B 1611 E

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 5
42. Jahrgang
Mai 1987

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

amilozid von ct Tabletten

Zusammensetzung: 1 Tabl. enth.: 5,68 mg Amiloridhydrochlorid $2H_2O$ (entspr. 5,0 mg Amiloridhydrochlorid H_2O-frei) sowie 50 mg Hydrochlorothiazid. **Anwendungsgebiete:** Hypertonie, kardial bedingte Ödeme. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen eine der Wirksubstanzen und Sulfonamide; Coma hepaticum; Hyperkaliämie (über 5,5 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, Antihypertonika, Noradrenalin, Tubocurarin, Lithium, Prostaglandinsynthesehemmer, 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

4/87

Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen:

Antidepressiva-Intoxikation – Seite 215 f.

Inhalt:

Sewering: Ein arztpolitischer Mai 189

Müller-Plettenberg: 26. Bayerischer Internistenkongreß . . . 192

Weber: Neue diagnostische und therapeutische Aspekte bei zerebralen Gefäßkrankheiten . 196

Der Notfall: Antidepressiva-Intoxikation 215

Gesundheits-Sozial-Berufspolitik:
– Mitteilungen zum Vollzug der Medizingeräteverordnung . 218

Personalia 223, 239

AIDS
– *Diagnostik und Kontrolle* 224

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern 225

Bericht aus Bonn 226

Kongresse:
– Allgemeine Fortbildung . 227
– Blaulichtärzte 228
– Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit . 229
– Klinische Fortbildung in Bayern 230

Äskulap und Pegasus 236

Landespolitik 240

Wirtschaftsinformationen . . 241

Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern – 4. Quartal 1986 . 242

Meldepflichtige übertragbare Krankheiten in Bayern – März 1987 245

Buchbesprechungen 246

Preise: Ausschreibungen . . 247

Zusammensetzung: 1 Kapsel Adalat enthält 10 mg Nifedipin. Anwendungsgebiete: 1. Koronare Herzkrankheit: Chronisch-stabile Angina pectoris, Ruheangina einschließlich vasospastischer Angina (Prinzmetal-Angina, Variant-Angina) und instabiler Angina (Crescendo-Präinfarkt-Angina), Angina pectoris nach Herzinfarkt (außer in den ersten 8 Tagen nach dem akuten Myokardinfarkt). 2. Hypertonie. Gegenanzeigen: Adalat-Überempfindlichkeit und gesamte Schwangerschaft. Über die Anwendung in der Stillzeit liegen keine Befunde vor. Vorsicht bei ausgeprägt niedrigem Blutdruck (schwere Hypotension: $RR_{syst.}$ < 90 mm Hg). Herz-Kreislauf-Schock. Nebenwirkungen: Begleiterscheinungen vorzugsweise zu Beginn der Behandlung, oft leichter und vorübergehender Natur: Gesichtsrötung, Wärmegefühl, Kopfschmerzen. In Einzelfällen, namentlich bei hoher Dosierung: Übelkeit, Schwindel, Müdigkeit, Hautreaktionen, Parästhesie, hypotone Reaktion, Palpitationen und Erhöhung der Pulsfrequenz. Gelegentlich Beinödeme aufgrund einer Erweiterung der Blutgefäße. Äußerst selten: Unter längerer Behandlung Gingiva-Hyperplasie, die sich nach Absetzen völlig zurückbildet; Schmerzen im Bereich der Brust (unter Umständen Angina pectoris-artige Beschwerden), bei denen Adalat, sofern ein kausaler Zusammenhang vermutet wird, abgesetzt werden soll. Vorsicht bei Dialysepatienten mit maligner Hypertonie und irreversiblem Nierenversagen mit Hypovolämie, da Blutdruckabfall durch Vasodilatation entstehen kann. Die Behandlung des Bluthochdrucks mit diesem Arzneimittel bedarf der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle. Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und bei Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Adalat/Antihypertonika: Bei gleichzeitiger Anwendung kann der blutdrucksenkende Effekt von Nifedipin verstärkt werden. Adalat/β-Rezeptoren Blocker: Bei gleichzeitiger Anwendung sorgfältige Überwachung des Patienten erforderlich da stärkere Hypotension möglich; auch wurde eine gelegentliche Ausbildung von Herzinsuffizienz genannt. Adalat/Cimetidin: Verstärkte blutdrucksenkende Wirkung möglich. Handelsformen: Adalat: Packungen mit 30, 50, 100 Kapseln zu 10 mg Nifedipin. N 1 OP mit 30 Kapseln zu 10 mg DM 26,35; N 2 OP mit 50 Kapseln zu 10 mg DM 40,50; N 3 OP mit 100 Kapseln zu 10 mg DM 72,90; Anstaltspackung. Stand: Dezember 1985, 2 a, Bayer Leverkusen

Bayer

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

Mai 1987

Zur Kenntnis genommen:

Wenige Tage, nachdem dieses Heft erscheint, versammeln sich die Delegierten aller Landesärztekammern zum 90. Deutschen Ärztetag in Karlsruhe. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung läutet die Ärztetagswoche gewissermaßen mit ihrer stets mit großem Interesse von der Presse verfolgten öffentlichen Vertreterversammlung ein. Die Themen werden hochaktuell sein, zeichnet sich doch am Horizont ein Gesetzentwurf zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung ab, vielleicht auch nur ein neues Kostendämpfungsgesetz auf unserem Rücken. Fast alle ärztlichen Verbände, auch weniger oder kaum bedeutende, treffen sich zu Vorstandssitzungen und Beratungen mit ihren Verbandsmitgliedern, die zugleich Delegierte des Ärztetages sind. Manche Vorgespräche dürften heuer besonders spannend werden, weil nicht nur wichtige Themen zu beraten, sondern auch Wahlen durchzuführen sind. Der Präsident, die beiden Vizepräsidenten und die beiden Vertreter der angestellten Ärzte im Vorstand der Bundesärztekammer sind zu wählen. Die Präsidenten der Landesärztekammern sind ja „geborene" Mitglieder des Vorstandes, was gewährleistet, daß jede Landesärztekammer dort Sitz und Stimme hat. Neu zu wählen sind auch die Mitglieder des „Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung" sowie die Vorstandsmitglieder der „Akademie für Allgemeinmedizin" und der „Akademie der Gebietsärzte".

Zur Beratung und Beschlußfassung stehen einige Ergänzungen der „Muster-Berufsordnung" und die „Muster-Weiterbildungsordnung" an. Warum „Muster"? Es ist vielen nicht bekannt, daß die Beschlüsse der Deutschen Ärztetage zum kodifizierten Berufsrecht, also zur Berufsordnung und Weiterbildungsordnung, formal gesehen, rein empfehlenden Charakter haben. Verbindliche Beschlüsse dazu kann nur die einzelne Landesärztekammer fassen. Das ist kein Formalismus, sondern eine Konsequenz der verfassungsrechtlichen Ordnung in der föderativ gestalteten Bundesrepublik. Laut Artikel 74 Nr. 19 des Grundgesetzes hat der Bund die Zuständigkeit für die Regelung des Zuganges zum Arztberuf. Die „Bundesärzteordnung" als Gesetz und die „Approbationsordnung" als Rechtsverordnung der Bundesregierung sind die rechtlichen Instrumente, mit welchen der Bund dem Auftrag des Grundgesetzes gerecht wird.

Die Regelung der Berufsausübung ist hingegen Landesrecht. Die Landesparlamente haben deshalb in jedem Bundesland ein Gesetz über die Heilberufe der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker, das „Kammergesetz", erlassen. Unser derzeitiges Bayerisches Kammergesetz stammt aus dem Jahre 1957. Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 1972 war eine umfangreiche Novellierung erforderlich, die 1978 verabschiedet worden ist. Das Gericht bestätigte die Übertragung der Zuständigkeit für den Erlaß einer Berufsordnung und Weiterbildungsordnung an die Ärztekammer, verlangte aber, daß die Grundsätze, an denen sich beide Ordnungen zu orientieren haben – die „statusbildenden Normen", wie sie im Urteil genannt werden –, vom Gesetzgeber festgelegt, also im Kammergesetz verankert werden. Analog gilt dies natürlich auch für die Kammern der Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker. Zuständiges Organ für die Beschlußfassung ist die Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer, also der „Bayerische Ärztetag". Nach rechtsaufsichtlicher Genehmigung durch das Bayerische Staatsministerium des Innern sind beide Ordnungen für alle Ärzte in Bayern verbindliches Recht. Es wäre allerdings ein großer Irrtum, anzunehmen, daß es eine Berufsordnung und eine Weiterbildungsordnung in Bayern erst seit 1957 gibt. Die Anfänge der Berufsordnung gehen in das letzte Viertel des vorigen Jahrhunderts zurück und die erste „Facharztordnung" hat ein Deutscher Ärztetag bereits 1924 in Bremen beschlossen.

Die dargestellte verfassungsrechtliche Lage würde es theoretisch gestatten, daß die Länderparlamente völlig unterschiedliche Kammergesetze beschließen und jede Vollversammlung einer Landesärztekammer eine andere Berufs- und Weiterbildungsordnung. Beides ist nicht der Fall. Demokratische Vernunft und die Einsicht, daß das Grund-

gesetz als Klammer jedem Bürger die Freizügigkeit und Gleichbehandlung gewährleistet, haben bewirkt, daß die Länderregierungen einen gemeinsamen Entwurf erarbeiteten, der fast wortgleich von den Landtagen verabschiedet worden ist.

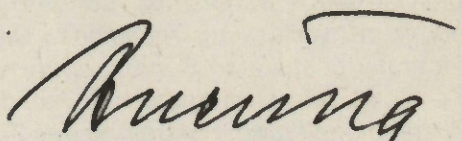
Die Ärztekammern haben sich in der Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen, auch mit dem Ziel, den Ärzten der Bundesrepublik eine einheitliche Berufsordnung und Weiterbildungsordnung zu gewährleisten. In „Ständigen Konferenzen" werden – oft nach mühsamem Ringen – die Vorlagen für den Deutschen Ärztetag erarbeitet, dessen Beschlüsse als „Empfehlungen" an die Landesärztekammern gerichtet sind. Es ehrt die Mitglieder der Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer, daß seit Jahrzehnten Empfehlungsbeschlüsse der Deutschen Ärztetage übernommen worden sind. Für die Weiterbildungsordnung kann dies uneingeschränkt festgestellt werden, bei der Berufsordnung haben wir gelegentlich „dem Fortschritt eine Gasse" geschlagen. Solche abweichenden bayerischen Beschlüsse wurden in den Folgejahren fast immer auch von Deutschen Ärztetagen übernommen. Wir waren aber auch manchmal „lernfähig", wenn sich zeigte, daß unsere Mehrheitsbeschlüsse doch nicht besser waren als das „Modell". Die Weiterbildungsordnung wurde nun zur Vorlage beim 90. Deutschen Ärztetag in Karlsruhe grundlegend überarbeitet. Sie mußte sowohl der rechtlichen als auch der wissenschaftlichen Entwicklung angepaßt werden. Bei der Berufsordnung dürfte die Regelung des Werbeverbotes, das ja nicht nur für Ärzte, sondern für alle anderen freien Berufe gilt, für Diskussion sorgen. Hoffen wir, daß beides gut „über die Bühne" geht.

Im Ärztehaus Bayern in der Mühlbaurstraße tagten im März – von der Weltgesundheitsorganisation eingeladen – Vertreter aus 27 Ländern, um über AIDS-Probleme zu beraten. Im Mai erwarten wir noch zahlreiche ausländische Gäste. Bald nach Karlsruhe kommt der „Ständige Ausschuß der Ärzte der EG" zu uns. Es treffen sich die Delegationsleiter der Ärzteschaften aus den zwölf Mitgliedsländern der EG und weitere Experten zu ihrer Frühjahrstagung. Auch Beobachter aus anderen europäischen Ländern, wie Österreich, Schweden oder der Schweiz, werden teilnehmen. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, die Entwicklung der Arztzahlen, Fragen der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung bieten reichlich Stoff für die Beratungen. Bei aller Unterschiedlichkeit der Systeme der ärztlichen Versorgung sehen wir doch viel Gemeinsames, vor allem in der Sorge um die Zukunft des ärztlichen Berufes und des Gesundheitswesens. Die Europäische Gemeinschaft ist zu einem Verbund geworden, der – davon bin ich überzeugt – unlösbar ist. Europa hat nur noch eine gemeinsame Zukunft. Damit müssen auch die Heilberufe immer enger zusammenwachsen. Verbindliche Richtlinien über die gegenseitige Anerkennung der Arztdiplome und die freie Niederlassung sind ja schon seit 1975 in Kraft. Auch die Freizügigkeit für Arbeitnehmer ist längst Wirklichkeit geworden. Rund 2300 Ärzte aus den anderen EG-Staaten haben bisher von der Möglichkeit Gebrauch gemacht und arbeiten in der Bundesrepublik im Krankenhaus oder in freier Praxis. Der „Ständige Ausschuß" hat hier eine verantwortungsvolle Aufgabe.

Unmittelbar nach der EG-Sitzung tagt in unserem Ärztehaus der Vorstand des Weltärztebundes. Ihm gehören Repräsentanten der Ärzte aus allen fünf Erdteilen an. Vertreter der Ärzte aus zahlreichen Ländern nehmen als Beobachter teil. Rein sprachlich hat es der Weltärztebund einfacher als der Ständige Ausschuß der Ärzte der EG. Es wird nur Englisch, Französisch oder Spanisch gesprochen. Bei der EG-Sitzung sind die Dolmetscher kaum mehr unterzubringen. Dänisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Holländisch, Portugiesisch, Spanisch müssen irgendwie bewältigt werden. Während aber die Beratungen in der EG sehr konkrete Auswirkungen haben, die ihren Niederschlag – wie dargestellt – in verbindlichen Richtlinien finden, beschäftigt sich der Weltärztebund vorwiegend mit Grundsatzfragen der ärztlichen Ethik und Berufsausübung. Beschlüsse der Generalversammlungen des Weltärztebundes – als Deklarationen bezeichnet – haben weltweit prägend gewirkt, so die Deklarationen zur Feststellung des Todes oder zu Versuchen am Menschen und viele weitere.

Die ganze Belegschaft des Ärztehauses Bayern – vom Präsidenten bis zum Portier – wird zusammenhelfen, damit die Vertreter der Ärzte aus so vielen Ländern gute Arbeitsbedingungen vorfinden und sich bei uns wohl fühlen. Wenn die Kolleginnen und Kollegen mit ihren Begleitern München in guter Erinnerung behalten, dann ist das ein Beitrag zur Förderung des Ansehens und der Beliebtheit unseres Landes und damit auch ein Beitrag zur Förderung des Verständnisses und der Freundschaft der Völker dieser Erde.

Bei aller Freude über soviel internationale Begegnung und Kooperation wollen wir aber die Schatten nicht übersehen: Wir vermissen Kollegen aus vielen Entwicklungsländern und den Staaten des Ostblocks. Es liegt also noch ein weiter und mühsamer Weg vor uns, wenn wir die Ärzte aller Länder in einem wirklichen Weltbund vereinen wollen.



Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

kostensenkende
Marken-Präparate

AZU-CHEMIE

kostendämpfend verordnen
kraftvoll therapieren

Thrombareduct®
Salbe/Gel

Höchstdosiertes Heparin – Monosubstanz-Präparat

Thrombareduct: Salbe/Gel Heparin, Natriumsalz (Mucosa) 30000/60000 USP-E. Indikation: Zur Transkuten-Behendlung oberflächlicher Venenentzündungen, venöse Stauungen mit Krempfadern, Thrombophlebitis, Sehnenscheidenentzündungen, entzündliche Infiltrate, Narbenverhärtungen, Sport- und Unfallverletzungen mit Schwellungen, Steuchungen, Prellungen, Kontreindikation: keine bekannt. Anwendung: Mehrmals täglich auftregen und einstreichen. Eventuell Salbenverbend anlegen. Salbe 30000: Tube mit 100 g DM 12,95, Gel 30000: Tube mit 100 g DM 13,50, Salbe 60000: Tube mit 40 g DM 12,95, Tube mit 100 g DM 26,–, Gel 60000: Tube mit 40 g DM 12,45, Tube mit 100 g DM 25,–.

Azuchemie, 7016 Gerlingen

26. Bayerischer Internistenkongreß in München

In seinem Vortrag über *„diabetische Mikroangiopathie – ein unentrinnbares Schicksal?"* hob Professor E. Standl, München, hervor, daß die beiden „klinischen Hauptschauplätze" dieser Erkrankung die Kapillargebiete der Retina und der Nierenglomeruli sind. Beide Erkrankungen sind in ihrem Verlauf sehr variabel, die Anfangssymptome werden vom Patienten oft nicht bemerkt. So braucht das Stadium II der diabetischen Retinopathie, welches mit retinalen Blutungen und Exsudaten einhergeht, noch nicht zu einer Verschlechterung des Sehvermögens zu führen. Wenn man mit den heute zur Verfügung stehanden begrenzten therapeutischen Möglichkeiten nicht zu spät kommen will, ist es erforderlich, neben der fortwährenden Überwachung des Stoffwechsels mit dem Ziel einer möglichst euglykämischen Diabeteseinstellung eine diagnostische Strategie zur Früherfassung von beginnenden mikroangiopathischen Komplikationen zu entwickeln. Standl empfahl hierzu folgendes Untersuchungsprogramm:

- Jährlich sollten Serumcholesterin und Serumtriglyzeride gemessen werden; insbesondere die Triglyzeride sind bei ungenügender Diabeteseinstellung erhöht.
- Bei allen Diabetikern, auch bei Kindern, sollte der Augenhintergrund in jährlichen Abständen ophthalmologisch untersucht werden. Bei beginnender Retinopathia und bei mehr als zehnjähriger Diabetesdauer sollte diese Untersuchung in viertel- bis halbjährlichen Abständen erfolgen.
- Jährlich sollten der Harnstatus sowie Harnstoff und Kreatinin im Serum überprüft werden. Seit kurzem weiß man, daß das Auftreten einer Mikroalbuminurie als Anzeichen für eine Frühform der Nephropathie zu werten ist, und daß ein solcher Befund eine Bedeutung als Prädiktor für die makrovaskulär bedingte Herz-Kreislauf-Mortalität bei Typ II-Diabetikern besitzt. (Bei der Mikroalbuminurie bewegt sich die Eiweißausscheidung im Milligrammbereich, was durch die üblichen Teststreifen nicht erfaßt werden kann. – Anmerkung des Referenten)
- In zweijährigen Abständen sollte (zumindest bei den über 35 Jahre alten Patienten) ein Gefäßstatus erhoben werden, einschließlich EKG, Perkussion und Auskultation der Brustorgane, Blutdruckmessung an beiden Armen, Palpitation und Auskultation der Arterien an den Extremitäten und am Hals.
- Eine orientierende Untersuchung des pheripheren Nervensystems sollte ebenfalls in zweijährigen Abständen erfolgen.

Bei der Besprechung therapeutischer Möglichkeiten erwähnte Standl, daß dem in der Bundesrepublik Deutschland bei der Behandlung der diabetischen Retinopathie häufig verwendeten Calciumdobesilat (Dexium) eine Verminderung der pathologischen Kapillarpermeabilität sowie eine Beeinflussung hämorheologischer und thrombozytärer Parameter zugeschrieben wird. Mehrere Untersucher haben über den therapeutischen Nutzen von Calciumdobesilat berichtet, bisher fehlen jedoch größere prospektive Studien auf diesem Gebiet. Medikamentöse Behandlungsversuche, so betonte der Vortragende, dürfen die rechtzeitige Durchführung einer Laser- und Lichtkoagulation nicht verzögern, die heute als Therapie der Wahl anzusehen ist und die Prognose der diabetischen Retinopathie deutlich verbessert hat, auch wenn nicht in allen Fällen eine Erblindung verhindert werden kann. Die besten Ergebnisse einer Laserkoagulation, die auch ambulant durchführbar ist, werden offenbar bei Patienten mit einer Retinopathie im Übergang vom Stadium II zum Stadium III erzielt.

Bei der diabetischen Nephropathie sind die Behandlungsmöglichkeiten eher geringer als bei der Retinopathia. Wichtig ist vor allem die Erkennung einer eventuell vorhandenen Pyelonephritis, weil hier durch eine konsequente Therapia der Entwicklung einer Niereninsuftizienz entgegengewirkt werden kann. Weiterhin gilt es als erwiesen, daß eine Blutdrucksenkung, möglichst auf normotone Werte, das weitera Fortschreiten der glomerulären Funktionseinschränkung deutlich zu verlangsamen vermag. Ebenso wie bei nicht-diabetischen Patienten sind auch bei niereninsuffizienten Diabetikern diätetische Maßnahmen (z. B. Kartoffel-Ei-Diät) erforderlich. Im Prinzip können Diabetiker mit hochgradiger Niereninsuffizienz durchaus hämodialysiert werden; es ergeben sich hier jedoch Shunt-Probleme und wegen der notwendigen Heparinisierung besteht die Gefahr von Glaskörperblutungen. Deshalb wurde das in den letzten Jahren entwickelte Prinzip der ambulanten Dauerperitonealdialyse (CAPD) an verschiedenen Kliniken bevorzugt bei Diabetikern eingesetzt, weil hierbei kein Shunt benötigt wird und eine Heparinisierung entfällt.

In seinem Vortrag über *Alkohol und Stoffwechsel* ging Professor D. Sailer, Erlangen, davon aus, daß die hepatotoxische Wirkung des Äthylalkohols gut untersucht und belegt ist, was auch für die mit dem chronischen Alkoholabusus verbundenen sozioökonomischen Probleme gilt. Weniger Beachtung finden im allgemeinen die alkoholinduzierten Stoffwechselveränderungen, die sich auf verschiedenen Ebenen des Metabolismus auswirken können und dementsprechend vielgestaltig sind. Die Pathogenese der alkoholbedingten Stoffwechselbeeinflussungen ist dabei eng mit dem Alkoholabbau verknüpft, die biochemischen Vorgänge sind inzwischen weitgehend aufgeklärt.

Der Einfluß des Alkohols auf den Harnsäurestoffwechsel ist darin zu sehen, daß hierbei das intrazelluläre Redoxpotential zur reduzierenden Seite verschoben wird, was mit einer höheren Bereitstellung von Laktat einhergeht. Dieses wird weitgehend renal eliminiert und führt zu einer Erniedrigung des Urin-pH. Da Harnsäure bis zu 80 Prozent über die Niere ausgeschieden wird und dieser Eliminationsvorgang direkt pH-abhängig ist, wird verständlich, weshalb die Harnsäurehomöostase durch eine Hyperlaktatämie nachteilig beeinflußt wird. Die Folge ist ein erhöhter Serumharnsäurespiegel; hält die Erhöhung längere Zeit an, entsteht das bekannte Krankheitsbild der Gicht. Somit findet die Forderung nach einer konsequenten Alkoholkarenz bei Patienten mit Hyperurikämie ihra rational begründbare Rechtfertigung.

Wie Sailer weiter ausführte, werden zahlreicha Vitamine direkt oder indirekt durch den chronischen Alkoholgenuß beeinflußt, und es ist bekannt,

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 Schmerzfreiheit. Bei Tag und bei Nacht.

Bei Ulcus und Gastritis.

Gastrozepin® 50

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 52,12 mg Pirenzepindihydrochlorid 1 H_2O 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 Wechselwirkungen 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 Schmerzfreiheit – in der Regel bei guter Verträglichkeit und nach wenigen Tagen – erreicht. **Dosierungsanleitung:** Es ist morgens und abends 1 Tablette, bei hyperazidem Magen, Gastritis, funktionellen Oberbauchbeschwerden, medikamentös bedingten Magenbeschwerden sowie zur Nebenwirkungsprophylaxe bei der Therapie mit Antirheumatika und Antiphlogistika morgens und abends ½ Tablette einzunehmen. **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 Beschwerdefreiheit zur Rezidivprophylaxe sowie in Fortführung der Streßulkusprophylaxe 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-Trockenampullen mit Lösungsmittel, Gastrozepin-Injektionslösung.

Thomae

Dr. Karl Thomae GmbH, Biberach an der Riss

© CPHA 1/87

»Von Herzen gesund«

Persumbran®

schützt das Altersherz vor koronaren Störungen und beruhigt es zugleich

Zusammensetzung: 1 Dragee 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. **Nebenwirkungen:** 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 Dragees (N 1) DM 9,60, OP mit 50 Dragees (N 2) DM 21,35, OP mit 100 Dragees (N 3) DM 38,70. Klinikpackungen. – Preisänderung vorbehalten.

Dr. Karl Thomae GmbH, Biberach an der Riss

Thomae

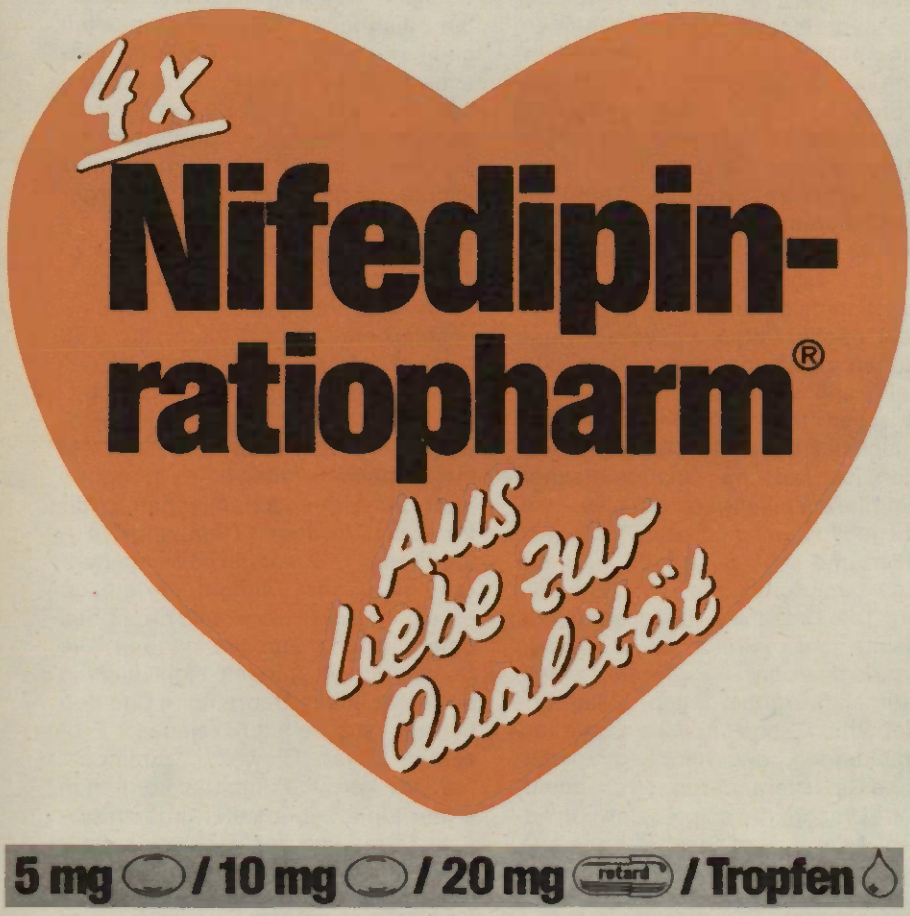
daß die Aufnahme von Vitaminen infolge intestinaler Resorptionshemmung vermindert ist. Dies gilt insbesondere für Vitamin B_1 und für Folsäure, wobei der Vitamin-B_1-Mangel wesentlich mitverantwortlich ist für die Ausbildung des Wernicke-Korsakow-Syndroms sowie für die alkoholische Polyneuropathie. Bei chronischer Alkoholzufuhr kommt es regelmäßig über den gestörten hepatischen Abbau zu Vitamin-A-Mangelzuständen, auch Hypovitaminosen von Vitamin C, Vitamin K, Vitamin D und Vitamin B_{12} sind bekannt.

Der negative Einfluß des Alkohols auf den Mineralstoffwechsel ist darin zu sehen, daß es bei akuter Zufuhr infolge der diuretischen Wirkung zu Verlusten von Natrium und Kalium kommt, während bei chronischem Alkoholabusus häufig eine Hypokaliämie beobachtet wird, die durch einen Hyperaldosteronismus verursacht wird. Bei chronischen Alkoholikern sind auch erniedrigte Magnesium-, Zink- und Selenkonzentrationen nicht selten, wobei neben den metabolischen Ursachen auch eine Fehl- bzw. Mangelernährung eine Rolle spielen dürfte. Als weiterer Befund wurda erwähnt, daß beim Vorliegen einer Leberzirrhose die Eisenresorption gesteigert ist, was zu einer Eisenüberladung der Leber führen kann.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über *aktuelle Therapie von Herz- und Gefäßkrankheiten* kam Professor H. J. Just, Freiburg, zu Wort, der zur *Behandlung der Herzinsuffizienz* Stellung nahm und sich dabei schwerpunktmäßig mit den vasodilatatorisch wirksamen ACE-Hemmern und Ca-Antagonisten auseinandersetzte, die in jüngster Zeit bei dieser Indikation zunehmende Bedeutung erlangt haben.

