirektorin Dr. med. Jutta
Gaßner, Leiterin des Sozialdienstes
im Bezirkskrankenhaus Haar, 8013
Haar;

Professor Dr. med. Helmut Vaientin,
Leiter des Instituts für Arbeits- und
Sozialmedizin und der Poliklinik für
Berufskrankheiten der Universität
Erlangen-Nürnberg, Schillerstraße
25 und 29, 8520 Erlangen.

Bergmann-Plakette für Professor Müting

Auf dem 7. Internationalen Kissinger
Kolloquium am 23. April 1982 über-
reichte Dr. med. Bernhard Brückl,
Vorsitzender des Ärztlichen Bezirks-
verbandes Unterfranken, Professor
Dr. med. Dieter Müting, Heinz-Kalk-
Klinik für Innere Medizin – Gastro-
enterologie, Am Gradierbau 3, 8730
Bad Kissingen-Hausen, die ihm vom
Vorstand der Bundesärztekammer
verliehene Ernst-von-Bergmann-Pla-
kette.

Professor Müting engagiert sich seit
elf Jahren im Bereich der Bayeri-
schen Landesärztekammer für die
ärztliche Fortbildung. Auf den Fort-
bildungskongressen, die von der
Bayerischen Landesärztekammer
bzw. in Zusammenarbeit mit ihr
durchgeführt wurden, ist Professor
Müting als Referent aufgetreten,
ebenso wie er sich laufend für Fort-
bildungsveranstaltungen der Ärzt-
lichen Kreisverbände zur Verfügung
stellt. Darüber hinaus gestaltet er
seit zwölf Jahren die „Internationa-
len Kissinger Kolloquien“ (zugleich
„Kissinger Ärztliche Fortbildungs-
kurse“) in Zusammenarbeit mit der
Bayerischen Landesärztekammer.
Des weiteren hat er 230 Publikati-
onen – davon 22 in ausländischen
Fachzeitschriften – verfaßt, zwei
Monographien und fünf Kongreß-
bände veröffentlicht, ferner rund 300
Fortbildungsreferate gehalten.

Professor Müting hat sich um
die ärztliche Fortbildung sehr ver-
dient gemacht.

Dr. med. Günter Fuchs, Allgemein-
arzt, Kerschensteinerstraße 8, 8032
Lochham, wurde die Franz-Koelsch-
Medaille verliehen.

Professor Dr. med. Erik Wetterer,
ehemaliger Vorstand des Instituts
für Physiologie und Kardiologie der
Universität Erlangen-Nürnberg, Im
Herrengarten 12, 8520 Erlangen-Buk-
kenhof, wurde die Carl-Ludwig-
Ehrenmünze verliehen.

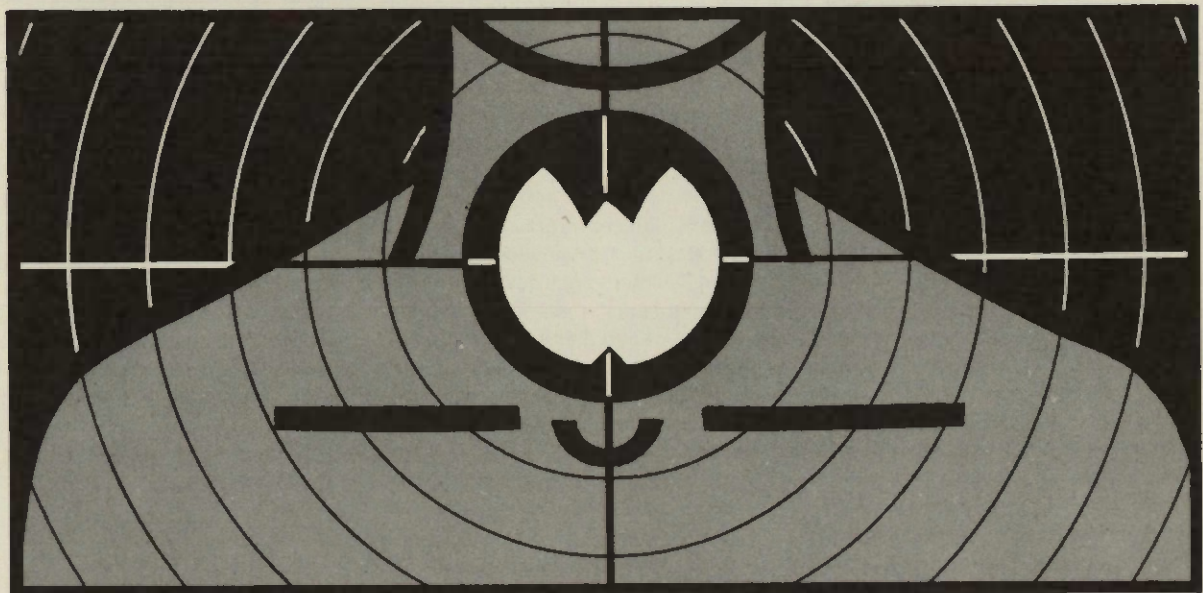
Dr. med., Dr. rer. nat. Dipl.-Chem.
Andreas Zober, Institut für Arbeits-
und Sozialmedizin und Poliklinik für
Berufskrankheiten der Universität
Erlangen-Nürnberg, Schillerstraße
25 und 29, 8520 Erlangen, wurde
der E. W. Baader-Preis verliehen.

Nicholas

neo-morphazole® (Carbimazol)

Das Thyreostatikum

zur gezielten, medikamentösen
Therapie der Hyperthyreose.



Adäquate Wirkstoff-Dosierung: 5 mg Carbimazol pro Tablette ● ermöglicht dem Krankenstand angepasste, individuelle Therapie ● extrem niedrige Toxizität ● gute Verträglichkeit ● niedrige Rezidivquote ● ausgezeichnete Therapieerfolge

Zusammensetzung: Eine Tablette neo-morphazole enthält: Carbimazol (Äthyl-(3-methyl-2-thioxo-4-imidazolin-1-carboxylat) 5 mg · **Eigenschaften:** neo-morphazole übt seine thyreostatische Wirkung aus, indem es die organische Bindung von Jod in der Schilddrüse blockiert. Es verhindert so die Jodisation von Tyrosin und damit die Bildung von Trijodthyronin und Thyroxin, der aktiven Schilddrüsenhormone · **Anwendungsgebiete:** Alle Formen der Schilddrüsenüberfunktion (ausgenommen toxisches Adenom) auch bei Schwangeren und Kindern. Zur Vorbereitung der Schilddrüsenoperation. Vor und nach Behandlung mit Radiojod bis die Wirkung der Strahlentherapie einsetzt · **Dosierung und Anwendungsweise:** Bei Überfunktion der Schilddrüse richtet sich die Dosierung nach Art und Schwere des Zustandsbildes. Leichte Fälle: 15-30 mg täglich (3-6 Tabletten) in 3 Dosen verteilt. Schwere Fälle: 30-60 mg täglich (6-12 Tabletten) in 3 Dosen verteilt · **Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:** In seltenen Fällen Übelkeit, Kopfschmerzen, leichte Magenbeschwerden, evtl. leichten Hautausschlag. Drogenfieber, Agranulozytose und anderen Knochenmarkdepressionen gelegentlich beschrieben · **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Originalpackung mit 50 Tabletten Art.Nr. 321 DM 7.36, mit 250 Tabletten Art.Nr. 323 DM 31.46.
Verschreibungspflichtig.
Nicholas Gesellschaft mbH · Sulzbach/Ts.

neo-morphazole®
5 mg Carbimazol Thyreostatikum

Abkehr von der Bezeichnung „Facharzt“ nicht verfassungswidrig

Des Bayerische Kammergesetz vom 24. 11. 1977 räumt der Bayerischen Landesärztekammer das Recht ein, die Gebiets-, Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen, die der Arzt neben seiner Berufsbezeichnung führen kann, zu bestimmen (Art. 22 Bayerisches Kammergesetz). Dementsprechend beschloß der 30. Bayerische Ärztetag 1977 eine neue Weiterbildungsordnung, in der bekanntlich die Bezeichnung „Facharzt für ...“ nicht mehr vorgesehen ist (§ 4 der Weiterbildungsordnung). Darüber hinaus verpflichtet diese Weiterbildungsordnung Ärzte, die bereits vor dem 1. 1. 1978 aufgrund früherer Anerkennungen die Facharztbezeichnung führen, zur Umstellung auf die neuen Bezeichnungen innerhalb von drei Jahren (§ 19 Weiterbildungsordnung). Jene 3-Jahresfrist ist am 31. 12. 1981 abgelaufen.

Bereits im November 1980 rief ein Arzt, der von der Umstellungsverpflichtung betroffen war, den Bayerischen Verfassungsgerichtshof an und begehrte die Feststellung der Verfassungswidrigkeit vorgenannter Bestimmungen. Der Antragsteller sah in den neuen Bezeichnungen eine „Abwertung der Fachärzte“. Zur Erhärtung seiner verfassungsrechtlichen Bedenken legte er dem obersten bayerischen Gericht zwei Rechtsgutachten vor.

Mit seiner am 17. 5. 1982 verkündeten Entscheidung hat der Bayerische Verfassungsgerichtshof in der Frage der Facharztbezeichnungen nunmehr jedoch für Klarheit gesorgt. Das oberste bayerische Gericht wies die Popularklage des Arztes ab.

In den vorgetragenen Entscheidungsgründen knüpft das Gericht zunächst an die „Facharztentscheidung“ des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1972 an. Danach darf das Facharztwesen nicht ausschließlich der Regelung durch die Ärztekammern überlassen werden. Die sogenannten statusbildenden Bestimmungen muß vielmehr der Landesgesetzgeber selbst treffen. Wie der Verfassungsgerichtshof feststellte, genügt

das Bayerische Kammergesetz von 1977 jedoch diesen Anforderungen. Statusbildend in diesem Sinne ist lediglich die Frage, ob der weitergebildete Arzt eine Anerkennung erhält und ihm das Recht eingeräumt wird, bei seiner Berufsausübung deutlich auf das Gebiet seiner Weiterbildung hinzuweisen. Beides hat der bayerische Landesgesetzgeber in den Artikeln 21 bis 23 Kammergesetz hinreichend geregelt. Eine genauere Festlegung der Weiterbildungsgebiete und der dafür zu bestimmenden Bezeichnungen durch den Gesetzgeber selbst ist nach Auffassung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs nicht geboten. Es kann daher Sache der Landesärztekammer bleiben, die Einzelheiten der Bezeichnungen für weitergebildete Ärzte zu bestimmen.

In Ausübung dieser ihrer Satzungs Gewalt hat die Bayerische Landesärztekammer nach den Feststellungen des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs mit der Festlegung der neuen Berufsbezeichnungen in § 4 Abs. 1 Weiterbildungsordnung nicht gegen das Grundrecht der Berufsfreiheit verstoßen. Es handelt sich hier um Berufsausübungsregelungen, die durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt sind. Denn es liegt im Interesse der Bevölkerung, klar zu erkennen, auf welchem medizinischen Gebiet der betreffende Arzt kraft seiner Weiterbildung besondere Kenntnisse hat. Dies bringen die in § 4 Abs. 1 der Weiterbildungsordnung festgesetzten Bezeichnungen jedoch eindeutig zum Ausdruck. Das Gericht schloß sich auch insofern den von der Bayerischen Landesärztekammer vorgetragenen Gründen an, als es das Bestreben der Gleichstellung des Allgemeinarztes mit den auf anderen Gebieten weitergebildeten Kollegen als sachgerecht bezeichnete. Da die Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ als in sich widersprüchlich aufgefaßt werden kann, war eine Berufsbezeichnung erforderlich, die den Allgemeinerzt mit den auf anderen Gebieten weitergebildeten Ärzten vergleichbar macht.

Auch in der Verpflichtung zur Umstellung der alten Facharztbezeichnung innerhalb einer Frist von drei Jahren auf die neuen Bezeichnungen konnten die Richter keinen Verstoß gegen die Bestimmungen der Bayerischen Verfassung sehen. Zu Recht weist das Gericht darauf hin, daß es für die Bevölkerung nur schwer durchschaubar wäre, wenn in den nächsten Jahrzehnten auf jedem Gebiet der medizinischen Weiterbildung verschiedene Berufsbezeichnungen für ein und dieselbe Form der Weiterbildung zulässig wären. Denn könnte der Eindruck entstehen, daß der „Facharzt“ über eine höhere Qualifikation als der „Arzt für ...“ verfügt. Deshalb ist es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Bayerische Landesärztekammer aus gesundheitspolitischen und ständepolitischen Erwägungen alle weitergebildeten Ärzte zur Umstellung auf die neuen Berufsbezeichnungen verpflichtet hat. Die dreijährige Umstellungsfrist wurde dabei als angemessen angesehen.

Verständlicherweise vermochte sich der Bayerische Verfassungsgerichtshof auch nicht der etwas entfernt liegenden Argumentation des Klägers und des Gutachters Professor Küchenhoff anzuschließen, die in der Umstellungsverpflichtung einen Verstoß gegen das Eigentumsrecht sahen. Das Gericht wies darauf hin, daß die Umstellungsverpflichtung in keiner Weise in die Substanz der ärztlichen Praxis eingreift, da es dem weitergebildeten Arzt auch künftig nicht verwehrt ist, eine Spezialpraxis zu betreiben und in angemessener und klarer Weise auf seine Spezialkenntnisse hinzuweisen. Die Richter traten damit der völlig unzutreffenden Feststellung entgegen, daß Weiterbildung und Praxis des Arztes durch die neuen Bezeichnungen abgewertet würden.

Mit dieser Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs werden die neuen Arztbezeichnungen nicht nur nachträglich aus verfassungsrechtlicher Sicht als sachgerecht und als die jeweilige Weiterbildung in zutreffender Weise kennzeichnend bestätigt. Darüber hinaus sind nunmehr die Rechtsbedenken gegen die Verpflichtung zur Umstellung auf die neuen Arztbezeichnungen bzw. die Bedenken gegen die Durchsetzung der Umstellungsverpflichtung entfallen. Die Umstellung sollte daher – soweit sie bislang noch nicht erfolgte – unverzüglich vorgenommen werden. Dies gilt vor allem mit Rücksicht auf den Patienten, dem nicht länger das Rätsel aufgegeben werden darf, ob er beim „Facharzt für ...“ oder beim „Arzt für ...“ besser aufgehoben ist.

Dr. Gerhard Till, Rechtsanwalt, München



Bayerische Landesärztekammer

– Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung –

Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Fernsprecher (089) 41 47-288

Testbogenaktion 1982 „Selbstüberprüfung des Wissensstandes“

Sehr geehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung – ein Ausschuß der Bayerischen Landesärztekammer – bittet Sie sehr herzlich, sich einige wenige Minuten Zeit zu nehmen und die folgenden Ausführungen einmal in Ruhe durchzulesen.

Wieder einmal steht die ärztliche Fortbildung im Vordergrund, wobei wir uns alle einig sind, daß unsere berufliche Tätigkeit auch ohne die in der Berufsordnung verankerte Verpflichtung zur beruflichen Fortbildung für den Arzt eine ständige ethische Verpflichtung ist. Bei der Teilnahme an unserer Testbogenaktion geht es vorwiegend darum, die durchgeführte ärztliche Fortbildung nachweisen zu können und – wenn auch anonym – so aber doch zahlenmäßig und prozentual einen überzeugenden Beweis des Fortbildungswillens der Bayerischen Ärzteschaft zu dokumentieren. Das Grundkonzept dieser Testbogenaktion entspricht einem unseres Erachtens äußert liberalen Fortbildungsnachweis. Selbstverständlich ist es jedem Arzt freigestellt, wie er sich fortbildet. Wenn aber einerseits eine Fortbildungsverpflichtung mit einer eventuellen Nachweismöglichkeit in der Berufsordnung festgelegt ist, so müssen dem Arzt andererseits auch eine oder mehrere Möglichkeiten mindestens angeboten werden. Dies geschieht – wie auf dem Bayerischen Ärztetag in St. Englmar 1979 vom Plenum beschlossen – durch das erneute **Angebot unserer Testbogenaktion 1982.**

In diesem Testbogen 1982 finden Sie wieder Fragen aus der Notfallmedizin, die alle Ärzte, auch die Gebietsärzte verschiedenster Disziplinen, interessieren müssen, weil sie sich mit diesen Situationen immer wieder konfrontiert sehen können.

Es geht hier nicht um eine Prüfung, es geht hier einzig und allein darum, sich mit diesen Fragen nochmals im häuslichen Studium zu befassen, im Kollegenkreis oder auch bei einer Fortbildungsveranstaltung im Kreisverband gemeinsam über diese Fragen zu diskutieren. Beachten Sie, daß jeweils **nur eine Antwort richtig** ist.

Sie können Ihren Testbogen selbstverständlich anonym an die Kammer senden, oder auch im Briefumschlag über den zuständigen Ärztlichen Kreisverband der Bayerischen Landesärztekammer weitergeben. Falls Sie dies wünschen, könnte Ihnen dann beim Kreisverband eine entsprechende Bestätigung in Ihren Fortbildungsnachweis eingetragen werden.

Bitte bedenken Sie, daß wir Ärzte auch mit solchen Aktionen der Öffentlichkeit gegenüber den Beweis erbringen, daß unsere Fortbildungsbemühungen nicht nur Lippenbekenntnisse sind, sondern daß wir diese Fortbildung sehr ernst nehmen und dies auch beweisen können.

Ich darf mir erlauben, hier noch einmal die Worte von Professor Dr. Sewering in seinem Schreiben vom 30. Januar 1980 zu zitieren, der in diesem Zusammenhang sagte: „Wenn wir diese Sache (Testbogenaktion) kollegial unter uns lösen, können wir eine klare Antwort geben und dadurch staatlichen Ambitionen Paroli bieten.“

Veröffentlichung der richtigen Antworten im September-Heft 1982 des „Bayerischen Ärzteblattes“

Rücksendung bis spätestens 1. September 1982 (Poststempel)

Mit kollegialer Hochachtung

Dr. med. E. Thäle

Testfragen zur Selbstüberprüfung des Wissensstandes

1. **Therapie der Wahl bei hochakuter Cholezystitis ist:**
- a) zunächst Bettruhe und Nahrungskarenz
 - b) i. v. Analgetika (Spasmolytika)
 - c) Antibiotikatherapie
 - d) sofortige Einweisung in eine chirurgische Abteilung
2. **Welche Maßnahme ist beim Spannungspneumothorax kontraindiziert?**
- a) Intubation und Beatmung ohne Thoraxdrainage
 - b) Einstechen einer Kanüle im 2. bis 3. ICR
 - c) Beatmung bei dringender Indikation mit Drainage
 - d) beidseitiges Einstechen von Kanülen, wenn sichere Differenzierung der betroffenen Seite nicht möglich ist.
3. **Die erste wichtigste Funktionsprüfung einer frischen Extremitätenfraktur ist:**
- a) Untersuchung der Beweglichkeit der benachbarten Gelenke
 - b) Kontrolle der Sensibilität im Seitenvergleich
 - c) Aufforderung zur aktiven Fußhebung (Nervus peroneus) bzw. zur aktiven Handgelenkstreckung (Nervus radialis)
 - d) Palpation der peripheren Arterienpulse
4. **Über die Leukozytenzahl bei der Appendizitis sind alle folgenden Aussagen richtig, außer einer. Welche ist falsch?**
- a) Hohe Leukozytenzahl ist bei Kindern die Regel.
 - b) Normale Leukozytenzahl ist bei Alters-Appendizitis häufig.
 - c) Die Zahl der Leukozyten geht mit der Schwere der Erkrankung immer parallel.
 - d) Extrem hohe Leukozytenzahlen sind beweisend für eine Perforation.
5. **Bei einem Patienten treten starke intermittierende bzw. anhaltende Schmerzen im Gesäß, in der Leiste und im Oberschenkel auf, sensible und motorische Ausfälle im Bereich einer oder mehrerer Nervenwurzeln sowie eine Bewegungseinschränkung der LWS. Es handelt sich um einen Bandscheibenvorfall. Welche therapeutische Maßnahme treffen Sie sofort?**
- a) chirotherapeutische Maßnahme
 - b) stark wirkendes Analgetikum i. m., Infiltration der Schmerzpunkte mit Impletol und häusliche Bettruhe (unter laufender Beobachtung)
 - c) Krankenhauseinweisung
 - d) Einreibungen und Wärmeflasche
6. **Hinter dem Brustbein plötzlich einsetzender dumpfer brennender Schmerz, Engigkeitsgefühl, Angstgefühl von nur kurzer Dauer, aber mehrmals innerhalb der letzten 24 Stunden, zuletzt 20 Minuten andauernd. Welche therapeutische Sofortmaßnahme führen Sie nach einer Sofortdiagnostik (Ruhe-EKG) durch, wenn auch daraus kein eindeutiger Hinweis auf einen Infarkt resultiert?**
- a) kardiale Belastung (z. B. Ergometer-EKG zum Ausschluß von koronaren Durchblutungsstörungen)
 - b) sedierende Medikamente bzw. stark wirksame Analgetika und Abwarten der Enzymdiagnostik
 - c) sedierende Medikamente, Analgetika und sofortige Krankenhauseinweisung
 - d) ambulante Kontrolluntersuchung am nächsten Tag
7. **Woran erkennen Sie vornehmlich einen Horrortrip zur Abgrenzung gegenüber einem Entzugssyndrom?**
- a) stärkste Unruhe
 - b) Erbrechen
 - c) Durchfälle
 - d) Temperaturanstieg
8. **Spontaner okulär bedingter Schwindel kann verursacht sein durch:**
- a) Störungen der Augenmotilität
 - b) Störungen der Sensorik
 - c) Astigmatismus
 - d) akuter Glaukomanfall
9. **Durch welche Untersuchung ist eine Lungenembolie am ehesten abzuklären?**
- a) Lungenfunktionsprüfung
 - b) Röntgenuntersuchung des Thorax
 - c) Lungenzintigramm
 - d) Ergometrie



Bayerische Landesärztekammer

— Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung —

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

Testbogenaktion 1982 „Selbstüberprüfung des Wissensstandes“

Sehr geehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung — ein Ausschuß der Bayerischen Landesärztekammer — bittet Sie sehr herzlich, sich einige wenige Minuten Zeit zu nehmen und die folgenden Ausführungen einmal in Ruhe durchzulesen.

