



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

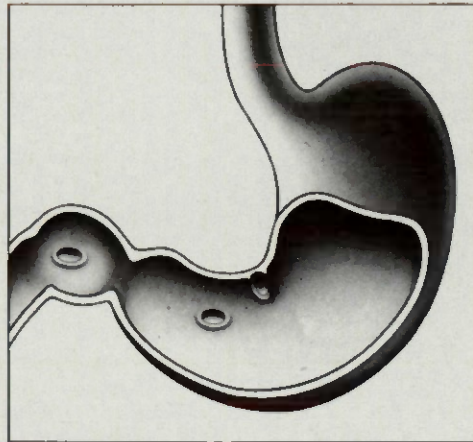
Nummer 4
42. Jahrgang
April 1987

Bei akuten und chronischen Formen des *Ulcus ventriculi* und *Ulcus duodeni*, bei Gastritis und Reizmagen:

Pirenzepin-ratiopharm[®] 25/50



der Sekretionshemmer



- Pirenzepin-ratiopharm[®] 25
 OP 20 Tabletten ⊕ N1 DM 7,95
 OP 50 Tabletten ⊕ N2 DM 19,10
 OP 100 Tabletten ⊕ N3 DM 36,90
- Pirenzepin-ratiopharm[®] 50
 OP 20 Tabletten ⊕ N1 DM 15,80
 OP 50 Tabletten ⊕ N2 DM 33,60
 OP 100 Tabletten ⊕ N3 DM 64,95

Pirenzepin-ratiopharm[®] 25 Tabletten/Pirenzepin-ratiopharm[®] 50 Tabletten
Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 26,06/52,12 mg Pirenzepindihydrochlorid 1 H₂O entsprechend 25/50 mg Pirenzepinhydrochlorid. **Dosierung:** Bei *Ulcus ventriculi* et *duodeni* morgens und abends je 2 Tabletten Pirenzepin-ratiopharm[®] 25 oder morgens und abends je 1 Tablette Pirenzepin-ratiopharm[®] 50. Ansonsten morgens und abends je ½ Tablette zu 50 mg oder je 1 Tablette zu 25 mg.
Indikationen: Akute und chronische Formen von *Ulcus ventriculi* et *duodeni*. Rezidivprophylaxe von *Ulcus duodeni*. Fortführung der i.v. begonnenen Prophylaxe streßbedingter Schleimhautläsionen im Magen und Zwölffingerdarm. Hyperacider Reizmagen. Gastritis. Funktionelle Oberbauchbeschwerden (Non Ulcer Dyspepsia). Medikamentös bedingte Magenbeschwerden. Nebenwirkungsprophylaxe bei Behandlung mit Antirheumatika und Antiphlogistika. **Kontraindikation:** 1. Trimenon der Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Appetitsteigerung, weicher Stuhl. Vereinzelt vorübergehende Anpassungsunfähigkeit der Augen für das Nahsehen. Sehr selten Mundtrockenheit. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Keine bekannt. **Dauer der Anwendung:** *Ulcus ventriculi* et *duodeni*: Nach Eintritt der Beschwerdefreiheit Behandlung noch 4–6 Wochen fortführen. Übersäuerter Magen und Gastritis: So lange einnehmen, bis Beschwerdefreiheit eingetreten ist.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 33 80, 7900 Ulm/Donau 3/87

Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen:
 „Paratonsillärer Abszeß“
 – Seite 163 f.

Inhalt:

Sewering: Prä- und poststationär im Krankenhaus – ein Beitrag zur Strukturreform? . . . 133
 Viertes Münchener Perinatalgespräch 136
 Paetzke: Aktuelle Fragen: Dermatologie in der Praxis . . . 145
 Müller-Plettenberg: 37. Nürnberger Fortbildungskongreß . . . 157
 Der Notfall: Paratonsillärer Abszeß 163

Gesundheits-Sozial-Berurteilung:

– Bericht über die Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer . . . 166
 Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern 168
 Personalia 170
 Fakultäten 170
 Bericht aus Bonn 173
 Landespolitik 174

Kongresse:

– Computertomographie und Kernspintomographie . . 166
 – Klinische Fortbildung in Bayern 175
 – Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit 176
 – Allgemeine Fortbildung . . 179
 – Blaulichtärzte 181
 Askulap und Pegasus 182
 Wirtschaftsinformationen . . 185
 Buchbesprechungen 186
 Schnell informiert 187

**kostensenkende
Marken-Präparate**

**AZU-
CHEMIE**

Preisvergleichsliste?



***Der direkte Weg
zur Kostendämpfung:***

**AZUCHEMIE-Arzneimittel
wenn es um Qualität und Preis geht**

Azuchemie, 7016 Gerlingen



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

April 1987

Zur Kenntnis genommen:

In unserer März-Ausgabe habe ich über Vorstellungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Strukturreform berichtet. Die Ausgaben sind im vergangenen Jahr auf fast 114 Milliarden DM angestiegen. Das entspricht einer Steigerung um 4,1 Prozent je Mitglied gegenüber 1985 bei einem Anstieg der Grundlohnsumme um 3,1 Prozent. Die Mehrzahl der Kassen mußte deshalb die Beiträge fühlbar anheben. Beim AOK-Bundesverband denkt man bereits laut über einen bundesweiten Finanzausgleich der Ortskrankenkassen nach, was ohne Zweifel auch die Verlagerung der Vertragsverhandlungen auf die Bundesebene zur Folge hätte. Entsprechende Gedanken wurden auch bereits geäußert. Dabei ist das mit Abstand größte Problem die riesige finanzielle Belastung durch die Rentner-Krankenversicherung. Die Beiträge decken weniger als 45 Prozent der Aufwendungen! Von jeder Mark, die ein Allgemeinversicherter an Beitrag bezahlt, wird mehr als ein Drittel zur Deckung des Defizits der Rentner-Krankenversicherung benötigt. Betrachtet man die für die Sitzung der Konzertierten Aktion ermittelten Zahlen im einzelnen, so ergibt sich für die ambulante ärztliche Behandlung eine Steigerung je Mitglied um 2,3 Prozent auf 20,37 Milliarden DM, bei den Arzneimitteln je Mitglied eine Steigerung um 5,6 Prozent auf nunmehr 17,6 Milliarden DM und bei der Krankenhausbehandlung eine Steigerung je Mitglied um 6,2 Prozent auf nunmehr 37,45 Milliarden DM. Zu berücksichtigen ist dabei, daß die Ausgaben für die stationäre Behandlung lediglich die laufenden Betriebskosten decken. Die Pflegesätze enthalten keine Anteile für Investitionen. Diese werden nach dem im Krankenhausgesetz verankerten Grundsatz der dualen Finanzierung aus Steuermitteln bezahlt. Dies gilt für Baumaßnahmen wie für Einrichtungen gleichermaßen. Im Gegensatz dazu müssen die freipraktizierenden Kassenärzte aus ihren Honoraren auch die gesamten Investitionskosten der Arztpraxis decken. Dies wird bei Diskussionen über Kosten und Kostenvergleiche ebensowenig erwähnt wie die Tatsache, daß nur rund zwölf Prozent der Patienten stationär, also 88 Prozent ambulant behandelt werden. Diese Feststellungen sind kein Schuldvorwurf. Für die Beurteilung der Entwicklung der Krankenhauskosten muß eine Vielzahl von Faktoren berücksichtigt werden. Vor allem ist es notwendig, darauf hinzuweisen, daß unsere Kolleginnen und Kollegen, die im Krankenhaus arbeiten – vom jüngsten Assistenten bis zum Chefarzt –, aus der Kasse des Krankenhauses Tarifgehälter beziehen wie andere Angestellte oder Beamte auch. Natürlich müssen bei einem Kostenvergleich dem ambulanten Sektor auch die veranlaßten Kosten, vor allem also die Arzneimittel, hinzugerechnet werden, die ja auch in den laufenden Betriebskosten des Krankenhauses stecken. Sie bereiten uns größte Sorgen.

Bei einem Kostenvergleich wäre es aber richtiger, sie sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich herauszunehmen, weil die Berechnungen nicht vergleichbar sind. Bei der Beurteilung dieser Fragen geht es im übrigen nicht um einen Streit, sondern allein darum, daß alles, was ambulant gemacht werden kann, letztlich preisgünstiger ist als die stationäre Krankenhausaufnahme. Deshalb ertönt ja von allen Seiten der Ruf nach „soviel ambulant wie möglich“.

Wir kommen also nach wie vor nicht um die Frage herum, ob alle Patienten, die in einem Krankenhausbett liegen, wirklich stationäre Behandlung benötigen. Diese Frage richtet sich in allem Ernst an alle Beteiligten, und ich richte sie erneut zuerst an die niedergelassenen Ärzte. Werden die Möglichkeiten der ambulanten Diagnostik und Therapie wirklich voll ausgeschöpft, um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden oder Krankenhausaufenthalte zu verkürzen? Ich denke gerade an eine Patientin mit einer seit fast zwanzig Jahren vernarbten Lungentuberkulose. Sie wurde von ihrem Hausarzt in eine Klinik zur Durchführung einer kleinen Operation eingewiesen und kein einziger Vorbefund mitgegeben. Die stationär angefertigte Thoraxaufnahme löste eine Kette von Untersuchungen bis hin zum Computertomogramm der Lunge aus! Enorme Kosten hätten gespart werden können, wenn der Hausarzt Befunde mitgegeben oder der Krankenhausarzt den Telefonhörer zur Hand genommen hätte. Ein Einzelfall? Leider keineswegs! Werden Patienten von Krankenhausärzten ohne Einweisung aufgenommen oder gar zu Nachuntersuchungen einbestellt? Wir bereiten derzeit eine wissenschaftliche Untersuchung dazu vor. Ich hoffe, daß alle Beteiligten und Anzuspreekenden bereit sind, an der Aufklärung mitzuwirken.

Eine immer wieder vorgebrachte Behauptung muß angesprochen werden: Schuld an der ganzen Misere sei der „tiefe Graben“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Der müsse endlich zugeschüttet werden. Dazu wird ein einfaches Rezept angeboten, nämlich die „Öffnung“ der Krankenhäuser auch für die ambulante ärztliche Versorgung, also die Einrichtung von Ambulatorien an allen Krankenhäusern. Wir haben bekanntlich seit Jahrzehnten in unserem Lande eine – wie ich meine – bewährte Aufgabenverteilung: Die ambulante ärztliche Versorgung wird durch die niedergelassenen Kassenärzte sichergestellt, die stationäre Versorgung durch die Krankenhäuser mit ihren Ärzten. Es gibt dazu eine Reihe von Sonderregelungen. So können hauptamtliche Krankenhausärzte auf Antrag an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden, wenn dies die Sicherstellung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung erforderlich macht, wenn also

eine Lücke in der kassenärztlichen Versorgung zu schließen ist. Andererseits können niedergelassene Ärzte – allerdings in sehr begrenztem Umfang – an Krankenanstalten zur stationären Behandlung als Belegärzte zugelassen werden. Eingeschlichen hat sich die Eröffnung von Ambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern. Die Psychiatrie ist ja leider seit Jahren eine beliebte „Spielwiese“ für Ideologen und Politiker.

Schon im März habe ich erwähnt, daß es zum Thema „ambulant – stationär“ ganz konkrete Pläne gibt, die in einem „Arbeitspapier für eine Rahmenempfehlung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Bundesverband der gesetzlichen Krankenversicherung“ dargestellt sind. Ich zitiere wegen seiner Bedeutung den § 1 des Entwurfes mit der Überschrift „Zielsetzung“:

„(1) Die Vertragsparteien (§ 372 Abs. 1 RVO) wollen mit den in diesem Vertrag vorgesehenen Maßnahmen entsprechend der Zielsetzung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einen Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen leisten, zu einer zweckmäßigen, ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten kommen und eine bessere Zusammenarbeit zwischen Kassen-/Vertragsärzten und Krankenhäusern/Krankenhausärzten herbeiführen. Zur wirtschaftlichen Erbringung der Krankenhausbehandlung bemühen sich die Vertragsparteien, durch vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung die Dauer der stationären Unterbringung im Krankenhaus in medizinisch vertretbarer Weise zu verkürzen, die Nutzung der Krankenhauseinrichtungen zu verbessern und den Bedarf an Krankenhausbetten in gesamtwirtschaftlich angemessenen Grenzen zu halten.

(2) Während die gegenwärtige Krankenhausbehandlung in ihrer baulichen, betrieblichen und personellen Struktur primär auf eine stationäre Versorgung aller Patienten ausgerichtet ist, gehen die Vertragsparteien davon aus, daß durch die Einbeziehung anderer Behandlungsmöglichkeiten in Form der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung ein Kosteneinsparungseffekt eintreten kann. Diese Annahme stützt sich auf die Erfahrung,

- daß nicht alle zur stationären Behandlung eingewiesenen Patienten einer sofortigen Unterbringung in einem Krankenhaus bedürfen, weil vor Einleitung therapeutischer Maßnahmen häufig eine weitergehende Diagnostik erforderlich ist, deren Ergebnisse oft erst nach einigen Tagen zur Verfügung stehen,
- daß terminierbare Operationen der operativen Kapazität entsprechend zeitlich besser abgestimmt werden können.“

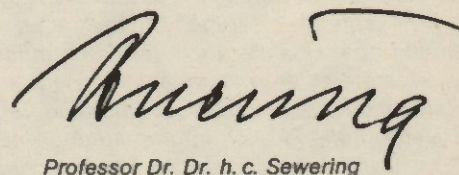
Der erwähnte § 372 Abs. 1 RVO wurde in die RVO aufgenommen, als das Bundesarbeitsministerium unter der Leitung der SPD stand. Er entspricht voll den Vorstellungen dieser Partei zur „Öffnung“ der Krankenhäuser. Jetzt, nachdem das Arbeitsministerium mehr als vier Jahre von der CDU geleitet wird, soll er realisiert werden!

Die Väter des Entwurfes gehen davon aus, daß die Kassenärzte Patienten stationär einweisen, obwohl dies nicht erforderlich ist, oder ambulant mögliche Untersuchungen nicht durchgeführt worden sind. Dies dient dann als Rechtfertigung dafür, den Patienten im Krankenhausambulatorium einer ambulanten Diagnostik zuzuführen. Eine merkwürdige Sache! Bisher werden stationäre Aufnahmen, die sich als unbegründet erweisen, damit begründet, der Krankenhausarzt könne nicht auf Anhieb entscheiden, ob ambulante Behandlung ausreichend ist. Der Patient müsse deshalb schon aus forensischen Gründen zur Beobach-

tung stationär aufgenommen werden. Genau diese Sofortentscheidung wird aber nun im Vertragsentwurf von den Krankenhausärzten verlangt. § 4 Abs. 2 des Entwurfes lautet: „Es muß gewährleistet sein, daß bei jedem zur Krankenhausbehandlung eingewiesenen Patienten vor Zuweisung eines Bettes unverzüglich eine ärztliche Untersuchung vorgenommen wird, um zu klären, ob diagnostische Maßnahmen im Sinne dieser Vereinbarung ausreichend sind. Die unverzügliche ärztliche Untersuchung muß an jedem Werk-, Sonn- und Feiertag sichergestellt werden.“ Die Sofortentscheidung des diensthabenden Arztes ist also Voraussetzung für ambulante vorstationäre Diagnostik im Krankenhaus, die dann „möglichst an unmittelbar aufeinanderfolgenden Tagen“ durchgeführt werden soll.

Sehr klug ist auch der § 2 Abs. 2 abgefaßt: „Bei der Erbringung der vorstationären Diagnostik und der nachstationären Behandlung handelt es sich um die Erbringung stationärer Krankenhausleistungen im Sinne des Pflegesatzrechts.“ Damit ist sichergestellt, daß die Abrechnung direkt zwischen Krankenhaus und Kasse erfolgt, die Kassenärztliche Vereinigung also keinen Einblick erhält. Abgerechnet werden soll nämlich nach Einzelleistungen! Nun wird man einwenden, der Vertrag sehe ja vor, daß der einweisende Arzt „zustimmen“ müsse. Auch hier wird vorgesorgt durch entsprechende Gestaltung des Einweisungsvordruckes: „Dabei soll das Muster auch vorsehen, daß bereits mit der Verordnung von Krankenhauspflege der Arzt seine Zustimmung zur vorstationären Diagnostik bzw. nachstationären Behandlung erteilen kann.“ Die Zustimmung wird also schon vorprogrammiert. Ob der Patient stationär oder „vorstationär“ aufgenommen wurde, erfährt der einweisende Arzt spätestens, wenn ihn der Patient aufsucht oder um einen Hausbesuch bittet. Der Patient ist also in diesem Fall zwangsläufig sowohl ein „ambulanter stationärer“ des Krankenhauses als auch ein ambulanter seines Arztes.

Was wollen die Väter dieses Entwurfes? Wenn es ihnen auf die Einsparung von Pfliegetagen ankäme, dann würde es ja genügen, wenn der Krankenhausarzt bei der Sofortuntersuchung (siehe den zitierten § 4 Abs. 2!) entscheidet, daß ambulante Diagnostik möglich ist und den Patienten zum einweisenden Arzt zurückschickt. Eine etwaige spätere Krankenaufnahme oder ein Operationstermin könnten dann ohne Schwierigkeiten nach Abschluß der Diagnostik vereinbart werden. Ich fürchte, daß hier andere Motive maßgebend sind. Man will offensichtlich die „Öffnung der Krankenhäuser“, also Ambulatorien. Die vorgesehenen zeitlichen Begrenzungen sind dabei kein Hindernis. Würden dann Betten abgebaut, oder läßt man sie großzügig leerstehen? Die Auswirkungen auf einen großen Teil der niedergelassenen Ärzte mag sich jeder vor Augen führen. Und das unter einem Arbeitsminister der CDU! Geradezu makaber ist es, daß dieser Rahmenvertrag „in Absprache mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ abgeschlossen werden soll. Ein un guter Ausblick auf die bevorstehende Strukturreform!



Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

Damit Ihre Praxis nicht Theorie bleibt!

HYPO-Beratung

Sprechstunden täglich
während der üblichen Schalterzeiten
sowie nach Vereinbarung.
Hausbesuche möglich.

Die HYPO-Idee, wie man mit dem **Ärztendarlehen** den **Äskulapstab** zum **Grünen** bringt.

Wissen beweist man in der Praxis – am besten gleich in der eigenen. Und damit Sie dafür nicht allzu lange im Wartezimmer sitzen müssen, haben wir Ihnen eine Lösung anzubieten: das **HYPO-Ärztendarlehen**.

Zur Gründung, Übernahme, Erweiterung, Modernisierung oder Verlegung einer Praxis – zum Kauf von Geräten und Einrichtungen, zur Stärkung Ihrer Betriebsmittel.

Als Tilgungs- oder Festdarlehen zu bekommen: bis DM 500.000.–. Laufzeiten von 4 bis 15 Jahren. Die Rückzahlung erfolgt

in monatlichen Raten oder am Ende der Laufzeit durch Fälligkeit einer Lebensversicherung.

Am besten, Sie sprechen einmal persönlich mit uns. Zur Anamnese, Diagnose und Therapie begeben Sie sich ganz einfach in Ihre nächste HYPO-Filiale.

Wir lassen uns etwas für Sie einfallen.



Die HYPO. Eine Bank – ein Wort.

Viertes Münchener Perinatalgespräch

am 18./19. November 1986 Im Ärztehaus Bayern

Auf Einladung der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns trafen sich etwa 50 Geburtshelfer, Kinderärzte und Statistiker sowie Vertreter der ärztlichen Körperschaften aus allen Bundesländern und Westberlin am 18./19. November 1986 in München zum Vierten Münchener Perinatalgespräch. Sein Inhalt und seine Aufgabe ist ein Erfahrungsaustausch über die organisatorischen, juristischen, finanziellen und statistischen Fragestellungen, wie sie in den Perinatologischen Arbeitsgemeinschaften der einzelnen Bundesländer auftreten.

Die Erhebungen hatten 1975 mit der Münchener Perinatalstudie ihren Anfang genommen und wurden später als Bayerische Perinatalerhebung landesweit weitergeführt. In dieser Zeit sank die vom Bayerischen Landesamt für Statistik ausgewiesene perinatale Mortalität von 19,1 auf 7,7 Promille. Die entsprechenden Werte der Bayerischen Perinatalerhebung lagen stets etwas günstiger, zuletzt bei 7,3 Promille.

Stand der Perinatalerhebungen in den Bundesländern

Nach der Eröffnung und Begrüßung wurde von Dr. F. Conrad, München, die überarbeitete Fassung des Perinatologischen Erhebungsbogens vorgestellt, wie sie von einer gemeinsamen Kommission mehrerer Arbeitsgemeinschaften vorgelegt werden konnte. Ein solcher Bogen wird schon bisher von den Geburtshelfern der angeschlossenen Kliniken für jede Geburt ausgefüllt. Dafür erhalten sie eine aufschlußreiche Statistik, der sie den gegenwärtigen Stand der Qualität ihrer Leistungen entnehmen

können, um eventuell Konsequenzen daraus zu ziehen. Außerdem werden mit Hilfe dieser Erhebungen bestimmte geburtshilfliche Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft.

Wichtig war, daß die Neuauflage des Bogens noch nicht endgültig abgeschlossen worden war, sondern daß – soweit möglich – noch Anregungen aus den Reihen der Teilnehmer aufgenommen werden konnten. Der neue Bogen bringt einen wesentlichen Vorteil: Die Kataloge A und B sind mit denen des neuen Mutterpasses identisch. Dadurch ergibt sich

eine wesentliche Vereinfachung bei der Ausfüllung des Bogens. Weiter wurden verschiedene Gebiete genauer erfaßt. Andere Gebiete wieder konnten in Anbetracht der Weiterentwicklung aufgegeben werden. Dieser neue Bogen wird in Bayern ab 1. Januar 1987 verwandt. Andere Bundesländer schließen sich zum gleichen Datum oder später an.

Ein wichtiger Diskussionspunkt war die Neonatalerhebung. Diese Erhebung erfaßt das weitere Schicksal der aus den geburtshilflichen Kliniken wegen einer Erkrankung in eine Kinderklinik verlegten Kinder. Diese Methodik wurde mit der Perinatologischen Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen zusammen erarbeitet und befindet sich noch im Stadium einer Studie. Auch hier ist für später an eine flächendeckende Erfassung gedacht. Man erwartet hieraus einen Aufschluß über die Versorgung der Risikokinder und auch Aussagen über die Auswirkung verschiedener geburtshilflicher Maßnahmen auf diese Problemfälle.

Einen breiten Raum nahmen die Berichte aus den Bundesländern über den aktuellen Stand der Perinatal- und Neonatalerhebungen ein. Hierbei sind im Bundesgebiet unterschiedliche Entwicklungsstadien zu verzeichnen; die Spanne reicht von einer elfjährigen Dokumentation bis zu einem Neubeginn der perinatologischen Erhebung im Jahr 1986 (s. Tab. 1). Insgesamt beteiligen sich derzeit bundesweit jährlich über 800 Kliniken mit etwa 410 000 Geburten an den statistischen Erhebungen zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe. Vor einem Jahr waren es noch 759 Kliniken mit etwa 380 000 Geburten.

Interessante Vergleiche ergaben sich dabei z. B. über die Handhabung der Postleitzahl bei der Beurteilung der Regionalisierung. Ebenso waren die Berichte zum Thema Budget und Finanzierung sehr instruktiv, auch die Berichte über die unterschiedlichen Organisationsformen in den einzelnen Bundesländern, die jeweils den regionalen Gegebenheiten personeller und politischer Möglichkeiten entsprechen müssen.

Die Datenerfassung und Bearbeitung wird entsprechend der organisatorischen Möglichkeiten ebenfalls unterschiedlich gehandhabt. Die Dokumentation der ambulanten Geburten sowie der Hausgeburten war ein weiteres Diskussionsthema. Die Beteili-

Tabelle 1: Perinatalerhebungen in den deutschen Bundesländern (Stand: November 1986)

Bundesland	Beginn	1985			1986 (geschätzt aus 1. HJ '85)	
		Anzahl n	Kinder %	Anzahl Kliniken	Anzahl Kinder %	Anzahl Kliniken
Baden-Württemberg	1985	29 580*)	60,2*)	100	85	124
Bayern	1975	91 458	81,8	170	85	175
Berlin	1986	–	–	–	–	–
Bremen	1980	4 488	66,7	7	67	7
Hamburg	1982	14 947	100,0	19	100	19
Hessen	1981	33 460	67,1	61	80	65
Niedersachsen	1980	50 482	74,8	86	80	100
Nordrhein	1982	59 837	72,0	86	78	94
Westfalen-Lippe		ca.				
	1984	48 000	64,0	98	75	131
Rheinland-Pfalz	1985	35 014	87,9	69	87	64
Saarland	1985	9 753	57,6	15	74	17
Schleswig-Holstein	1983	9 267	40,1	14	45	22

*) Oosten stammen aus 2. Halbjahr

Partnerschaft.

Grundlage jeder Heilung bei Ulcus und Gastritis ist die Durchblutung. Gastrozepin® fördert sie in der Magen- und Dünndarmschleimhaut. Dadurch regeneriert sich die Schleimhaut schneller und wird gegen Rezidive widerstandsfähiger.

Mehr Durchblutung. Weniger Säure.
Doppelt heilt besser!

Zusätzlich hemmt Gastrozepin® die Säuresekretion, aber blockiert sie nicht. Dadurch wird der Einfluß der aggressiven Faktoren vermindert und die Sekretion physiologisch normalisiert. Das bringt schnelle Schmerzfremheit. Bei Tag und bei Nacht.



Bei Ulcus und Gastritis.

Gastrozepin® 50

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 52,12 mg Pirenzepindihydrochlorid 1 H₂O entsprechend 50 mg Pirenzepindihydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** Akute und chronische Formen von Geschwüren des Magens und des Zwölffingerdarmes; Rezidivprophylaxe von Zwölffingerdarmgeschwüren; Fortführung der i. v. begonnenen Prophylaxe streßbedingter Schleimhautläsionen im Magen und Duodenum; hyperazider Reizmagen; Gastritis; funktionelle Oberbauchbeschwerden (Non Ulcer Dyspepsia); medikamentös bedingte Magenbeschwerden; Nebenwirkungsprophylaxe bei der Behandlung mit Antirheumatika und Antiphlogistika. **Gegenanzeigen:** Zwar besitzt Gastrozepin 50 auch bei hoher Dosierung keine teratogenen Eigenschaften, trotzdem wird – wie allgemein üblich – von einer Anwendung während der ersten drei Schwangerschaftsmonate abgeraten. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin 50 eine Appetitanregung und eine Verminderung der Stuhlkonsistenz bewirken. Vereinzelt kann die Anpassungsfähigkeit der Augen für das Nahsehen vorübergehend beeinträchtigt werden. In seltenen Fällen kann es – bei hoher Dosierung – bedingt durch verminderten Speichelfluß zu Mundtrockenheit kommen. **Eigenschaften:** Der Gastrozepin-Arzneistoff wurde von der Thomae-Forschung entwickelt. Er hemmt deutlich die Produktion von Magensaft und senkt dessen Säuregehalt. Pharmakologische und klinische Untersuchungen zeigen, daß die Wirkung von Gastrozepin in hohem Maße selektiv ist, d. h. es besteht die höchste Affinität zu den Parietalzellen des Magens, daher fehlen die typischen anticholinergischen Nebeneffekte. Besonders hervorzuheben ist, daß der Gastrozepin-Wirkstoff trotz seiner trizyklischen Struktur pharmakologisch und klinisch keinerlei zentrale Wirkung zeigt, daß Wachsafwirkungen mit anderen Mitteln (β-Blockern, Antacida) nicht beobachtet wurden. Durch die pharmakologisch bedingte Halbwertszeit von durchschnittlich 12 Stunden besitzt Gastrozepin Langzeitwirkung. Durch die ausgeprägte Hemmung der Salzsäureproduktion im Magen wird eine schnelle und anhaltende Schmerzfremheit erreicht. **Art der Anwendung:** Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Wasser. **Dauer der Anwendung:** Die Behandlung sollte bei Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren nach eingetretener Beschwerdefremheit zur Rezidivprophylaxe sowie in Fortführung der Straßkussprophylaxe noch 4–6 Wochen beibehalten werden; ansonsten bis keine Beschwerden mehr zu verzeichnen sind. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Gastrozepin 50 Tabletten. Originalpackung mit 20 Tabletten (N1) DM 34,80, Originalpackung mit 50 Tabletten (N2) DM 74,20, Originalpackung mit 100 Tabletten (N3) DM 136,55. Klinikpackungen. – Preisänderung vorbehalten. Weitere Darreichungsformen: Gastrozepin 25-Tabletten, Gastrozepin-Trockenpulver mit Lösungsmittel, Gastrozepin-Injektionslösung.

Thomae

» Von Herzen gesund «



Persumbran[®]

schützt das Altersherz
vor koronaren Störungen
und beruhigt es zugleich

Zusammensetzung: 1 Draée enthält: Dipyridamol 25 mg, Oxazepam 10 mg. **Anwendungsgebiete:** Zur Frühbehandlung der Angina pectoris. **Gegenanzeigen:** Das Präparat soll nicht angewendet werden bei einer speziellen Form der Muskelschwäche (Myasthenia gravis). Teratologische Untersuchungen und die Anwendung in Klinik und Praxis haben keine Hinweise erbracht, daß Persumbran die Leibesfrucht schädigt. Wie alle Arzneimittel sollte aber auch Persumbran während der Frühschwangerschaft und während der Stillzeit nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Bei Patienten, die Neigung zu vermehrtem Gebrauch von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Alkohol haben, ist die Verordnung von Persumbran sorgfältig abzuwägen. Bei akuten Vergiftungen mit Alkohol, Schlafmitteln oder Präparaten zur Behandlung seelischer Störungen (Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium) darf Persumbran nicht eingenommen werden. **Hebenerkennungen:** In Abhängigkeit von der Dosis und zu Beginn der Behandlung kann es zu Tagesmüdigkeit, Schwindelgefühl, Benommenheit, Koordinationsstörungen, Appetitsteigerung und einer Änderung der Libido kommen. In seltenen Fällen kann eine Wirkungsumkehr (paradoxe Reaktion) eintreten. Wenn auch die muskelerschlaffende Wirkung von Persumbran sehr gering ist, kann bei älteren Menschen Vorsicht geboten sein. Nach langfristiger täglicher Einnahme von Persumbran können sich, wie bei anderen beruhigenden und angstlösenden Mitteln, durch plötzliches Absetzen der Therapie Schlafstörungen bzw. Angst- und Spannungszustände sowie Erregung und innere Unruhe wieder bemerkbar machen; sie bilden sich in einigen Tagen zurück. Wie bei anderen Arzneimitteln dieses Wirkungstyps steigt bei fortgesetzter Einnahme höherer Dosen die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung. Nach mißbräuchlicher Verwendung von Persumbran können, wie bei anderen Präparaten dieser Gruppe, Entzugserscheinungen, wie Zittern, Schwitzen, Krämpfe, Angst- und Erregungszustände auftreten. Persumbran kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Betätigen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Bei gleichzeitiger Einnahme von Persumbran mit anderen zentralwirksamen Medikamenten (z. B. Psychopharmaka, Schlafmittel, Schmerzmittel) kann die Wirkung dieser Medikamente verstärkt werden. Dies gilt in besonderem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. Da bei Patienten, die unter Dauerbehandlung mit anderen Arzneimitteln stehen, im Einzelfall Art und Umfang von Wechselwirkungen nicht sicher vorhersehbar sind, ist insbesondere zu Beginn der Behandlung Vorsicht geboten. Zusammen mit Bohnenkaffee oder Schwarztee sollte Persumbran nicht eingenommen werden. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** OP mit 20 Draées (N 1) DM 9,60, OP mit 50 Draées (N 2) DM 21,35, DP mit 100 Draées (N 3) DM 38,70. Klinikpackungen. - Preisänderung vorbehalten.

Dr. Karl Thomae GmbH, Biberach an der Riss

Thomae

gung in den einzelnen Bundesländern schwankte erheblich. Hamburg konnte 100 Prozent Beteiligung vermelden, ein anderes Bundesland nur etwas über 50 Prozent. Auch hier gaben die lokalen Gegebenheiten – wie z. B. Nichtbeteiligung einer zentralen großen Universitätsklinik in einem Bundesland – interessante Aspekte. Die weiteren Themen werden in den folgenden Kapiteln durch die Autoren im einzelnen ausgeführt.

Die Abschlußdiskussion brachte noch eine Fülle von Anregungen und Ideen, die in den verschiedenen Gremien und Perinatologischen Arbeitsgemeinschaften in den Bundesländern aufgenommen werden können. Gemeinsam und einstimmig wurde als Termin für das *Fünfte Münchener Perinatalgespräch der 17./18. November 1987* festgelegt, wozu die Bayerische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns wieder einladen. Die Veranstaltung klang aus mit einem Dank für die Organisation des Treffens an den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, und die Mitarbeiter der Zentralen EDV der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Dr. Brigitte Groebl und
Dr. Ch. Thieme, München:

Datenqualität in der Perinatalerhebung

Nach einem kontinuierlichen und spürbaren Rückgang der perinatalen Mortalität in den vergangenen Jahren wurde mit 7,7 Promille im Jahre 1985 erneut ein sehr gutes Ergebnis erzielt. Die Bayerische Perinatalerhebung hat wohl einen wichtigen Bei-

trag zum Zustandekommen dieser günstigen Entwicklung geleistet. Auch die Entwicklung der Perinatalerhebung selbst verlief durchaus befriedigend. In Bayern konnte die Repräsentativität im Jahre 1985 weiter auf nunmehr nahezu 82 Prozent angehoben werden, und auch in allen anderen Bundesländern wurden inzwischen Perinatalerhebungen eingeführt. Auch und gerade in dieser Situation ist der Stellenwert des Themas „Datenqualität“ hoch.

Die detaillierte Erläuterung einzelner Kriterien zur Datenqualität führt an dieser Stelle zu weit. Festzuhalten ist, daß Datenqualität nur durch ein Bündel von Kriterien beschrieben werden kann. Hierzu gehören die Richtigkeit der erhobenen Daten, die Vollständigkeit, mit der die einzelnen Formulare bearbeitet werden, sowie die Vollständigkeit der dokumentierten Geburten. Im weiteren Sinne wären auch Kriterien wie Pünktlichkeit der Bearbeitung, Umgang mit den gelegentlich erforderlichen Rückfragen oder Leserlichkeit der Eintragungen zu nennen.

Festzuhalten ist auch, daß die Bewertung der Datenqualität einer Klinik sich nicht daran orientieren kann, was „die anderen“ tun, sondern daran, ob die aus der Dokumentation entnommene Situationsbeschreibung für die Klinik – wo erforderlich – zu handlungsrelevanten Schlüssen verhilft.

Aus der Sicht der einzelnen Klinik stellt sich die Frage nach der Datenqualität spätestens dann, wenn sich einzelne Parameter in ihrer geburts-hilflichen Statistik vom Durchschnitt vergleichbarer Häuser abheben. In dieser Situation wird man zunächst überprüfen, ob

– die Daten plausibel sind,

- die Abweichungen im Rahmen des Zufälligen erklärbar sind, oder
- die Zusammensetzung des versorgten Schwangerenklientels ein vom Durchschnitt abweichendes Verhalten rechtfertigt bzw. erforderlich macht.

Der erste der genannten Punkte braucht nicht diskutiert zu werden. Falls eine Klinik aufgrund der Art des Zustandekommens ihrer Dokumentation bereits Zweifel an der Datenqualität hegen muß, schadet sie sich vor allem selbst. Angesichts der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Bayerischen Perinatalerhebung tritt dieser Aspekt wohl in den Hintergrund.