Von den ACE-Inhibitoren ist bekannt, daß sie durch Antagonisierung des Renin-Angiotensin-Systems zu einer arteriolären und venösen Vasodilatation führen, die in verschiedenen Gefäßprovinzen unterschiedlich stark ausfällt. Durch die Vasodilatation kommt es zu einer Reduktion der Kammerdimensionen, der linksventrikuläre und auch der rechtsventrikuläre enddiastolische Füllungsdruck nehmen ab, gleichzeitig kommt es zu einer Zunahme des Herzminutenvolumens und auch des Schlagvolumens. Eine bei der Herzinsuffizienz besonders wünschenswerte Wirkung von Vasodilatatoren ist die Reduktion der meist erhöhten Herzfrequenz als Ausdruck einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen, manchmal auch als Ausdruck einer spezifischen negativ-chronotropen Wirkung. Diese hömodynamischen Effekte werden ergänzt durch eine Hemmung des Aldosterons, wodurch die Diurese verbessert und die Nierendurchblutung gefördert wird. Schließlich kommt es auch zu einer Reduktion von Herzrhythmusstörungen, was gerade bei der Herzinsuffizienz als prognostisch günstig zu bewerten ist.

In seinen weiteren Ausführungen warf Just die Frage auf, ob es gerechtfertigt ist, herzinsuffiziente Patienten auch mit Ca-Antagonisten zu behandeln, wobei er darlegte, daß hier einige differentialtherapeutische Überlegungen erforderlich sind. Denn diese Substanzen weisen neben ihren anti-anginösen und



Nifedipin-ratiopharm® Tropfen/**Nifedipin-ratiopharm®** 5 Kapseln/-**Nifedipin-ratiopharm®** 10 Kapseln/**Nifedipin-ratiopharm®** 20 Retardkapseln

Zusammensetzung: 1 ml Nifedipin-ratiopharm® Tropfen (20 Tropfen) enthält 20 mg Nifedipin. 1 Kapsel enthält 5/10 mg Nifedipin. 1 Retardkapsel enthält 20 mg Nifedipin. **Dosierung:** Nifedipin-ratiopharm® 5 Kapseln: Bei koronarer Herzkrankheit (Belastungsangina, Prinzmetal-Angina, Variaetangina, Crescendo-Präinfarkt-Angina und Angina pectoris nach Herzinfarkt): 3 x täglich 2 – 4 Kapseln. Zur einleitenden Behandlung oder bei Patienten mit niedrigem Nifedipinbedarf: 3 x täglich 1 Kapsel. Nifedipin-ratiopharm® Tropfen und Nifedipin-ratiopharm® 10 Kapseln: Richtdosis bei koronarer Herzkrankheit 3 x täglich 10 – 20 Tropfen bzw. 3 x täglich 1 Kapsel. Bei Hypertonie 3 x täglich 10 – 20 Tropfen bzw. 3 x täglich 1 Kapsel. Nifedipin-ratiopharm® 20 Retardkapseln: Erw.: Belastungsangina: 3 x täglich 1 Retardkapsel. Prinzmetal-Angina, Variantangina, Crescendo-Präinfarkt-Angina, Angina pectoris nach Herzinfarkt: 2 x täglich 1 Retardkapsel. Hypertonie: 2 x täglich 1 Retardkapsel. **Art und Dauer der Anwendung:** Tropfen/Kapseln/Retardkapseln unabhängig von den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Tropfen/Kapseln: Bei Einzeldosen mit 20 Tropfen (= 20 mg), oder 4 Kapseln zu 5 mg, oder 2 Kapseln zu 10 mg (= 20 mg) Einnahmeabstand von 2 Stunden nicht unterschreiten. Retardkapseln: Einnahmeabstand von 4 Stunden nicht unterschreiten. Bei drohendem Angina-pectoris-Anfall 1 – 2 Kapseln Nifedipin-ratiopharm® 5 oder 1 Kapsel Nifedipin-ratiopharm® 10 zerbeißen, Kapselinhalt im Mund belassen, Kapselhülle kann später geschluckt werden. Tropfen wegen der Lichtempfindlichkeit von Nifedipin sofort nach Entnahme aus der Flasche einnehmen. **Indikationen:** Nifedipin-ratiopharm® 5/10/20, Nifedipin-ratiopharm® Tropfen: Koronare Herzkrankheit: Belastungsangina, Ruheangina einschließlich vasospastischer Angina pectoris (Prinzmetal-Angina), instabile Angina (Crescendo-Präinfarkt-Angina) und Angina pectoris nach Herzinfarkt (außer in den ersten 8 Tagen nach dem akuten Myokardinfarkt). Nifedipin-ratiopharm® 10/20, Nifedipin-ratiopharm® Tropfen: Hypertonie. **Kontraindikationen:** Herz-Kreislauf-Schock, Schwangerschaft und Stillzeit, schwere Hypotension mit systolischen Blutdruckwerten von weniger als 90 mm Hg. **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, Flush und Wärmegefühl, vereinzelt Übelkeit, Schwindel, Müdigkeit, Hautreaktionen, Parästhesien, hypotone Kreislaufdysregulation, Herzklopfen. Gelegentlich Beinödeme. Äußerst selten reversible Gingivalhyperplasie. Äußerst selten ca. 15 – 30 Minuten nach der Einnahme Schmerzen im Bereich der Brust (unter Umständen Angina-pectoris-artige Beschwerden). Vorsicht bei Dialysepatienten mit maligner Hypertonie und irreversiblem Nierenversagen mit Hypovolämie. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Antihypertonika, β-Rezeptorenblocker, Cimetidin. **Packungsgrößen und Preise:** Nifedipin-ratiopharm® 5 Kapseln: DP 30 Kapseln (N 1) DM 8,85, DP 50 Kapseln (N 2) DM 11,80, DP 100 Kapseln (N 3) DM 21,80/Nifedipin-ratiopharm® 10 Kapseln: DP 30 Kapseln (N 1) DM 12,45, DP 50 Kapseln (N 2) DM 19,90, DP 100 Kapseln (N 3) DM 39,80/Nifedipin-ratiopharm® 20 Retardkapseln: DP 30 Retardkapseln (N 1) DM 17,90, DP 50 Retardkapseln (N 2) DM 27,95 DP 100 Retardkapseln (N 3) DM 49,95/ Nifedipin-ratiopharm® Tropfen DP 30 ml DM 21,95.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 33 80, 7900 Ulm (Donau) 11/86

möglicherweise auch kardioprotektiven Eigenschaften auch negativ-inotropa Effekte auf, deutlich ausgeprägt bei Verapamil, weniger ausgeprägt oder nur schwach vorhanden bei Nifedipin bzw. Diltiazem. Bei Nifedipin wird die negativ-inotrope Wirkungskomponente durch eine starke Vasodilatation mit sekundärer Sympathikusaktivierung überspielt. Der Vortragende präsentierte eine Zusammenfassung aus vier Studien über den Einsatz von Nifedipin bei schwerer Herzinsuffizienz. Dabei fand sich eine starke Abnahme des peripheren Gesamtwiderstandes, ein Anstieg des Herzminutenvolumens und eine Abnahme des Füllungsdruckes im linken und rechten Herzen. In drei Studien blieb die Herzfrequenz unverändert, in einer Studie nahm sie ab. Während einige Autoren unter Nifedipin eine Besserung des subjektiven Befindens beschrieben, wurden auch andere Berichte vorgelegt, wonach sich bei schwerer Herzinsuffizienz der Zustand unter diesem Ca-Antagonisten verschlechtern kann. Weil eine Vorhersage des Effektes nicht mit Sicherheit möglich ist, sollte nach Ansicht von Just Nifedipin bei Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz im Stadium IV, und auch bei akuter Herzinsuffizienz, nicht eingesetzt werden.

Für Diltiazem, für das experimentell kaum eine negativ-inotrope Wirkung nachgewiesen werden kann, liegt die Situation günstiger. Bei einem Patientenkollektiv mit vergleichbar schwerer Herzinsuffizienz fand Schröder unter Diltiazem eine Abnahme der Herzfrequenz, was energetisch sehr erwünscht ist. Das Minutenvolumen nahm nicht so stark zu und der periphera Widerstand nahm nicht so stark ab wie unter Nifedipin, was aber ebenfalls als günstig zu bewerten ist, da drastische Wirkungen bei der Herzinsuffizienz weniger erwünscht sind als moderate Effekte. Berichte über eine Verschlechterung des subjektiven Befindes unter Diltiazem sind bislang nicht bekannt geworden. Deshalb ist es nach Just zum heutigen Zeitpunkt vertretbar, diesen Ca-Antagonisten bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung und Herzinsuffizienz zu geben bzw. weiter zu geben.

Referent:

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

Neue diagnostische und therapeutische Aspekte bei zerebralen Gefäßkrankheiten

76. Fortbildungstagung in Regensburg

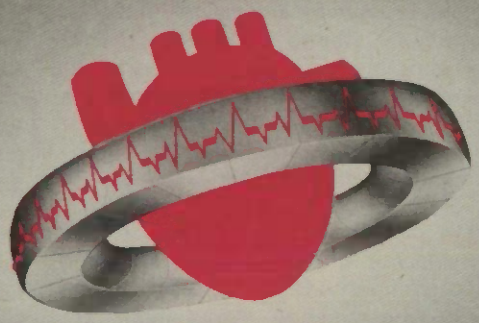
Professor Dr. G. Paal, München:

Klinik der akuten zerebrovaskulären Syndrome

Bei den akuten zerebrovaskulären Syndromen ist zu unterscheiden zwischen akuten Erkrankungen aus voller Gesundheit, akuten Verschlechterungen eines bestehenden Leidens und schließlich akuten Komplikationen eines vorhandenen Grundleidens. Akute zerebrovaskuläre Prozesse können primär intrakraniell verursacht sein, aber auch sekundär aufgrund extrakranieller Erkrankungen. Akute Ischämien können global oder lokal auftreten, wobei letztere verursacht werden durch Thrombosen, durch kardiale oder arterio-arterielle Embolien, durch entzündliche Gefäßprozesse, durch Gefäßspasmen nach Subarachnoidalblutungen, durch Fehlbildungen, die zu Steal-Phänomenen durch mechanische Irritationen und schließlich durch venöse Abflußstörungen.

Bei den Blutungen handelt es sich meist um sogenannte spontane oder um hypertensive Massenblutungen, um Angiom- bzw. Aneurysmablutungen, um Blutungen bei Gerinnungsstörungen oder Blutungsneigung und um solche bei entzündlichen Gefäßprozessen. Bei den akuten zerebrovaskulären Syndromen sind die Ischämien mit 88 Prozent (Thrombosen 83 Prozent, Embolien 5 Prozent) am häufigsten, die Blutung und Subarachnoidalblutung mit je sechs Prozent relativ selten. Im Vordergrund stehen zweifellos zerebrale Insulte, bei denen wir klinisch unterscheiden zwischen transitorisch-ischämischen Attacken (TIA), prolongierten reversiblen ischämischen neurologischen Defiziterschainungen (PRIND), voll ausgebildeten kompletten Schlaganfällen und schließlich fortschreitend sich entwickelnden Schlaganfällen. Die Ursachen für ischämische Insulte sind zahlreich, erwähnt seien Arteriosklerose, Hypertonie, senile Hirngefäßveränderungen, Mikroangiopathien, entzündliche Gefäßerkrankungen, degenerativ-dysplastische Gefäßveränderungen, traumatische Ursachen, Kompression von außen, Anzapf- und Steal-Phänomene, Spasmen nach Subarachnoidalblutungen u. a. Bei der Aufschlüsselung der Verteilung von Stenosen und Verschlüssen im Bereich der zuführenden Hirnarterien nehmen die Stenosen der Arteria carotis interna mit 52 Prozent den Hauptanteil ein, es folgen die Arteria cerebri media mit 26 Prozent, die Arteria vertebralis mit elf Prozent und die anderen Gefäße mit ein bis drei Prozent. Die Ursachen zerebraler Embolien werden in kardiale und nichtkardiale eingeteilt, wobei zu den ersteren Endokarditiden, Myokarderkrankungen, Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen, Myome und schließlich Komplikationen bei herzchirurgischen Eingriffen gehören. Zu den nichtkardialen Ursachen gehören arterio-arterielle Embolien und sonstige, wie zum Beispiel Fettembolie, Gasembolie und Geschwulstembolien. Besondere Aufmerksamkeit verdienen akute Prozesse im Bereich der hinteren Schädelgrube, nicht zuletzt aufgrund der hieraus resultierenden höheren Gefährdung für den Betroffenen durch ein raumforderndes Hirnödem oder die raumfordernde Blutung selbst. Auch hier ist aufgrund der verbesserten diagnostischen Möglichkeiten nicht nur eine Differenzierung zwischen Ischämie und Blutung schneller und eindeutig durchzuführen, sondern gelingt überhaupt etwa die Diagnose eines Kleinhirninfarktes leichter, obgleich aus den sich ergabenden Symptomen zumindest die Verdachtsdiagnose schon immer zu stellen war. Während im Großhirnbereich das Verhältnis von ischämischen Hirninfarkt zu Blutung 83 zu 70 Prozent betrug, fand sich im Münchener Krankengut für den Kleinhirnbereich ein Verhältnis von 71 zu 29 Prozent. Die klinische Symptomatik läßt in den meisten Fällen eine eindeutige Zuordnung des ischämischen Insultes zum betroffenen Gefäßgebiet zutage treten. Schwieriger ist demgegenüber die Beantwortung der Frage, ob es sich hierbei um eine Thrombose oder um eine Embolie handelt. Die Schwierigkeit spiegelt sich auch in der endgültigen Beurteilung und den hieraus abgeleiteten relativen Prozenten wider. Hinweise, zumindest auf eine kardiale Embolie, können in erster Linie Lebensalter, anamnestische Daten und der Nachweis primär kardialer Affektionen bieten, während die Diagnose einer arterio-arteriellen

Arrhythmie-Schutz



Bei ventrikulären und supraventrikulären Arrhythmien

rytmonorm®

Das Normo-Rhythmikum

Das Mehr an Leistung

Zusammensetzung: 1 Filmtablette Rytmonorm 150 mg enthält 150 mg Propefenonhydrochlorid; 1 Filmtablette Rytmonorm 300 mg enthält 300 mg Propafenonhydrochlorid; 20 ml der Injektionslösung enthalten 70 mg Propafenonhydrochlorid und 1,076 g Glucose-Monohydret 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 Elektrolythaushaltes. Schwere obstruktive Lungenerkrankungen. Ausgeprägte Hypotonie. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft und während der Stillzeit ist die Verordnung von Rytmonorm kritisch abzuwägen. Nebenwirkungen: Gelegentlich, insbesondere bei höherer Anfangsdosierung, können Magendarmstörungen, 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 Urtikaria, auftreten, die sich nach Absetzen des Medikaments zurückbilden. Bei älteren Patienten gelegentlich orthostatische Kreislautregulationsstörungen. Treten visuelle Symptome, Müdigkeit oder Kreislaufstörungen mit RR-Abfall auf, kann das Reaktionsvermögen beeinträchtigt sein. In seltenen Fällen Bradykardie, SA-, AV-Blockierungen (Gegenmaßnahmen: Atropin, Orciprenatin) 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 frequenzkorrigierten 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

knoll

BASF Gruppe

Embolie etwa aus einem ulzerierten Plaque der Arteria carotis interna oft nur vermutungsweise zu stellen ist. Die klinische Symptomatik allein gestattet meist keine eindeutige Diagnose. Das klinische Bild einer intrazerebralen Blutung ist in erster Linie durch ein vermehrtes Auftreten von Bewußtseinsstörungen charakterisiert wie auch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch stärker zutage tretende klinische Symptome. Diagnostische Hinweise können durchaus auch die verschiedenen Risikofaktoren geben. In erster Linie Hypertonie, koronare Herzerkrankungen oder Herzrhythmusstörungen, Erhöhung der Blutfette, Diabetes mellitus, Nikotinabusus und allgemeine Immobilität, wobei nicht so sehr dem einzelnen Faktor, sondern besonders der Kombination verschiedener Risikofaktoren eine um so größere pathogenetische Bedeutung zukommt.

Professor Dr. M. Marshall, Tegernsee:

Epidemiologie und angiologische Diagnostik zerebraler Gefäßerkrankungen

Die arteriellen Verschlußkrankheiten zeigen in Westdeutschland eine außerordentlich hohe Morbidität, dies bereits in den mittleren Altersgruppen, und die höchste Mortalität. Sie machen etwa 50 Prozent aller Todesursachen aus, bei den 35- bis 44jährigen bereits über 20 Prozent und bei den 45- bis 55jährigen bereits 30 Prozent. Allein an Herzinfarkt – der wichtigsten Einzeltodesursache – sterben zur Zeit über 83 000 Menschen/Jahr mit bislang eher steigender Tendenz, an ischämischen Herzerkrankungen 132 000. Rund zwei Prozent der 35- bis 44jährigen und sechs Prozent der 45- bis 54jährigen Männer haben eine periphere arterielle Verschlußkrankheit. Die Prävalenzdaten für die zerebralen und koronaren Gefäßerkrankungen sind entsprechend. Über 50 Prozent der Patienten mit Schlaganfall hatten das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht und waren noch berufstätig. Fast 70 Prozent aller Patienten, die zu einer ambulanten angiologischen Beurteilung überwiesen wurden, waren noch nicht berentet. Herzkreislauferkrankungen sind mit über 40 Prozent die weitaus häufigste Ursache einer Frühinvalidität. Diese Zahlen beleuchten die außerordentliche sozialmedizinische Bedeutung der Kreislauferkrankungen.

Zerebrale Gefäßerkrankungen sind häufig, so findet man bei 9,2 Prozent der über 40jährigen Personen einen pathologischen Befund im Bereich der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien; davon haben 2,3 Prozent eine asymptomatische Carotis-interna-Stenose. Da es sich bei Gefäßkrankheiten immer um eine Systemerkrankung handelt, sollten Symptome einer zerebralen arteriellen Verschlußkrankheit immer die Suche nach einer solchen der koronaren und peripheren Arterien veranlassen und umgekehrt.

Die angiologische Diagnostik beginnt selbstverständlich immer mit einer sorgfältigen Anamnese, die nicht nur die wegweisende Symptomatik erfragt, sondern auch berufliche und medikamentöse Einwirkungen beachtet. Die körperliche Untersuchung mit beidseitiger Blutdruckmessung und Gefäßpalpation und Auskultation kann u. a. Hinweise auf ein Subklavia-Anzapfsyndrom und auf eine klinisch möglicherweise noch asymptomatische zerebrale arterielle Verschlußkrankheit geben. An erster Stelle jeglicher apparativer Untersuchung sollte dann die Ultraschall-Doppler-Methode (= USD) stehen, die die vielseitigste und kostengünstigste Untersuchungsmöglichkeit des gesamten Gefäßsystems darstellt. Sie ist völlig gefahrlos, relativ rasch durchführbar und liefert in der Hand des Erfahrenen gut reproduzierbare Ergebnisse mit hohem Aussagewert, besonders auch im Bereich der hirnversorgenden Arterien. Mit den Richtung und Frequenz diskriminierenden direktionalen USD-Geräten mit der Möglichkeit zur Aufzeichnung des von der Blutstromgeschwindigkeit abhängigen Doppler-Signals können allgemein Blutströmungsrichtungs- und -geschwindigkeitsänderungen (Hämotachygramm) registriert und im Seitenvergleich und auch gegenüber einer Eichzacke verglichen werden, und damit u. a. typische poststenotische Veränderungen des HTG peripherer Arterien, Carotis-communis-Stenosen, Carotis-interna-Stenosen und -Verschlüsse und Subklavia-Anzapfsyndrome erkannt, registriert und beurteilt werden. Durch simultane Aufzeichnung des EKG oder eines Phonokardiogramms ist eine axakte zeitliche Zuordnung des HTG und die Bestimmung von Pulswellenlaufzeiten möglich.

Hämodynamisch wirksame Strombahnhindernisse führen zu einer Dämpfung des arteriellen Signals mit Abflachung der Frequenzmodulation bzw. zu einer monophasischen Deformierung des HTG peripherer Arterien. Im unmittelbaren Stenosebereich kommt es gemäß dem Bernoullischen Gesetz zu einer Beschleunigung der Blutströmung, die dem Stenosegrad proportional ist und oft als peitschenhiebähnliches Zischen imponiert. Auch die Erkennung turbulentar Strömungen im Bereich von Wandauflagerungen – oder poststenotisch – ist als dumpfes, abgebrochenes Rauschen oder Knarren möglich. Unmittelbar poststenotisch kann es durch Wirbelbildung in der Systole randständig vorübergehend zur Rückwärtsstömung des Blutes kommen (wie bei Staustufen in Flüssen), und ausreichend weit distal der Stenose läßt sich – abhängig vom Stenosegrad – ein verzögerter systolischer Geschwindigkeitsanstieg und verspäteter systolischer Gipfel nachweisen. Einschränkend muß hinzugefügt werden, daß eine exakte Ableitung dieser Doppler-Signale im optimalen Winkel und ohne Überlagarung durch andere Arterien oder Venen, speziell am Hals, mitunter schwierig ist.

Arteria supratrochlearis und supraorbitalis sind die fronto-orbitalen Endäste der Arteria ophthalmica aus der Arteria carotis interna. Die Arteria supratrochlearis ist weitgehend konstant und isoliert, am medialen Augenwinkel auffindbar und anastomosiert mit Endästen der gleich- und gegenseitigen Arteria carotis externa. Bei hämodynamisch stark wirksamen Carotis-interna-Stenosen kann es zur Stromrichtungsumkehr in diesen Gefäßen infolge Kollateralisation über das Stromgebiet der Arteria carotis externa kommen. Physiologischerweise weist die Stromrichtung nach außen auf die paranasal über dem inneren Augenwinkel aufgesetzte Doppler-Sonde, da der Druck im Carotis-interna-Stromgebiet hier höher ist als im Externa-Gebiet. Die Arteria supratrochlearis ist eine Art extrakranielles Fenster für das Carotis-interna-Stromgebiet. Durch Kompression verschiedener Carotis-externa-Äste, gegebenenfalls auch kontralateral wegen der vielfältigen Anastomosen zur Gegenseite, kann die Aussaga dieser Untersuchungsmethode noch deutlich gesteigert werden.

Retrograde Durchströmung der Arteria supratrochlearis mit hoher diastolischer Strömungsgeschwindigkeit

Chronische Darmentzündung:

Damit mehr Patienten eine effektive Therapie vertragen

SALOFALK®

Falk-Symposien
Nr. 46, 47, 48
7.–9. Juni 1987
Symposium Nr. 46

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
Grundlagenforschung und klinische Bedeutung

Information: FALK-FOUNDATION e.V.
Habsburgerstraße 81
D-7800 Freiburg i.Br.
W-Germany

Gastroenterologiewoche
Titisee 1987 – 7.-15. Juni

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 Klysma 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:** Dosisunabhängige 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, Sulfinpyrazon, 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 Klysma. **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.

Stand Sept. 1986

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

Neu:
Jetzt auch
SALOFALK®
Klysmen.

Zur Akutbehandlung der Colitis ulcerosa.
Mehr Wirkstoff am Entzündungsort.

Neu als Arzneimittel!

Falkamin®

Pellets

verzweigtkettige Aminosäuren

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

„Die Therapie der hepatischen Enzephalopatie 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 verzweigtkettigen 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 verzweigtkettiger 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

spricht mehr für Verschluß der Arteria carotis interna. Das Kriterium „Strömungsumkehr" erlaubt in ca. 98 Prozent die Voraussage einer Stenose oder eines Verschlusses der Arteria carotis interna. Abschließend sei betont, daß die direktionale USD-Untersuchung der hirnversorgenden Arterien in der Hand des Geübten die Krönung der USD-Diagnostik darstellt.

Professor Dr. I. P. Arlart, Ulm:

Neuroradiologische Diagnostik zerebraler Gefäßerkrankungen

Nahezu ein Drittel aller klinisch relevanten Durchblutungsstörungen des Gehirns werden durch extrakranielle Verschlußprozesse in der arteriellen Einstrombahn des Gehirns, die heute gefäßchirurgisch meist ohne größere technische Schwierigkeiten angehbar und korrigierbar sind, hervorgerufen, das heißt durch Gefäßläsionen in den vier hirnversorgenden Arterien in ihrem Verlauf zwischen Aortenbogen und Schädelbasis. Mit Abstand am häufigsten ist mit rund 60 Prozent die Karotisbifurkation betroffen. Als vordringliche Aufgabe der präventiven Medizin gilt es, durch Früherfassung schlaganfallbedrohter Patienten mittels Frühoperation die Quote irreversibler Infarkte drastisch zu senken. Zur angiographischen Diagnostik der zerebrovaskulären Insuffizienz stehen drei Methoden zur Verfügung. Es sind dies die konventionelle Angiographie des Aortenbogens mit selektiver Karotis- und Vertebralisangiographie in Blattfilmtechnik, die intravenöse digitale Subtraktionsangiographie (i. v. – DSA) und die intraarterielle digitale Subtraktionsangiographie (i. a. – DSA).

Erstere ist in der Beurteilung der Karotisgabel häufig unzuverlässig, und bei einem Patientengut mit schweren arteriosklerotischen Gefäßveränderungen besteht die Gefahr neurologischer Komplikationen.

Das Prinzip der intravenösen digitalen *Subtraktionsangiographie* besteht darin, daß auf dem Wege einer rechnergestützten, automatischen Subtraktion des Leerbildes von einem angiographischen Füllungsbild nach Umwandlung der analogen Bildinformation in eine digitale Information der Gefäßkontrast so angehoben wird, daß mit geringen Kontrastmittelkonzentrationen in den darzustellenden Gefäßregionen ausreichende Information zu erhalten ist. Grundsätzlich wird das Kontrastmittel über eine peripher-venöse Kanüle, besser aber über einen präatrial liegenden 5-F-Pigtailkatheter injiziert. Geeignet sind 40 ml eines möglichst nicht-ionischen Kontrastmittels mit hohem Jodgehalt bei einem Flow von 17 bis 20 ml pro Sekunda. Nach Kontrastmittelinjektion wird hierbei manuell ein Leerbild (Maske) angewählt und unter Durchleuchtung die Gefäßkontrastierung beobachtet. Bei maximaler Kontrastfüllung läßt sich das Füllungsbild festhalten. Diagnostisch erfaßbar sind atheromatöse Plaques der Gefäßwand, Stenosen, Gefäßwandulzerationen, Verschlüsse, Steal-Syndrome, Gefäßcoiling und Glomustumoren. Im Aortenbogen und Karotisbereich ist die Aussaga sehr zuverlässig, weniger dagegen im Vertebralis-Basilaris-Gebiet. Eine relative Kontraindikation zur transvenösen digitalen Subtraktionsangiographie ist gegeben bei einem Patientenalter über 70 Jahren, bei bekannter, wenn auch kompensierter Herzinsuffizienz und bei fraglicher Kooperationsfähigkeit.

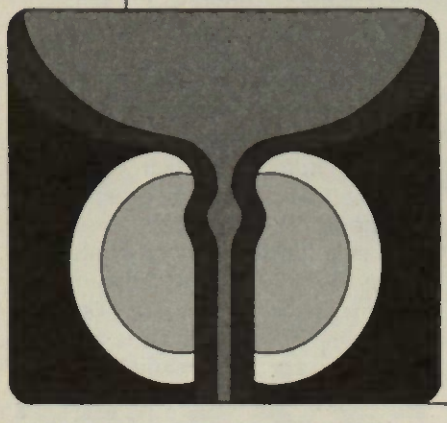
Vorteile dieser Methode gegenüber der konventionellen Angiographie sind: keine arteriellen Komplikationen, keine Kathetermanipulationen, ein kürzerer Zeitaufwand, ein besseres Kontrastauflösungsvermögen, ein geringerer Filmverbrauch und die Möglichkeit der ambulanten Untersuchung.

Als Nachteile gelten: geringe Ortsauflösung, Abhängigkeit von der Kooperationsfähigkeit des Patienten, Abhängigkeit von der Herzfunktion des Patienten und höhere Strahlenbelastung.

Indikationen zur *intraarteriellen digitalen Subtraktionsangiographie* liegen dann vor, wenn mittels transvenöser digitaler Subtraktionsangiographie eine Beurteilung extrakranieller Gefäßabschnitte nicht möglich ist, oder wenn unklare Befunde weiter abgesichert werden müssen. Auch in der Diagnostik der gesamten intrakraniellen Gefäßstrombahn ist nur die intraarterielle digitale Subtraktionsangiographie sinnvoll, da die transvenöse digitale Subtraktionsangio-

PROSTAMED®

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



Nebenwirkungsfreie Langzeittherapie prostatischer Erkrankungen, Besserung der Kongestionsprostatitis und der Miktionsbeschwerden. Steigerung des Uroflow, Reduzierung des Resturins, Behandlung vor und nach Operationen.
Zusammensetzung: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 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, 7815 Zell-Harmersbach/Schwarzwald

graphie aufgrund der zu geringen Kontrastmittelkonzentrationen und des reduzierten Ortsauflösungsvermögens hier in der Regel ungeeignet ist. Mittels intraarterieller digitaler Subtraktionsangiographie lassen sich nicht nur Perfusionsdifferenzen im Bereich der Arteria cerebri anterior, media und posterior feststellen, sondern auch Aneurysmen, Angiome und Meningiome, sowie Sinus- oder Venenthrombosen nachweisen. Gegenüber der transvenösen digitalen Subtraktionsangiographie, welche aufgrund des reduzierten Ortsauflösungsvermögens bei niedriger Kontrastdichte nur Gefäße bis etwa zwei Millimeter Durchmesser eindeutig darstellen kann, erlaubt die arterielle Kontrastmittelinjektion bei höherer Jodkonzentration eine Gefäßdarstellung bis zu einem Durchmesser von 0,5 Millimeter, so daß auch kleinste periphere pathologische Gefäßveränderungen nachweisbar sind.