Wieder einmal steht die ärztliche Fortbildung im Vordergrund, wobei wir uns alle einig sind, daß unsere berufliche Tätigkeit auch ohne die in der Berufsordnung verankerte Verpflichtung zur beruflichen Fortbildung für den Arzt eine ständige ethische Verpflichtung ist. Bei der Teilnahme an unserer Testbogenaktion geht es vorwiegend darum, die durchgeführte ärztliche Fortbildung nachweisen zu können und — wenn euch anonym — so eber doch zahlenmäßig und prozentual einen überzeugenden Beweis des Fortbildungswillens der Bayerischen Ärzteschaft zu dokumentieren. Das Grundkonzept dieser Testbogenaktion entspricht einem unseres Erachtens äußert liberalen Fortbildungsnachweis. Selbstverständlich ist es jedem Arzt freigestellt, wie er sich fortbildet. Wenn eber einerseits eine Fortbildungsverpflichtung mit einer eventuellen Nachweismöglichkeit in der Berufsordnung festgelegt ist, so müssen dem Arzt andererseits auch eine oder mehrere Möglichkeiten mindestens angeboten werden. Dies geschieht — wie auf dem Bayerischen Ärztetag in St. Englmar 1979 vom Plenum beschlossen — durch das erneute **Angebot unserer Testbogenaktion 1982.**

In diesem Testbogen 1982 finden Sie wieder Fragen aus der Notfallmedizin, die alle Ärzte, auch die Gebietsärzte verschiedenster Disziplinen, interessieren müssen, weil sie sich mit diesen Situationen immer wieder konfrontiert sehen können.

Es geht hier nicht um eine Prüfung, es geht hier einzig und allein darum, sich mit diesen Fragen nochmals im häuslichen Studium zu befassen, im Kollegenkreis oder auch bei einer Fortbildungsveranstaltung im Kreisverband gemeinsam über diese Fragen zu diskutieren. Beachten Sie, daß jeweils **nur eine Antwort richtig ist.**

Sie können Ihren Testbogen selbstverständlich anonym an die Kammer senden, oder auch im Briefumschlag über den zuständigen Ärztlichen Kreisverband der Bayerischen Landesärztekammer weitergeben. Falls Sie dies wünschen, könnte Ihnen dann beim Kreisverband eine entsprechende Bestätigung in Ihren Fortbildungsnachweis eingetragen werden.

Bitte bedenken Sie, daß wir Ärzte auch mit solchen Aktionen der Öffentlichkeit gegenüber den Beweis erbringen, daß unsere Fortbildungsbemühungen nicht nur Lippenbekenntnisse sind, sondern daß wir diese Fortbildung sehr ernst nehmen und dies auch beweisen können.

Ich darf mir erlauben, hier noch einmal die Worte von Professor Dr. Sewering in seinem Schreiben vom 30. Januar 1980 zu zitieren, der in diesem Zusammenhang sagte: „Wenn wir diese Sache (Testbogenaktion) kollegial unter uns lösen, können wir eine klare Antwort geben und dadurch staatlichen Ambitionen Paroli bieten.“

Veröffentlichung der richtigen Antworten im September-Heft 1982 des „Bayerischen Ärzteblattes“

Rücksendung bis spätestens 1. September 1982 (Poststempel)

Mit kollegialer Hochachtung

Dr. med. E. Thäle

Testfragen zur Selbstüberprüfung des Wissensstandes

1. **Therapie der Wahl bei hochakuter Cholezystitis ist:**
- a) zunächst Bettruhe und Nahrungskarenz
 - b) i. v. Analgetika (Spasmolytika)
 - c) Antibiotikatherapie
 - d) sofortige Einweisung in eine chirurgische Abteilung
2. **Weiche Maßnahme ist beim Spannungspneum kontraindiziert?**
- a) Intubation und Beatmung ohne Thoraxdrainage
 - b) Einstechen einer Kanüle im 2. bis 3. ICR
 - c) Beatmung bei dringender Indikation mit Drainage
 - d) beidseitiges Einstechen von Kanülen, wenn sichere Differenzierung der betroffenen Seite nicht möglich ist.
3. **Die erste wichtigste Funktionsprüfung einer frischen Extremitätenfraktur ist:**
- a) Untersuchung der Beweglichkeit der benachbarten Gelenke
 - b) Kontrolle der Sensibilität im Seitenvergleich
 - c) Aufforderung zur aktiven Fußhebung (Nervus peroneus) bzw. zur aktiven Handgelenkstreckung (Nervus radialis)
 - d) Palpation der peripheren Arterienpulse
4. **Über die Leukozytenzahl bei der Appendizitis sind alle folgenden Aussagen richtig, außer einer. Welche ist falsch?**
- a) Hohe Leukozytenzahl ist bei Kindern die Regel.
 - b) Normale Leukozytenzahl ist bei Alters-Appendizitis häufig.
 - c) Die Zahl der Leukozyten geht mit der Schwere der Erkrankung immer parallel.
 - d) Extrem hohe Leukozytenzahlen sind beweisend für eine Perforation.
5. **Bei einem Patienten treten starke intermittierende bzw. anhaltende Schmerzen im Gesäß, in der Leiste und im Oberschenkel auf, sensible und motorische Ausfälle im Bereich einer oder mehrerer Nervenwurzeln sowie eine Bewegungseinschränkung der LWS. Es handelt sich um einen Bandscheibenvorfall. Welche therapeutische Maßnahme treffen Sie sofort?**
- a) chirotherapeutische Maßnahme
 - b) stark wirkendes Analgetikum i. m., Infiltration der Schmerzpunkte mit Impletol und häusliche Bettruhe (unter laufender Beobachtung)
 - c) Krankenhauseinweisung
 - d) Einreibungen und Wärmeflasche
6. **Hinter dem Brustbein plötzlich einsetzender dumpfer brennender Schmerz, Engigkeitsgefühl, Angstgefühl von nur kurzer Dauer, aber mehrmals innerhalb der letzten 24 Stunden, zuletzt 20 Minuten andauernd. Welche therapeutische Sofortmaßnahme führen Sie nach einer Sofortdiagnostik (Ruhe-EKG) durch, wenn auch daraus kein eindeutiger Hinweis auf einen Infarkt resultiert?**
- a) kardiale Belastung (z. B. Ergometer-EKG zum Ausschluß von koronaren Durchblutungsstörungen)
 - b) sedierende Medikamente bzw. stark wirksame Analgetika und Abwarten der Enzymdiagnostik
 - c) sedierende Medikamente, Analgetika und sofortige Krankenhauseinweisung
 - d) ambulante Kontrolluntersuchung am nächsten Tag
7. **Woran erkennen Sie vornehmlich einen Horrortrip zur Abgrenzung gegenüber einem Entzugssyndrom?**
- a) stärkste Unruhe
 - b) Erbrechen
 - c) Durchfälle
 - d) Temperaturanstieg
8. **Spontaner okulär bedingter Schwindel kann verursacht sein durch:**
- a) Störungen der Augenmotilität
 - b) Störungen der Sensorik
 - c) Astigmatismus
 - d) akuter Glaukomanfall
9. **Durch welche Untersuchung ist eine Lungenembolie am ehesten abzuklären?**
- a) Lungenfunktionsprüfung
 - b) Röntgenuntersuchung des Thorax
 - c) Lungenszintigramm
 - d) Ergometrie

10. Bei Ihnen erscheint in der Sprechstunde ein Mann, der soeben auf der Straße starke Herzschmerzen mit Engegefühl in der Brust verspürt hat. Die Schmerzen bestehen weiterhin in abgeschwächtem Maße. Der Patient sieht blaß aus und schwitzt leicht. Eine klinische Untersuchung und eine EKG-Untersuchung ergeben keinen pathologischen Befund. Sofort vorgenommene Transaminasen zeigen normale Werte. Was ordnen Sie an?
- a) Sie beruhigen den Patienten, erklären ihm, daß keine krankhaften Befunde vorliegen und lassen ihn nach Hause gehen.
 - b) Sie lassen den Patienten durch den Rettungsdienst in das Krankenhaus zur weiteren Beobachtung bringen.
 - c) Sie bestellen den Patienten zur Kontrolle am nächsten Tag.
 - d) Sie fertigen sofort ein zweites EKG an und kontrollieren nochmals die Transaminasen.
11. Eine 38jährige Patientin klagt wenige Tage nach einem Sportunfall (Schnit mit Skikante an der Wade) über Atembeschwerden, besonders bei Belastungen und auch nachts, wobei sie sich im Bett aufsetzen müsse. Sie habe etwas Husten und hier und da blutig gefärbten Auswurf. Herzintarkt durch EKG (nur diskreter Hinweis auf Rechtsbelastung) und Enzymdiagnostik ausgeschlossen. Welche Verdachtsdiagnose stellen Sie?
- a) Lungentuberkulose
 - b) Lungenembolie
 - c) Pneumonie
 - d) rezidivierende Asthma bronchiale Anfälle
12. 3jähriger Knabe mit schwerem Krupp-Syndrom, ausgeprägtem inspiratorischen Stridor, bellendem Husten, Blässe, Zyanose und Tachykardie (über 160/Minute). Was sollten Sie vor Einweisung in die Kinderklinik nicht unternehmen?
- a) Valium i. v.
 - b) eingehende Untersuchung des Mund-Rachen-Raumes und eine Kehlkopfspiegelung
 - c) Cortison i. v.
 - d) Intubation
13. Nach welcher Zeit sollte ein Patient mit präkardialen Schmerzanfall eingewiesen werden, wenn trotz einer perlingualen Nitrolingual-Behandlung keine Besserung eintritt?
- a) nach 15 Minuten
 - b) nach einer Stunde
 - c) nach drei Stunden
 - d) nach sechs Stunden
14. Wie ist die Symptomatik des lumbalen Bandscheibenvorfalles und wo wird der Schmerz lokalisiert?
- a) Blitzartiges Auftreten und die Schmerzen werden im Kreuz angegeben.
 - b) Eher schleichender Beginn, die Schmerzen ziehen sehr heftig in ein Bein.
 - c) Auftreten der Schmerzen nach Unterkühlung, in das Nierenlager ausstrahlend.
 - d) Kann sich über die Dauer von mehreren Tagen in der Schmerzempfindung langsam zunehmend verstärken und in der Lokalisation wechseln.
15. Eine Digitalisierung beim alten Menschen ist bei welchem Krankheitsbild immer notwendig?
- a) jeder Notfall
 - b) schnelle Form der Arrhythmia absoluta
 - c) kardiale Insuffizienz
 - d) intermittierende zerebrale Ischämien
16. Erwartungsgemäß liegen bei vielen Patienten mit einer Herzinsuffizienz oft noch weitere behandlungsbedürftige Erkrankungen vor (Rhythmusstörungen, Hochdruck, usw.). Wenn der Patient mit Digoxin ausreichend digitalisiert ist, welches der folgenden Medikamente sollten Sie wegen der Gefahr von Interaktionen auf jeden Fall vermeiden?
- a) Clonidin (Catapresan®)
 - b) Furosemid (Lasix®)
 - c) Chinidin
 - d) Disopyramid (Rythmodul®)
17. Ein Angina pectoris Anfall dauert trotz sofort gegebener, schnellwirkender Nitrate bei einem 60jährigen Patienten mit koronaren Risikofaktoren (Hypertonie, Nikotinabusus und Fettstoffwechselstörungen) länger als 15 Minuten! Was ist zu tun?
- a) bei eindeutiger Anamnese und Symptomatik zur Soforttherapie keine weitere Diagnostik
 - b) Sedierung
 - c) EKG, Bestimmung herzspezifischer Enzyme (CK und CKMP)
 - d) die stationäre Klinikeinweisung mit Begleitperson
18. Bei welcher Notfallsituation muß sofort intubiert werden?
- a) bei Kreislaufkollaps
 - b) wenn mit Erbrechen zu rechnen ist
 - c) wenn ein längerer Transport bevorsteht
 - d) bei bewußtlosem Patienten mit Gefährdung der Atmung

19. Beim Auftreten von Entzugserscheinungen bei Drogenabhängigen ist welche Maßnahme richtig?

- a) Injektion von Diastaneurin
- b) Injektion von Methadon
- c) Injektion von einer Ampulle Haldol und gleichzeitig eine Ampulle Akineton mit anschließender Einweisung in Fachklinik
- d) ausschließlich psychotherapeutische Beratung ohne Medikation

20. Welches ist die wichtigste Maßnahme bei der Einweisung eines Patienten mit der Diagnose „akuter Bauch“?

- a) Gabe von fiebersenkenden Mitteln
- b) Gabe von Antibiotika
- c) Gabe von starken Analgetika
- d) Mitteilung eventuell gegebener Medikamente an den nachbehandelnden Krankenhausarzt

21. Welche diagnostische Sofortmaßnahme ist bei Verdacht auf verschluckten Fremdkörper richtig?

- a) Szintigraphie der Schilddrüse
- b) Ösophaguskontrastaufnahme mit Bariumbrei
- c) Gabe von Abführmitteln
- d) endoskopische Diagnostik

22. Im Zusammenhang mit Nahrungsaufnahme bei warmer Witterung im Sommer stellen sich plötzlich Schluckschmerzen ein. Welche Ursache kommt hierfür vornehmlich in Frage?

- a) gastroösophagealer Reflux
- b) Thyreoiditis
- c) Insektenstich
- d) Kardiospasmus

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

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

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

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

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

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

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

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

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

Band 58 „Katastrophenmedizin 1981“ (Zehnteiliges Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr)

10. Bei Ihnen erscheint in der Sprechstunde ein Mann, der soeben auf der Straße starke Herzschmerzen mit Engegefühl in der Brust verspürt hat. Die Schmerzen bestehen weiterhin in abgeschwächtem Maße. Der Patient sieht blaß aus und schwitzt leicht. Eine klinische Untersuchung und eine EKG-Untersuchung ergeben keinen pathologischen Befund. Sofort vorgenommene Transaminasen zeigen normale Werte. Was ordnen Sie an?

- a) Sie beruhigen den Patienten, erklären ihm, daß keine krankhaften Befunde vorliegen und lassen ihn nach Hause gehen.
- b) Sie lassen den Patienten durch den Rettungsdienst in das Krankenhaus zur weiteren Beobachtung bringen.
- c) Sie bestellen den Patienten zur Kontrolle am nächsten Tag.
- d) Sie fertigen sofort ein zweites EKG an und kontrollieren nochmals die Transaminasen.

11. Eine 38jährige Patientin klagt wenige Tage nach einem Sportunfall (Sturz mit Skikante an der Wade) über Atembeschwerden, besonders bei Belastungen und auch nachts, wobei sie sich im Bett aussetzen müsse. Sie habe etwas Husten und hie und da blutig getärbten Auswurf. Herzintarkt durch EKG (nur diskreter Hinweis auf Rechtsbelastung) und Enzymdiagnostik ausgeschlossen. Welche Verdachtsdiagnose stellen Sie?

- a) Lungentuberkulose
- b) Lungenembolie
- c) Pneumonie
- d) rezidivierende Asthma bronchiale Anfälle

12. 3jähriger Knabe mit schwerem Krupp-Syndrom, ausgeprägtem inspiratorischen Stridor, bellendem Husten, Blässe, Zyanose und Tachykardie (über 160/Minute). Was sollten Sie vor Einweisung in die Kinderklinik nicht unternehmen?

- a) Valium i. v.
- b) eingehende Untersuchung des Mund-Rachen-Raumes und eine Kehlkopfspiegelung
- c) Cortison i. v.
- d) Intubation

13. Nach welcher Zeit sollte ein Patient mit präkardialen Schmerzattacken eingewiesen werden, wenn trotz einer perlingualen Nitrolingual-Behandlung keine Besserung eintritt?

- a) nach 15 Minuten
- b) nach einer Stunde
- c) nach drei Stunden
- d) nach sechs Stunden

14. Wie ist die Symptomatik des lumbalen Bandscheibenvorfalles und wo wird der Schmerz lokalisiert?

- a) Blitzartiges Auftreten und die Schmerzen werden im Kreuz angegeben.
- b) Eher schleichender Beginn, die Schmerzen ziehen sehr heftig in ein Bein.
- c) Auftreten der Schmerzen nach Unterkühlung, in das Nierenlager ausstrahlend.
- d) Kann sich über die Dauer von mehreren Tagen in der Schmerzempfindung langsam zunehmend verstärken und in der Lokalisation wechseln.

15. Eine Digitalisierung beim alten Menschen ist bei welchem Krankheitsbild immer notwendig?

- a) jeder Notfall
- b) schnelle Form der Arrhythmia absoluta
- c) kardiale Insuffizienz
- d) intermittierende zerebrale Ischämien

16. Erwartungsgemäß liegen bei vielen Patienten mit einer Herzinsuffizienz oft noch weitere behandlungsbedürftige Erkrankungen vor (Rhythmusstörungen, Hochdruck, usw.). Wenn der Patient mit Digoxin ausreichend digitalisiert ist, welches der folgenden Medikamente sollten Sie wegen der Gefahr von Interaktionen auf jeden Fall vermeiden?

- a) Clonidin (Catapresan®)
- b) Furosemid (Lasix®)
- c) Chinidin
- d) Disopyramid (Rythmodul®)

17. Ein Angina pectoris Anfall dauert trotz sofort gegebener, schnellwirkender Nitrate bei einem 60jährigen Patienten mit koronaren Risikofaktoren (Hypertonie, Nikotinabusus und Fettstoffwechselstörungen) länger als 15 Minuten. Was ist zu tun?

- a) bei eindeutiger Anamnese und Symptomatik zur Soforttherapie keine weitere Diagnostik
- b) Sedierung
- c) EKG, Bestimmung herzspezifischer Enzyme (CK und CKMP)
- d) die stationäre Klinikeinweisung mit Begleitperson

18. Bei welcher Notfallsituation muß sofort intubiert werden?

- a) bei Kreislaufkollaps
- b) wenn mit Erbrechen zu rechnen ist
- c) wenn ein längerer Transport bevorsteht
- d) bei bewußtlosem Patienten mit Gefährdung der Atmung

19. Beim Auftreten von Entzugserscheinungen bei Drogenabhängigen ist welche Maßnahme richtig?

- a) Injektion von Distranerin
- b) Injektion von Methadon
- c) Injektion von einer Ampulle Haldol und gleichzeitig eine Ampulle Akineton mit anschließender Einweisung in Fachklinik
- d) ausschließlich psychotherapeutische Beratung ohne Medikation

20. Welches ist die wichtigste Maßnahme bei der Einweisung eines Patienten mit der Diagnose „akuter Bauch“?

- a) Gabe von fiebersenkenden Mitteln
- b) Gabe von Antibiotika
- c) Gabe von starken Analgetika
- d) Mitteilung eventuell gegebener Medikamente an den nachbehandelnden Krankenhausarzt

21. Welche diagnostische Sofortmaßnahme ist bei Verdacht auf verschluckten Fremdkörper richtig?

- a) Szintigraphie der Schilddrüse
- b) Ösophaguskontrastaufnahme mit Bariumbrei
- c) Gabe von Abführmitteln
- d) endoskopische Diagnostik

22. Im Zusammenhang mit Nahrungsaufnahme bei warmer Witterung im Sommer stellen sich plötzlich Schilddrüsenschmerzen ein. Welche Ursache kommt hierfür vornehmlich in Frage?