Aber auch die Beurteilung der Zufälligkeit einer Abweichung, die anhand der Auffälligkeitsgrenzen im Klinikprofil erfolgt, steht in engem Zusammenhang zur Datenqualität. Dieser ergibt sich über das Kriterium der Vollständigkeit. Kliniken, die nur einen Teil ihrer Geburten dokumentieren, setzen sich dem Risiko aus, daß die in ihrer Statistik errechneten Häufigkeiten (z. B. die Sectio-Frequenz) systematisch fehlerbehaftet sind. Dies tritt vor allem dann auf, wenn – unbewußt – bestimmte Besonderheiten des Geburtsverlaufs oder des Neugeborenen zu Dokumentationslücken führen. Beispiel: Man möchte den Verlegungs-befund abwarten, läßt den perinatologischen Bogen daher zunächst unbearbeitet liegen und vergißt ihn schließlich. Die Folge in diesem Beispiel ist eine Unterschätzung der Verlegungsrate in der Klinikstatistik.

Im Klinikprofil können sich solche Erfassungslücken dahingehend auswirken, daß der errechnete (unrichtige) Klinikwert „unauffällig“ ist, während der korrekte Wert, der sich ergeben würde, wenn alle Geburten der

Schwindel verschiedener Genese

(besonders arteriosklerotisch bedingter)

Vertigoheel®

Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

-Heel

ZUSAMMENSETZUNG: Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 jeweils 30 mg. Tropfen: 100 ml enthalten Cocculus D4 70 ml, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 jeweils 10 ml. **Injektionslösung:** 1,1 ml enthalten: Cocculus D3 7,7 ml, Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 jeweils 1,1 ml. **DOSIERUNGSANLEITUNG UND ART DER ANWENDUNG:** Tabletten, Tropfen: 3 mal täglich 3 Tabletten unter der Zunge zergehen lassen bzw. 15-20 Tropfen einnehmen, bei anfallsweisem Schwindel initial alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 10 Tropfen. **Injektionslösung:** Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3-1 mal wöchentlich 1 Ampulle s.c., i.m., i.v. **DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖSSEN:** Packungen mit 50 Tabletten DM 5,32, mit 250 Tabletten DM 17,74. Tropfflaschen mit 30 ml DM 8,81, mit 100 ml DM 24,53. Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 10,18, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 16,80.

Stand April 1985

Klinik dokumentiert wären, „auffällig“ wäre. Ebenso ist natürlich auch der umgekehrte Effekt möglich, daß durch Dokumentationslücken zusätzliche „Auffälligkeiten“ entstehen.

Insgesamt ergab sich bei der Prüfung der Vollständigkeit im Jahrgang 1985 folgendes Bild: Über 50 Prozent der teilnehmenden Kliniken haben lückenlos dokumentiert, bei ca. 85 Prozent aller Kliniken waren mindestens 98 Prozent der Geburten erfaßt. Sorge bereiten vor allem jene Kliniken, die weniger als 90 Prozent der Geburten dokumentieren, das sind etwa drei Prozent der teilnehmenden Häuser. Hier stellt sich ernsthaft die Frage, was die Klinik aus dieser unvollständigen Statistik ablesen will.

Die dritte Frage betraf die Zusammensetzung des versorgten Schwangeren Klientels, aus der sich die Erklärung für ein vom Durchschnitt abweichendes geburtshilfliches Verhalten ergeben kann. Vielfach ist dieser Sachverhalt a priori bekannt. Als Beispiel sei das in einer Universitätsklinik gesehene Spektrum im Vergleich zu den Patientinnen eines Belegarztes genannt. Jedoch können auch aus den Daten selbst Unterschiede des Patienten Klientels einzelner Kliniken ermittelt werden. In diesem Fall ergeben sich wiederum Berührungspunkte zum Thema Datenqualität.

So ergibt sich beispielsweise beim Vergleich der bayerischen Kliniken untereinander hinsichtlich der Sectio-Frequenz in den meisten Fällen ein erkennbarer Zusammenhang zwischen Sectio-Frequenz einerseits und der Frequenz der möglichen indizierenden Faktoren andererseits, während einige Kliniken diesbezüglich aus dem Rahmen fallen. Für diese Gruppe von Kliniken, bei denen Sectio-Frequenz und Indikationshäufigkeit nicht harmonisieren, stellt sich die Frage, ob in erster Linie das geburtshilfliche Verhalten oder die Datenqualität zur Überprüfung ansteht.

Bei der manuellen und automatischen Kontrolle der einzelnen Bogen können solche Effekte durchaus unerkannt bleiben, da die Zusammenhänge im Einzelfall ja nicht deterministisch sein brauchen. Auffällig wird die Klinik möglicherweise erst aufgrund der Summe ihrer Befunde. Gerade dieser letzte Punkt eröffnet ein sehr großes Gebiet für zusätzliche Auswertungen des Materials.

An die beteiligten Kliniken ergeht der nachhaltige Appell, bereits bei der primären Dokumentation vollständig und sorgfältig zu arbeiten und etwaige Rückfragen rasch und korrekt zu bearbeiten. Nur vollständige und sorgfältige Dokumentation führt zu einer Klinikstatistik, aus der die Klinik die Ergebnisse ihres geburtshilflichen Handelns zuverlässig ablesen kann.

Professor Dr. H. K. Selbmann,
Tübingen:

Gegenüberstellung der Ergebnisse landesweiter Perinatalerhebungen

Zwar lassen sich durch Vergleiche der Statistiken der landesweiten Perinatalerhebungen keine Erklärungen für unterschiedliche Mortalitätsraten finden, dennoch liefern sie eine Reihe von Anregungen für zukünftige Qualitätssichernde Maßnahmen. Der folgende Vergleich der Ergebnisse des Jahres 1985 zeigt dafür einige Beispiele (Tab. 2). Neben den ältesten flächendeckenden Perinatalerhebungen aus Bayern, Niedersachsen und Nordrhein wurden hierzu noch Baden-Württemberg (nur zweite Hälfte 1985) mit der traditionell niedrigsten perinatalen Mortalität in der Bundesrepublik und Hamburg mit der einmaligen Vollständigkeit von 100 Prozent herangezogen.

Obwohl sich die Schwangeren in den fünf Perinatalerhebungen bezüglich ihrer Nationalitätszugehörigkeit, der Zahl der Kinder und des Familienstandes zum Teil beträchtlich unterscheiden, treten dennoch – mit einer Ausnahme – alle Schwangerschaftsrisiken in etwa gleich häufig auf. Die Ausnahme betrifft die dokumentierte Nikotinabhängigkeit, die jedoch sowohl vom tatsächlichen Nikotinkonsum der Schwangeren als auch ihrer Ehrlichkeit und der Dokumentationsfreudigkeit des Arztes abhängig ist.

Im Vergleich mit den anderen Bundesländern kommen in Bayern die Schwangeren später zur ersten Vorsorgeuntersuchung. Seltener werden die HPL-Bestimmung und das antepartale Kardiotokogramm als Überwachungsmaßnahme eingesetzt.

Auch bei der Geburtsführung zeigen sich unterschiedliche Einstellungen zur Indikation geburtshilflicher Maßnahmen. Auffällig sind z. B. der häufige Einsatz von Wehenmitteln während der Geburt in Hamburg, die relativ seltene Überwachung der Geburt durch interne CTGs in Baden-Württemberg (wird durch externe CTGs kompensiert) und die in Nordrhein und Hamburg bevorzugten Epiduralanästhesien. Erstaunlich groß sind auch die Differenzen in den Kaiserschnitttraten bei Schädellagen-Einlingen.

Tabelle 2: 5-Länder-Vergleich 1985 zwischen Baden-Württemberg (BW), Niedersachsen (NS), Bayern (BY), Nordrhein (NR) und Hamburg (HH)

Leut Statistischem Landesamt:	BW	NS	BY	NR	HH
Perinatale Mortalität (‰)	6,7	7,7	7,7	8,6	8,8
Säuglingssterblichkeit (‰)	7,2	9,0	7,8	10,3	9,6
Repräsentativität der Perinatalerhebung (%)	60,2	74,8	81,8	72,0	100,0
Ausländerinnen (%)	15	6	8	14	16
Nikotinabhängige (%)	6	11	5	15	8
Schwangerenvorsorge vor der 13. Woche (%)	78	80	74	78	78
Antepartales CTG (%)	64	67	59	60	69
HPL-Bestimmung (%)	14	16	9	13	30
Wehenmittel während der Geburt (%)	32	39	40	39	48
Internes CTG (%)	39	53	47	52	51
Sectio bei Schädellagen (%)	9	9	11	11	6
Nabelschnur-pH-Messungen (%)	57	61	30	61	67
pH < 7,20 (%)	6	6	4	9	11
Pädiatrische Untersuchung am 1. Lebenstag (%)	16	24	27	23	21
Kindliche Morbidität (%)	28	27	24	27	28

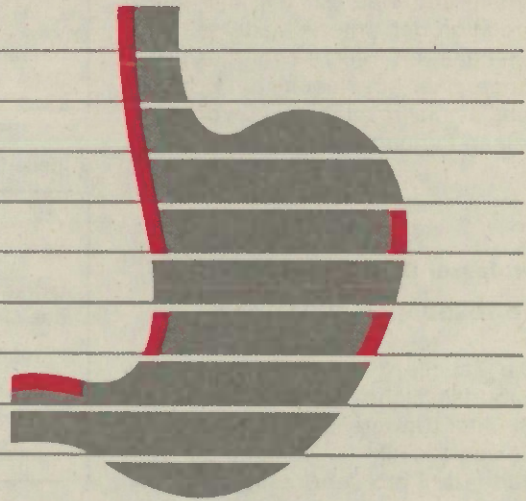
kostensenkende
Marken-Präparate

**AZU-
CHEMIE**

Pirenzepin jetzt preisgünstig

Ulcoprotect[®]-50

Ulcus, Gastritis, Reizmagen



- verbessert die Magendurchblutung
- hemmt die Säuresekretion

**Aktiver Magenschutz
mit der Doppelwirkung,
auf die es ankommt**



Ulcoprotect[®]-25: 20 Tabl. N1 DM 8,25 · 50 Tabl. N2 DM 19,25 · 100 Tabl. N3 DM 37,65
Ulcoprotect[®]-50: 20 Tabl. N1 DM 15,95 · 50 Tabl. N2 DM 33,85 · 100 Tabl. N3 DM 65,45

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Pirenzepindihydrochlorid 25 mg/50 mg. **Indikationen:** Akute und chronische Formen von Geschwüren des Magens und des Zwölffingerdarms; Rezidivprophylaxe von Zwölffingerdarmgeschwüren; Fortführung der i.v. begonnenen Prophylaxe streßbedingter Schleimhautläsionen im Magen und Zwölffingerdarm; hyperazider Reizmagen; Gastritis; funktionelle Oberbauchbeschwerden (Non Ulcer Dyspepsia); medikamentös bedingte Magenbeschwerden; Nebenwirkungsprophylaxe bei der Behandlung mit Antirheumatika und Antiphlogistika. **Kontraindikationen:** Obwohl auch bei hohen Dosierungen keine teratogenen Wirkungen bekannt wurden, wird von einer Anwendung in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten abgeraten. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Appetitsteigerung oder weicher Stuhl. Vereinzelt kann die Anpassungsfähigkeit der Augen für das Nahsehen vorübergehend beeinträchtigt werden. In seltenen Fällen kann es (bei hoher Dosierung) bedingt durch verminderten Speichelfluß zu Mundtrockenheit kommen. **Dosierung:** Bei Geschwüren des Magens und des Zwölffingerdarms morgens und abends 1 Tablette Ulcoprotect-50 bzw. je 2 Tabletten Ulcoprotect-25 einnehmen. Bei hyperazidem Magen, Gastritis, funktionellen Oberbauchbeschwerden, medikamentös bedingten Magenbeschwerden sowie zur Nebenwirkungsprophylaxe bei der Therapie mit Antirheumatika und Antiphlogistika morgens und abends 1/2 Tablette Ulcoprotect-50 bzw. je 1 Tablette Ulcoprotect-25 einnehmen. Die Tabletten sollen vor der Mahlzeit mit etwas Flüssigkeit eingenommen werden.

Azuchemie, 7016 Gerlingen

Nur etwa halb so oft wie in anderen Ländern wird in Bayern aus der Nabelschnurarterie der pH-Wert als eine Art „objektive“ Zustandsmessung des Neugeborenen bestimmt. Erfreulich häufiger als anderswo sind dagegen Pädiater bei der Geburt anwesend und findet die erste pädiatrische Untersuchung bereits am ersten Lebenstag statt. Seltener werden die Neugeborenen verlegt und Morbiditätszeichen dokumentiert; dies harmoniert mit der verhältnismäßig niedrigen Säuglingssterblichkeit Bayerns im Vergleich zu den anderen Bundesländern.

Die hier nur beispielhaft genannten Unterschiede bieten genügend Anregungen für interkollegiale Diskussionen, Konsensus-Treffen oder Forschungs- bzw. Fortbildungsvorhaben. Daher sind ein schneller Austausch der jährlichen Statistiken und Profile und eine gemeinsame Interpretation der Unterschiede sehr erstrebenswert. Hierzu bedarf es allerdings einer beschleunigten Erarbeitung der Jahresstatistiken in den einzelnen Perinatalerhebungen.

Professor Dr. D. Berg, Amberg: Fortbildungsmaßnahmen

Die Tabelle 3 unterteilt bayerische geburtshilfliche Abteilungen nach Struktur (Universitäts-, Chefarzt- und Belegarztambulanz) sowie nach der Geburtenzahl pro Jahr. Zeile 1 läßt erkennen, daß sich die Gesamtgeburten recht gleichmäßig auf Anstalten über 1000, zwischen 500 und 1000 und unter 500 Geburten/Jahr verteilen. Demgegenüber sind spezielle Risikogeburten (Zeile 2: Beckenendlagen bzw. Zeile 3 und 4: Frühgeburten) in Kliniken größerer Geburtenzahl und universitärer Struktur häufiger anzutreffen, als der Verteilung der Gesamtgeburten entspricht. Zweifellos ein gewisser Effekt einer Zentralisation von Risikogeburten, wie es wünschenswert ist und den Mutterchaftsrichtlinien entspricht.

Andererseits finden in Abteilungen unter 500 Geburten/Jahr noch zu viele Risikogeburten statt; dies wird besonders deutlich, wenn man Anstalten unter 250 Geburten/Jahr betrachtet: Bei einem Anteil von 6,5 Prozent an der Gesamt-Geburtenzahl beträgt der Anteil der Frühgeburten (32 bis 36 Wochen) 5,3 Prozent und

Tabelle 3: Häufigkeit verschiedener Risiken in Kliniken verschiedener Struktur und Größe (in %) – Bayerische Perinatalerhebung (=BPE) 1985 – ohne Mehrlinge (Stand der Regionalisierung von Risiken)

	Klinik			Geburten/Jahr		
	Universität	Chefarzt	Belegarzt	>1000	500-1000	<500
Anteil der Geburten an der Gesamtgeburtenszahl der BPE	7,1	51,5	41,4	34,9	33,9	31,2
Anteil der BEL-Geburten an Gesamt-BEL-Zahl der BPE	9,7	50,7	39,6	38,3	33,9	27,8
Anteil der Frühgeburten 32.-36. Woche an Gesamt-Frühgeburten-Zahl der BPE	10,5	52,7	36,8	40,7	31,1	28,2
Anteil der Frühgeburten <32. Woche an Gesamt-Frühgeburten der BPE	21,8	53,3	24,9	53,3	26,6	20,1

Tabelle 4: Perinatale Mortalität unter 1500 g in Kliniken verschiedener Größe (in %)

	Geburten / Jahr				
	>1000	750-1000	500-750	250-500	<250
Perinatale Mortalität unter 1500 g	30,9	28,0	37,4	34,5	36,4

Tabelle 5: Inzidenz verschiedener Risikosituationen in Kliniken verschiedener Größe

beträgt die Häufigkeit des Merkmals	Bei einer Geburtenzahl von jährlich				
	1200	850	600	400	200 Geburten
vaginale BEL-Geburt	12	7	6	4	1
Frühgeburt 32-36 Wochen	77	42	29	19	10
Frühgeburt <32 Wochen	18	7	4	2	1
Intubationen	17	8	5	4	2

der Frühgeburten unter 32 Wochen noch 3,9 Prozent. Auch unter Berücksichtigung eines akzeptablen Prozentsatzes ungeplanter, „akzidenteller“ Frühgeburten in kleinen Abteilungen sind diese Zahlen zu hoch. Das gilt auch für die perinatale Mortalität in der kritischen Gewichtsguppe unter 1500 g (Tab. 4).

Bei einer optimalen Regionalisierung der Risikogeburten müßte sich die perinatale Mortalität in den kleinsten Abteilungen dem Nullwert nähern und ein deutliches Gefälle von der größten zur kleineren Klinik bestehen.

Es liegt auf der Hand, daß in kleineren Abteilungen mit niedriger Inzidenz spezieller Risiken das know-how für die Versorgung dieser Risikogeburten verlorengeht. Tabelle 5 berechnet die Inzidenz verschiedener Parame-

ter bei einer gegebenen Geburtenzahl. Sie beweist die oben aufgestellte Behauptung und zeigt zudem, wie gering der „Verlust“ an Geburten für eine Klinik ist, die ihre Hoch-Risiko-Patientinnen dorthin überweist, wo eine neonatale Intensivversorgung möglich ist.

Vergessen wir aber bitte nicht: Der in den Massenmedien und in der Gesellschaft verankerte und von höchster politischer Seite aufgegriffene Wunsch nach bürgerlicher geburtshilflicher Versorgung (oft zu Lasten des Kindes) verhindert derzeit noch eine im europäischen Ausland längst praktizierte Regionalisierung der (Risiko-) Geburtshilfe. Und man kann von den Ärzten, die Teil dieser Gesellschaft sind, nicht mehr verlangen, als die Gesellschaft selbst zu geben bereit ist.

Chronische Darmentzündung:

Damit mehr Patienten eine effektive Therapie vertragen

SALOFALK®

Beim Einsatz von Mesalazin = 5-Aminosalicylsäure brauchen nur noch im Ausnahmefall aus Verträglichkeitsgründen Patienten von einer effektiven Therapie ausgeschlossen zu werden. Deshalb keine Zeit verlieren, von Anfang an Entzündungshemmung durch Salofalk. Salofalk, weltweit führend in der Therapie mit Mesalazin (5-Aminosalicylsäure).

Bitte kostenlos anfordern:
Tonkassette:
„Colitis ulcerosa, Morbus Crohn“
Ein Gespräch mit Experten und Betroffenen

Salofalk®

Tabletten/Suppositorien
Mesalazin = 5-Aminosalicylsäure

Salofalk® Tabletten, **Salofalk®** Zäpfchen und **Salofalk®** Klysmen.
Zusammensetzung: 1 Tablette Salofalk enthält 250 mg Mesalazin (5-Aminosalicylsäure), magensaftresistent umhüllt. 1 Zäpfchen Salofalk enthält 250 mg Mesalazin. Ein Klyisma Salofalk enthält 4 g Mesalazin. **Anwendungsgebiete:** Salofalk Tabletten: Colitis ulcerosa, zur Behandlung des akuten Schubs und zur Vermeidung eines Rezidivs. Morbus Crohn, zur Behandlung des akuten Schubs. Salofalk Zäpfchen: Colitis ulcerosa, zur Behandlung des akuten Schubs und zur Vermeidung eines Rezidivs. Salofalk Klysmen: Akuter Schub der Colitis ulcerosa. **Gegenanzeigen:** Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen sowie bestehende Magen- und Duodenalgeschwüre. Während der letzten Wochen der Schwangerschaft sowie zur Behandlung von Klein- und Kleinstkindern sollte Salofalk nicht angewendet werden. Im ersten Trimenon nur bei strenger Indikationsstellung anwenden. Salofalk bei krankhaft erhöhter Blutungsneigung nicht anwenden. **Nebenwirkungen:** Dosis-unabhängige Überempfindlichkeitsreaktionen, wie allergische Exantheme, Medikamentenfieber, Bronchospasmen und LE-like-Syndrom sind nicht auszuschließen. Erhöhte Methämoglobinwerte können auftreten. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die blutzuckersenkende Wirkung der Sulfonylharnstoffe kann verstärkt werden. Wechselwirkungen mit Cumarinen, Methotrexat, Probenecid, Sulfapyrazon, Spironolacton, Furosemid und Rifampicin können nicht ausgeschlossen werden. Durch Salofalk kann eine Verstärkung unerwünschter Wirkungen von Glucocorticoiden am Magen möglich sein. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, 3 x täglich 2 Tabletten bzw. 3 x täglich 2 Zäpfchen. Die Salofalk Tabletten sollten nach dem Essen mit reichlich Flüssigkeit eingenommen werden. Bei Dauertherapie zur Rezidiv-Prophylaxe 3 x täglich 2 Tabletten bzw. Zäpfchen. Salofalk Klysmen: 1 x täglich ein Klyisma. **Handelsformen und Preise:** 100 Tabletten DM 82,70, 300 Tabletten DM 222,30. 10 Zäpfchen DM 29,51, 30 Zäpfchen DM 78,50, 120 Zäpfchen DM 248,96, 7 Klysmen DM 158,63.



Dr. Falk GmbH + Co.
Pharm. Präparate KG
Habsburgerstraße 79
D-7800 Freiburg

Stand Sept. 1986

Neu:
Jetzt auch
SALOFALK®
Klysmen.

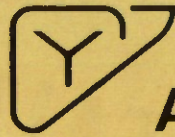
Zur Akutbehandlung
der Colitis ulcerosa.
Mehr Wirkstoff
am Entzündungsort.



Neu als Arzneimittel!

Falkamin®

Pellets



verzweigt-kettige
Aminosäuren

Ammoniak-
Entgiftung

Eiweiß-
Balancierung

Ammoniak-
Entgiftung und
Eiweiß-Balancierung,
zwei Bausteine einer
erfolgreichen Therapie bei
hepatischer Enzephalopathie

„Die Therapie der hepatischen Enzephalopathie muß deshalb das Ziel haben, die Aminosäuren-Imbalance als wesentlichen pathologischen Faktor der hepatischen Enzephalopathie zu beseitigen. Dies kann durch Zufuhr von Aminosäurengemischen mit hohem Gehalt an verzweigt-kettigen und niedrigem Gehalt an aromatischen Aminosäuren erfolgen.“ (W. Gerok, Arzneimitteltherapie 3, 1986, 72-77)

Falkamin® Pellets · Zusammensetzung: 1 Beutel mit 9,33 g Falkamin Pellets enthält: L-Leucin 3,62 g, L-Valin 1,94 g, L-Isoleucin 1,45 g. Anwendungsgebiete: Behandlung und Vorbeugung von Hirnfunktionsstörungen bei chronischen Lebererkrankungen (latente, manifeste hepatische Enzephalopathie). Gegenanzeigen: Angeborene Stoffwechselstörungen verzweigt-kettiger Aminosäuren (Ahornsirup-Krankheit). Bei Schwangeren und Kindern liegen bisher keine Erfahrungen vor. Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Sind bisher keine bekannt. Hinweis: Im allgemeinen ist eine diätetische Eiweißbeschränkung auf etwa 60 g/Tag ausreichend. Bei gleichzeitig eingeschränkter Nierenfunktion und konservativ diätetischer Behandlung kann eine Eiweißbeschränkung auf unter 40 g/Tag erforderlich werden. Dauer der Anwendung: Die Dauer der Anwendung wird vom Arzt bestimmt. Packungsgrößen und Preise: Packung mit 30 Beuteln DM 319,00 inkl. Mwst., Klinikpackung mit 4x30 Beuteln.



Dr. Falk GmbH & Co.,
Pharmaz. Präparate KG,
Habsburgerstraße 79,
D-7800 Freiburg

Carzodelan

forte pro injectione

Reg. Nr. C 913

Carzodelan ist das erste von seinem Hersteller Dr. med. A. Gaschler vor mehr als 30 Jahren in der Therapie eingeführte parenterale Enzym-Komplex-Präparat. Es ist eine Substanz mit proteolytischer, lipolytischer und nucleolytischer Wirksamkeit.

Zusammensetzung:
Inhalt einer Trockenampulle:
Pancreatin 2,0 mg entspricht
Protease 0,7 FIP-U, Lipase
15 FIP-U, Amylase 15 FIP-U

Indikationen:
Adjuvans bei prä- und postoperativer Behandlung maligner Tumoren. Erhöht die Strahlentoleranz. Chronische Entzündungen, Viruserkrankungen und Leukopenie. Reaktivierung der körpereigenen Abwehrkräfte bei Rekonvaleszenz.

Kontraindikationen:
Nicht bekannt. Die Verträglichkeit ist ausgezeichnet, ohne unangenehme oder lästige Nebenwirkungen.



Handelsformen:
O.P. (3 Amp. + 3 aqua bidest.)
DM 23,87
10er Packung (10 Amp. + 10 aqua bidest.) DM 66,77
Klinikpackung (50 Amp. + 50 aqua bidest.) DM 289,42

PHARMA-LABORATORIUM S. M. GASCHLER · 8990 LINDAU-SCHACHEN · TELEFON 083 82/5306

Aktuelle Fragen: Dermatologie in der Praxis

76. Fortbildungstagung in Regensburg

Grußwort

Dr. A. v. Schlichtegroll namens des Bundesverbandes der Deutschen Pharmazeutischen Industrie:

Das versammelte fachkundige Auditorium therapierender Ärzte kennt die Wirkstoffe und ihre Anwendungsgebiete, die in den letzten Jahrzehnten von der pharmazeutischen Industrie entwickelt wurden. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer „pharmakologischen Revolution“ und meint damit die Errungenschaften der ersten zwei bis drei Nachkriegsjahrzehnte auf dem Gebiet antibakterieller und zytostatischer Substanzen, Impfstoffe, sowie auf anderen wichtigen pharmakologischen Gebieten wie Herz-Kreislauf, Psychopharmaka und Hormontherapie. In diesem Zusammenhang sei die Aufmerksamkeit auf einlge faszinierende Entwick-

lungslinien und Trends gelenkt, die auch für die unmittelbar vor uns liegende Zeit neue wesentliche therapeutische Fortschritte aus der Pharmaforschung der Industrie erwarten lassen, wenn man nur ihre Leistungsfähigkeit durch Sicherung der entsprechenden Rahmenbedingungen erhält und nicht deutlich verschlechtert. Verschiedene Neuentwicklungen der jüngsten Zeit und weiter zu erwartende neue Wirkstoffe beruhen auf neugewonnenen Erkenntnissen der Grundlagenforschung, der Molekular- und der Zellpharmakologie und -biologie. Dazu gehören Fortschritte auf den Gebieten der Biotechnologie und Immunologie bis hin zu den „maßgeschneiderten“ monoklonalen Antikörpern für Diagnostik und Therapie. Zu diesen imponierenden Erfolgen gehört auch die biotechnologische Herstellung menschlicher Hormone, wie Insulin, Wachstumshormone, Interferone und ande-

re biologische Wirkstoffe (z. B. Plasminogen-Aktivator T-PA zur Auflösung von Thromben, ein Tumor-Nekrose-Faktor TNF, verschiedene Interleukine usw.). Hierher gehören auch aussichtsreiche neue Therapiekonzepte zur Schmerzlinderung und Behandlung von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Vor dem Hintergrund dieser „zweiten pharmakologischen Revolution“ zeichnen sich ebenso mögliche therapeutische Fortschritte bei der häufiger werdenden Alzheimer-Krankheit ab, die auch ein sehr wesentliches ökonomisches Problem darstellt. Die rasch ansteigende Überalterung der Bevölkerung in der Bundesrepublik mit den parallel dazu schnell wachsenden Aufwendungen für schwere chronische Erkrankungen erfordern nicht nur vordergründig äußerste ökonomische Anstrengungen bei Staat, Kassen und sogenannten „Leistungserbringern“ im Gesundheitswesen, sondern auch nachhaltige und gezielte sowie kontinuierliche Gewährleistung der erforderlichen Rahmenbedingungen für die Forschung der pharmazeutischen Industrie.

Einführung in die Thematik

Die moderne Dermatologie in Klinik und Praxis ist nach wie vor im Schnittpunkt der gesamten Medizin behelmatet: Sie dient der Information über die Rückspiegelung innerer Krankheiten in und durch das Hautorgan, aber auch der Vermittlung der keineswegs seltenen autochthonen Hautkrankheitszustände selbst. So gesehen, ist die klinische Dermatologie in den letzten Jahren zu einem immer wichtigeren Verbindungsglied eigentlich eller medizinischer Fachrichtungen geworden.

Stellt man die Frage nach den besonders hereusragenden Fortschritten in der Dermatologie der letzten Jahrzehnte, so sind zunächst die Anwendung und Standardisierung der epikutanen Läppchenproben, die intrakutane Testung, die systematische wie topische Anwendung von Kortikoiden, Antibiotika und Immunsuppressiva, die verschiedenen Fluoreszenztechniken, z. B. auch die Erkennung der Bedeutung der Langerhans-Zellen für die allergische Kontaktdermatitis herauszustellen. Aber auch auf dem Gebiet der Venerologie gab es manche neue, als unbedingten Gewinn zu wertende Erkenntnisse, die eine Umstellung der bisherigen Einordnung erforderlich machten. Die Definition der Geschlechtskrankheiten kann derzeit kaum noch so eng wie bei der zweiten Fassung des Gesetzes zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 gefaßt werden. Dieser Gruppe ist mit Recht das Gebiet der sexuell übertragbaren Krankheiten im allgemeinen (mit Herpes simplex genitalis, Chlamydien, Trichomonaden, nichtgonorrhöischer Urethritis usw.) zuzuordnen. Hinzu kommt die notwendige Beschäftigung mit dem Phänomen AIDS, einer neuen Seuche, welche die Furcht vor der pandemisch grassierenden, malignen Lues venerea des Mittelalters verstehen lehrt und die eine längst bekannte Geschwulstsorte, das Kaposi-Sarkom, vielleicht enträtset.

Auch und gerade die altbekannten Hautkrankheiten sind durch neuartige Behandlungsmöglichkeiten einem echten realen Zugriff näher gerückt, wie das exemplarisch für die Behandlung der Akne oder mancher neuerer Therapieweisen der Psoriasis gilt. Aber auch das maligne Melanom, das in den letzten Jahrzehnten geradezu

beängstigend an Häufigkeit zugenommen hat, ist besser und frühzeitiger diagnostizierbar geworden, was letztlich der Prognose nur zugute kommen kann. Die nachfolgende Vortragsveranstaltung soll nicht nur einen Einblick in die Werkstatt der Dermatologen von heute gewähren, sondern den allgemein praktizierenden Kollegen auch neues, aktuelles Wissen und damit therapeutisches Können vermitteln.

Professor Dr. H. Holzmann, Frankfurt:

Die Psoriasiskrankheit und ihre Beeinflussung

Bei der Psoriasis handelt es sich um ein chronisch verlaufendes und wegen ihrer extrakutanen Manifestation als Allgemeinerkrankung zu bezeichnendes Leiden. Nach anderen Beurteilungskriterien stellt sie eine metabolische Systemerkrankung dar. Im Vordergrund stehen bei diesem Krankheitsbild in erster Linie Proliferations- und Entzündungsvorgänge. Die Primärfluoreszenz der Psoriasis ist eine silbergraue, schuppende Peper. Neben dem Ekzem und neben der Akne stellt die Psoriasis die häufigste Hautkrankheit dar und besitzt damit eine Dimension wie der Diabetes mellitus.

Es werden verschiedene Manifestationstypen unterschieden:

1. Die genotypische Psoriasis, das heißt die Disposition ohne Hautveränderungen,
2. die subklinische oder genophänotypische Psoriasis mit nur ganz diskreten Hautveränderungen und
3. die phänotypische Psoriasis, z. B. mit eruptiv exanthematischem Charakter oder einem chronisch statischem Verlauf.

Humorale Faktoren, die auf die Psoriasiskrankheit hindeuten, sind der erhöhte Harnsäurespiegel im Serum und die erhöhte Mucopolysaccharid (Hydroxyprolin-)ausscheidung im Urin. Die wichtigste Extrakutanmanifestation ist die psoriatische Osteoarthropathie (die im Knochenbereich beginnt und später auf die Gelenke übergreift). In den Anfangsstadien unterscheidet sie sich in ihrer strukturellen formalen Genese ganz deutlich von der primär chronischen Polyarthrit: zur Unterscheidung hilfreich ist die Skelettszintigraphie. Die

Psoriasis hat nicht nur eine Gelenkbeteiligung, sondern in erster Linie eine reine Knochenbeteiligung im Bereich der Schädelkalotte, der langen Röhrenknochen und der Rippen.

Die Psoriasis läßt sich auch klinisch sehr gut diagnostizieren durch das sogenannte Kerzenphänomen und das Austrittsphänomen des blutigen Taus. Durch methodisches Kratzen kann man die mehrschichtig silbergrauen Plaques entfernen und an das letzte Häutchen gelangen, wobei man dann die oberen Kapillargefäße anreißt und eine siebartige, punktförmige Blutung beobachtet.

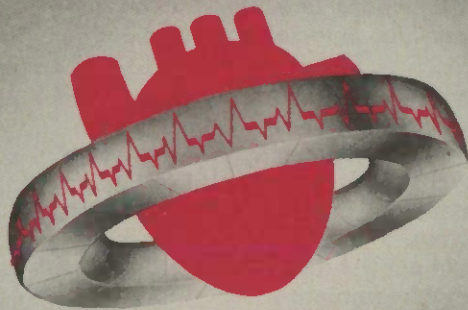
Bei der Psoriasis besteht ein unregelmäßig-dominanter bzw. multifaktorieller Erbgang. Eine familiäre Häufung wurde ebenso nachgewiesen wie eine Assoziation zu HLA-Markern. Umweltfaktoren, die eine Psoriasis zu induzieren in der Lage sind, konnten bisher nur in geringem Umfange nachgewiesen werden (mechanische Reize, chemische, thermische Noxen und voreusgegangene Hautkrankheiten, bei Streptokokkeninfekten, endokrinen Störungen und Gravidität sowie bei Alkoholmißbrauch).

Zur Behandlung wurden in den letzten Jahrzehnten immer wieder neue Verfahren entwickelt, an die man jeweils große Erwartungen knüpfte, denen jedoch immer wieder eine Ernüchterung folgte. Trotzdem hat jede dieser Therapieformen einen gewissen Stellenwert erhalten.

Eine Psoriasis läßt sich besser behandeln, wenn zusätzlich bestehende Stoffwechselstörungen, wie Diabetes mellitus, Hyperlipidämie und Hyperurikämie beseitigt werden. Eine Psoriasiserstmanifestation können bestimmte Medikamentengruppen, wie Resorcin, Lithium, Goldsalze provozieren, nicht-steroidale Antirheumatika und Beta-Rezeptorenblocker. Auch der Kortikoidentzug stellt einen Provokationsfaktor dar.