Gegenüber der konventionellen Angiographie hat die intrakranielle digitale Subtraktionsangiographie folgende Vorteile: eine geringere Komplikationsrate, ein geringerer Zeitaufwand, ein geringerer Film- und Kontrastmittelverbrauch, ein höheres Kontrastmittelauflösungsvermögen, die kontinuierliche Aufzeichnung des Kontrastmitteldurchflusses und schnellere Verfügbarkeit der Diagnose.

Nachteilig ist die Abhängigkeit von der Patientenkooperation, ein geringeres Ortsauflösungsvermögen und unter Umständen eine höhere Strahlenbelastung.

Professor D. U. Gottstein, Frankfurt:

Hämodilutionstherapie bei akuten zerebrovaskulären Syndromen

Umfangreiche Untersuchungen zur Wirksamkeit von gefäßerweiternden Mitteln bei Hirndurchblutungsstörungen hatten ergeben, daß alle diese Medikamente wirkungslos waren. Dem Autor war jedoch bei Hirndurchblutungsmessungen aufgefallen, daß die Hirndurchblutung bei Patienten mit hohem Hämoglobingehalt stark erniedrigt, dagegen bei niedrigem Hämoglobingehalt stark erhöht war. Patienten mit Anämie hatten also eine hohe Hirndurchblutung. Die dazugehörenden Stoffwechseluntersuchungen ergaben, daß der Hirnsauerstoffverbrauch und Glukoseverbrauch immer normal blieb, egal, ob der Hämoglobingehalt normal, hoch oder niedrig war. Dickes Blut führte also zu keiner besseren und dünneres Blut zu keiner schlechteren Sauerstoffversorgung. Man müßte also versuchen, therapeutisch das Blut zu verdünnen, und dies geschah durch intravenöse Infusionen mit Rheomacrodex. Dadurch wurde der Hämatokrit gesenkt, die Hirndurchblutung stieg deutlich an. Dabei nahm die Hirnsauerstoffaufnahme nicht ab. Klinische Untersuchungen zeigten, daß bei der Senkung des Hämatokrits um 16 Prozent die Hirndurchblutung im Gesamtkollektiv um 43 Prozent zunahm, der Sauerstoftverbrauch um 11 Prozent, obgleich infolge der Blutverdünnung der Sauerstoffgehalt des arteriellen Blutes um 16 Prozent abgenommen hatte. Das Produkt aus Hämatokrit und Durchblutung zeigte jedoch einen Anstieg. Das heißt also, daß die Durchblutung so stark gesteigert war, daß mehr Erythrozyten, also mehr Sauerstoffträger pro Zeiteinheit, durch das Hirngewebe flossen. Die Blutverdünnung führte also zu einer starken Durchflußbeschleunigung und dies ist es, was man erreichen will. Diese grundsätzlichen Ergebnisse konnten durch zahllose Tierexperimente und klinische Studien bestätigt werden. Herausgegriffen sei eine randomisierte Studie von 1985 aus Schweden. Die Ergebnisse waren sehr ermutigend. Unter der Hämodilutionstherapie gab es in 85 Prozent eine deutliche neurologische Besserung gegenüber 64 Prozent in der Kontrollgruppe und in der Hämodilutionsgruppe betrug die Letalität zwei Prozent gegenüber acht Prozent in der Kontrollgruppe. Die Autoren folgerten daraus, daß die Hämodilutionstherapie effektiv sein kann, und daß nun eine große Multi-Center-Studie nötig sei, um die Effektivität der Hämodilutionstherapie auch in Nicht-Universitäts-Abteilungen unter Beweis zu stellen.

Um einen deutlichen Abfall des Hämatokrits zu erzielen, wird heute zunächst ein Aderlaß gemacht und anschließend 500 oder 1000 ml HAES-steril und Eufusol kontinuierlich infundiert. Der Hämatokrit ist kontinuierlich zu kontrollieren – der optimale Bereich liegt zwischen 38 und 40 Prozent. Unterläßt man den Aderlaß, so muß die Hämatokritsenkung durch hypervolämische Hämodilution durchgeführt werden, daß heißt, läßt man initial Rheomacrodex rasch innerhalb von zwei Stunden einlaufen, so bekommt man die gleiche Senkung des Hämatokrits wie bei einer Aderlaßtherapie. Der Nachteil ist jedoch bei diesem Vorgehen, daß die Patienten sehr genau überwacht werden müssen, damit keine Linksherzinsuffizienz auftritt. Für den allgemeinen klinischen Gebrauch ist es daher besser, zu der kombinierten Therapie von Aderlaß und Infusion zu raten, also zur isovolämischen oder leicht hypervolämischen Hämodilution. Dafür sind beide Mittel – HAES-steril und Rheomacrodex – geeignet. Bei Rheomacrodex, das den besseren Hämodilutionseffekt hat, muß jedoch sorgfältiger auf die Herzfunktion und die Nierenfunktion geachtet werden, und man muß wissen, daß die BSG bei Rheomacrodexinfusionen ansteigt.

Dr. T. Stober, Homburg/Saar:

Zerebrale Gefäßsyndrome kardialer Genese

Die neuen bildgebenden Verfahren haben zur Korrektur klinischer Vorstellungen und zu einer verbesserten Diagnostik geführt. So kann heute davon ausgegangen werden, daß etwa jeder sechste Hirninfarkt durch eine kardiale Embolie verursacht wird.

Klinisch manifestieren sich zerebrale kardiogene Embolien häufig durch einen abrupten Beginn ohne Vorboten während des Tages, bei körperlicher Aktivität und durch die volle Ausbildung der fokalen zerebralen Funktionsstörung, während der thrombotische Verschluß bei arteriosklerotischen Veränderungen eher eine progressive Entwicklung nimmt, oft während der Nachtzeit einsetzt oder von ipsilateralen transitorisch-ischämischen Attacken angekündigt wird. Multifokale Ausfälle in verschiedenen Gefäßgebieten und Hinweise für systemische Embolien sprechen weiterhin für eine kardiale Emboliequelle. Kopfschmerzen und initiale epileptische Anfälle erlauben dagegen nach neueren Untersuchungen keine Differenzierung. Multifokale, kortikale oder hämorrhagische Infarzierungen im kranialen Computertomogramm, das Fehlen arteriosklerotischer Veränderungen, plötzliche Gefäßabbrüche oder der Nachweis einer Rekanalisation im Angiogramm legen von neuroradiologischer Seite ebenfalls eine kardiale Embolie nahe. Nur wenn nach einer sorgfältigen klinischen kardiologischen Untersuchung mit Thoraxaufnahme und EKG Hinweise auf eine kardiale Genese bestehen, sind weitere Untersu-

Damit Sie später nichts vermissen!

VR-Vorsorgeplan für die zweite Hälfte des Lebens

Überlassen Sie Ihre finanzielle Vorsorge nicht anderen, sondern nehmen Sie sie selbst in die Hand. Und zwar rechtzeitig. Deshalb empfehlen wir Ihnen unseren VR-Vorsorgeplan mit Versicherungsschutz. Lassen Sie sich beraten.

Die Bank mit dem *freundlichen* Service

Raiffeisenbank

chungsmethoden wie Echokardiographie oder Langzeit-EKG gerechtfertigt. Wenn auch die Echokardiographie eine nützliche nicht-invasive Untersuchungsmethode zum Nachweis einer kardialen Embolequelle darstellt, so schließt ein negatives Ergebnis eine solche keineswegs aus, da das Auflösungsvermögen bei etwa vier Millimeter liegt und kleinere Thromben zum Beispiel den kompletten Verschluß der Arteria cerebri media bewirken können. Die EKG-Bandspeicher-Registrierung dient zur Aufdeckung von intermittierendem Vorhofflimmern, welches zu kardiogenen Embolien disponiert.

Die Mehrzahl der embolischen Hirninfarkte wird von einigen wenigen kardialen Störungen verursacht. Das nicht-rheumatische Vorhofflimmern ist fast für die Hälfte der embolischen Hirninfarkte verantwortlich. Nach einem Herzinfarkt kommt etwa bei drei Prozent der Patienten in den ersten vier Wochen ein Hirninfarkt komplizierend hinzu. Das Risiko ist dabei in den ersten zwei Wochen nach transmuralen und Vorderwandinfarkten am höchsten und mit etwa 20 Prozent einzuschätzen. Die prophylaktische Antikoagulantiengabe ist daher bei transmuralen Myokardinfarkten unbestritten. Die Dauer der Behandlung soll über einige Monate, aber mindestens während des Klinikaufenthaltes durchgeführt werden. Ein Herzwandaneurysma kann ebenfalls in seltenen Fällen (fünf Prozent) eine Quelle kardiogener zerebraler Embolien sein – eine prophylaktische Antikoagulantienverabreichung wird nicht propagiert. Bei ungefähr 20 Prozent der Kranken mit einer rheumatischen Mitralstenose oder einem kombinierten Vitium muß mit einem embolischen Hirninfarkt gerechnet werden. Eine besonders stark gefährdete Untergruppe stellen Patienten mit zusätzlichem Vorhofflimmern dar, so daß hier eine prophylaktische Antikoagulantientherapie angebracht erscheint. Trotz der erzielten Fortschritte zur Reduzierung der thrombembolischen Komplikationen stellen künstliche Herzklappen immer noch eine Quelle zerebraler Embolien dar. Ungefähr zehn Prozent der zerebralen kardiogenen Embolien müssen auf diese Ursachen zurückgeführt werden. Überzeugende klinische und pathologisch-anatomische Befunde lassen den Mitralklappenprolaps als Ursache bei etwa einem Prozent aller zerebralen Embolien erscheinen. Da der Mitralklappenprolaps bei etwa zwei bis sechs Prozent der Bevölkerung vorkommt, müssen bei der Kombination mit einem Hirninfarkt auch andere Ursachen ausgeschlossen werden. Seltene kardiale Embolequellen stellen die idiopathische hypertrophe Subaortenstenose, Vorhofmyxome und venöse Thrombosen bei offenem Foramen ovale, Vorhofseptumdefekte oder eine pulmonale arteriovenöse Fistel dar. Schließlich zählen embolische Hirninfarkte neben zerebralen Abszessen zu den hauptsächlichen Komplikationen der bakteriellen Endokarditis und werden bei etwa 20 Prozent dieser Patienten beobachtet.

Im Hinblick auf eine Antikoagulantientherapie bei Hirninfarkten kann folgendes therapeutisches Vorgehen empfohlen werden: Bei kleinen oder mittleren embolischen Infarkten sollte nach Durchführung eines kranialen CT nach mindestens 24 Stunden nach dem Ereignis mit der Heparinisierung begonnen werden. Bei Großinfarkten, akutem Hochdruck oder einer Einblutung sollte der Therapiebeginn um mindestens fünf bis sieben Tage verschoben und vorher ein erneutes CT veranlaßt werden.

Professor Dr. H. Zeumer, Aachen:

Diagnostik und Therapie bei Durchblutungsstörungen im Stromgebiet der Arteria basilaris

Nur doppelseitige hochgradige Querschnittseinengungen der Arteria vertebrales oder gelegentlich auch das Subklavia-Anzapfsyndrom können ernsthaft als Ursache hämodynamisch bedingter ischämischer Symptome in Betracht gezogen werden. Die Diagnose der zervikogenen, haltungsabhängigen Basilarisinsuffizienz spielt immer noch eine große Rolle, obwohl Doppler-sonographisch gezeigt wurde, daß eine ernsthafte Beeinträchtigung der basilaren Durchblutung durch Änderung der Kopfhaltung nur extrem selten vorkommt. Die häufigste arterio-arterielle Embolequelle sind die ulzerativen, arteriosklerotischen Veränderungen des zerviko-kranialen Übergangssegmentes der Arteria vertebralis und gehen kaum von den Ringstenosen am Abgang der Arteria vertebralis aus. Natürlich spielen neben den extrakraniellen Gefäßveränderungen auch arteriosklerotische Verschlüsse der Paramedianarterien, sowie der langen und kurzen Zirkumferenzarterien des Hirnstammes eine große Rolle, hervorgerufen durch arteriosklerotische Veränderungen der Arterie basilaris, die die Abgänge der Gefäße verlegen. Auch die Arteriolen der intrazerebralen Gefäßendstrecke können an einer zerebralen Mikroangiopathie erkranken. Besonders häufig geschieht dies im Zusammenhang mit einer langjährig schlecht behandelten Hypertonie.

Die Belegung bestimmter Hirnstammsyndrome mit illustren Namen ist zwar für den Nichtspezialisten außerordentlich beeindruckend, hilft aber bei der pathogenetischen Zuordnung nicht weiter. Der Schwerpunkt in der Befunderhebung muß sich deshalb vornehmlich darauf richten, aufgrund der klinischen Symptomatologie die Hirnstammtopographie des Läsionsortes zu beschreiben und hieraus auf die räumliche Ausdehnung der Schädigung zu schließen. So weisen räumlich eng umschriebene Hirnstammläsionen vordringlich auf eine Erkrankung der intrazerebralen Endstrecke, also auf eine zerebrale Mikroangiopathie hin. Die klar definierbaren Hirnstamminsulte sind nicht das Alltagsproblem, sondern Patienten, die über unsystematischen Schwindel, kurzfristiges Doppelsehen, flüchtige Hypästhesien und gelegentliche motorische Ungeschicklichkeit klagen, als Zeichen einer Basilarisinsuffizienz. Dabei lassen sich wirksame extrakranielle Stenosen nur äußerst selten nachweisen, häufiger ist eine zerebrale Mikroangiopathie durch Hypertonie und Diabetes mellitus.

Die Indikation zur Vertebralisangiographie hat zum einen eine klare Fragestellung zur Voraussetzung, zum anderen müssen die von der Angiographie erwarteten Resultate die therapeutische Entscheidung wesentlich beeinflussen. Deshalb geht heutzutage der Angiographie grundsätzlich die Dopplersonographie voraus, die Aussagen über die Hämodynamik in den großen hirnversorgenden Gefäßen treffen kann. Vermutet man danach doppelseitige Vertebralis-Abgangsstenosen oder ein Subklavia-Anzapfsyndrom, ist die Angiographie indiziert.

Die Therapie bei Annahme einer zerebralen Mikroangiopathie besteht in erster Linie in der Behandlung der Hypertonie und in zweiter Linie in der Verbesserung der hämorheologischen Eigenschaften des Blutes. Bei einer hochgradigen intrekraniellen Vertebralisstenose ist die Antikoagulantientherapie indiziert, um den voll-

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 Restharnbildung, intestinale Atonie, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Myasthenia gravis. Tierexperimentell und klinisch bestehen keine Hinweise für eine keimschädigendeWirkung 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 ½ Tablette Tremarit 5 mg über den Tag verteilt · 2. Behandlungswoche: morgens 1 Tablette, mittags und abends je ½ Tablette Tremarit 5 mg · 3. Behandlungswoche: morgens und mittags je 1 Tablette, abends ½ Tablette Tremarit 5 mg · 4. Behandlungswoche: 3 x 1 Tablette Tremarit 5 mg pro Tag.
Diese Steigerung der Tagesdosis in wöchentlichen Abständen um jeweils ½ 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 habitueller Tremor: 10-20 mg
- Neuroleptika-Parkinsonoid: 20-30 mg
- Morbus Parkinson: 30-60 mg

(gleichzeitige L-Dopa-Gaben können um ca. ⅓ reduziert werden).

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

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

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.

Famatidin

pepdul®

Zusammensetzung: 1 Filmtbl. PEPDUL® enthält 40 mg Famatidin; 1 Filmtbl. PEPDUL® mite enthält 20 mg Famatidin. **Anwendungsgebiete:** Folgende Erkrankungen, bei denen eine Verminderung der Magensäuresekretion angezeigt ist: ulcera duodeni, benigne ulcera ventriculi, Zollinger-Ellison-Syndrom. – PEPDUL® mite außerdem zur Rezidivprophylaxe von ulcera duodeni. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Famatidin. 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. Äußerst selten Verstopfung, Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen, Hautausschlag, Magen-Darm-Beschwerden, Blähungen, Appetitlosigkeit. – Aufgrund der pharmakologischen Ähnlichkeit von Famatidin mit anderen gleichartig 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 Geschwürsabheilung. – 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

FROSST PHARMA EIN UNTERNEHMEN DER MSD-GRUPPE

ständigen Verschluß des Gefäßes zu verhindern und um aufgebrochenen und mit sekundären Thrombosen belegten erteriosklerotischen Plaques Gelegenheit zu geben, sich wieder zu glätten. Die Behandlung dauert ein viertel Jahr. Lassen sich hämodynamisch wirksame Stenosen im vertebro-basilären Bereich nachweisen, so behandelt man diese heute mit Hilfe der perkutanen transluminalen Angioplastie (PTA). Das Subklavia-Anzapfsyndrom ist relativ leicht durch dia Dilatation der Arteria subclavia zu behandeln. Bei großen Embolien der Arteria basilaris kann die lokale intraarterielle Fibrinolysetherapie in Erwägung gezogen werden. Die Erfolgsaussichten sind im groben am klinischen Ausgangsbefund zu Beginn der Therapie abzulesen. Besteht bereits seit mehreren Stunden tiefes Koma und zeigt der Patient bereits symmetrische Streckautomatismen, ist die Chance einer Wiederherstellung gering. Nicht selten aber findet man die Patienten mit komplexen Okkulomotorikstörungen, Bewußtseinseintrübungen und asymmetrischen Tetraparesen, also Befunde, die auf eine inkomplette Hirnstammfunktionsstörung hinweisen. Es besteht dann gute Aussicht, durch Rekanalisation der Arteria basilaris eine oft erstaunliche klinische Besserung zu erreichen.

Professor Dr. H.-D. Bruhn, Kiel:

Therapie mit Thrombozyteneggregetionshemmern und Antikoagulantien bei zerebrovaskulären Syndromen

Für das therapeutische Vorgehen beim Hirninfarkt ist zunächst entscheidend, ob eine hämorrhagische oder eine ischämische Verlaufsform des Schlaganfalles vorliegt (Liquordiagnostik, CT). Eine Herzinsuffizienz und Herzrhytmusstörungen signifikanten Ausmaßes müssen vor Beginn einer Behandlung mit Dextran therapeutisch effizient beseitigt werden, damit die Volumenbelastung tolerabel bleibt. Eine therapeutische Antikoagulation, beispielsweise in regulärer Heparindosierung, muß heute als weithin obsolete Schlaganfalltherapie bezeichnet werden, jedenfalls im Hinblick auf die therapeutischen Einflüsse auf die zerebrale Zirkulation. Einzig bei Hirnarterienembolien kardialen Ursprungs – dort aber nur als Rezidivprophylaxe – ist eine routinemäßige Antikoagulation unter Berücksichtigung der Kontraindikationen zu diskutieren. Anders steht es mit der Prophylaxe mit niedrig dosiertem Heparin zur Verhütung venöser thrombembolischer Ereignisse im Verlauf einer Bettlägerigkeit nach Schlaganfall. Hier ist durchaus die tägliche Verabreichung von zweimal 500 E. Heparin s. c. zu erwägen, sofern kein hämorrhagischer Infarkt vorliegt.

Zerebrala Ischämien bei entzündlichen (nicht-arteriosklerotischen) Gefäßprozessen werden, abgesehen von der Behandlung des infektiösen Grundprozesses, wie oben angeführt behandelt.

Sofern angiographisch nachgewiesene stenosierende Prozesse im Karotisbereich Ursache transitorisch-ischämischer Attacken sind, ist die Hinzuziehung eines Gefäßchirurgen zur Vorbereitung der Endarteriektomie zweifellos als wesentlicher prophylaktischer Schritt zu bewerten. Bei Karotis-Siphon-Stenosen ist auch die Möglichkeit eines extra-intrakraniellen Bypass' zu erwägen. Im Vordergrund jedoch steht die medikamentöse Prophylaxe mit Hilfe von Thrombozytenaggregationshemmern und Antikoagulantien. Der Einsatz einer Cumarinprophylaxe bei transitorisch-ischämischen Attacken zeigt, unter Berücksichtigung der üblichen Kontraindikationen, unterschiedliche Ergebnisse, weil Blutgerinnungsstörungen bei nur einem Teil der Fälle Ursache der Ischämie ist. Bei dieser Therapie sind außerdam die möglichen Komplikationen infolge Hirnblutungen zu beachten. Von verschiedenen Autoren wird deswegen als Ergebnis mehrerer Studien empfohlen, nach einer durchgemachten transitorisch-ischämischen Attacke initial während drei Monaten (bis maximal sechs Monaten) eina orale Antikoagulantienbehandlung durchzuführen und dann eine Thrombozytenaggregationshemmung mit Azetylsalizylsäure anzuschließen. Nach den Ergebnissen bisher vorliegender klinischer Studien reduziert die Azetylsalizylsäure in einer Dosis von täglich dreimal 500 mg nicht nur die Frequenz der transitorisch-ischämischen Attacke, sondern auch die Anzahl der im Gefolge auftretenden Hirninfarkta und Todesfälle. Die Frage, ob auch kleine Dosen Azetylsalizylsäure in der Hirninfarktprophylaxe ausreichen, wird erst durch weitere klinische Studien zu beantworten sein.

Professor Dr. P. Marx, Berlin:

Entzündliche zerebrale Gefäßprozesse

Entzündliche Gefäßerkrankungen können direkt infektiös, physikalisch, chemisch oder immunologisch („vaskulitis") bedingt sein und führen am zentralen Nervensystem prinzipiell zu den gleichen Symptomen wie die Gefäßerkrankungen.

Das Spektrum der möglichen Erreger bei Gefäßentzündungen reicht von Bakterien über Viren bis zu den Pilzen und Protozoen. Die meisten bakteriell-entzündlichen zerebralen Gefäßerkrankungen entstehen auf dem Boden einer eitrigen Meningitis. Besonders gefährlich sind Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae und haemolyticus, aber auch Coli-Bakterien, u. a. Führendes Symptom ist immer die Meningitis. An einen vaskulitischen Befall ist immer dann zu denken, wenn fokale Ausfälle oder Reizsymptome einsetzen. Zur Abklärung ist immer ein Computertomogramm notwendig. Eine gewisse Sonderstellung unter den Meningitiden mit Gefäßbefall nimmt die tuberkulöse Meningitis ein. Klinisch ist sia durch ein schweres Krankheitsbild charakterisiert, das neben den Zeichen der Meningitis üblicherweise schwere psychische Alterationen – vom Durchgangssyndrom bis zu schwersten Bewußtseinstörungen und basalen Hirnausfällen – aufweist. Im Liquor findet man eine nur mäßiggradige Pleozytose mit einem auffällig bunten Differentialzellbild, eine exzessive Eiweißerhöhung und eine erniedrigte Glukosekonzentration. Schon bei begründetem Verdacht muß unverzüglich mit einer spezifischen Therapie begonnen werden. Herausragende Bedeutung unter den Erregern zentralnervöser Angiitiden kommt den Treponemen zu, insbesondere dem Treponema pallidum. Luetische Meningitiden und, in unserem Themenzusammenhang besonders interessierend, die Lues cerebrovascularis werden in letzter Zeit wieder häufiger beobachtet. Klinisch wird häufig der Verdacht auf eine Multiple Sklerose geäußert, aber man findet im Liquor eine eusgeprägte Pleozytose, und die positiven Luesreaktionen beweisen dann das Krankheitsbild, das im Gegensatz zur Multiplen Sklerose mit hohen Dosen Penicillin heilbar ist.

Während chemischa und physikalische Einflüsse als Ursache für Angi-

itiden em zentralen Nervensystem relativ selten sind, spielen die Immunvaskulitiden eina wesentlich größere Rolla und umfassen die Polyarteriitis-nodosa-Gruppe, Veskulitiden bei Autoimmunkrankheiten, Vaskulitiden bei Malignomen, die Wegener-Grenulomatose, Thrombangiitis obliterans, isolierte Angiitis am zentralen Nervansystem, Hypersensitivitätsvaskulitis im eigentlichen Sinne und die Riesenzellarteriitis.

Die Polyarteriitis-Gruppa umfaßt die klassische Polyarteriitis nodosa, das Churg-Strauss-Syndrom und das Overlap-Syndrom. Es handelt sich dabei um systemische nekrotisierende Vaskulitiden, wobei die klassische Polyarteriitis nodosa alle Organe mit Ausnahme der Lunge und der Milz befällt. 50 bis 60 Prozent aller Patienten mit klassischer Polyarteriitis nodosa bieten peripher-naurologische Folgen der Erkrankungen, zentralnervöse Komplikationen kommen in 20 bis 40 Prozent der Erkrankten vor. Die Diagnose ist oft schwierig: erhöhte BSG, Leukozytose, Thrombozytose, Anämie, Hämaturie, Proteinurie, zirkulierende Immunkomplexe, Erhöhung des IgA und niedriger Rheumafaktor sind typische, aber unspezifische und keineswegs obligate Laborbefunde. Antinukleäre Faktoren und Eosinophilie fehlen oder sind nur gering ausgeprägt. Oft ist die Diagnose nur durch dia Synopse aller Parameter und durch Wiederholungsuntersuchungen zu stellen. Die 5-Jahresüberlebensrate von unbehandelten Fällen liegt bei 13 Prozent und erhöht sich durch Kortikoidbehandlung auf 48 Prozent und die Kombination von Steroiden und Cyclophosphamid auf 80 Prozent.

1951 grenzten Churg und Strauss das Krankheitsbild der allergischen Angiitis von der Polyarteriitis nodosa ab. Es ist gekennzeichnet durch respiratorischa Symptome, insbesondera ein Asthma bronchiale und eine ausgeprägte Eosinophilie. Schließlich gehört zu dem Krankheitsbild eine nekrotisierende Arteriitis mittlerer und kleinerer Arterien mit perivaskulären entzündlichen Infiltraten, die überwiegend aus Eosinophilen bestehen. Findet man bei der Polyarteriitis nodosa oft eine IgA-Erhöhung, so ist für das Churg-Strauss-Syndrom eine Erhöhung des IgE charakteristisch.

Unter den Vaskulitiden bei den Autoimmunerkrankungen spielt der Lupus erythematodes disseminatus eine wichtiga Rolle. Dia zentralnervösen Symptome das Lupus erythematodes beruhen allerdings nicht nur auf vaskulitischen Läsionen, sondern möglicherweise auf direkten Einwirkungen von Immunmechanismen em Nervensystem. Die Diagnose dieser vorwiegend Frauen befallenden Erkrankungen kann ausgesprochen schwierig sein, und ist es insbesondere dann, wenn das zentrale Nervensystem erster klinischer Manifestationsort der Erkrankung ist. Antinukleäre Faktoren, Anti-DNA-Antikörper und Zeichen des Komplementverbrauches sind wichtige Stützpfeiler der Diagnose, können zumindest bei primärem ZNS-Befall aber auch fahlen. Klinisch sollte man auf Begleitsymptome wie Nierenbeteiligung, Haarausfall, Raynaud-Phänomen, Photodermatosen und Veränderungen des Herzbefundes achten. Die Behandlung des zerebralen Lupus erythematodes erfolgt mit hohen Dosen von Kortikoiden.

Die Thrombangiitis obliterans wird heute ebenfalls zu den Vaskulitiden gerechnet, obwohl eine Immunpathogenese nicht mit letzter Sicherheit erwiesen ist. Auffällig ist jedoch, daß zirkulierende Immunkomplexe und ein erhöhter Antielastin-Titer ziemlich regelmäßig gefunden werden.

Bei der isolierten Angiitis des zentralen Nervensystems handelt es sich um eine nekrotisierende Angiitis, dia ausschließlich das zentrale Nervensystem befällt. Klinisch manifestiert sie sich mit lang anhaltenden kräftigen Kopfschmerzen und den Symptomen ischämischer Insulte. Die Angiographie zeigt unregelmäßig verteilte, meist zirkuläre Einengungen und Aneurysmata. Die Diagnosestellung ist wichtig, da die Erkrankung unbehandelt rasch zum Tode führt, aber durch eine Kombinationsbehandlung mit Kortikoiden und Cyclophosphamid zum Stillstand gebracht werden kann.

Große klinische Aufmerksamkeit erfordern die durch Drogen und Medikamenta ausgelösten Hypersensitivitätsvasculitiden. Bekanntgeworden sind derartige Erkrankungen vor allem bei Heroinabhängigen. Das klinische Bild kenn mit seinen fokalen oder multifokalen Ausfällen von seiten des Gehirns und des Rückenmarks an eine Multiple Sklerose erinnern. Neben Heroin können vor allem auch Amphetamina dieses Krankheitsbild auslösen, wie zum Beispiel das Nomifensin (Alival), das schließlich vom Markt genommen werden mußte; auch endere Medikamenta wie Ephedrin und Penicilline können Auslöser sein.

Die Riesenzellartariitis älterer Menschen, besser als Arteriitis temporalis bekannt, ist ein immer wieder gesehanes Krankheitsbild, und sie sollte bei jedem Kopfschmerz differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden, da nur eine sofortige Behandlung baispielsweise eine Erblindung vermeiden kann. Typisch für das Krankheitsbild sind ein Lebensalter über 50 Jahre, heftiger lokaler oder diffuser Kopfschmerz und ein meist starkes Krankheitsgefühl. Der Nachweis einer extrem hohen BSG erhärtet die Verdachtsdiagnose, und die Therapie mit Glukokortikoiden muß bei begründetem Verdacht sofort, das heißt noch vor endgültiger Verifizierung der Diagnose durch Biopsie, begonnen und ausreichend hoch und lange durchgeführt werden.