- a) gastroösophagealer Reflux
- b) Thyreoiditis
- c) Insektenstich
- d) Kardiospasmus

Notfall- und Katastrophenmedizin

Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

Ort: Auditorium maximum der Sanitätsakademie der Bundeswehr, Neuherbergstraße 11, München 45 – Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15 s. t. bis 18 Uhr

Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich:
schriftlich Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, telefonisch unter (089) 41 47-287 – Frau Scheitzenhammer

Datum	Thema	Referent
29. September	Was kann die Ärzteschaft zum Katastrophenschutz beitragen? Katastrophen in Industriebetrieben und Schutzmaßnahmen a) Audi-NSU b) Esso AG Notfall-Katastrophenorganisation als betriebsärztliche Aufgabe unter Berücksichtigung gewerblicher Intoxikation	Dr. H. Mutschler, Aalen Dr. R. E. Tiller, Ingolstadt Dr. P. Landers, Hamburg Dr. W. Korb, Siemens, München
27. Oktober	Therapeutische Maßnahmen im Notfalleinsatz und der Notfallkoffer Katastrophenschutzplan und Einsatzsteuerung in München Podiumsdiskussion: Katastrophenmedizin (mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin)	Dr. P.-S. Kampschulte, München Oberbranddirektor Dipl.-Ing. K. Seegerer, München Professor Dr. K. Peter, München
10. November	Die militär-strategische Konzeption der Bundeswehr und ihre Folgerung für den Sanitätsdienst Planung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr im Verteidigungsfall	OFA W. Gebauer, SanAK, München GStA Dr. H. J. Linde, Bonn
8. Dezember	Die Katastropheneinsatzleitung durch das Landratsamt Unterstellung und Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit der Katastropheneinsatzleitung und einer örtlichen Einsatzleitung am Schadensort im Katastrophenfall Vorstellung von Alarmplänen	Branddirektor H.-J. Penndorf, München NN Ltd. Stadtdirektor F. Kroll, Ingolstadt

Menschliches Leben aus der Retorte

Ist es sittlich erlaubt, was medizinisch möglich ist?

Zweitägige Diskussion zwischen Moratheologen, Juristen und Medizinern in der Katholischen Akademie in Bayern

Es referierten:

Professor Dr. K. G. Ober:
„Die unfruchtbare Ehe“

Professor Dr. S. Trotnow:
„Die extrakorporale Befruchtung“

Professor Dr. J. Ziegler:
„Zeugung oder Befruchtung?“

Professor Dr. J. Gründel:
„Das ganzheitliche Ja zu neuem Leben aus christlicher Verantwortung“

Professor Dr. E. Horn:
„Mensch oder werdender Mensch?“

Professor Dr. J. Zander:
„Der Arzt zwischen medizinischem Fortschritt und ethischer Verantwortung“

Gedanken und Zusammenfassung der Ergebnisse der Veranstaltung I.

„Der moderne Mensch betrachtet Krankheit nicht mehr als Schicksal, sondern als ein Gebrechen, dessen Beseitigung durch die Gesellschaft gefordert wird.“ Diese Forderung wird nunmehr – nachdem die technischen und medizinischen Voraussetzungen vorhanden sind – auch für die Beseitigung der Sterilität mittels extrakorporaler Befruchtung erhoben werden. Und der Leidensdruck der Frauen unter Sterilität wird als zwingendes Motiv zu ärztlichem Handeln ins Feld geführt. Daß sich ein Nachfrageboom für diese medizinische Hilfe ergeben wird, liegt auf der Hand.

Die medizinischen Hilfen sind tatsächlich weit weniger sensationell, als sie sich im Gewand der Medien darstellen. Zunächst wird der Natur, die in der Regel monatlich nur ein befruchtungsfähiges Ei zur Verfügung stellt, durch Hormongaben nachgeholfen und Mehrfachproduktion angeregt. Durch technische Hilfsmittel werden die befruchtungsfähigen Eizellen gewonnen, nach entsprechender Vorbereitung der Samenzellen extrakorporal ein natürliches Umfeld für die Befruchtung simuliert und mikroskopisch Befruchtung und anschließende Zellteilung kontrolliert und überwacht. Sicher sind bis heute die simulierten Bedingungen den na-

türlichen noch weit unterlegen. Die Verlustrate, die sich durch nicht weiter fortschreitende Zellteilung nach erfolgter Befruchtung ergibt und die weitere Verlustrate implantierter Embryonen, die nicht zu einer Schwangerschaft führen, spricht dafür. Die Erfolgsquote extrakorporaler Befruchtung wird mit 15 Prozent angegeben. Zu mehr Optimismus besteht offenbar gegenwärtig kein Anlaß. Dies spricht dafür, daß es in der Verbesserung des technischen Ablaufes und der simulierten Bedingungen noch einiges zu tun gibt.

Tierexperimente haben in der Vergangenheit dazu beigetragen, den mit der extrakorporalen Befruchtung befaßten Ärzten und Biologen zur erforderlichen Erfahrung und Übung zu verhelfen. Dies wird auch in Zukunft noch eine wesentliche Quelle der Erkenntnis darstellen. Andererseits darf aber auch nicht unbeachtet bleiben, daß jedem medizinisch-therapeutischen Eingriff die Bedeutung des Lernens durch Versuch und Irrtum zukommt. Das Erlanger Ärzteteam versichert glaubhaft, daß alle befruchteten Eizellen, die nach Zeitplan eine Teilung aufgewiesen haben, zur Replantation gekommen sind. Darüber hinaus seien keinerlei Experimente mit Ei- und Samenzellen durchgeführt worden. Aus dem internationalen Schrifttum ist jedoch zu entnehmen, daß solche in offenbar auch nicht unbeträchtlichem Umfang durchgeführt wurden.

Es ist deshalb naheliegend, und keineswegs als blühende Phantasie im Sinne von science fiction abzutun, wenn ernstzunehmende Bedenken gegen Experimente am Menschen und mit dem Menschen erhoben werden. Zu denken ist an Ei- und Samenbanken, an Embryobanken, an Ei- und Samenspende gegen Entgelt, an heterologe Befruchtung; oder auch an Experimente mit menschlichem Zellmaterial, die der Auslese dienen, oder der Geschlechtsbestimmung, oder dem Studium toxischer und medikamentöser Wirkstoffe auf das genetische

Material, der Erforschung maligner Veränderungen dienen oder auf genetische Veränderungen zielen. Mietmütter sind nicht ausgeschlossen, auch die extrakorporale Aufzucht scheint in greifbare Nähe zu rücken.

Wenn derartige medizintechnische Möglichkeiten gegeben und praktikabel gemacht wurden, sie überdies sensationell und sozialpsychologisch aufbereitet werden, folgt dem Angebot auch regelmäßig die Nachfrage. Laufend gehen in Erlangen Anmeldungen ein und liegen bereits in größerer Zahl vor. Vier bis fünf derartige Zentren mit einem routinierten Team wie in Erlangen könnten den Bedarf im ganzen Bundesgebiet decken. Die Kosten würden – gemessen an den Ausgaben für legalisierte Schwangerschaftsunterbrechungen – etwa ein Zehntel betragen.

Die medizinische Indikation zur extrakorporalen Befruchtung ist derzeit noch auf homologe Befruchtung bei mechanischer Behinderung im Eileiter beschränkt. Es ist jedoch bereits ins Auge gefaßt, sie auch auf weitere Sterilitätsursachen auszudehnen, auch wenn sie im Ehepartner begründet sind.

Es darf erwartet werden, daß diese von Medizinern gesetzte Grenze nicht unwidersprochen bleibt und unter gesellschaftlichen Druck kommt. Daraus würden sich dann weitreichende juristische Probleme ergeben. Schon jetzt ist nicht zu verhindern und nicht zu überblicken, daß psychologischer Druck von einem der Ehepartner ausgeht, um die Vornahme einer extrakorporalen Befruchtung zu erzwingen. Der Arzt ist nicht in der Lage, diese Hintergründe zu durchleuchten und könnte es auch kaum wagen, die Therapie zu versagen, selbst wenn er noch so berechtigte Zweifel daran hat, daß die Entscheidung der Ehepartner einvernehmlich zustande gekommen ist.

In die Diskussion wurden mit Recht auch Erfahrungen eingebracht, die nach Einführung der Reform des § 218 gemacht werden mußten. Der Begriff der sozialen Indikation wird zunehmend als sozialer Anspruch interpretiert. Damit wird die Hemmschwelle gegenüber werdendem Leben zuungunsten von Schutz und Erhaltung verschoben. Ärzte geraten immer mehr unter unmittelbaren gesellschaftlichen Druck, den sozialen Anspruch durch großzügige

Abgabe von Bescheinigungen und rechtzeitige Unterbrechung zu erfüllen. Das „moralische Gedächtnis“ der Gesellschaft hat sich gewandelt. Der Schaffung neuen Lebens wird enthusiastisch Sympathie entgegengebracht werden, die drohende Manipulation und die Risiken bis hin zur Abtötung werdenden Lebens könnten der Verdrängung ausgeliefert werden. In solcher gesellschaftlicher Einflußnahme auf das Bewußtsein von Ehepartnern und insbesondere der Frauen liegt die politische Dimension dieser Entwicklung. Schon jetzt können sich Frauen dem Druck von außen kaum entziehen und verlieren die Kraft, sich dem medizinischen Eingriff, der die Vernichtung von Leben zum Ziel hat, zu widersetzen. Die Rolle, die sie bei extrakorporaler Befruchtung zu spielen haben, kann in ganz ähnliche Richtung gehen.

II.

Strafrechtler und Rechtsmediziner weisen auf das breite Spektrum möglicher Manipulationen hin. Beispielhaft sei hier die Bestimmung des Geschlechts, Samenauswahl, Spende gegen Entgelt und die Manipulation „biologisch hochwertigen Materials“ genannt. Sie drängen darauf, die Diskussion darüber, was gesellschaftspolitisch und ethisch toleriert werden kann, rechtzeitig zu führen. Eine Entwicklung, die nicht gewollt wird, kann wirksam nur dadurch verhindert werden, daß der Gesetzgeber rechtzeitig strafrechtliche Grenzen setzt. Die medizinisch-ethischen Verpflichtungen reichen nicht aus, Fehlentwicklungen zu verhindern. Nach gegenwärtiger Rechtslage läuft der Arzt keine Gefahr, mit dem Strafrecht in Konflikt zu kommen, wenn er mit werdendem Leben vor der Einnistung in der Gebärmutter hantiert. Die strafrechtlichen Bestimmungen zum Schutz werdenden Lebens setzen erst im Zeitpunkt der Nidation ein. Der Strafrechtler fragt sich, ob es angesichts der vielfältigen Manipulationsmöglichkeiten im Zusammenhang der extrakorporalen Befruchtung bei dieser Rechtslage bleiben darf. Biologen, die an den therapeutischen Maßnahmen beteiligt sind, Versuche durchführen können und alle Möglichkeiten der unmittelbaren Manipulation haben, sind nicht unter die medizinisch-ethischen Verpflichtungen der ärztlichen Berufsordnung gestellt.

Von Seiten der Mediziner wurde betont, daß ihnen so schwerwiegende Grenzüberschreitungen nicht denkbar sind und auch nicht vorkommen könnten. Sie befürchten vielmehr bei übertriebener Verrechtlichung eine Bürokratisierung ärztlichen Handelns, die Behinderung der medizinischen Forschung und des medizinischen Fortschrittes und als Folge einer induzierten Verhaltensweise der Ärzte eine defensive Medizin. Angesichts der aufgezeigten komplizierten Problematik konnte diese Argumentation nicht ausreichend überzeugen. Der Beitrag der Ärzteschaft wird erwartet, daß in diesem Bereich der extrakorporalen Befruchtung kein „Spielraum für Verantwortungslose“ bleibt. Zur Selbstkontrolle sind als innerärztliche Instanz Ethik-Kommissionen unerlässlich, als einzige Maßnahme werden sie jedoch nicht als ausreichend erachtet.

III.

In offiziellen Stellungnahmen und Verlautbarungen von Einzelpersonen wird bisher von Seiten der katholischen Kirche die extrakorporale Befruchtung abgelehnt. Zeugung soll nicht abgeleitet in technische Befruchtung. Der Intimbereich soll dem Zugriff der Gesellschaft und auch dem der Ehegatten untereinander entzogen bleiben.

Die Moraltheologen haben diesem strikten Nein in der Diskussion ein sehr bedingtes „Ja“ gegenübergestellt und eine sehr differenzierte Einstellung zur extrakorporalen Befruchtung bezogen. Aus dem möglichen Mißbrauch eines helfenden Eingriffes kann nicht das Verbot abgeleitet werden, die Methode zu gebrauchen. Andererseits heiligt ein guter Zweck auch nicht jedes Mittel. Das sehr bedingte „Ja“ zur extrakorporalen Befruchtung wird deshalb an um so enger gefaßte Forderungen geknüpft, weil deutliche Gefährdung sichtbar wird, daß moralische und ethische Grenzen verschoben werden. Diese Forderungen konzentrieren sich deshalb auf folgende Kernpunkte: extrakorporale Befruchtung hat sich auf homologe Befruchtung zu beschränken und bedarf der Zustimmung beider Ehepartner; die extrakorporale Befruchtung muß anders nicht zu behobenden Notfällen vorbehalten bleiben und somit eine Ultima ratio für die Ehepartner darstellen; es muß durch geeignete Maßnahmen absolute Sicherheit ge-

schaffen werden, daß mit menschlichem Leben nicht experimentiert wird, daß naturwidrige Handlungen und Manipulationen jeder Art ausgeschlossen werden und die Zeugung nicht auf Machbares reduziert und in den Zeugungszusammenhang nicht eingegriffen wird.

IV.

Die Geburt des ersten Kindes nach extrakorporaler Befruchtung in der Bundesrepublik war ein spektakuläres medizinisches Ereignis, das durch technische Perfektion im medizinischen und biologischen Bereich möglich wurde. Damit sind aber auch schlagartig die Möglichkeiten von Manipulation, Mißbrauch und Grenzüberschreitung sichtbar geworden. Die interdisziplinäre Diskussion hat diese Probleme eingehend analysiert und aufgezeigt. Die Moraltheologen haben die ethisch-traditionellen Normen an die Entwicklung adaptiert und zu einem sehr bedingten „Ja“ zur extrakorporalen Befruchtung gefunden. Gleichzeitig haben sie aber auch strikte Grenzen festgelegt. Aus der Sicht des Strafrechts und der Rechtsmedizin ergibt sich die Notwendigkeit, über ergänzende gesetzgeberische Maßnahmen nachzudenken, wenn rechtzeitig einer nicht gewollten Entwicklung Einhalt geboten sein soll. Es wird in Zweifel gezogen, ob die medizinisch-ethischen Normen ausreichen, mit Sicherheit Mißbräuche und Experimente mit dem Menschen zu verhindern.

Diese Ergebnisse der Veranstaltung, die in außergewöhnlich emotionsfreier und sachlicher Diskussion zwischen den Referenten und einem Forum kompetenter Gesprächspartner zustande kommen konnten, gehen inhaltlich über die ersten offiziellen Stellungnahmen weit hinaus und werden für die weitere gesellschaftspolitische Behandlung des Themas „extrakorporale Befruchtung“ von grundsätzlicher Bedeutung sein können.

Im ärztlichen Bereich stellt sich die Aufgabe, diese therapeutische Möglichkeit in Grenzen zu halten, die Verantwortlichkeiten zu konkretisieren und festzulegen und im medizinisch-ethischen Bereich Möglichkeiten zur Selbstkontrolle auszuschöpfen und diese zu gestalten.

Anschrift der VerfasserIn:

Dr. med. G. Bäcker, Bad Brunthal 3, 8000 München 80

Novodigal®, Novodigal® mite,
Novodigal® Injektionslösung i. v.,
0,2 mg und 0,4 mg,
Novodigal® Tropfen

Zusammensetzung:

1 Tablette Novodigal® enthält 0,2 mg β -Acetyldigoxin, 1 Tablette Novodigal® mite enthält 0,1 mg β -Acetyldigoxin. Novodigal® Tropfen enthalten 0,1 mg β -Acetyldigoxin in 10 Tropfen, Novodigal® Injektionslösung i. v. 0,2 mg enthält 0,2 mg Digoxin in 1 ml, Novodigal® Injektionslösung i. v. 0,4 mg enthält 0,4 mg Digoxin in 2 ml.

Anwendungsgebiete:

Herzmuskelsuffizienz.

Gegenanzeigen:

Extreme Bradykardie, ventrikuläre Tachykardie, AV-Blockierung. Vorsicht bei Hyperkalzämie und Hypokalzämie. Keine gleichzeitigen intravenösen Kalziumgaben! Strenge Indikationsstellung während der Schwangerschaft.

Nebenwirkungen:

Treten im Verlauf der Therapie Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Farbsehen oder Herzrhythmusstörungen auf, so ist eine Dosisreduktion erforderlich.

Handelsformen und Preise:

Novodigal: Packungen mit 50 Tabletten DM 7,27, 100 Tabletten DM 13,14, Anstaltspackungen.
Novodigal mite: Packungen mit 50 Tabletten DM 5,64, 100 Tabletten DM 9,94, Anstaltspackungen.
Novodigal Injektionslösung i. v. 0,2 mg: Packung mit 5 Ampullen DM 5,82, Anstaltspackung. Novodigal Injektionslösung i. v. 0,4 mg: Packung mit 10 Ampullen DM 13,00, Anstaltspackung. Novodigal Tropfen: Tropfflasche mit 30 ml DM 12,69, Anstaltspackung. (Stand 1. 2. 1982)
Beiersdorf AG · Unnastr. 48
2000 Hamburg 20



Stichwort: Reduzierte Glykosidtoleranz im Alter

Ältere Patienten neigen mit zunehmenden Jahren zu Veränderungen der Glykosidtoleranz durch Gewichtsverlust. Die Abnahme der Muskelmasse führt zu einer Verkleinerung des Verteilungsraums für das Glykosid. Es kommt daher zu einem Anstieg des Glykosidspiegels. Das Intoxikations-Risiko nimmt zu und kann leicht kritische Dimensionen erreichen.

Hier zeigt sich der therapeutische Vorteil von Novodigal®: Überdosierungserscheinungen können wegen der günstigen Halbwertszeit schon nach wenigen Stunden beurteilt und beseitigt werden und ein Intoxikations-Risiko ist besser abwendbar.

Novodigal®

Denn die Glykosidtoleranz ist im Alter häufig verändert.

Kostendämpfung durch Kooperation: Bayern-Vertrag

Eine Reise wert ist Bayern für den neuen Bundesarbeits- und Sozialminister Heinz Westphal. Hier kann er einen Teil seiner Probleme loswerden, Erkenntnisse gewinnen, die ihn von einer Sorge um die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich entlasten. In Bayern erfährt er nämlich beispielhaft, daß die Selbstverwaltungen im Gesundheitswesen vermögen, was Gesetze nicht zustande bringen.

Eine gesicherte Feststellung nach der dritten Pressekonferenz über den Bayern-Vertrag in den ersten Monaten dieses Jahres. Und nicht nur an Zahlen, sondern auch an der Wendung des Diskussionsinhaltes ist die Entwicklung des Bayern-Vertrages sehr schlüssig zu beurteilen.

Das erste Mal, am Anfang, war der Versuch herausgefordert worden, gezielten Verdächtigungen gegen jene Vereinbarung zu begegnen. Sie waren damals aus dem Argwohn heraus vorgebracht worden, daß beabsichtigte Vereinheitlichungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen Erfolg des Bayern-Vertrages konterkariert werden.