Die Therapiemöglichkeiten erstrecken sich auf lokale und systemische Behandlungen sowie die Bestrahlung, insbesondere die selektive UV-Fototherapie. Lokale Kurzzeitbehandlungen mit Cignolin haben in letzter Zeit auch ambulant eine Renaissance erlebt. Das Mittel wirkt zytostatisch und hat im wesentlichen nur den Nachteil einer Wäscheverfärbung. Ähnlich wirksam sind Teerzu-

Arrhythmie- Schutz



Bei ventrikulären und supraventrikulären Arrhythmien

rytmonorm®

Das Normo-Rhythmikum

Das Mehr an Leistung

Zusammensetzung: 1 Filmtablette Rytmonorm 150 mg enthält 150 mg Propafenonhydrochlorid; 1 Filmtablette Rytmonorm 300 mg enthält 300 mg Propafenonhydrochlorid; 20 ml der Injektionslösung enthalten 70 mg Propafenonhydrochlorid und 1,076 g Glucose-Monohydrat für Injektionszwecke zur Herstellung der Blutisotonie. **Indikationen:** Alle Formen von ventrikulären und supraventrikulären Extrasystolen, ventrikulären und supraventrikulären Tachykardien und Tachyarrhythmien, auch bei WPW-Syndrom. **Kontraindikationen:** Manifeste Herzinsuffizienz, Kardiogener Schock (außer arrhythmiebedingt), Schwere Bradykardie. Präexistente höhergradige sinuatriale, atrioventrikuläre und intraventrikuläre Störungen der Erregungsleitung, Sinusknotensyndrom (Bradykardie-Tachykardie-Syndrom), Manifeste Störungen des Elektrolyt-Haushaltes, Schwere obstruktive Lungenerkrankungen, Ausgeprägte Hypotonie. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft und während der Stillzeit ist die Verordnungsung von Rytmonorm kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich, insbesondere bei höherer Anfangsdosierung, können Magenstörungen, u.a. Appetitlosigkeit, Völlegefühl, Übelkeit, Brechreiz und Erbrechen, auch ein bitterer Geschmack und Taubheitsgefühl im Mund, vereinzelt unscharfes Sehen, Schwindelgefühl, sehr selten Müdigkeit und Kopfschmerzen auftreten. In seltenen Fällen können allergische Hauterscheinungen, wie Rötung, Juckreiz, Exanthem oder Urikaria, auftreten, die sich nach Absetzen des Medikaments zurückbilden. Bei älteren Patienten gelegentlich orthostatische Kreislaufregulationsstörungen. Treten visuelle Symptome, Müdigkeit oder Kreislaufstörungen mit RR-Abfall auf, kann das Reaktionsvermögen beeinträchtigt sein. In seltenen Fällen Bradykardie, SA-, AV-Blockierungen (Gegenmaßnahmen: Atropin, Orciprenalin) und intraventrikuläre Leitungsstörungen (Gegenmaßnahme: Elektrotherapie). Bei stark vorgeschädigtem Myokard ist eine unerwünscht starke Beeinträchtigung der Erregungsüberleitung oder Myokardkontraktilität möglich. Eine Herzinsuffizienz kann sich verschlimmern. In seltenen Fällen kann eine Cholestase als Zeichen einer individuellen Überempfindlichkeitsreaktion von hyperergisch-allergischem Typ auftreten. Die Erscheinung ist dosisunabhängig und bildet sich nach Absetzen des Arzneimittels voll zurück. Eine Beschleunigung der Kammerfrequenz kann nicht ausgeschlossen werden. Dies gilt in extrem seltenen Fällen auch für das Auftreten von Kammerflattern oder -flimmern. Bei hoher Dosierung von Fall zu Fall Verminderung der Potenz und der Samenzellenzahl. Da die Behandlung mit Rytmonorm lebenswichtig sein kann, darf Rytmonorm wegen dieser Nebenwirkung nicht ohne ärztlichen Rat abgesetzt werden.

Dosierung und Anwendungsweise: Filmtabletten: Die Ermittlung der individuellen Erhaltungsdosis sollte unter kardiologischer Überwachung mit mehrmaliger EKG- und Blutdruckkontrolle (Einstellungsphase) erfolgen. Bei Verlängerung der QRS-Dauer um über 20% im Vergleich zu den Ausgangswerten oder Verlängerung der frequenz-korrigierten QT-Zeit soll die Dosis reduziert oder bis zur Normalisierung des EKG ausgesetzt werden. Bei eingeschränkter Leber- und/oder Nierenfunktion können therapeutische Dosen zur Kumulation führen. Unter EKG-Kontrolle können jedoch auch solche Fälle gut mit Rytmonorm eingestellt werden. Für die Einstellungsphase und Erhaltungstherapie hat sich eine Tagesdosis von 450-600 mg (1 Filmtablette Rytmonorm 150 mg 3mal täglich bis 1 Filmtablette Rytmonorm 300 mg 2mal täglich) bewährt. Gelegentlich ist eine Steigerung der Tagesdosis auf 900 mg erforderlich (1 Filmtablette Rytmonorm 300 mg bzw. 2 Filmtabletten Rytmonorm 150 mg, 3mal täglich). In Ausnahmefällen kann diese Tagesdosis bei strenger kardiologischer Kontrolle überschritten werden. Diese Angaben gelten für Patienten mit einem Körpergewicht um 70 kg. Bei geringerem Gewicht sind die Tagesdosen entsprechend zu reduzieren. Rytmonorm soll bei Patienten in höherem Lebensalter oder mit stark vorgeschädigtem Myokard in der Einstellungsphase besonders vorsichtig - einschleichend - dosiert werden. Die Filmtabletten sollen wegen des bitteren Geschmacks und der oberflächenanästhesierenden Wirkung des Wirkstoffes ungelutscht und unzerkaut mit etwas Flüssigkeit nach dem Essen eingenommen werden. Injektionslösung: siehe Fachinformation. **Wechselwirkungen:** Bei gleichzeitiger Anwendung von Lokalanästhetika (z.B. bei Schrittmacherimplantation, chirurgischen oder zahnärztlichen Maßnahmen) sowie anderen Arzneimitteln, die eine Hemmung von Herzfrequenz und/oder Kontraktilität des Herzens bewirken (z.B. Betarezeptorenblocker), ist die Möglichkeit einer Wirkungsverstärkung zu berücksichtigen. Erhöhungen des Digoxin-Plasmaspiegels bei gleichzeitiger Gabe von Rytmonorm sind beschrieben. Bei Anzeichen einer Digitalisüberdosierung sollte deshalb der Digoxin-Plasmaspiegel bestimmt und nötigenfalls die Glykosiddosis reduziert werden. **Lagerung:** Rytmonorm, Injektionslösung, darf nicht unter 15° C gelagert werden. **Handelsformen:** **Rytmonorm® 150 mg:** 20 Filmtabletten (N 1) DM 25,47, 50 Filmtabletten (N 2) DM 50,84, 100 Filmtabletten (N 3) DM 87,64. **Rytmonorm® 300 mg:** 20 Filmtabletten (N 1) DM 40,99, 50 Filmtabletten (N 2) DM 86,45, 100 Filmtabletten (N 3) DM 147,94. **Rytmonorm®:** 5 Ampullen OP DM 33,44. Stand: März 1987

Knoll AG
D-6700 Ludwigshafen



bereitungen, unter Umständen unter Zusatz von Kortikoiden und Kombinationsbehandlungen mit Bestrahlungen. Bei diesen sind in erster Linie bedeutsam die elektromagnetischen Wellenstrahlungen (UVB-Strahlen von 280 bis 320 nm) und das UVA, das in Verbindung mit Psoralen benutzt wird. Bei dieser Substanz handelt es sich um ein Furocumarin, das in die DNS-Spirale der Basalzellen eingelagert wird und sich durch UVA-Bestrahlung von 365 nm in ein zytostatisch wirksames Behandlungsprinzip überführen läßt. Ein dabei auftretender Pruritus oder eine fototoxische Dermatitis können sehr hinderlich sein und haben auch bei diesem Therapieprinzip zu einer Ermüchtung beigetragen. Auch das gut wirksame Tigason, ein aromatisches Retinoid, weist unangenehme Nebenwirkungen auf, wie Austrocknen der Haut und Schleimhaut, (reversiblen) Haarausfall sowie Anstieg der Leberenzyme und Blutfette als limitierende Nebenwirkungen. Unter den heute empfohlenen Kombinationsbehandlungen erwies sich die Kombination von Tigason mit UVB-Bestrahlung mit einer Remissionsrate von 86 Prozent als besonders erfolgreich.

Bei der Behandlung der Psoriasis ist der Kranke in seiner personalen Situation und die Varietät des Krankheitsbildes zu beachten. Ferner ist eine Krankheitsprohylaxe zu betreiben, indem der Patient über die Vermeidung bestimmter Provokationsfaktoren informiert wird. Darüber hinaus ist schließlich die Behandlung mit einem guten Gruppentherapeutikum anzustreben, das folgende Eigenschaften aufweisen soll: eine hohe Abheilungsquote, eine schnelle therapeutische Wirkung, eine Erzielung langfristiger Remissionen und keine gravierenden Nebenwirkungen.

Professor Dr. J. Ring, München:

Diagnostik der chronischen Urtikaria

Unter Urtikaria versteht man das Auftreten von juckenden, erythematösen, erhabenen Effloreszenzen, die unter Druck abblassen (Quaddeln). Läuft die Reaktion in der Subkutis ab, so spricht man von angioneurotischem- oder Quincka-Ödem.

Die Vielfalt der klinischen Erscheinungsformen der Urtikaria führte zu den verschiedensten Gliederungsversuchen. Die wichtigsten richteten

sich nach der Symptomatologia, dem zeitlichen Ablauf und der Pathophysiologia. Für die klinische Praxis hat sich wegen des Fehlens allgemeingültiger pathophysiologischer Gesichtspunkte eine Einteilung nach dem zeitlichen Ablauf bewährt, wobei zwischen akuter Urtikaria, akut-intermittierender und chronischer Verlaufsförmigkeit unterschieden wird.

Während es sich bei der akuten Urtikaria häufig um ein einmaliges Geschehen handelt, das selten eine große weitere Diagnostik erfordert, stehen bei der akut-intermittierenden Urtikaria Unverträglichkeitsreaktionen auf Nahrungs- und Arzneimittel im Vordergrund.

Für die Diagnostik der chronischen Urtikaria hat sich ein „Dreistufenprogramm“ bewährt, das sich an den Möglichkeiten der Praxis orientiert und mit zunehmender Intensität des Krankheitsbildes auch die Intensität der diagnostischen Maßnahmen verstärkt. Die einzelnen Stufen dieses Programmes gliedern sich jeweils in Anamnese, Laboruntersuchung und spezielle Testverfahren. Zwischen den einzelnen Diagnostikstufen empfiehlt sich neben der jeweils kausalen Therapie der aufgedeckten pathologischen Veränderungen eine symptomatische Behandlung mit Antihistaminika über drei Monate. Kommt es nach dem Absetzen der Therapie erneut zu Hauterscheinungen, setzt die nächste intensivere Stufe der Urtikariadiagnostik ein. Während die Stufe 1 eine Basisuntersuchung mit sorgfältiger Anamnese durch den allergologisch versierten Dermatologen umfaßt, kommen bei Stufe 2 eine Intensivuntersuchung mit Führung eines Diät-Tagebuches und Fokus-suche hinzu. Die Stufe 3 sollte am besten unter stationären Bedingungen behandelt werden, um eine möglichst exakte Standardisierung der Umweltbedingungen sowie eine sofortige Notfalltherapie bei eventuellen anaphylaktoiden Reaktionen gegenüber Provokationstestungen zu ermöglichen.

Obwohl sich häufig die diagnostischen Bemühungen zur Abklärung pathophysiologischer Befunde bei der chronischen Urtikaria mühsam gestalten und zu einer gewissen Frustration bei Arzt und Patient führen, besteht kein Anlaß zum diagnostischen Nihilismus. Die viel belächelte Fokussuche führt in einem bemerkenswerten Prozentsatz zu positiven Ergebnissen und die Bedeutung von

Nahrungsmitteln und Lebensmittelzusatzstoffen als Auslöser der chronischen Urtikaria wird häufig unterschätzt. Auch der Acetylsalicylsäure kommt bei der Provokation der chronischen Urtikaria eine große Bedeutung zu.

Professor Dr. K. Bork, Mainz:

Arzneimittelnebenwirkungen an der Haut

Die medikamentöse Behandlung hat eine lange und wechselvolle Geschichte, mit der Nebenwirkungen eng verknüpft sind. Fast jede Pharmakotherapie ist mit Behandlungsrisiken in Form unerwünschter Arzneimittelwirkungen verbunden. Hautsymptome gehören zu den häufigsten medikamentös-bedingten Nebenwirkungen und bereiten auf vielfältige Weise immer wieder diagnostische Schwierigkeiten. Systemisch verabreichte Medikamente können zahlreiche Symptome an der Haut induzieren, wobei eine direkte zeitliche Abhängigkeit von der Medikation mit erheblicher Variationsbreite einhergeht. Innerhalb von Minuten können Urtikaria oder anaphylaktischer Schock (z. B. nach Penicillin) oder nach einigen Tagen bis Wochen oder gar Monaten Purpura oder exfoliative Dermatitis (nach D-Penicillamin oder Goldverbindungen) auftreten. Granulome nach Polyvinylpyrrolidon – und Tumoren nach Arsenapplikation wurden sogar erst Jahre nach der Exposition beobachtet. Die meisten Nebenwirkungen bilden sich mehr oder weniger rasch nach Absetzen der Medikation zurück; gelegentlich kann es auch unter Fortsetzung der Behandlung zu einer Rückbildung kommen (z. B. bei Ampicillinexanthenen). Bereits zuvor bestehende Hauterkrankungen können durch Medikamente verschlimmert und schließlich zuvor nicht-manifeste Leiden durch systemisch verabfolgte Medikamente ausgelöst und sogar eigendynamisch weiterentwickelt werden. In der Regel kommt den unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen an der Haut eine banale und passagere Bedeutung zu. Sie können aber auch zu gravierenden Allgemeinerkrankungen führen, unter Umständen mit Todesfolge (Lyell-Syndrom, anaphylaktische Schockreaktionen, angioneurotisches Ödem, gravierende Thrombozytopenien, Exanthema exsudativum multiforme, bullöse Arzneimittel-exanthema oder eine exfoliative Dermatitis).

Unsere Erde ist voller Tetanus-Erreger



Tetavax® Tetaglobulin®

Tetavax®
Zusammensetzung: 1 Impfdosis enthält: mind. 40 I.E. Tetanus-Toxoid, max. 1,25 mg Aluminiumhydroxid, max. 0,05 mg Thiomersalnatrium. Anwendungsgebiete: Aktive Schutzimpfung gegen Tetanus. Im Verletzungsfall: Bei ungeimpften oder unvollständig geimpften Personen simultan mit Tetaglobulin®. Gegenanzeigen: Folgender Personenkreis soll von Routineimpfungen zurückgestellt werden: akut erkrankte Personen, Personen mit chronisch eintägigen Erkrankungen, als inkubiert geltende Personen. Im Verletzungsfall bestehen keine Gegenanzeigen. Im Falle von Allergien oder sonstigen schweren Nebenwirkungen bei vorausgegangenen Impfungen werden 2 x 250 I.E. Tetaglobulin® in einem Abstand von 3-4 Wochen verabreicht. Nebenwirkungen: Vorübergehende Rötungen bzw. Schwellungen an der Einstichstelle sowie Temperaturerhöhung können auftreten. Selten sind allgemeine und allergische Reaktionen der Haut zu beobachten. Bei hyperimmunisierten Personen sind lokale Nebenreaktionen möglich.

Institut Mérieux GmbH · 2000 Norderstedt

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Simultane immunsuppressive Behandlung kann das Impfergebnis beeinträchtigen. Handelsformen: Spritzenampulle zu 0,5 ml DM 5,76, 20 Spritzenampullen zu 0,5 ml DM 89,59, 20 Ampullen zu 0,5 ml DM 46,80, Anstaltspackungen (AVP inkl. MwSt.) Stand: 4/86

Tetaglobulin®
Zusammensetzung: Eine gebrauchsfertige Spritzenampulle bzw. eine Ampulle Tetaglobulin® enthält 1 ml Tetanus-Immunglobulinlösung mit einem maximalen Proteingehalt von 17 % und einem Gehalt an Tetanus-Antikörpern von 250 I.E. Als Konservierungsmittel ist Thiomersal in einer Konzentration von maximal 0,1 mg/ml und als Stabilisator Aminosäure (20 mg/ml) zugesetzt. Anwendungsgebiete: Tetaglobulin® ist zur Prophylaxe wie zur Therapie des Tetanus geeignet, insbesondere bei fehlender oder ungenügender aktiver Immunität zur Simultan-Prophylaxe, bei Verdacht auf Immundefekte, bei Verletzten mit starkem Plasma- oder Blutverlust, zur Therapie des klinisch manifesten Tetanus. Gegenanzeigen: Bekannte Überempfindlichkeit gegen Immunglobuline vom Menschen. Nebenwirkungen: Gelegentlich können Druckschmerz und Rötung an der Injektionsstelle sowie leichte Temperaturerhöhung beobachtet werden.

Institut Mérieux GmbH · 2000 Norderstedt

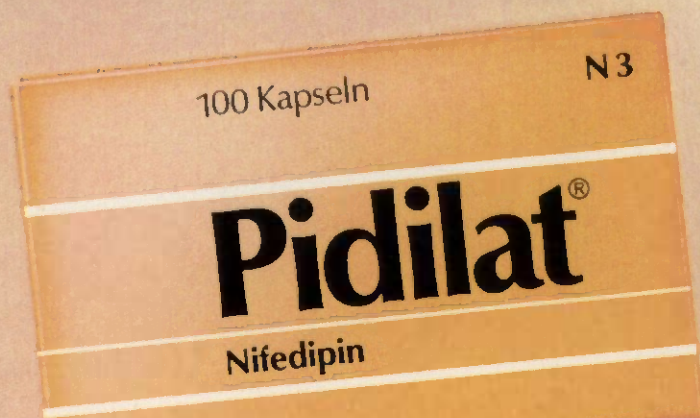
Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Bis 3 Monate nach der Applikation von Tetaglobulin® sollen keine Impfungen mit Lebend-impfstoffen vorgenommen werden, da deren Wirksamkeit beeinträchtigt werden kann. Handelsformen: Spritzenampulle 1 ml DM 16,64, 10 Spritzenampullen 1 ml DM 130,64, 10 Ampullen 1 ml DM 119,55 (AVP inkl. MwSt.) Stand: 4/86



angewandte
immunologische
Forschung

Institut Mérieux GmbH · 2000 Norderstedt

Lupenrein die Qualität und klein der Preis



Bioverfügbarkeit ✓
Wirksamkeit ✓
Qualität ✓
Preis ✓



GIULINI PHARMA GMBH
ein Unternehmen der
KALI-CHEMIE PHARMA GMBH
HANNOVER



Pidilat®

weil Qualität und Preis stimmen müssen

Zusammensetzung: 1 Kapsel Pidilat® 5 enthält 5 mg Nifedipin, 1 Kapsel Pidilat® enthält 10 mg Nifedipin, 1 Tablette Pidilat® retard enthält 20 mg Nifedipin. **Anwendungsgebiete:** Koronare Herzkrankheit: chronisch stabile Angina pectoris, Ruhe-Angina, Prinzmetal-Angina, instabile Angina, Angina pectoris nach Myokardinfarkt (außer in den ersten 8 Tagen nach Infarkt); Hypertonie: Pidilat® oder Pidilat® retard. **Gegenanzeigen:** Schock, Schwangerschaft, Vorsicht bei sehr niedrigem Blutdruck (< 90 mm Hg syst.). **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, Flush und Wärmegefühl, vorzugsweise zu Beginn und vorübergehend; im Einzelfall insbesondere bei hoher Dosierung Übelkeit, Schwindel, Müdigkeit, Hautreaktionen, Kribbeln in Armen und Beinen, Blutdrucksenkung unter die Norm, Herzklopfen und Erhöhung der Pulsfrequenz; gelegentlich Beinödeme, sehr selten Zahnfleischveränderungen (Gingiva-Hyperplasie), nach Absetzen reversibel; Schmerzen im Brustbereich ca. 15-30 Minuten nach Einnahme möglich. Bei Dialysepatienten mit maligner Hypertonie und irreversiblen Nierenversagen mit Hypovolämie Vorsicht, da der Blutdruck deutlich abfallen kann. Die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen kann beeinträchtigt werden. **Wechselwirkungen:** Nifedipin/Beta-Rezeptorenblocker: Stärkere Hypotension möglich, gelegentlich Ausbildung von Herzinsuffizienz. Nifedipin/Cimetidin: Verstärkung der blutdrucksenkenden Wirkung möglich. **Handelsformen, Preise:** Pidilat® 5: OP mit 20 Kapseln (N 1) DM 5,-; 50 Kapseln (N 2) DM 12,37; 100 Kapseln (N 3) DM 21,35; Pidilat® OP mit 20 Kapseln (N 1) DM 8,81; 50 Kapseln (N 2) DM 20,26; 100 Kapseln (N 3) DM 36,39. Pidilat® retard: OP mit 20 Tabletten (N 1) DM 13,05; 50 Tabletten (N 2) DM 30,87; 100 Tabletten (N 3) DM 55,27.

Stand: 11. 1986

Einer großen Zahl von Arzneimittel-induzierten Hautkrankheiten liegt eine einheitliche Reaktion zugrunde, die auch durch andere, vollkommen verschiedenartige, nicht-medikamentöse Ursachen ausgelöst werden kann. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer gleichen „pathogenetischen Endstrecke“.

Eine exakte Beurteilung der Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelreaktionen an der Haut ist nur annähernd möglich. Das in der Bundesrepublik Deutschland bestehende System der Spontanerfassung bzw. Spontananmeldung unerwünschter Arzneimittelnebenwirkungen sollte häufiger in Anspruch genommen werden, um das Vertrauen der Patienten in die Arzneimittelsicherheit zu stärken.

Professor Dr. Dr. O. Braun-Falco,
München:

Klinische Früherkennung, Prognose und Therapie des malignen Melanoms

In den letzten Jahrzehnten hat die Häufigkeit der malignen Melanome deutlich zugenommen; im Krankengut der Universitäts-Hautklinik München von zunächst zwei auf jetzt sieben Erkrankungen pro 100 000 Einwohner. Die Patienten kommen heute rechtzeitiger und mit wesentlich kleineren Geschwülsten in die Klinik als früher. Dementsprechend steht jetzt die Frühdiagnostik im Vordergrund.

Invasiv wachsende Melanome haben eine Vorphase. Sie sind nicht plötz-

lich da, sondern entwickeln sich aus einem zunächst horizontalen radialen Wachstum zu einer später hinzutretenden vertikalen invasiven Form; demnach ist von einer frühen die spätere fortgeschrittene Malignität zu unterscheiden. Eine Ausnahme bildet das *primär knotige Melanom*, das von Anfang an invasiv in die Tiefe wächst und dessen Prognose dementsprechend schlecht bleibt.

Das *oberflächlich spreizende Melanom* findet sich besonders bei Frauen an den unteren Extremitäten. Es weist meist eine Anamnese zwischen zwei und fünf Jahren auf und ist gekennzeichnet durch polyzyklische unregelmäßige Begrenzung, zwischen hell- und dunkelbraun bis schwarz wechselnde Farben und regressive graue bis rötlichgraue Zonen.

Das *Lentigo maligna Melanom* entwickelt sich ebenfalls vorwiegend bei Frauen aus einer flachen Präkanzerose zur invasiven Knotenbildung. Die Anamnese beträgt häufig 20 bis 25 Jahre und ist auch im späteren Stadium günstiger zu beurteilen als alle anderen Arten.

Im Gegensatz zu den de novo entstehenden primär knotigen Melanomen entwickeln sich die anderen malignen Formen aus kongenitalen oder erworbenen Naevuszell-Naevi. Die Entwicklung zum malignen Melanom hin beginnt mit noch normalen Melanozyten, die allmählich atypisch werden und sich weiter zum Melanoma in situ in der Epidermis entwickeln.

Später tritt das invasive Wachstum hinzu und führt zu einem Dickerwerden der Geschwulstbildung, was schließlich die Prognose bestimmt. Dem erstdiagnostizierenden Arzt kommt für die Erkennung der Melanomentwicklung häufig schon eine große Bedeutung zu, wenn er folgende Kriterien entsprechend der ABCD-Regel beachtet:

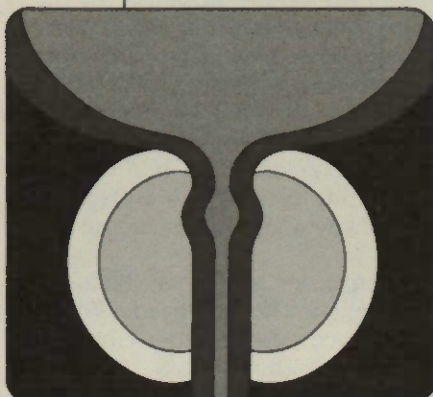
- A = asymmetrische Entwicklung
- B = border = unregelmäßige Begrenzung
- C = color = gescheckte Pigmentierungen
- D = diameter = Größenzunahme über 5 mm hinaus

Neben der Größenzunahme, der Wachstums- und Farbänderung sind Angaben wie Blutungen und Juckreiz von diagnostischer Bedeutung. Bedeutsam für die Prognose ist auch die Tumordicke (bei weniger als 0,6 mm Dicke beträgt das Malignitätsrisiko weniger als zehn Prozent, bei über 3 mm Dicke mehr als 80 Prozent). Ferner ist die Zahl der zu beobachtenden Mitosen für die Wahrscheinlichkeit einer entstehenden Metastasierung von Bedeutung. Aus der Multiplikation der Geschwulstdicke mit dem Mitoseindex ergab sich ein sogenannter prognostischer Index zur besseren Einordnung der Patienten in Niedrig- und Hochrisikogruppen. Bei einer Tumordicke von mehr als 3 mm beträgt die 5-Jahres-Überlebensquote weniger als 30 Prozent.

Die *therapeutischen Möglichkeiten* erstrecken sich im Stadium III (mit

PROSTAMED®

Prostata-Adenom mit Harnverhaltung, Kongestionen, Miktionsstörungen, Blasenhalssklerose, Prostatitis chronica, Resturin, Reizblase, Zustand nach TUR



Nebenwirkungsfreie Langzeittherapie prostaticher Erkrankungen, Besserung der Kongestionsprostatitis und der Miktionsbeschwerden. Steigerung des Uroflow, Reduzierung des Resturins, Behandlung vor und nach Operationen.

Zusammensetzung: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbis mehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. trem. 0,06 g, Kakao 0,05 g, Sacch. lact. ad 0,5 g.

Dosierung: 3mal täglich 2 - 4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.):

60 St. DM 8,97; 120 St. DM 15,48; 360 St. DM 36,98.



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

Fernmetastasierung) auf eine Verminderung der Tumormasse und eine palliative Therapie. Die Polychemotherapie hat sich bisher nicht durchgesetzt. Im Stadium II ist eine Lymphknotendissektion, gegebenenfalls mit Nachbestrahlung angezeigt. Im Stadium I (ohne nachweisbare Metastasierung) erfolgt eine Exzision des Primärtumors, möglichst im Abstand von mehr als 3 cm. Die adjuvanten Behandlungsmöglichkeiten erstrecken sich auf die Therapie mit DTIC und BCG; im Stadium III scheint hierdurch eine leichte Prognoseverbesserung möglich.

Im Stadium I läßt sich durch Früherkennung und rechtzeitige Behandlung eine 5-Jahres-Überlebensquote von über 80 Prozent erreichen, während für Stadium-III-Patienten bisher keine befriedigenden Therapieansätze erkennbar sind. Deshalb ist weiter das ganze Gewicht auf eine rechtzeitige Erkennung der Frühformen zu legen.

Professor Dr. E. Haneke, Erlangen/
Wuppertal:

Nagelveränderungen in der Allgemeinprexis

Nagelerkrankungen werden dem Arzt häufig erst spät gezeitigt, obwohl sie insbesondere bei Befall der Fingernägel recht auffällig und kosmetisch störend sind. Die Diagnostik und Therapie gestalten sich häufig recht schwierig; in manchen Fällen ist die Behandlung nicht möglich.

Die häufigsten Nagelerkrankungen sind die *Onychomykosen*. Sie werden vorwiegend durch Dermatophyten hervorgerufen, an den Zahennägeln auch durch Schimmelpilze. Sie werden in die distale subunguale, die proximale subunguale, die superfizielle und die totale dystrophische Form unterteilt. Bei der ersten Form dringt der Pilz langsam unter die Nagelplatte zum Nagelbettepithel vor. Durch den Reiz der Pilzinfektion bildet sich eine Hornschicht, in der sich massenhaft Pilze finden. Sie hebt die Nagelplatte vom Nagelbett ab, die Nagelplatte wird durchsichtig und verfärbt sich. Sie wird selbst aber meist erst spät befallen; sekundäre Infektionen mit Schimmelpilzen und Bakterien sind nicht selten. Bei der proximalen subungualen Onychomykose geht die Infektion vom Eponychium aus und erreicht entlang der Unterseite des proximalen Nagel-

walls die Matrix, von der aus sie sich nach distal auf das Nagelbett ausbreitet. Die superfizielle Onychomykose ist durch intensiv weiße, scharf, aber unregelmäßig abgegrenzte Flecken an der Oberfläche der Nagelplatte gekennzeichnet. Die Nagelsubstanz läßt sich hier leicht abkratzen. Bei der totalen dystrophischen Onychomykose kommt es zur völligen Zerstörung der Nagelplatte. Diese Erkrankung kann sich aus allen vorbeschriebenen Formen entwickeln und insbesondere bei der chronischen mukokutanen Candidose primär auftreten.

Zur *Sicherung der Diagnose* einer Onychomykose ist stets die kulturelle Identifizierung des Erregers erforderlich. Die *Therapie* der superfiziellen Form erfolgt mit hochprozentiger Harnstoffsalbe (Onychomal®). Bei der subungualen Form kann nur eine systemische Behandlung mit oral wirksamen Antimykotika oder die vollständige Auf- oder Ablösung des erkrankten Nagels mit nachfolgender konsequenter äußerlicher Therapie zum Erfolg führen. Griseofulvin ist nur gegen Dermatophyten, Ketoconazol gegen Hefepilze und Dermatophyten, zum Teil auch gegen Schimmelpilze wirksam. Bei der totalen dystrophischen Onychomykose ist die systemische mit der lokalen Therapie zu kombinieren.

Mykotische Paronychien sind fast immer durch Candida-Arten bedingt. Die Therapie ist langwierig und muß mit Ketoconazol erfolgen, wenn Sproßpilz-wirksame Antimykotika nicht zum Erfolg führen.

Die *Psoriasis* weist von allen Hauterkrankungen am häufigsten eine Nagelbeteiligung auf (50 bis 90 Prozent). Auch hier gestaltet sich die Therapie schwierig. Zunächst kann man versuchen, eine Besserung durch Einbringen einer kortikoidhaltigen Lösung oder Creme unter den Nagel (am besten in Kombination mit Salicylsäure) zu erreichen. Erfolge stellen sich nur langsam ein. Die höchste Erfolgsrate haben subunguale Injektionen von Kortikosteroidkristallsuspensionen, die wegen der Schmerzhaftigkeit nur in Leitungsanästhesie vorgenommen werden können. Tigason® führt zwar in vielen Fällen zu einer Besserung, kann jedoch auch zur völligen Destruktion führen und soll daher nur von Erfahrenen und unter strenger klinischer Kontrolle gegeben werden.

Von der primären Onychodystrophie abzugrenzen sind *temporäre und permanente Wachstumsstörungen* und Dystrophien, die während und/oder nach verschiedenen Hautkrankheiten auftreten. Schwierig ist mitunter auch die Differentialdiagnose von *Nagelpigmentierungen*. Diese kann für den Patienten von allergrößter Bedeutung sein, denn subunguale *Melanome* haben im allgemeinen eine sehr ungünstige Prognose. Sie sind in erster Linie von subungualen Hämatomen abzugrenzen. Braune bis schwarze Längsstreifen können ferner bei einer Reihe anderer Erkrankungen, wie NNR-Insuffizienz, Malabsorption, nach Röntgenbestrahlung, durch verschiedene Medikamente oder auch durch pigmentierende Pilze oder Bakterien auftreten.

Privatdozent Dr. H. C. Korting,
München:

Gonorrhoe und nichtgonorrhoeische Urethritis

Es handelt sich hierbei um die am häufigsten sexuell übertragbaren Krankheiten überhaupt. In der Bundesrepublik Deutschland dürfte es pro Jahr zu etwa 200 000 gonorrhoeischen Neuerkrankungen kommen. Die nichtgonorrhoeische Urethritis dürfte viermal häufiger auftreten. Sie wurde früher als Harnröhrenkatarth oder als unspezifische Urethritis bezeichnet. Heute spricht man von dieser Erkrankung, wenn von Anfang an keine Gonokokken nachweisbar sind. Werden nach einer antibakteriell-behandelten Gonorrhoe immer noch Krankheitssymptome beobachtet, besteht definitionsgemäß eine postgonorrhoeische Urethritis. Die Gonorrhoe selbst ist eine geschlossene Krankheit mit unkompliziertem und kompliziertem Verlauf. Bei der unkomplizierten Form beschränken sich die Krankheitssymptome auf die Eintrittspforte (Urethra, Vulva, Pharyngs und Conjunctiva). Bei der komplizierten Gonorrhoe bestehen auch eine Prostatitis, Epididymitis, Adnexitis und das septische Krankheitsbild der disseminierten Gonokokkeninfektion. Die gonorrhoeische Urethritis bleibt die klassische und häufigste Manifestationsform.

In den letzten Jahren kam es zu einem erheblichen Wandel bei der Therapie der Gonorrhoe und der nichtgonorrhoeischen Urethritis. Nachdem sich Penicillin als nicht mehr so effektiv er-

**Wir bieten Ihnen die sichere und schnelle
Immobilien-Finanzierung. Mit Festzinsgarantie
bis zum Jahr 2002.**



Das ist ein Angebot mit Herz und Verstand. Welche Größenordnung Ihre Immobilienpläne auch haben, kommen Sie zur Bayerischen Vereinsbank. Als Kredit- und Hypothekenbank sind wir durch unsere über 100jährige Erfahrung im Realkredit besonders leistungsfähig.

Unsere rund 11.700 Mitarbeiter in 400 Niederlassungen garantieren einen modernen Bankservice, bei dem die persönliche Beratung im Vordergrund steht. Ein Vorteil, der gerade auf dem Gebiet der Baufinanzierung wichtig ist.

Immobilien-Finanzierungen mit Festzinsgarantie sind unsere Spezialität. Wir bieten Ihnen die Vorteile einer Bank-Hypothek mit festen Zinsen bis zu 15 Jahren.

Wir beraten Sie in allen Vereinsbank-Niederlassungen, oder sprechen Sie mit den Fachleuten in unseren Hypothekenbüros.



**BAYERISCHE
VEREINSBANK**

Ihre Bank mit Herz  und Verstand

wies, wurden andere wirksame Alternativantibiotika, auch zur Einmalbehandlung, eingeführt (z. B. Erythromycin). Bei der nichtgonorrhoeischen Urethritis sollte man sich nicht einfach dem Definitionskriterium des fehlenden Gonokokkennachweises hingeben, sondern nach dem wirklichen Erreger suchen. Dies kann im Hinblick auf die mögliche Antibiotikatherapie für den einzelnen Patienten durchaus von Bedeutung sein.

Professor Dr. S. W. Wassilew, Krefeld:

Neue Erkenntnisse und sinnvolle Therapie praktischer wichtiger Viruskrankheiten der Haut

Die wichtigsten Viruserkrankungen der Haut stellen Infektionen mit humanen Papillomviren, dem Herpes-simplex-Virus und Varicella-Zoster-Virus dar.