Professor Dr. D. Raithel, Nürnberg:

Gefäßchirurgische Therapie bei zerebralen Gefäßprozessen

Die verbesserte Diagnostik und insbesondere die nicht-invasiven Untersuchungsmaßnahmen haben zu einer stürmischen Entwicklung der Karotischirurgie geführt. In ätiologischer Hinsicht handelt es sich in über 90 Prozent der Fälle um atherosklerotische Verschlußprozesse. Seltener sind kongenitale Anomalien und Schlingenbildungen, fibromuskuläre Dysplasien und entzündliche Gefäßerkrankungen. Auch an traumatische Gefäßläsionen im Gefolge eines HWS-Schleudertraumas muß gedacht werden.

Die Indikation zur Operation orientiert sich an der Morphologie, am Schweregrad der Karotisinsuffizienz und an der Präsenz komplizierender Begleiterkrankungen. Die Indikation zur Karotisrekonstruktion ist gegeben bei einer höhergradigen Stenose, das heißt einem Stenosegrad über 50 Prozent. Viel wichtiger und gefährlicher sind aber die ulzerösen Plaques im Bereich der Karotisgabel, da es aus diesen Plaques zu einer Mikroembolisation kommen kann. Heute ist primär die Indiketion zur Operation im Stadium II der Karotisinsuffizienz, das heißt im Stadium der transitorisch-ischämischen Attacke, ge-

WIR HABEN FÜR IHR GELD MEHR ALS GUTE WORTE

Hartverdientes Geld darf nicht ruhen. Durch sinnvolles Anlegen kann man es erfolgreich arbeiten lassen.

Oft genug bleibt Ihnen nicht ausreichend Zeit, sich mit allen Möglichkeiten der Geldanlage entsprechend zu beschäftigen. Deshalb ist es wichtig, den richtigen Ansprechpartner zu kennen.

Warum nutzen Sie nicht eine Verbindung, die schon seit vielen Jahren finanzielle Sicherheit garantiert?

Denn auch Ihr privates Geld können wir erfolgreich arbeiten lassen.

Der Geldberater der Sparkasse kennt Ihre Probleme und wird Ihnen weiterhelfen.

Ihre Leistung ist für uns Verantwortung. Damit Sie Chancen und Risiken gelassen abwägen können. Und damit Sie aus Ihren Reserven Kapital schlagen.

Unsere Erfahrungen in Gelddingen sind mehr als gute Worte für gutes Geld.

wenn's um Geld geht – Sparkasse

geben, da diese Petienten unmittelbar von einem Schlaganfall bedroht sind.

Umstritten ist nach wie vor die Indikation zur Operation im Stadium I, also im Stadium der asymptomatischen Stenose. Hier gibt es bisher nur eine gut fundierte Studie von Thompson aus Dallas, der den Wert der Operation in diesem Stadium beweist. In diesem Stedium ist eine Operation zwingend, wenn euf der Gegenseite ein kontralateraler Internaverschluß vorliegt oder wenn es sich um eine filiforme Stenose handelt. Auch ulzeröse Gabelstenosen sollten wegen der Emboliegefahr operiert werden.

Im Stadium IV, das heißt nach abgelaufenem Schlaganfall, besteht eine Indikation zur Operation, wenn die Paresen sich weitgehend zurückgebildet haben.

Im Stadium III, das heißt im Stadium des frischen Schlaganfalles, sind die Operateure in Nürnberg sehr zurückhaltend mit der Indikation zur Operetion.

Bei multiplen supraaortalen Verschlußprozessen hat die Rekonstruktion einer Karotisstenose Priorität vor der Korrektur anderer supraaortaler Verschlußprozesse. Doppelseitige Stenosen werden im Intervall von zwei bis vier Wochen rekonstruiert. Nach einem abgelaufenen Schlagenfall sollte man ebenfalls vier bis sechs Wochen mit der Operation warten. Bei filiformen Stenosen ist eine engmaschige CT-Kontrolle empfehlenswert, um eventuell schon früher, nach drei bis vier Wochen, chirurgisch zu intervenieren.

Isolierte Subklaviaverschlüsse sind nur operationswürdig, wenn sie entsprechende Beschwerden verursachen, das heißt, eine Belastungsinsuffizienz im Bereich des Armes oder eine zerebrale Minderdurchblutung hervorrufen. Verschlußprozesse des Truncus brachiocephalicus lassen sich euch extrathorekel, zum Beispiel durch subklavio-subkleviele oder karotido-karotidale Umleitung, korrigieren. Finden sich Stenosen der Arteria subclavia oder auch des Truncus brechiocephalicus, so kann von einem erfehrenen Radiologen eine perkutane transluminale Angiodilatation versucht werden.

Bei mehreren 100 Rekonstruktionen im Bereich der Arteria cerotis gab es in Nürnberg eine Morbidität, das heißt ein neurologisches Defizit, von 1,1 Prozent bei einer Letalität von nur 0,5 Prozent. Rezidivstenosen sind relativ selten und betrugen im Nürnberger Krankengut nur 2,1 Prozent. Rekonstruktionen am Truncus brechiocephelicus oder der Arterie subclavia waren mit einer Letalität von null Prozent behaftet, wenn extrathorakal korrigiert wurde. Abschließend sei darauf hingewiesen, daß diese Zahlen nur für erfahrene Gefäßchirurgen gelten.

Professor Dr. H.-H. v. Albert, Günzburg:

Rehebilitation nach Schlaganfall

Der Begriff der Rehabilitation wird heute noch etwas unterschiedlich verwendet; war er früher mehr auf die berufliche und soziele Wiedereingliederung verletzter, operierter oder erkrenkter Patienten eusgerichtet, so umfaßt er heute alles an therapeutischen Möglichkeiten für die möglichst weitgehende Wiederherstellung eines Patienten zur Verbesserung seiner gesamten Lebensituation.

Mit zunehmendem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft, insbesondere der kranialen Computertomographie, ist deutlicher geworden, daß die Prognose, damit das Schicksal, und die Rehabilitationsmöglichkeiten des Schlaganfall-Patienten sicher innerhalb der ersten Stunden nach der Erkrankung durch die zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten entschieden werden.

Sind bei einem Schlaganfall-Patienten die akuten intensivmedizinischen Maßnahmen beendet, so fehlen im Bereiche der Neurologie Rehabilitationseinrichtungen für Patienten, die nicht mehr vital bedroht sind, endererseits aber noch so behindert sind, daß sie in den üblichen Rehebilitationseinrichtungen mit zumindest teilweiser Selbstversorgung noch nicht untergebrecht werden können. Ideal ist der örtliche Anschluß einer Rehebilitationseinrichtung, da Kompliketionen sofort euf die Intensiveinheit zurückverlegt werden können und durch viele kleine Einheiten die erwünschte Nähe an den Heimatort gegeben ist.

Ausschlußkriterien einer Rehabilitationsbehandlung im neurologischen Bereich sind: eine globale Aphasie mit der Unmöglichkeit, sich mit dem Patienten zu verständigen; eine Hemiplegie ohne spastische Innervation, sowie das Vorliegen schwerwiegender Begleiterkrankungen, insbesondere einer Herzinsuffizienz oder psychietrischer Begleiterkrankungen.

Für eine erfolgreiche neurologische Rehabilitetion sind äußere und apparative Voraussetzungen wünschenswert, zum Beispiel höher verstellbare Betten usw., ferner auch ein ausreichender Personalstand, besonders im Bereich der begleitenden Therapie (Logopädie, Psychotherapie, Beschäftigungstherapie).

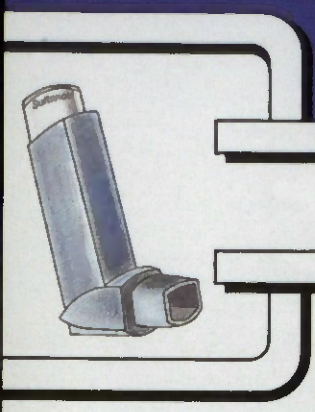
In der Neurologie gibt es keine Richtwerte für die Dauer von rehabilitativen Maßnahmen, zum Beispiel bei Patienten mit zerebralen Gefäßerkrankungen oder Hirnentzündungen (Landry-Paralyse). Die Möglichkeiten und Fortschritte der Rehabilitationstherapie hängen sicher entscheidend vom Lebensalter ab; man muß aber auch die Entwicklung des Grundprozesses ebwerten, weil es durchaus möglich ist, daß noch etwa nach einem halben bis einem dreiviertel Jahr nach einem ischämischen Insult eine so wesentliche Besserung erreicht werden kann, daß der Patient sich zu Hause alleine oder besser behelfen kann, also eine Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommen zu werden breucht. Die Behandlung einer Landry-Paralyse mit anfänglichem hohen Querschnitt und als Restsymptom bleibender Schwäche im Bereich der kleinen Handmuskulatur kann bei einem älteren Petienten durchaus einmal 15 Monete dauern. Die durchschnittliche Verweildauer in einer Rehabilitationseinheit wird etwa einen Monat betragen.

Die Nähe zum Lebensort des Patienten ermöglicht, nach Abschätzung der objektiven Rehabilitationsmöglichkeiten, in Zusammenerbeit mit dem Sozialdienst im Hause sowie den Sozialdiensten vor Ort abzuschätzen, inwieweit ein Patient mit der bei ihm wahrscheinlich verbleibenden Behinderung zu Hause versorgt werden kann. Debei sind viele Einzelfaktoren zu berücksichtigen, wie die bauliche Struktur, die Möglichkeiten eines Sozialdienstes vor Ort, die Versorgung der Familie und Nachbarn.

Referent:
Dr. med. E. Weber, praktischer Arzt, Bahnhofstraße 21, 8587 Creußen

NEU
Volumatic®
optimierte Aerosol-Inhalation
Der Turbolader
für volle Lungenleistung

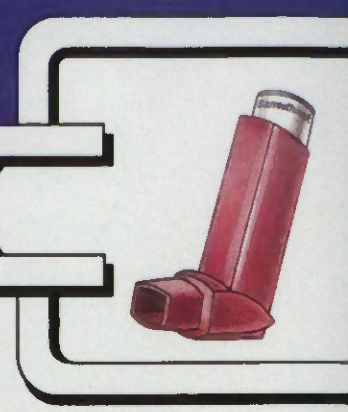
Nicht nur für Problem-Patienten....

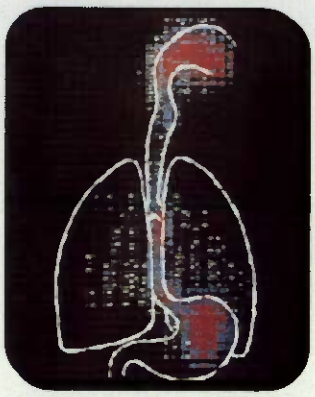


Volumatic®

NEU

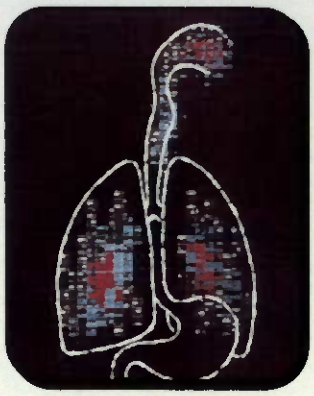
optimierte Aerosol-Inhalation





ohne Volumatic

Entscheidend mehr Wirkstoff in den kleinen Bronchien



mit Volumatic

ohne Volumatic	mit Volumatic
schwierige Synchronisation zwischen Einatmung und Aerosol-Auslösung	kein Zwang zur Synchronisation
häufig hastige und ruckartige Einatmung	langsamer und tiefer Atemzug problemlos möglich
auch bei bester Inhalationstechnik Wirkstoffniederschlag in Mund und Rachen	keine Reizung oder unerwünschte Sekundärwirkung in Mund und Rachen

.... die Atemhilfe für bessere Aerosol-Wirkung

Rp:

Sultanol® + Volumatic® NEU

Sanasthmax® + Volumatic® NEU

Sanasthmyl® + Volumatic® NEU

Allergie · Bronchitis · Asthma

Sultanol® + Volumatic®

Glaxo GmbH · 2060 Bad Oldesloe · Sultanol® Dosier-Aerosol + Volumatic®

Zusammensetzung: Sultanol Dosier-Aerosol: 17 g Suspension (= 200 Einzeldosen zu je 0,1 mg Salbutamol) enthalten 20,4 mg Salbutamol.

Anwendungsgebiete: Bronchospasmus bei Asthma bronchiale aller Typen, chronischer Bronchitis.

Gegenanzeigen: Hypersensibilität gegen Sultanol Dosier-Aerosol. Die Anwendung in der Schwangerschaft, vor allem im ersten Trimenon, ist besonders sorgfältig abzuwägen. Bei folgenden zusätzlichen Erkrankungen ist die Anwendung besonders sorgfältig abzuwägen bzw. sind die Patienten laufend ärztlich zu überwachen: Hyperthyreose, idiopathische hypertrophe subvalvuläre Aortenstenose, tachykarde Arrhythmie, Hypertonie und unausgeglichene diabetische Stoffwechsellage.

Nebenwirkungen: Muskeltremor, Unruhegefühl, periphere Gefäßerweiterung, leichter Anstieg der Herzfrequenz, Herzklopfen und Kopfschmerz. Gegenmittel bei Überdosierung sind kardioselektive Beta-Rezeptorenblocker. Es sollte jedoch beachtet werden, daß diese Substanzen bei empfindlichen Patienten einen schweren Bronchospasmus auslösen können.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Die bronchospasmolytische Wirkung kann bei gleichzeitiger Anwendung von anderen Beta-2-Sympathomimetika oder Theophyllinen erhöht sein.

Handelsform und Preis: Sultanol Dosier-Aerosol + Volumatic mit 200 Einzeldosen DM 89,95. Apoth.-Verkaufspreis inkl. MwSt. 14%.
Stand April 1987.

Sanasthmax® + Volumatic®

Glaxo GmbH · 2060 Bad Oldesloe · Sanasthmax® Dosier-Aerosol + Volumatic®

Zusammensetzung: 1 g Suspension und Treibmittel enthalten 2,94 mg Beclometason-17,21-dipropionat (BDP) sowie als Treibmittel 275,3 mg Trichlorfluormethan und 721,2 mg Dichlordifluormethan; 1 Einzeldosis (Aerosolstoß) enthält 0,25 mg Beclometason-17,21-dipropionat (BDP).

Anwendungsgebiete: Inhalationsbehandlung von Atemwegserkrankungen, bei denen die Anwendung von Kortikoiden erforderlich ist, wie z. B. Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Bronchitis, Tracheitis, Bronchiektasen und bestimmte Formen von nicht obstruktiven Bronchitiden. Sanasthmax Dosier-Aerosol ist indiziert für Patienten, die einer höheren inhalativen BDP-Gabe (etwa 0,5–1,0 mg BDP täglich) bedürfen, und für Patienten, die zusätzlich Kortikoidtabletten oder -injektionen benötigen. Hinweis: Sanasthmax Dosier-Aerosol ist nicht zur Behandlung akuter Asthmaanfälle oder des Status asthmaticus geeignet. Eine Inhalationsbehandlung nur bei Bedarf, wie sie z.B. mit solchen Dosier-Aerosolen durchgeführt werden kann, die Adrenergica mit raschem Wirkungseintritt enthalten, ist nicht möglich.

Gegenanzeigen: Hypersensibilität gegen Sanasthmax Dosier-Aerosol. Bei Lungentuberkulose soll Sanasthmax Dosier-Aerosol nur angewendet werden, wenn zusätzlich wirksam tuberkulostatisch behandelt wird. Angemessen behandelt, stellen auch Pilzerkrankungen bzw. andere Infektionen im Bereich der Atemwege keine Gegenanzeige dar. Die Notwendigkeit einer Anwendung in der Schwangerschaft, vor allem im ersten Trimenon, und in der Stillzeit ist besonders sorgfältig abzuwägen. Behandlung von Kindern.

Nebenwirkungen: Gelegentlich kann während der Behandlung Heiserkeit auftreten. Ein lokaler Soorbefall der Mund- und Rachenschleimhaut wurde beschrieben. Bei Umstellung von Kortikoidtabletten oder -injektionen auf die Inhalationsbehandlung mit Sanasthmax Dosier-Aerosol können Allergien auftreten, die durch die bisherige Behandlung unterdrückt waren, z. B. allergische Rhinitis, allergische Ekzeme. Nach Inhalation hoher Tagesdosen (mehr als 1,5 mg BDP) über längere Zeit oder auch bei extremer Überdosierung kann es zu einer Suppression der Hypothalamus-Hypophysenvorderlappen-Nebennierenrinden-Funktion kommen.

Handelsform und Preis: Sanasthmax Dosier-Aerosol + Volumatic mit 80 Einzeldosen DM 122,25. Apoth.-Verkaufspreis inkl. MwSt. 14%. Stand April 1987.

Sanasthmyl® + Volumatic®

Glaxo GmbH · 2060 Bad Oldesloe · Sanasthmyl® Dosier-Aerosol + Volumatic®

Zusammensetzung: 20 g Suspension zum Inhalieren enthalten mindestens 200 Einzeldosen zu je 0,05 mg Beclometason-17,21-dipropionat.

Anwendungsgebiete: Inhalationsbehandlung von Atemwegserkrankungen, bei denen die Anwendung von Kortikoiden erforderlich ist, wie z. B. Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Bronchitis, Tracheitis, Bronchiektasen und bestimmte Formen von nicht obstruktiven Bronchitiden. Sanasthmyl Dosier-Aerosol ist indiziert für Patienten, die einer höheren inhalativen BDP-Gabe (etwa 0,5 – 1,0 mg BDP täglich) bedürfen, und für Patienten, die zusätzlich Kortikoidtabletten oder -injektionen benötigen. Hinweis: Sanasthmyl Dosier-Aerosol ist nicht zur Behandlung akuter Asthmaanfälle oder Status asthmaticus bestimmt. Eine Inhalationsbehandlung nur bei Bedarf, wie sie z. B. mit Dosier-Aerosolen durchgeführt wird, die Adrenergika mit raschem Wirkungseintritt enthalten, ist nicht möglich.

Gegenanzeigen: Hypersensibilität gegen Sanasthmyl Dosier-Aerosol. Bei Lungentuberkulose soll Sanasthmyl Dosier-Aerosol nur angewendet werden, wenn zusätzlich wirksam tuberkulostatisch behandelt wird. Angemessen behandelt, stellen auch Pilzerkrankungen bzw. andere Infektionen im Bereich der Atemwege keine Gegenanzeige dar. Die Notwendigkeit einer Anwendung in der Schwangerschaft, vor allem im ersten Trimenon, und in der Stillzeit ist besonders sorgfältig abzuwägen.

Nebenwirkungen: Gelegentlich kann während der Behandlung Heiserkeit auftreten. Ein lokaler Soorbefall der Mund- und Rachenschleimhaut wurde beschrieben. Bei Umstellung von Kortikoidtabletten oder -injektionen auf die Inhalationsbehandlung mit Sanasthmyl Dosier-Aerosol können Allergien auftreten, die durch die bisherige Behandlung unterdrückt waren, z. B. allergische Rhinitis, allergische Ekzeme.

Dosierung und Anwendung: Die Anzahl der täglichen Inhalationen ist den Erfordernissen des Einzelfalles und dem klinischen Ansprechen des Patienten anzupassen. Folgende Dosierungsangaben können als Richtlinien gelten:
Erwachsene und Kinder über 12 J. Anfangsdosis: 3–4 x täglich 4 Aerosolstöße. Die Tagesdosis von 20 Aerosolstößen – auf mehrere Behandlungen verteilt – sollte nicht überschritten werden.
Erhaltungsdosis: Sobald eine Besserung eingetreten ist, kann die Dosis schrittweise auf die jeweilige individuelle Erhaltungsdosis reduziert werden, zu meist 6–9 Aerosolstöße verteilt auf 2–3 Inhalationen. Kinder unter 12 J. Anfangsdosis: 3–4 x täglich 1–2 Aerosolstöße. Die Tagesdosis von 10 Aerosolstößen sollte nicht überschritten werden.
Erhaltungsdosis: Sobald eine Besserung eingetreten ist, kann die Dosis schrittweise auf die niedrigst mögliche Erhaltungsdosis herabgesetzt werden. Diese kann auf täglich 2– 3 Anwendungen verteilt werden.
Die Behandlung mit Sanasthmyl Dosier-Aerosol sollte nie abrupt abgesetzt werden.

Handelsform und Preis: Sanasthmyl Dosier-Aerosol + Volumatic mit 200 Einzeldosen DM 102,20. Apoth.-Verkaufspreis inkl. MwSt. 14%. Stand April 1987.

A SUSA 1/487

Glaxo Glaxo GmbH 2060 Bad Oldesloe

Glaxo Atemwegs-Therapeutika

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Gestörte Bewußtseinslage – Krämpfe

Der Notfall: Antidepressiva-Intoxikation

bearbeitet von Dr. H. Maurer und Professor Dr. K. Pfleger, Homburg/Saar

Symptomatik:

Nervöse Übererregbarkeit, Halluzinationen, Somnolenz, Bewußtlosigkeit, Koma, Myoklonische Zuckungen, Krämpfe, unregelmäßige Atmung, Ateminsuffizienz, Apnoe, Pupillen eng (zentrale Erregung) oder Pupillen weit (anticholinerge Wirkung), Herzrhythmusstörungen, Herzstillstand.

Anamnese:

1. Befragen von Angehörigen:
   Unter welchen Erkrankungen leidet der Patient?
   Nimmt er Medikamente?
   Welche Medikamente waren oder sind im Hause?
   Hat er schwere Probleme?
   War der Patient in letzter Zeit depressiv?
   Ist er in psychiatrischer Behandlung?
   Hat er Suizidgedanken geäußert?
   Hat er schon einmal einen Suizid versucht?
2. Inspektion der Umgebung:
   Abschiedsbrief?
   Leere Arzneimittelpackungen?
   Arzneimittelreste in einem Glas oder in einer Spritze? (ggf. in die Klinik mitschicken zur toxikologischen Analyse!)
   Kontrolle von Abfallkörben, Küche, WC!
   Cave: Bewußte Irreführung möglich!

Sofortdiagnostik:

Bei jeder ungeklärten Bewußtseinsstörung ist an eine Intoxikation zu denken!
Reaktion auf grobe Schmerzreize? — Reflexe auslösbar?
Pupillenreaktion?
Atmung? — Blutdruck? — Puls? (Arrhythmie?)
Körpertemperatur?
Hautfarbe? (blau = Zyanose, hellrot = CO-HB, braun = Met-HB)
Einstichstellen?

Zusätzlich in der Klinik:
EKG-Differenzierung der Arrhythmie
Monitorkontrolle ggf. über mehrere Tage!
Laborwerte, EEG etc.
Folgende Asservate sofort mit einem Rettungsfahrzeug oder Taxi zur toxikologischen Analyse schicken (für das Saarland und Umgebung: an die Adresse der Verfasser, Telefon [06841] 16-2425 — über Anrufbeantworter rund um die Uhr erreichbar):
1. Blut (10 ml mit EDTA- oder Citratzusatz)
2. erster Urin (mind. 30 ml, ggf. katheterisieren!)

3. erste Magenspülflüssigkeit
4. ggf. gefundene Medikamentenreste

Cave: Urin und Magenspülflüssigkeit nicht in ungereinigte Medikamentenflaschen füllen!

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Vitalfunktionen erhalten (Notfall-ABC)

A = Atemwege freihalten (Zahnprothesen, Erbrochenes entfernen, Bewußtlose in stabile Seitenlage bringen, angefeuchteten Guedel-Tubus in Mundhöhle legen).

B = Beatmen (zyanotische Patienten sofort beatmen, Bewußtlose zusätzlich intubieren).

C = Circulation (bei Herzstillstand externe Herzmassage, Defibrillator einsetzen, bei hypovolämischem Schock sofort zentralen Zugang legen (Subclavia- oder Cavakatheter), Plasmaexpander (z. B. Rheomacrodex® infundieren).

Bei Krämpfen 5 – 10 mg Diazepam i. v.
Anschließend den Patienten sofort in stabiler Seitenlage in eine größere Klinik transportieren (ggf. unter ärztlicher Überwachung).
Bei kurzem Transportweg keine Zeit damit verlieren, den Patienten erbrechen zu lassen.

Zusätzlich in der Klinik:
Magenspülung (wegen der anticholinergen Wirkung auch noch viele Stunden nach Ingestion obligatorisch!)

Forcierte Diarrhoe (mit Aktivkohlezusatz)
(Forcierte Diurese, Hämoperfusion, -dialyse etc. sind ineffektiv!)
Natriumbikarbonat-Infusion nur bis zum Ausgleich einer Acidose (Arrhythmiegefahr sonst erhöht und die Elimination verringert!)
Physostigmin-Injektion unter EKG-Kontrolle (evtl. unter Herzschrittmacherschutz): etwa alle 30 min 2 mg i. v. bei Erwachsenen oder 0,5 – 1 mg i. v. bei Kindern (verzögerter Wirkungseintritt!).

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

Bei jedem Vergiftungsverdacht sollte der Patient unter Aufsicht einer erfahrenen Begleitperson sofort in eine Klinik transportiert werden, die Erfahrung mit der Entgiftungstherapie hat. Auch der ansprechbare Patient (evtl. in der Anflutungsphase!) sollte zur Beobachtung in eine Klinik gebracht werden, da sich nach kurzer Zeit Arrhythmien, Krämpfe, Ateminsuffizienz und Bewußtlosigkeit einstellen können.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Der Suizid-Patient sollte während der gesamten stationären Behandlung unter Beobachtung bleiben, da er nicht selten erneut einen Suizid versucht. Nach der Entgiftungstherapie sollte er einem Psychiater vorgestellt werden.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Eine qualitative und quantitative toxikologische Analyse führt zusammen mit dem klinischen Bild zum Nachweis oder zum Ausschluß einer Intoxikation mit Antidepressiva.

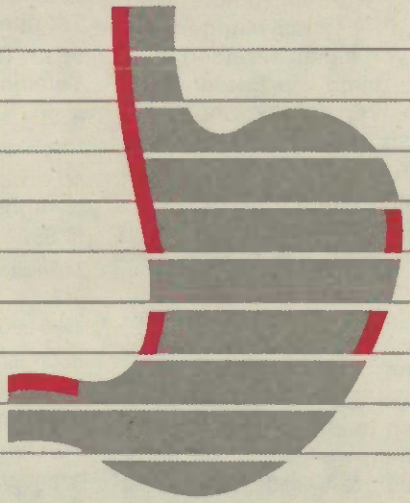
kostensenkende
Marken-Präparate

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

NEU von Azuchemie

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 Zwölffingerdarmes; Rezidivprophylaxe von Zwölffingerdarmgeschwüren; Fortführung der i.v. begonnenen Prophylaxe streßbedingter Schleimhautläsionen im Magen und Zwölffingerdarm; hyperazider Reizmagen; Gastritis; funktionelle Oberbauchbeschwerden (Non Ulcer Dyspepsie); 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 ½ Tablette Ulcoprotect-50 bzw. je 1 Tablette Ulcoprotect-25 einnehmen. Die Tabletten sollen vor der Mahlzeit mit etwas Flüssigkeit eingenommen werden. Azuchemie, 7016 Gerlingen

Mitteilungen zum Vollzug der Medizingeräteverordnung

Im Anschluß an die Veröffentlichung im „Bayerischen Ärzteblatt" Nr. 6/1986, S. 250, bittet das Beyerische Staetsministerium für Arbeit und Sozialordnung zum Vollzug der Medizingeräteverordnung (MedGV) um Veröffentlichung folgender Mitteilung:

„Dia Medizingeräteverordnung (MedGV) wurde am 14. Januar 1985 im ‚Bundesgesetzblatt' verkündet und trat am 1. Januar 1986 in Kraft. Diese einjährige Frist stand den Betreibern medizinisch-technischer Geräte zur Verfügung, um die notwendigen Vorbereitungen für einen termingerachten Vollzug der Verordnung zu treffen. Die Gewerbeaufsichtsämter wurden angewiesen, besonders in der schwierigen Anlaufphase vor allem beratend tätig zu werden, damit die Forderungen der neuen Verordnung möglichst resch erfüllt werden können. Da diese Übergangszeit nicht beliebig lange ausgedehnt werden kann, wird euf folgendes hingewiesen:

1.
Für die Erstellung des Bestandsverzeichnisses (§ 12 MedGV) und des Gerätebuches (§ 13 MedGV) standen bis jetzt zwei Jahre zur Verfügung. Die Arbeiten müßten vor ihrem Abschluß stehen, weil sonst die unter Nr. 2 aufgeführte Verpflichtung nicht mehr rechtzeitig erfüllt werden kann. Betreiber, die sich in Verzug befinden, können mit keinen weiteren Zugeständnissen rechnen.

2.
Nach § 22 Abs. 2 MedGV müssen *bis zum 31. Dezember 1987* alle Geräte der Gruppe 1, dia *vor* Inkrafttreten der MedGV (1. Januar 1986) nicht regelmäßig gewartet wurden, einer beschränkten sicherheitstechnischen Prüfung unterzogen werden. Diesa Frist wird nicht verlängert, so daß dia betreffenden Geräte rechtzeitig zur Prüfung anzumelden sind.