So hieß es vor allem, die Ärzte würden sich künftig auf Kosten der Patienten bereichern, eine desavouierende Behauptung, die nur die Unkenntnis der Position des Partners verrät. Der Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern (= LdOiB) hatte seit jeher die Interessen der Versicherten sehr vehement vertreten, und eben diese Einstellung war es, die den LdOiB zur gemeinsamen Formulierung jenes Vertrages bewog aus der sehr berechtigten Sorge heraus, daß die Regierungslinie der Krankenkassenpolitik den Versicherten nur Nachteile bringen könne.

Jener vordergründige, aber taktisch genau gezielte Verdacht war durch das erste volle Jahr Bayern-Vertrag bereits als ungerechtfertigt disqualifiziert worden. Sehr sechlich hatten sich die Gespräche auf der Pressekonferenz '81 auf das durch Zahlen belegte Resultat der Anlaufzeit konzentriert.

Die Fortschreibung '81 hatte überzeugt. Die Wirksamkeit des Vertrages war bewiesen, die Tendenz erkennbar. Die Tatsachen hatten die Einwände des ersten Gespräches inzwischen ausgeräumt. Gegenreden aus dem Bundesarbeitsministerium wurden als Störfaktor aus der Enttäuschung gewertet, es in Bonn doch nicht besser gewußt zu haben.

Damit schwinden Spannung und Neugier. Nach der drangvoll fürchterlichen Enge der ersten beiden Male im äußerst geräumigen Tagungssaal des Ärztehauses Bayern in München war das Heus im Mai '82 zwar noch voll, aber nicht mehr überfüllt.

So war die Pressekonferenz über das zweite volle Jahr des Bayern-Vertrages beherrscht von grundsätzlichen Erklärungen des bayerischen Arbeits- und Sozialministers Dr. Fritz Pirkl, des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayerns, Professor Dr. Hans Joachim Sewering, und von der kommentierenden Erläuterung der Zahlen durch den Geschäftsführer des LdOiB Hans Sitzmann. Daraufhin bekräftigten die beiden Vorstands-Vorsitzenden des LdOiB ihr gemeinsames Bekenntnis zum Bayern-Vertrag, Willi Heitzer als Vertreter der Arbeitnehmer und Dr. Fritz Schenk als Repräsentant der Arbeitgeber.

Sie konnten beide vor denen bestehen, die sie in dieses Gremium entsandt hatten, weil der Bayern-Vertrag ohne auch nur eine Klage eines Patienten erfüllt worden war und Bayerns Wirtschaft im Jahr 1981 rund 590 Millionen DM weniger zu den Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung beisteuern mußte, als bei dem Durchschnittsbeitragssatz im Bund fällig geworden wären. Bayerns Beitragssatz liegt am Schluß aller LdO's im Bund. Die Beitragssatzerhöhung von 1979 bis zum 1. Februar 1982 machte 13,5 Prozent weniger als die Bundesdurchschnittssteigerung aus.

Hans Sitzmann entwarf wie gewohnt ein sehr scharfes Zahlenbild '82 der Ortskrankenkassen, erfahrungsgemäß repräsentativ für den Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern mit einem Betreutenanteil von 50,8 Prozent der bayerischen Bevölkerung durch die AOK.

So stieg die kassenärztliche Gesamtvergütung als Folge einer Verlagerung auf die ambulante Behandlung bei einer Zunahme der Ärzte um 2,33 Prozent vom 31. Dezember 1980 bis zum 31. März 1982 je Mitglied im Jahr 1981 gegen 1980 um 6,61 Prozent. Nach Abzug der Aufwendungen für Schutzimpfungen als freiwillige Leistung bleiben für die Bewertung nach dem „Bayern-Vertrag“ als Zuwachsrate 6,30 Prozent im Jahr 1981.

Bei einer Fallzahlmehrerung der ambulanten Fälle im Jahr 1981 um 0,74 Prozent

und einer Minderung der stationären Belegertfälle um 3,02 Prozent sowie einer Punktwertsteigerung von 3,78 Prozent verbleibt eine Punktzahlmehrerung von 1,81 Prozent. Das widerlegt die Bonner Kritik, wonach eine Erhöhung der Verdienstmöglichkeit der Kassenärzte zu Lasten „von Wirtschaftlichkeit und ausreichender Versorgung der Patienten durch den Bayern-Vertrag“ gefördert werde.

Die Arzneikosten 1981 gegen 1980 erhöhten sich je Mitglied um 9,38 Prozent, darunter für allgemein Versicherte um 6,74 Prozent, aber für Rentner um 12,24 Prozent. Nach Abzug der Schutzimpfungsmittel bleiben 8,74 Prozent. Die Preiserhöhung der pharmazeutischen Industrie um 5,5 Prozent 1981 gegen 1980 sowie Veränderungen von Packungsgrößen, Stärken und Darreichungsformen sowie Verschiebungen zwischen Medikamenten bedingen jene Steigerungsrate.

Durch seine Forderung der vollen Mehrwertsteuer pertizipiert der Staat am Arzneimittelmehraufwand mit rund 13,5 Millionen DM oder rund 1,2 Prozent. Die Überschreitung des 1981 von der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ Arzneimittelhöchstbetrages bleibt in Bayern ohne Folgen, weil

- der Gesetzgeber hier eine unprekäre Fehlkonstruktion im KVKG verankert hat, und

- die Philosophien von Arzneimittelhöchstbetrag und „Bayern-Vertrag“ mit seiner Betonung der ambulanten Behandlung einander widersprechen.

Gegen eine Erhöhung der Pflegesätze in den Krankenhäusern stand eine Abnahme der Berechnungstage. So liegt die Ausgabenerhöhung in diesem Bereich 1981 gegen 1980 bei 7,41 Prozent. Diese Zuwachsrate wäre ohne eine Steigerung sogenannter Selbstaufnahmen der Krankenhäuser um 37,54 Prozent und über Rettungs- und Notarztdienst um 65,82 Prozent erheblich niedriger. Diese Zahlen, die die Entwicklung 4. Quartal '81 gegen 4. Quartal '80 nennen, weisen dagegen für die Einweisung aufgrund kassenärztlicher Verordnung ein Minus von 7,14 Prozent aus.

Die Zuwachsrate der Physikalischen Therapie betrug je Mitglied 1981 gegen 1980 genau 9,65 Prozent, auch eine Auswirkung des „Bayern-Vertrages“ mit seiner Betonung der ambulanten Behandlung. Die Arbeitsunfähigkeitstage senken um 2,7 Prozent, die Fälle um 2,06 Prozent und die durchschnittliche Dauer um 0,7 Prozent. Der Krankenstend in Bayern liegt um 8,33 Prozent niedriger als im Bundesgebiet.

Horst Beloch

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Döhlau, Lkr. Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rehau, Lkr. Hof/Seale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronech:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mitwitz, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wallenfels, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:

1 Augenarzt

Kronach:

1 Augenarzt

Bayreuth:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

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/Muggenhof/Höfen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Langwieser-Süd:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Leonhard/Sündersbühl/Großreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Reichelsdorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schweinau:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schoppershof:

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

1 Frauenarzt

Planungsbereich Ansbach, Lkr. Ansbach:

1 HNO-Arzt

Planungsbereich Weißenburg-Gunzenhausen, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:

1 HNO-Arzt

Planungsbereich Ansbach, Lkr. Ansbach:

1 Nervenarzt

Planungsbereich Weißenburg-Gunzenhausen, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:

1 Nervenarzt

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

Unterfranken

Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Fuchsstadt, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Zeitlofs, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Oberelsbach, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ostheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kist, Lkr. Würzburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt



RECORSAN-HERZSALBE

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

Coronariae, coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g-Valerian. 1,7g-Tinct. Corv. 0,8g. -Castor. 0,6g. Camph. 1,0g. Menthol. 0,5g. Nicotin. 0,155g. O.P. 30g DM 6,14

Recorsen-Gesellschaft Gräfelfing

Atzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

Volkach, Lkr. Kitzingen:

1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:

1 HNO-Arzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

**Karlstadt oder Marktheidenfeld,
Lkr. Main-Spessart:**

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Nervenarzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabeled:

1 Nervenarzt

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

Oberpfalz**Fuchsmühl, Lkr. Tirschenreuth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Weizbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Furth i. Wald/Waldmünchen, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:

1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Cham:

1 HNO-Arzt

Lkr. Tirschenreuth:

1 HNO-Arzt

Stadt Cham, Lkr. Cham:

1 Hautarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Hautarzt

Furth i. Wald, Lkr. Cham:

1 Kinderarzt

Kötzting, Lkr. Cham:

1 Kinderarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:

1 Kinderarzt

Lkr. Tirschenreuth:

1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Nervenarzt

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

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

1 Augenarzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Regen, Lkr. Regen:

1 Hautarzt

Lkr. Rottal-Inn:

1 Hautarzt

Stadt oder Lkr. Passau:

1 HNO-Arzt

Bogen, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Kinderarzt

Lkr. Dingolfing-Landau:

1 Nervenarzt

Kelheim, Lkr. Kelheim:

1 Nervenarzt

Regen, Lkr. Regen:

1 Nervenarzt

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

Schwaben**Thierhaupten-Unterbaar, Lkr. Augsburg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weißhorn, Lkr. Neu-Ulm:

1 Augenarzt

Gersthofen, Lkr. Augsburg:

1 Kinderarzt

Günzburg, Lkr. Günzburg:

1 Kinderarzt

Dillingen, Lkr. Dillingen:

1 Nervenarzt

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

**DIE DINGE SEHEN
WIE SIE SIND.
GERADE ALS ARZT.**

Beihilfeansprüche verlangen
eine ergänzende Restkosten-
versicherung.

Deshalb gibt es bei der Vereinigten
Krankenversicherung AG, dem
Vertragspartner aller Ärztekam-
mern und des Marburger Bundes,
jetzt ein ganz neues Angebot: Die
Arzt-Restkostenversicherung. Eine
Ärzte-Spezialversicherung, die es
in dieser Form sonst nicht gibt.
Dabei geht es um eine 20-50%ige
Kostenerstattung für ambulante,
stationäre und zahnärztliche Be-
handlung. Durch den neuen Tarif-
dessen Leistungszusage in eine
5%-Staffel gegliedert ist - können
sich beihilfeberechtigte Ärzte mit
ihren Familienangehörigen opti-
mal absichern. Ergänzend zum je-
weiligen Beihilfeanspruch.

Auch Bereitschaftsdienst-
Vergütungen zählen zum
Jahresarbeitsverdienst.

Mit Urteil vom 9.12.81 (12 RK
19/81 und 20/81) hat das Bundes-
sozialgericht folgendes ent-
schieden: Auch Vergütungen für regel-
mäßigen Bereitschaftsdienst zäh-
len zum Jahresarbeitsverdienst
und können bei Angestellten zu
einem Überschreiten der Kranken-
versicherungspflichtgrenze füh-
ren. Durch diese Regelung können
Sie auch bei niedrigerem Grund-
gehalt die Vorteile der privaten
Krankenversicherung nutzen.
Weitere wichtige Informationen
erhalten Sie per nebenstehendem
Coupon mit der Info-Mappe »Arzt
und Versicherung« von

Vereinigte
Versicherungsgruppe
Informationszentrale
Postfach 20 25 22
8000 München 2

**WIR BRINGEN IHNEN
SICHERHEIT NÄHER**

Speziell für Sie und Ihren Berufs-
stand haben wir seit Jahren einen
Sonderservice: Über 130 Direk-
tionsbeauftragte der Vereinigten
sorgen überall im Bundesgebiet
und Westberlin für umfassende
Ärztbetreuung.

IHRE VEREINIGTE

DIE DINGE SEHEN WIE SIE SIND



Walter Schmitz

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



Warum Walter Schmitz gerade dieses Foto zum Thema »Mensch« ausgewählt hat?

»Man sieht einen Torwart in seinem Tor, gemeint ist aber der Mensch in seiner ihm gestellten Aufgabe. Sportszenen sind für mich oft nur die Abstrahierung menschlichen Alltags.«

Walter Schmitz, Jahrgang 1946, kommt aus Bayreuth, lebt in München und arbeitet in aller Welt. Über die Olympischen Spiele in Montreal, Innsbruck und Lake Placid gibt es Bücher von ihm. Foto-Reportagen im Stern, in GEO oder im FAZ-Magazin dokumentieren einen oft stillen, aber extrem journalistischen Fotostil.

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 7.7.1982. (Der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen.)

Name _____ Alter _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Tel. _____

Coupon bitte einsenden an:
Vereinigte Versicherungsgruppe
Informationszentrale AW 2
Postfach 202522 8000 München 2

Ministerwechsel

Bundeskanzler Schmidt hat einige Minister ausgewechselt. Das sei in der Demokratie etwas Normales, so heißt die regierungsamtliche Erklärung. Richtig ist, daß in der Demokratie Staatsämter nur auf Zeit vergeben werden. Wir Deutschen neigen eher dazu, einen Minister, der zurücktritt oder vom Kanzler entlassen wird, für einen Versager zu halten. Die meisten Minister a. D. sind deshalb auch in der politischen Versenkung verschwunden. Bei uns bleibt deshalb das Auswechsellin von Ministern etwas Besonderes. Gerade weil dies so ist, het sich der Kanzler ja auch zum Revirement entschieden. Er verspricht sich politische Wirkung davon. Neue Gesichter sollen den Eindruck vermitteln, daß sich die Regierung nach Monaten der Streitereien in der Koalition und in den Parteien einen Ruck geben und einen neuen Anfang versuchen will.

Es ist sicher kein Zufall, daß sich gleichzeitig die SPD auf dem Münchener Parteitag bemüht hat, die Gegensätze in der Partei, vor allem über die Friedens- und Nechrüstungspolitik, eher auch über die Energie- und Wirtschaftspolitik, abzuschleifen. Der Parteivorsitzende Brandt, der diesmal mehr Stimmen als Kanzler Schmidt erhielt, hatte die Parole von der Integration ausgegeben, was im Ergebnis bedeutet, daß die Entscheidung über die Nachrüstung auf den Herbst 1983 verschoben wird, die „Optionen“ für und gegen die Kernenergie ottgehalten werden und gegen die Arbeitslosigkeit mit staatlichen Beschäftigungsprogrammen, die mit Steuererhöhungen und zusätzlicher Verschuldung zu finanzieren wären, engagieren werden soll. Der Parteitag hat, wenn man so will, die Integration der Partei demonstriert. Dies gelang eher nur, weil die Partei im politischen Koordinatennetz weiter nach links gerückt ist.

Besonders deutlich ist dies bei den wirtschaftspolitischen Beschlüssen geworden. Schmidt hat diese weder verhindern können noch wollen. Dies hat jedoch zur Konsequenz, daß der Abstand zur politischen Linie der F.D.P. wie sie von Genscher und Lembsdorff merklert wird, noch größer geworden ist. Das Regieren könnte leicht noch schwerer werden. Wenn SPD und F.D.P. vor den nächsten Wahlen in Hamburg und Hessen das jeweils eigene Profil deutlicher zu machen versuchen, so muß dies

zwangsläufig das Bild der Bonner Koalition belasten und deren Regierungsfähigkeit beeinträchtigen. Auch neue Gesichter können unter diesen Bedingungen keine politischen Wunder bewirken. Der Alltag der Politik wird sie bald eingefangen haben.

Sicher ist, daß der Kanzler die mit der Kabinettsumbildung envisierten Ziele nicht erreicht hat. Diese hätte nur dann einen Sinn ergeben, wenn in den Wechsel auch die Fraktionsführung der SPD einbezogen worden wäre. Schmidt hatte eut den Rücktritt Wehners gesetzt, diesen aber dazu nicht bewegen können. Sein Ziel war es, Apel in die Fraktionsführung zu bringen und Ehmcke und Vogel in das Kabinett einzubinden. Auch wollte Schmidt Matthöfer so lange wie möglich als Finanzminister halten. Auch hatte Schmidt gehofft, daß sich die F.D.P. an der Regierungsumbildung beteiligen werde. Genscher hat Schmidt eher schon frühzeitig signalisiert, daß der Ministerwechsel nichts mit der F.D.P. zu tun habe. Genscher wollte Irritationen in den eigenen Reihen vermeiden und wohl auch den Eindruck vermitteln, daß die Schwierigkeiten beim Regieren allein die SPD zu vertreten habe. Der Bonner Ministerwechsel stellt also kaum einen neuen Neuenfeng dar, zumal der Kanzler in Schlüsselpositionen keine neuen Gesichter, sondern ihm vertraute Männer brachte, die nostalgische Gefühle an bessere Zeiten wecken.

Von wirklicher Bedeutung sind eigentlich nur zwei Ministerwechsel, nämlich der Rücktritt Matthöfers und die Entlassung Ehrenbergs. Neuer Finanzminister ist Manfred Lahnstein (44) geworden, bisher beamteter Chef des Kanzleramtes. Er weiß, was ihn erwartet. Seine fehlliche Qualifikation wird ihm wenig helfen, wenn er nicht die Unterstützung der SPD-Fraktion gewinnt. Zunächst kann er seine Durchsetzungskraft nur von der Autorität des Kanzlers ebleiten, was Schmidt zusätzlich mit Arbeit und Verantwortung belasten muß, zumal es nach den Münchener Steuererhöhungsbeschlüssen nicht nur schwerer sein wird, die F.D.P. zum Kompromiß zu bringen, sondern auch die SPD auf der Regierungslinie zu halten.

Für die Sozialpolitik könnte die Berufung Heinz Westphals (57) zum neuen Bundesminister für Arbeit und Sozial-

ordnung einen Einschnitt bedeuten. Das ist zunächst schwer ebzuschätzen. Es fällt auf, daß in der SPD die Politiker, die sich im Sozialbereich engagieren, faktisch keine Chance haben, das Sozialressort zu übernehmen. Als Brandt sein erstes Kabinett bildete, da wurde nicht der Sozialexperte Schellenberg Minister, sondern der Gewerkschettsvorsitzende Arendt. Schmidt ersetzte Anfang 1977 Arendt durch den Wirtschaftspolitiker Ehrenberg. Jetzt folgt ein Mann, der sich in den letzten Jahren fest ausschließlich um die Finanzen gekümmert hat. Westphal war Vorsitzender des Arbeitskreises „Öffentliche Finanzwirtschaft“ der SPD-Bundestagsfraktion. Aber das ist für seine Berufung wohl nicht ausschlaggebend gewesen, wenggleich das in den Augen von Schmidt sicherlich ein Vorteil ist.

Westphal, der den Berut des Luftmotoren Schlossers gelernt hat und in den letzten Kriegsjahren als Bordfunker eingesetzt war, ist 1945 der SPD beigetreten, hat hauptberuflich Jugendarbeit geleistet, war Vorsitzender der sozialistischen „Falken“, später Geschäftsführer des Bundesjugendringes. Seit 1965 sitzt er im Bundestag. Bei Käthe Strobel im Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit wurde er schon 1969 parlamentarischer Staatssekretär. Das blieb er zunächst auch unter Katharina Focke. Als Schmidt dann Kanzler wurde, mußte er ausscheiden. Ohne Murren ist er in die Fraktion zurückgekehrt und hat sich wieder hochgearbeitet. Westphal ist, so scheint es, loyal, aber nicht Schmidts Mann. Die Fraktion trägt ihn, wie er bislang die Linie der Fraktion vertreten hat. Das eher bedeutet, daß er nicht in das Sozialressort geht, um dort Sozialleistungen zu kürzen. In den beiden letzten finanzpolitischen Debatten des Bundestages het er dies unmißverständlich gesagt.