Die Humanpapillomviren sind DNS-Viren, die beim Menschen die Bildung meist gutartiger Warzen induzieren. Aus den sechs klinisch unterschiedlichen Warzenarten wurden bisher molekularbiologisch 25 HPV-Typen isoliert. Einige haben eine onkologische Potenz und sind zum anderen sexuell übertragbar. Sie spielen bei der Karzinomentstehung, besonders im Bereich des weiblichen Genitale, unter Mitwirkung von Co-Faktoren eine Rolle und wurden in flachen Kondylomen, der bowenoiden Papulose sowie auch beim Zervixkarzinom nachgewiesen. Auch an einer Übertragbarkeit der gutartigen Viruswarzen besteht kein Zweifel. Die Behandlung erfordert neben ärztlichem Wissen außerordentliche Geduld, zumal Rezidive häufig sind. Immunstimulatorische Maßnahmen und Einsatz verschiedener Interferone haben sich bisher nicht durchgesetzt. Anogenitale Warzen (Condylomata acuminata, flache Kondylome und die bowenoide Papulose) erfordern spezielle diagnostische, therapeutische und auch prophylaktische Maßnahmen mit Virustypisierung. Die lokale Ätzbehandlung der Spitzenkondylome mit zehnpromzentiger alkoholischer Podophyllinlösung gehört unbedingt in die Hand des Arztes. Meist ist die operative Entfernung mit Skalpell oder Elektrokauter notwendig.

Bei den Viruserkrankungen der Haut durch Herpesviren bestehen neue therapeutische Möglichkeiten mit virostatik wirkenden Chemothera-

peutika (ausreichend hochdosiertes Jod-Desoxyuridin in Dimethylsulfoxid und vor allem Aciclovir = Zovirax®). Die Aciclovirwirkung ist beim primären Herpes simplex genitalis am besten belegt. Das Chemotherapeutikum ist intravenös oder oral hochwirksam in bezug auf Reduktion der Schmerzsymptomatik und Virusausscheidung. Lokal angewandt ist es weniger effizient. Rezidivierende Herpes-simplex-Infektionen können nur in wenigen Ausnahmefällen durch Chemotherapie beeinflusst werden. Lokale Maßnahmen mit Virostatika-enthaltenden Präparaten sind offenbar nicht wirksamer als lokale symptomatische Behandlungen.

Beim Herpes zoster immunkompetenter Patienten ist die Aciclovirbehandlung nur in Ausnahmefällen effizient, bei älteren Menschen kann besonders die tägliche Infusion von 5 bis 10 mg/kg Körpergewicht den Verlauf der Erkrankung günstig beeinflussen. Die orale Zostertherapie mit Aciclovir scheint nur bei sehr hoher Dosierung erfolgreich. Besonders schwierig ist die Beeinflussbarkeit starker akuter radikulärer Schmerzen und der quälenden postzosterischen Neuralgien. Hier scheint es notwendig, den Stellenwert der internen Steroidbehandlung neu zu überdenken: Die Gabe von Glukokortikoiden erscheint heute vor allem deswegen möglich, da eine eventuelle Exazerbation der Virusreplikation durch die Verfügbarkeit von intravenös anwendbarem Aciclovir sofort zu stoppen ist.

Privatdozent Dr. P. Schramm, Mainz:

Bewährtes und Neues in der Andrologie

Für den Problembereich „sterile Ehe“ hat sich in den letzten Jahren das Zauberwort „In-vitro-Fertilisation“ (IVF) entwickelt. Hierfür muß eine weibliche Indikation entsprechend den Vorschlägen einer Ethikkommission vorliegen. Für das Sperma des Mannes wurde ein Referenzbereich mit einer Spermatozoendichte von 20 Mio/ml, einem Prozentsatz morphologisch einwandfreier Spermien von 60 Prozent und eine globale Motilität von 50 Prozent geschaffen. Dieser Referenzbereich darf bei einer IVF nur um die Hälfte unterschritten sein. Eine Einschätzung der Zeugungsaussichten wird durch ein Spermogramm möglich, das eine Analyse des Seminalplasmas und der zellulären Be-

standteile beinhaltet. Ergänzende Anamnese und die Bestimmung von Gonadotropinwerten (vorrangig das follikelstimulierende Hormon und der Serum-Testosteronspiegel) erlauben, die meisten Patienten verschiedenen Gruppen zuzuordnen. Bei jedem sechsten Patient findet sich eine meist stärker gestörte Spermiogenese mit wenig morphologisch einwandfreien Spermien bei unbefriedigender Beweglichkeit. Als Ausdruck der starken intratestikulären bzw. intratubulären Insuffizienz ist die Bildung des supprimierenden Faktors für das follikelstimulierende Hormon („Inhibin“) herabgesetzt und dadurch das follikelstimulierende Hormon im Serum vermehrt nachweisbar. Die Therapieaussichten bei derartigen Patienten mit einem tubulären Hodenschaden gelten als schlecht.

Den Varikozelenträgern stellt man demgegenüber eine günstige Prognose. Die Untersuchung mit dem Ultraschall-Doppler klärt den Sachverhalt; die Varikozelenbeseitigung durch Operation stellt kein Problem dar. Als Alternative kommt die ambulante kostengünstigere Varikozelenembolisation in Betracht.

Viele andrologische Patienten haben unauffällige Serumgonadotropinwerte (FSH, LH, Prolactin) sowie im Referenzbereich befindliche Serumtestosteronspiegel bei mehr oder weniger pathologischen Spermogrammen. Diese Fälle bezeichnet man als *idiopathische Oligo-Astheno-Teratozoospermie*. In andrologischen Sprechstunden sind diese Patienten mit 25 bis 40 Prozent recht häufig. Sie gelten als therapeutisch dankbar und werden mit Kallikrein sowie mit dem Anti-Östrogen Tamoxifen behandelt. Ergibt sich nach angemessener Therapiedauer keine günstige Beeinflussung, kann auf Pentoxifyllin oder Mesterolone übergegangen werden. Ein solches empirisches Vorgehen ist bei der Behandlung andrologischer Patienten nicht zu vermeiden, da die den jeweiligen Gruppen zuzuordnenden Patienten im ätiologischen Sinne keine Einheit darstellen.

Im Seminalplasma weisen Bakteriogramme u. a. auf chronisch bakterielle Prostatentzündungen hin. Mit den üblichen bakteriostatisch wirkenden Tetracyclinen oder Sulfonamidkombinationen sind die Erfolge oft enttäuschend, da das Seminalplasma immunologische Eigenschaften aufweist und dadurch auch die

Unterstützen Sie die Stütztherapie



Venalot® + Kompression


Effizienz bei chronisch-venöser Insuffizienz

Zusammensetzung: 1 Depot-Dragee enthält: Cumarin 15 mg; Troxerutin 90 mg. 1 ml Injektionslösung enthält: Extr. Melilot, stand. 5 mg (Cumarin Gehalt 1,5 mg); Rutosid Schwefelsäureester, Natriumsalze 25 mg. 1 Kapsel enthält: Extr. Melilot, stand. 25 mg (Cumarin Gehalt 5 mg); Rutosid 25 mg. 10 ml Liniment enthalten: Extr. Melilot, stand. 5,0 ml (Cumarin Gehalt 50 mg); Heparin 500 I.E. **Indikationen:** Injektionslösung, Kapseln: Phlebopathien wie: Varikosis, chronisch-venöse Insuffizienz, postthrombotisches Syndrom, Ulcus cruris, Venös-lymphatische Stauungen, Phlebopathien in der Schwangerschaft, Hämorrhoiden, Sekundäre Lymphödeme, Posttraumatische und postoperative Entzündungen, Ödeme und Wundheilungsstörungen. **Depot-Dragees:** Wie Injektionslösung und Kapseln; medikamentös oder strahlenbedingte Mundtrockenheit. **Liniment:** Zur äußerlichen Anwendung bei oberflächlichen Venenentzündungen, venösen Stauungen und Lymphstauungen mit deren Folgen: Schwellungen (Ödeme), Schweregefühl in den Beinen, erweichte, verhärtete Venen (Varizen, Krepfadern); bei Entzündungen der Gelenke und Sehenscheiden, Blutergüssen, Prellungen, Verstauchungen, Frostschäden.



Dosierung und Anwendung: Depot-Dragees: 3mal täglich 1-2 Dragees unzerkaut einnehmen. Injektionslösung: Die mittlere Tagesdosis beträgt 2-5 ml i. v. oder i. m. Als Zusatz zu Infusionen für je 0,5 l Infusionslösung 2 Ampullen zu 5 ml. Kapseln: 3mal täglich 1-2 Kapseln unzerkaut einnehmen. Liniment: Mehrmals täglich die erkrankten Stellen einreiben. **Kontraindikationen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** wurden bisher nicht beobachtet. **Darreichungsformen, Packungsgrößen:** Depot-Dragees: OP 20 St. (N 1) DM 17,40, OP 50 St. (N 2) DM 37,95, OP 100 St. (N 3) DM 66,05, AP 500 St. Kapseln: OP 50 St. (N 2) DM 18,90, OP 100 St. (N 3) DM 34,35, AP 500 St. Injektionslösung: OP 5 x 2 ml Amp. DM 10,28, AP 100 x 2 ml Amp., OP 5 x 5 ml Amp. DM 19,76, OP 10 x 5 ml Amp. DM 31,-, AP 100 x 5 ml Amp. Liniment: OP 70 ml DM 15,25, OP 150 ml DM 27,45, AP 700 ml.

(Stand: Januar 1987)

 Schaper & Brümmer
3320 Salzgitter 61

Naturstoff-Forschung und -Therapie

makrophagen Funktionen supprimiert werden. Dies erklärt vielleicht, warum das HTL-III-Virus in Verbindung mit Seminalplasma eine so hohe Infektiosität aufweist.

Verschlußzoospermien mit unauffälligen Gonaden sind in unseren Breiten seltener zu beobachten. Bei Polyzoospermien werden Spermatozoendichten von über 150 Mio/ml oder mehr bei oft unauffälliger Morphologie und Motilität beobachtet. Trotzdem besteht erfahrungsgemäß eine verminderte Zeugungsfähigkeit aufgrund einer Akrosin-Aktivitätsverminderung.

Sinn jeglichen andrologischen Handelns ist es, von dem ratsuchenden Ehepaar das Schicksal der Kinderlosigkeit – soweit möglich – abzuwenden. Das Ziel kann heute bei vier von zehn andrologischen Patienten erreicht werden.

Professor Dr. G. Plewig, Düsseldorf:

Moderne Aknetherapie

Bei der Akne handelt es sich um eine polymorphe Erkrankung, die vor der Pubertät beginnt und ihren Höhepunkt in der Jugend erreicht. Sie verschwindet langsam im frühen Erwachsenenalter. Es gibt keine bestimmten Kriterien, die den Aknepatienten auszeichnen. Der Schweregrad der Erkrankung ergibt sich aus dem Zusammenspiel verschiedener Einzelfaktoren.

Die Akne ist primär eine *Änderung der Keratinisierung*, die sich in den Infundibula der Talgdrüsenfollikel ab-

spielt. Sie äußert sich in einer Proliferations-Retentions-Hyperkeratose, wodurch sich die wichtigste Etiolesenz der Erkrankung, der Komedo entwickelt. Es handelt sich demnach nicht um eine Erkrankung oder Entzündung der Talgdrüsen; die Akne ist auch keine Pyodermie.

Dem primär nicht-entzündlichen Stadium der Akne (den Komedonen) können sekundär entzündliche Veränderungen in Form von Papeln, Pusteln und abszedierenden Knoten hinzukommen. Pathogenetische Faktoren sind der Talg (Sebum), die Keratinisierung (Verhornungsstörung in den Follikel-Infundibula), bestimmte Bakterien (*Propionibacterium acnes*), Entzündung, androgene Hormone und Genetik.

Ziel einer *Aknetherapie* ist, einzelne oder gar alle aufgezeigten pathogenetischen Faktoren zu korrigieren bzw. zu verhindern. Dementsprechend gibt es Medikamente, die zur Reduzierung der Talgbildung (Sebumpsuppression) eingesetzt werden. Ferner gibt es Schälmittel (Keratolytika oder Komedolytika), die die Komedonen aus den Talgdrüsen-Infundibula entfernen bzw. das Neuaufreten von weiteren Komedonen verhindern. Die Reduzierung von Bakterien in Follikeln oder Komedonen wird durch Antibiotika ermöglicht, die entweder bakteriostatisch oder bakterizid wirken. Oft genügt es, einzelne Stoffwechselprodukte der Bakterien zu hemmen (bakterielle Lipasen). In gleicher Weise werden antiinflammatorisch wirksame Substanzen eingesetzt, um die gewebezerstörende Entzündung einzugrenzen. Vor der Aknetherapie sollte eine *Klassifika-*

tion stehen, ob es sich um eine *Acne comedonica*, *Acne papulopustulosa* oder um eine *Acne conglobata* handelt.

Bei der *Acne comedonica* steht eine Schälbehandlung mit Entfernung von Komedonen durch Vitamin-A-Säure, Benzoylperoxid und Komedonenentfernung durch die sogenannte Aknetoilette im Vordergrund.

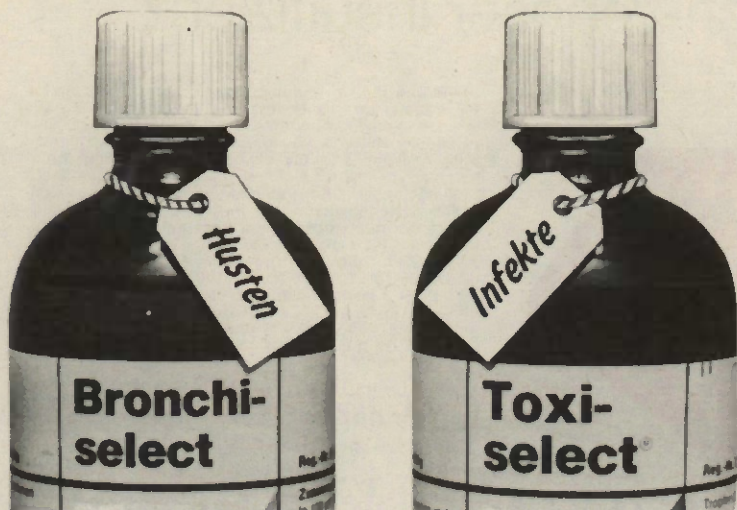
Bei der *Acne papulopustulosa* werden Vitamin-A-Säure, Benzoylperoxid, orale und lokale Antibiotika (Oxytetracyclin, Doxycyclin und Minocyclin) sowie orale Kontrazeptiva eingesetzt.

Bei der *Acne conglobata* sollten alle dem Arzt zur Verfügung stehenden Therapeutika benutzt werden, um dem schwererkrankten Patienten zu helfen.

Jeder Aknepatient hat ein Anrecht auf wirksame Behandlung. Der Behandlungsplan richtet sich nach vielen Gesichtspunkten und umfaßt die Auswahl des richtigen Medikaments, die Einschätzung der Persönlichkeit des Patienten und die Therapieerfahrungen des behandelnden Arztes. Es bleibt zu überdenken, ob wirksame, weniger wirksame, umstrittene oder weitgehend verlassene Therapie-maßnahmen heute noch eingesetzt werden sollen; zu letzteren zählen u. a. Aknevakzinen, Betanaphthol, Diätvorschriften, Resorcin, Zink, Hefe und Höhensonnenbestrahlungen.

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, Internist, Behringersdorfer Straße 5 A, 8501 Schwaig bei Nürnberg



Bronchi-select. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Drosera D₃ dil. 20 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Tartarus stibiatue D₄ dil. 20 ml, Spongia D₆ dil. 20 ml, Ipecacuanha D₄ dil. 20 ml. Enthält 45 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Schleimhautkatarrhe der Luftwege, feuchte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthma im Intervall, Silicose, Rippenfellentzündung, Bruststiche. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. DRELUSO PHARMAZEUTIKA, 3253 Hess. Oldendorf 1

Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, 3- bis 4mal täglich 10 bis 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml DM 7,95, 100 ml DM 20,95. Klinikpackungen.

Toxi-select. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Echinacea O 40 ml, Lechesis D₃ dil. 20 ml, Sulfur D₁₀ dil. 10 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Apis mellifica D₃ dil. 10 ml. Enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Anfälligkeit gegen eitrige Infektionen aller Art, septische Prozesse, schlecht heilende Wunden, Phlegmonen, Erkältungen, insbesondere Schleimhautkatarrhe und grippale Infekte. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. DRELUSO PHARMAZEUTIKA, 3253 Hess. Oldendorf 1

Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, am ersten Tag 3- bis 4mal täglich 20 bis 30 Tropfen, dann 3mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml DM 7,95, 100 ml DM 20,95. Klinikpackungen.



37. Nürnberger Fortbildungskongreß

In seinem Vortrag über *Pathogenese und Therapie der Osteoporose* definierte Professor R. Burkhardt, München, diese Krankheit als eine solche des Stammskeletts, hervorgerufen durch Schwund der Knochenbälkchen bei normaler Beschaffenheit des Knochenmaterials. Durch Häufigkeit und Folgen, vor allem durch Wirbel- und Schenkelhalsfrakturen, belastet diese Krankheit, die überwiegend ältere Frauen der europäischen und asiatischen Rassen betrifft, die Individuen und die Gemeinschaft in einem alarmierenden Ausmaß. Vieles spricht dafür, daß eine von Rasse und Geschlecht vorgegebene geringere Knochenmasse als ursächlicher Faktor in Frage kommt. Statistisch läßt sich nachweisen, daß das weibliche Skelett in den ersten zehn Jahren nach der Menopause pro Jahr im Durchschnitt zwei Prozent an Substanz verliert, bei Männern beträgt dieser Substanzverlust jedoch „nur“ ein Prozent, was die Bedeutung der weiblichen Menopause unterstreicht.

Die Rolle der Östrogene wird darin gesehen, daß sie die Sekretion von Kalzitronin unterstützen und bei einem Östrogenmangel das Gleichgewicht der Osteoblasten zugunsten der Osteoklasten verschoben wird. In der „aktiven“ Phase der Osteoporose findet man einen gesteigerten Knochenabbau bei normalem Aufbau, diese Phase fällt mit der Frühmenopause zusammen. In einigen Untersuchungen konnte eine lineare Abhängigkeit der Amenorrhoe von der Jahreskilometerleistung gefunden werden. Wenn Hochleistungssportlerinnen pausieren und die Mager-süchtigen wieder essen, normalisieren sich Periode und Knochenabbau. Burkhardt räumte ein, daß die vorge-tragenen Argumente auf Statistiken, verknüpft durch Hypothesen, beruhen und daß es hier einige Widersprüche gibt. So konnte eine Korrelation zwischen dem Schweregrad von Östrogenmangel und Osteoporose oder von Östrogenspiegel und Skelettwachstum nicht nachgewiesen werden. Auf der anderen Seite ist die Östrogen-Osteoporose reversibel, die Mehrzahl der „primären“ Osteoporosen hingegen nicht. Letztere finden sich, wenngleich seltener, auch bei jüngeren Frauen und bei Männern, während schwarze Frauen die Menopause ohne Osteoporose pas-

sieren. Zwar wird die Erkrankung meist erst nach der Menopause manifest, doch gilt es heute als gesichert, daß sie schon lange zuvor beginnt, wahrscheinlich bereits zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. Die Bedeutung der Immobilisation und des Kalziummangels geht daraus hervor, daß der Mensch im Zustand der Schwerelosigkeit sowie bei strenger Bettruhe soviel Kalzium verliert, daß nach etwa zehn Monaten mit Spontanfrakturen zu rechnen ist. Der tägliche Kalziumbedarf des Erwachsenen liegt bei etwa 1000 mg, für Frauen nach der Menopause werden 1500 mg empfohlen. Die Ernährung der älteren Bevölkerung enthält im Durchschnitt weniger Kalzium. Hinzu kommt noch, daß der Darm älterer Menschen weniger Kalzium aufnimmt. Je mehr Fleisch verzehrt wird, desto mehr Kalzium wird bei der Neutralisation der mit dem Urin auszuschleudenden Aminosäuren verbraucht. Maßvolles Training hat wahrscheinlich einen günstigen Einfluß auf die primäre Osteoporose im mittleren Lebensabschnitt und auf die Skelettentwicklung. Es gibt aber keinen sicheren Zusammenhang zwischen Osteoporose, Fettsucht und Bewegungsmangel. Im Gegenteil: Trainingsexzesse führen zum Skelett-abbau.

Bei der Besprechung therapeutischer Aspekte hob Burkhardt hervor, daß die primäre Osteoporose mit Skelettinsuffizienz unbedingt behandlungsbedürftig ist, wobei im akuten Stadium nach einer Fraktur Ruhigstellung, Analgesie und chirurgische Versorgung nötig sein können; sie sollten sobald wie möglich einer Re-Mobilisierung Platz machen. Im chronischen Stadium muß nach sekundären Teilursachen gefahndet und diese entsprechend behandelt werden. Besondere Beachtung verdienen dabei ein durch klinische und biochemische Befunde nachgewiesenen Östrogendefizit, Eisenmangel, Hyperthyreose, Herz-Kreislaufinsuffizienz, Hochdruck, chronische Entzündungen, Malabsorption und Laktoseintoleranz, Suchtkrankheiten und Diabetes.

Als Basis jeder chronischen Osteoporosebehandlung ist die physikalische Therapie unentbehrlich. Sie besteht zunächst in Massagebehandlung zur Durchblutungsförderung

und Lockerung von Muskelspasmen, an die sich eine gestufte Bewegungstherapie mit Bevorzugung von Schwimmen, Spaziergehen und eventuell Radfahren anschließen sollte. Teilerfolge mit alternierender oder kombinierter Anwendung von Kalzium in Tagesdosis von 500 bis 1000 mg und von Natriumfluorid (Ossin u. a.) bzw. Fluormonophosphat (Tridin), 50 bis 80 mg pro Tag, sind gesichert. Das Idealziel wäre die Frühbehandlung oder Vorbeugung der Osteoporose, beide stehen noch auf unsicheren Füßen. Alles, was dazu bislang empfohlen wurde und nicht schaden kann, geht über die bekannten Ratschläge für eine gesunde Lebensführung nicht hinaus.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über *Diagnose und Therapie von Depressionen in der Praxis* sprach Dr. J. Wiese, Nürnberg, über *depressive Verstimmungen im Kindes- und Jugendalter*, wobei er hervorhob, daß das Vorkommen echter Depressionen im Kindesalter umstritten ist, zumal depressiv-phasische Psychosen im Kindesalter außerordentlich selten sind und die Ätiopathogenese der Depression als nosologische Einheit noch ungeklärt ist.

Bei den traurigen Verstimmungen im Säuglingsalter handelt es sich eher um eine „universale Form des Trauerns“, die gewöhnlich als Reaktion auf einen Kontaktverlust zur Mutter zustande kommt. Kleine Kinder sind in der Regel vom Beginn des zweiten Lebensjahres bis zum Ende der Kindergartenzeit frei von depressiven Symptomen, was mit ihrem Unvermögen erklärt werden kann, Empfindungen sprachlich zum Ausdruck zu bringen. Im Schulalter können längere Perioden echter Traurigkeit beobachtet werden. Solche Kinder sind sichtbar unglücklich, obwohl sie gewöhnlich keinen Grund dafür angeben können. Ihre Traurigkeit ist meist nur von kurzer Dauer, denn Kinder setzen sich in diesem Alter gegen unangenehme Gefühle rasch zur Wehr. Ihre Traurigkeit wird häufig dadurch abgewehrt, daß für Ablenkung gesorgt wird, hinzu kommt auch noch die erstaunliche Fähigkeit dieser Kinder, Dinge zu vergessen.

Wie Wiese weiter ausführte, tauchen erst am Ende der Kindheit und vor allem in der Adoleszenz klinisch faßbare Episoden auf, die sich mit entsprechenden Zuständen des Erwachsenen vergleichen lassen, wo-

bei Depressionen In dieser Phase Schwere und hinsichtlich ihres selbsterstörerischen Gehaltes diejenigen des Erwachsenen oft über treffen. Dies läßt sich u. a. damit erklären, daß im Denken des Heranwachsenden wenig Raum für Mäßigung ist – er lebt in einer Welt des „Alles oder Nichts“ und er besitzt noch nicht die notwendige Reife, um alltägliche Ereignisse in die richtige Perspektive zu rücken. Etwa zwölf Prozent aller Selbstmordversuche werden von Jugendlichen unternommen, wobei für ihr Suizidmotiv die Tatsache von großer Bedeutung ist, daß sie nicht Anerkennung und Achtung um ihrer selbst-willen finden, weil die Eltern ihnen keine lebensbejahende Haltung vorgelebt haben.

Bei der Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter kommt nach Wiese der Psychotherapie ein hoher Stellenwert zu, wobei die Symptome vor dem Hintergrund entwicklungspsychologischer Zusammenhänge gesehen werden müssen. Die Erfahrung zeigt, daß eine Psychotherapie nur erfolgreich sein kann, wenn es gelingt, die häusliche Umgebung zu verändern. In den Familien depressiver Kinder ist die Atmosphäre oft von einer steifen Feierlichkeit geprägt, manchmal ist ein Elternteil depressiv oder ein Familienmitglied ist chronisch krank. Die meisten Familien mit einem depressiven Kind haben diesem allzufrüh in seinem Leben und völlig zu Unrecht die Verantwortung für das Glück der ganzen Familie oder für die Erfüllung ihrer eigenen Erwartungen aufgebürdet. Deshalb erscheint es notwendig, in der Therapie eine Entwöhnung von der Familie und eine Hinwendung zur größeren Gemeinschaft zu fördern. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, daß Kindern und Jugendlichen mit langanhaltender tiefer Depression Psychopharmaka nicht vorenthalten werden sollten, vor allem, wenn schwerwiegende, phobische und/oder zwanghafte Symptome vorhanden sind.

Zu den *Fehlern in der Depressions-therapie im Erwachsenenalter*, zu denen Professor H. J. Bochnik, Frankfurt, Stellung nahm, gehört es, einen depressiven Patienten primär mit Benzodiazepinen zu behandeln. Damit kann man zwar die begleitenden Schlafstörungen oder Angstzustände beeinflussen, eine thymoleptische Wirkung jedoch läßt sich nicht erzielen. Bei der stets notwendigen

Behandlung mit einem Antidepressivum sollte man mit einer mittleren Dosis beginnen, und der Arzt sollte versuchen, den Patienten in einem ausführlichen Gespräch zum Partner zu gewinnen. Dabei sollte er ihm auch klarmachen, daß man bei einer Erstbehandlung nicht voraussagen kann, ob das gewählte Medikament in der verordneten Dosis für ihn das richtige ist, und daß entsprechend dem Befinden und der Reaktionsweise eine Korrektur der antidepressiven Therapie möglich bzw. nötig sein wird. Zur Abdeckung der Nebenwirkungen hat es sich bewährt, bei mittelschweren und schweren Depressionen sofort auch ein Neuroleptikum zu geben. Umgekehrt kann es sinnvoll sein, bei einer Schizophrenie initial ein Antidepressivum zu verordnen, weil auch schizophrene Patienten depressive und manische Phasen durchmachen können.

Während der anschließenden Diskussion wurde Bochnik gefragt, ob bei der empfohlenen Kombinationsbehandlung mit Neuroleptika auch Butyrophenone vom Typ des Eunerpan oder Haldol eingesetzt werden können. Er bejahte diese Frage mit der Begründung, daß auf diese Weise eine schnelle Minderung von Angst und Unruhe erreicht und außerdem die Mitarbeit des Patienten verbessert werden kann.

Eine weitere Frage nach dem Stellenwert von Aminosäuren und Phytopharmaka bei der Behandlung von Depressionen im höheren Lebensalter wurde von Professor B. Müller – Oerlinghausen, Berlin, so beantwortet: Eine antidepressive Wirkung der heute im Vordergrund des Interesses stehenden Aminosäure L-Tryptophan ist theoretisch zwar durchaus vorstellbar, bislang aber wissenschaftlich noch nicht ausreichend belegt.

Aus der Sicht des Krankenhausapothekers befaßte sich Dr. G. Scherbel, Nürnberg, mit dem brisanten Thema „Originalpräparate oder Generika?“, wobei er auf die ständig wachsende Flut wirkstoffidentischer, aber nicht unbedingt qualitätsidentischer Arzneimittel hinwies. Deshalb wird in den Arzneimittel-Richtlinien für Ärzte empfohlen, bei der Auswahl von Arzneimitteln mit identischer chemischer Zusammensetzung deren Qualität zu berücksichtigen. Während sich bei den Qualitätskriterien Identität und Reinheit des Wirkstoffes, Wirkstoffgehalt, Dosierungsgenauigkeit und Halt-

barkeit keine signifikanten Unterschiede ergeben, können bei der Untersuchung der in-vitro-Freisetzung differente Ergebnisse zwischen Originalpräparat und Generikum vorhanden sein.

Von besonderer Bedeutung ist das Qualitätskriterium der Bioverfügbarkeit, welche das Ausmaß und die Geschwindigkeit des Erscheinens eines Wirkstoffes aus einer galenischen Zubereitung im großen Kreislauf bzw. am Wirkort beschreibt. Eine Qualitätsidentität und damit auch eine Bioäquivalenz zwischen Original- und Nachahmerpräparat ist dann zu erwarten, wenn beide in ihrem Serumspiegelverlauf übereinstimmen.

Die von Scherbel hervorgebrachte Kritik konzentrierte sich vor allem auf die Tatsache, daß die Qualität im Sinne des Nachweises der Bioäquivalenz in der umstrittenen Preisvergleichsliste keine Berücksichtigung finden kann, weil die Bioäquivalenz für die Zulassung beim Bundesgesundheitsamt (BGA) nicht gefordert wird. Zwar wird das Kriterium Wirksamkeit bei der Zulassung geprüft, es wird aber in der Preisvergleichsliste durch die Einteilung nach zur Behandlung

- geeignet (A),
 - in besonderen Fällen geeignet (B),
 - unter besonderer Aufmerksamkeit geeignet (C),
- erheblich relativiert.

Die Definition der Bioverfügbarkeit basiert nach Scherbel auf der Erkenntnis, daß Arzneimittel = Wirkstoff + Hilfsstoff ist und damit die Bioverfügbarkeit ein pharmazeutisches Qualitätsmerkmal darstellt, bei dem es zwischen Originalpräparaten und Nachahmerpräparaten Unterschiede geben kann – aber nicht muß. Im Interesse der Arzneimittelsicherheit für Arzt, Apotheker und Patient müsse der Nachweis der gleichen Bioverfügbarkeit von Generika und Originalpräparaten als Voraussetzung für die Zulassung eines Arzneimittels durch das BGA gefordert werden, sowie dies auch den FDA-Richtlinien entspricht. Erst wenn gleiche Bioverfügbarkeit besteht, könne man von Bioäquivalenz sprechen. Letztere sei eine grundsätzliche Voraussetzung für gleichwertige Qualität und gleichwertige Wirksamkeit, also für Therapieäquivalenz.

Referent:
D. Müller-Plettenberg,
Herzkamper Straße 1a, 5600 Wuppertal 2

Orale Calcium-Therapie*

mit natürlichen Wirkstoffen

Kalkmangel bei

- allergischen Erkrankungen
- Osteoporose



Zusammensetzung: 1 Dosis (3g) enthält: Calciumcarbonat 400mg (entsprechend 160mg Calcium-Ionen), Citronensäure 850mg, Ascorbinsäure 30mg. **Anwendungsgebiete:** Calciummangel bei Osteoporose, tetanischen Zuständen, allergischen Erkrankungen. Erhöhter Calciumbedarf während Schwangerschaft, Laktation und Wachstum. **Gegenanzeigen:** Schwere Niereninsuffizienz, Hyperkalzämie, Hyperkalzurie, primärer Hyperparathyreoidismus, Vitamin-D-Überdosierung, diffuses Plasmozytom, Knochenmetastasen, Calcium-Nierensteine, Nephrokalzinose, Immobilisationsosteoporose. **Nebenwirkungen:** Hyperkalzämie, Hyperkalzurie bei Einnahme über längere Zeit. **Wechselwirkungen:** Verminderte Resorption von Eisen, Tetracyclinen, Natriumfluorid. **Dosierung und Anwendungsweise:** 3mal täglich 1-2 Teelöffel Granulat (3-6g) in 1/2 Glas Flüssigkeit umrühren und einnehmen. Bei Bedarf mit Süßstoff oder Zucker nachsüßen.

Hinweis für Diabetiker: 3g Granulat enthalten 0,14 Broteinheiten.

Handelsformen und Preise:

Originelpackungen 100g Dose DM 8,65, 250g Dose DM 17,90.

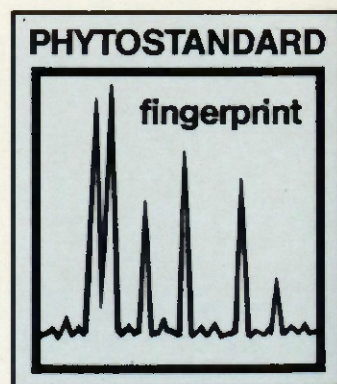
STEINER
Arzneimittel
Berlin West

* Sichere Calcium-Resorption (auch bei Säuremangel) mit Dago[®]-Calcium Granulat. Dosis 25mg Ca/kg (Niepmann W., Klin. Wschr., 39, (1961) 1064-1070)

Natürliche Ruhe und
Ausgeglichenheit durch
die Kraft der Natur



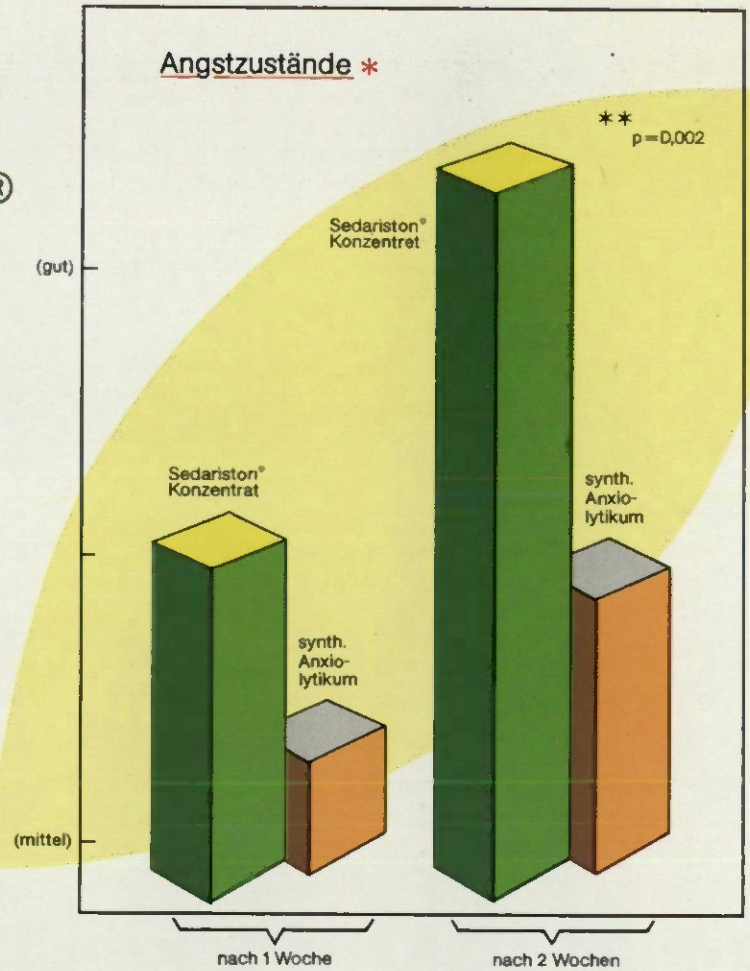
Pflanzliches
Beruhigungsmittel



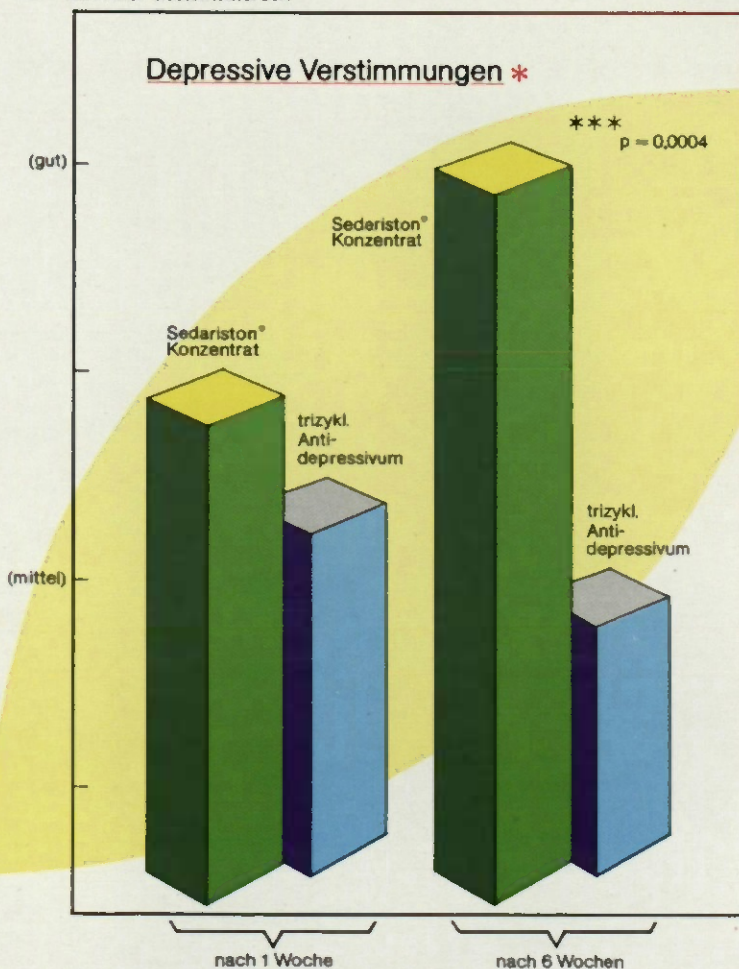
Sedariston® Konzentrat

Überlegene
Wirksamkeit in
Doppelblindstudien *
bestätigt.