Als Prüfer kommen in Frage: Prüfstellen nach § 17 MedGV, Sachverständige nech § 18 MedGV und sonstige Sachverständige. Sonstige Sachverständige können beispielsweise das sachverständige Personal des Herstellers sein.

3.
Für weitere Fragen steht das örtlich zuständige Gewerbeaufsichtsamt gerne zur Verfügung.

Gewerbeaufsichtsämter:

8900 Augsburg 1, Frohsinnstraße 21, Telefon (08 21) 3 61 11

8580 Bayreuth 1, Telemannstraße 2, Telefon (09 21) 6 40 68

8630 Coburg, Elsässer Straße 9, Telefon (0 95 61) 12 88

8300 Landshut, Neustadt 480 b, Telefon (08 71) 2 70 91

München Stadt: 8000 München 19, Nymphenburger Straße 124, Telefon (0 89) 1 27 04 - 0

München-Land: 8000 München 40, Winzererstraße 9, Telefon (0 89) 12 61 - 01

8500 Nürnberg 80, Roonstraße 20, Telefon (09 11) 2 74 - 1

8400 Regensburg, Bertholdstraße 2, Telefon (09 41) 50 25 - 0

8700 Würzburg 1, Ludwigstraße 33, Telefon (09 31) 30 78 - 0

4.
Nach dem *31. Dezember 1987* ist bei Versäumnissen mit Bußgeldverfahren zu rechnen."

Welche Auswirkungen somit der Vollzug der Medizingeräteverordnung hat, wurde in der Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung ausführlich erläutert.

Allen niedergelassenen Kassenärzten Beyerns ist die Broschüre „Sichere Technik in der Medizin", herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, übermittelt worden. Dieser Ratgeber stellt sehr ausführlich dar, was im Zusammenhang mit der Medizingeräteverordnung zu beachten ist. Sollte diese Broschüre nicht mehr vorliegen, wird sie auf Anforderung auch weiterhin zur Verfügung gestellt.

In Nr. 6/1986 des „Bayerischen Ärzteblattes", S. 250, wurden die Gruppen, in die die medizinisch-technischen Geräte eingeteilt sind, gesondert eufgelistet.

Für den Bereich das niedergelassenen Arztes sind nur wenige Geräte aus der Gruppe 1 relevant, u. a. der Defibrillator, eventuell Lasergeräte, z. B. beim Augenarzt oder beim Orthopäden (Geräte zur Stimulation von Nerven und Muskeln).

Auch Dialysegeräte, die in einigen größeren Gemeinschaftspraxen betrieben werden, fallen unter die Geräte der Gruppe 1.

Für diese Gruppe ist folgendes zu beachten:

1. Die Geräte müssen erfaßt werden. Darüber hinaus muß ein Gerätebuch geführt oder entsprechende Karteikarten angelegt werden, wobei alle Angaben über jedes Gerät einzutregen sind.
2. Es wird empfohlen, diese Gelegenheit wehrzunehmen, um sich über den jederzeitigen Einsatz des Gerätes zu überzeugen. Darüber hinaus muß die Gebrauchsanweisung greifbar und demzufolga auch einsehbar sein. Die Einweisung des Personals sollta in diesem Zusammenhang überprüft bzw. wiederholt warden.
3. Die sicherheitstechnische Überprüfung der Geräte der Gruppe 1 muß bis Ende dieses Jahres veranlaßt werden. Wie in der Mitteilung des Beyerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung erwähnt, müssen bis zum 31. Dezember 1987 alle Geräte der Gruppe 1, die vor Inkrafttreten der Medizingeräteverordnung nicht regelmäßig gewartet wurden, einer beschränkten sicherheitstechnischen Prüfung unterzogen werden. Es erscheint zweckmäßig, zur Erfüllung dieser Bestimmung einen Wartungsvertrag abzuschließen.

Geräte der Gruppe 2 können bei der Erörterung außer Betracht bleiben, da sie im Bereich der niedergelassenen Ärzte kaum eine Rolle spielen.

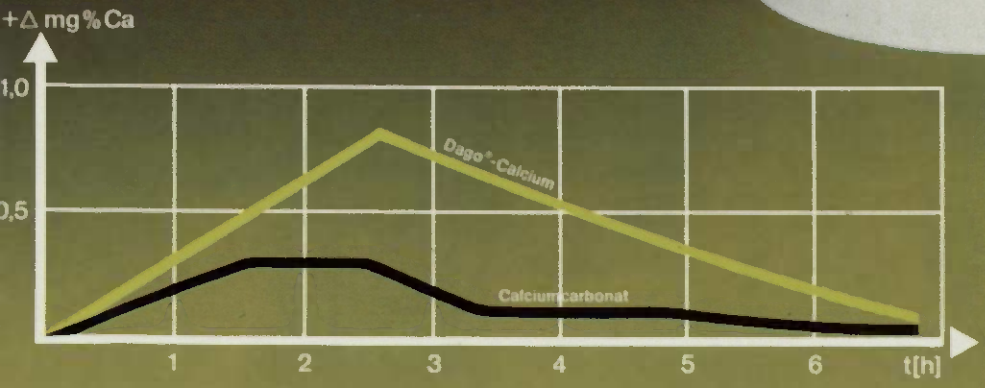
Unter Geräte der Gruppe 3 fallen alle energetisch betriebenen medi-

Orale Calcium-Therapie*

mit natürlichen Wirkstoffen

Kalkmangel bei

- allergischen Erkrankungen
- Osteoporose



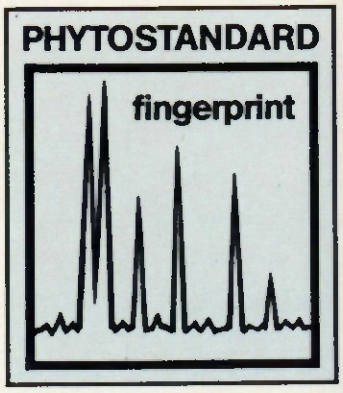
* Sichere Calcium-Resorption (auch bei Säuremangel) mit Dago®-Calcium Granulat. Dosis 25 mg Ca/kg (Niepmann W., Klin. Wschr., 39, (1961) 1064–1070)

Zusammensetzung: 1 Dosis (3 g) enthält: Calciumcarbonat 400 mg (entsprechend 160 mg Calcium-Ionen), Citronensäure 850 mg, Ascorbinsäure 30 mg. **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 (3–6 g) in ½ Glas Flüssigkeit umrühren und einnehmen. Bei Bedarf mit Süßstoff oder Zucker nachsüßen.
Hinweis für Diabetiker:
3 g Granulat enthalten 0,14 Broteinheiten.
Handelsformen und Preise:
Originalpeckungen 100 g Dose DM 8,85, 250 g Dose DM 17,90.

STEINER Arzneimittel Berlin West

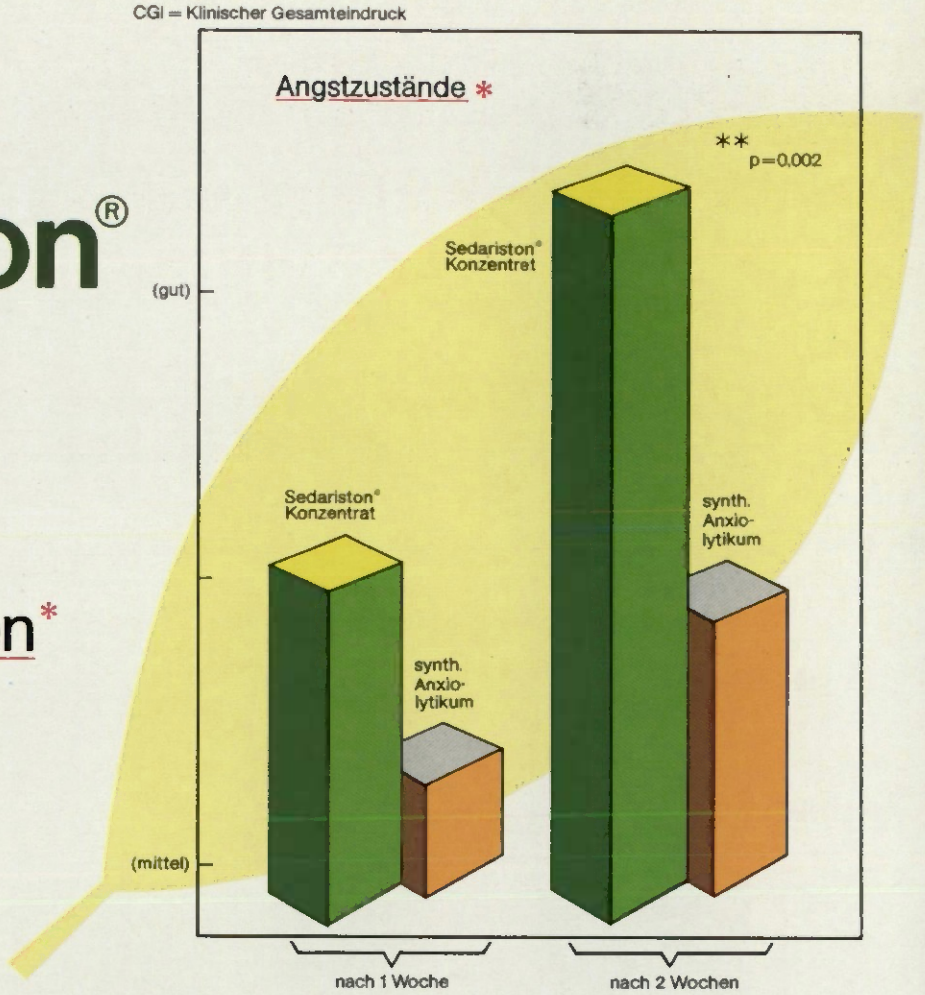
Natürliche Ruhe und Ausgeglichenheit durch die Kraft der Natur

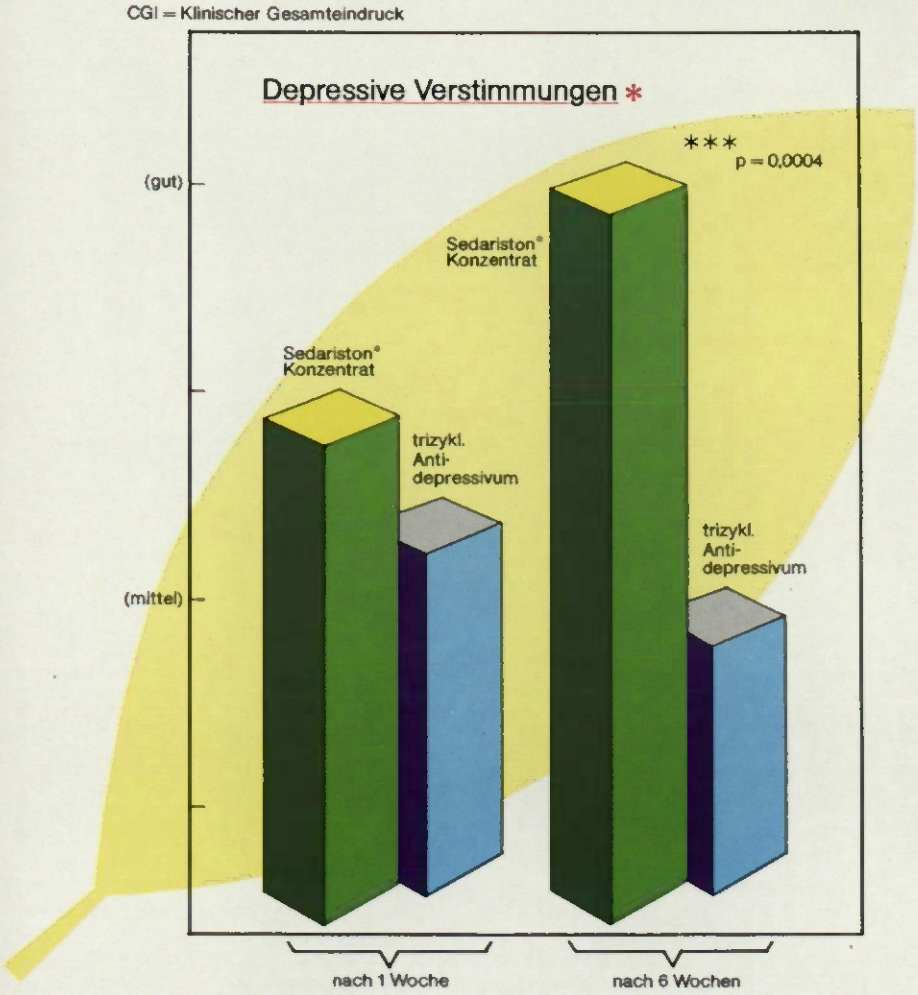
Pflanzliches
Beruhigungsmittel



Sedariston®
Konzentrat

Überlegene Wirksamkeit in Doppelblindstudien* bestätigt.



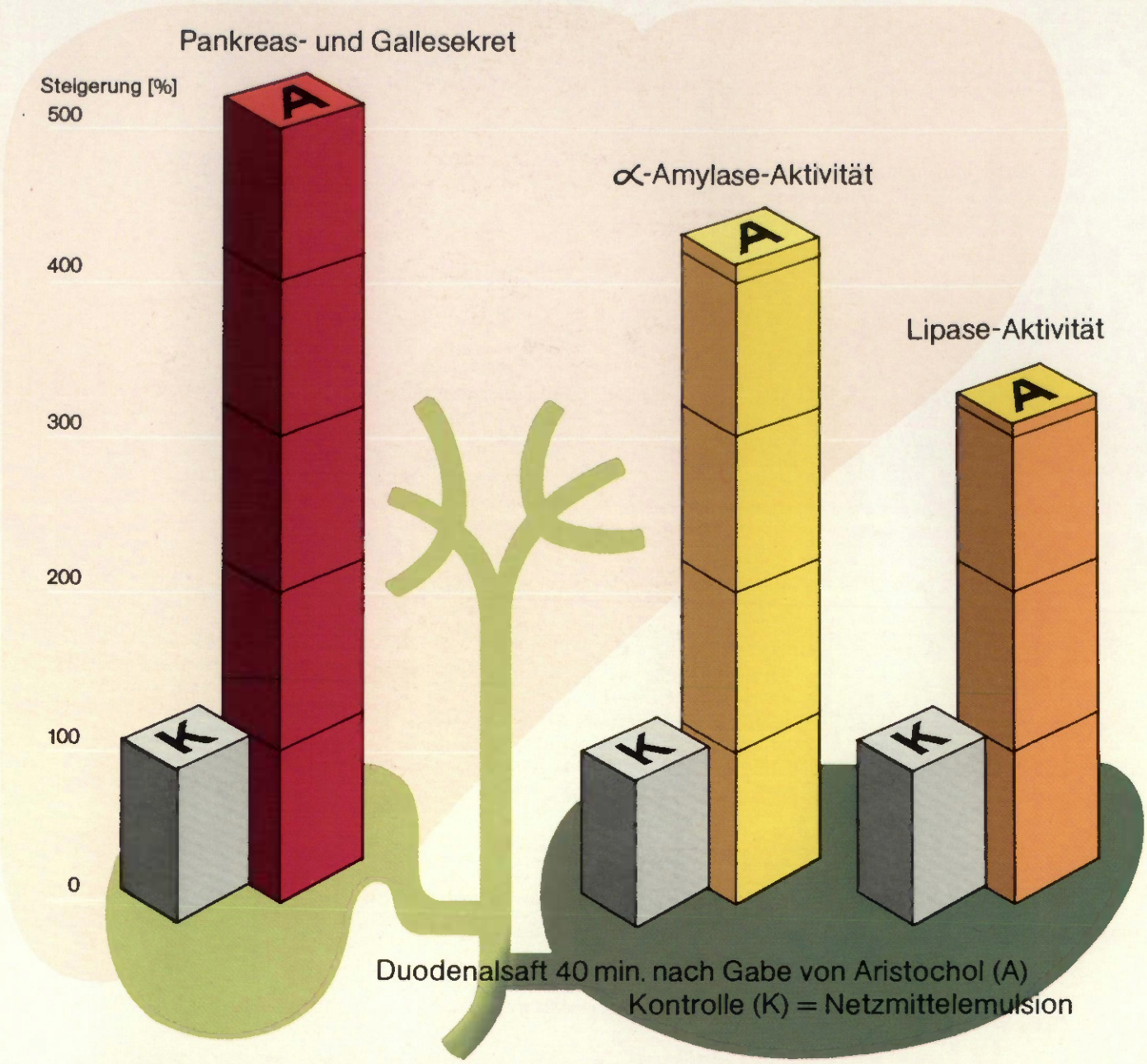


Zusammensetzung: 1 Kapsel Sedariston® Konzentret enthält: Trockenextrekt eus: Johanniskreut (Hyperic. perforet.) 90-100 mg, entsprechend 0,05 mg Hypericin. Trockenextrekt eus: Beldrienwurzel (Valerien. officinel.) 50 mg Droge: Extrekt 6:1
1 ml (= 20 Tropfen) Sederiston® enthält: elkoholische Auszüge (Extrektionsmittel: Ethenol 54,7 Vol.-%) eus: Beldrienwurzel (Velerien. officinel.) (1:10) 0,2 mt, Johenniskreut (Hyperic. perforet.) 0,2 ml, entsprechend 1,5 µg Hypericin, Wolfsfuß-kreut (Lycopus europ.) (1:10) 0,2 ml, Melissenblätter (Meliss. officinel.) (1:5) 0,2 ml, Besenginsterkraut (Serothemn. scoper.) (1:5) 0,2 ml. Enthält Alkohol (52,9 Vol.-%).
Anwendungsgebiete: Kapseln: Zur unterstützenden Behendlung von Angstzuständen, nervöser Unruhe, Gereiztheit, Gespenntheit und dedurch verursechte Schlefstörungen.
Tropfen: Vegetative Dystonie und leichte Hyperthyreosen, funktionelle Herzbeschwarden und Rhythmuestörungen.
Nebenwirkungen: Vorsorglich wird empfohlen, während der Behendlung intensive Sonnen- und UV-Bestrehlung zu maiden, de Heutreektionen auffreten könnten.
Besondere Hinweise: Die Verkehrstüchtigkeit wird nicht beeinflußt. Eine Kumuletion oder Gewöhnung ist – auch bei Langzeittherapie – nicht zu befürchten.
Dosierung und Art der Anwendung: Kapseln: Morgens und ebends vor den Mehlzeiten jeweils 1 Kapsel mit reichlich Flüssigkeit. Bei stärkeren Beschwerden werden morgens 2 und ebends 1 Kapsel eingenommen. Nur bei magenempfindlichen Patienten soll die Einnahma der Kapseln zu oder nach dem Essen erfolgen. Schulkinder erhetten morgens oder ebends 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 Jehren 3mal täglich 3-5, bis zu 12 Jehren 3mal täglich 5-8 Tropfen.
Darreichungsformen und Packungsgrößen:
Sederiston® Konzentrat, Kapseln O.P. 20 Kps. DM 11,45, 50 Kps. DM 21,85, 100 Kps. DM 39,15.
Sederiston® Tinktur in Tropfflesche, O.P. 20 ml DM 11,45, 50 ml DM 21,85, 100 ml DM 39,15.

STEINER Arzneimittel Berlin West

* Literatur auf Anforderung

Panijel, M., Therapiewoche **41**, 4659-4668 (1985)
Steger, W., Zeitschr. f. Allgemeinmed. **61**, 914-918 (1985)



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: Dicinnemoylmethanderivate 0,15 mg, berechnet als Curcumin; ethanolischer Trockenextrakt aus Kap-Aloe (Aloe farox) 100-125 mg, standardisiert auf: Hydroxyanthracenderivate 25 mg, berechnet als wasserfreies Barbaloin; Methylcellulose (10.000 cP, 2% Lsg.) 40 mg.

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: Dicinnemoylmethanderivate 0,19 mg, berechnet als Curcumin; Mariendistelfrüchte (Card. mar.) 5,0-5,5 mg; Droge: Extrakt = 15:1; ethanolischer Trockenextrakt aus Kap-Aloe (Aloe farox) 80-112 mg, standardisiert auf: Hydroxyanthrecenderivate 22,5 mg, berechnet als wasserfreies Barbaloin; Pankreatin (aus Schweinepankreas) 22,5 mg; Methylcellulose (1000 cP, 2% Lsg.) 221 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 Strophanthinpräparaten) verstärkt werden. **Dosierung:** 1mal 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® 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, Schafgarbenkraut (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 (Artemis. absinth.) 50 mg, Faulbaumrinde (Rhamn. frang.) 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

zinisch-technischen Geräte, die nicht in der Anlage zur Verordnung aufgeführt sind und somit nicht der Gruppe 1 oder 2 zuzuordnen sind. Beispielsweise zählen zur Gruppe 3 Inhalationsgeräte, Kurzwellengeräte, Diathermiegeräte, auch der Augenspiegel, selbst das Infrarotgerät, Sonographiegeräte und selbstverständlich auch Röntgengeräte, die aber einer gesonderten Überwachung unterliegen.

Alle Geräte der Gruppe 3 müssen in einem Verzeichnis erfaßt werden mit Namen des Herstellers, Typ, Fabriknummer und Anschaffungsjahr und dem Standort oder der betrieblichen Zuordnung.

Regelmäßige Sicherheitskontrollen bzw. eine regelmäßige Wartung ist hier nicht vorgeschrieben.

Es kann jedoch durchaus empfohlen werden, für diese Geräte die Einweisung des Personals in regelmäßigen Abständen vorzunehmen bzw. die sachgerechte Handhabung durch das Personal zu überprüfen.

Für alle Geräte der Gruppe 1 und 3 ist eine Meldepflicht dann gegeben, wenn Funktionsausfälle oder Störungen an diesen Geräten zu einem Personenschaden geführt haben. Der Betreiber, also in den meisten Fällen der Arzt, hat die zuständige Stelle, das Gewerbeaufsichtsamt, unverzüglich von dem Störfall zu unterrichten. Wie bereits in Nr. 6/1986 des „Bayerischen Ärzteblattes", S. 250, erwähnt, sind die Gewerbeaufsichtsämter verpflichtet, die Einhaltung der Medizingeräteverordnung auch in der Arztpraxis zu kontrollieren.

Es ist deshalb damit zu rechnen, daß sich nach telefonischer Anmeldung ein Beauftragter des Gewerbeaufsichtsamtes über die Einhaltung der Vorschriften in der Arztpraxis versichert.

In diesem Fall sind die entsprechenden Unterlagen, Bestandsverzeichnis, Gerätebuch und eventuell auch Gebrauchsanweisung vorzulegen.

Selbstverständlich kann sich auch ein Arzt, wenn Probleme im Vollzug mit dieser Verordnung auftauchen, vertrauensvoll an das für ihn zuständige Gewerbeaufsichtsamt wenden.

P. Kalb, BLÄK

Personalia

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Professor Dr. E. Wetzels

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, überreichte bei der 325. Ärztlichen Fortbildungsveranstaltung im Chiemgau em 25. März 1987 im Kursaal Prien Kollegen Professor Dr. med. Egon Wetzels, Chefarzt der I. Medizinischen Abteilung am Städtischen Krankenhaus Rosenheim, Pettenkoferstraße 10, 8200 Rosenheim, die Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Professor Wetzels hat sich in hervorragender Weise über eineinhalb Jahrzehnte für die ärztliche Fortbildung der Kollegen eingesetzt. Seit neun Jahren Stellvertretender Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten, wirkte er seither an deren Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen insbesondere auch beim alljährlichen Bayerischen Internistenkongreß aktiv mit. Sowohl in Vorbereitung als auch Gestaltung war er mit seiner reichen Erfahrung und seinem großen Engagement wesentlich beteiligt. Bei großen Fortbildungskongressen dieser Vereinigung, aber auch bei zahlreichen örtlichen Veranstaltungen Ärztlicher Kreisverbände ist Kollege Wetzels seit zwei Jahrzehnten ein begehrter Referent. In der ärztlichen Fortbildung im Chiemgau setzte er sich seit 1978 zunächst zusammen mit Professor Hirsch und dann mit Kollegen Dr. Matusczyk für die Themenauswahl ein und ist ein geschätzter Moderator.

Die Zahl seiner wissenschaftlichen Veröffentlichungen einschließlich Monographien beträgt bisher insgesamt 112 Arbeiten.

Kollege Wetzels hat sich um die ärztliche Fortbidung in hohem Maße verdient gemacht.

Professor Dr. med. Helmut A. Stickl, Leiter der Abteilung für Umwelthygiene und Impfwesen der Technischen Universität München, Lazarettstraße 62, 8000 München 19, wurde in den Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer gewählt.

Wahl im Landesverband Bayern des Marburger Bundes

Auf der Landesversammlung des Marburger Bundes wurden gewählt:

1. Vorsitzender:

Professor Dr. med. Detlef Kunze, München (Wiederwahl)

2. Vorsitzende:

Dr. med. Sybille Eberle, München

Beisitzer:

Dr. med. Michael Bartoschek, Bamberg

Dr. med. Werner Bauer, Eggenfelden

Dr. med. Gerhard Dandorfer, Schweinfurt

Dr. med. Wolfgang Ellgas, Rosenheim

Dr. med. Christiane Eversmann, München

Privatdozent Dr. med. Axel Gehrke, München

Dr. med. Ansgar Hahn, Salz

Privatdozent Dr. med. Franz-Josef Helmig, München

Dr. med. Helmut Müller, Deggendorf

Dr. med. Herbert Muschweck, Nürnberg

Dr. med. Peter Paskuda, München

Dr. med. Detlef Peters, München

Dr. med. Hannelore Siebold, Kempten

Dr. med. Volkhard Ulbert, München

Friedrich von Bültzingslöwen, Regensburg

Professor Dr. med. Kurt Kochsiek, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde zum Vorsitzenden des Wissenschaftsrates gewählt.

Professor Dr. med. Peter Sefrin, Institut für Anästhesiologie der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde in den von der Bundesärztekammer neu errichteten Arbeitskreis „Richtlinien – Leitende Notärzte" berufen.

Professor Dr. med. Hartmut Rabes, Pathologisches Institut der Universität München, Thalkirchner Straße 36, 8000 München 2, wurde zusammen mit Professor Dr. N. Brock, Bielefeld, der Deutsche Krebspreis 1987 verliehen.

AIDS – Diagnostik und Kontrolle

Bericht über ein vom Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einberufenes Treffen von Vertretern aus 27 Mitgliedsländern und Beratern vom 16. bis 18. März 1987 im Ärztehaus Bayern, München

Die Teilnehmer vertraten die Auffassung, daß die Infektion mit HIV und die AIDS-Erkrankung eine bedeutsame Gefährdung der Gesundheit in allen Staaten der Region und der Welt darstellt.

Es bestand Übereinstimmung, daß es keine Hinweise auf andere als die bereits allgemein bekannten Verbreitungswege des HIV gibt. Hierzu gehören homosexuelle oder heterosexuelle Intimkontakte, gemeinsame Benutzung kontaminierter Injektionsbestecke bei Drogenabhängigen, kontaminiertes Blut, Blutprodukte oder transplantierte Organe und Übertragung des Virus von HIV-infizierten Müttern auf den Fetus oder neugeborene Kinder.

Die gegenwärtig verfügbaren, am besten wirksamen Maßnahmen zur Eindämmung der Infektionsausbreitung sind intensive und offene Aufklärung der gesamten Bevölkerung über die Natur der HIV-Infektion, ihre Übertragungswege und über die verfügbaren Vorsichtsmaßnahmen, die Änderungen des Lebensstils und „safer sex"-Praktiken einschließen.

Dringend benötigt werden bessere epidemiologische Daten über die Verbreitung der HIV-Infektion und die Entwicklung der AIDS-Erkrankung in der Bevölkerung. Die meisten Teilnehmer des Treffens waren der Ansicht, daß diese Daten durch gezielte Untersuchungen auf freiwilliger Basis und nicht durch Zwangsuntersuchung ausgewählter Gruppen oder der Gesamtbevölkerung eines Landes oder durch namentliche Meldepflicht erhalten werden sollten. Das Vorgehen kann sich jedoch von Staat zu Staat unterscheiden. Der gegenseitige Informationsaustausch zwischen den Ländern der europäischen Region über HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen sollte verbessert werden.

Notwendig erscheint eine weitere Verbesserung diagnostischer Verfahren zum Nachweis der HIV-Infektion. Verbesserungen sollten auf eine einfachere Handhabung, geringere Kosten und höhere Spezifität der Testverfahren gerichtet sein, um die Notwendigkeit für autwendige Bestätigungsteste zu vermindern. Untersuchungsverfahren zum direkten Nachweis von HIV oder HIV-Antigen in der frühen Infektionsphase werden ebenfalls benötigt.

Zusätzlich sollten Verfahren zum Nachweis von Infektionen mit HIV-verwandten Viren (westafrikanische Isolate LAV 2, HTLV IV, STLV-3; auch als HIV 2 bezeichnet) entwickelt werden, um die erwartete Verbreitung dieser Viren in der europäischen Bevölkerung zu überwachen.

Verschiedene epidemiologische Modelle wurden diskutiert. Diese Modelle werden sich bei Vorhersagen über kurzfristige epidemiologische Trends als hilfreich erweisen, können aber gegenwärtig nicht für langfristige Vorhersagen genutzt werden, da sie von bisher nicht zugänglichen oder schwer erfaßbaren Daten über HIV-Prävalenz und Veränderungen des Lebensstils abhängig sind.