In seinen ersten Erklärungen als Minister hat er das etwas modifiziert. Natürlich, so sagte Westphal, werde weiterhin gespart werden müssen. Dabei wolle er sein Augenmerk eher vor allem auf die Besserverdienenden und die sozial Stärkeren richten. Diese Äußerung liegt auf der Linie der Münchener Parteitagebschlüsse. Das wird Westphal sehr rasch in Konflikt mit der F.D.P. bringen. Der neue Minister ist kein Mann des Levierens und der politischen Tricks. Das könnte die Zusammenarbeit im Kabinett erleichtern, aber den Kompromiß in der Sache schwerer machen. Vorerst ist man aufs Spekulieren angewiesen, so auch über die Frage, welche Rolle z. B. der neue parlamentarische Staatssekretär Egert spielen soll, der seine politische Karriere in der linken Berliner Szene begann, aber ein Mann eigenen Gewichts und auch eigenständiger politischer Vorstellungen geworden ist. Im Juni, wenn die „Operation '83“ beginnt, wird man klarer sehen.

bonn-mot

Vor neuer Tele-Realität

Für rund 11000 Münchner Haushalte bricht Ende 1982/Anfang 1983 ein neues Fernseh-Zeitalter an. Für das „Kabel-Pilot-Projekt“, das im Osten der Landeshauptstadt für die Dauer von insgesamt etwa drei Jahren erprobt werden soll, hat die Staatsregierung die finanziellen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen geschaffen. Entsprechend einem Beschluß der Ministerpräsidenten aller Bundesländer soll das Kabelfernsehen an vier Orten im Bundesgebiet getestet werden, so neben München in Ludwigshafen, in Dortmund und in Berlin. Mit dem Versuch will man gesicherte Erkenntnisse über die Auswirkungen der sogenannten neuen Medien gewinnen. Insbesondere interessieren folgende vier Fragen: Will der Bürger diese neuen Medien haben? Sind diese neuen Medien für den Bürger, die Familien und die Gesellschaft von Vorteil oder Nachteil? Wie können die durch verbesserte Technik geschaffenen neuen Möglichkeiten sinnvoll genutzt werden? Welche Auswirkungen ergeben sich auf die öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten, die Presse, den Film und die wirtschaftlichen Strukturen, z. B. den Einzelhandel? Bereits in seiner Regierungserklärung im Oktober 1979 hatte Ministerpräsident Franz Josef Strauß generell gefordert: „Demgemäß muß im Mittelpunkt aller Überlegungen für die Erprobung der neuen technischen Möglichkeiten des Ziel stehen, festzustellen, welchen Gebrauch der Bürger von diesen neuen Möglichkeiten überhaupt machen will, ferner, wie sie sich auf den Bürger und damit auch auf die Familie auswirken und welche Möglichkeiten, welche Vor- und Nachteile, welche Chancen und Risiken mit ihrer Einführung für den Bürger, gerade auch für den jungen Menschen verbunden sein werden.“

In der Tat scheinen die Möglichkeiten der neuen Tele-Realität bestechend. Zu Beginn des Versuchs in München werden

im Testgebiet zwölf Kanäle angeboten. Neben den ortsüblich empfangbaren Programmen ARD, ZDF, 3. Programm des Bayerischen Rundfunks, Österreich 1 und 2 sollen das 3. Programm des Süddeutschen Rundfunks, des deutschsprachige und das französischsprachige Schweizer Programm angeboten werden. Ein weiteres fremdsprachiges Fernsehprogramm, etwa das AFN-Fernsehen, ein Textprogramm, ein Lokalfernsehprogramm und ein lokales Hörfunkprogramm sollen ebenso hinzukommen wie ein weiterer Fernsehkanal mit neuartigen Programmangeboten und eine Vielzahl von Stereo-Hörfunkprogrammen. Nach heutigen Überlegungen werden diese Programme für eine zusätzliche monetliche Pauschale von ungefähr 13 DM verfügbar sein.

Im Verlaufe des Versuches soll das Projekt auf 50 bis 60 Kanäle ausgebaut werden. Gedacht ist besonders an Bildungsprogramme sowie an Programme für Minderheiten und Behinderte (z. B. Hörgeschädigte, ans Krankenbett gebundene Menschen usw.). Diese Kanäle können voraussichtlich einzeln abonniert werden, wie dies heute schon mit Zeitungen oder Zeitschriften der Fall ist. Über 20 bis 30 Kanäle werden ferner Filme gegen Einzelbezahlung (Heimkino) angeboten. Die Kosten für jeden Teilnehmer richten sich danach, welche und wieviele Programme oder Filme er haben will. Über das geplante Fernmeß- und Notrufsystem kann z. B. für Kranke rasch Hilfe herbeigeholt werden.

Insgesamt geht es bei dem Pilot-Projekt nicht nur darum, die vorhandenen Programme endlos auszuweiten, sondern darum, wie sich die neuen Medien auf den Alltag auswirken. Deshalb wird ein Schwerpunkt auf den Lokalprogrammen liegen, wie es bereits heute im Ansatz das Mittagmagazin im zweiten Programm des Bayerischen Rundfunks darstellt. Mit diesen Programmen soll ein

„lokales Fenster“ eröffnet werden, in dem die kulturellen, sportlichen und sonstigen Ereignisse innerhalb Münchens, besonders in den einzelnen Stadtvierteln, dargestellt werden können. Man will nicht nur darüber Aufschluß, wie derartige Lokalprogramme gestaltet werden können und inwieweit sie von der Bevölkerung angenommen werden, sondern auch darüber, wie sie sich auf die örtliche Kommunikation, das „Leben“ in den Stadtvierteln auswirken.

Eher als Serviceeinrichtung ist das Textprogramm gedacht. Dieser Dienst wird eine Kapazität von rund 7000 Seiten haben. Der Teilnehmer kann sich darin über aktuelle Nachrichten, Wetterberichte, Schneeinformationen, Straßenberichte, Notdienste von Ärzten und Apotheken, Behördenwegweiser oder auch über Informationen aus dem kirchlichen Bereich und anderes mehr unterrichten. Schließlich sollen noch gezielte Programme für einzelne Bevölkerungsgruppen angeboten werden.

Die technische Verwirklichung des Kabelfernsehens stößt auf keine Schwierigkeiten. So werden zunächst große Gemeinschaftsantennen-Anlagen, etwa die des Deutschen Patentamts, im „Kustermann-Park“ oder auch die in Neuperlach miteinander verbunden, um damit 11000 Haushalte zu erreichen. Die Verkabelung des übrigen Gebietes geschieht über in der Regel schon vorhandene Schächte und Rohre, so daß im Endausbau rund 50000 Haushalte am Versuch mitwirken können. Das Pilot-Projekt wird von einer GmbH betrieben, die die für den Versuch notwendige technische Zentrale einrichtet. An dieser Gesellschaft sind der Bayerische Rundfunk und das Zweite Deutsche Fernsehen mit je 10 Prozent, der Freistaat Bayern mit 20 Prozent, die Landeshauptstadt mit 10 Prozent, die Industrie- und Handelskammer sowie die Handwerkskammer mit 10 Prozent, die Zeitungs- und Zeitschriftenverleger mit 20 Prozent sowie die Filmunternehmen ebenfalls mit 20 Prozent beteiligt. Mit 35 Millionen DM trägt die Bayerische Staatsregierung zum Versuch bei, um das finanzielle Risiko zur Errichtung und zum Betrieb der technischen Zentrale zu übernehmen. Dieser Betrag stellt allerdings nur eine Vorfinanzierung dar.

Während die öffentlich-rechtliche Kontrolle, wie sie Artikel 111 a der Bayerischen Verfassung vorschreibt, dadurch gewährleistet bleibt, daß die Programmaufsicht beim Rundfunkrat des Bayerischen Rundfunks bzw. beim Fernsehrat des ZDF verbleibt, wird eine Projektkommission den Testversuch wissenschaftlich begleiten.

Michael Gscheidle

Berichtigung:

Betäubungsmittelrecht

In der Anlage III zu Paragraph 1 Absatz 1 BtMG – Seite 401 – des „Bayerischen Ärzteblattes“ 5/82 muß die Unterzeile lauten:

„Verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel“

Zwischen den Generationen

Vierte Adventslesung der Landesgruppe Bayern im Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer am 9. Dezember 1981 um 16 Uhr im Ärztehaus Bayern in München.

Auch diese Adventslesung stand unter einem glücklichen Stern. Der Sekretär unserer bayerischen Landesgruppe, Confrère Erwin Stetter, schreibt dazu in seinem Rundschreiben vom 15. Dezember 1981, wie folgt: „Die vierte Adventslesung fand vor vollbesetztem Hause statt. Sie wurde wieder begeistert aufgenommen; leider mußte sich im letzten Moment der Hausherr, Professor Dr. Hans J. Sewering, entschuldigen lassen, da er die gleichzeitig ablaufenden Honorarverhandlungen für die Kassenärzte Bayerns nicht verlassen konnte. Confrère Professor Schmid übergab seiner Gattin als Dank für die bayerischen Schriftstellerärzte wiederum neu herausgekommene Bücher unserer Mitglieder und bat, ihm unseren besten Dank für sein stets gezeigtes großes Verständnis zu übermitteln. Herrn Professor Sewering sind ja viele Aktionen zu danken, die er in unserem Sinne gefördert hat. Ich erinnere nur an die permanente Buchausstellung im Ärztehaus in München, die von Confrère Paschke betreute Spalte ‚Äskulap und Pegasus‘ und an die Adventslesungen, deren Beiträge dann auch jeweils gedruckt erschienen. Frau Horn, seiner persönlichen Referentin, und Herrn Geschäftsführer Detsch wurden ebenfalls wieder Ehrengaben für ihre besonderen Verdienste um die bayerischen Schriftstellerärzte überreicht. Musikalisch umrahmt wurde die Veranstaltung von den Riederinger Sängern, die ebenfalls sehr großen Beifall fanden.“

Allgemein bedauert – nicht nur von den Schriftstellerärzten, sondern auch von zahlreichen regelmäßigen Zuhörern der Adventslesungen – wurde es, daß unser Präsident Professor Dr. Sewering, der von Kollegen E. Stetter vertreten wurde, sich nicht von den im gleichen Hause stattfindenden Honorarverhandlungen

loseisen konnte, um wenigstens einen Sprung bei der von ihm so sehr geförderten Adventslesung teilnehmen zu können. Die harte Pflicht und das Gesamtwohl der Ärzteschaft ließ dies nicht zu; doch wohl jeder im Saale hatte das Gefühl, daß durch seine Abwesenheit, etwas fehle.

Der Moderator der Lesung, der Vorsitzende der bayerischen Landesgruppe, Professor Dr. Franz Schmid, gab zu Beginn der Lesung zunächst einen Überblick, warum das Thema „Zwischen den Generationen“ gewählt wurde, ein Thema, das ganz besonders den schreibenden Arzt beschäftigt. Confrère Schmid führte folgendes aus:

„Zwischen den Generationen schwebende Fragen stellen ein Problem dar, das so uralte ist wie die Menschheit, heute aber eine besondere Aktualität zu haben scheint, wenn man die Pelette von der Flucht in eine Scheinwelt bis zur Aggression gegen die Umwelt zugrunde legt. Zu sehr klaffen die Wertvorstellungen von Lebens- und Strebensweise auseinander;

zu oft wird die ‚Schuld‘ des Mangels an Verstehen zwischen der Eltern- und Kindergeneration hin- und hergeschoben;

zu wenig wird gesprochen, offen diskutiert oder sich gar in die Denkweise des anderen hineingefühlt;

zu früh werden die Kinder fremden Kollektiven überantwortet, ohne ausreichend Gelegenheit zu haben, die traditionellen Eigentümlichkeiten der Familie zu erlernen;

zu leichtfertig greifen Staaten mit ihren Ideologien in das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern destruktiv ein;

zu ökonomisch ist das Familienleben geworden. Wirtschaftlicher Erfolg und Wohlstand sind oberstes Gesetz, welches die wirtschaftlich schwächeren Familienglieder frühzeitig aus dem Familienverband hereusdrängt: Die Jugendlichen in Sekten und Gruppen, die Alten in Altersheime.

Traditionsvermittlung bedeutet ein Ineinandergreifen von je drei Generationen, wenn die Verhaltensweisen, die sich in

Jahrtausenden der Menschengeschichte geformt haben, als allgemein gültige Regeln weitergegeben werden sollen.

Der Schriftstellerarzt sieht die Probleme nicht so sehr historisch, selten politisch oder soziologisch, er sieht sie ernst oder heiter, vordergründig oder hintersinnig, geißelnd oder schmunzelnd, warnend oder belehrend und will damit – wie immer auch seine Sprache sei – schwankende Brücken zwischen den Generationen festigen helfen.“

Nach diesen einführenden Worten trugen die 14 Schriftstellerärztinnen und -ärzte zum Thema ihre Gedanken in gebundener Form vor, die von den Confrères Schmid und Stetter sorgfältig ausgewählt worden waren. Wir bringen am Ende noch eine kurze, keineswegs vollständige Auswahl aus dem Vorgetragenen. Wer alles erfahren will, der möge sich möglichst bald an Herrn Geschäftsführer Rudolf Detsch, Mühlbaustraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 – 321, wenden. Die Vorträge werden in dankenswerter Weise wiederum im Ärztehaus Bayern als Buch gedruckt und kostenlos versandt, solange Vorrat reicht.

Nach Schluß der Lesung dankte der Moderator Confrère Professor Dr. Schmid den Vortragenden, dem aufmerksam zuhörenden Publikum und dem zu unserem Leidwesen abwesenden Hausherrn, Präsident Professor Dr. Sewering, in dessen Vertretung anschließend Confrère Dr. Stetter zu einem Imbiß ins Ärztekasino einlud.

Dort verbrachten alle Teilnehmer – wie bisher immer – in zwanglosem Beisammensein und in teils ernst, teils fröhlichen Gesprächen noch einige gemütliche Stunden, fürsorglich betreut von den Angestellten der Landesärztekammer unter Leitung von Frau Horn. Diese vierte Adventslesung war wiederum ein besinnlicher vorweihnachtlicher Nachmittag im Kreise unserer großen Arztfamilie, der besonders dankbar von den zahlreichen Ruhestandlern und Arzttwitwen aufgenommen wurde; denn sie hatten das Gefühl, daß sie nicht vergessen worden seien.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Erwin Stetter:

Existenzielle Erfahrung

Jeder muß immer wieder Neu sie gewinnen auf Umwegen, Erstastend die Möglichkeiten und Grenzen,

Für alle Indikationen der
Schilddrüsenhormontherapie



Einfach 1 Tablette pro Tag

Euthyrox[®] 50 100 150

NEU Euthyrox[®] 200 und 300

Reines Levothyroxin ■ Euthyrox[®] 50, 100, 150, 200, 300

Zusammensetzung: Euthyrox enthält das Schilddrüsenhormon Levothyroxin als Natriumsalz. Es steht in 5 Tablettenstärken zur Verfügung: Euthyrox 50: Tabletten zu 50 µg Levothyroxin-Natrium; Euthyrox 100: Tabletten zu 100 µg Levothyroxin-Natrium; Euthyrox 150: Tabletten zu 150 µg Levothyroxin-Natrium; Euthyrox 200: Tabletten zu 200 µg Levothyroxin-Natrium; Euthyrox 300: Tabletten zu 300 µg Levothyroxin-Natrium. **Anwendungsgebiete:** Alle Indikationen der Schilddrüsenhormon-Therapie: Blande (euthyreote) Struma, zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion, Hypothyreose, zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose, chronische Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ). **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis bzw. Pankarditis, tachykarde Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen.

Nebenwirkungen: Als Folge der stoffwechselfördernden Wirkung von Levothyroxin können gelegentlich, vor allem zu Beginn der Behandlung, Tachykardie, Herzrhythmusstörungen, Tremor, Unruhe, Schlaflosigkeit, Hyperhidrosis oder Durchfall auftreten. Die Tagesdosis sollte in diesem Falle reduziert oder die Medikation für mehrere Tage unterbrochen werden. Sobald die Nebenwirkung verschwunden ist, kann die Behandlung unter vorsichtiger Dosisleistung wieder aufgenommen werden. ■ **Wechselwirkungen:** Colestyramin: Resorption von Levothyroxin vermindert. Antidiabetika: Blutzuckersenkung vermindert. Cumarinderivate: Verlängerung der Prothrombinzeit. **Vorsichtsmaßnahmen:** Eine nicht kompensierte Nebenierenrindeninsuffizienz in Verbindung mit einer Schilddrüsenunterfunktion ist vor Beginn der Euthyrox-Therapie zu behandeln. Bei koronarer Herzerkrankung sollte die Therapie mit niedriger Euthyrox-Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin sollte Euthyrox 4-5 Stunden vor der Colestyramin-Dosis eingenommen werden. Der Blutzuckerspiegel ist bei Diabetes mellitus in der Initialphase der Behandlung mit Euthyrox regelmäßig zu kontrollieren, und bei Veränderungen ist die Dosierung des blutzuckersenkenden Medikaments entsprechend anzupassen. Bei Einnahme von Antikoagulantien sind regelmäßige Kontrollen der Blutgerinnung zu Beginn der Euthyrox-Medikation erforderlich, ggf. ist eine Dosisreduktion des gerinnungshemmenden Medikaments angezeigt.

Während der Euthyrox-Therapie sollte Phenytoin nicht intravenös gegeben werden. **Handelsformen:** Euthyrox[®] 50: 50 Tabletten mit Kreuzritze DM 10,75; 90 Tabletten mit Kreuzritze (Durchdruckpackung) DM 16,55; 360 Tabletten (4 x 90) (A.P.) DM 53,25. Euthyrox[®] 100: 50 Tabletten mit Kreuzritze DM 12,60; 90 Tabletten mit Kreuzritze (Durchdruckpackung) DM 19,30; 360 Tabletten (4 x 90) (A.P.) DM 59,00; 500 Tabletten (10 x 50) (A.P.) DM 72,64. Euthyrox[®] 150: 50 Tabletten mit Kreuzritze DM 14,15; 90 Tabletten mit Kreuzritze (Durchdruckpackung) DM 22, -; 360 Tabletten (4 x 90) (A.P.) DM 65,60; 500 Tabletten (10 x 50) (A.P.) DM 83,15. Euthyrox[®] 200: 50 Tabletten mit Kreuzritze DM 17,05; 90 Tabletten mit Kreuzritze (Durchdruckpackung) DM 26,40; 360 Tabletten (4 x 90) (A.P.) DM 79,50; 500 Tabletten (10 x 50) (A.P.) DM 98,75. Apoth.-Abg. preis. Stand 1. 9. 1981.



E. Merck, Postfach 41 19, 6100 Darmstadt 1.

1287a

MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

Die jedem Menschen bestimmt sind.
 In späterer Zeit wirst vielleicht
 Du so weit und so reif sein,
 Daß es euch Dir wieder möglich wird,
 Einen guten Rat zu erbitten,
 Vermutlich doch eber erst,
 Wenn Du keum ihn mehr breuchst,
 Denn wird es von neuem möglich sein,
 Vernünftig und ohne Vorbehalte
 Miteinander zu sprechen
 Und sich dabei gut zu verstehn.
 Bis dahn eber liegt sicher
 Noch eine lenge Reise vor Dir,
 Durch ein großes und fremdes Land,
 Das euch Du Dir nur selbst
 Erobern kennst und erleiden muß.
 Wir werden wieder debei stehn
 Ohnmächtig zu schützender Hilfe.
 Jetzt aber liegst Du noch hier
 In süßem Schlat und ohne Probleme.
 Wann wird mit Zweifeln und Fragen
 Der Aufbruch ins Leben beginnen?
 Schnell verfliegen die Zeiten.

Franz Schmid:

Der Helbsterke

Just so zwischen Knabe und Mann,
 tängt der Körper zu sprießen an,
 zunächst nur an Händen und Füßen,
 das obere Stockwerk muß es büßen.

Ständlg mehren sich die Zentimeter,
 der Verstand tolt reichlich später,
 die entscheidende Entwicklungsstund,
 tut sich röhrend, borstig, boxend kund.

Die Umwelt vermerkt erstaunt die Maße,
 Schuhnummer, Kragenweite, Pickelnase
 und stellt halb türchtend-hoffend fest:
 Der lliegt bald aus dem Nest.

Ob noch „Du“, schon „Sie“, ob flügge,
 weiß in der helb schwach-starken Lücke,
 die staunend-ratlose Umwelt nie,
 weil der Geist noch „Du“, der Körper
 schon „Sie“.

Klaus H. Simon:

Das ganze Weh . . .

Das ganze Weh in meinem Herz
 das meine Kinderfüßchen einst eus
 dürrn Blättern raschelten
 und das Ich mitnahm in die große
 Einsamkeit
 der vielen kalten Augen
 das meiner Jugend Wohltat war

weil es mich schützte vor dem Gritt
 der vielen geilen Hände
 wie jener blaue Rauch
 an den Novembertagen
 die gute Mutter Erde schützt
 sich in die Weltreumkälte
 zu verstrahlen . . .
 Mein wundes Herz tat einen Augenblick
 nicht weh
 als ich dich damals sah

Das ganze Weh in meinem Herz
 Ich trug es weit hinaus in viele
 fremde Länder
 und durch viele fremde Herzen
 ich lieb es weg
 und nahm es ohne Zinsen wieder
 es wurde langsam abgenützt
 so wie der Anzug den Ich damals trug
 Und schließlich war ich beinah wie die
 Andern:

ein Wesen ohne Schmerz
 mit kalten Augen und mit harten Händen
 ein Spieler vor dem Vorhang seines
 eignen Ich.
 Nun seh ich dich noch ein Mal
 und die erstarrten Linien dieser Welt
 verzaubert noch einmal Im Schimmer
 seiner Tränen
 das große Weh in meinem Herz.