CGI = Klinischer Gesamteindruck



CGI = Klinischer Gesamteindruck



Zusammensetzung: 1 Kapsel Sedariston® Konzentrat enthält: Trockenextrakt aus: Johanniskraut (*Hyperic. perforat.*) 90-100 mg, entsprechend 0,05 mg Hypericin. Trockenextrakt aus: Baldrianwurzel (*Valerian. officinal.*) 50 mg Droge; Extrakt 8:1
1 ml (= 20 Tropfen) Sedariston® enthält: alkoholische Auszüge (Extraktionsmittel: Ethanol 54,7 Vol.-%) aus: Baldrianwurzel (*Valerian. officinal.*) (1:10) 0,2 ml, Johanniskraut (*Hyperic. perforat.*) 0,2 ml, entsprechend 1,5 µg Hypericin, Wolfsfußkraut (*Lycopus europ.*) (1:10) 0,2 ml, Melissenblätter (*Meliss. officinal.*) (1:5) 0,2 ml, Besenginsterkraut (*Sarothamn. scopar.*) (1:5) 0,2 ml. Enthält Alkohol (52,9 Vol.-%).

Anwendungsgebiete: Kapseln: Zur unterstützenden Behandlung von Angstzuständen, nervöser Unruhe, Gereiztheit, Gespanntheit und dadurch verursachte Schlafstörungen.

Tropfen: Vegetative Dystonie und leichte Hypothyreosen, funktionelle Herzbeschwerden und Rhythmusstörungen.

Nebenwirkungen: Vorsorglich wird empfohlen, während der Behandlung intensive Sonnen- und UV-Strahlung zu meiden, da Hautreaktionen auftreten könnten.

Besondere Hinweise: Die Verkehrstüchtigkeit wird nicht beeinflusst. Eine Kumulation oder Gewöhnung ist - auch bei Langzeittherapie - nicht zu befürchten.

Dosierung und Art der Anwendung: Kapseln: Morgens und abends vor den Mahlzeiten jeweils 1 Kapsel mit reichlich Flüssigkeit. Bei stärkeren Beschwerden werden morgens 2 und abends 1 Kapsel eingenommen. Nur bei magenempfindlichen Patienten soll die Einnahme der Kapseln zu oder nach dem Essen erfolgen. 5 Schulkinder erhalten morgens oder abends 1 Kapsel. **Tropfen:** 3mal täglich 15 Tropfen in etwas Flüssigkeit. Für Kinder richtet sich die Dosierung nach dem Alter. In der Regel für Kinder von 2 bis 5 Jahren 3mal täglich 3-5, bis zu 12 Jahren 3mal täglich 5-8 Tropfen.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:
Sedariston® Konzentrat, Kapseln O.P. 20 Kps. DM 11,45, 50 Kps. DM 21,85, 100 Kps. DM 39,15.
Sedariston® Tinktur in Tropfflasche, O.P. 20 ml DM 11,45, 50 ml DM 21,85, 100 ml DM 39,15.

STEINER
Arzneimittel
Berlin West

* Literatur auf Anforderung

Panigel, M., *Therapiewoche* 41, 4650-4668 (1985)
Steger, W., *Zeitschr. f. Allgemeinmed.* 61, 914-918 (1985)

Pankreas- und Gallesekret

Steigerung [%]

500

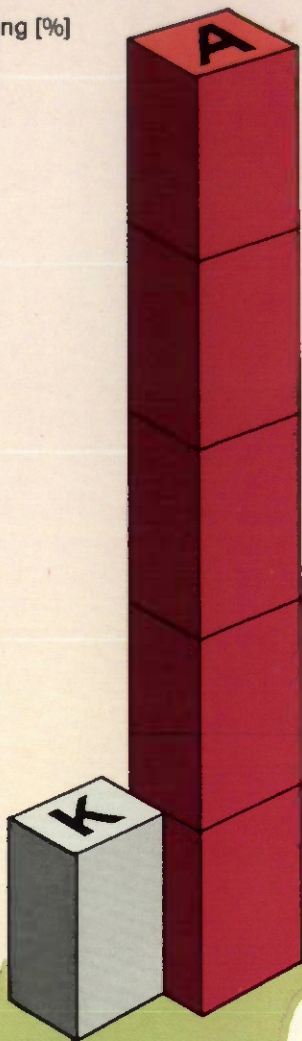
400

300

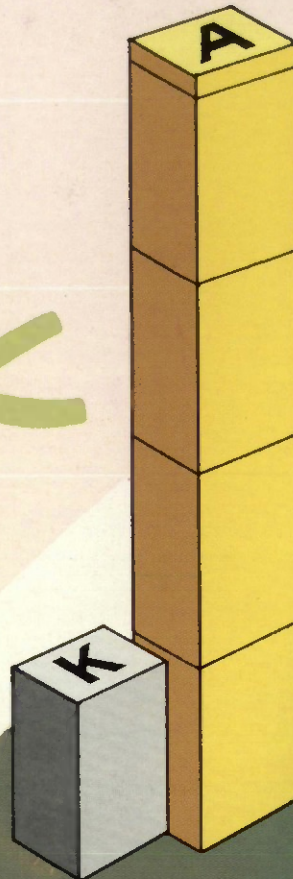
200

100

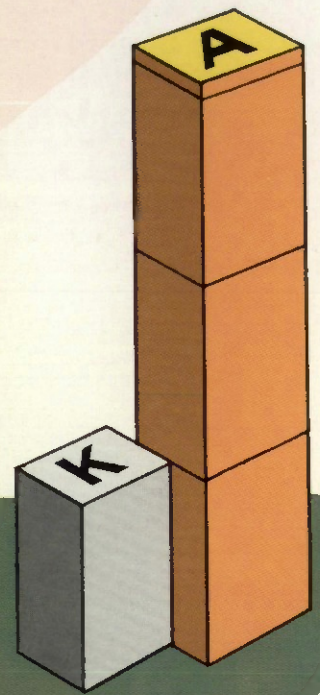
0



α -Amylase-Aktivität



Lipase-Aktivität



Duodenalsaft 40 min. nach Gabe von Aristochol (A)
Kontrolle (K) = Netzmittlemulsion

So wirkt

Aristochol®

Das pflanzliche Cholagogum

* Literatur auf Anforderung

Aristochol® Konzentrat Kapseln

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Trockenextrakte aus: Schöllkraut (Chelidon. maj.) 15-20 mg, standardisiert auf: Chelidonin 0,065 mg; javanischer Gelbwurz (Curcum. xanth.) 1,65-2,1 mg, standardisiert auf: Dicinnylmethanderivate 0,15 mg, berechnet als Curcumin; athanolischer Trockenextrakt aus Kap-Aloe (Aloe ferox) 100-125 mg, standardisiert auf: Hydroxyanthracenderivate 25 mg, berechnet als wasserfreies Barbaloin; Methylcellulose (10.000 cP, 2% Lsg.) 40 mg.

Anwendungsgebiete: Funktionelle Störungen im Gallenwegsbereich. **Gegenanzeigen:** Darmverschluss, entzündliche Darmerkrankungen, Wasser- und Elektrolytstörungen, schwere Leberfunktionsstörungen, Gallenwegsverschluss und Gallenblasenempyem. Während der Stillperiode sollte Aristochol® Konzentrat abgesetzt werden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich kann – insbesondere bei hoher Dosierung – Durchfall auftreten. **Wechselwirkungen:** Unter einer hohen Dosierung kann die Wirkung von Herzmitteln (Digitalis- und 5-Trophenthinpräparaten) verstärkt werden. **Dosierung:** 1 ml täglich 1 Kapsel (1 Beutel) zu oder nach den Mahlzeiten mit reichlich Flüssigkeit einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Originalpackungen 20 Kapseln DM 10,45, 50 Kapseln DM 24,30, 100 Kapseln DM 43,90. 25 Beutel zu 1,5 g DM 14,15, 50 Beutel zu 1,5 g DM 25,90, 100 Beutel zu 1,5 g DM 46,40.

Aristochol® Konzentrat Granulat

Zusammensetzung: 1 Dosisbeutel (1,5 g) enthält: Trockenextrakte aus: Schöllkraut (Chelidon. maj.) 10-15 mg, standardisiert auf: Chelidonin 0,065 mg; javanischer Gelbwurz (Curcum. xanth.) 29,5-30,1 mg, standardisiert auf: Dicinnylmethanderivate 0,19 mg, berechnet als Curcumin; Mariendistelfrüchte (Card. mar.) 5,0-5,5 mg; Droge: Extrakt = 15:1; athanolischer Trockenextrakt aus Kap-Aloe (Aloe ferox) 80-112 mg, standardisiert auf: Hydroxyanthracenderivate 22,5 mg, berechnet als wasserfreies Barbaloin; Penkreatin (aus Schweinepankreas) 22,5 mg; Methylcellulose (1000 cP, 2% Lsg.) 221 mg.

Aristochol® Tropfen

Zusammensetzung: 1 ml (= 20 Tropfen) enthält: Tinkturen (1:7) (Extraktionsmittel: Ethanol 54,7 Vol.-%) aus: Schöllkraut (Chelidon. maj.) 200 mg, standardisiert auf: Chelidonin 20 µg, Schefferbankreut (Achill. millefol.) 170 mg, Löwenzahnwurzel und -kraut (Taraxac. off.) 170 mg, Katzenpfötchenblüten (Helichrysum arenar.) 150 mg, Mariendistelfrüchte (Card. mar.) 100 mg, javanischer Gelbwurz (Curcum. xanth.) 80 mg, Wermutkraut (Artamis. absinth.) 50 mg, Faulbaumrinde (Rhemn. freng.) 30 mg. Enthält Alkohol (52,9 Vol.-%). **Anwendungsgebiete:** Funktionelle Störungen im Gallenwegs- und Magen-Bereich. **Gegenanzeigen:** Schwere akute Erkrankungen im Leber-Galle-Bereich. **Dosierung:** 3mal täglich 10-15 Tropfen mit Flüssigkeit zu oder nach den Mahlzeiten einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Originalpackungen 20 ml DM 10,10, 50 ml DM 20,50, 100 ml 36,20.

Alle Aristochol® Präparate sind auch für Diabetiker geeignet.

* Baumann, J. C. et al. *Arzneim.-Forsch.* 21, 98-101 (1971)

STEINER
Arzneimittel
Berlin West



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Schmerzhaftes Rachenschwellung mit Kieferklemme

Der Notfall: Paratonsillärer Abszeß

bearbeitet von Professor Dr. H. Maurer und Dr. Verena Maurer, Saarbrücken

Symptomatik:

- starke einseitige Schluck- und Halsschmerzen, die rasch bis zur Unerträglichkeit zunehmen
- undeutliche, zunehmend kloßige und näselnde Sprache
- fast immer: Kieferklemme (entzündlich bedingt)
- Druckschmerz über dem Kieferwinkel der betroffenen Seite
- Lymphknotenschwellung der betroffenen Seite
- Allgemeinbefinden des Patienten verschlechtert sich rasch: durch Schmerzen bedingte Schlaflosigkeit und Nahrungskarenz
- Fieber: entweder deutlich sprunghafter Anstieg auf 39 bis 40° C oder mäßige Temperaturerhöhung oder tagelang hohes Fieber
- reichlich aus dem Mund fließender Schleim und Speichel, da vor Schmerzen kein Schlucken mehr möglich ist
- Tendenz des Patienten, den Kopf zur betroffenen Seite und nach vorn geneigt zu fixieren, um die Spannung des Entzündungsgebietes so gering wie möglich zu halten
- Labor: BSG deutlich erhöht
Leukozytose mit Linksverschiebung

Anamnese:

- Patient im mittleren Lebensalter (ca. 3. Dezennium), Säuglinge und Kinder selten
- vorausgegangene Tonsillotomie
- vorausgegangene Tonsillektomie mit nachgewuchertem lymphatischem Gewebe in der Tonsillennische
- präexistenter, auch nach Tonsillektomie persistierender schwieriger Prozeß im peritonsillären Bindegewebe
- selten: vorausgegangene Angina
- ausnahmsweise: vorausgegangene Seitenstrangentzündung
- odontogen: Parulis der hinteren Molaren
- otogen: Pyramidenspitzenentzündung
- bei Rezidiv-Paratonsillarabszeß: nur scheinbare Spontanheilung oder unzureichende operative Entleerung eines früheren Abszesses

Sofortdiagnostik:

Anamnese und Inspektion stützen die Verdachtsdiagnose eines paratonsillären Abszesses.

1. Befunde, die für einen supratonsillären Abszeß (am häufigsten) sprechen:
 - vorderer Gaumenbogen nach vorn verdrängt und halbkugelförmig vorgewölbt, Schleimhaut infiltriert, hochrot; Uvula ödematös und zur gesunden Seite hin verdrängt
 - Tonsille: gerötet, schmierig belegt, u.U. wenig entzündlich, verändert, teils durch den vorderen Gaumenbogen verdeckt, teils medianwärts verdrängt
 - Zunge: stark belegt, geschwollene Region von dickem, leicht abwischbarem Schleim überzogen
 - starker Foetor ex ore
 - ab 4. oder 5. Krankheitstag fluktuierende Einschmelzung. Bei spontanem Durchbruch vorher gelbliche Verfärbung der stärksten Vorwölbung, meist im vorderen Gaumenbogen in der Fossa supratonsillaris am oberen Tonsillenpol

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

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

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Komplikationen:

2. Befunde, die für einen retrotonsillären Abszeß sprechen:
- hinterer Gaumenbogen ist am stärksten geschwollen und bildet einen dicken, roten Wulst; er verdrängt die Tonsille weit nach vorn, oralwärts.
 - Entzündung spielt sich ab in der Nähe der großen Gefäße. Cave Komplikationen,
 - Kollateralödem kann sich ausbreiten auf Vallecula, Epiglottis und aryepiglottischen Falten, dann innerhalb weniger Stunden Luftnot, Erstickungsgefahr
- Antibiotika gegen hämolysierende Streptokokken (Mehrzahl d.F.): Penicillin. Bei Penicillin-resistenten Erregern oder -Allergie: Tetracykline
- a) in frühem Stadium der Abszeßbildung Remission möglich (selten)
 - b) bei beginnender Einschmelzung
 - c) vor chirurgischen Maßnahmen zur Verhütung von Komplikationen
- Analgetika gegen Fieber und Schmerzen
- Ernährung: kühl, flüssige und weiche Kost
- Verbot zu gurgeln u. ä., um die Tonsillengegend ruhig zu stellen
- Lateralisation der Schmerzen
- zunehmende funktionelle Beschwerden
- objektiver Befund
- bleten zusammen ein charakteristisches Bild, das die sofortige Überweisung wegen der u.g. Komplikationen dringend indiziert. In der Hals-Nasen-Ohren-Klinik sind dann, je nach Befund, verschiedene Vorgehensweisen angezeigt:
- Abszeßeröffnung bei bereits begonnener Einschmelzung (4. bis 5. Tag)
- zur Vermeidung weiterer Komplikationen: Tonsillektomie:
- a) à froid: nach 4 bis 6 Wochen im freien Intervall
 - b) à tiède: am 3. bis 5. Tag nach der Inzision. Vorteile: noch keine Verwachsungen, nur ein Klinikaufenthalt notwendig
 - c) Abszeßtonsillektomie als beste Möglichkeit einer definitiven Abszeßentleerung
- Peritonsillitische Phlegmone bei maligner Diphtherie oder Agranulozytose. Diese Differentialdiagnose ist besonders wichtig bei Kindern.
- nicht-ulcerierende, bösartige Tumoren: Lymphosarkome vom B- und T-Zell-Typ (Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphome), von großer praktischer Bedeutung: Schmincke-Tumor. Meist fehlen hier fieberhafte Allgemeinreaktion und lokal entzündliche Erscheinungen
- von Weisheitszähnen ausgehende Entzündungen
- periostitische Abszeßbildung im Bereich des Unterkiefers
- Aneurysma verum oder spurium der A. carotis interna: pulsierender Tumor!
- spezifische Prozesse (kalter Abszeß, luischer Primäraffekt)
- bei tiefliegenden Retropharyngealabszessen: submuköses Fortschreiten der Entzündung innerhalb der Fascia pharyngea bis zum Sinus piriformis: Erstickungsgefahr
- Einbruch der Entzündung ins Spatium parapharyngeum und Ausbreitung entlang der Venen und Lymphbahnen oder diffus in der Muskulatur (v.a. bei rezidivierenden Restabszessen).
- bei foudroyantem Verlauf: durch nicht stattfindende Demarkation Ausbreitung der Entzündung in Spatium para- und retropharyngeum mit verschiedenen Verlaufsformen:
- a) mediastinalwärts absteigende innere Halsphlegmone und hochgradiges Larynxödem in der Folge
 - b) bei aufsteigender Entzündung entlang Lymphbahnen oder Venen bzw. per continuitatem: Orbitaphlegmone, intrakranielle Komplikationen (Meningitis, Sinus-Cavernosus-Thrombose, Hirnabszeß)
- bei protrahiertem Verlauf: abszedierende Phlegmone mit Abriegelung und Abkapselung; dadurch Gefahr der Arrosion eines dort verlaufenden Gefäßes und Blutung, die nur sehr schwer beherrschbar ist.
- Arrosionsblutung bei oder einige Tage nach Abszeßeröffnung
- bei Durchbruch in die Parotisloge: eitrige Parotitis
- bei thrombophlebitischen Prozessen bzw. auf dem Lymphweg: an den verschiedensten Stellen septische Prozesse und sich daraus ergebende Krankheitsbilder.
- Vorboten: Schüttelfrost, hohes Fieber.

Wie findet man als Bauherr die optimale Finanzierung?



Wieviel Eigenkapital ist empfehlenswert? Wie hoch sollte der Bausparvertrag sein? Welche Vorteile bietet die Finanzierung aus einer Hand? Welche steuerlichen Möglichkeiten bringt die neue staatliche Wohnbauförderung? Sprechen Sie mit der Raiffeisenbank, dem soliden Partner. Profitieren Sie von unserer jahrzehntelangen Erfahrung. Von der Komplett-Finanzierung aus einer Hand.

Die Bank mit dem
freundlichen
Service

 **Raiffeisenbank**

Bericht über die Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer vom 21. Februar 1987

Der Präsident, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, begrüßte zunächst in der ersten Sitzung des Vorstandes für die Wahlperiode 1987 bis 1991 die in der konstituierenden Vollversammlung am 17. Januar 1987 wiedergewählten sowie die neugewählten Mitglieder. Danach berichtete er über aktuelle gesundheits- und sozialpolitische Entwicklungen, wobei er sich auch mit dem Gutachten des Sachverständigenrates beschäftigte. Der Präsident führte aus, daß in Kürze auch Überlegungen aus den Koalitionsverhandlungen in ihren Auswirkungen noch intensiv beraten werden müssen. Er rechnet damit, daß der Bundesarbeitsminister im Herbst dieses Jahres einen Gesetzentwurf zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung vorlegen wird, wozu schon etliche Entwürfe erarbeitet sein sollen. Ein Bonus-Malus-System für Kassenärzte in Verbindung mit der Arzneiversorgung sei auch bei der jetzigen Koalition auf Bundesebene nicht mehr auszuschließen. Die Vorstellungen der gesetzlichen Krankenkassen, im Rahmen der Strukturreform im Gesundheitswesen eine Art Kostenerstattung einzuführen, werden sich wohl kaum realisieren lassen. Zusammenfassend zeigte Professor Sewering auf, daß sich bei weiter ansteigenden Kosten der Druck auf die niedergelassenen Kollegen, und zwar sowohl auf Ärzte wie auch auf Zahnärzte, sicher nicht vermindern wird. Abschließend erläuterte er die bayerische Konzeption zur onkologischen Nachsorge und legte dar,

daß es gelungen ist, mit den Krankenkassen eine Gebühr für die Dokumentation außerhalb der Gesamtvergütung zu vereinbaren.

Der Vorstand **kooptierte zwei weitere Mitglieder:** Frau Dr. Bäcker und Professor Dr. Hecker, die beide dem Vorstand auch in den vergangenen Jahren angehörten.

In die **Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung** berief der Vorstand zusätzlich zu den von der konstituierenden Vollversammlung am 17. Januar 1987 gewählten Mitgliedern *weitere drei in der Fortbildung besonders erfahrene Mitglieder:* Dr. Schneiderhan, Professor Dr. Sessner und Professor Dr. Wetzels. Weiter wurden als ständige Teilnehmer eingeladen: Dr. Hellmann, Professor Dr. Kern, Dr. E. Th. Mayer.

Die Liste der **bayerischen Vertreter in den Ständigen Konferenzen der Bundesärztekammer** wurde vom Vorstand einstimmig angenommen.

Der Vorstand beschloß auch die **Besetzung der gemeinsamen Kommission von Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns für Datenschutz und Wahrung des Arztgeheimnisses.**

Für die **Besetzung des Ausschusses für Hochschulfragen** und des **Krankenhausausschusses** wurde ange-regt, bis zur nächsten Vorstandssitzung nach Abstimmung in den Ärztlichen Bezirksverbänden Vorschläge einzureichen. Über die endgültige Zusammensetzung beider Aus-

schüsse wird dann der 40. Bayerische Ärztetag beschließen. Für die Beratung des Entwurfes eines Gesetzes zur Änderung des Bayerischen Hochschulgesetzes wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die eine Stellungnahme für den Vorstand erarbeiten soll.

Nach einer Einführung zu Thematik und Ablauf des **90. Deutschen Ärztetages in Karlsruhe vom 12. bis 16. Mai 1987** erläuterte der Präsident die Vorschläge, die zum Tagesordnungspunkt „Änderung der Weiterbildungsordnung“ vorliegen. Danach informierte er den Kammervorstand über die einstimmige Empfehlung der Finanzkommission der Bundesärztekammer – bestehend aus Vertretern jeder Landesärztekammer –, dem Vorstand der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1985/86 die Entlastung zu erteilen.

Bei „**Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung**“ befaßte sich der Vorstand mit der Neuberufung und Neubesetzung von Vorsitzenden und Mitgliedern der **Prüfungsausschüsse** sowie der Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses. Nach eingehender Diskussion wurden – mit einigen Ergänzungen – insgesamt 466 Mitglieder bestellt. Bei der Neubesetzung der **Fachberatergremien** berief der Vorstand insgesamt 139 Mitglieder. Danach stand die Liste **„Weiterbildungsermächtigte Ärzte in Bayern – Erweiterungs- und Neuanträge“** zur Beratung an. Bei insgesamt 149 Erweiterungs- und Neuanträgen, von denen 29 Anträge die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, 81 Anträge die Weiterbildung in Gebieten, zwölf Anträge die Weiterbildung in Teilgebieten, 20 Anträge die Weiterbildung in Bereichen sowie sieben Anträge die Vermittlung der Fachkunde im Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen bzw. in der Teletherapie oder im Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen betrafen, stimmte der Vorstand insgesamt 114 Anträgen zu, 33 Anträge wurden abgelehnt und zwei zurückgestellt.

Der Vorstand befaßte sich auch mit **drei Einsprüchen gegen erteilte Rügen**, wobei alle Einsprüche zurückgewiesen wurden.

Unter „**Verschiedenes**“ nahm der Vorstand die von der Bundesärztekammer vorgeschlagenen **Schwerpunkthemen für die ärztliche Fortbildung 1987/88** zustimmend zur Kenntnis.

Computertomographie und Kernspintomographie

am 23. Mei 1987 in München

Veranstalter: Bayerische Landesärztekammer

Thema: Indikationen für eine effiziente und kostensparende Anwendung

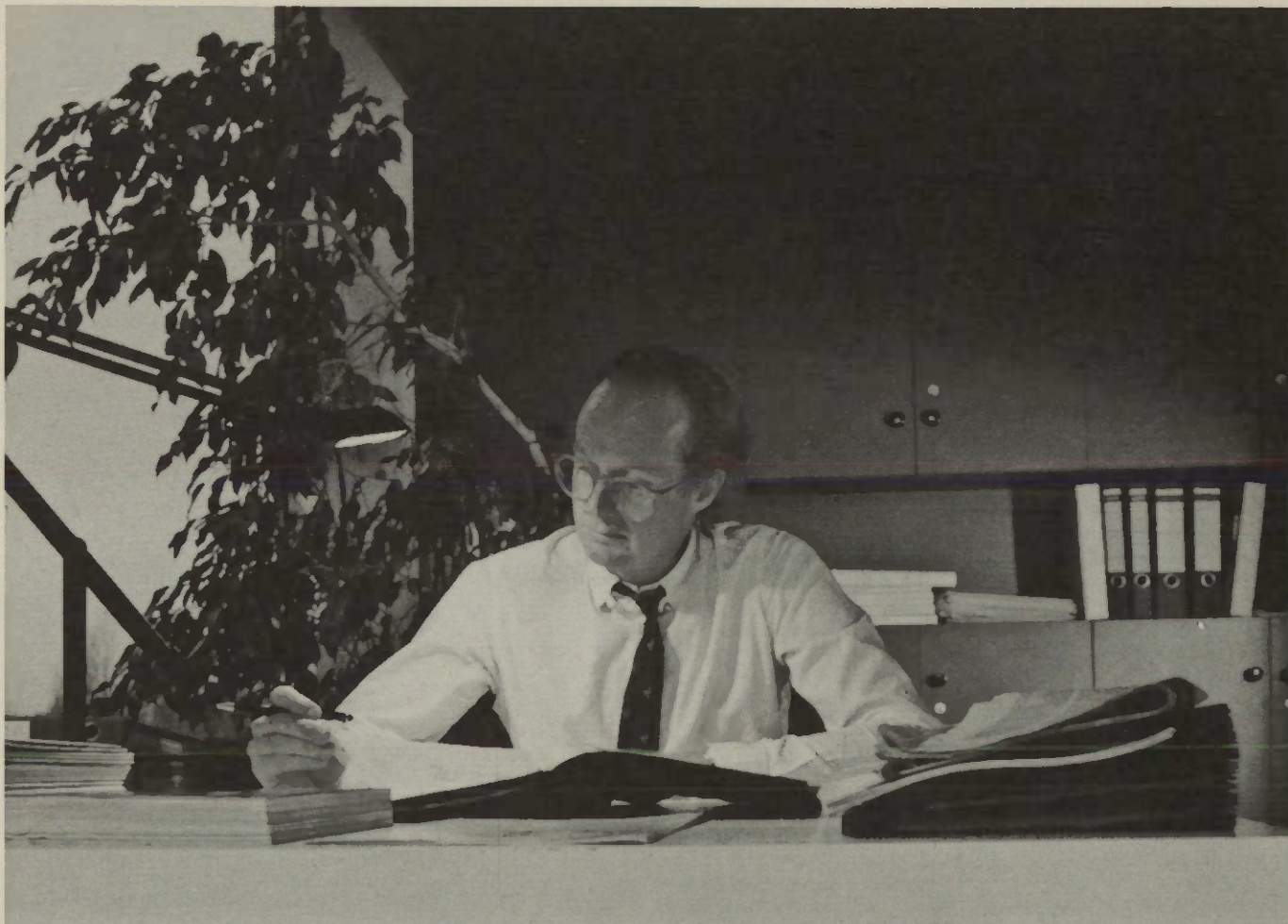
Leitung: Professor Dr. J. Lissner, Professor Dr. A. Breit, Professor Dr. E. Zeitler

Zeit und Ort: 10 bis 17 Uhr – Ärztehaus Oberbayern, Eisenheimerstraße 39, München 21

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Müller-Petter, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-232



IHR GELD HAT AUCH KEINEN 8-STUNDEN-TAG

Überdurchschnittliches Engagement verträgt sich nicht mit einem Durchschnitts-Arbeitstag.

Sie haben sich Ihre Ziele höher gesteckt und investieren dafür mehr Zeit.

Verständlich, daß Sie Ihr Geld dann auch ertragreich anlegen wollen.

Denn was Sie für Ihr Geld tun, muß Ihr Geld auch für Sie leisten.

Mit mehr als nur durchschnittlichem Ergebnis. Ohne daß Sie dafür extra Zeit aufbringen müssen.

Denn das Anlegen Ihres Geldes können Sie gut und gerne delegieren.

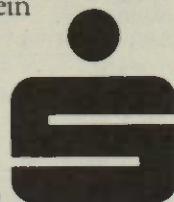
Sprechen Sie deshalb mit dem Geldberater der Sparkasse.

Er kümmert sich um die richtige Anlage Ihres Geldes.

Von Sparkassenbriefen über Aktien und Investment-Fonds der Deka bis hin zu internationalen Werten.

Investieren Sie etwas Zeit in ein Gespräch über Ihre Anlagewünsche, und Ihr Geld wird so erfolgreich arbeiten wie Sie.

wenn's um Geld geht – Sparkasse



Information 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.

Oberbayern

Moosburg, Lkr. Freising:
1 HNO-Arzt

Landkreis Traunstein:
1 HNO-Arzt

Landkreis Landsberg:
1 Hautarzt

Landkreis Neuburg-Schrobenhausen:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Eisenhelmerstraße 39, 8000 München 21, Telefon (0 89) 57 09 30.

Oberfranken

Schönbrunn, Lkr. Bamberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Münchberg, Lkr. Hof/Saale:
1 Augenarzt

Lichtenfels:
1 Augenarzt

Forchheim:
1 Hautarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Hof/Saale:
1 Hautarzt

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

Mittelfranken:

Ansbach:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Ansbach:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Nürnberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Nürnberger Land:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Gunzenhausen:
1 Chirurg

Erlangen:
1 Internist
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg:
1 Internist
(Praxisgemeinschaft)

Landkreis Nürnberger Land:
1 Internist
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:
1 Narvarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

1 Nervenarzt
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:
1 Radiologa
(Gemeinschaftspraxis)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-412 (Frau Gresens / Herr Hubatschek).

Unterfranken

Obernburg-Eisenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Oberaurach, Lkr. Haßberga:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Aschaffenburg, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

Erlenbach/Klingenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Amorbach, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Ebern/Eitmann-Ebelsbach/Haßfurt, Lkr. Haßberga:
2 Augenärzte

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Chirurg

Aizenau/Aschaffenburg, Lkr. Aschaffenburg:
2 HNO-Ärzte

Karlstadt/Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberga:
1 HNO-Arzt

Bad Neustadt/Bad Königshofen, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 HNO-Arzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Hautarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Haßfurt, Lkr. Haßberga:
1 Hautarzt

Karlstadt/Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 Hautarzt

Planungsbereich Obernburg, Lkr. Miltenberg:
1 Internist

Bad Königshofen, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Internist

Meilrichstadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Internist

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Planungsbereich Kitzingen, Lkr. Kitzingen:
1 Kinderarzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 Nervenarzt

in Unterfranken sind darüber hinaus folgende Niederlassungsmöglichkeiten für Gebietsärzte vorhanden:

10 Kassenarztsitze für Chirurgen	
3 " " " Frauenärzte	
5 " " " Internisten	

1 Kassenarztsitz für HNO-Ärzte
1 " " " Urologen

Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung sind in den jeweiligen Bereichen bis zur Niederlassung eines freipraktizierenden Kassenerztes Ermächtigungen bzw. Beteiligungen ausgesprochen worden.

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-0.

Oberpfalz

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:
1 Augenarzt

Landkreis Amberg-Weizbach:
1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:
1 HNO-Arzt

Landkreis Schwandorf:
1 HNO-Arzt

Landkreis Tirschenreuth:
1 HNO-Arzt

Landkreis Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Landkreis Tirschenreuth:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 37 82-0.

Niederbayern

Furth, Lkr. Landshut:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Wörth a. d. Isar, Lkr. Landshut:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Roßbach, Lkr. Rottal-Inn:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Augenarzt

Rottenburg a. d. Laaber, Lkr. Landshut:
1 Augenarzt

Hauzenberg, Lkr. Passau:
1 Augenarzt

Passau:
1 Hautarzt

Pfarrkirchen, Lkr. Rottal/Inn:
1 Hautarzt
(Praxisübernahme)

Rottenburg a. d. Laaber, Lkr. Landshut:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 2 30 61.

Schwaben

Weißenhorn, Lkr. Neu-Ulm:
1 Augenarzt

Dillingen, Lkr. Dillingen:
1 Hautarzt

Marktobersdorf, Lkr. Ostallgäu:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 32 56-0.

Normdosis



**NÄCHTLICHE ATEMNOT:
1 RETARDTABLETTE ABENDS***

**ATEMNOT TAGS UND NACHTS:
1/2 RETARDTABLETTE MORGENS
1/2 RETARDTABLETTE ABENDS***

**600mg reines
Theophyllin
in 1 Tablette**

UNIPHYLLIN® 600

MUNDIPHARMA GmbH - 6250 Limburg (Lahn) - **Uniphyllin® 600** - Bronchospasmolytikum mit Langzeitwirkung. **Zusammensetzung:** 1 Retardtablette enthält: Theophyllin H₂O-frei 600 mg.