In Diskussion angesprochene Probleme der Gesundheitsgesetzgebung, sozialer Aspekte und der Gesundheitserziehung müssen sorgfältig geprüft werden. An das WHO-Regionalbüro wurde die Empfehlung gerichtet, wissenschaftliche Tagungen auf europäischer Basis zu organisieren, auf denen diese Themenkreise eingehender diskutiert werden sollten.

Starke Unterstützung fand der Vorschlag der Europäischen Gemeinschaft (EEC) und des Europäischen Rates (Council of Europe), die AIDS-Forschung als vordringliche nationale Aufgabe einzustufen. Finanzielle Mittel zur Steigerung der Zahl von Instituten mit Grundlagen- und klinischer Forschungsaktivität, zur Entwicklung und Ausdehnung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Staaten und zur Etablierung eines Kooperationsverbundes für klinische Therapiestudien sollten bereitgestellt werden.

F. Deinhardt, München, Vorsitzender

I. Dömök, Budapest, Stellvertretender Vorsitzender

A. Smithies, London, Berichterstatter

E. Leparski, WHO Regional Office Copenhagen, Direktor, Disease Prevention and Control

B. Bytchenko, WHO Regional Office Copenhagen, Regional Officer for Communicable Diseases

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

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

Band 68 „Notfallmedizin nach Leitsymptomen"

Band 69 „Infektionskrankheiten – Aktuelle Diagnostik – Aktuelle Therapie – Internistische Intensiv- und Notfallmedizin"
(Vorträge des 25. Bayerischen Internistenkongresses, 1985)

Band 70 „Therapie chronischer und schwerer Schmerzzustände – Arteriosklerose und koronare Herzkrankheit – Gastroenterologie und Diabetes mellitus – Fasten-Hungern-Zwangsernährung"
(Vorträge des 36. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1985)

– Alle Kassenärzte in Bayern erhielten diese Broschüren durch ihre Bezirksstelle der KVB –

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 Fördarungsmöglichkeiten bestehen.

Oberbayern

Moosburg, Lkr. Freising:
1 HNO-Arzt

Landkreis Treunstein:
1 HNO-Arzt

Landkreis Landsberg:
1 Hautarzt

Landkreis Neuburg-Schrobenhausen:
1 Hautarzt

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

Oberfranken

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

Münchberg/Helmbrechts, Lkr. Hof/Saale:
1 Augenarzt

Lichtenfels:
1 Augenerzt

Forchheim:
1 Hautarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Hof/Saale:
1 Hautarzt

Bamberg:
1 Kinderarzt

Bamberg:
1 Lungenarzt oder Internist mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde
(Praxisübernahmemöglichkeit)

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

Mittelfranken

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 Nervenarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

1 Nervenarzt
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:
1 Radiologe
(Gemeinschaftspraxis)

In Mittelfranken sind darüber hinaus folgende Niederlassungsmöglichkeiten für Gebietsärzte vorhanden:

9 Kassenarztsitze für Chirurgen
1 Kassenarztsitz „ Frauenärzte
1 „ „ Internisten

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

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (0911) 4627-412 (Frau Gresens / Herr Hubatschek).

Unterfranken

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

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

Erlenbach/Klingenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Amorbach, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Ebern/Eltmann-Ebelsbach/Haßfurt, Lkr. Haßberge:
2 Augenärzte

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Chirurg

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

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

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 HNO-Arzt

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

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

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Hautarzt

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

Planungsbereich Obernburg, Lkr. Miltenberg:
1 Internist

Mellrichstadt/Bad Königshofen, Lkr. Rhön-Grabfeld:
2 Internisten

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:
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

Aschaffenburg, Lkr. Aschaffenburg:
1 Urologe

In Unterfranken sind darüber hinaus folgende Niederlassungsmöglichkeiten für Gebietsärzte vorhanden:

10 Kassenarztsitze für Chirurgen
3 „ „ Frauenärzte
5 „ „ Internisten
1 Kassenarztsitz „ HNO-Ärzte
1 „ „ Urologen

Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung sind in den jeweiligen Bereichen bis zur Niederlassung eines freipraktizierenden Kassenarztes 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-Sulzbach:
1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:
1 HNO-Arzt

Landkreis Schwendorf:
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) 3782-0.

Niederbayern

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

Mallersdorf/Pfaffenberg, Lkr. Straubing-Bogen:
1 Augenarzt

Landkreis Passau und kreisfreie Stadt Passau:
1 Hautarzt

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

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

Waldkirchen, Lkr. Freyung-Grafenau:
1 Kinderarzt

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

Schwaben

Dillingen, Lkr. Dillingen:
1 Hautarzt

Merktoberdorf, Lkr. Ostallgäu:
1 Hautarzt

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

Bericht aus Bonn

Sozialpolitische Aspekte

Der Bundesarbeitsminister wirkt recht hilflos, wenn er über die gesetzliche Krankenversicherung, deren Strukturreform, über Kostendämpfung und die Stabilisierung der Beitragssätze spricht. Zweimal hätte Blüm nun schon Gelegenheit gehabt, die Leerformeln der Koalitionsvereinbarung über die angestrebte Reform der Krankenversicherung durch Ankündigungen über die geplanten Maßnahmen zu ergänzen. Aber in der Bundestagsdebatte über die Regierungserklärung blieb Blüm mit seinen Ankündigungen noch hinter den Koalitionsvereinbarungen zurück; und auch vor der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen" sagte Blüm nicht, wohin die Reise gehen soll. Wenn der Minister diese beiden Gelegenheiten, seine Vorstellungen zu entwickeln, verstreichen ließ, so bestätigt dies nur, daß es weder im Bundesarbeitsministerium noch in der Koalition ein politisch tragfähiges Konzept für die Strukturreform gibt. Spätestens im Herbst wird Blüm Farbe bekennen müssen.

Im Bundestag wies Blüm auf die bekannte Tatsache hin, daß die Überalterung der Bevölkerung auch Konsequenzen für die Krankenversicherung haben wird. Schon heute hätten die Beitragszahler der aktiven Generation ein Defizit in der Rentner-Krankenversicherung von 25 Milliarden Mark zu decken. Der Minister ließ aber keinen Zweifel daran, daß er an der „Generationen-Solidarität" festhalten will. Die Jungen stünden für die Alten ein. Diese Bemerkung läßt darauf schließen, daß der Minister nicht daran denkt, an den Finanzierungsmodalitäten der Rentner-Krankenversicherung viel zu ändern. Das kann nicht überraschen, denn die Politiker wollen nicht die Rentenprobleme vermehren, um sich in der Krankenversicherung Entlastung zu verschaffen.

Da es dabei bleiben werde, daß immer weniger Beitragszahler die Rentner-Krankenversicherung mitzutragen hätten, müsse in der Krankenversicherung umgeschichtet werden, sagte Blüm. Das Kunststück werde nur sein, sich zu entscheiden: Was ist wichtig, und was ist wichtiger? Blüm gab auf diese selbstgestellte Frage keine Antwort. Statt dessen sprach er sich selbst Mut zu. „Die Kunst der Krankenversicherungsreform wird der Mut zur Prioritätensetzung sein." Beifall verzeichnet das Protokoll an dieser Stelle nicht. Es gebe viel zuviele Krankenhausbetten, aber zuwenig Pflegebetten, sagte der Minister. Und nicht alles, was uns lieb und teuer sei, müsse von Krankenversicherungsbeiträgen bezahlt werden. Mit Pflichtbeiträgen dürfe nicht der Luxus des anderen finanziert werden. Also müsse man sich auf einen Grundkern der Krankenversicherung verständigen, der solidarisch abgedeckt werde, sagte Blüm, der davon sprach, mit Mut und Phantasie den „tausendfüßigen Lobbyismus" besiegen zu wollen. Mehr wurde in der dreitägigen Bundestagsdebatte zu Thema Strukturreform eigentlich nicht geboten, von keinem Redner.

Die „Konzertierte Aktion", die wenige Tage nach der Bundestagsdebatte über die Regierungserklärung zu ihrer 20. Sitzung zusammenkam, erwies sich trotz echtstündiger Beratungen als ebenso unergiebig, was Blüm zu der Feststellung veranlaßte, daß nun für jedermann sichtbar werde: der Gesetzgeber müsse handeln. Daß von diesem „Konzert" nichts zu erwarten war, stand vorher fast. Es ist eine alte Erfahrung, daß keine Gruppe bereit ist, freiwillig noch etwas anzubieten oder auf etwas zu verzichten, wenn der Gesetzgeber handeln will und die verantwortlichen Politiker schon vorweg ankündigen, daß jeder Opfer bringen müsse. Schließlich will niemand zweimal zahlen. Schon jetzt läßt sich voraussagen, daß auch die nächsten „Konzertierten Aktionen" ohne Ergebnisse enden werden; man könnte auf sie verzichten, bis der Gesetzgeber entschieden hat. Aber dem Kostendämpfungs-Gesetz muß nun einmal Genüge getan werden.

Immerhin hat die „Konzertierte Aktion" denkbar zur Kenntnis genommen, daß bis zur Einführung des neuen Bewertungsmaßstabes, also bis zum 30. Juni 1988, die kassenärztliche Gesamtvergütung weiterhin an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt bleiben soll.

Eine weitere „Empfehlung" gab es zu den Arzneimittelausgaben. Nachdem die Arzneimittelausgaben der Kassen 1986 bei einem Grundlohnanstieg um 3,1 Prozent um 5,6 Prozent je Mitglied gestiegen sind, heißt nun die Empfehlung: Die Arzneimittelausgaben sollen 1987 die des Vorjahres möglichst nicht überschreiten. Die Pharma-Industrie wird aufgefordert, den Preisappell des Vorjahres um ein Jahr zu verlängern, die Kassenärzte sollen die Preisvergleichsliste nutzen, die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die Kassenärzte verstärkt individuell über ihr Verordnungsverhalten, über Generika und Arzneimittelimporte informieren. Sodann sollen die „Beteiligten" die Anregungen des Sachverständigenrates für den Arzneimittelmarkt prüfen; dieser hält Einsparungen in Milliarden-Höhe für möglich. Am Ende wird man wohl zufrieden sein, wenn es gelingt, die Ausgaben für Medikamente im Rahmen der Grundlohnentwicklung zu halten.

Der Verdacht liegt wohl nahe, daß der Rat der Sachverständigen dem Ministerium gelegen kommt. Blüm sucht nach Sperpotentialen. Diese scheint er zunächst vor allem bei den Krankenhäusern, den Zahnärzten und der Pharma-Industrie zu sehen. Die Zahnärzte fürchten, daß ihr Honoraranteil beschnitten werden soll. Das bestimmt die Tonlage des Protestes. Verteilungskämpfe werden immer mit harten Bandagen ausgetragen. Blüm sollte wohl darauf achten, daß nicht schon im Vorfeld der Reform unnötig Porzellan zerschlagen wird. Er täte gut daran, sein Konzept möglichst schnell auf den Tisch zu legen, damit sichtbar wird, daß er die Lasten der Reform nicht einseitig verteilen will. Für jede Gruppe wäre es dann leichter, Opfer hinzunehmen.

Die Pläne für die großen Sozialreformen werden auch dadurch belastet, daß es im Parlament immer weniger erfahrene Sozialpolitiker gibt. Die CDU/CSU-Fraktion mußte einen neuen Vorsitzenden ihrer sozialpolitischen Arbeitsgruppe suchen, weil Bernhard Jagoda das Wahlziel nicht erreicht hat. Die Fraktion wählte als seinen Nachfolger den Abgeordneten Horst Günther von den Sozialausschüssen. Der CSU-Abgeordnete Feltlheuser, ein liberaler Mann, ging in den Finanzausschuß. Bei der F.D.P. ist der Wechsel von Frau Adam-Schwaetzer in das Amt des Staatsministers bei Genscher zu beklagen; auch Frau Segall hat dem Sozialausschuß den Rücken gekehrt. Von den erfahrenen Sozialpolitikern hält nur Cronenberg die Stellung. Der SPD geht nach Glombig nun auch Frau Fuchs als Sozialpolitikerin verloren; sie wird als Nachfolgerin von Glotz Bundesgeschäftsführerin der SPD. Immer häufiger stellt man sich in Bonn die Frage, wie mit parlamentarischen Neulingen große Reformen verwirklicht werden können. Das stärkt nur die Position der Regierung und vor allem der Administration. Niemand kann ein gutes Gefühl bei dem Gedanken haben, daß am Ende der Reformkurs von Beamten bestimmt wird, die politisch nicht haftbar zu machen sind.

bonn-mot

Kongresse: Allgemeine Fortbildung

Niederlassungsseminar des Hartmannbundes — Landesverband Bayern —

am 27. Juni 1987 in Neu-Ulm

Themen: Finenzierung — Praxisform und Personal — Praxisorganisetion und Rationalisierung — Ortswehl und Kassenzulassung — Rechtsfregen bel der Niederlessung — Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung — Versicherungsschutz — Steuerfragen bel der Niederlassung — Diskussion

Zeit: 8.30 bis ca. 17 Uhr

Unkostenbeiträge: DM 50,— für Hartmennbund-Mitglieder; DM 100,— für Nichtmitglieder

Ort: Mövenpick-Hotel, Edwin-Scherff-Haus, Silcherstreße 40, Neu-Ulm

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Lendesverbend Beyern des Hartmannbundes, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 4 70 60 85

Symposion „Diabetes 87"

em 9. Mel 1987 in MOnchen

Leitung: Professor Dr. H. Mehnert, München

Ort: Hilton Hotel, Am Tucherpark 7, München 22

Auskunft:
Frau Sempert, Ringpress, Schwindstraße 3, 6000 Frankfurt 1, Telefon (069) 74 07 11

36. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung

vom 9. bis 13. Juni 1987 in Berlin

Veranstalter: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V. in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. Dr. h. c. mult. G. Schettler, Heidelberg

Parallelverenstaltungen für Zahnärzte, MTA und Pflegepersonal

Auskunft:
Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Klingsorstraße 21, 1000 Berlin 41, Telefon (0 30) 7 91 30 91

Fortbildungsveranstaltungen des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth

24. Juni 1987 (Kolpingheus)
Arteriosklerose — ein schicksalhafter Prozeß? (Professor Dr. Knick, Wiesbaden)

15. Juli 1987 (Stedthelle)
Akutbehandlung zerebreler Ausfallerscheinungen (Dr. Weth, Erlangen)

1. August 1987 (Stedthelle)
Rheuma-Symposion

23. September 1987 (Stedthelle)
Möglichkeiten und Grenzen der Proktologie (Professor Dr. Otto, Burgwedel)

3. Oktober 1987 (Stedthalle)
Orthopädisches Symposion (Privatdozent Dr. Fuchs, Bayreuth)

14. Okfober 1987 (Kolpinghaus)
Hausärztliche Betreuung von AIDS-Petienten (Dr. Rust, Frankfurt)

11. November 1987 (Stadthelle)
Differentialdiagnose und Therepie der Diarrhoe (Professor Dr. Wanitschke, Meinz)

9. Dezember 1987 (Kolpinghaus)
Arzneimittelinterektionen

Auskunft:
Dr. W. Raisch, Siegmundstreße 3, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 292-291

durafungol, unser wirksames Präparat gegen Pilzinfektionen, ist auch heilsam preiswert.
durefungol® Creme 20 g DM 6,20
durefungol® Lösung (Pumpspray) 30 ml DM 10,90

Neu: dura-fungol

Dermatomykosen: Clotrimazol

durafungol® Creme, durafungol® Lösung (Pumpsprey): Zus.: 1 g Creme (O/W) bzw. 1 ml Lösung enth. Clotrimazol 0,01 g. **Anw.:** Alle Hautmykosen. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gegen Clotrimazol, sowie Cetylstearylalkohol (Creme) und Propylenglykol und 2-Propanol (Lösung). **Nebenw.:** Nur gelegentlich können Hautirritationen und allerg. Reaktionen auftreten. **Dos.:** durafungol® Creme wird 2-3 x tgl. auf die erkrankten Stellen dünn aufgetragen. durafungol® Lösung: Pro Anwendung 1-2 x auf den Sprühknopf drücken. Wichtig für einen Erfolg der Behandlung ist die regelmäßige und ausreichend lange Anwendung von durafungol® Creme bzw. Lösung. **Handelsformen und Preise:** durafungol® Creme 1 g: 20 g OM 6,20, 50 g OM 13,85; durafungol® Lösung (Pumpspray) 1 g: 30 ml OM 10,90. **Weitere Angaben** finden Sie den wiss. Unterlagen bzw. Packungsbeilagen. Stand: März 87 durachemie GmbH & Co. KG, Bürgermeister-Seidl-Str. 7, 8190 Wolfratshausen. **Qualität im Sinne des Erfinders. Zu Preisen im Zeichen der Zeit.**

durachemie

Blaulichtärzte – 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. 25. 7.	II II	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Frau Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
München Ärztehaus Bayern	7. 11. 28. 11.	II II	Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstr. 16, 8000 München 80 Telefon (0 89) 41 47-288 Fräulein Wolf
Nürnberg-Fürth Stadthalle-Fürth	4. 7. 18. 7. 10. 10. 14. 11.	III III II II	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532
Würzburg Universitätsklinik Kolpinghaus	27. 6. 11. 7. 21. 11.	I I III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg Frau Knüpf, Telefon (09 31) 3 07-275

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.

12. Oberstaufener Symposion für praktische Onkologie

am 27. Juni 1987 (Kurseel, Markt Oberstaufen)

Veranstalter: Regionales Fortbildungszentrum Oberallgäu (Ärztlicher Kreisverband Oberallgäu), Schloßbergklinik Oberstaufen in Verbindung mit dem Tumorzentrum München und der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V.

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Themen: Vorträge zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Erkrankungen — Onkologisches Seminar mit praktischen Übungen

9.15 bis 13 Uhr (Kurseel):

Die Begleitung von Krebskranken und ihren Familien
Dr. A. Sellschopp, Dr. M. Beutel

Maligne Bronchialtumoren

Risikogruppen und Vorsorge
Privatdozent Dr. L. Schmid

Pathologische Anatomie und zytologische Diagnostik
Professor Dr. K. Remberger

Präoperative Diagnostik
Privatdozent Dr. U. Dold

Chirurgie

— Standardverfahren
Privatdozent Dr. H. Präuer

— Besondere Verfahren
Professor Dr. L. Sunder-Plassmann

Diskussion

Internistische Behandlung
Professor Dr. H. Sauer

Strahlentherapie
Privatdozent Dr. R. Rohloff

Palliative Behandlungsmaßnahmen
Dr. H. P. Emslander

Nachsorge
Dr. K. Zellmann

Diskussion

Hämatologie

Diagnostik und Therapie chronischer Leukämien in der Praxis
Professor Dr. H. Themi

Diskussion

14.30 — 16 Uhr:

Seminare (simultane Veranstaltungen)

I. Onkologisches Kolloquium mit klinischer Visite

Dr. K. Zellmann, Privatdozent Dr. L. Schmid, Dr. V. Bryxi

II. Chirurgische Indikationen zur Behandlung von Lungenmetastasen

Professor Dr. B. Günther

III. Hämatologie

— Supportive Therapiemaßnahmen bei Patienten mit malignen Erkrankungen: Antibiotika, Antimykotika, Hämotherapie nach Maß, Ernährung
Professor Dr. H. Sauer

— Hämorrhagische Diathese und Hyperkoagulabilität bei Tumorpatienten
Professor Dr. E. Hiller

IV. Nachsorge bei gynäkologischen Tumorpatienten

einschließlich Mammakarzinom unter Berücksichtigung der Tumormarker
Privatdozent Dr. R. Schröck

Auskunft:
Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e.V., Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-277

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

4. Juli 1987
26. September 1987
14. November 1987

in der Mühlbaurstraße 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, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-356, Frau Klockow, zu richten bis 26. Juni, 18. September und 6. November 1987.

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

IV. Frühjahrssymposion der Neurologischen Klinik am Klinikum Ingolstadt

am 16. Mai 1987

Leitung: Professor Dr. J. Kugler

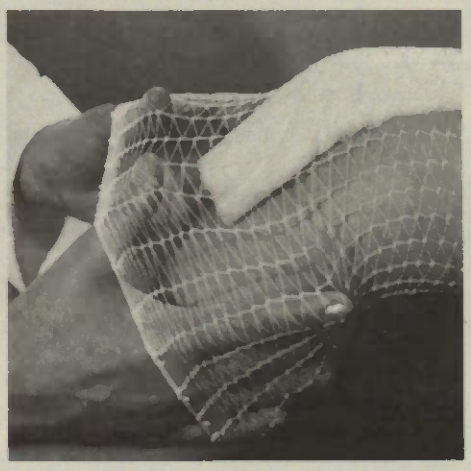
Themen: Glanz und Elend der Epilepsiebehandlung — Differentialdiagnose epileptischer und nichtepileptischer Anfälle — Probleme bei der Verordnung von Antiepileptika — Soziale und rechtliche Probleme der Anfallskranken

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Hotel Ambassador, früher Holiday Inn, Ingolstadt

Auskunft und Anmeldung:
Frau Pitterle, Unterer Gresweg 78, 8070 Ingolstadt, Telefon (08 41) 5 18 36

Lohmann



tg-fix
Netzverband

Von Kopf bis Fuß, vom kleinen Finger bis Körpergröße 48 und darüber, vom Kniegelenk bis zur Achselhöhle — tg-fix schmiegt sich allen Körperformen an, faltenlos und kaum spürbar.
Der hochelastische Netzverband fixiert schnell, hautnah und hautverträglich.
Einfach ablängen, überziehen, fertig!

LOHMANN GmbH & Co. KG · D-5450 Neuwied 12

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

Anästhesiologie

15./16. Mai und 26. bis 28. Juni in Erlangen

Institut für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. Rüghaimer)

15./16. Mai

„Einführungskurs — Medizintechnik und Gerätekunde"

Thema: Theoretische Grundlagen, Demonstrationen und praktische Übungen an Narkose- und Beatmungsgeräten (für Anästhesisten)

26. bis 28. Juni

„Einführungskurs — Medizintechnik und Gerätekunde"

Thema: Theoretische Grundlagen, Demonstrationen und praktische Übungen an Narkose- und Beatmungsgeräten (besonders für Anfänger)

Kursgebühr: DM 250,— (15./16. Mai); DM 375,— (26. bis 28. Juni)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Dr.-Ing. A. Obermayer, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-27 31

Arbeitsmedizin

21. Mai in München

Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München (Vorstand: Professor Dr. G. Fruhmann) gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Landesverband Südbayern und dem Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner

Themen: Informationsgewinn durch Erfassung des Zeitverlaufs der Staubexposition — Entstaubungsanlagen — Meßmethoden für Kohlenwasserstoffe — Benzol-Exposition an Tankstellen — Ärztlicher Sachverständigenbeirat, Sektion Arbeitsmedizin beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Kurzbericht)

Zeit: 18 Uhr c. t.

Ort: Kleiner Hörsaal der Medizinischen Klinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II (Zimmer 251), München 2

Anmeldung n i c h t erforderlich

Augenheilkunde

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 marktgängigen Geräten

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Dr. Dr. B. Lachenmayr, 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 (Wacker-Kurs)"

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

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

Ort: Hörsaal der Augenklinik, Mathildenstraße 8, München 2

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

---

10. Juni in Erlangen

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

Leitung: Professor Dr. K. W. Rupracht

„39. Erlanger Augenärztliche Fortbildung"

Thema: Immunologische Aspekte in der Augenheilkunde — Kurzvorträge und Patientendemonstrationen

Zeit: 18.15 bis ca. 20 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen

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

Mai 1987

15./16. Anästhesiologie - Erlangen
15./18. EKG - Bernried
18. Kinder - Erlangen
16. Rheumatologie - Oberammergau
19. Labor - München
20. Augen - München
20. Kardiologie - Seeshaupt
20./21. Augen - München
21. Arbeitsmedizin - München
21./22. Augen - München
22./23. EKG - Bernried
22.–24. Rheumatologie - Bad Abbach
25.–27. Sonographie - Erlangen

Juni 1987

3. Onkologie - München
10. Augen - Erlangen
15.–17. Lungen - Bad Reichenhall
22.–26. Onkologie - Nürnberg
24. Augen - München
24. Frauen - München
26./27. Chirurgie - Erlangen
26.–28. Anästhesiologie - Erlangen
26.–28. Innere - Bad Neustadt
26.–28. Orthopädie - München
27. Onkologie - München

Juli 1987

1. Augen - München
3.–5. EKG - Erlangen
4. HNO - Augsburg
8. Augen - München
11. Orthopädie - Bad Abbach
15. Augen - München
15. Frauen — München
22. Augen - München
22. Frauen — München
29. Augen - München

Sommersemester in München

Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H.-J. Merté)

20. Mai

Differentialdiagnose des Papillenödems und der Opticusatrophie

24. Juni

Grundfragen ophthalmologischer Gutachtertätigkeit

1. Juli

Sekundärglaukome: Genese, Pathophysiologie, Klinik, Therapie

8. Juli

Einsatz der digitalen Bildverarbeitung in der medizinischen Diagnostik

15. Juli

Herpetische Augenerkrankungen: Klinik und medikamentöse Therapie — Diskussion: Ist die Abrasionstherapie obsolet?

22. Juli

Infektvitrektomie, Indikationen und Technik

Lupenrein die Qualität und klein der Preis

VERBÜRGTE GIULINI KALI-CHEMIE QUALITÄT

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 irreversiblem 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

Unsere Erde ist voller Tetanus-Erreger

AM-Gruppe Berlin

Tetavax®
Tetaglobulin®

Tetavax®
Zusammensetzung: 1 Impfdosis enthält: mind. 40 I.E. Tetanus-Foxoid, 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 eitrigen 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:* Spritzenpulle zu 0,5 ml DM 5,76, 20 Spritzampullen 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 Spritzampulle 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 Aminoessigsäure (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:* Spritzampulle 1 ml DM 16,64, 10 Spritzampullen 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

29. Juli

Morphologie der Kammerwinkelveränderung und deren funktionelle Bedeutung für das Glaukom — Pharmakologische Grundlagen in der Ophthalmologie

Zeit: jeweils 18 bis 18 Uhr (einschließlich klinischer Demonstrationen)

Ort: Seminarraum, 4. Stock, Klinikum rechts der Isar, Trogerstraße 32, München 80

Auskunft:
Sehschule, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 43

Chirurgie

26./27. Juni in Erlangen

Chirurgische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. F. P. Gall)

Leitung: Professor Dr. F. P. Gall, Professor Dr. J. Scheele

„Internationales Symposion — Fortschritte in der Leberchirurgie"

Themen: Epidemiologie, Pathologie und Diagnostik — Leberresektion, Taktik und Technik — Lebermetastasen, kurativer Therapieansatz, palliative Therapie — Behandlungsstrategien bei Tumoren und tumorartigen Erkrankungen der Leber — Lebertransplantation — Postersession

Beginn: Freitag, 8 Uhr; Ende: Samstag, 14 Uhr

Ort: Große Stadthalle, Nürnberger Straße, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:
Privatdozent Dr. H. Groitl, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-32 96/7 oder 85-34 29

Elektrokardiographie

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

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten, Klinische Abteilung IV (Chefarzt: 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 — Vorhof-EKG - Linksventrikuläre Hypertonie — Schenkelblockbilder — AV-Blockierungen — Schrittmacher-EKG

22./23. Mai
„Fortgeschrittenenseminar" (Teil 2)

Themen: Vektorielle Betrachtungsweise — Herzinfarkt — Belastungs-EKG — Repolarisationstörungen — 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

---

3. bis 5. Juli in Erlangen

Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Sportmedizinische Abteilung (Leiter: Professor Dr. W. Hilmer)

„EKG-Kurs für Sportärzte" (Fortgeschrittenenkurs)

Themen: Sportärztliche Problemfälle im Breitensport, Seniorensport und bei Kindern und Jugendlichen — Sportpraxis und Diskussion, Spiel und Sport

Zeit: 3. Juli, 15 bis 18.30 Uhr; 4. Juli, 9 bis 18.30 Uhr; 5. Juli, 8 bis 13 Uhr

Ort: Sportzentrum, Gebbertstraße 123, Erlangen

Tagungsgebühr: DM 100,— pro Veranstaltung; Begleitperson DM 50,—; Tageskarte DM 50,—

Auskunft und Anmeldung:
Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Sportmedizinische Abteilung, Frau E. Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-37 02

Frauenheilkunde

Sommersemester in München

Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. H. Hepp)

Leitung: Professor Dr. H. Hepp, Privatdozent Dr. W. Elermann

24. Juni

Thema: Aussagekraft von Laborparametern zur Früherkennung von Infektionen in der peripartalen Phase

15. Juli

Thema: Osteoporoseprophylaxe durch Östrogensubstitution

22. Juli

Themen: Grundlagen der photodynamischen Lasertherapie — Quantitative Mikrozirkulationsanalyse bei Tumoren

Beginn: jeweils 18 Uhr c. t.