Wilhelm Reger:

Zwischen den Generationen (1. Version)

Der Generationen Lauf —,
 wie Alles, tängt mal en, hört auf. —
 Nimmt nicht gerade seinen Lauf,
 pendelt in Kurven eb und eut.
 Die Thesen und die Antithesen,
 bestimmen schicksalhaft ihr Wesen.
 Dazwischen drängt sich seit Äonen,
 der Strom der Zwietracht unvergoren,
 fließt er dahin, in sich verloren.
 Im Menschen wirken viele Säfte,
 heterogen sind ott die Kräfte,
 die aus dem Urquell sich erglissen,
 gleich Ästen, da- und dorthin sprlessen,
 dunkle Lücken eng umschllessen.
 Nur, wenn sie duldsam sich umgreifen,
 können Generationen blüh'n und reifen;
 entsteht daraus die Harmonie.
 Bis dato geschah's leider nie.
 Ich hab' die Hottnung, daß dem Leben,
 gute Akzente beigegeben,
 die kraftvoll an der Zwietracht nagen
 und uns in ternen Erdentagen,
 erlösen von der Zwietracht Plagen.

Erich Weiß:

Generetionen!

Generationen Strom —
 Nur Welle ich.
 Generetionen Kette —
 Ein Giled nur ich.
 Einst geworden eus dem Meer,
 Gelebt, gewesen Flut und Ebbe;
 Untergang im Dunst des Nichts,
 Wieder worden Tropfen,
 Welle, Woge, Meer.
 Leben, neues Hoffen!
 Ihr, durch mich geworden,
 Wechsel der Gezeiten,
 Flut und Ebbe,
 Woge, Welle, Dunst und Nichts.
 Ahnen meines Lebens
 Und des Euren.
 Ahn, ich und Erbe
 Im Gezeiten Lauf —
 Ewig eb und euffl

Walter Flick:

Geschlechter wechseln

Geschlechter wechseln in Zeiten,
 die immer gleich sind im Schritt,
 so Leiden wie Freuden sich breiten
 um neue Welten und Weiten
 unter dem jüngeren Tritt.

Die Leiden und Freuden, sie bleiben,
 die Horizonte, sich gleich,
 die Farben wechseln Im Treiben
 und Hoffnung in hauchzarten Scheiben
 fällt in der Zukünfte Teich.

Am End' sich die Schicksale gleichen,
 wenn euch die Kleider ganz neu,
 die elten dann mählich verbleichen,
 die Zeit ein Karussell, ein Zeichen,
 daß elles sich dreht hier im Reih.

Die Münder im Kuß und die Hände
 wechseln, nur das het Bestand:
 die Tänze im Lebensgelände,
 autlodernd-verlöschende Brände
 im sich verschlingenden Band.

Fritz Leckner:

Z' spet

Wen als an Junga da Haba net sticht,
 dem nia koa Sprossn eba net bricht,
 der werd koa gstandna Mo net,
 weil d' Einsicht nla net ongeht.
 A so merkt da selbige leider erst,
 daß dan, wans z'spat is —
 gscheida werdt.



BAD FÜSSING

Thermalbad 56°C

Ihr Kur- und Erholungsort im sonnigen Südbayern.

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

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

Klinische Fortbildung in Bayern

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

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

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

Augenheilkunde

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

Augenklinik und Poliklinik der Universität
Würzburg (Koptklinikum)

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

Beginn: 9.00 Uhr – Ende 13.00 Uhr

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

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

Teilnehmergebühr: DM 30,-

Auskunft und Anmeldung:

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

**Symposium Ober programmgesteuerte
Perimetrie am 25./26. Juni 1982
in Würzburg**

Augenklinik und Poliklinik der Universität
Würzburg (Koptklinikum)

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 – Des Problem aus der Sicht einer
Perimetristin – Kosten-Nutzen-Relation

Auskunft und Anmeldung:

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

Ergometrie

**Ergometrie-Wochenende
am 18./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 Höhen-
ried, 8139 Bernried, Telefon (0 81 58)
24-210 oder 24-209

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

Mai bis November 1982

5. Juni
Augenheilkunde, Würzburg

23. Juni
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
München

25./26. Juni
Augenheilkunde, Würzburg

26./27. Juni
Innere Medizin, Bad Neustadt

15./16. Juli 1982
Onkologie, Oberaudorf

17./18. Juli
Sonographie, Kronech

3. bis 7. August 1982
Onkologie, Oberaudorf

26./27. August 1982
Onkologie, Oberaudorf

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

26. bis 30. Oktober
Onkologie, Oberaudorf

6. November
Frauenheilkunde, München

11./12. November
Onkologie, Oberaudorf

22. bis 26. November
Radiologie, München

25./26. November
Onkologie, Oberaudorf

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

Auskunft und Anmeldung:

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

Hals-Nasen-Ohren- heilkunde

Fortbildungsseminare mit Kuren, prak-
tischen Übungen und Patientendemon-
strationen am 23. Juni 1982 und 20.
Oktober 1982 in München

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-
und Ohrenkrankheiten der Universität Mün-
chen im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. H. H. Neumann

23. Juni 1982

Thema: Fazialisdiagnostik

20. Oktober 1982

Thema: Stimmrehabilitation (Diagnostik
und Therapie nach Kehlkopfverletzung und
nach Laryngektomie)

Beginn: jeweils 14.00 Uhr – Ende: je-
weils 18.00 Uhr

Ort: Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-
und Ohrenkrankheiten der Universität Mün-
chen im Klinikum Großhadern, Marchion-
inistraße 15, München 70

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

V. Audiologischer Fortbildungskurs für
Hals-Nasen-Ohrenärzte und Audiome-
tristassistentinnen vom 11. bis 14. Okto-
ber 1982 in München

Viertägiger Kurs über Grundlagen und
Techniken der Audiometrie

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-
und Ohrenkrankheiten der Technischen Uni-
versität München im Klinikum rechts der
Iser

Direktor: Professor Dr. W. Schwab

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 18.00 Uhr

Ort: Hals-Nasen-Ohrenklinik der Techni-
schen Universität München im Klinikum
rechts der Iser, Ismaninger Straße 22,
München 80

Teilnehmergebühr: DM 375,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

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

Innere Medizin

6. Ernährungsmedizinisches Seminar
am 26./27. Juni 1982 in Bad Neustadt

Kurparkklinik, Kurhausstraße 31, Bad
Neustadt

Kursleitung: Professor Dr. Dr. F. Matzkies

Auskunft und Anmeldung:

Fräulein Peschke, Kurparkklinik, Kur-
hausstraße 31, 8740 Bad Neustadt/Saale,
Telefon (0 97 71) 50 48

Onkologie

Klinisch-gynäkologisch-onkologische Ta-
ge am 15./16. Juli 1982, 26./27. August
1982, 11./12. November 1982 und 25./26.
November 1982 in Obereudorf

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: Don-
nerstag, ca. 18.00 Uhr, Freitag, ca.
13.00 Uhr

Klinisch-gynäkologisch-onkologische
Wochen vom 3. bis 7. August 1982 und
26. bis 30. Oktober 1982 in Obereudorf

Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad
Trissl/Obereudorf

Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. A. Leon-
hardt

Beginn: jeweils Dienstag, ca. 9.00 Uhr –
Ende: jeweils Samstag, ca. 18.00 Uhr

Themen: Zusammenarbeit von Klinik und
Praxis in der Nachsorge gynäkologischer
Tumorpatientinnen (Interdisziplinäres
Konsilium mit Patientenvorstellung,
Visite, Röntgen- und nuklearmedizinische
Demonstrationen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 10 Tage vor
Kursbeginn (Posteingang)

Radiologie

5. Radiologische Woche vom 22. bis 28.
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 Thera-
pie – Schilddrüse: Diagnostik und Thera-
pie – Mediastinum: Diagnostik – Ortho-
pädisches Röntgen – Strahlenrisiko –
Aktuelle Problematik – interventionelle
Radiologie

Teilnehmergebühr: DM 300,-, Assisten-
ten DM 125,-, Tegekerte DM 65,-

Letzter Anmeldetermin: 31. August 1982
Es wird um umgehende Anmeldung ge-
beten – begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Professor Dr. J. Lissner,
Radiologische Klinik und Poliklinik der
Universität München im Klinikum Groß-
hadern, Marchioninistraße 15, 8000 Mün-
chen 70, Telefon (089) 7095-27 50

Sonographie

1. Seminar für Sonographie – Aufbau-
kurse

(Abdominelle Organe) bestehend aus
zwei Teilen:

Teil II vom 16. bis 18. September 1982
in München

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 eine 30 mg
Tropfen: 100 ml enthalten: Cocculus D4 70 ml, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 eine 10 ml.
Injektionslösung: 100 ml enthalten: Cocculus D3 0,7 ml, Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 eine 0,1 ml, Meerwasser 32 g.
Aque pro inject. ad 100 ml.
DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen: 3-4 mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 8-10 Tropfen, bei einseitigem
Schwindel und bei Überkeit initiale Stößtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5-10 Tropfen.
Injektionslösung: Bei einseitigem Schwindel und Überkeit täglich, sonst 3-1 mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., sc., i.c.
DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN (incl. Med.)
Packungen mit 50 Tabletten DM 4,84, mit 250 Tabletten DM 18,09, Tropfflaschen mit 30 ml DM 7,98, mit 100 ml DM 22,28.
Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 9,22, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 18,28. 1.82

Schwindel
verschiedener Genese
(besonders arteriosklerotisch bedingter)

Vertigoheel®

Kinetosen (See-, Luft-
Autokrankheit)

Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

-Heel

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann
Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74,
München 70
Chefarzt: Professor Dr. D. Michel
Teilnehmergebühr: DM 80,-
Begrenzte Teilnehmerzahl

**Einführungsielgang in die Sonographie
dar Innere Medizin am 17./18. Juli 1982
in Kronach**

Kreiskrankenhaus
Chefarzt: Medizinaldirektor Dr. F. Zehmer
Leitung: Oberarzt Dr. E. Farrenkopf
Beginn: Freitag 9.00 Uhr — Ende 16.45 Uhr
Beginn: Samstag 9.00 Uhr — Ende:
12.30 Uhr
Programm: Grundlagen der Ultraschall-
diagnostik — Untersuchungstechnik —
Vorbereitung der Patienten — Unter-
suchungstechnik Milz, Leber, Gallenblase
und Gallenwege, Nieren, Harnblase,
Prostata, Magen-Darm, Thorax, Pankreas,
Oberbauchgefäße, Schilddrüse — Sono-
graphisches Vokabular — Betunddoku-
mentation — Praktische Übungen
Begrenzte Teilnehmerzahl
Kursgebühr: DM 80,- (Konto Nr. 319 678,
Volksbank Kronach, Vermerk „Ultra-
schallkurs“)

Auskunft und Anmeldung:
Frau Bernsneider, Kreiskrankenhaus
8640 Kronach, Friesener Straße 41,
Telefon (092 61) 96 62 35

**3. Höhenlieder Echokardiographie-
Seminar: Einführungs- und Fortbildungs-
seminar in M-Mode
Echokardiographie am 2./3. Oktober 1982
in Bernried**

Leitung: Dr. A. Schinz
Klinik Höhenried für Herz- und Kreislauf-
krankheiten 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 Fachvor-
trägen und Demonstrationen
**2. Grund- und Aufbaukurs (Dauer 1
Woche) — Zeitpunkt und Kurseinteilung
werden bei der Wochenendtagung be-
kanntgegeben**

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 Doppler-Verfahren, Biome-
trie, computergestützte Echogrammaus-
wertung
Leitung: Professor Dr. W. Buschmann
Augenklinik und Poliklinik der Universi-
tät Würzburg (Kopf-Klinikum)
Direktor: Professor Dr. Dr. h. c. W. Leyd-
hecker
Beginn: jeweils ca. 9.00 Uhr — Ende: je-
weils ca. 17.00 Uhr

Programm: Klinisch anwendbare Ver-
fahren zur Prüfung der Geräte und Schall-
köpfe — Schaffung reproduzierbarer
Untersuchungsbedingungen — Optimale
Untersuchungstechnik — Differentialdiag-
nostik (mit Patientenuntersuchungen)
bei Ablatio, Intraokularem Tumor, Glas-
körpertrübungen, Proliferationen und
Blutungen, Fremdkörpern — Hydrophthal-
mie-Verlaufskontrolle — Achsenlängen-
messungen und Berechnung optimaler
Kontaktlinsen-Brillen-Kombinationen
oder i. o. einzupflanzender Linsen — Ultra-
schall-Exophthalmometrie und Differen-
tialdiagnostik raumfordernder Orbita-
prozesse (auch Röntgen-Computertomo-
graphie, VECP und Phlebographie) —
Doppler-Untersuchungen der Orbita und
des Karotiskreislaufes — Demonstra-
tion der verfügbaren, kommerziellen
Ultraschall-Diagnostik-Geräte
Teilnehmergebühr ist bei der Anmeldung
zu erfragen.

Parallelprogramm für MTA, Schwestern,
Arztshelferinnen (Geräteprüfung, -ein-
stellung und Assistenz bei Untersu-
chungen)
Auskunft und Anmeldung:
Professor Dr. W. Buschmann, Augenklinik
und Poliklinik der Universität Würzburg,
Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würz-
burg, Telefon (09 31) 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: Sams-
tag 12.00 Uhr
Kursgebühr: DM 50,-
Begrenzte Teilnehmerzahl
Letzter Anmeldetermin: 5. Oktober 1982
(Posteingang)

Allgemeine Fortbildung

**2. Klinisch orientiertes,
neuropathologisches Symposion**
für niedergelassene und im Krankenhaus
tätige Neuropathologen, Pathologen und
Neuropsychiatern
am 26. Juni 1982 in Haar

Vorsitz: Professor Dr. J. Pfeiffer,
Tübingen
Leitung: Dr. Dr. V. Frydl, München
Themen: Hirntrauma — Zerebrale Isch-
ämie
Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 18.50 Uhr
Ort: Bezirkskrankenhaus, München-Haar
Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Dr. Dr. V. Frydl, Prosektur des
Bezirkskrankenhauses Haar, 8013 Haar,
Telefon (089) 41 30-22 79

Hautschäden · Hämorrhoiden · Entzündungen

Gelum-L Salbe

Dermatologikum

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

Zusammensetzung: Kalium-Diolein (III)-triphosphat-Diballium-Eisen (III)-
citrat-Komplex-poly-Boräthylglycerinester 74,8 g, Urea puris 1,0 g, Eucerinum
anthracinum 15,0 g, Lanette 5,2 g, Indifferenzöl, Mastiden, Pyodermin,
Milchsäure, (Dermatitis saburotholide), Sonnenbrand, Verbrennungen,
Infektion der Haut, Barbiturate, Kontrastmittel: Nicht bekannt.
Hinweis: Nicht in offene Wunden bringen! Handelsformen: Tube mit 50 g
DM 7,85, Tube mit 100 g DM 14,40, Klinikpackungen mit 250 g und 1000 g.

Gelum-Supp

Antivirikoosum

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

Zusammensetzung: Kalium-Diolein (III)-triphosphat-Diballium-Eisen (III)-
citrat-Komplex 0,18 g, p-Hydroxybenzoesäureveräthylester 0,004 g, p-Amino-
benzoesäureäthylester 0,04 g, Suppos. Meves ad 2,0 g, Indifferenzöl, innerer
und äußerer Hämorrhoiden, laterale abszessartige Entzündungen des Analbereichs
und des Unterbaues, Prostatitis. Kontrastmittel: Nicht bekannt.
Handelsformen: OP mit 10 Suppositorien Da 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-Diballium-Eisen (III)-
citrat-Komplex-poly-Boräthylglycerinester c. Aqua 94,8 g, laktose Emulsion
ad 100,0 g, Indifferenzöl, Arthritiden, entzündliche Gewebsveränderungen,
Verstauchungen, Blutergüsse, Verbrennungen. Kontrastmittel: Nicht
bekannt. Hinweis: Nicht in offene Wunden bringen! Handelsformen: 50 g
Da 7,85, 100 g DM 14,40, Klinikpackungen mit 250 g und 1000 g.

ORELUSO-PHARMAZEUTIKA 3253 Hesselach-Oldendorf 1

Depotleiter für Österreich: Magister ODBAR Sca. m. B. H.
Waldmayer 94 A-1160 WIEN

8. Onkologisches Seminar für niedergelegene Ärzte

am 23. Juni 1982 in München

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

Thema: Besprechung onkologischer Krankheitsbilder ambulenter Patienten in Praxis und Klinik mit Fellvorstellung

Beginn: 19.30 s. t. — Ende: 21.30 Uhr

Ort: Klinikum Großhadern der Universität München, Hörseal V, Marchioninstraße 15, München 70

Auskunft:

Privatdozent Dr. R. Hartenstein, Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 7095-3155

Leo von Zumbusch-Gedächtnisvortrag

am 29. Juni 1982 in München

Thema: Die falschen Formen von Morbus Bowen an den Genitalschleimhäuten (Professor Dr. J. Civatte, Paris)

Zeit und Ort: 12.15 Uhr — Großer Hörsaal der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, München 2

Mitgliederversammlung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands — Landesgruppe Bayern

am 3. Juli 1982 in München

Die Vormittagssitzung ist der neuen Krankenhausgesetzgebung und der im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer neu eingeführten Prüfung nach der Weiterbildungsordnung gewidmet, die Nachmittagssitzung der Diskussion von Satzungsfragen

Zeit und Ort: 10.00 Uhr — Sheraton-Hotel, Arebellastraße 6, München 81

Auskunft:

Privatdozent Dr. H. W. Opderbecke, Institut für Anästhesiologie des Klinikums Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90, Telefon (09 11) 33 32 41

34. Deutsche Therapiewoche

vom 28. August bis 3. September 1982 in Karlsruhe

Auskunft:

Dr. P. Hoffmann, Wissenschaftliches Kongreßbüro, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 21, Telefon (07 21) 84 30 21

9. internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung

vom 28. Juli bis 6. August 1982 in Montreux

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., in Zusammenarbeit mit den Bezirksärztekammern Nord- und Südwürttemberg

Seminargebühr: Zweiwöchige Teilnahme DM 250,-, einwöchige Teilnahme DM 140,-

Auskunft:

Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70, Telefon (07 11) 78 14 54

5. Münchener Gefäßchirurgisches Gespräch

vom 2. bis 5. September 1982 in München

Themen: Gefäßersatz (Arterien und Venen) heutiger Stand — Infektionsprophylaxe in der Gefäßchirurgie — „Novum“: Was gibt es Neues in der Gefäßchirurgie und in der Angiologie?