Anwendungsgebiete: Asthma bronchiale, reversible bronchospastische Zustände verschiedener Genese, z. B. bei chron. Bronchitis und Lungenemphysem. **Gegenanzeigen:** Bei Epilepsie, Schilddrüsenüberfunktion, Herzjagen (Tachykardie, Arrhythmie), frischem Herzinfarkt, hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (HOCM), induzierbaren Porphyrinen, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren sollte Uniphyllin 600 nur unter strenger ärztlicher Überwachung eingenommen werden. Bei Kindern und Jugendlichen weicht der Theophyllin-Bedarf wegen des rascheren Abbaus dieser Substanz vom Bedarf Erwachsener ab. Bei dieser Patientengruppe ist zur individuellen Dosisanpassung die Anwendung von Uniphyllin minor angezeigt. Die detaillierte Dosierungsanleitung ist der Gebrauchsinformation von Uniphyllin minor zu entnehmen. **Hinweis:** Während der Schwangerschaft, insbesondere unmittelbar vor der Niederkunft, und während der Stillperiode sollte Uniphyllin 600 nur nach ausdrücklicher Anweisung des Arztes eingenommen werden. **Nebenwirkungen:** In vereinzelten Fällen kann es zu Übelkeit, Magenbeschwerden, Herzklappen, Kopfschmerzen, Abfall des arteriellen Sauerstoffdruckes und Blutdruckes sowie Nervosität und Schlafstörungen kommen. Das Auftreten von Nebenwirkungen wird in den meisten Fällen durch eine individuelle Überdosierung verursacht (bitte Dosierungsanleitung beachten, insbesondere bei bestehenden Nebenkrankungen). In diesen Fällen führt eine Dosisverminderung zu einer besseren Verträglichkeit.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: a) Synergistische Wirkung mit Furosemid, Sympathomimetika, Ephedrin, ephedrin- u. xanthinhaltigen (z. B. coffeinhaltigen) Mitteln. b) Beschleunigter Theophyllin-Abbau und/oder verminderte Bioverfügbarkeit mit evtl. Erhöhung der Dosis bei: Rauchern, gleichzeitiger Gabe von Phenobarbital, Phenytoin, Sulfipyrazon, Magnesiumhydroxid, Carbamazepin, Rifampicin, Isoniazid. c) Verzögerter Abbau und/oder Erhöhung des Theophyllin-Plasmaspiegels mit evtl. Reduzierung der Dosis bei: oralen Kontrazeptiva, Makrolid-Antibiotika (z. B. Erythromycin), Cimetidin, Allopurinol, Propranolol, Isoprenalin. **Art der Anwendung:** Uniphyllin 600 soll unzerkaut mit etwas Flüssigkeit eingenommen werden. Bei Bedarf können die Retardtabletten halbiert werden. Die gleichmäßige und kontrollierte Wirkstoff-Freisetzung bleibt erhalten. **Darreichungsform, Packungsgrößen und Preise:** O.P. mit 20 Retardtabletten (N 1) DM 34,80 m. MwSt.; O.P. mit 28 Retardtabletten (Kalenderpackung) DM 45,35 m. MwSt.; Q.P. mit 50 Retardtabletten (N 2) DM 72,00 m. MwSt.

MUNDIPHARMA GmbH - 6250 Limburg (Lahn)
Leistung für Arzt und Patient UNI 600-Z-8708

Stand Januar 1987

Personalia

Dr. Weißauer Honorarprofessor

Dr. med. h. c. Walther Weißauer, Leerstetter Straße 44, 8508 Wendelstein, wurde aufgrund seiner Tätigkeit als Lehrbeauftragter für Medizinrecht an der Universität Ulm vom Minister für Wissenschaft und Kunst des Landes Baden-Württemberg zum Honorarprofessor ernannt.

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet:

Professor Dr. med. Eberhard Buchborn, Direktor der Medizinischen Klinik Innenstadt der Universität München, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2

Professor Dr. med. Konrad Bühlmeier, Direktor der Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindesalter am Deutschen Herzzentrum München, Lothstraße 11, 8000 München 2

Professor Dr. med. Maximilian Knedel, Direktor des Instituts für Klinische Chemie der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70

Professor Dr. med. Frank Marguth, Direktor der Neurochirurgischen Klinik der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70

Professor Dr. med. Dietrich Michel, ehemaliger Ärztlicher Direktor der Stiftsklinik Augustinum, Fritz-Reuter-Straße 10a, 8000 München 60

Professor Dr. med. August Reis, Internist, Faistenbergerstraße 5, 8000 München 90

Professor Dr. med. Werner Rudolph, Direktor der Klinik für Herz- und Kreislaufkrankheiten am Deutschen Herzzentrum München, Lothstraße 11, 8000 München 2

Professor Dr. med. Fritz Sebening, Direktor der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie am Deutschen Herzzentrum München, Lothstraße 11, 8000 München 2

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Herbert Kubasta, Nervenarzt, Frohsinnstraße 24, 8900 Augsburg

Professor Dr. med. Hans-Martin Weinmann, Extraordinarius für Kinderheilkunde, Kinderklinik der Technischen Universität München, Kölner Platz 1, 8000 München 40

Professor Dr. med. Karl Heinz Weis, Vorstand des Instituts für Anästhesiologie der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg

Verdienstmedaille

Mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet:

Dr. med. Johannes Dietrich, Frauenarzt, Rosenheimer Straße 15a, 8202 Bad Aibling

Dr. med. Werner Schulte, Allgemeinarzt, Hochstraße 9, 8384 Simbach

Dr. med. Ulrich Keil, MPH, bisher Leiter der Arbeitsgruppe Epidemiologie, GSF Medis Institut, München, wurde zum Ordinarius für Sozialmedizin und Epidemiologie der Ruhr Universität Bochum ernannt.

Professor Dr. med. Hanns-Jürgen Merté, Direktor der Augenklinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde bei einer gemeinsa-

men Veranstaltung des Club Européen de la Santé und des Deutschen Grünen Kreuzes in Marburg für die Entwicklung einer Binokularprismenlupe ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Helmut A. Stickl, Direktor der Bayerischen Landesimpfanstalt, Lazarettstraße 62, 8000 München 19, und Professor Dr. med. Karl-Heinrich Wulf, Direktor der Frauenklinik der Universität Würzburg und Leiter der Staatlichen Berufsfachschule für Hebammen, Josef-Schneider-Straße 4, 8700 Würzburg, wurden in den Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer gewählt.

Fakultäten

Universität Erlangen-Nürnberg

apl. Professor Dr. med. Manfred Weidenbecher wurde zum Professor — C 3 für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ernannt.

Zum Professor — C 2 wurden ernannt: Professor Dr. med. Hermann Stefan (bisher Bonn) für Neurologie; apl. Professor Dr. med. Ahmad Taghavy für Neurologie; Privatdozent Dr. med. Paul Thierauf für Allgemeine und spezielle Pathologie, insbesondere Neuropathologie.

München — Technische Universität

Privatdozent Dr. med. Karl-Friedrich Hamann wurde zum Extraordinarius für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten ernannt.

Privatdozent Dr. med. Jürgen Ohlen, Klinik Wartenberg, wurde die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor verliehen.

Band 68 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

„Notfallmedizin nach Leitsymptomen“

kann unter Beifügung von DM 5,— in Briefmarken als Schutzgebühr angefordert werden bei: Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

— Alle Kassenärzte in Bayern erhielten diese Broschüre durch ihre Bezirksstelle der KVB —

Hochwirksame nächtliche Säurehemmung:

Für den guten Tag

Ihrer Ulcus-Patienten.



Nur 40mg täglich. 1x1.

Eine kleine Tablette.

- Schnelle und anhaltende Schmerzbefreiung schon innerhalb der ersten Tage.
- Rasche Heilung von Ulcera duodeni und ventriculi.
- Bemerkenswert gute Verträglichkeit.
- Bisher keine substanzspezifischen Wechselwirkungen bekannt.
- Höchste spezifische Aktivität. Geringe Substanzbelastung.

Einfach, leicht, patientenfreundlich. Für jeden Tag.

Zusammensetzung: 1 Filmtbl. PEPDUL® enthält 40 mg Famotidin; 1 Filmtbl. PEPDUL® mite enthält 20 mg Famotidin. **Anwendungsgebiete:** Folgende Erkrankungen, bei denen eine Verminderung der Magensäuresekretion angezeigt ist; ulcera duodeni, benigna ulcera ventriculi, Zollinger-Ellison-Syndrom. – PEPDUL® mite außerdem zur Rezidivprophylaxe von ulcera duodeni. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Famotidin. Während Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Kindern nur nach strengster Indikationsstellung. – **Hinweise:** Eine eventuelle Bösartigkeit von Magengeschwüren sollte vor Behandlung ausgeschlossen werden. – Zur Therapie geringfügiger Magen-Darm-Beschwerden (z. B. nervöser Magen) ist PEPDUL®/PEPDUL® mite nicht angezeigt. – Vorsicht bei Patienten mit eingeschränkter Leber- oder Nierenfunktion; bei letzteren Reduzierung der Tagesdosis (s. Dosierung). **Nebenwirkungen:** Selten Durchfall, Kopfschmerzen, Müdigkeit. Außerst selten Verstopfung, Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen, Hautausschlag, Magen-Darm-Beschwerden, Blähungen, Appetitlosigkeit. – Aufgrund der pharmakologischen Ähnlichkeit von Famotidin mit anderen gleichzeitig wirkenden Arzneimitteln ist die Möglichkeit nicht auszuschließen, daß Nebenwirkungen auftreten können, wie sie unter der Einnahme von Arzneimitteln dieser Wirkstoffklasse in Einzelfällen berichtet wurden: Desorientiertheit, Impotenz, Muskelkrämpfe, Störungen der Regelblutung, Brustspannung, Haarausfall und Erhöhung von Laborwerten (Transaminasen, γ -GT, alkalische Phosphatase, Harnstoff) sowie eine Verminderung der weißen Blutkörperchen.

Dosierungsanleitung/Dauer der Anwendung: Bei ulcera duodeni und ventriculi täglich 1 Filmtbl. PEPDUL® (od. 2 Filmtbl. PEPDUL® mite) jeweils vor dem Schlafengehen über maximal 8 Wochen; Verkürzung der Therapiedauer bei endoskopischem Nachweis einer Geschwürsheilung. – Zur Rezidivprophylaxe von ulcera duodeni täglich 1 Filmtbl. PEPDUL® mite vor dem Schlafengehen. – Bei Zollinger-Ellison-Syndrom initial 1 Filmtbl. PEPDUL® mite alle 6 Stunden; Anpassung der Dosierung nach dem Ausmaß der Säurehypersekretion und dem klinischen Ansprechen des Patienten. Bei Vorbehandlung mit anderen H_2 -Antagonisten Anfangsdosierung abhängig von Schwere des Krankheitsbildes und zuletzt eingenommener Dosierung der Vormedikation. – Bei Kreatinin-Clearance < 30 ml/min bzw. Serum-Kreatinin $> 3,0$ mg/100 ml Reduzierung der Tagesdosis von 40 auf 20 mg Famotidin. **Wechselwirkungen:** Bisher keine substanzspezifischen Interaktionen bekannt. **Packungsgrößen/Preise:** PEPDUL®: 10/20(N1)/50(N2) Filmtbl. DM 64,-/122,-/295,-; Anstaltspackungen. – PEPDUL® mite: 20(N1)/50(N2)/100(N3) Filmtbl. DM 66,05/154,90/300,-; Anstaltspackungen. – Auch zur intravenösen Verabreichung erhältlich (PEPDUL® i.v.). Weitere Einzelheiten enthalten die wissenschaftliche Broschüre und die Gebrauchsinformationen, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

FROSST PHARMA GMBH
8000 München 83

Stand: 7/86 7-87-PCD-86-G-422a

Famotidin®
pepdul

FROSST EIN UNTERNEHMEN
PHARMA DER MSD-GRUPPE

Tremor

Tremarit®

selektiv tremorwirksam



WANDER PHARMA GMBH
8500 Nürnberg
Tremarit® 5 mg · Tremarit® 15 mg

Zusammensetzung: 1 Tablette Tremarit 5 mg enthält: 5 mg Metixenhydrochlorid, 1 Tablette (Mantel-Kerntablette) Tremarit 15 mg enthält: 15 mg Metixenhydrochlorid.
Anwendungsgebiete: Parkinsonsyndrom jeglicher Genese (idiopathischer, postenzephalitischer, arteriosklerotischer Parkinsonismus, Neuroleptika-Parkinsonoid, Restsymptome nach stereotaktischen Operationen), Isolierte extrapyramidale Tremorformen, essentieller und Alters-(seniler)Tremor.
Gegenanzeigen: Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftungen, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Resthambildung, intestinale Atonie, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Myasthenia gravis. Tierexperimentell und klinisch bestehen keine Hinweise für eine keim-schädigende Wirkung von Tremarit. Die Anwendung sollte jedoch in der

Frühschwangerschaft nur unter sorgfältiger Risikoabwägung erfolgen.
Nebenwirkungen: Die Verträglichkeit von Tremarit ist im allgemeinen gut. Bei höherer Dosierung können gelegentlich Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion, Hautrötung, Schwindel, Akkommodationsstörungen, Pupillenerweiterung, Tachykardie, Verstopfung und Harnverhalten auftreten. Übelkeit und Erbrechen sind selten. Durch vorsichtigen, langsamen Dosisaufbau können diese Nebenwirkungen weitgehend vermieden werden. Weitere Angaben zu Tremarit:
Dosierung und Anwendungsweise: Entscheidend für den Therapieerfolg ist die individuelle Dosierung, wobei die optimale Tremarit-Dosis grundsätzlich langsam aufgebaut werden sollte.
Es empfiehlt sich folgende Vorgehensweise:
1. Behandlungswoche: 3 x 1/2 Tablette Tremarit 5 mg über den Tag verteilt · 2. Behandlungswoche: morgens 1 Tablette, mittags und abends je 1/2 Tablette Tremarit 5 mg · 3. Behandlungswoche: morgens und mittags je 1 Tablette, abends 1/2 Tablette Tremarit

Diese Bilder entstammen der WANDER-Photoedition »IMAGO TREME«.
Gegenstand dieser Bildserie ist die künstlerische Umsetzung des Themas »Tremor« mit den Mitteln der Photographie.

5 mg · 4. Behandlungswoche: 3 x 1 Tablette Tremarit 5 mg pro Tag.
Diese Steigerung der Tagesdosis in wöchentlichen Abständen um jeweils 1/2 Tablette ist fortzuführen, bis die individuell optimale Dosis erreicht ist. Für die anschließende Dauerbehandlung ist ggf. eine Umstellung auf Tremarit 15 mg-Tabletten sinnvoll.
Erfahrungswerte für die optimale Tremarit-Dosis bei verschiedenen Krankheitsbildern:
● Alters- und habituellem Tremor: 10-20 mg
● Neuroleptika-Parkinsonoid: 20-30 mg
● Morbus Parkinson: 30-60 mg (gleichzeitige L-Dopa-Gaben können um ca. 1/2 reduziert werden).

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Amantadin, Chinidin und trizyklische Antidepressiva können die anticholinerge Wirkung von Tremarit verstärken.
Hinweise: Wegen des gelegentlich zu Beginn der Behandlung auftretenden leichten Schwindels und Anpassungsstörungen des Auges ist eine mögliche Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit, z. B. im Straßenverkehr und bei Präzisionsarbeit zu beachten.
Antidot: Neostigmin 0,5-2,5 mg, ist intramuskulär oder langsam intravenös zu injizieren, kann gegebenenfalls wiederholt werden.
Handelsformen: Tabletten 5 mg: Originalpackungen zu 30 (N1), 50 (N2) und 100 Stück (N3) DM 15,46; DM 24,72 und DM 41,76
Klinikpackungen
Tabletten 15 mg: Originalpackungen zu 50 (N2) und 100 Stück (N3) DM 59,75 und DM 107,06
Klinikpackungen

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, Februar 1987

WANDER
PHARMA

Koalitionsverhandlungen

Die Verhandlungen der Koalition über die künftige Regierungserbeit haben auf den ersten Blick einen überraschenden Verlauf genommen. Am härtesten wurde um die Steuerreform gerungen, während die Sozialpolitik nach wenigen Stunden vom Themenkatalog als erledigt „abgehakt“ werden konnte. Dabei schien die Richtung der Steuerpolitik schon vor der Wahl in den Programmen der drei Parteien ziemlich verbindlich vorgegeben zu sein, während die Forderungen der Koalitionspartner zu den großen sozialpolitischen Reformthemen doch recht weit auseinander lagen. Da braucht man nur daran zu erinnern, daß die F.D.P. den Übergang vom Sechleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip wünschte, während die Union solchen Ideen ablehnend gegenüberstand.

Doch der überraschende Verlauf der Koalitionsgespräche ist leicht zu erklären. Während Stoltenberg klare Vorgaben für die Steuerreform wünschte und ein Vorschlagspaket auf den Tisch legte, wollte Blüm für die Reformen der Kranken- und Rentenversicherung Zeit gewinnen und sich möglichst wenig binden lassen. Die zwei wichtige Landtagswahlen bevorstehen, fand Blüm rasch Beifall für seine Strategie, die Öffentlichkeit weiterhin mit möglichst unverbindlichen Formeln abzuspeisen. Wer kann schließlich schon etwas gegen die Absicht der Koalition einwenden, „wirksame Anreize im System der gesetzlichen Krankenversicherung für alle Beteiligten (Leistungserbringer, Versicherte und Krankenkassen) zu mehr Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Eigenverantwortlichkeit zu schaffen“? An diesem Zitat aus dem Koalitionspapier stört allenfalls der schlechte Stil.

Der von den Koalitionspartnern vereinbarte Text gliedert sich in zwei Teile. Im ersten werden die Ziele der Reform genannt, im zweiten Teil sollen die „Inhalte der Reform“ vorgegeben werden. Im Zielkatalog wird wenig Neues geboten. So wird darauf verwiesen, daß die Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken seien und sich die „Leistungen und Ausgaben an gesundheitlichen Zielen und medizinischen Prioritäten bei Beachtung von Beitragsstabilität“ zu orientieren hätten. Das leistungsfähige soziale und gegliederte System mit Subsidiarität, Solidarausgleich und Selbstverwaltung solle erhel-

ten und weiterentwickelt werden. Im bestem Bürokraten-Deutsch heißt es dann: „Gewährleistung einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung mit Teilhabe am medizinischen Fortschritt.“

Dann wird für die freie Arztwahl, die freie Berufsausübung und die Vielfalt der Träger im Gesundheitswesen eine Lücke gebrochen sowie angekündigt, daß die Elemente des Wettbewerbs und der sozialen Marktwirtschaft im Gesundheitswesen gestärkt werden sollen, und zwar im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, aber auch zwischen den Kassen. Der Hinweis auf den Wettbewerb zwischen den Kassen dürfte von der F.D.P. stammen, während Blüm wohl mehr das Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern im Herzen lag.

Über die „Inhalte der Reform“ werden zwar viele Worte verloren, aber es wird wenig gesagt. Die Eigenverantwortung des Versicherten solle durch bessere Rahmenbedingungen für mehr Vorsorge, Prävention und Gesundheitserziehung gestärkt werden. Es wird auch ein Anreiz für gesundheitsbewußtes Verhalten gedacht. Hier wird also auf die Möglichkeit von Bonus-Malus-Systemen verwiesen. Auch wird von der Konzentration des Leistungskatalogs gesprochen. Dann heißt es wiederum, daß alle Beteiligten ihren Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der Krankenversicherung leisten müßten; die Reform dürfe nicht mit einseitigen Belastungen verbunden werden, was wohl nur als Ermahnung an die eigene Adresse verstanden werden kann. Sodann wird noch einmal wiederholt, was schon als Ziel beschrieben war, nämlich wirksame Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten aller Beteiligten zu setzen.

Allerdings fallen in diesem Zusammenhang zwei Sätze auf. So wird davon gesprochen, daß „auf Seiten der Leistungserbringer den Auswirkungen der steigenden Zahlen und der Überversorgung gegenzusteuern“ sei. Damit wird aber lediglich das Problem der wachsenden Überkapazitäten beschrieben. Als Beitrag zur Lösung wäre allenfalls ein Hinweis zu werten. So heißt es: „Die Leistungserbringer sollen stärker in die Verantwortung der von ihnen verrießten Leistungen einbezogen werden.“ Leistungen werden in der Regel von Ärzten verrießt. Wenn

man deren Honorarvolumen mit den Ausgaben der Kassen für die verschiedenen veranlaßten Leistungen verbindet, so werden sie nur noch spärlich Leistungen verordnen. Das scheint der Grundgedanke zu sein, der auch vom Sachverständigenrat der „Konzertierten Aktion“ in seinem ersten Jahresgutachten vorgetragen worden ist, und zwar bezogen auf die Arzneimittel-Verordnungen. Der Gedanke ist nicht neu; er war schon in Ehrenbergs erstem Kostendämpfungsplan enthalten. Die Ärzteschaft hatte damals dagegen mobil gemacht.

Die Koalitionsabsprachen sind nur so zu verstehen, daß am bisherigen Sechleistungssystem festgehalten werden soll. Von Systemveränderung ist nirgendwo die Rede, nicht einmal von Selbstbeteiligung. Allerdings sollen die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung unter Beachtung der Schutzfunktion der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert werden. Was mit Schutzfunktion gemeint ist, wird nicht recht klar. Jede Versicherung erfüllt doch eine Schutzfunktion. Den Kassen soll aber immerhin die Möglichkeit gegeben werden, im Beitrags- und Leistungsrecht zu experimentieren. Auch soll geprüft werden, ob und wo Kostenerstattung eingeführt werden könne, heißt es im Koalitionspapier. Dies kommt der F.D.P. entgegen. Allerdings steht dieser Hinweis lediglich dort, wo von Leistungs- und Kostentransparenz die Rede ist. Viel sollte man sich von dieser Prüfung nicht versprechen.

Zum Thema Pflegefall wird fest nichts gesagt. Eine Verbesserung der sozialen Absicherung werde angestrebt, heißt es. Aber es werden keine Lösungen angeboten.

Ähnlich vage sind die Beschlüsse zur Rentenreform ausgefallen. Das beitrags- und lohnbezogene System soll beibehalten werden. Der Anstieg der Renten wird nach dem Anstieg der verfügbaren Arbeitnehmer-Einkommen bemessen. So wird schon seit zehn Jahren verfahren. An der Finanzierung der demographischen Last sollen Beitragszahler, Rentner und Steuerzahler „angemessen“ beteiligt werden. Der Bundeszuschuß soll gegenüber dem geltenden Recht erhöht werden. Daß es notwendig sein wird, von Mitte der neunziger Jahre an die Lebenserbeitszeit zu verlängern, wird nur vorsichtig angedeutet. Aber jedermann darf hoffen, daß doch noch etwas aus den so unbestimmten Plänen wird. Es werden nämlich zwei Kommissionen gebildet: die eine für die Krankenversicherung und den Pflegefall, die andere für die Rentenversicherung.

bonn-mot

Große Koalition gegen Grünen-Boycott

Auch in der landespolitischen Arena stehen die Grünen mit ihrem Aufruf, die Volkszählung am 25. Mai zu boykottieren, nicht nur allein, sondern mußten sich im Landtag von den großen Parteien CSU und SPD auch Verantwortungslosigkeit, mangelndes Demokratieverständnis und Obstruktion vorhalten lassen. Anlaß für den parlamentarischen Schlagabtausch über den Zensus 1987 zwischen einer schwarz-roten Koalition einerseits und den Grünen andererseits war das bayerische Ausführungsgesetz für die Volkszählung, das Mitte März in Kraft trat und im wesentlichen die Übermittlung von Einzeldaten an kommunale Statistikstellen, die Ahndung von Ordnungswidrigkeiten verpflichteter Zähler und die Erstattung von Kosten regelt, die den Kommunen durch die Erhebung entstehen. Nur in diesen Detailfragen bestand zwischen CSU und SPD Dissens, die jedoch beide schließlich gegen die Stimmen der Grünen das Ausführungsgesetz billigten.

Die SPD hatte sich schon frühzeitig mit einer Resolution der Landtagsfraktion hinter die jetzige Version der Volkszählung gestellt, die sie im Gegensatz zum Volkszählungsgesetz von 1983, das das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe aufgehoben hatte, nunmehr nicht nur für verfassungskonform, sondern auch als notwendig erachtete. Die geplante Erhebung diene der Zukunftsplanung, erklärten die Sozialdemokraten und stellten grundsätzlich fest: „Eine moderne Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft benötigt ausreichende und aktuelle Planungsgrundlagen für Politik und Verwaltung in Bund, Ländern und Gemeinden.“ Zu bedauern sei nur, daß Bundes- und Staatsregierung eine angemessene Kostenerstattung an die Gemeinden verweigerten.

Nach dem verabschiedeten Gesetzesentwurf erhalten die Gemeinden eine Finanzausweisung vom Bund in Höhe von 4,50 DM pro Einwohner, die der Freistaat nach dem Willen der CSU-

Fraktion ungekürzt an die Kommunen weitergibt. Darüber hinaus sei – so die CSU – zu prüfen, ob die Gemeinden weitere Leistungen für die Belastungen durch die Volkszählung im Rahmen des Finanzausgleichs erhalten können. Demgegenüber hatte die SPD-Fraktion erfolglos beantragt, daß mindestens 75 Prozent der Kosten vom Staat zu erstatten seien. Sie begründete dies damit, daß den Kommunen tatsächlich pro Einwohner Unkosten in Höhe von 18 bis 24 DM entstünden. Deshalb gebe es anderswo – beispielsweise in Hessen – höhere Erstattungsbeträge. Demgegenüber vertrat die Regierungspartei die Ansicht, daß bereits aufgrund des Eigeninteresses der Gemeinden an den gewonnenen Daten ihnen durchaus auch Kosten angelastet werden können.

Auch mit einem anderen Antrag, wonach auf Wunsch der Zählerinnen und Zähler diese zu zweit von Tür zu Tür gehen können, hatte die SPD kein Glück. Zwar wurde eingeräumt, daß es „Problembezirke“ in den Ballungsräumen München und Nürnberg geben könne, doch dort sei die Möglichkeit einer Zählung zu zweit bereits in Aussicht gestellt. Nach Ansicht der CSU sei darüber hinaus in kleineren Gemeinden die Gefahr für Zähler durch renitente Bewohner nicht hoch anzusetzen.

Eben am Punkt der von den Grünen propagierten Verweigerungshaltung bei der Volkszählung setzte die Kritik der beiden großen Parteien ein. Ihren Boykott begründeten die Grünen zwar damit, daß die Volkszählung eine Totalerhebung sei, die zu einem „gläsernen Bürger“ führe, während der Staat immer undurchsichtiger werde und sich immer mehr abschotte. Es sei ohne weiteres möglich – so die Grünen –, daß die bei der Erhebung gewonnenen Daten wieder in Bezug auf die dazu gehörigen Personen gesetzt werden können. Auch durch einschlägige Verbotsvorschriften könnte ein Mißbrauch der Daten nicht verhindert werden. Ins-

gesamt verstoße die Volkszählung gegen das Gebot der informationellen Selbstbestimmung und sei deshalb nicht verfassungskonform, rechtfertigten die Grünen ihren Boykottaufruf.

Mit ihm schürten sie nach Ansicht von Innenstaatssekretär Dr. Heinz Rosenbauer allerdings nur irrationale Ängste und suchten, dringend benötigte Daten zu verhindern. In ihrer Obstruktionspolitik schreckten die Grünen nicht einmal vor Aufrufen zu massenhaftem Rechtsbruch zurück. Innenminister August R. Lang ergänzte, daß es zur Volkszählung keine Alternative gäbe. Sie sei als Grundlage für staatliches Handeln unentbehrlich. Im übrigen brauche kein Bürger zu befürchten, daß seine Daten in falsche Hände gerieten.

Um dieser Gefahr zu begegnen – dies ging aus der parlamentarischen Behandlung im Landtag hervor – hat außer dem Statistischen Landesamt niemand Zugriff auf das Erhebungsmaterial. Auch ist die Anonymität dadurch gewahrt, daß kein Zähler in seiner unmittelbaren Nachbarschaft eingesetzt wird. Deshalb wird auch in kleineren Gemeinden die Zählung nicht von der örtlichen Verwaltung, sondern von den Verwaltungsgemeinschaften durchgeführt. Schließlich werden sensible Daten wie Einkommen, Vermögen, Wahlverhalten, Parteizugehörigkeit oder Krankheit gar nicht erst gefragt.

Das strikte Nein der Grünen zur Volkszählung führte insgesamt im Maximilianeum zum Vorwurf der SPD an die Adresse der Grünen, entweder ignorant oder opportunistisch zu handeln, denn „wer den gläsernen Menschen verhindern will, muß für die anonymisierte Volkszählung sein“. Und die CSU warf den Grünen vor, böses Mißtrauen gegen Gemeinden und Verwaltungen zu säen.

Noch deutlicher als die großen Parteien reagierte inzwischen auch das Statistische Landesamt: Mit der Behauptung der Grünen, mit einer anonymen Zählung auf freiwilliger Basis könnten die gleichen Ergebnisse erzielt werden wie mit dem jetzigen Zensus, betrieben die Grünen „Volksverdummung“. Schon im Hinblick auf die grüne parlamentarische Neugier meint das Amt: „Mit Abzählreimen aus dem Kaffeesatz“ könnten auch unzählige Anfragen der Grünen nicht beantwortet werden.

Michael Gscheidle

Kongresse

Klinische Fortbildung in Bayern 1987

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

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

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

Augenhellkunde

24./25. April in Würzburg

Augenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Kopfklinikum (Direktor: Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker)

„Internationales Glaukom-Symposium und Jahrestagung der Bayerischen Augenärzte“

Themen: Orbita – Hinterer Augenschnitt – Kornea – Bildgebende Verfahren

Zeit: 24. April, 8.45 bis ca. 17.30 Uhr; 25. April, 8.15 bis 17.30 Uhr

Ort: Hörsaal der Augenklinik, Josef-Schnalder-Straße 11, Würzburg

Teilnehmergebühr: DM 100,-; für Assistenten in Ausbildung mit Bescheinigung des Klinikvorstandes hierüber DM 50,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker, Josef-Schnalder-Straße 11, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 201-2402

20./21. Mai in München

Augenklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. O.-E. Lund)

„Kurs für automatisierte Perimetrie“

Thema: Grundbegriffe der automatisierten Perimetrie, praktische Übungen an den merktgängigen Geräten

Ort: Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, München 2

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Dr. Dr. B. Lechenmayr, Mathildenstraße 8, 8000 München 2 (bitte schriftlich)

21./22. Mai in München

Augenklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. O.-E. Lund)

„18. Ablatio-Kurs (Wecker-Kurs)“

Thema: Diagnostik, Prophylaxe und Therapie der Netzhautablösung (mit Ferbsinnkurs)

Zeit: 21. Mai, Farbsinnkurs 9 bis 13 Uhr, Ablatio-Kurs 14 bis 17 Uhr; 22. Mai, Ablatio-Kurs 8 bis 17 Uhr

Ort: Hörseal der Augenklinik, Mathildenstraße 8, München 2

Schriftliche Anfragen:

Privatdozent Dr. K. G. Riedel, Mathildenstraße 8, 8000 München 2

Sommersemester in Erlangen

Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Kopfklinikum (Direktor: Professor Dr. G. Naumann)

Leitung: Professor Dr. K. W. Ruprecht

13. Mai

„38. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“

Thema: Neue Strategien bei der Photoakagulationsbehandlung der Retinopathien – Kurzvorträge und Patientendemonstrationen

10. Juni

„39. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“

Thema: Immunologische Aspekte in der Augenhellkunde – Kurzvorträge und Patientendemonstrationen

8. Juli

„40. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“

Thema: Indikationen und Technik der Silikonölinjektion in der Glaskörper- und Netzhaut-Chirurgie – Kurzvorträge und Patientendemonstrationen

Zeit: jeweils 18.15 bis ca. 20 Uhr

Ort: Großer Hörseal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft:

Professor Dr. K. W. Ruprecht, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-30 01 oder 85-30 02

Elektrokardiographie

15./16. Mai und 22./23. Mai in Bernried

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten, Klinische Abteilung IV (Cheferzt: Professor Dr. P. Mathes)

Leitung: Professor Dr. P. Mathes, Dr. J. Gehring

15./16. Mai

„Einführungsseminar“ (Teil 1)

Themen: Elektrophysiologische Grundlagen – Ableitungssysteme – Normales EKG – Nomenklatur – Lagetypen –

April 1987

24./25. Augen - Würzburg
24.-26. Frauen - München
27.-29. Sonographie - Tegernsee
29. HNO - München
30. 4.-2. 5. Sonographie - Tegernsee

Mei 1987

7.-9. Sonographie - München
9. Rheumatologie - Erlangen
9. Sonographie - Nürnberg
13. Augen - Erlangen
15./16. EKG - Bernried
20. Kardiologie - Seeshaupt
20./21. Augen - München
21./22. Augen - München
22./23. EKG - Bernried
22.-24. Rheumatologie - Bad Abbach
25.-27. Sonographie - Erlangen

Vorhof-EKG - Linksventrikuläre Hypertonie – Schenkelblockbilder – AV-Blockierungen – Schrittmacher-EKG

22./23. Mai

„Fortgeschrittenenseminar“ (Teil 2)

Themen: Vektorielle Betrachtungsweise – Herzinfarkt – Belastungs-EKG – Repolarisationsstörungen – Elektrolytstörungen – Medikamentöse Einflüsse – WPW-Syndrom und andere Präexzitationssyndrome – Faszikuläre Blockierungen – Vorhofrhythmusstörungen – Elektrotherapie der Rhythmusstörungen

Zeit: jeweils Freitag, 16 bis 19 Uhr; jeweils Samstag, 9 bis 18 Uhr

Teilnehmergebühr: DM 90,- je Kurs

Begrenzte Teilnehmerzahl

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

Frauenheilkunde

24. bis 26. April in München

Frauenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H. Graeff)

Leitung: Professor Dr. H. Graeff, Professor Dr. F. K. Beller

„VII. internationales Gespräch über gegensätzliche Auffassungen in der Geburtshilfe und Frauenheilkunde, München-Münster“

Themen: Extrakorporele Befruchtung, Abgrenzung Mikrochirurgie, GIFT, Embryotransfer – Pillenverordnung, welche Pille bei welcher Gelegenheit? – Abgrenzung der Intra-extrauterinen Therapie des Fetus – Prävention von Infekten in der Schwangerschaft – Behandlung der zervikalen intraepitheliellen Neoplasie – Patientienorientierte Pflege – Menopause – Intrauterine Überwachung, Strahlentherapie – Wie verhalte ich mich beim Vorwurf der ärztlichen Fahrlässigkeit?

Zeit: 24. April, 14 bis 18 Uhr; 25. April, 9 bis 18 Uhr; 26. April 9 bis 12.30 Uhr

Ort: Hörseel A der Frauenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, München 80

Teilnehmergebühr: DM 90,- (für Assistenten DM 60,-); Tagesgebühr DM 40,-

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. R. von Hugo, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 41 40-24 20

Hals-Nasen-Ohrenhellekunde

29. April in München

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. E. R. Kastenbauer)

Leitung: Frau Dr. G. Full-Scharrer

Thema: Sprechstörungen im Kindesalter

Zeit: 15 c. t. bis 17 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Frau Kolodziej, Merckloninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 70 95-38 52

Kardiologie

20. Mai in Seeshaupt

Klinik für Herz-Kreislaufkrankheiten Lauterbacher Mühle (Leitende Ärzte: Dr. K. Borst, Dr. J. Kotzur, Dr. P. Müller, Dr. F. Theisen)

Leitung: Dr. F. Theisen

„Lauterbacher Gespräche: Therapie der Herzinsuffizienz 1987“

Themen: Digittals – Diuretika – Vasodilantien – ACE-Hemmer?