Ort: Hörsaal I im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft und Anmeldung:
Privatdozent Dr. W. Elermann, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-47 20

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

4. Juli in Augsburg

Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Zentralklinikum Augsburg (Chefarzt: Professor Dr. P. Bumm)

„Gemeinschaftliches HNO-ärztliches und neurologisches Fortbildungsseminar"

Thema: Peripherer und zentraler Schwindel, aktuelle Aspekte

Zeit: 9 bis 14 Uhr

Ort: Zentralklinikum, Stenglinstraße, Augsburg

Auskunft:
Professor Dr P. Bumm, Stenglinstraße, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 4 00-1

● Breitband-Antiphlogistikum ● Verletzungsfolgen
● Entzündliche und ödematöse Prozesse verschiedener Genese und Lokalisation

Traumeel®

Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

-Heel

Zusammensetzung Salbe: 100 g enth.: Arnica Ø 1,5 g; Calendula Ø, Hamamelis Ø jeweils 0,45 g; Echinacea angustifolia Ø, Echinacea purpurea Ø, Chamomilla Ø jeweils 0,15 g; Symphytum Ø, Bellis perennis Ø jeweils 0,1 g; Hypericum Ø, Millefolium Ø jeweils 0,09 g; Aconitum D1, Belladonna D1 jeweils 0,05 g; Mercurius solubilis Hahnemanni D1 0,04 g; Hepar sulfuris D1 0,025 g.
Dosierungsanleitung Salbe: Morgens und abends, bei Bedarf auch öfters auf die betroffenen Stellen, auch auf Schürfwunden, auftragen, ggf. auch Salbenverband.
Darreichungsform und Packungsgrößen Salbe: Tuben mit 50 g DM 9,27, mit 100 g DM 16,70. **Weitere Darreichungsformen:** Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

Stand April 1985

Innere Medizin

26. bis 28. Juni in Bad Neustadt

Kurparkklinik Bad Neustadt (Ärztlicher Leiter: Professor Dr. Dr. F. Matzkies)

„16. Ernährungsmedizinisches Seminar"

Themen: Grundlagen der Ernährungslehre – Angewandte Ernährungslehre – Praxis der Diätetik

Beginn: Freitag, 19 Uhr; Ende: Sonntag, ca. 13 Uhr

Teilnehmergebühr: DM 200,– (inkl. Unterkunft und Verpflegung)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Kurparkklinik, Frau Peschke, Kurhausstraße 31, 8740 Bad Neustadt, Telefon (0 97 71) 91 70

Kardiologie

20. Mai in Seesheupt

Klinik für Herz-Kreislauferkrankungen Leuterbacher 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: Digitalis – Diuretika – Vasodilatantien – ACE-Hemmer?

Zeit: 16 bis 18.30 Uhr

Ort: Klinik für Herz-Kreislauferkrankungen Leuterbacher Mühle, Ostersee, Seeshaupt

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Klinik für Herz-Kreislauferkrankungen Leuterbacher Mühle, Frau Mang, Ostersee, 8124 Seeshaupt, Telefon (0 88 01) 18-305

Kinderheilkunde

16. Mai in Erlangen

Kinderklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. K. Stehr) in Zusammenarbeit mit der Fränkisch-Oberpfälzischen Gesellschaft für Kinderheilkunde e. V.

„50. Pädiatrische Erlanger Fortbildungstagung"

Themen: Atopie und Nahrungsmittelallergie – AIDS im Kindesalter – Wachstumshemmung – Langzeit-EEG-Diagnostik – Notfalltherapie – Prädiktion von Schulschwierigkeiten – Patientendemonstrationen

Zeit: 9.30 bis 18 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Kinderklinik, Loschgestraße 15, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:
Professor Dr. D. Harms, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-31 17

Laboratoriumsmedizin

19. Mai in München

Institut für Klinische Chemie der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. M. Knedel)

„79. Kolloquium"
Thema: Anwendung der zweidimensionalen Elektrophorese von Proteinen

Beginn: 18 Uhr s. t.

Ort: Kleiner Hörsaal Nr. V im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:
Professor Dr. A. Feteh-Moghadam, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-32 04 oder 32 05

Lungen- und Bronchialheilkunde

15. bis 17. Juni in Bad Reichenhall

Klinik Bad Reichenhall, Fachklinik für Erkrankungen der Atmungsorgane (Chefarzt: Privatdozent Dr. W. Patro) in Zusammenarbeit mit der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Erkrankungen der Atmungsorgane e. V.

„Bronchologischer Untersuchungskurs – Indikation, Methodik, Klinik" (Einführungskurs für Pneumologen, Internisten, Anästhesisten)

Ort: Klinik Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9-11, Bad Reichenhall

Teilnehmergebühr: DM 400,–

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat der Klinik Bad Reichenhall, Frau Suhrer, Salzburger Straße 9-11, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (0 86 51) 6 30 41 bis 45

Onkologie

3. Juni in München

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

„24. Onkologisches Seminar für niedergelassene Ärzte"

Thema: Besprechung onkologischer und hämatologischer Erkrankungen mit Patientenvorstellungen

Zeit: 19.30 bis 21.30 Uhr

Ort: Hörsaal V im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:
Professor Dr. E. Hiller, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-30 40 oder 70 95-30 41

---

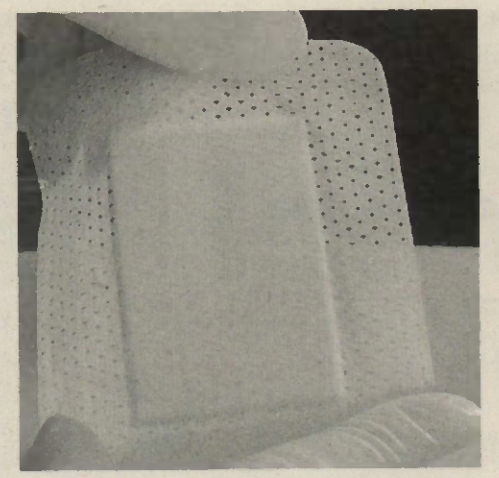
22. bis 26. Juni in Nürnberg

5. Medizinische Klinik und Institut für Medizinische Onkologie und Hämatologie im Klinikum Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. W. M. Gallmeier)

„V. Internationales UICC-Chemotherapie-Symposion"

Auskunft:
Kongreßsekretariat, 5. Medizinische Klinik im Klinikum Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90, Telefon (09 11) 3 98-28 05 oder 3 98-28 06

Lohmann



Curapor®

Gebrauchsfertiger Wundverband, durch feine rasterförmige Perforation gute Luftdurchlässigkeit. Die eingebettete **Metalline-Wundauflage** verklebt nicht mit der Wunde. Daher schmerzloser und schonender Verbandwechsel, der Heilungsprozess wird positiv beeinflußt.

Curapor – zur sterilen Erstversorgung – aus der Apotheke

LOHMANN GmbH & Co. KG · D-5450 Neuwied 12

323040586

27. Juni in München

Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (Vorstand: Professor Dr. E. Biemer), Chirurgische Klinik und Poliklinik (Direktor: Professor Dr. J. R. Siewert) der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und dem Tumorzentrum München

Leitung: Professor Dr. E. Biemer

„Symposion – Interdisziplinäre Therapie zur Extremitätenerhaltung bei malignen Weichgewebstumoren"

Themen: Pathohistologische Diagnostik – Chemotherapie im Erwachsenenalter – Besondere Aspekte der Chemotherapie im Kindesalter – Stellenwert der regionalen hyperthermen Zytostatikaperfusion – Perioperative Strahlentherapie – Radikale Resektion und plastisch-rekonstruktive Techniken an der oberen Extremität – Radikale Resektion und plastisch-rekonstruktive Techniken an der unteren Extremität – Diskussion und Rundtischgespräch zu charakteristischen Fallbeispielen

Zeit: 9 bis ca. 13.30 Uhr

Ort: Hörsaal A im Klinikum rechts der Isar, Ismeninger Straße 22, München 80

Auskunft:
Professor Dr. E. Biemer, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-21 69 oder 41 40-21 70

Orthopädie

26. bis 28. Juni in München

Gesellschaft für orthopädisch-traumatologische Sportmedizin in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzteverband, dem Österreichischen Sportärzteverband und der Schweizerischen Gesellschaft für Sportmedizin

Leitung: Privatdozent Dr. W. Plörringer, München, Professor Dr. B. Rosemeyer, München, Dr. B. Segesser, Basel, Privatdozent Dr. R. Suckert, Linz

„Deutsch - Österreichischer - Schweizerischer Kongreß für Sporttraumatologie"

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

Auskunft und Anmeldung:
Privatdozent Dr. W. Plörringer, Staatliche Orthopädische Klinik München, Harlachinger Straße 51, 8000 München 90, Telefon (0 89) 62 11-3 37

---

11. Juli in Bad Abbach

I. Orthopädische Klinik des BRK-Rheumazentrums, Bad Abbach (Chefarzt: Professor Dr. D. Wessinghage)

Leitung: Professor Dr. D. Wessinghage, Dr. J. Zacher

„Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung mit Fallvorstellungen – Die Schulter"

Themen: Stellenwert balneologischer Maßnahmen in der heutigen modernen Medizin – Anatomie und Physiologie der Schulterregion – Praxisrelevante orthopädische Krankheitsbilder am Schultergelenk (mit Fallvorstellungen) – Differentialdiagnostische Erwägungen bei Veränderungen am Schultergelenk – Konservative Behandlungsmaßnahmen am Schultergelenk – Funktionelle Therapie – Operative Maßnahmen

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Großer Saal im Kurhaus des Rheumazentrums, Bad Abbach

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat der I. Orthopädischen Klinik, 8403 Bad Abbach, Frau Stolte, Telefon (0 94 05) 18-4 05, oder Frau Nolhaas, Telefon (0 94 05) 18-4 01

Rheumatologie

16. Mai in Oberammergau

Rheumaklinik Oberammergau (Chefarzt: Dr. H. J. Albrecht) in Zusammenarbeit mit der Rheumakinderklinik Garmisch-Partenkirchen

„9. Rheumafortbildungstagung"

Thema: Muskelerkrankungen und Rheuma

Zeit: 9.15 bis ca. 15 Uhr

Ort: Rheumaklinik, Hubertusstraße 40, Oberammergau

Auskunft und Anmeldung:
Dr. H. J. Albrecht, Hubertusstraße 40, 8103 Oberammergau, Telefon (0 88 22) 18 11

---

22. bis 24. Mai in Bad Abbach

II. Orthopädische Klinik, Rheumazentrum Bad Abbach (Chefarzt: Dr. K. Donner)

„Rheumatologisches Symposion"

Thema: Entzündlicher Rheumatismus und Manuelle Medizin

Auskunft:
Sekretariat Dr. K. Donner, Frau Wolff, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 18-301

Sonographie

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 Weilein, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 34 45

Gelum® oral-rd Indikationen: Sauerstoffmangelerkrankungen, Lebererkrankungen, Sklerosen, Gewebe- und Geschwulsterkrankungen. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt (siehe Literatur). **Neben- und Wechselwirkungen:** Bei hoher Dosierung und Langzeit-Therapie können vereinzelt tachykardische Störungen und extrasystolische Arrhythmien auftreten. Sie sind durch Dosisminderung schnell zu beheben. **Zusammensetzung:** Kalium-Dieisen(III)-triphosphat-Dikalium-Eisen(III)-citrat-Komplex 30,0 g, L(+)-Milchsäure 2,4 g, D(–)-Milchsäure 0,6 g, Vitamin-B-Komplex 0,16 g (Lactoflavin 0,01 g, Pyridoxinhydrochl. 0,01 g, Calc. pantothen. 0,015 g, Aneurinhydrochl. 0,025 g, Nikotinsäureamid 0,1 g), Aqua dest. ad 100 g.
DRELUSO PHARMAZEUTIKA, 3253 Hess. Oldendorf 1

Dosierung: Mit 3mal täglich 15 Tropfen beginnen und langsam steigern auf 3mal 30 Tropfen. In etwas Wasser (ca. ½ Weinglas) einnehmen, nicht in heißen Flüssigkeiten wie Kaffee oder Tee. **Handelsformen und Preise:** Gelum oral-rd 30 ml OM 12,71, 100 ml OM 29,96. **Weitere Darreichungsformen:** Gelum-Gel Antiphlogistikum 50 g OM 9,20, 100 g OM 16,55. Gelum-Salbe Dermatologikum 50 g OM 9,20, 100 g OM 18,55; Gelum-Supp Antivarikosum 10 Supp. OM 8,70, 40 Supp. OM 28,10.

DRELUSO PHARMAZEUTIKA
3253 Hessisch Oldendorf 1

Äskulap und Pegasus

Bücher von Ärzten für Ärzte (II)

Unserer Ankündigung gemäß bringen wir die Fortsetzung der Buchbesprechungen und hoffen, hier weitere Anregungen für Lesefreuden geben zu können.

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

Der blaue Spiegel
Gestern – heute – morgen

Verfasser: F. Schedel, 280 S., farb. und s./w.-Abb., Leinen, DM 32,–. Verlag Morsak, Postfach 5, 8352 Grafenau.

Franz Schedel, Professor für Chirurgie und ehemaliger ärztlicher Direktor der Passauer Krankenanstalten, gehört jener Generation der in der Zeit von 1914 bis 1920 Geborenen an, jenen „saudummen" Jahrgängen, wie er sagte, denen man in einer entwicklungsträchtigen, sehr bewegten, politisch in Verwirrung führenden Zeit buchstäblich die „Jugend" weggestohlen hatte. Diese Generation mußte sich letztlich als „betrogen und für dumm verkauft" fühlen. In seinem Buch „Der blaue Spiegel" mit dem Untertitel „Gestern – heute – morgen" gibt der Autor nun einen aufschlußreichen und interessanten Einblick über Tendenzen, Probleme, Auswirkungen eben in dieser Zeit jener stark strapazierten und geforderten Generation. Immer wird dabei zuvörderst auf die Rolle des Arztes im Wandel der Zeiten abgehoben. „Blau" war und ist die Farbe der Kragenspiegel, Achselklappen sowie Rocksäume des Sanitätsdienstes, früher genauso wie heute. Dieses Blau ist die Symbolfarbe von Hingabe und Treue – ethisches Grundelement jeglichen Arztseins. Hierin ist der Sinn des Buchtitels zu suchen. Schedel wählt zur Darstellung einer Zeit allgemeiner Wirren, Umwälzungen und Entdeckungen des vergangenen Halbjahrhunderts einen höchst persönlichen „Ich-Erzählton", bringt viel Autobiographisches ein, ohne daß sich hier lediglich ein „Memoirenschreiber" vorstellt. Nein, der Bogen ist inhaltlich und gedanklich viel weiter gespannt. Neben liebevoll genreartig geschilderten persönlichen Begebenheiten fließen kluge und kritische Gedankengänge eines scharf beobachtenden, wissenschaftlich geschulten Mannes ein, die sich mit philosophischen, kulturellen, ethischen, soziologischen und historischen Problemen auseinandersetzen. Ein geistreiches, lesenswertes Buch, mit dem sich gerade die älteren Kollegen aus dieser geschilderten Zeit identifizieren können, junge Kollegen indes mit Staunen von Schwierigkeiten erfahren, mit denen sie gottlob nicht mehr konfrontiert werden.

Medizinisch-literarischer Almanach auf das Jahr 1986

Begründet und herausgegeben von W. Theopold unter Mitarbeit von J. F. Volred Deneke und G. Prinzhorn, 248 S., zahlr. Abb., Leinen, DM 28,–. Verlag Karl Thiemig, München.

Man komme nicht in Versuchung, zu glauben, ein „Medizinisch-literarischer Almanach – auf das Jahr 1986" müsse sich auf einem Sechgebiet bewegen, das nur die Zunft der Jünger Äskulaps angehe, wie der Nicht-Arzt vermutan möchte. Mitnichten. Kein Sachbuch also mit kalendarisch ausgewählter medizinischer Thematik. Es handelt sich hier auch nicht um jene Sammlungen von anspruchslos belehrenden und unterhaltenden Themen wie Prophezeiungen, Liebesgeschichten, Anekdoten usw., sozusagen als Kalendergeschichten präsentiert. Eher schon vergleichbar früheren literarisch-belletristischen, aus bestimmten Anlässen gesammelten Beiträgen verschiedener literarischer Formen. Im Vorwort gar wird auf Schillers Musenalmanach verwiesen und an jene Sammelbände der Romantiker Schlegel, Tieck, Chamisso und Varnhagen erinnert. Ein hoher Anspruch. Nun ja, neben derzeit lebenden schriftstellernden Ärzten findet man auch Autoren aus dem ärztlichen Stand, die diesem Band vermöge ihrer Rangstellung im literarischen Himmel Bedeutung und Gewicht verschaffen helfen: Schiller, Tschechow, Fontane (Apotheker freilich!). Und was da nicht alles daneben steht! Gut konzipiert und ausgewählt die Kapitel „Aus ärztlichem Alltag – Freude und Mühsal des Lebens – Über den Schlaf – Vom Tode – Vom schweren Studium der Anatomie – Aus bewegter Zeit – Auf den Flügeln der Phantasie – Und ein wenig Spott". Dem Charakter eines literarischen Almanachs mit breiterer Themenstreuung und dennoch harmonischer Geschlossenheit wird dieses Buch wohl gerecht. Ein „Standesalmanach belletristischer Prägung" also. Und es weht ein wenig auch ein Hauch von Romantik darin, Neoromantik vielleicht, wo sich in einer verhärteten Zeit wieder ein wenig Gefühl, ein wenig Gemüt, ein wenig Besinnung auf Historie einschleicht. Man wünscht sich weitere derartige Almanache auf folgende Jahre.

Mit dem Herzen sehen
Gereimte Ungereimtheiten

Verfasser: E. Trube-Becker, 99 S., Paperbeck, DM 14,80. Verlag freier Autoren, Fulde.

In einer Zeit, die Härte statt Liebe und Gefühl verlangt, nimmt man erstaunt ein Gedichtebändchen in die Hand, das unter der heutzutage ungewöhnlichen, um so mehr bedeutsamen Maxima steht „Mit dem Herzen sehen".

Freilich, der Untertitel „Gereimte Ungereimtheiten" kündet es schon an, der Autorin geht es auch um Zwiespältiges, Ambivalentes in unserem Menschsein, um Leben, Lust und Leid. Elegisches, so dünkt mir, dominiert. Wundert es jemand in dieser Zeit? Und die Eingangsverse „Kann ein Mensch den anderen ganz verstehen? / Sein tiefstes Tun und Sein – / fast glaub ich – nein!" gleiten schon hinüber zu jenen angesprochenen Themen wie „Haß und Neid – Wechseln und Werden – Allein – Hoffnungslos – Traurigkeit – Depression – Sinnlos – Einsam" bis zur „Enttäuschung eines Dichters" mit dem Fazit: Bereit zum letzten Gange nun, / vor dem er lange sich gescheut, / den allerschwersten Gang zu tun, / der ihm nun, ach, so leicht erscheint. Indes – mit dem Herzen sehen –, wie sollte man da nicht auch das trotzige „Dennoch" und „Demut – Sehnsucht – Was mich an dieser Welt noch freut – Liebe – Frühlingswind – Frühling und Liebe" miteinbeziehen in den Reigen der Logik des Herzens? Kann man Trube-Backers gedanken- und gemütsbefrachtete Lyrik nicht besser und trefflicher charakterisieren und annehmen, als wenn man sie in ihrer schlichten und verinnerlichten Schönheit, in ihrem menschlichen Tiefgang unter die Prämisse jener weltberühmten Sentenz stellt, die die erwähnte Logik des Herzens offenbart? „Mit dem Herzen sehen" – dazu philosophierte Blaise Pascal: La cœur e ses raisons que la raison ne connaît point; on le sait en mille choses – Das Herz hat seine (Vernunft-)Gründe, die die Vernunft nicht kennt; man erfährt das in tausend Dingen. Und Antoine de Saint-Exupéry bedeutet es so, was Trube-Becker uns in jedem ihrer Gedichte sagen will „Nur mit dem Herzen sieht man gut." – Ein Beitrag diese Gedichte, der kranken Seele unserer Zeit wieder Botschaft und Macht des Gemüts einheimzugeben.

Medikamentöse
Gallensteinauflösung

Kennen Sie Ihre 20 Lysepatienten

Ursofalk®/Chenofalk®

Kombinationspackung

zur schnelleren Gallensteinauflösung

Kostenlos stehen folgende Broschüren zur Verfügung:

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

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 Dünn- 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

Falk-Symposium Nr. 52
Freiburg, Hotel Novotel

X. Gallensäure Konferenz
9.–11. Juni 1988

Information: FALK-FOUNDATION e.V.
Habsburgerstraße 81
D-7800 Freiburg i.Br.
W-Germany

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 ≙ 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. Stand Sept. 1986

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

Gastroenterologiewoche Titisee 1987 – 7.-15. Juni

Falk-Symposien Nr. 46, 47, 48
10. – 12. Juni 1987, Symposium Nr. 47
Leber und Magen-Darmtrakt im Alter

Information: FALK-FOUNDATION e.V.
Habsburgerstraße 81
D-7800 Freiburg i.Br.
W-Germany

Personalia

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Professor Dr. Dr. S. Borelli und Professor Dr. H. Düngemann

Der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages Dr. Vilmar überreichte Professor Borelli und Professor Düngemann, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40, am 8. März 1987 in Davos anläßlich des 35. Internationalen Fortbildungskongresses der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer die Ernst-von-Bergmann-Plakette, die höchste Auszeichnung für Verdienste um die ärztliche Fortbildung.

Professor Dr. med. Dr. phil. Siegfried Borelli, ordentlicher Professor für Dermatologie und Venerologie, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, ist Mitglied der Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sowie erster Stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Auf nunmehr 50 Kongressen der Bundesärztekammer in Badgastein, Davos, Meran, Grado, Montecatini und Köln führte Professor Borelli neben den Hauptvorträgen zumeist einwöchige Seminare und Praktikumsveranstaltungen für Allergologie und Dermatologie durch. Viele Hunderte von Veröffentlichungen und zahlreiche Monographien sind sein Beitrag für die ärztliche Fortbildung, aber ebenso stellte er sich und seine Mitarbeiter bereitwillig für unzählige Fortbildungsveranstaltungen auf allen Ebenen der Fortbildung als Referenten zur Verfügung. Professor Borelli vertrat stets die Ansicht, daß ein Wissenschaftler und Universitätsprofessor nicht allein im Bereich der Universität zu wirken habe, sondern sich in gleicher Weise in der ärztlichen Standespolitik engagieren müsse. Im Interesse einer möglichst großen Breitenwirkung und Effektivität hat er sein Wissen in Wort und Schrift insbesondera an die niedergelassenen Ärzte und auch den ärztlichen Nachwuchs weitergegeben.

Professor Dr. med. Hans Düngemann erhielt diese Auszeichnung wegen seiner besonderen Verdienste um die praxisorientierte ärztliche Fortbildung bei zahllosen regionalen und internationalen Veranstaltungen und als Referent an über 50 Fortbildungskongressen der Bundesärztekammer (Badgastein, Grado, Meran und seit 1960 regelmäßig bei den Davoser Winter- und Sommerseminarkongressen). Professor Düngemann ist Verfasser einer Vielzahl von wissenschaftlichen Veröffentlichungen, insbesondere auch auf dem Gebiet der Berufsdermatosen. Von 1964 bis 1967 war er leitender Arzt der Asthma- und Allergieklinik Davos-Wolfgang. Seit 1968 ist er Leiter der Allergie-Poliklinik der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München und seit Gründung der Münchner Allergiegesellschaft 1978 deren Generalsekretär.

Beide Kollegen haben sich in ganz besonderem Maße um die ärztliche Fortbildung verdient gemacht.

Zur Hormontherapie des Mammakarzinoms:

Tamoxifen-ratiopharm® 10/20

Tamoxifen-ratiopharm® 10
OP 30 Tabletten N1 DM 64,50 / OP 100 Tabletten DM 190,–

Tamoxifen-ratiopharm® 20
OP 30 Tabletten N1 DM 121,90 / OP 100 Tabletten DM 319,30

Tamoxifen-ratiopharm® 10/Tamoxifen-ratiopharm® 20 Tabletten
Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 15,2 bzw. 30,4 mg Tamoxifen-dihydrogencitrat (entsprechend 10 bzw. 20 mg Tamoxifen). **Dosierung:** Tamoxifen-ratiopharm® 10: Monotherapia: Initial 3 Tage 2 x täglich 6 – 8 Tabletten. Tagesdosis: 120 – 160 mg Tamoxifen = 12 – 16 Tabletten. Anschließend Weiterbehandlung mit 3 – 4 Tabletten/Tag. Tamoxifen-ratiopharm® 20: Monotherapie: Initial 3 Tage 2 x täglich 3 – 4 Tabletten. Kombinationstherapie: Bei gleichzeitiger Gabe von Chemotherapeutika: Tamoxifendosis beibehalten. **Indikationen:** Palliative Behandlung des nicht operablen oder rezidivierenden Mammakarzinoms, adjuvante Behandlung nach chirurgischem Eingriff. **Kontraindikationen:** Thrombozytopenie und/oder Leukozytopenie, Hyperkalzämie, Schwangerschaft, Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Magen-Darm-Beschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Benommenheit. Gelegentlich Hautausschlag und Flüssigkeitsretention. Selten Hitzewallungen, Juckreiz, vaginale Blutungen, Störung des Geschmacksinns, Depressionen, Erytheme. Gelegentlich Thrombozytopenie, Leukozytopenie. Sehr selten Hyperkalzämie. Unterdrükkung der Regelblutung, reversible Ovarialzysten. **Wechselwirkungen:** Thrombozytenaggregationshemmer, östrogenhaltige Präparate. **Art und Dauer der Anwendung:** Tabletten unzerkaut mit etwas Flüssigkeit zu den Mahlzeiten morgens und/oder abends einnehmen. Tamoxifen-ratiopharm® 10/20 wird in der Monotherapie fast ausschließlich als Langzeitpräparat eingesetzt. Muß die Therapie unterbrochen werden, sollte ein Zeitraum von 2 – 3 Wochen nicht überschritten werden. Tamoxifen-ratiopharm® 10/20 nach Ablauf des Verfalldatums nicht mehr verwenden.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 3380, 7900 Ulm

4/87

Sonntagsarbeit zwischen Chips und Kirchen

Der Plan des Siemens-Konzerns, in zwei Münchener Betrieben eine vollkontinuierliche Produktion im Mikro-Chip-Bereich einzuführen und damit auch an Sonntagen zu arbeiten, ist nicht nur unter Politikern, sondern auch unter den mit diesem Thema befaßten Fachleuten umstritten. Bei einer Expertenanhörung im sozialpolitischen Landtagsausschuß zeigte sich, daß Kirchen und Gewerkschaften entschieden gegen jede Autweichung des grundgesetzlich verankerten Schutzes des Sonntags als Tag der „Arbeitsruhe und seelischen Erholung" eintreten: Über die bestehenden Ausnahmen bei unabwendbaren technischen Notwendigkeiten und der Versorgung der Bevölkerung insbesondere im Dienstleistungsbereich hinaus, werde man keinesfalls einer Sonntagsarbeit aus wirtschaftlichen Gründen zustimmen, wurde erklärt. Demgegenüber wurde von Unternehmerseite geltend gemacht, bei dem Siemens-Begehren handele es sich nicht um den unterstellten Generalangriff auf den arbeitsfreien Sonntag, sondern um einen technologisch bedingten Einzelfall.

Für die Vereinigung der Bayerischen Arbeitgeberverbände und den Verein der Metallindustrie stellte deren Vertreter E. Krebs grundsätzlich fest, man könne die Sonntagsarbeit nicht mit den Vorstellungen über eine Flexibilisierung der Arbeitszeit verquicken. Aus Gründen der Wettbewerbsfähigkeit sei die Industrie auf eine flexiblere Nutzung der Arbeitszeit angewiesen und wolle den Samstag, der nach dem Gesetz als Arbeitstag gilt, wieder stärker miteinbeziehen. Dies solle nicht generell geschehen, aber dort, wo es notwendig ist und mit Hilfe von Schichtmodellen, die auch die Interessen der Arbeitnehmer berücksichtigten. Zur Sonntagsarbeit stellte Krebs fest, daß durch die Arbeitszeitverkürzungen die Zahl der Beschäftigten im Dienstleistungsbereich derzeit bundesweit jährlich um 38 000 wachse und in diesem Bereich mit erheblicher Zunahme genehmigter Sonntagsarbeit zu rechnen sei. In der industriellen Produktion sei andererseits nicht auszuschließen, daß durch stärkere Automatisierung von Prozessen, Verfängerung von Wartungsintervallen und ähnlichen technischen Fortschritten Sonntagsarbeit in Zukunft weitgehend eingeschränkt werden könnte. Es dürfe aber nicht übersehen werden, daß die technischen Anlagen in modernen Industriebetrieben immer teuerer würden. Deshalb könne man von den Unternehmen nicht erwarten, daß sie diese von Freitagabend bis Montagmorgen nicht nutzten.

Grundsätzlich sprachen sich die Vertreter der Gewerkschaften in dem Hearing nicht gegen jegliche Sonntagsarbeit aus, wenn sie technologisch nachweisbar sei. Im Falle von Siemens vertraten sie jedoch die Ansicht, daß unternehmerische Fehlentscheidungen der Vergangenheit heute nicht auf die Rücken der Arbeitnehmer abgewälzt werden dürften. Gerade Siemens habe erklärt, daß bei der Produktion von Mikrochips innerhalb von drei bis fünf Jahren mit einer Vollautomatisierung zu rechnen sei. Es gebe keine Notwendigkeit für die Sonntagsarbeit aus produktionstechnischen Gründen. Auch in der Vergangenheit sei in regelmäßigen Intervallen zum Angriff auf den Sonntag geblasen worden. Jetzt müßten neueste technologischa Entwicklungen herhalten, um den Sonntag zur Disposition zu stellen. Vordergründige wirtschaftliche Interessen der Unternehmer vermuteten auch die Vertreter der Kirchen und verwiesen demgegenüber auf die Bedeutung des Sonntags über den Gottesdienst hinaus als Tag der Ruhe und Besinnung im Kreise der Familie. Wenn sie sich nicht selbst untreu werden wollten, könnten die Kirchen auf den Sonntag aus Gründen zentraler religiöser Besinnung nicht verzichten. Er sei zudem mit seiner herausgehobenen sozio-kulturellen Nutzung nicht mit einem anderen Tag austauschbar.