Ort: Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft:

Dr. J. Lange, Abteilung für Gefäßchirurgie der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 41 40-21 65

31. internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung

vom 28. August bis 11. September 1982 in Pörltschach

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

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

Themen (zumeist in Seminarform: Antikoagulantien/Aggregationshemmer — Arzt und Medizin in USA — Autogenes Training — Echokardiographie — Endoprothese — Forum „Diabetes“ — Forum „Hypertonie“ — Forum „Labor-Medizin“ — Funkt. Herz-Kreislauf-Störungen — Gastroenterologie — Gastroskopie — Geriatrie — Gesundheit und Ernährung — Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik — Interne Notfallmedizin — Kardiologie — Leberseminar — Leber/Galle — Medizinisch-wissenschaftliches Filmprogramm — Niereninsuffizienz — Onkologie — Pharmakologie — Phlebologie — Psychiatrie — Pulmologie — Sexualmedizin (endologisch und gynäkologisch) — Sigmoidoskopie — Sonographie — Stoffwechsellkrankheiten — Kurs „Gastroskopie“, „Sigmoidoskopie“ und „Sonographie“

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßabteilung des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden, Telefon (061 21) 30 60 28

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1982

26. Juli bis 7. August 1982 in Davos:

XII. internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

22. August bis 4. September 1982 in Gredos:

XVI. internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

30. August bis 11. September 1982 in Meren:

XXX. internationaler Fortbildungskongreß

24. bis 26. September 1982 in Augsburg:

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

Auskunft und Anmeldung:

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

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 Oberallgäu und der Schloßbergklinik Obersteufen GmbH

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Ort: Kurhaus, Obersteufen

9.00 — 13.00 Uhr:

„Immunologie und Krebs“ — Festvortrag
anlaßlich der Einbindung der Schloßberg-
klinik Obersteufen in das Tumorzentrum
München
Professor Dr. G. Riehmüller, 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 Karzino-
genese des Menschen

Professor Dr. D. Schmähl, Heidelberg

14.30 — 16.00 Uhr:

Onkologisches Seminar mit praktischen
Übungen

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

Alternativ (14.30 — 16.00 Uhr)

*Klinische Demonstration in der Schloß-
bergklinik Obersteufen durch die Ärzte
der Klinik*

Leitung: Chefarzt Dr. M. Locher

Auskunft:

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

22. Bayerische Internistentagung

vom 19. bis 21. November 1982
in München

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

Auskunft:

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

Fortbildungsveranstaltung für Augenheilkunde

am 14. Juli 1982 in Erlangen

Thema: Virologische Aspekte bei Augen-
erkrankungen

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, Schwebechenlage 6, 8520 Erlan-
gen, Telefon (0 91 31) 85-4362

Fortbildungskurs für Röntgen- helfer(Innen)

vom 4. bis 15. Oktober 1982 in Erlangen

Leitung: Dr. W. Rödl, Erlangen

Teilnahmevoraussetzung:

*Nachweis einer dreijährigen praktischen
Tätigkeit im Röntgenbereich*

Auskunft und Anmeldung:

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

Krebs-Kongreß

vom 17. bis 20. Juni 1982 in München

Themen: Die Erkennungsmerkmale von
Krebs beim Menschen — Biologische
Grundlage und klinische Relevanz (Bio-
logische Grundlagen der Erkennungs-
merkmale von Krebs und Erkennungs-
merkmale für Brustkrebs — Morpholo-
gische, bio-chemische und immunologi-
sche Krebs-Erkennungsmerkmale — Er-
kennungsmerkmale für Lungenkrebs und
andere Krebserkrankungen — Die klini-
sche Anwendbarkeit von CEA, TPA und
anderen Tumor-Markern)

Beginn: jeweils 9.00 Uhr — Ende: jeweils
gegen 18.00 Uhr

Ort: Hotel „Vier Jahreszeiten“, München

Auskunft:

Dr. G. D. Birkmeyer, Institut für Zellbio-
logie der Universität München, Goethe-
straße 33, 8000 München 2, Telefon (0 89)
59 96-232 oder 59 96-223

Weltkongreß der Stomaträger

vom 13. bis 16. Juli 1982 in München

Auskunft:

Deutsche ILCO e. V., Kemmergasse 9,
8050 Frelsing, Telefon (0 81 61) 33 44

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes

19. bis 23. Juli 1982 in Grünwald

Weiterbildungskurs des Deutschen Sport-
ärztebundes

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

Thema: Sportmedizin in Theorie und
Praxis

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grün-
wald, Telefon (0 89) 64 96 26

am 11./12. September 1982 in Grünwald
Sportärztliche Ausbildungstagung

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

Thema: Sportmedizin in Theorie und
Praxis

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grün-
wald, Telefon (0 89) 64 96 26

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

3. Juli 1982

18. September 1982

20. November 1982

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

Beginn: jeweils 9.00 Uhr — Ende: jeweils 16.30 Uhr

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

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im März 1982 *)
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen ging im März zurück, und zwar sank die auf 100 000 Einwohner berechnete Erkrankungsziffer von 32 im Februar auf 23, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Auch Erkrankungen an

Virushepatitis wurden im März etwas seltener berichtet als im Februar. Die entsprechende Erkrankungsziffer nahm von 23 auf 20 ab.

Nur geringfügig veränderte sich im Berichtsmonat die Häufigkeit von Erkrankungen an Meningitis/Enzephalitis. Auf 100 000 der Bevölkerung trafen 7, im Vormonat 6 Erkrankungen.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. März bis 4. April 1982 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritiae infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalite		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	5	1	4	—	2	—	2	—	79	—	2	—	26	—	38	—	14	—
Niederbayern	1	—	2	—	2	—	1	—	29	—	—	—	11	—	5	—	2	—
Oberpfalz	3	—	4	—	1	—	7	—	22	—	7	—	4	—	1	—	3	—
Oberfranken	1	—	1	—	5	—	1	—	2	—	14	—	3	—	10	—	4	—
Mittelfranken	4	1	2	—	—	—	2	—	34	—	20	—	5	—	15	1	5	—
Unterfranken	7	—	2	1	1	1	5	—	39	—	15	—	9	—	14	—	6	—
Schwaben	3	—	—	—	2	—	—	—	37	1	3	—	20	—	13	1	4	—
Bayern	24	2	15	1	13	1	18	—	242	1	61	—	78	—	96	2	38	—
Vormonat	11	—	19	3	9	1	15	2	273	—	52	—	74	1	87	—	29	2
München	2	1	—	—	—	—	—	—	28	—	1	—	9	—	20	—	5	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	1	—	2	—	7	1	—	—
Augsburg	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	6	1	2	—
Regensburg	1	—	2	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	5	—	1	—	3	—	1	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	1	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	1	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellen-Ruhr		Malaria		Ornithose		Angeborene				Diphtherie		Anaerobe Wundinfektion		Tollwutverdacht ²⁾		
											Cytomegalie		Toxoplasmose				Gebränd			Tetanus	
	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	2	—	1	—	7	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	34	
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	2	
Oberpfalz	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	12	
Oberfranken	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	19	
Mittelfranken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	1	8	
Unterfranken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	7	
Schwaben	2	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	17	
Bayern	4	—	3	—	12	—	5	—	4	—	2	—	7	—	1	—	1	1	1	99	
Vormonat	—	—	1	—	14	—	1	—	4	—	—	—	3	—	1	—	1	—	—	66	
München	1	—	—	—	5	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Augsburg	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	

Hinzu kommt noch ein Erkrankungsfall an O-Fieber in Niederbayern.

*) 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) Enteritiae infectiosa übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.

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

Schnell informiert

Vereinigte Krankenversicherung AG: 1983 bis zu 5 Beiträge zurück

Bereits jetzt macht die „Vereinigte Kranken“, Vertragspartner aller Ärztekammern in der Bundesrepublik Deutschland, darauf aufmerksam, daß sie im kommenden Jahr bis zu fünf Monatsbeiträge in den Ambulant- und Zahntarifen zurückzahlen wird. Mit der Bekanntgabe der zu erwartenden Rückerstattungsquoten für 1983 will die Vereinigte ihren Versicherten frühzeitig eine Entscheidungshilfe geben, mit der diese selbst überprüfen können, ob sie mit der Beitragsrückerstattung nicht besser bedient sind als mit der Einreichung der während des laufenden Jahres entfallenden Rechnungen. Die Rückerstattungsquoten betragen jeweils:

5 Monatsbeiträge für Versicherte, die seit 1978 leistungsfrei waren;

4 Monatsbeiträge für Versicherte, die seit 1979 leistungsfrei waren;

3 Monatsbeiträge für Versicherte, die seit 1980 leistungsfrei waren;

2 Monatsbeiträge für Versicherte, die seit 1981 leistungsfrei waren;

1 Monatsbeitrag für Versicherte, die 1982 erstmals leistungsfrei waren.

In der Beitragsrückerstattung, die nach leistungsfreien Jahren gestaffelt ist, sieht die „Vereinigte“ nicht nur eine Maßnahme zur Kostendämpfung. Sie will damit auch gesundheitsbewußte Lebensführung honorieren. Die hohen Rückerstattungsquoten bei den Ambulant- und Zahntarifen sollen einen Anreiz geben, auf die Erstattung verwaltungsaufwendiger Bagatellobeträge zu verzichten.

Dieses Jahr wird die „Vereinigte“ in den Ärzttarifen für Ambulant- und Zahnbehandlung bis zu vier Monatsbeiträge zurückvergüten (Auszahlungstermin: August 1982).

Musiksommer zwischen Inn und Seizech

vom 5. Juni bis 28. August 1982

Veranstalter: Musiksommer zwischen Inn und Seizech e.V.
Sekretariat: Dr. med. Franz Zech, Rosengasse 10, 8217 Grassau, Telefon (0 86 41) 35 08

Die Konzerte finden in der Zeit vom 5. Juni bis 21. August 1982 in Baumburg – Endorf – Gars – Grassau – Halsbach – Herrenchiemsee – Inzell – Ising – Rosenheim – Rott im Inn – Ruhpolding – Sachring – Seon – Tittmoning und Traunstein statt. Des reichhaltige Programm des diesjährigen „Musiksommers“ nimmt aktuellen Bezug auf den 450. Geburtstag von Orlando di Lasso und den 250. Geburtstag von Joseph Haydn.

Konzerte auf Schloß Amerang in der Zeit vom 2. Juli bis 28. August 1982

– Näheres bei den örtlichen Vorverkaufsstellen –

Bayerisches Ärzteblatt 6/82

Ein Laxans soll nur hier wirken

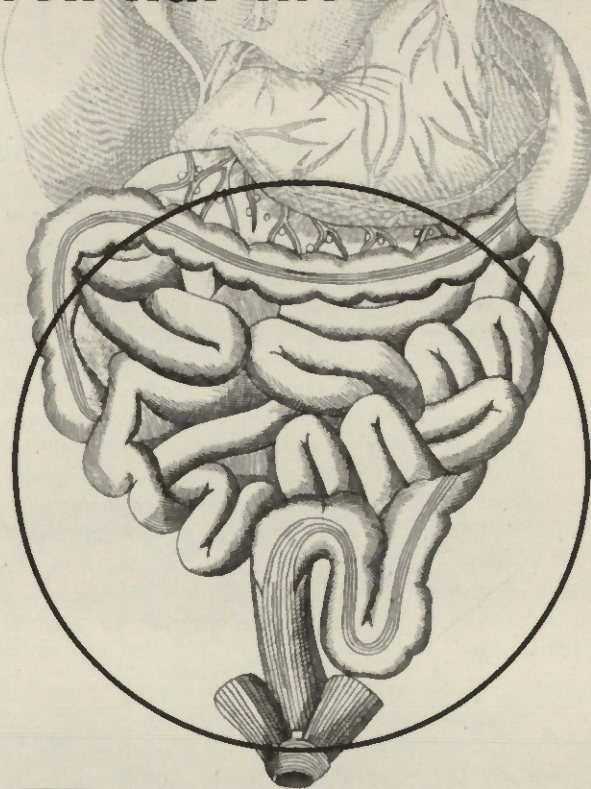


Abb. aus „Tabularum anatomicarum“, B. S. Albini und B. Eustachii, 1761

Rheogen®

Rein pflanzliches Abführmittel

tut es!

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

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

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

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Oragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg, Extr. Colocynthis 8 mg, Extr. Belladonna 4 mg.

Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens. Kontraind. der Tropa-Alkaloide.
Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Oragees.



Hendelformen und Preise:

OP mit 30 Oragees OM 3,40

OP mit 75 Oragees OM 5,85

AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

0 27862 D

Buchbesprechungen

Innere Medizin

Ein Lehrbuch für Studierende der Medizin und Ärzte

Herausgeber: H. A. Kühn/J. Schirmeister, 4., neubearb. Aufl., 1382 S., 478 Abb., davon 47 farb., 278 Tab., geb., DM 136,-. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

In dieser 4. Auflage des von Heilmeyer 1955 begründeten Lehrbuches wurden alle Kapitel entsprechend dem heutigen Wissensstand völlig neubearbeitet, wobei der Umfang einiger Kapitel stark reduziert (z. B. Tuberkulose), anderer ihrer wechsenden Bedeutung entsprechend breiter dargestellt wurde (z. B. Immunopathien). Für einige Kapitel konnten neue Autoren gewonnen werden. Der Pathophysiologie als Grundlage der Inneren Medizin wurde wieder ein großer Stellenwert eingeräumt. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis erleichtert dem Leser den Zugang zu den ihn interessierenden Fragen.

Dieses Lehrbuch kann darüber hinaus dem Studenten wie auch dem praktizierenden Arzt stets zuverlässige Informationsquelle sein.

Der Fuß

Herausgeber: Dr. A. Murri/Prof. Dr. H. Buchner, 292 S., 250 Abb. und zahlr. Tab., geb., DM 105,-. Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft mbH, Uelzen.

In diesem Werk werden nach einführenden Beiträgen über Anatomie, Röntgentechnik, neuen diagnostischen Methoden und Prävention von Fußfehlformen die Fehlstellungen am Rück- und Vorfuß sowie Klumpfuß, Knicksenkfuß und Talus verticalis eingehend besprochen. Die weiteren Kapitel befassen sich mit neurogenen Fehlstellungen, Mißbildungen, aseptischen Nekrosen, Stoffwechselerkrankungen, Entzündungen, Tumoren und Durchblutungsstörungen. — Ein umfassendes Schwortverzeichnis schließt das Buch ab.

Verletzungen im Sport

Herausgeber: Renström/Petersen, 350 S., zahlr. Abb., DM 36,-. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

In leicht verständlicher Sprache geben die beiden Verfasser als Sportärzte neben Ratschlägen für gesundheitsbewußtes Verhalten Hinweise zu Bandschaden, Brüchen, Sehnen-Entzündungen, Behandlung von Verletzungen, Training, Fitmacher und viele andere Verhaltensmaßregeln. Viele gut ausgewählte Bilder verdeutlichen das im Text Gesagte.

Reif werden zum Tode

Herausgeber: Dr. E. Kübler-Ross, 238 S., kart., DM 22,80. Kreuz Verlag, Stuttgart.

Der Tod ist nicht der sinnlose Abbruch, sondern die sinngebende Quelle unserer Existenz — das wird in diesem von E. Kübler-Ross aus eigenen und fremden Texten zusammengestellten Band überzeugend deutlich. — Alle Beiträge helfen dem Leser zu einer eigenen neuen Einstellung zum Tod, die weit über das hinausgeht, was intellektuell erfassbar ist.

Osteosynthesepraxis

Herausgeber: Prof. Dr. F. Scheuwecker, 313 S., 1018 meist zweifarb. Abb., Zeichn. v. J. Hormann, geb., DM 198,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Dieser Atlas ist für die Praxis der Osteosynthese in der Unfallchirurgie und Orthopädie bestimmt. Er soll eine Möglichkeit bieten, den Knochenbruch in Zusammenhang mit den Weichteilen zu sehen, um den Operationsablauf durchsichtig zu machen. In Einzelbildern werden schrittweise Lagerung, sterile Abdeckung, Zugang durch die Weichteile und Durchführung der Osteosynthese mit örtlichen Besonderheiten für typische Befunde dargestellt, so wie diese sich als Richtlinien auch für wenig erfahrene Mitarbeiter bewährt haben. Aus mehreren, in der Hand des Geübten gleichermaßen bewährten Methoden wurde diejenige ausgewählt, welche am sichersten zum gewünschten Erfolg führt.

Abschied von Hippokrates

Ärztliche Ethik zwischen hippokratischem Eid und Genfer Gelöbnis

Verf.: Dr. U. Wolff, 96 S., Leinen, DM 19,80. Colloquium Verlag, Berlin.

Der Eid des Hippokrates ist mehr als 2000 Jahre lang Fundament ärztlicher Berufsausübung und Richtschnur ethischen Handelns in der Heilkunde gewesen. Heute kommen manchmal Zweifel auf, ob ein Gelöbnis aus der griechischen Antike noch Gültigkeit beanspruchen kann.

Der Autor wirft in diesem Essay aktuelle entropologische Probleme auf und kommt zu dem Schluß, daß es gilt, von Hippokrates Abschied zu nehmen, sich von unechtem Pathos zu befreien und für unsere Gegenwart neue Wertbegriffe zu finden, wie dies im Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes geschehen ist.

Ein gebildeter Krenker

Trost- und Trutz-Sprüche für und gegen Ängste und Ärzte

Herausgeber: Prof. Dr. G. Uhlenbruck/H.-H. Kersten, 105 S., 33 Strichzeichn. von H. Langer, kart., DM 16,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Eine unterhaltsame Lektüre, die spritzig und witzig, spitz aber nicht verletzend, gleichermaßen zum Schmunzeln wie zum Nachdenken erregt. Mit treffenden Aphorismen und hervorragenden Zeichnungen des Keriketurlisten H. Langer ist es den Herausgebern gelungen, das Umfeld Arzt und Patient teils spöttisch, teils selbstironisch zu durchleuchten und eine Sammlung vorzulegen, die allen Freude bereiten wird.

Neugulnea: Gesichter und Masken

Herausgeber: M. Kirk/A. Strathern, aus dem Englischen von W. Höck, 144 S., davon 62 farb. und 31 s-w Fotos, 1 Karte, Leinen, DM 148,-. List Verlag, München.

Der New Yorker Fotograf M. Kirk hat sich immer wieder für längere Zeit in Papua-Neugulnea aufgehalten. So ist es ihm nach und nach gelungen, das Vertrauen der Ureinwohner zu gewinnen und sie zu fotografieren. Die einzigartigen Porträts bringen nicht nur den gemalten Gesichtsschmuck der Krieger und der an Zeremonien Mitwirkenden zum Ausdruck, sie spiegeln auch den Geist eines Volkes, in dem der Mensch noch die Bedeutung eines Kunstwerkes hat. — Die wissenschaftliche Einführung stammt von A. Strathern, der als führender Experte auf dem Gebiet des Körperschmuckes gilt.

Pflanzen – Wurzeln – Säfte – Samen

Herausgeber: Q. Mazel, 104 S. m. 28 originalgetreuen Faksimile Wiedergaben, Ganzleinen ca. DM 126,-, Ganzleder ca. DM 260,-. Akademische Druck- und Verlagsanstalt, Graz.

Kernstück der Handschrift ist das berühmte Werk des Diodorides „De materia medica“, das als das pharmakologisch bedeutendste Werk der Antike anzusehen ist und durch das ganze Mittelalter hindurch bis in die beginnende Neuzeit außerordentliche Verbreitung gefunden hat.

Im Jahre 1970 ist eine vollständige farbige Faksimile-Ausgabe des gesamten Codex erschienen. Um aber dieses prachtvolle Buch nicht nur einer kleinen Anzahl von Wissenschaftlern und Sammlern zugänglich zu machen, entstand nun dieser Auswahlband mit den schönsten und wichtigsten Miniaturen aus dieser Handschrift, wobei besonders darauf Rücksicht genommen wurde, nicht nur die faszinierenden Pflanzenbilder (20 von ihnen werden hier wiedergegeben), sondern auch die kunsthistorisch einmalige Folge der Anfangsbilder vollständig, sowie zwei Tierbilder aufzunehmen.

Des große Lexikon der Musik

Komponisten – Interpreten – Sechsbegriffe (8 Bände)

Herausgeber: M. Honegger/G. Massenkell, Band 6: Nab – Ram, 440 S., davon 40 S. mit z. T. vierfarb. Kunstdrucktafeln sowie zahlr. Abb. im Text, Leinen, DM 148,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Die wichtigsten Artikel über ein Instrument gelten in diesem Band der Querflöte und der Orgel, aber auch die Oboe, Peuke und Posaune und das Pianoforte sind gebührend gewürdigt. Wer immer schon wissen wollte, was man eigentlich unter „Ouempas“, „Quodlibet“ oder „Quodrophonie“ versteht, kann sich belehren lassen. Auch einen Artikel über die wichtigsten „Nationalhymnen“ wird der interessierte Leser finden. Ähnlich unvermutete „Funde“ sind die Artikel über Platon, Petrarce, Nestroy, Raimund oder Puschkin; daß Nietzsche fast 40 Lieder und Klavierstücke komponierte, dürfte den meisten unbekannt sein.

Ferner sind berühmte Sänger wie Patzak, Pears, Prey und Pavarotti vertreten, aber auch bekannte Namen aus dem Bereich der Unterhaltungsmusik. – Weiter enthält dieser Band viele Beiträge über namhafte Komponisten – von Pelestrina, Pergolesi, Rameau bis hin zu Puccini, Offenbach, Pfitzner und in neuerer Zeit Pulenc, Orff, Nono u. a.

Das große Handbuch des Segels

Herausgeber: R. Denk, 2., neubearb. Aufl., 384 S., 65 Farbfotos, 408 s-w Fotos, 360 Zeichn., Kunststoff, DM 76,-. BLV Verlagsgesellschaft mbH, München.

Das im Herbst 1976 erstmals erschienene Handbuch wurde von vielen Seglern begeistert aufgenommen. In die Neuausgabe sind neueste Erkenntnisse eingearbeitet und aktuelle Gegebenheiten berücksichtigt worden. Es ist mit seinen vielen, teils farbigen Fotos und Grafiken gut ausgestattet und somit ein Standardwerk für alle Freizeit-Kapitäne und Profisseglern.