Zeit: 16 bis 18.30 Uhr

Ort: Klinik für Herz-Kreislaufkrankheiten Lauterbacher Mühle, Ostersee, Seeshaupt

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Klinik für Herz-Kreislaufkrankheiten Lauterbacher Mühle, Frau Meng, Ostersee, 8124 Seeshaupt, Telefon (088 01) 18-305

Rheumatologie

9. Mai in Erlangen

Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. K. Bechmann), Institut und Poliklinik für Klinische Immunologie und Rheumatologie (Vorstand: Professor Dr. J. R. Kelden), Sportmedizinische Abteilung (Leiter: Professor Dr. W. Hilmer)

Leitung: Professor Dr. H. Baenkler, Professor Dr. W. Hilmer

3. Jahrestagung „Rheume und Sport“

Thema: Rheume und Sport (Beurteilungskriterien aus internistisch-rheumatologischer Sicht – Risiken der Rheumetherapie – Beurteilungskriterien der Belastbarkeit aus orthopädischer Sicht – Chirotherapie bei entzündlichen Gelenkerkrankungen)

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Sportzentrum, Gebbertstraße 123, Erlangen

Tegungsgebühr: DM 20,-

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Sportmedizinische Abteilung, Frau E. Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-37 02

22. bis 24. Mai in Bad Abbach

II. Orthopädische Klinik, Rheumezentrum Bad Abbach (Cheferzt: Dr. K. Donner)

„Rheumatologisches Symposium“

Thema: Entzündlicher Rheumatismus und Manuelle Medizin

Auskunft:

Sekretariat Dr. K. Donner, Frau Wolff, 8403 Bad Abbach, Telefon (094 05) 18-301

Sonographie

27. bis 29. April und 30. April bis 2. Mai in Tegernsee

Gemeinnütziger Verein zur Prophylaxe und Behandlung von Erkrankungen der Venen, Arterien, Lymphgefäße und Hämorrhoidalleiden, Rottach-Egern (1. Vorsitzender: Professor Dr. Or. M. Marshall)

27. bis 29. April

„13. Münchner und Tegernseer Ultraschall-Doppler-Kurs“ (Aufbaukurs Teil A)
Thema: Untersuchung der peripheren Arterien und Venen

30. April bis 2. Mai

„13. Münchner und Tegernseer Ultraschall-Doppler-Kurs“ (Aufbaukurs Teil B)
Thema: Untersuchung der hirnversorgenden Arterien

Zeit: 27. bis 29. April sowie 30. April bis 2. Mai: jeweils 9 bis 19 Uhr

Ort: Spengergweg 8, Tegernsee

Teilnehmergebühr: Teil A und B jeweils DM 750,- (ehemalige Teilnehmer an Anfängerkursen, Assistenzärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie DEGUM-Mitglieder erhalten einen Nachlaß von 10%)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Or. M. Marshall, Spengergweg 8, 8180 Tegernsee, Telefon (080 22) 12 18

7. bis 9. Mai in München

Stiftsklinik Augustinum, Medizinische Klinik A, München (Chefarzt: Dr. W. Zimmermann)

„Seminar für Sonographie (abdominelle Organe) mit klinischer Demonstration und Praktikum“, Aufbaukurs Teil B

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

25. April 1987

4. Juli 1987

26. September 1987

14. November 1987

in der Mühlbaustreße 16 (Ärztehaus Bayern), München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 8.45 Uhr – Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaustreße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-356, Frau Klockow, zu richten bis 16. April, 26. Juni, 18. September und 6. November 1987.

Die Teilnehmergebühr von DM 20,- ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Teilnehmergebühr: DM 100,-

Letzter Anmeldetermin: 27. April (Posteingang)

9. Mai in Nürnberg

Klinikum der Stadt Nürnberg, Zentrum für Innere Medizin, Abteilung für Kardiologie (Leiter: Privatdozent Dr. M. Gottwik)

„Einführung in die Echokardiographie mit praktischen Übungen“

Zeit: 9 bis 16 Uhr

Ort: Bau 28 im Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, Nürnberg 91

Teilnehmergebühr: DM 100,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. M. Gottwik, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 91, Telefon (09 11) 398-29 89 oder 29 90

25. bis 27. Mai in Erlangen

Ultraschall-Schule Erlangen an der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg Komm. Direktor: Professor Dr. W. Domschke)

Leitung: Privatdozent Dr. N. Heyder

„Ultraschall-Abschlußkurs“

Thema: Ultraschall „Innere Medizin“

Ort: Medizinische Klinik mit Poliklinik, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Ultraschall-Schule, Frau Wellein, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85 34 45

Medikamentöse
Gallensteinauflösung

Kennen

Sie

Ihre

20

Lysepatienten

Ursofalk®/Chenofalk® Kombinationspackung

zur schnelleren Gallensteinauflösung

Etwa 400.000 Patienten in der Bundesrepublik haben Cholesterin-Gallensteine, die sich zur medikamentösen Auflösung eignen⁽¹⁾; das sind etwa 20 Patienten pro Arztpraxis. Diese Patienten haben ein beträchtliches Gesundheitsrisiko, denn bei etwa 20% der Gallensteinträger kommt es zu Komplikationen. In den letzten Jahren ist die Diagnose und Therapie von Cholesterin-Gallensteinen einfacher geworden.

- Erkennung: Ultraschall;
- Steindifferenzierung: Röntgen;
- Therapie: einfacher, schneller und erfolgreicher durch die Kombination zweier Wirkprinzipien (Therapiedauer: ca. 9–18 Monate);

- Therapiekontrolle: Ultraschall alle 3 Monate.

Bieten Sie Ihrem Patienten die Möglichkeit, seine Cholesterin-Gallensteine aufzulösen.

⁽¹⁾ Demling, L., Deutsches Ärzteblatt, 17 (1985), 1247–1248

Zusammensetzung: 1 Kapsel Ursofalk (weiß) enthält 250 mg Ursodeoxycholsäure, 1 Kapsel Chenofalk (gelb/orange) enthält 250 mg Chenodeoxycholsäure. **Anwendungsgebiete:** Zur Auflösung von Cholesterin-Gallensteinen. Die Gallensteine dürfen auf dem Röntgenbild keine Schatten geben, und die Gallenblase muß trotz Gallenstein(en) funktionsfähig sein. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, ist die Dosierung je 2 Kapseln Ursofalk und Chenofalk bei einem Körpergewicht bis 80 kg, je 3 Kapseln Ursofalk und Chenofalk bei einem Körpergewicht über 80 kg. Die Gesamtdosis wird einmal täglich vor dem Schlafengehen eingenommen. **Gegenanzeigen:** Häufige

Koliken, Entzündung der Gallenblase und Gallenwege, intra- und extrahepatische Cholestasen, Choledochus- oder Zystikusverschluss, entzündliche Erkrankungen des Dün- und Dickdarms, Nulldiät, akute und chronische Hepatitis, Leberzirrhose, schwere Nierenfunktionsstörungen. Aus grundsätzlichen Erwägungen: Schwangerschaft, bei Frauen im gebärfähigen Alter nur unter gleichzeitiger Kontrazeption anwenden. **Nebenwirkungen:** In sehr seltenen Fällen kann es zu breiförmigen Stühlen kommen. **Wechselwirkungen:** Bei gleichzeitiger Behandlung mit Cholestyramin, Colestipol oder aluminiumhydroxydhaltigen Antazida kann die Resorption von Ursofalk/Chenofalk vermindert und damit die Wirkung negativ beeinflusst werden. **Packungsgröße:** 100 Kapseln (je 50 Kapseln Ursofalk® und Chenofalk®). **Preis:** DM 128,50



Dr. Falk GmbH & Co.
Pharmaz. Präparate KG
Habsburgerstraße 79
D-7800 Freiburg

Kostenlos stehen folgende
Broschüren zur Verfügung:

- Cholesterinsteine der Gallenblase – Radiologische Hinweise für ihre Erkennung
- Sonographische Gallensteinfibel
- Wegweiser für Gallenstein-Patienten

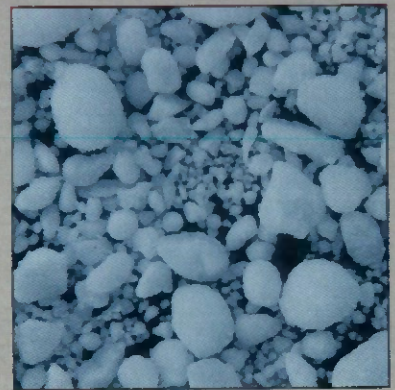
Neu:

Diese Kristalle

verändern

die Lebensqualität

des Leberkranken



Lactofalk – kristalline Lactulose, Vergr. 1:5
Fortschritt durch Reinheit. Lactofalk ist frei von
süßenden Zuckern, dadurch angenehmer Geschmack,
bessere Akzeptanz und Verträglichkeit.

Problem: Unzureichende Entgiftung
von Ammoniak bei eingeschränkter Entgiftungs-Funktion der Leber.

Folge: Neurotoxische Wirkung von Ammoniak mit den
Symptomen Benommenheit, Bewußtseinsstörungen, Müdigkeit. 75% aller Zirrhose-
Patienten sind fahruntauglich oder nur bedingt fähig, Maschinen zu bedienen.

Therapie: Lactofalk verändert das Darmmilieu,
dadurch wird weniger Ammoniak produziert und resorbiert.

*Schomerus, H., Erscheinungsformen, Häufigkeit und Therapie
der portokavalen Enzephalopathie, Therapiewoche, 36, 1027-1030 (1986)

Lactofalk, reine kristalline Lactulose,
wird auch bei langfristiger Anwendung
gut akzeptiert und toleriert.

LACTOFALK®

Kristalline Lactulose

Lactofalk® Granulat. Zusammensetzung: 1 Beutel enthält 6,08 g Granulat $\hat{=}$ 6 g Lactulose. **Anwendungsgebiete:** – Lebererkrankungen. Zur unterstützenden Behandlung der Enzephalopathie bei chronischen Lebererkrankungen, insbesondere bei der Leberzirrhose und Koma hepaticum, die bei Pfortaderhochdruck, Shuntoperationen und Alkoholabusus auftritt, unterstützende Behandlung der chronischen Hepatopathie. – Behandlung von Salmonellen-Enteritiden, Sanierung von Salmonellen-Dauerausscheidern. – Häufige bis ständige Verstopfung, besonders auch bei älteren Patienten und bei Kindern. **Gegenanzeige:** Das Präparat darf bei Darmverschluss nicht angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Gelegentliche Blähungen und Durchfälle. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch keine bekannt. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, bei portosystemischer Enzephalopathie und chronischem Leberleiden: bis zu 5 Beutel (20–30 g Lactulose) 3–4 mal täglich. Bei häufiger bzw. ständiger Verstopfung: 1–1½ Beutel (6–9 g Lactulose) 1–2 mal täglich. Kinder bei häufiger bzw. ständiger Verstopfung: ½–1 Beutel (3–6 g Lactulose) 1–2 mal täglich. Zur Sanierung von Salmonellenausscheidern siehe Sanierungsplan lt. wissenschaftlichem Prospekt. **Handelsformen und Preise:** 30 Beutel DM 59,99, 100 Beutel DM 169,48.

Dr. Falk GmbH + Co.
Pharm. Präparate KG
Habsburgerstraße 79
D-7800 Freiburg



Stand September 1986

Allgemeine Fortbildung

Grado 1987 — Kongreß-Kurort und kunsthistorische Perle an der Adria

35. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

vom 31. Mai bis 12. Juni 1987 in Grado

Leitung: Professor Dr. R. Höfer, Wien, zusammen mit Dr. P. E. Odenbach, Köln

Thema: Dem frühen Tod vorbeugen

Grado, in der Bucht von Triest auf einer Sandinsel zwischen einer unvergleichlichen Lagunenlandschaft und dem offenen Meer gelegen, besticht durch seine herrliche Lage und landschaftlichen Reize. Bereits im Jahre 1892 erhielt die Insel die offizielle Anerkennung als Kurort und Seebad. Seither entwickelte sich Grado dank der Heilkraft des Sandes und Meeres sowie der hervorragenden klimatischen Verhältnisse zu einem der meist besuchten Kur- und Badeorte an der adriatischen Küste. Die Kuren legen mit Sandbädern, Seethermen und Meerwasser-Schwimmbad entsprechen den neuesten medizinischen Erkenntnissen und stehen dem Kurgast unter ständiger ärztlicher Kontrolle zur optimalen Durchführung der Kur zur Verfügung.

Hauptreferate

Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Vorsorge und Frühdiagnose in der Dermatologie

Umweltbedingungen aus der Sicht der Vorsorgemedizin

Vorsorgemedizin durch chirurgische Eingriffe

Vorbeugung und Früherkennung in der Neurologie

Seminare und Kurse

Früherkennung von Immundefekterkrankungen, Diagnostik und Therapie — Augenhellkunde — Augenspiegelkurs — Ultraschalluntersuchung des Abdomens (Sonographie-Grundkurs gemäß KBV-

Richtlinien § 6) — „Heiße Eisen“ in der Kardiologie — Karzinomvorsorge aus der Sicht des Pathologen — Praktische Notfallmedizin — Gerichtsmedizin — Sportmedizin — Leitsymptome in der Gastroenterologie — Raucherentwöhnung in der Praxis — Gynäkologie — Lebermedizin — EKG — Neues von der Diagnostik und Therapie der Schilddrüsenerkrankungen — Echokardiographie-Grundkurs nach KBV-Richtlinien — Der relative Wert bildgebender Verfahren für Diagnose und Frühdiagnose — Frühdiagnose bei HNO-Erkrankungen; Der Weg vom Allgemeinernter zum Spezialarzt — Kinder- und Jugendpsychiatrie — Einsatz elektronischer Datenverarbeitung in der ärztlichen Praxis — Prophylaxe durch Ernährung (bei Kindern und Erwachsenen) — Plastische Chirurgie — Bellint

Verschiedene Veranstaltungen

Podiumsgespräche — Theologie und Medizin — Praktische Übungen im Rahmen des sportmedizinischen Seminars — Festvortrag anlässlich des 35. Jubiläumskongresses „Frenz Schubert: ein Porträt in Wort und Musik aus der Sicht eines Arztes“ (Professor Dr. A. Neumayr, Wien, unter Mitwirkung von Mitgliedern des Wiener Philharmonischen Orchesters) — Wissenschaftliche Filme gemäß Sonderprogramm — Besichtigung der Kurenlagen von Grado

Auskunft und Anmeldung:
Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04-221 bis 224

Symposium „Rehabilitation in der Psychiatrie“

vom 8. bis 10. April 1987 in München

Veranstalter: Berufsverband Bayerischer Nervenärzte, Neurologen und Psychiater (Landesgruppe im Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.) und Sozialpsychiatrisches Zentrum „Haus an der Teutoburger Straße“

Ort: Sozialpsychiatrisches Zentrum, Teutoburger Straße 9, München 60

Auskunft:
Sozialpsychiatrisches Zentrum, Teutoburger Straße 9, 8000 München 60

Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 22. bis 25. April 1987 in München

Thema: Nutzen und Risiken chirurgischer Therapie (Grundsätze — Kontroversen — Perspektiven)

Auskunft:
Kongreßgesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Elektrastraße 5, 8000 München 81, Telefon (0 89) 91 52 05

Rheumatologisches Fortbildungsseminar für Ärzte

vom 1. bis 7. Mai 1987 in Bad Aibling

Veranstalter: Fortbildungsakademie der Europäischen Rheumaliga

Leitung: Professor Dr. H. Methies

Ort: Klinik Wendelstein, Bad Aibling

Auskunft:
Sekretariat der Fortbildungsakademie der EULAR, Frau E. Wolff, Amselstraße 9, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 1 83 01 oder 23 08

19. Fortbildungstagung der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg

am 2. Mai 1987

Leitung: Professor Dr. K. Wilms, Würzburg

Thema: Möglichkeiten und Grenzen der Organtransplantation

Zeit und Ort: 9 bis 17.30 Uhr — Hochschule für Musik, Hofstallstraße 6–8, Würzburg

Auskunft:
Privatdozent Dr. W. Chowanetz, Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 31-462

Jahrestagung der Versicherungsmedizinischen Abteilung des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft

am 7./8. Mai 1987 in München

Themen: Lebenserwartung und Invaliditätsgefährdung bei Wirbelsäulenerkrankungen — Prognose der entzündlichen Pankreaserkrankungen — Lebenserwartung, Lebensführung, Risikoprüfung — Invalidität, Beruf, Leistungsprüfung — Alkoholismus, Überlegungen zum Verschuldensprinzip — Fortschritte in der kardiologischen Diagnostik und Therapie mit Hilfe von invasiven und nichtinvasiven Methoden

Auskunft und Anmeldung:
Dr. O. Raestrup, Postfach 16 60, 6370 Oberursel

17. Bayerischer Anästhesistentag

am 8./9. Mai 1987 in Nürnberg

Veranstalter: Berufsverband Deutscher Anästhesisten — Landesverband Bayern e. V.

Thema: Bluttransfusion in der Anästhesie und Intensivmedizin

Ort: Messezentrum, Nürnberg

Auskunft:
Medizinische Kongreßorganisation Nürnberg GmbH, Irrenstraße 4–6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 20 92 82

78. Fortbildungstagung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung

vom 28. bis 31. Mai 1987 in Regensburg, Stadttheater

Jahresvorsitz: Professor Dr. Ellen Weber, Heidelberg

Donnerstag, 28. Mai 1987

im historischen Reichssaal des Alten Rathauses

20 Uhr — Festvortrag: „Zwischen Hoffnung und Zweifel: Probleme der naturwissenschaftlichen Forschung heute“
Professor Dr. H. A. Staab, München

Freitag, 29. Mai 1987

Neue Aspekte in der Rheumatologie und ihre Bedeutung für die Praxis

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

9 — 9.30 Uhr:

Begrüßung durch die Jahresvorsitzende und Eröffnung der Ausstellung
Einführung in das Tagesthema
Professor Dr. H. G. Fessbender

9.40 — 18 Uhr:

Kritische Gedanken zur Rheumatologie
Professor Dr. F. Schilling, Mainz

Die Bedeutung der Immunogenetik in der Rheumatologie

Professor Dr. D. Brackertz, Mainz

Infektbedingte Arthritiden

Professor Dr. H. Zeidler, Düsseldorf

„Rheuma“ bei Kindern

Professor Dr. H. Truckenbrodt, Garmisch-Partenkirchen

Psycho-soziale Probleme des chronisch Rheumekranken

Privatdozent Dr. Dr. H.-H. Respe, Hannover

Möglichkeiten und Grenzen operativer Maßnahmen bei rheumatischen Erkrankungen

Professor Dr. D. Wessinghage, Bad Aach

Welche Hilfe bietet die Handchirurgie dem Rheumatiker?

Professor Dr. L. Mannerfelt, Villingen

Der Rheumepatient in der täglichen Sprechstunde

Professor Dr. W. Wirth, Mülheim/Ruhr

Möglichkeiten und Grenzen der Pharmakotherapie rheumatischer Erkrankungen

Professor Dr. W. Osswald, Porto

Möglichkeiten und Grenzen der physikalischen Therapie rheumatischer Erkrankungen

Professor Dr. K. L. Schmidt, Bad Nauheim

Rundtischgespräch zu den Themen des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. H. G. Fessbender — Mitwirkung der Referenten

9.15 — 17 Uhr:

Laborseminar

Fortschritte in Diagnostik und Therapie in Praxis und Klinik — Schilddrüsen-

diagnostik, Blutgerinnung, Risikofaktoren, Trockenchemie

Ort: Regensburg, Heidplatz 8/I, Thon-Dittmer-Haus, Rückgebäude)

— Programm bitte anfordern —

Samstag, 30. Mai 1987

Schilddrüsenkrankheiten in der Praxis — Neue Kenntnisse zur Diagnostik und Therapie

Tagesvorsitz: Professor Dr. F. A. Horster, Düsseldorf

9 — 15.30 Uhr:

Einführung

Professor Dr. F. A. Horster

In-vivo-Methoden: Klinische Grundlagen ihrer Indikation und Interpretation
Professor Dr. W. Börner, Würzburg

In-vitro-Methoden: Kritische Auswahl in Abhängigkeit von Anamnese und Befund
Univ.-Professor Dr. O. Eber, Graz

Diskussion zur in-vivo- und in-vitro-Diagnostik in der Praxis

Jodmangelkrankheit Strume: differenzierte Diagnose und Therapie

Professor Dr. F. A. Horster

Die Hyperthyreose bei Neugeborenen, Erwachsenen und im Senium

Professor Dr. Renate Pickardt, München

Die Hyperthyreosen: Probleme bei der Diagnose und bei der Therapie

Professor Dr. J. Herrmann, Bielefeld

Rundtischgespräch zu den Themen des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. F. A. Horster — Mitwirkung der Referenten

Die aktuelle Frage (15.30 — 16 Uhr)

16.30 — 18 Uhr:

Pharmako-Therapie-Konsilium:
„Pharmakotherapie allergischer Erkrankungen“

Gesprächsleitung: Professor Dr. K. Greeff, Düsseldorf

15 — 18 Uhr:

Pädletrischer Nachmittag
Zur Frühdiagnose kindlicher Sehstörungen, Maßnahmen für die kinderärztliche Praxis

Professor Dr. Ursula Mayer, Erlangen

Die Bedeutung der AIDS-Erkrankung im Kindes- und jugendlichen Alter

Dr. H. Heuter, St. Blasien

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

Ort: Regensburg, Heidplatz 8/II, DAI-Auditorium

9 — 17 Uhr:

Laborseminar
— siehe Freitag, 29. Mai 1987 —

Sonntag, 31. Mai 1987

Das stolpernde Herz

Tagesvorsitz: Professor Dr. B. Lüderitz, Bonn

9 — 13 Uhr:

Einführung

Professor Dr. B. Lüderitz

Pathogenese und Pathophysiologie der Herzrhythmusstörungen

Professor Dr. H. Gülker, Münster

Ursechen kardialer Rhythmusstörungen
Professor Dr. T. Meinertz, Freiburg

Diagnostik der Herzrhythmusstörungen (nichtinvasiv, Invasiv)

Professor Dr. G. Steinbeck, München

Therapie bradykarder Rhythmusstörungen
Privatdozent Dr. E. Alt, München

Therapie tachykarder Rhythmusstörungen
Privatdozent Dr. M. Manz, Bonn

Rundtischgespräch zu den Themen des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. B. Lüderitz — Mitwirkung der Referenten

Auskunft und Anmeldung:
Ärztliche Fortbildung, Altes Rathaus, Zimmer 5, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 507-21 83

Tagung „Prophylaxe in der Schwangerschaft — Stillen und Kinderernährung“

am 15./16. Mai 1987 in München

Veranstalter: Deutsches Grünes Kreuz gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer — Akademie für ärztliche Fortbildung — und International Green Cross, Genf

Leitung: Professor Dr. H. Spiess

Ort: Hotel Bayerischer Hof, Promenadeplatz 2-6, München 2

Auskunft:
Sekretariat Professor Spiess, Kinderpoliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8 e, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-36 77 oder 36 78

Naturheilverfahren

Weiterbildungsangebot

1. Ärztliche Gesellschaft für Physiotherapie — Kneippärztebund, Haus Dr. Baumgarten, 8939 Bad Wörishofen

2. Kneipp Bund e. V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörishofen, Telefon (0 82 47) 50 49

Psychotherapie und Psychoanalyse

Weiterbildungsangebot

1. Alfred Adler-Institut München e. V., Dall'Armistraße 24, 8000 München 19, Telefon (0 89) 17 60 91

2. Dr. M. Kahan, Reischweg 16, 8000 München 45, Telefon (0 89) 3 23 24 06

3. Dr. W. Ulrich, Westerbuchberg 26, 8212 Übersee, Telefon (0 86 42) 16 33

Blaulichärzte – Einheitliches Fortbildungskonzept für Notärzte in Bayern 1987

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

I. Stufe – Grundkurs für Ärzte, die im Rettungsdienst eingesetzt werden sollen

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens einjährige Weiterbildung (Akutkrankenhaus)

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

II. Stufe – Aufbaukurs für Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens einjährige kontinuierliche Tätigkeit im Rettungsdienst oder mindestens 1 Jahr davor vollständig absolvierte I. Stufe

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

III. Stufe – Fallsimulation für aktiv tätige Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens 1 Jahr davor vollständig absolvierte II. Stufe oder mindestens kontinuierliche zweijährige Tätigkeit im Rettungsdienst mit mindestens 150 Einsätzen

Zeitbedarf: 1 Samstag ganztägig (9.30 bis 17.30 Uhr)

Veranstaltungsorte:	Termine:	Stufe:	Auskunft und Anmeldung nur bei:
Augsburg Ärztehaus Schwaben	13. 6.	II	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben Frau Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
	25. 7.	II	
München Ärztehaus Bayern	16. 5.	I	Bayerische Landesärztekammer Telefon (0 89) 41 47-288 Fräulein Wolf
	7. 11.	II	
	28. 11.	II	
Nürnberg-Fürth Stadthelle-Fürth	23. 5.	III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken Frau Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532
	4. 7.	III	
	18. 7.	III	
	10. 10.	II	
	14. 11.	II	
Würzburg Universitätsklinik Kolpinghaus	27. 6.	I	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken Frau Knüpf, Telefon (09 31) 3 07-275
	11. 7.	I	
	21. 11.	III	

Anmeldung unbedingt erforderlich

Teilnahmebescheinigung nur nach vollständig besuchtem Kurs

Die Veranstalter behalten sich vor, bei zu geringer Teilnehmerzahl bis vier Wochen vor Kursbeginn die Veranstaltung kurzfristig abzusagen; bereits angemeldete Teilnehmer werden dann unmittelbar verständigt und auf andere Kurse verwiesen.

Bücher von Ärzten für Ärzte (I)

Die Kreativität der Schriftstellerärzte läßt gottlob nicht nach. Immer wieder treffen Rezensionsexemplare bei der Redaktion ein. Deshalb bringen wir auch im nächsten Heft Buchbesprechungen. Vor allem sei heute aber auf das brandneu erschienene Werk von Professor Wilhelm Theopold „Doktor und Poet dazu“ verwiesen. Ein geschmackvoll und bibliophil herausgebrachtes Buch über Dichterärzte, das katexochen als Standardwerk betrachtet werden muß. Es gehört in die Hand jedes Arztes, der sein Herz für die Dichtkunst je entdeckt hat.

Dr. med. Andreas Schuhmann, Rothendasch 7, 8162 Schliersee 2

Doktor und Poet dazu Dichterärzte aus fünf Jahrhunderten

Verfasser: W. Theopold, 400 S., zahlr. Abb., Leinen, DM 39,80. Verlag Kirchheim + Co., Meinz.

Ärzte haben im Lauf der Jahrhunderte einen bedeutenden Beitrag zur allgemeinen Literatur in Deutschland geleistet. Mit diesem Buch wird erstmalig in umfassender Form daran erinnert, wobei sich die Darstellung auf die reinen Poeten, die Lyriker erstreckt. In mehr als 70 essayistischen Einzelberichten, denen lyrische Textproben beigegeben sind, wird die lange Reihe der Arztdichter vorgestellt. Sie beginnt mit den Humanisten des 16. Jahrhunderts, führt über die Epochen des Barocks und der Klassik, der Romantik und des Naturalismus zum Expressionismus des 20. Jahrhunderts. Große Namen der Literaturgeschichte tauchen auf wie Fleming, Angelus Silesius, Haller, Schiller oder Benn. Aber es sind auch berühmte Ärzte darunter, von denen kaum bekannt ist, daß sie Verse schrieben wie Werlhof und Volkmann, Kraepelin und Hoff. Und schließlich zählen Autoren dazu, deren Werke heute fast vergessen sind, die aber zu ihren Lebzeiten als bedeutende Dichter galten.

Dabei überrascht die Vielfalt der Talente. Neben den Poete doctus tritt der empfindsamer Lyriker, neben den frommen Liederdichter der heitere Spötter. Daher bietet sich auch das poetische Werk in reicher und wachselvoller Fülle dar: der Hymnus erscheint neben dem Knittelvers, das Sonett neben der Satira. Zugleich wird immer wieder aufgezeigt, wie beide Tätigkeiten, die abwägende und tetkräftige des Arztes und die kontemplative und fanteszierende des Dichters sich berühren, mögen sie sich nun ergänzen oder widersprechen haben.

So schlägt denn das Buch, dem ein umfangreiches Register angefügt ist, für

den Leser in abwechslungsreicher Darstellung ein besonderes Kapitel der Medizin- und Literaturgeschichte auf, wie es bisher noch nicht abgehandelt wurde.

75 Jahre erlebte Zeitgeschichte Verratene Demokratie – Betrogene Bürger

Verfasser: W. Freytag, 466 S., Pappband, DM 39,80. R. G. Fischer-Verlag, Frankfurt.

Die vornehmste Aufgabe eines Autors, der über Zeitgeschichte schreibt, die er selbst erlebt hat und die er aus dem Fundus eigener Erlehnungen analysiert, ist schonungslose Offenheit und nichts verschweigende Ehrlichkeit. Dazu gehört Mut. Und gerade diesen Mut bewies Werner Freytag in seinem Buch „75 Jahre erlebte Zeitgeschichte“. Es liegt mit diesem Werk ein Buch vor, das des Autors wohlbekannte Tugenden aus zahlreichen früheren Büchern wiederum ausstrahlt: Selbstkritik, Nachdenklichkeit, die Dinge beim rechten Namen zu nennen, Bekennermut ... auch zu eigenen Irrtümern. Insofern ist dieser Gang durch die laidvolle Geschichte unseres Volkes in seiner Darstellung ein Lehrbeispiel journalistischer Fairneß, der jede selbsttäuschende Beschönigung ebenso fremd ist wie jegliche Varteufelung. Die Komplexität des Themas wird im ersten Teil des Buches mit eigenen Erlebnissen im Kaiserreich, in der Weimarer Republik und im „Dritten Reich“ dokumentarisch dargelegt; im zweiten Teil werden die politische Struktur und offensichtlichen Schwachstellen der Bundesrepublik Deutschland vor Augen geführt. Daß es dedizierte Meinungen, Erklärungen, Interpretationen eines Enttäuschten geworden sind, wen kann das überraschen? Das fertig und präzise zugleich geschriebene Buch wird aufgrund der Offenlegung von Manipulation bis hin zu Mechtmißbrauch und Indoktrination und wegen seines flammenden Bekenntnisses zu einem integrierten

Europa, das zu schaffen der Autor die Jugend auffordert, eine nachheltige Wirkung nicht verfehlen.

Friedrich Jamin - Briefe und Betrachtungen eines Arztes


Gesammelt und herausgegeben von Schülern und Freunden, 260 S., Leinen, DM 39,80. In Kommission bei Verlag Peim & Enke, Erlangen.

„... Was mechen Sie eigentlich aus meinen Briefen? Ich könnte mir einmal mein Leben dareus herauslesen. ... Mein Leben? Nur „ein paar Essenzlein“ wären davon des Weitergebens vielleicht wart.“ – Wie bescheiden sich doch dieses Briefzitat ausnimmt, liest man mit zunehmender Anteilnahme dieses Buch vom Leben eines hervorragenden Arztes, Hochschullehrers und Philosophen, dem dankbare Schüler und liebe Freunde hier ein literarisches Denkmal gesetzt haben.

Vier seiner Schüler (Udo Baudler, Emil Kerl Bernhard, Ilse Kleinschmidt, Lore Schoenborn) berichten aus dem Nachlaß ihres Lehrers, den sie zugleich als „Beichtvater und Seelsorger“ erleben durften, des Geheimretes Professor Dr. med. Friedrich Jamin, weiland Ordinarius für Innere Medizin und Kinderheilkunde an der Universität Erlangen. Und der Mensch, der hier gezeichnet wird, wie er als exzallenter Briefschreiber uns in seinen Episteln an den Freund, an die Schüler und Freunde, an ein Kind begegnete, war geprägt von jenen hohen Prämissen, die man sich allzu gern für den Arzt schlechthin wünschen möchte: Zuwendung und Hingabe an den ganzen Menschen. Wen wundert es da, daß der erste Rektor der Alma mater zu Erlangen nach dem ersten Weltkrieg, eben Jamin, seinerzeit schon dem ganzheitlichen Denken verhaftet war, das in das Zusammenspiel von Körper und Seele auch noch des soziale Umfeld miteinbezog. Sittliche Kraft, Selbstzucht und Wärme des Herzens waren die Voraussetzungen, die ihn sich mit ärztlicher Soziologie, Ethik, Menschenkunde und Philosophie beschäftigen ließen.

„Der Liebe geingt alles“ liest man in einem Weihnachtsbrief an ein kleines Mädchen – Motivation für sein reiches, erfülltes Leben.

Den Herausgebern dieses Buches gilt unser aller Dank und Respekt. Der menschliche Tiefgang und die Weisheit aus duldsamer, beschaulicher und belesener Geistigkeit, die sich aus diesem Werk offenbaren, sollten es zu einem Lesebuch für Ärzte werden lassen.



Die Angst entweicht –

Adumbran[®]

Zusammensetzung: Tabletten mit 10 mg Oxazepam, Suppositorien mit 30 mg Oxazepam. **Anwendungsgebiete:** Akute und chronische Angstneurosen mit der Leitsymptomatik Reizbarkeit, Erregung, Spannung, Unruhe, Angst bei körperlichen Erkrankungen (z. B. Angina pectoris, Bronchialasthma). Durch Angst, Erregung, Überforderung und psychische Erschöpfung bedingte vegetative und psychosomatische Störungen (z. B. im Magen-Darm-, im Herz-Kreislauf-Bereich, vegetative Syndrome der Frau). Einschlafstörungen, Störungen der Schlafrhythmik. Bei Depressionen mildert ADUMBRAN das Symptom Angst, ohne daß auf die antidepressive Grundbehandlung verzichtet werden kann. **Gegenanzeigen:** Myasthenia gravis; akute Vergiftungen mit Alkohol, Schlafmitteln, Psychopharmaka. Bisher keine Hinweise auf teratogene Wirkungen aus Teratologie, Klinik und Praxis. Cave bei Neigung zu vermehrtem Gebrauch von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Alkohol. **Nebenwirkungen:** Oosisabhängig und zu Beginn der Behandlung kann es zu Tagesmüdigkeit, Schwindelgefühl, Benommenheit, Koordinationsstörungen, Appetitsteigerung und einer Änderung der Libido kommen; selten paradoxe Reaktionen und Muskelschwäche. Nach langfristiger täglicher Einnahme sind wie bei allen Benzodiazepinen Absetzreaktionen möglich mit Wiederauftreten von Schlafstörungen, Angst- und Spannungszuständen, Erregung und innerer Unruhe. Wie bei anderen Arzneimitteln dieses Wirkungstyps steigt bei fortgesetzter Einnahme höherer Dosen die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung. Das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr und an Maschinen kann beeinträchtigt werden, besonders zusammen mit Alkohol. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Wirkungsverstärkung von anderen zentral wirksamen Medikamenten, besonders Alkohol. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Tabletten: OP mit 10 (N1) OM 3,80, 20 (N2) OM 6,35, 50 (N3) OM 14,50, 75 Stück OM 20,50. Suppositorien: OP mit 5 Stück OM 6,20. Klinikpackungen. Preisänderung vorbehalten.

Klinische Langzeitstudien zeigen:

Asasantin[®]

Antithrombotikum

*senkt das
thrombo-embolische Risiko*

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Dipyridamol 75 mg, Acetylsalicylsäure 330 mg. **Anwendungsgebiete:** Zur Verhütung oder Behandlung thrombo-embolischer Ereignisse, die mit einem pathologischen Thrombozytenverhalten (z. B. erhöhter Thrombozytenverbrauch) einhergehen, wie z. B. nach Herzklappen- bzw. Gefäßoperationen, bei tiefen Beinvenenthrombosen (postoperativ, nach Myokardinfarkt) und bei thrombotisch-thrombopenischer Purpura (thrombotische Mikroangiopathie, hämolytisch-urämisches Syndrom). **Gegenanzeigen:** Asasantin darf nicht angewendet werden bei Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren, krankhaft erhöhter Blutungsneigung. Bei gleichzeitiger Anwendung von Asasantin mit gerinnungshemmenden Arzneimitteln (z. B. Cumarinderivate, Heparin – mit Ausnahme niedrig dosierter Heparin-Therapie), bei Glucose-6-Phosphatdehydrogenase-Mangel, bei Asthma, bei Überempfindlichkeit gegen Salicylate und andere Entzündungshemmer/Antirheumatika oder andere allergene Stoffe, bei chronischen oder wiederkehrenden Magen- oder Zwölffingerdarmbeschwerden, bei vorgeschädigter Niere, in der Schwangerschaft, insbesondere in den letzten 3 Monaten ist Vorsicht geboten. **Hinweise:** Patienten, die an Asthma, Heuschnupfen, Nasenschleimhautschwellung (Nasenspolypen) oder chronischen Atemwegsinfektionen (besonders gekoppelt mit heuschnupfenartigen Erscheinungen) leiden, und Patienten mit Überempfindlichkeit gegen Schmerz- und Rheumamittel aller Art sind bei Anwendung von Asasantin durch Asthmaanfälle gefährdet (sog. Analgetika-Intoleranz/Analgetika-Asthma). Das gleiche gilt für Patienten, die auch gegen andere Stoffe überempfindlich (allergisch) reagieren, wie z. B. mit Hautreaktionen, Juckreiz oder Nesselfieber. Bei regelmäßiger Einnahme hoher Dosen in der Stillzeit sollte ein frühzeitiges Abstillen erwogen werden. Asasantin sollte bei Kindern und Jugendlichen mit fieberhaften Erkrankungen nur dann angewendet werden, wenn andere Maßnahmen nicht wirken. Sollte es bei diesen Erkrankungen zu lang anhaltendem Erbrechen kommen, so kann dies ein Zeichen des Reye-Syndroms, einer sehr seltenen, aber u. U. lebensbedrohlichen Krankheit sein, die unbedingt sofortiger ärztlicher Behandlung bedarf. Ein ursächlicher Zusammenhang mit der Einnahme von acetylsalicylsäurehaltigen Arzneimitteln ist bisher allerdings nicht erwiesen. **Nebenwirkungen:** Nach Gabe von Asasantin können Magenbeschwerden, Magen-Darm-Blutverluste, Kopfschmerzen, selten Überempfindlichkeitsreaktionen (Anfälle von Atemnot, Hautreaktionen), sehr selten eine Verminderung der Blutplättchen (Thrombozytopenie) auftreten. **Hinweise:** Bei häufiger und längerer Anwendung kann es in seltenen Fällen zu schweren Magenblutungen kommen. In Ausnahmefällen kann nach längerer Anwendung von Asasantin eine Blutarmut durch verborgene Magen-Darm-Blutverluste auftreten. Schwindel und Ohrenklingen können besonders bei Kindern und älteren Patienten Symptome einer Überdosierung sein. Bei Überschreitung der empfohlenen Dosierung können die Leberwerte (Transaminasen) ansteigen.

Dosierungsanleitung, Art der Anwendung: Die Dosierung sollte nicht schematisch, sondern nach Indikationen und Schwere des Krankheitsbildes erfolgen. Die tägliche Dosis sollte 3 x 1 Kapsel betragen. Gegebenenfalls ist eine Erhöhung der Dosis auf 3 x 2 Kapseln (z. B. thrombotisch-thrombopenische Purpura) angezeigt. Die Einnahme von Asasantin sollte während der Mahlzeiten erfolgen. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Erhöht werden die Wirkung gerinnungshemmender Arzneimittel, z. B. Cumarinderivate und Heparin, das Risiko einer Magen-Darm-Blutung bei gleichzeitiger Behandlung mit Kortikoiden, die Wirkungen und unerwünschten Wirkungen aller nichtsteroidaler Rheumamittel, die Wirkung von blutzuckersenkenden Arzneimitteln (Sulfonylharnstoffen), die unerwünschten Wirkungen von Methotrexat. Vermindert werden die Wirkungen von Spironolacton, Furosemid, harnsäureausscheidenden Gichtmitteln. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Originalpackung mit 50 Kapseln (N2) DM 34,60, Originalpackung mit 100 Kapseln (N3) DM 58,15. Klinikpackungen. – Preisänderung vorbehalten. Dr. Karl Thomae GmbH, 7950 Biberach an der Riss.

Immobilienbesitz in Bruchteilen

Steter Ertrag – bleibender Wert

Geld für die hohe Kante – eine sehr begrüßenswerte Absicht – aber wohin damit? Kaufen Sie festverzinsliche Wertpapiere mit kurzen Restlaufzeiten oder Renten-Investmentfonds, die speziell diese Anlagepolitik verfolgen. Einer dieser Fonds hatte in diesen Tagen Papiere mit einer Durchschnittslaufzeit von 1,2 Jahren enthalten und eine Rendite von etwas über sechs Prozent.

Diese Möglichkeit ist gut. Aktien? Über die künftige Kursentwicklung scheiden sich die Geister. Und sonst? Umsichtige Sparer haben in der letzten Zeit die offenen Immobilienfonds wieder entdeckt. Im letzten Jahr allein wurden zehn Prozent ihres rund 10,6 Milliarden betragenden Vermögens gezeichnet.

Die offenen Immobilienfonds haben sich in den fast drei Jahrzehnten ihres Bestehens zu den Marathon-Läufern unter den Anlagemöglichkeiten entwickelt. Auf die ganze Strecke gesehen, haben sie sich von den Umweltinflüssen des Kapitalmarktes immer mehr abgekoppelt und ein in etwa gleichmäßiges Tempo eingehalten.

Im Durchschnitt der neun deutschen offenen Immobilienfonds beteiligt Sie ein Anteil nach dem Stand vom Februar dieses Jahres zu 88 Prozent an gewerblich, zu 8,2 Prozent an gemischt genutzten und nur mehr zu 3,8 Prozent an Wohnobjekten.

Ein gutes Fonds-Management mischt den Immobilienbesitz nach Regionen Süd und Nord, nach Standorten, nach Lagen in den Orten, nach Größe und Ausstattung und die Mieter der gewerblich genutzten Objekte schließlich nach Wirtschaftszweigen. Es schließt langfristige Verträge mit Mietveränderungen entsprechend der Entwicklung eines Index, überwiegend dem der Lebenshaltungskosten, ab.

Die Sicherheit dieser Anlage hält den Vergleich mit anderen zuverlässigen Sparformen aus. Die offenen Immobilienfonds sind als mündelsicher anerkannt. Das heißt, ein Vormund darf für Geld seiner Schutzbefohlenen Anteile an jenen Fonds erwerben. Das Bundesaufsichtsamt für das Kreditwesen wacht, daß

die Fonds die Gesetze über das Kreditwesen und über die Kapitalanlagegesellschaften streng befolgen.

Immer, wenn ein Fonds ein Objekt verkaufen oder anschaffen will, muß ein unabhängiger Sachverständigenausschuß die Preiswürdigkeit des Vorhabens feststellen. Einmal im Jahr hat er mindestens den Verkehrswert aller Fonds-Objekte zu ermitteln. Offene Immobilienfonds belasten Sie als Miteigentümer aller Objekte nicht durch eine Kreditaufnahme für den Kauf neuer Immobilien. Sie zahlen aus ihren flüssigen Mitteln und halten verzinslich soviel sofort verfügbares Geld in Reserve, daß sie Auszahlungswünsche sofort erfüllen. Daher heißen sie offen. Ihre Anteile sind jederzeit zu kaufen und zu verkaufen.

Der Kurs dieser Investment-Zertifikate hängt nicht von den Unwägbarkeiten von Angebot und Nachfrage ab. Er ist stets am Ertragswert aller Objekte im Fonds orientiert. Falls Sie spekulieren wollen, müssen Sie andersartige Wertpapiere wählen. Diese Anteile erfüllen daher eine Ventiltfunktion.

Wenn immer das Zinsniveau steigt, sinken die Kurse niedriger verzinslicher Rentenpapiere. Wer solche Effekten und zugleich Anteile offener Immobilienfonds besaß, trennte sich bei Bargeldbedarf in Hochzinsphasen von diesen Papieren, weil sich ihre Rückkaufwerte nicht oder höchstens geringfügig verändert hatten. So ist in solchen Phasen zu vermeiden, kursgeminderte Rentenpapiere mit Verlust zu veräußern.

Sie können Geld in offenen Immobilienfonds regelmäßig, unregelmäßig oder auch einmalig anlegen. Sie können die Erträge automatisch mit Rabatt wiederanlegen lassen. Sie können zur Aufbesserung ihrer Ruhestandsbezüge regelmäßig einen bestimmten Betrag ohne Verminderung Ihres Vermögens entnehmen.

Ein Teil der Ausschüttungen dieser Fonds ist steuerfrei. Das müssen Sie berücksichtigen, wenn Sie diese Erträge mit Zinserträgen vergleichen, die voll in die Steuerpflicht geraten.

Horst Beloch

Funktionärs-Konfusion

Aus Enttäuschung über den Ausgang der Bundestagswahl wird der politische Kampf unter dem Mantel der Tarifauseinandersetzung fortgesetzt. Sie ist bei den Arbeitnehmern nicht populär. Das stört freilich jene nicht, die sich als ihre Vertreter ausgeben und von ihnen hoch bezahlt werden.

Sie wären eine totale Fehlbesetzung, wenn sie selbst glaubten, ihre Maximalforderungen ließen sich ohne nachhaltige, schwerste Schäden für die deutsche Wirtschaft erfüllen. Im Interesse der Arbeitnehmer müßten sie sich vielmehr einer Annahme ihrer utopischen Vorstellungen von Arbeitszeitverkürzungen und Lohnerhöhungen schärfstens widersetzen.

Die Funktionäre verlangen vorrangig, die Arbeitszeit drastisch zu vermindern. Dadurch verspielen sie ihren Mitsprache-Anspruch bei Neuregelungen in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung. Arbeitszeitverkürzungen bei gleichbleibend hoher Lohnzahlung ist indirekte Lohnerhöhung. Sie drückt sich nur nicht in mehr Geld, sondern in weniger Leistung aus.

Lohnerhöhungen äußern sich durch steigende Einnahmen der Sozialversicherungen. Sie wären dringend notwendig. Eine Stunde Arbeitszeitverkürzung entspricht einer Lohnerhöhung um 2,7 Prozent. Durch den Anspruch auf Leistungsausfall enthalten die Tarifstrategen der Gewerkschaften den Sozialversicherungen Mehreinnahmen vor.

Sie zerstören damit die Grundlage der Regelung, Arzthonorare nicht über die Erhöhung der Grundlohnsumme anzuheben. Als Basis dafür galt natürlich die damals vorherrschende Arbeitszeit. Eine Gleichmäßigkeit der Veränderung von Versicherten- und Arztbezügen sollte hergestellt werden.

Sie ist nur noch zu erreichen, wenn diese Berechnung nach der Formel Steigerungssatz der Grundlohnsumme plus 2,7 Prozent je Stunde Arbeitszeitverkürzung vorgenommen wird. Dann könnte es sich auch der Arzt leisten, seine 56-Stunden-Woche ohne Überstundenzuschläge herabzusetzen. Das ist nicht zu erwarten. Aber reden wird man über diese Zusammenhänge mit dem Patienten dürfen – müssen!

Prosper

Ein Laxans soll nur hier wirken

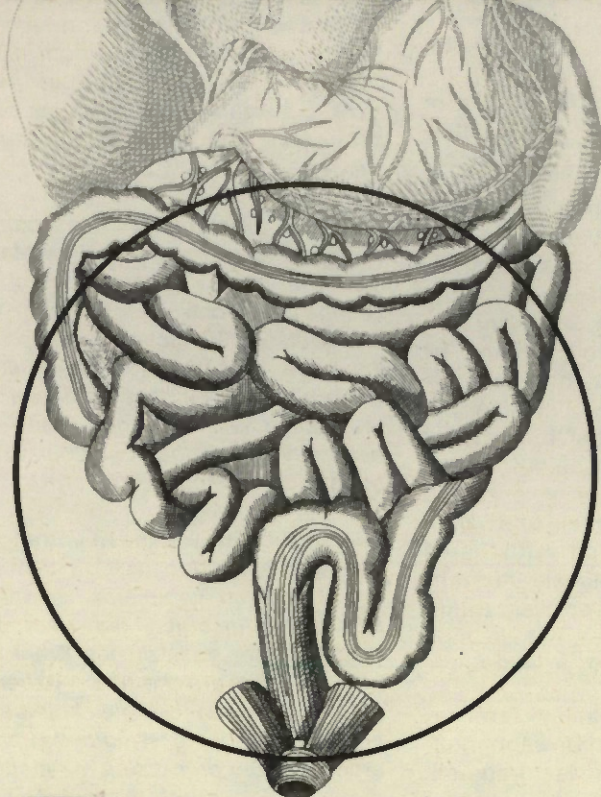


Abb. aus „Tabularum anatomicarum“, B. S. Albini und B. Eustachii, 1761.

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 Oregee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (herzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.

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



Handelsformen und Preise:
OP mit 30 Dragees OM 4,10
OP mit 75 Dragees OM 7,35
AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Buchbesprechungen

Primäre Immundefekte

Herausgeber: B. H. Belohredsky, 230 S., 117 Abb. u. Tab., Peppbd., DM 98,—. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

Dieses Buch beschreibt exakt Diagnostik und Therapie der einzelnen Krankheitsbilder, vor allem auch die genetischen Aspekte der Erkrankungen. Bei der Darstellung der nach den neuesten WHO-Klassifikationen definierten Immundefektsyndrome wird auf die detaillierte und mit Sekundärliteratur belegte Beschreibung großer Wert gelegt. Zahlreiche Tabellen und Abbildungen sowie eine Übersichtstabelle aller Immundefekte unterstreichen die systematische und klare Gliederung dieses Werkes.

Die Stellung des Sachverständigen im Strafprozeß

Herausgeber: K. Dippel, 251 S., geb., DM 108,—. R. v. Decker's Verlag G. Schenck GmbH, Heidelberg.

In der Studie wird eine Reihe von Fragen erörtert, die besonders auch den medizinischen Sachverständigen interessieren dürften: Ausführlich geht der Verfasser auf „Spannungsfeld und Verständigungsschwierigkeiten zwischen Jurist und Mediziner“ und die sich daraus oftmals ergebenden Konsequenzen ein. Dippel befaßt sich weiterhin mit den Anforderungen, die an einen richterlichen Auftrag für eine Untersuchung und Eingriffe am Körper eines Beschuldigten zu stellen sind und der Frage, ob der Sachverständige den Beschuldigten darüber belehren muß, daß es ihm freistehe, sich zu äußern. Schließlich diskutiert der Verfasser die Problematik der Schweigepflicht des mit der Begutachtung eines Beschuldigten beauftragten Arztes unter Einbeziehung der in Rechtsprechung und Schrifttum hierzu vertretenen Meinungen.

Or. jur. H. Schiller, München

Des leistungsgerechte Arzthonorer

Herausgeber: K. Spöner, 208 S., Taschenb., DM 24,—. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Der Autor unternimmt in diesem Buch den Versuch, den niedergelassenen Arzt und Kessenerzt in seinem Bemühen zu unterstützen, sich durch den Dschungel der Gebührenordnungen hindurchzufinden. Es soll nicht etwa die großen Kommentare ersetzen, sondern vielmehr auf besonders häufige Fehlerquellen und Streitpunkte hinweisen. Das Buch ist reich zu lesen und nicht nur verständlich für den Arzt, sondern auch für seine Hilfskräfte.

Meine Forschungsreisen

Herausgeber: H. Herrer, 196 S., 147 farb. Abb., geb., DM 78,—. Umschau Verlag Breidenstein GmbH im Brönnner-Umschau Haus, Frankfurt.

Herrers Forschungsreisen führten ihn in alle Kontinente, so auch zu den Xingus im Amazonasgebiet, in die Berge Ugendes, in den Fernen Osten und immer wieder in seine zweite Heimat, in die Länder des Himmels. Er besuchte Stämme, die vor ihm noch keinem Weißen begegnet waren, bestieg Berge, deren Gipfel vor und nach ihm noch niemand betreten hat. — Die bedeutendsten und interessantesten Reisen und Begegnungen mit fremden Völkern werden in diesem Bildband zusammengefaßt.

Schnell informiert

Einbanddecke 1986 für das „Bayerische Ärzteblatt“

Die Einbanddecke 1986 für das „Bayerische Ärzteblatt“ kann zum Preis von DM 11,30 + MWSt. und Versandkosten direkt bestellt werden bei: Buchbinderlei M. Rufert, Sommerstraße 46, 8000 München 90, Telefon (0 89) 65 66 22

50 Jahre Biologische Heilmittel Heel GmbH

Die Firma Heel wurde 1936 von Dr. H.-H. Reckeweg, der damals in Berlin als homöopathischer Arzt tätig war, gegründet. Nach der Zerstörung gegen Kriegsende übersiedelte der Firmengründer zunächst nach Triberg und verlegte das Unternehmen 1953 nach Baden-Baden. Hier baute Dr. Reckeweg nicht nur die Präparatepalette kontinuierlich aus, sondern formulierte darüber hinaus auch das Ziel seiner Arbeit: die Homotoxinlehre – eine Synthese zwischen Schulmedizin und Homöopathie.

Übungsprogramm für Parkinson-Patienten

Unter dem Motto „mit Musik geht alles leichter“ bietet die Frosst Pharma GmbH, München, im Rahmen des Nacom-Parkinson-Service-Programms kostenlos eine Kassette mit speziellem Übungsprogramm an. Zu der Trainingsstunde per Lautsprecher gehört ein großes Poster mit den einzelnen Übungsteilen und eine anschauliche Broschüre, die den Kranken viele praktische Ratschläge gibt. – Ärzte können dieses Programm kostenlos anfordern bei: Frosst Pharma GmbH, Charles-de-Gaulles-Straße 4, 8000 München 83

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Kleus Dehler, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Möhlbeurenstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 55 177-0, Fernschreiber: 523 662, Telegrammadresse: atlaspress. Heide-R. Widow, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisetzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

Druck: Druckerei und Verlag Hens Zauner jr., Augsburg, Straße 9, 8060 Dechau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrototografie 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.

ISSN 0005-7128

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leserenalyse medizinischer Zeitschriften e. V.

LA-MED

amilozid von ct



Neu von ct

– optimale Qualität
– zum günstigen Preis!

Ödeme

amilozid von ct OP-20 Tabl. N1 DM 5,80
OP-50 Tabl. N2 DM 13,65
OP-100 Tabl. N3 DM 26,20

Zusammensetzung: 1 Tabl. enth.: 5,68 mg Amiloridhydrochlorid 2H₂O (entsp. 5,0 mg Amiloridhydrochlorid H₂O-frei) sowie 50 mg Hydrochlorothiazid. **Anwendungsgebiete:** Hypertonie, kardial bedingte Ödeme. **Gegensätze:** Überempfindlichkeit gegen eine der Wirksubstanzen und Sulfonamide; Coma hepaticum; Hyperkaliämie (über 6,5 mval/l) und stark beeinträchtigte Nierenfunktion; während Schwangerschaft und Stillzeit. Die Anwendung bei Kindern wird nicht empfohlen. **Nebenwirkungen:** In Einzelfällen Störungen im Magen-Darm-Bereich; Mundtrockenheit, Muskelkrämpfe, Schwäche- und Schwindelgefühl; erniedrigte oder erhöhte Serum-Kalium-Werte; Störungen des Harnsäure-, Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsels; Kopfschmerzen, Hautreaktionen wie photoallergisches Exanthem und Juckreiz, Entzündung der Bauchspeicheldrüse und Blutbildveränderungen (Anämie, Leukopenie und Thrombopenie). **Wechselwirkungen:** Orale Antidiabetika, harnsäuresenkende Medikamente, Antihypertensiva, Noradrenalin, Tubocurarin, Lithium, Prostaglandinsynthesesenker, Narkotika, Barbiturate, Alkohol. Eine Kombination mit Kaliumsalzen, Triamteren, Amilorid oder Spironolacton soll nicht erfolgen.

ct-Arzneimittel
Chemische Tempelhof GmbH
Postf. 42 03 31, 1000 Berlin 42



3/87

Praxisfinanzierung und Absicherung nach Maß

besorgen wir für Sie zu günstigsten Konditionen.

Mit unseren langjährigen Erfahrungen unterstützen wir Sie von der Niederlassungsabsicht an und bieten Ihnen optimalen Versicherungsschutz (Ärztehaftpflicht-, Unfall- und Praxisversicherung).

Es beraten Sie in

Nordbayern Herr Georg C. Klughardt, Tel. 09 11/83 42 89

Südbayern Frau Ingrid Schulte-Rahde, Tel. 089/70 40 44

Wir führen regelmäßig Niederlassungsseminare durch. Fordern Sie unser Seminarprogramm an.

Coupon
Meine Anschrift

BÄ

Ich erwarte Ihren Anruf
unter Telefon

Senden Sie diesen Coupon an:

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Assekuranz-
Vermittlung



Stiftsbogen 132
8000 München 70

Am Landesuntersuchungsamt für das Gesundheitswesen Nordbayern in Erlangen ist ab dem 1. Juli 1987 im Fachgebiet Medizin die Stelle eines/einer

Wissenschaftlichen Mitarbeiters/Mitarbeiterin

zu besetzen.

Aufgabe: Medizinisch-mikrobiologische Untersuchungstätigkeit, Arbeiten auf dem Gebiet der Lebensmittel-, Wasser- und Umwelthygiene.

Anforderungen: Abgeschlossenes Hochschulstudium der Humanmedizin und Promotion, Weiterbildung auf dem Gebiet der Hygiene und/oder Mikrobiologie ist erwünscht.

Angebot: Verg. Gr. III-le BAT je nach Qualifikation und Erfahrung. Bei Erfüllung der Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich (Bes. Gr. A 12 - A 15).

Bewerbungen sind zu richten an: **Landesuntersuchungsamt für das Gesundheitswesen Nordbayern, Eggenreuther Weg 43, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 61 43.**

Internist (gegebenenfalls vor Abschluß der Weiterbildung) als

Oberarzt

für Interne Belegabteilung in süddeutscher Universitätsstadt gesucht.

In der modern ausgestatteten Abteilung werden u. a. Endoskopie, Sonographie und Interne Röntgendiagnostik durchgeführt. Die übrigen Belegabteilungen (Urologie, MGK, HND) werden internistisch mitbetreut. Die Diagnostik wird z. T. interdisziplinär durchgeführt (CT, DSA, Isotopen usw.). Geboten werden BAT Ia, Rufbereitschaftsvergütung, zusätzliche Altersversorgung und Chefarztzulage. — Stellenplan 1-1-2.

Anfragen unter Chiffre 2064/487 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Gesucht wird

1 Frauenarzt/ärztin

für den Raum Bogen/Donau.

Die Garnisonstadt Bogen hat rund 9000 Einwohner und einen Einzugsbereich von weiteren rund 20 000 Einwohnern. Sie liegt landschaftlich reizvoll an der Donau und am Fuße des Bayerischen Waldes. Sie bietet eine Vielzahl von Freizeit- und Erholungseinrichtungen. Weiterführende Schulen sind in der Stadt.

Belegbetten im Rahmen eines kooperativen Belegarztsystems stehen im Kreis Krankenhaus Bogen (160 Betten) zur Verfügung (1 Frauenarzt bereits niedergelassen).

Die Uni-Stadt Regensburg ist rund 30 km entfernt.

Informationen erteilt das **Landratsamt Straubing-Bogen, Leutnerstraße 15, 8440 Straubing, VDAR Frey, Telefon (0 94 21) 300-139.**

Radlologe

als Oberarzt für großes strahlendiagnostisches Krankenhausinstitut (Röntgen, CT, Angio und DSA, Nuklearmedizin) gesucht.

Bei überdurchschnittlicher Bezahlung und angenehmen Arbeitsbedingungen wird auf eine längerfristige Zusammenarbeit Wert gelegt.

Anfragen unter Chiffre 2064/474 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Die Stiftung Juliuspital Würzburg sucht zum 1. Juli 1987 eine/n

Oberärztin/Oberarzt

für die Medizinische Klinik.

Das Krankenhaus der Stiftung (künftige Versorgungsstufe III) verfügt über insgesamt 390 Betten mit den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Urologie und Radiologie. Der Medizinischen Klinik stehen 136 Betten einschließlich 8 Intensivbetten zur Verfügung. Der Stellenschlüssel ist 1/3/10. Schwerpunkte sind Kardiologie, Gastroenterologie und Onkologie. Geplant ist eine Gliederung der Medizinischen Klinik in die Bereiche Kardiologie und Gastroenterologie.

Für die nächsten Jahre steht eine beachtliche Sanierung des Hauses an.

Geboten werden:

Vergütung nach BAT

Rufbereitschaftsdienstvergütung

Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes

Der Chefarzt beteiligt die nachgeordneten Ärzte am Liquidationserlös aus stationärer Behandlung.

Ihre Bewerbung (mit selbstgeschriebenen Lebenslauf, Lichtbild, Belegen über bisherige ärztliche Tätigkeiten sowie über akademische Grade, beglaubigte Zeugnisabschriften und einem amtsärztlichen Zeugnis) richten Sie bitte bis 15. Mai 1987 an die

Stiftung Juliuspital Würzburg
Juliuspromenade 19, 8700 Würzburg

Kinderkardiologisch versierte/r Arzt/Ärztin

für Halbtagstellung in Kurkrankenhaus im Unterallgäu gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/482 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Anzeigenschluß für die Ausgabe Mai 1987 ist am 6. April 1987

Privatklinik Wirsberg

für Neurologie und Psychiatrie. Privat und alle Kassen.

Leitender Arzt: Dr. Wolfgang Pinkow-Mergerle, Arzt für Neurologie und Psychiatrie.

8655 Wirsberg über Kulmbach/Bayern, Telefon (0 92 27) 804-905

Am Krankenhaus Landsberg a. Lech

(315 Planbetten) ist zum 1. Juni 1987 auf der Internen Abteilung die Stelle

1 Assistenzarztes (ärztin)

zu besetzen.

Die interne Abteilung umfaßt 110 Betten inklusive einer Intensivpflegeeinheit und Hämodialyse. Wir bieten die üblichen Leistungen nach dem BAT. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir behilflich. Wir erwarten persönliches Engagement, Bereitschaft zur Teamarbeit und Flexibilität. Bewerber mit klinischer internistischer Erfahrung werden bevorzugt.

Die Stadt Landsberg a. Lech, eine gut erhaltene mittelalterliche Stadt mit hohem Freizeitwert, liegt in reizvoller Lage im Voralpenland und im Schnittpunkt der Wirtschafts- und Kulturzentren Augsburg und München. Alle weiterführenden Schulen befinden sich am Ort.

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte bis 30. April 1987 an das

Krankenhaus Landsberg a. Lech

— Verwaltung —

Bgm.-Dr. Hartmann-Sträße 15

8910 Landsberg a. Lech

Telefon (0 81 91) 333/228

Das Stadtkrankenhaus Friedberg (120 Betten) sucht zum 1. Juli 1987 eine(n)

Ärztin/Arzt für Anästhesie

Im Wechsel mit den leitenden Ärzten für Anästhesie soll am Ruteidienst und am Notarzdienst teilgenommen werden.

Wir bieten Vergütung nach BAT und die üblichen Sozialleistungen im öffentlichen Dienst.

Schriftliche Bewerbungen richten Sie bitte an die
Verwaltung des Stadtkrankenhauses Friedberg,
Herrgottsruhstraße 3 - 8904 Friedberg - Telefon (08 21) 60 04 0

Praxisräume in Landsberg

Für Hautarztpraxis geeignet - direktes Zentrum 158 qm, Praktischer Arzt im Hause sowie Fahrstuhl vorhanden; günstige Mietbedingungen, da Vermietung durch Eigentümer.

Bedarfsgerechte Niederlassungsmöglichkeit für 1 Hautarzt in Landsberg.

Anfragen erbeten an: Marien Apotheke, Chr. Heidelberg
Hauptplatz 147, 8910 Landsberg/Lech
Telefon (0 81 91) 3 91 82 Apotheke und Privat oder 5 02 35

Praxisräume und Wohnung

Im Zentrum einer Kreisstadt, Nähe Würzburg (25 km) ab 1. Juli 1987 zu vermieten. Praxisräume im Erdgeschoß 124 qm und Wohnung im 1. Obergeschoß 134 qm. Alle Schulen vorhanden. Kein Haut- und HNO-Arzt am Ort.

Anfragen unter Chiffre 2064/479 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Hinweis für Auftraggeber von Immobilienanzeigen

Bei Veräußerung oder Vermietung von Praxen oder in Planung befindlicher Praxen werden Allgemein- oder Gebietsärzte zur Niederlassung gesucht. - Für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist der Bedarfsplan maßgebend, welcher bei den Dienststellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eingesehen werden kann. - Unter diesem Aspekt werden die Anzeigen veröffentlicht, korrigiert oder abgelehnt.

Anschriften der Bezirksstellen der KVB:
München Stadt und Land, Briener Straße 23, 8000 München 2
Oberbayern, Eisenheimerstraße 39, 8000 München 21
Niederbayern, Lillenstraße 5-7, 8440 Straubing
Oberpfalz, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg
Oberfranken, Brandenburger Straße 4, 8500 Bayreuth
Mittelfranken, Vogelsgraben 8, 8500 Nürnberg 1
Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg
Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg

Gesund bleiben. Gesund werden.

Fitness-Ferien oder Kuren
in Bayerns herrlicher Landschaft.
Weil Gesundheit nur einmal
geschenkt wird.

Broschüre „Kuren in Bayern“ oder „Ratgeber Fitness“
kostenlos anfordern bei:
Bayerischer Heilbäder-Verband e.V.,
Postf. 2240, 8730 Bad Kissingen, Tel. 09 71/30 43

Alteingesessene

Internistische Praxis

mit Röntgen in günstiger Lage Oberbayerns abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/439 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Praxisübernahme

für Allgemeinmedizin spätestens zum 1. Januar 1988 von Arzt gesucht. Raum: München - Augsburg - Kempten - Lindau.

Anfragen unter Chiffre 2064/419 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Alt eingeführte

Augenarztpraxis im Wesallgäu

wegen Todestall sofort abzugeben. 3 Optiker am Ort.

Anfragen unter Chiffre 2064/491 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Arztpraxis Fürth/Bayern

Nähe Fürther Freiheit, 90 qm, Miete DM 1300,- + Nebenkosten.

Berlet Immobilien,
Telefon (09 11) 77 66 11

Große helle Räume (Hochparterre ca. 100 qm) in

HOF/Saale - Stadtmitte -

als Praxis sofort oder später zu vermieten. Vorgänger ist aus Altersgründen ausgeschieden.

Anfragen unter Chiffre 2064/481 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Praxisräume für Allgemeinarzt

128 qm, zentrale Lage in niederbayerischem Kleinzentrum, von privat zu vermieten. Im Bedarfsplan der KVB enthalten. Bezugsfertigkeit 1/88.

Anfragen unter Chiffre 2064/490 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Im Kundenauftrag

Aiigemeinarztpraxis

Im Landkreis Coburg sofort abzugeben. Tätigkeit als Bedearzt möglich. Zentrale Lage und neuwertige Einrichtung der Praxis. Wohnräume im gleichen Haus sind vorhanden.

Interessenten erhalten Auskunft unter Telefon (09 21) 16 91.

Zum Verkauf

folgende neuwertige Geräte:

EK 43 Hellige 3-fach-Schreiber,
2 Jahre alt, VB 4500,- DM.

Dres. med. Merfens,
Telefon (0 85 52) 21 72

Suche naturheilkundlich homöopathisch orientierte Ärztin als

Praxisvertretung

für die Zeit vom 1. Mai bis 30. Juni in eine Praxis in der Augsburger Innenstadt.

InteressentInnen möchten ihre Bewerbung bitte schriftlich unter Chiffre 2064/492 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2 richten.

Balint-

Wochenend-Seminare in Übersee am Chiemsee

enerkannt durch die Bayerische Landesärztekammer
5 Doppelsitzungen, von Samstag 10.30 bis Sonntag 12.30 Uhr.

Nächste Termine:
25./26. April, 30./31. Mai, 27./28. Juni, 25./26. Juli 87.

Die Teilnehmerzahl ist auf 8 bis 12 begrenzt.

Weitere Informationen und Seminarbeschreibung beim Gruppenleiter:
Dr. med. Wolfgang Ulrich, Psychotherapie, Psychoanalyse,
Westerbuchweg 26, 8212 Übersee, Telefon (0 88 42) 16 33.

Anzeigenaufträge
bitte schriftlich
erteilen.

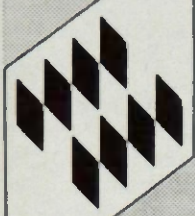
Hörfehler werden
dadurch vermieden.

Sonderangebot

Aus Lagerbestand bieten wir besonders günstig an:




Getäßdoppler Fabr. Schiller
Ergometrie- und Dopplermonitor
Fabr. Elmed
Miniphotometer Fabr. Dr. Lange
Zwischenverkauf vorbehalten!
Bitte rufen Sie an.
BR-GmbH
Sedanstraße 5, 8400 Regensburg
Telefon (09 41) 79 20 01

Auf nach
Bayern



Gegen periphere arterielle Durchblutungsstörungen:

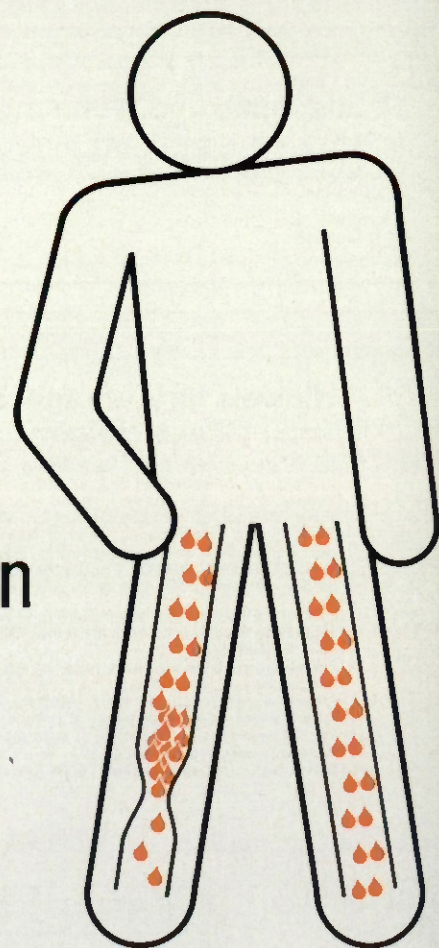
Pentoxifyllin- ratiopharm[®] 400

OP 20 Retardtabl. N 1  **DM 12,30**
OP 50 Retardtabl. N 2  **DM 29,80**
OP 100 Retardtabl. N 3  **DM 49,95**

1. Senkt erhöhte Blutviskosität
3. Verbessert Erythrozyten-Fluidität
3. Hemmt Thrombozytenaggregation
4. Ist bioäquivalent

Lehrmittel

ratiopharm[®]-Arzneimittel



Pentoxifyllin-ratiopharm[®] 400 Retardtabletten

Zusammensetzung: 1 Retardtabl. enth. 400 mg Pentoxifyllin. **Dosierung:** 3 x täglich 1 Retardtablette Pentoxifyllin-ratiopharm[®] 400 unzerkaut nach dem Essen mit etwas Flüssigkeit einnehmen. **Hinweis:** Eine deutl. verminderte Nierenfunktion erfordert eine individuelle Dosierungsanpassung. Die Dauer der Anwendung ist dem individuellen Krankheitsbild anzupassen u. wird vom Arzt festgelegt. Nach Ablauf d. Verfalldatums nicht mehr anwenden. **Indikationen:** Periphere arterielle Durchblutungsstörungen im Stadium II nach Fontaine (intermittierendes Hinken). **Kontraindikationen:** Frischer Herzinfarkt, Massenblutungen. Treten Netzhautblutungen während der Behandlung mit Pentoxifyllin-ratiopharm[®] 400 auf, ist das Präparat abzusetzen. Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Übelkeit, Brechreiz, Magendruck, Völlegefühl, Schwindel und Kopfschmerzen. Nur in Ausnahmefällen Therapieunterbrechung notwendig. Vereinzelt Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut (z. B. Juckreiz), die nach Behandlungsabbruch im allgemeinen rasch verschwinden. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Blutdrucksenkende Präparate.