Bloß net aus der Ruah bringe lassn

Herausgeber: H. Zöpfl, 28 Zeichn. v. E. Hürlimenn, 95 S., Leinen, DM 16,80. Rosenheimer Verlagshaus Alfred Förg, Rosenheim.

Zöpfls „Reservoir“ an Mundertgedichten ist schier unerschöpflich. 72 neue „kurze“ und „längere“ Gedichte des beliebten bayerischen Verseschmieds, heiter illustriert von Ernst Hürlimenn, werten auf Leser.

Die Paßt-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
B031 Maisach bei München · Tel. 0 B1 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 Beratungsbuch
ist erwünscht



VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter




BAYERISCHE Bayerischer
Versicherungsverband
VERSICHERUNGSKAMMER

zur
**Basistherapie von
 Nierenerkrankungen**

canephron[®]

Zusammensetzung: 100 g enthalten 29 g Mazerat (Auszugsmittel 58,9 V/V Ethanol) aus: Herb. Centaur. 0,6 g, Fruct. Cynosbat. s. Sem. 1,0 g, Rad. Levistic. 0,6 g, Fol. Rosmar. 0,6 g. – 1 Dragée enthält: Herb. Centaur. 0,018 g, Fruct. Cynosbat. s. Sem. 0,030 g, Rad. Levistic. 0,018 g, Fol. Rosmar. 0,018 g. **Indikationen:** Basistherapeutikum bei Nephrosen, chronische Pyelonephritis, chronische interstitielle Nephritis, chronische Glomerulonephritis, Schwangerschaftsnephropathie, Prophylaxe bei rezidivierender Konkrementbildung, rezidivierende Zystitis. **Kontraindikationen und Nebenwirkungen:** sind bisher nicht bekannt. **Dosierung:** 3mal täglich 10 Tropfen bis 1 Teelöffel voll oder 1 bis 2 Dragées nach den Mahlzeiten einnehmen. **Handelsformen:** canephron OP mit 100 ml DM 9,45, OP mit 60 Dragées DM 9,45, OP mit 240 Dragées DM 28,30 (Preisänderungen vorbehalten); Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.


bionorica
 Nürnberg

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.

Juli 1982

- 2.–4. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte (Fortgeschrittene). – Auskunft: Sportmedizinische Abteilung der Poliklinik, Freu E. Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen.
- 2.–4. **Heidelberg:** VI. Fortbildungstage für praktische Sexualmedizin. – Auskunft: Dr. F. Conrad, Marienplatz 2, 8000 München 2.
3. **Kempten:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V., – Auskunft: Dr. H. Hauptmann, Ulmer Straße 150, 8900 Augsburg.
- 10.–11. **Hennef:** Sportmedizinische Weiterbildungsveranstaltung. – Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 13.–16. **München:** Weltkongreß der Stomaträger. – Auskunft: Deutsche ILCO e. V., Kemmergasse 9, 8050 Freising.
14. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. – Auskunft: Medizindirektor Dr. W. Raisch, Hohe Werte 8, 8580 Bayreuth.
14. **Erfangen:** Fortbildungsveranstaltung für Augenheilkunde. – Auskunft: Professor Dr. H. E. Völcker, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen.
17. **Erlangen:** Allergologische Fortbildungsveranstaltung „Grundlagen und Praxis der Hyposensibilisierungsbehandlung“. – Auskunft: Professor Dr. J. R. Kalden, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 19.–23. **Grünwald:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. – Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
23. 7.–15. 8. **Seminarreise: Des Gesundheitswesens in Brasilien.** – Auskunft: Deutsch-Brasilianische Gesellschaft für Medizin, Aquinostraße 19, 5000 Köln 1.
- 25.–31. **Cenazel:** Hochalpiner Kurs. – Auskunft: Professor Dr. P. Bernett, Conollystraße 32, 8000 München 40.
26. 7.–6. 8. **Montreux:** Medice-Montreux 82 – 9. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. – Auskunft: Professor Dr. Berensmann, Postfach 71, 7000 Stuttgart 70.
28. 7.–7. 8. **Devos:** XII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

- 2.-13. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs (Kurs A 2). — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terrassenstraße 2-4, 6350 Bad Nauheim.
- 15.-21. **Perth:** 12. internationaler Kongreß für Biochemie. — Auskunft: Dr. M. K. Gould, Department of Biochemistry, Monach, Niv. Clauyton 3168, Victoria/Australien.
- 16.-20. **London:** Internationales Symposium für Epilepsie. — Auskunft: London Convention Bureau, 26 Grosvenor Gardens, London SW1W 0DU.
- 19.-26. **Brixen:** 10. Internationaler und interdisziplinärer Herbst-Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie. — Auskunft: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.
21. 8.-4. 9. **Sant'Angelo/Ischie:** 15. Internationales Rheuma- und Vorsorgesymposium. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Alter Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
22. 8.-4. 9. **Grado:** XVI. internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 23.-27. **Brighton:** 9. internationaler Transplantations-Kongreß. — Auskunft: 4-L-Portmen Mansions, Chiltern Street, London W1M 1LF.
- 23.-27. **Preg:** XVI. Internationaler Kongreß für Innere Medizin. — Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Vitezneho unora 31, CS-120 26 Prag.
23. 8.-3. 9. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs (Kurs B 2). — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terrassenstraße 2-4, 6350 Bad Nauheim.
- 26.-29. **Hamburg:** 4. Internationaler Kongreß „Therapeutisches Reiten“. — Auskunft: Kuratorium für Therapeutisches Reiten e. V., Rehgartenstraße 3e, 6340 Dillenburg 1.
28. 8.-3. 9. **Karlsruhe:** 34. Deutsche Therapiewoche. — Auskunft: Dr. P. Hoffmann, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 21.
28. 8.-11. 9. **Pörschach:** Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.
29. 8.-3. 9. **Norderney:** 20. Fortbildungskongreß der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Nordrhein. — Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 31, 4000 Düsseldorf.
30. 8.-11. 9. **Meren:** XXX. internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
31. 8.-5. 9. **Budapest:** Europäischer Diabetes-Kongreß. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Abteilung Kongresse, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.

- 5.-10. **Wien:** IX. Internationaler Neuropathologischer Kongreß. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Abteilung Kongresse, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 11.-12. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 19.-22. **München:** 80. Tagung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. O.-E. Lund, Methildenstr. 8, 8000 München 2.
- 24.-26. **Augsburg:** 70. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 24.-26. **Augsburg:** XI. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe in Zusammenarbeit mit dem 70. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
25. **Passau:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. — Auskunft: Dr. H. Hauptmann, Ulmer Straße 150, 8900 Augsburg.
30. 9.-3. 10. **Wien:** Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft — Vereinigung der deutschsprachigen Dermatologen. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Abteilung Kongresse, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperchaft 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: Mühlbaustraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47 - 1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“. Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

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

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

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

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

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

ISSN 0005-7126

Die große Kreisstadt Landsberg a. Lech (Obb.) 19000 Einwohner, mit einem Einzugsgebiet von insgesamt über 80000 Einwohnern liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung – in nächster Nähe des Ammersees und Starnberger Sees, unweit der oberbayerischen Allgäuer Berge. Landsberg a. Lech bietet ein umfangreiches kulturelles und sportliches Angebot mit günstigen Freizeitmöglichkeiten. Die Städte München und Augsburg sind jeweils in 30 Autominuten zu erreichen.

Krankenhaus Landsberg a. Lech

Am Krankenhaus Landsberg a. Lech ist zum 1. 1. 1983 die Stelle eines

Chefarztes für Chirurgie

neu zu besetzen, da der bisherige Stelleninhaber aus Altersgründen ausscheidet.

Das modern ausgestattete Krankenhaus der Versorgungsstufe I verfügt über die Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Anästhesie und über die Belegabteilungen HNO, Urologie, Pädiatrie und Augen mit insgesamt 315 Betten.

Die Chirurgische Abteilung weist derzeit 114 Betten aus. Eine anästhesiologische und eine interne Intensivpflegeeinheit sind hauptamtlich besetzt.

Die Bewerber sollten über umfassende Kenntnisse und Erfahrungen auf den Fachgebieten Allgemein-Chirurgie und Unfallchirurgie verfügen. Sie müssen zum D-Arzt-Verfahren und zum berufsgerichtlichen Heilverfahren zugelassen sein.

Berufliches Können und Charakter müssen den Chefarzt der Chirurgie befähigen die Abteilung personell, fachlich und organisatorisch zu führen. Die Bereitschaft und die Fähigkeit zur kollegialen Zusammenarbeit mit allen übrigen Fachdisziplinen und Mitarbeitern wird vorausgesetzt.

Wir bieten eine Vergütung in Anlehnung an den BAT sowie Liquidationsrecht bei Wahlleistungspatienten, ambulante Beratung und Behandlung von Selbstzahlern und Kassenpatienten (Oberweilungsschein-Praxis).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen, OP-Katalog und Nachweisa evtl. spezialisierter Ausbildung erbitten wir an die Stadt Landsberg a. Lech, Hauptplatz 1 (Telefon 061 91/126-265).

Kurklinik mit Fachrichtung Rheumatologie

sucht zur Mitarbeit

Ärztin oder Arzt

mit ausreichender Erfahrung

zum baldmöglichsten Termin.
Bedingungen nach Vereinbarung.

Kurklinik Passauer Wolf, 8399 Griesbach, Telefon (08532) 10 83.

Praxisräume Krumbach-Marktplatz

(vor Landkreis Unterallgäu)

Neubau 1. OG zwei Einheiten (136 und 107 qm) zu vermieten. Sonderwünsche und eventuelle andere qm-Aufteilung können derzeit noch berücksichtigt werden.

Auf der gleichen Etage ist bereits eine große Zahnarztpraxis, Parterre ein Kaufhaus, im 2. OG ein Fitness-Center mit Sauna und Pilsbar eröffnet. (Gegenüber entsteht ein großer Sparkassenneubau).

Anfragen unter Chiffre 2064/151.



Arztpraxis Kreisstadt Kronach/Ofr.

Wir projektieren 160-200 qm Praxis im Stadtkern Kronach, neu renoviertes Gebäude, i. d. Lucas-Cranach-Str. mit Sandsteinfassade

Anlageprojekte und Ferienwohnungen und Häuser im oberen Frankenwald
Wir informieren Sie gerne: CRANACH-BAU GMBH Amtsgerichtsstraße 21, 8640 Kronach, Telefon (09261) 7 00



Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken

In unserer Beobachtungsstelle, Bayreuth (für stationäre Diagnostik und Begutachtung), sind die Stellen einas/r

Internist(en)/in Chirurg(en)/in Nervenarzt(es)/ärztin

neu zu besetzen.

Es handelt sich um eine selbständige Tätigkeit in einem Team von Kollegen verschiedener Fachrichtungen (Internisten, Nervenarzt, Chirurg, Gynäkolog, Röntgenologe), bei regelmäßiger Arbeitszeit ohne Nacht- oder Wochenenddienst bzw. Bereitschaftsdienst.

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

Die Beobachtungsstelle befindet sich im Parkgelände der Klinik Herzoghöhe (220 Betten, Rheumatologie, Gastroenterologie, Endoskopie, Sonographie), mit der sie eng zusammenarbeitet.

Die Vergütung, zusätzliche Altersversorgung und alle sozialen Leistungen richten sich nach den Gegebenheiten des öffentlichen Dienstes. Die Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der Richtlinien ist möglich.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen kann die Übernahme in das Beamtenverhältnis erfolgen.

Die Festspiel- und Universitätsstadt Bayreuth, inmitten einer reizvollen Umgebung gelegen, bietet einen hohen Freizeitwert und reiches Kulturlieben. Alle weiterführenden Schulen sind am Ort vorhanden.

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisschriften, Nachweis über bisherige ärztliche Tätigkeit) senden Sie bitte an die Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Personalreferat, Wittelsbacher Ring 11, 8580 Bayreuth, Telefon (0921) 607226.

Der Leitende Arzt der Beobachtungsstelle, Leitender Medizinaldirektor Dr. Lenhart, Kulmbacher Straße 103, 8580 Bayreuth, Telefon (0921) 402300, steht zu einem informativen Gespräch gerne zur Verfügung.



neu

Eigentum sichern durch
Wertsachenkennzeichnung

fälschungssichere, unsichtbare Kennzeichnung ihrer Teppiche, Palze, Bilder und anderer Wertsachen sowie Erstellung eines anerkannten Eigentums-Wertpasses
Wir informieren Sie unverbindlich

EDS SICHERUNGSTECHNIK GMBH
8 München 60, Henschelstraße 7
Telefon 089/8141091/93

bulthaup medicine

Verschiedene Mustergruppen aus unserer Ausstellung wegen Umbaus günstig kurzfristig abzugeben.

Zum Beispiel eine Rezeption, Organisation, Behandlungsraum.

Die Gute Form Köbrich KG,
Ludwigstraße 6, 8000 München 22,
Tel. (089) 288437, Frau Silli, Herr Lörke.

Radiologe

zur nahtlosen Übernahme einer anerkannten Röntgenpraxis (Raum München) gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/137.

Urolog. Praxis

In süddeutscher Kreisstadt ab 1. 7. 1982 aus Krankheitsgründen günstig abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/141.

Arztpraxis

In Bad Reichenhall 82 qm, Fußgängerzone mit ausgezeichnete Zufahrt, wird frei. Modernes Haus 1968, Erdgeschoss, ruhige Lage zur Gartenseite, Übernahme des Mobiliars, der Apparate und des Labors möglich.

Anfragen unter Chiffre 2064/142.

Großzügige Praxisräume

in Osterhofen/Ndb., (über 10000 Einwohner) mitten am Stadtplatz in bester Lage an Frauenarzt zu vermieten.

Anfragen unter Chiffre 2064/127.

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, therapieresistente 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, Schläftstörungen, 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 hamsäuresenkenden 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 Gabe 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 Hamsäure- und Kaliumspiegel sind empfehlenswert. Teneretic mite besonders bei Patienten mit Angina pectoris nicht plötzlich absetzen. **Antidota:** Atropin (0,5–2 mg i. v.), Orciprenalin (0,5 mg langsam i. v.). **Handelstornen und Preise:** Kalenderpackungen mit 28 Filmtabletten DM 27,82, mit 56 Filmtabletten DM 53,03, mit 98 Filmtabletten DM 86,93, Anstaltspackungen.



ICI-Pharma
Arzneimittelwerk Plankstadt

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

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


Indikationen: Alle Formen der arteriellen Hypertonie.

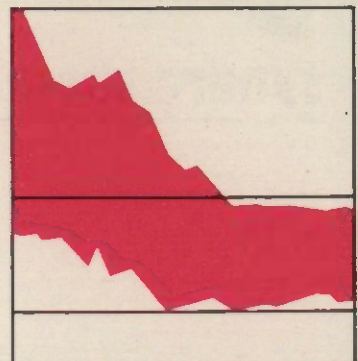
Kontraindikationen: Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie, Phäochromozytom, gleichzeitige Gabe von MAO-Hemmern.

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

Besondere Hinweise: Bei zu hoher Dosierung kann es zu einem unerwünschten, stärkeren orthostatischen Blutdruckabfall kommen, der sich meist durch Hinsetzen oder Hinlegen mit Hochlagerung der Beine beheben läßt. In seltenen Fällen können Durchfälle oder Ejakulationsstörungen auftreten. Bei Niereninsuffizienz ist eine sorgfältige Überwachung des Elektrolythaushaltes und der Rest-N-Werte bzw. der Plasmakreatinin-Werte erforderlich. Eine latente Gicht bzw. ein latenter Diabetes mellitus kann manifest werden. Um einer Kaliumverarmung vorzubeugen, ist auf ausreichenden Kaliumgehalt der Kost zu achten. Bei Kaliumverlusten (Erbrechen, Diarrhoe), bei Kaliummangel, bedingt durch Zweit-erkrankungen (z. B. Leberzirrhose, Nephrose), und bei Zweitmedikationen (z. B. Digitalis, 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 (N 1) Tabletten DM 16,40 lt. AT; Originalpackung mit 50 (N 2) Tabletten DM 36,65 lt. AT; Originalpackung mit 100 (N 3) Tabletten DM 66,20 lt. AT; Klinikpackung.
Stand Mai 82

 **Brunnengräber**
Lübeck





Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Verletzungen

Der Notfall: Die Verletzungen der Lider und des Auges

bearbeitet von Dr. A. Högel, Blieskastel, und Dr. K. Heckenhahn, Suizbach

Symptomatik:

Schmerzen, Tränenträufeln, Blepharospasmus, blutende Lider, blutendes Auge, offene Wunden

Anamnese:

- e) „Beim Schleifen, Hämmern, Sägen usw. ist mir etwas ins Auge geflogen.“
Typisch: „Hemmer-Meißel“-Anamnese
- b) „Ich bin mit dem Kopf durch die Windschutzscheibe“
(Autounfall, nicht angeschnellt).
- c) Die Anamnese kann auch hinsichtlich eines Traumas „leer“ sein.

Sofortdiagnostik:

Inspektion des Auges mit doppeltem Ektropionieren (bei Perforationsverdacht keine Manipulationen). Bei Blepharospasmus Eintropfen eines Lokalanästhetikums, z. B. Novesine 0,4%®, Chibro-Kerakein®, Visus, grobe Gesichtsfeldprüfung, Motilität.

Häufig wird ein Fremdkörper als „schwarzer Punkt“ gesichtet. „Weiße Flächen“ auf der Hornhaut deuten auf eine Verbrennung oder Verätzung hin.

Beachte: e) Jede entrundete oder reaktionsarme bis reaktionslose Pupille weist auf eine schwere Augenverletzung hin. b) Bei einer spitz ausgezogenen Pupille mit abgeflechter Vorderkammer besteht der dringende Verdacht auf eine perforierende Verletzung. Perforationen sind oft sehr klein.

e) + b) gehören sofort in die Hände eines Augenarztes bzw. in eine Augenklinik zur genauen Abklärung.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Bei starken Schmerzen: Lokalanästhetika, eventuell Analgetika. Bei Verätzungen (Anamnese): Sofortige Spülung mit Ringer-Lösung oder Aqua destillata, zur Not auch normales Leitungswasser („Kopf unter Wasserhehn“).

Schnittverletzungen der Lider, der Tränenwege und des Auges nicht primär versorgen, sondern sofort in eine Augenklinik einweisen. In diesem Falle das gesamte Auge – wenn möglich ohne Druckverband (Perforation!) – steril abdecken und keine Salbe ins Auge.

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

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Jede Perforetion, jede Tränenwegverletzung, größere Lidverletzungen (mit Vorebinformation der betreffenden Klinik)

Röntgen Schädel in zwei Ebenen, Orbita in zwei Ebenen, eventuell Aufnahme nach Rhese bei Optikusschadenverdacht

Lidverletzungen: Mühsan wegen der Lidfunktion ohne großzügige Wundexzision genau adaptiert werden (cave: Narben bzw. -ektropium).

Tränenwegverletzungen: Stenosieren sehr gerne, dadurch erhebliche Belästigungen im späteren Verlauf durch dauerndes „Tränen“ der Augen. — Eine Rekanalisation nach längerer Zeit ist sehr schwierig.

Fremdkörper: Auf der Bindehaut oder Hornhaut — schwerer Punkt häufig auch subteral.

Verätzung: (Laugen gefährlicher als Säuren) gefürchtete Spätfolgen: Verwachsungen der Bindehaut, Hornhautnekrosen, Sekundärglaukom.

Verbrennungen: Sehr häufig Lider betroffen, seltener eigentliches Auge.

Verblitzung: Durch Schweißen, Höhensonne, „Schneeblindheit“. Typische Latenz von Stunden — je schwerer die Verblitzung, desto kürzer die Latenz.

Augenprellung: Pupille weit, geringe bis aufgehobene Pupillenreaktion, „Blut im Auge“.

Perforetion: Oft spitz verzogene Pupille, Vorderkammer abgeflacht, Auge breiweich. Spitze der Pupille weist auf den Ort der Perforetion hin.

Bemerkungen:

Augenprellungen und Perforationsverdacht müssen genauestens abgeklärt werden. Bei jeglicher Schädelverletzung sollte stets ein Augenstatus erhoben werden, da häufig Verletzungen im Augeninneren vorliegen, die primär nicht ohne Augenstatus erkennbar sind.

Verletzungen am Auge spielen sich häufig im mikroskopischen Bereich ab, deshalb stets auch bei kleinen, harmlos erscheinenden Verletzungen einen Augenarzt zu Rate ziehen.