Eina Lanze für die Samstagsarbeit brach vom arbeitsphysiologischen Standpunkt aus Professor Dr. W. Müller-Limmroth von der Technischen Universität München. Er verwies auf gewisse Einflüsse der biologischen Rhythmik des Menschen nach Tages- und Jahreszeit, verneinte jedoch Unterschiede in der Arbeitsleistung hinsichtlich von Kalendertagen. Messungen hätten ergeben, daß bei einer zweitägigen Arbeitsunterbrechung das Erholungsbedürfnis normaler Arbeitnehmer überkompensiert werde. Deshalb seien aus seiner Sicht anstatt eines langen Wochenendes kürzere Tagesarbeitszeiten und zwei Urlaubsphasen pro Jahr mehr zu befürworten, wobei zur Arbeitszeit auch die An- und Abfahrten zur Arbeitsstelle zu zählen seien.

Uneins in Sachen Sonntagsarbeit waren in dem Landtags-Hearing auch die unmittelbar mit der Chip-Produktion befaßten Experten. Professor Dr. H. Wildamann, Lehrstuhlinhaber für Fertigungswirtschaft an der Universität Passau, wies darauf hin, daß man bei der Halbleitertechnik mit hohem finanziellen Aufwand Produkte von sehr beschränkter Lebensdauer herstelle. Das Geschäft werde weniger mit den Chips als vielmehr mit den neuen Systemen gemacht, bei denen Chips eine große Rolle spielen. Die naue Basistechnologie habe sich zu einer Schlüsseltechnik entwickelt, aus der man sich nicht ausklinken dürfe, weil man den Anschluß nicht wiederfinden könne. Infolgedessen seien hier, was die Sonntagsarbeit angehe, zeitlich befristete Zwänge vorhanden.

Demgegenüber machte der Siemens-Physiker R. Wölfle in seiner Eigenschaft als stellvertretender Betriebsratsvorsitzender darauf aufmerksam, daß die für die Fertigung von Chips benötigten Ofenanlagen seit Jahren auch sonntags durchgefahren werden. Man arbeite mit gedrosselten Temperaturen und habe eine Regelungstechnik entwickelt, mit denen die Öfen in wenigen Stunden wieder betriebsbereit seien. Der Physiker wies darauf hin, daß eine kontinuierliche Fertigung nicht möglich sei, denn die 400 einzelnen Prozeßschritte seien zu 130 Blöcken zusammengefaßt, für die es an 20 Stellen Pausen bei der Weiterbearbeitung gebe. Dem widersprach der Lehrstuhlinhaber für integrierte Schaltungen an der Technischen Universität München, Professor Dr. I. Ruge: Es gebe zwangsgekoppelte Prozesse, die man keinesfalls unterbrechen könne. Von den 300 bis 500 Prozeßschritten bei der Produktion eines Mega-Chips gebe es nur zehn Prozent ohna Zwangskoppelung. Insgesamt betonte der Experte die wachsende Bedeutung der Mikroelektronik für die gesamte Volkswirtschaft. Man habe ursprünglich geglaubt, mit dem 1-Mega-Chip das Ende der Fahnenstange erreicht zu haben. In deutsch-holländischer Zusammenarbeit sei bereits der 4-Mega-Chip entstanden und die Japaner haben bereits den 16-Mega-Chip vorgestellt. Japan, wo es selbstverständlich Sonntagsarbeit gebe, entwickle sich immer mehr zum Zentrum der Mikroelektronik und habe bereits die Amerikaner in die Knie gezwungen und ähnliches mit Europa vor.

Michael Gscheidle

Hypotheken-Festzins lang oder kurz

Rechenexempel und – Spekulation

In den letzten Wochen sind die Hypothekenzinsen noch einmal gefallen. Sie sollten sich jetzt entscheiden, wenn Sie einen Bau oder Kauf zu finanzieren haben. Trotz dieses neuerlichen Abwärtstrends kann sich natürlich die Befürchtung das Deutschen-Hypothekenbanken-Verbands-Vorsitzenden erfüllen und der Zinsensatz im zweiten Halbjahr '87 anziehen.

Hypotheken werden in mindestens drei Varianten der gleichbleibenden Zinszusage angebotan:

Festzins auf ... Jahre	Zinssatz 100% Auszahlung	Anfangs-tilgungs-satz	Annuität
5	6,00%	1	7,00%
10	7,00%	1	8,00%
15	7,25%	1	8,25%

Nach der Erfahrung ist die günstigste Lösung während einer Niedrigzinsperiode die längste Laufzeit, wenn dafür auch eine Sicherheitsprämie in Form eines etwas höheren Zinssatzes zu zahlen ist.

Im übrigen: Falls bei 15jähriger Bindung nach zehn Jahren ein erheblich vorteilhafteres Zinsniveau herrscht, ist eine Kündigung durch den Kreditnehmer mit sechsmonatiger Frist nach § 609 a Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zulässig.

Die Annuität fällt am höchsten bei 15jähriger Laufzeit aus. Sie beträgt für je 100 000 DM Hypothek jährlich 8250 DM. Für einen Vergleich muß als Ausgangspunkt diese Jahreszahlung auch bei anderen Konditionen zugrundegelegt werden.

Resultate nach Ablauf Festzinszusage:

Zinssatz Prozent	Laufzeit Jahre	Restschuld DM
1. 6,00	5	87 317
2. 7,00	10	82 229
3. 7,25	15	74 382

Die relativ höchste Tilgung erfolgt bei 1. Dafür wird die gleiche Annuität wie bei den anderen Konditionen geleistet, nämlich 8250 DM p. a., aber wegen des niedrigsten Zinssatzes enthält der Betrag den höchsten Tilgungsanteil. Falls diese Kondition von 1., nämlich 6 Prozent Zinsen und 2,25 Prozent Tilgung pro Jahr, fünfzehn Jahre lang herrschen würde, betrüge die Restschuld nach jenen anderthalb Jahrzehnten nur mehr 47 629 DM.

Bei der Erwägung niedriger Zins, kurze Festschreibung oder höherer bei längerer Leutzeit stellt sich diese Frage ein: Wie hoch dürfte bei Konditionenablauf der neue Zinssatz maximal ausfallen, damit durch den verbleibenden Tilgungsanteil in der Annuität die gleiche Restschuld erreicht wird, als hätte sich der Hypothekennehmer von Anfang an für die längere Zinsfestschreibung entschieden. Dazu ein Beispiel:

a) Restschuld bei Ablauf 1:	87 317 DM
b) Restschuld bei Ablauf 2:	82 729 DM
Differenz	4 588 DM

Bei einer Neuvereinbarung nach dem Festzins-Ablauf von fünf Jahren (1.) sollte der neue Zinssatz innerhalb der Annuität von 8250 DM höchstens soviel betragen, daß der Tilgungsanteil innerhalb der Annuität noch ausreicht, die Restschuld a) nach weiteren fünf Jahren auf die Restschuldsumme b) zurückzuführen, wie sie bei der Zinsvereinbarung 2. nach zehn Jahren beträgt.

Falls der Zins für die Fortsetzung von Hypothek 1 nach fünf Jahren höher als 8,6 Prozent liegt, ergibt sich eine höhere Restschuldsumme als bei Ablauf von Hypothek 2. Bei 8,6 Prozent liegt die Restschuld nach einem weiteren Jahrfünft, insgesamt also zehn Jahren Laufzeit mit zwei verschiedenen Konditionenvereinbarungen, bei 82 918 DM. Bei höherer Zinsforderung nach fünf Jahren für die folgenden fünf wäre von Anfang an eine mindestens zehnjährige Festzinslaufzeit vorteilhafter gewesen.

Die gleiche Gegenüberstellung Hypothekenzinsfestschreibung auf zehn oder fünfzehn Jahre ergibt:

b) Restschuld bei Ablauf 2:	82 729 DM
c) Restschuld bei Ablauf 3:	74 382 DM
Differenz	8 347 DM

Die Höchstverzinsung bei Fortsetzung der Hypothek 2 nach zehn Jahren zu sodann voraussichtlich verändertem Zinssatz: dürfte nur etwas über 8,2 Prozent liegen, damit mindestens eine Restschuld wie c) erreicht wird. Bei höherer Zinsforderung wäre eine Hypothekenaufnahme nach Muster 3 von Anfang an vorteilhafter gewesen.

Die Entscheidung über die Zinsfestschreibungs-Dauer bleibt also weiter spekulativ. Ich wollte Ihnen die Größenordnungen dieser Spekulationen vermitteln.

Horst Beloch

Tellerrand-Politik

Politiker stellen Weichen über ihre Amtsdauer und ihre Lebenserwartung hinaus. An ihren Entscheidungen von heute messen noch die Wähler von übermorgen die Qualität ihrer Partei. Und falls sie selbst über diese Geschichtskenntnis nicht verfügen, sorgt die Opposition für die Erinnerung an den Urheber, wenn ein schwerer aktueller Mißstand durch Versäumnisse in der Vergangenheit verschuldet worden ist.

Politiker, die es mit ihren leiblichen wie politischen Enkeln und Urenkeln gut meinen, müßten jetzt die Voraussetzungen für ein sodann gutes politisches Klima schaffen. Die Kontinuität, die die Herrschaftsperioden vieler Monarchen ausgezeichnet hat – weil sie etwas zu vererben hatten – ist auch in der Demokratie unabhängig von Regierungswechsel in Grundsatzfragen notwendig zur Sicherheit der Menschen.

Die Bundesregierung nützt einen bedauerlichen Mangel als Vorteil. Das ist das Desinteresse der Bevölkerung an der Bedeutung langfristiger sozialpolitischer Entscheidungen. Wenn dem Jungwähler von heute bewußt wäre, welche Ungewißheit mit tiefgreifenden, negativen Folgen in der gesetzlichen Renten- wie Krankenversicherung ihnen droht, müßte die Bundesregierung auf diesen Gebieten Lösungen mit Bestand weit ins zweite Jahrtausend hinein erarbeiten. Der Jungwähler von heute kann die Mitte des nächsten Jahrhunderts erleben.

Beschämend die hilflosen Versuche, die anachronistischen Systeme der gesetzlichen Renten- wie Krankenversicherung an ihren tagesrelevanten Symptomen zu kurieren. Selbst dazu werden als Schwerpunkte die Bereiche mit dem geringsten Widerstand und der allein ihres Anteils an den Krankenversicherungsausgaben wegen schwächsten Erfolgsmöglichkeiten gewählt.

Was die Bundesregierung unterläßt, wird eine neu zu schaffende Aktion zu unternehmen haben: Die Information junger Menschen über die Strukturen der Sozialversicherungen, über die finanziellen Belastungen heute und die unzulänglichen Leistungserwartungen morgen. Nur so vermögen sie, rechtzeitig Kompensationen zu schaffen, und, sodann sachkundig, die Politik im Sinne ihre sozialen Zukunft mitzuprägen.

Prosper

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 4. Vierteljahr 1986

Nr. der ICD 1979[1])	Todesursachen	Sterbefälle 1985 Vierteljahres-durchschnitt	Sterbefälle 1985 4. Vierteljahr	Sterbefälle 1986 4. Vierteljahr
001-139	Infektiöse und paresitäre Krenkheiten	216	245	205
	darunter			
011-018,137	Tuberkulosa insgesamt	67	68	52
140-199	Bösartige Neubildungen	6486	6733	6755
	darunter			
151	des Magens	866	873	843
153,154	des Dickdarms und des Mastdarms	973	1046	1010
160-163	der Atmungsorgane	1008	1069	980
174	der weiblichen Brustdrüse	587	603	620
179-182	der Gebärmutter	215	214	213
185	der Prostata	333	317	340
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	453	465	421
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekannten Charakters	475	503	477
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems	732	670	723
	darunter			
250	Diabetes mellitus	643	580	632
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	77	83	85
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	551	549	611
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	15116	15575	15009
	darunter			
410	akuter Myokardinfarkt	3310	3564	3327
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	2163	2125	2294
426,427	Herz-Reizlaitungs- und Rhythmusstörungen	375	423	448
428,429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	2960	3157	2831
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4386	4414	4015
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	1935	1741	1877
	darunter			
480-486	Pneumonie	675	592	735
487	Grippe	22	7	5
466,490,491	Bronchitis	565	539	490
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	1542	1600	1435
	darunter			
531,532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	139	147	119
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	82	81	70
571.2,.5,.6	Leberzirrhose	614	650	563
570,R.v.571 u.572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	270	242	234
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	413	408	371
	darunter			
580-583,587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere	37	40	31
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	5	3	7
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	150	139	147
740-759	Kongenitala Anomalien	102	96	86
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	91	85	97
780-799	Symptoma und mangelhaft bezeichneta Todesursachen	337	331	449
E800-E949	Unfälle	1174	1155	1296
	derunter			
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	496	558	574
E850-E869	Vergiftungen	9	4	7
E880-E888	Unfälle durch Sturz	479	420	520
E950-E959	Selbstmord und Salbstbaschädigung	582	554	549
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	53	56	46
	Sterbefälle insgesamt	30485	30991	30646

1) ICD Internetionele Klessifikstion der Krenkheiten, Verletzungen und Todesursechen.

Mitteilung des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenvererbeitung aus den Ergebnissen der Todesursechsnstetistik. Diese stützt sich suf die Angeben über die Todesursache, die der Leichenscheuerzt in der Todesbescheinigung mecht. Aus ihnen wird nech von der Weltgeeundheitsorgenisetion empfohlenen Regeln des sogenennte Grundleiden, des em Beginn einer zum Tode führenden „Ksusalkette" steht, berücksichtigt.

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:** Dosisabhängig 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) DM 3,80, 20 (N2) DM 6,35, 50 (N3) DM 14,50, 75 Stück DM 20,50. Suppositorien: OP mit 5 Stück DM 6,20. Klinikpackungen. Preisänderung vorbehalten.

Dr. Karl Thomae GmbH, 7950 Biberach an der Riss **Thomae** 1/86

Thromboseforschung Thomae

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 (Nasenpolypen) 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.

Thomae

© OPHA 1/87

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im März 1987*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Salmonellose wurden im März etwas häufiger als im Februar gemeldet, die Erkrankungsziffer stieg von 24 auf 28 je 100 000 Einwohner (jeweils umgerechnet auf ein Jahr). Auch die Erkrankungshäufigkeit an übrigen Formen der Enteritis infectiosa stieg weiter an, und zwar von 29 auf 36 Fälle je 100 000 Einwohner.

Dagegen erkrankten im Berichtsmonat etwas weniger Menschen an Virushepatitis. Auf 100 000 Einwohner trafen durchschnittlich 11 Fälle gegenüber 14 im Vormonat.

Nahezu unverändert blieb die Zahl der Erkrankungen an Meningitis/Enzephalitis, durchschnittlich erkrankten 4 von 100 000 Einwohnern gegenüber 5 im Februar.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. Februar bis 27. März 1987 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningoenzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen 1)		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimmbare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	3	–	6	–	1	–	–	–	74	–	120	–	7	–	20	–	3	–
Niederbayern	2	–	2	–	–	–	–	–	37	–	33	–	–	–	8	–	1	–
Oberpfalz	–	–	2	–	–	–	–	–	39	–	27	–	4	–	2	–	1	–
Oberfranken	–	–	2	–	–	–	1	–	8	–	18	–	2	–	4	–	2	–
Mittelfranken	–	–	1	–	–	–	3	–	21	1	65	–	3	–	11	–	–	–
Unterfranken	5	–	2	–	1	–	1	–	19	–	28	–	3	–	4	–	–	–
Schwaben	2	1	–	–	–	–	1	–	36	–	12	–	5	–	9	–	–	–
Bayern	12	1	15	–	2	–	6	–	234	1	303	–	24	–	58	–	7	–
Vormonat	14	2	15	2	4	–	7	1	203	1	242	–	57	–	49	–	12	–
München	1	–	3	–	–	–	–	–	26	–	62	–	5	–	6	–	–	–
Nürnberg	–	–	–	–	–	–	–	–	5	–	40	–	–	–	6	–	–	–
Augsburg	–	–	–	–	–	–	–	–	4	–	5	–	2	–	1	–	–	–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	8	–	6	–	–	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	5	–	1	–	1	–	–	–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–	–	–
Erlangen	–	–	1	–	–	–	1	–	–	–	1	–	–	–	1	–	–	–

Gebiet	Typhus abdominalis		Shigellenruhr		Ornithose		Angeborene Listeriose		Angeborene Toxoplasmose		Malaria		anaerobe Wundinfektion Gasbrand Gasödem								Tollwutverdacht 2)
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20
Oberbayern	1	–	3	–	–	–	–	–	–	–	4	–	–	–							–
Niederbayern	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							–
Oberpfalz	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–							20
Oberfranken	–	–	1	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–							10
Mittelfranken	–	–	5	1	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–							7
Unterfranken	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							11
Schwaben	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–							–
Bayern	1	–	12	1	3	–	1	–	1	–	4	–	1	–							48
Vormonat	1	–	11	–	3	–	1	1	1	–	29	–	1	1							67
München	1	–	2	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–							–
Nürnberg	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							4
Augsburg	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–							–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							–
Erlangen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–							–

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

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

St = Sterbefälle.

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

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

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

Gefaesslehre Taf. III. Fig II.

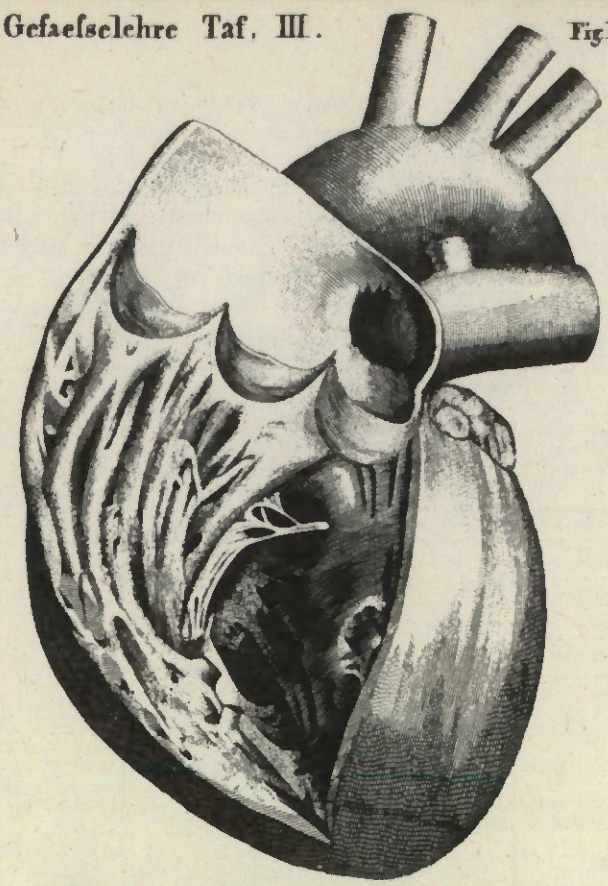


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas", 1829.

KORODIN®

für Herz und Kreislauf

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

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

KORODIN

Handelsformen und Preise:
OP Tropfflasche mit 10 ml DM 5,95
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 14,00
Großpackung mit 100 ml DM 36,90

ROEUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

Buchbesprechungen

„Der Marburger Bund" – Chronik der organisierten Krankenhausärzte

Verfasser: K. Geisner – Herausgeber: Marburger Bund, Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e. V., DM 59,–. Verlag Peter Lang GmbH, Frankfurt.

In seiner *„Chronik der Krankenhausärzte"* hat der Autor, langjähriger Chefredakteur der Marburger-Bund-Zeitschrift *„Der angestellte Arzt"*, die Entwicklung des Verbandes der angestellten und beamteten Ärzte in den letzten 40 Jahren seit der Gründung des Verbandes 1947 umfassend dargestellt.

Die Faszination des Buches geht davon aus, daß hier exemplarisch klar wird, wie Zeitgeschichte – eben aktuell erlebt – zur Geschichte wird. Die Ergebnisse des offensichtlich gründlichen und weitreichenden Quellenstudiums und die vorgelegte literarisch-historische Verdichtung eigenen Erlebens sind in 24 Kapiteln niedergelegt. Das Buch macht eindringlich klar, wie sich die Situation der Krankenhausärzte und damit des Krankenhauswesens entwickelt hat und schildert dabei fast ein halbes Jahrhundert deutscher Gesundheits-, Sozial- und Gesellschaftspolitik.

Von den Zeiten, da Assistenzärzte – wenn überhaupt – ein Taschengeld für ihre Arbeit erhielten, bis hin zu den Errungenschaften des Bundesangestelltentarifs, vom Kampf um die Niederlassungsfreiheit zu den Reformvorschlägen des *„Saarbrücker-Papiers"*, von den Auseinandersetzungen mit und der Mitarbeit in den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften, vom Dualismus einer Standesvertretung und einer Gewerkschaft, von Problemen der Ausbildung und der Weiterbildung, von der Medizinelassistentenzeit über das praktische Jahr bis hin zum Arzt im Praktikum, den Problemen der Hochschulärzte bis zu dem *„Europa der Ärzte"* spannt sich der Bogen dieser Chronik.

Neben der Schilderung der oft verschlungenen Fakten nimmt der Autor immer Stellung, ohne zu verfälschen und ohne zu subjektiv zu sein, dabei in flüssigem, verständlichem und doch gutem Stil geschrieben, die man manchem historischen Werk wünschen möchte.

Für jeden, der den Beruf des Arztes auch in seinem Bezug zur Gesellschaft sieht, der Stellung beziehen will in der Problematik der Gesundheitspolitik heute, kann die gewiß nicht einfache, aber spannende Lektüre dieser Chronik der *„Wegweiser"* sein, von dem der Autor in der Vorrede spricht. Das Buch kann wohl als bestes Jubiläumsgeschenk für das in diesem Jahre 40jährige Bestehen des Marburger Bundes betrachtet werden.

Professor Dr. G. F. Wündisch, Bayreuth

Männer und Frauen der Medizin

Herausgeber: Heller/Winau, 206 S., 200 Abb., brosch., DM 19,80. Verlag Walter de Gruyter, Berlin-New York.

Dieses Werk ist seit drei Jahrzehnten ein bewährter „Heller" für alle an der Medizingeschichte Interessierte und bietet durch die chronologische Anordnung auch einen groben Überblick über die Entwicklung der Medizin. Der Autor hat sich bemüht, neben jedes Porträt die nach dem Mediziner benannte Erkrankung oder andere nach ihm benannte Begriffe zu stellen.

Preise: Ausschreibungen

Franz-Koelsch-Preis

Der Preis wird an arbeitsmedizinisch tätige Ärzte für neue hervorragende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin verliehen. Die Arbeiten müssen in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin-West in den vergangenen zwei Jahren (beginnend mit dem Jahr 1985) veröffentlicht worden sein. Er kann auch an Ärzte mit sonstigen besonderen Leistungen auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin verliehen werden. Der Preis kann sowohl für eine hervorragende wissenschaftliche Publikation bzw. eine hervorragende Leistung auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin an eine Einzelperson als auch an eine Personengruppe vergeben werden. Es können ausnahmsweise auch zwei Preisträger zu gleichen Teilen ausgezeichnet werden.

Der Franz-Koelsch-Preis ist mit DM 5000,– dotiert und wird durch den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung verliehen.

Es wird gebeten, die Arbeiten in drei Exemplaren einzusenden an: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Dr. med. W. Brenner, Pfarrstraße 3, 8000 München 22. Einsendeschluß ist der *30. Juni 1987* (Datum des Poststempels).

Hermes-Förderpreis

Die Hermes Arzneimittel GmbH stiftet 1987 zum ersten Mal diesen mit DM 10 000,– dotierten Preis. Er soll alle zwei Jahre – alternierend mit dem Hermes-Vitamin-Preis – im Rahmen einer wissenschaftlichen Veranstaltung verliehen werden.

Neuere Arbeiten, die bisher für keinen anderen Preis eingereicht und ausgezeichnet wurden, können bis *zum 30. Juni 1987* an den Vorsitzenden des Kuratoriums, Professor Dr. agr. Hermann Zucker, Institut für Physiologie, Physiologische Chemie und Ernährungsphysiologie, Veterinärstraße 13, 8000 München 22, in dreifacher Ausfertigung einschließlich einer kurzen Zusammenfassung in deutscher Sprache eingesandt werden.

Roemer-Preis

Von der Hans-Roemer-Stiftung wird hiermit für die beste Arbeit über die Integration psychosomatischer Fragestellungen in die Allgemeinmedizin oder in die klinischen Fächer ausgeschrieben. Die Arbeit darf nicht vor dem 1. Mai 1985 veröffentlicht worden sein. Es wird gebeten, die Manuskripte in echtfacher Ausfertigung, davon sieben Exemplare ohne Namensangabe, bis zum *1. Juli 1987* an das Sekretariat Professor W. Schüttel, Abteilung Psychosomatik im Zentrum für Innere Medizin der Universität Marburg, Baldingerstraße/Lahnberge, 3550 Marburg, zu senden.

Deutscher Förderpreis für Schmerzforschung und Schmerztherapie

Dieser von der Firma Grünenthal GmbH, Stolberg, gestiftete Preis soll die anwendungsbezogene Forschung (neben der klinischen auch die in Praxis umgesetzte Grundlagenforschung) im Bereich der Therapie akuter und chronischer Schmerzen unterstützen. Teilnahmeberechtigt sind Ärzte, Psychologen und Naturwissenschaftler. Die Arbeiten sind bis zum *1. Juli 1987* in der Sprache, in der sie ursprünglich verfaßt worden sind, und zusätzlich in deutscher Sprache in jeweils zweifacher Ausfertigung an den Präsidenten des Schmerztherapeutischen Kolloquiums e. V., Dr. Th. Flöter, Roßmarkt 23, 6000 Frankfurt 1, einzureichen.

ISOtard 40 von ct

Neu von ct

– optimale Qualität
zum
– günstigen Preis!

Koronare Herzkrankheit

ISOtard 40 von ct (ISOsorbiddinitrat)	OP 20 Ret.-Kaps.	DM 6,50
	OP 50 Ret.-Kaps.	DM 15,95
	OP 100 Ret.-Kaps.	DM 25,00

ISOtard 40 von **ct** Retardkapseln
Zusammensetzung: 1 Retardkapsel enthält: 40 mg Isosorbiddinitrat. **Anwendungsgebiete:** Langzeitbehandlung und Vorbeugung der Angina pectoris. Nachbehandlung des Herzinfarktes bei Weiterbestehen der Angina pectoris, schwere chronische Herzinsuffizienz in Verbindung mit Herzglykosiden und/oder Diuretika, pulmonale Hypertension. **Gegenanzeigen:** Schock, Kollapszustände mit Blutdruckabfall, frischer Herzinfarkt mit niedrigem Füllungszustand, akuter Angina pectoris-Anfall. Bei Schwangerschaft strenge Indikation. **Nebenwirkungen:** Zu Beginn „Nitratkopfschmerzen", orthostatische Hypotension, Tachykardie, Schwindelgefühl, Schwächegefühl, Müdigkeit, Flush, Übelkeit, Erbrechen, Synkopen mit reflektorischer Tachykardie. **Wechselwirkungen:** Antihypertensiva, Betarezeptorenblocker, Vasodilatatoren, Calciumantagonisten, trizyklische Antidepressiva, Alkohol. **Dosierung:** 3 x 1 Retardkapsel ISOtard 40 von ct täglich.

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

4/87

„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. Klaus Dehler, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaurstraße 16, 8000 München 60, Telefon (089) 4147-1

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 (089) 551 77-0, Fernschreiber: 523 662, Telegrammadresse: atlaspress. Heide-R. Widow, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

Druck: Zauner Druck und Verlag GmbH, Augsburger Straße 9, 8060 Dachau.

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt.

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e. V.

Wir suchen für den **Bereich der Geistigbehindertenarbeit** (750 Geistigbehinderte in fünf stationären Langzeiteinrichtungen beheimatet) eine(n)

Leitenden Arzt/Ärztin

als Nachfolger des im Laufe des Jahres 1988 aus Altersgründen ausscheidenden bisherigen Stelleninhabers.

Wir erwarten uns eine(n) Arzt/Ärztin für Nervenheilkunde mit mehrjähriger Berufserfahrung, dem/der die Betreuung geistigbehinderter Menschen im Rahmen einer diakonischen Einrichtung am Herzen liegt.

Erwünscht sind neben guten allgemein-medizinischen Kenntnissen auch Erfahrungen im Bereich der Epileptologie. Eine gute und ständige Zusammenarbeit mit dem pädagogischen Fachpersonal und den niedergelassenen Allgemeinärzten ist erforderlich. Zu den dienstlichen Aufgaben gehört auch der Unterricht an der Fachschule für Heilerziehungspflege und Heilerziehungspflegehilfe. Die Einarbeitung durch den bisherigen Stelleninhaber ist gewährleistet.

Sie erwartet ein verantwortliches und vielseitiges Aufgabengebiet und ein aufgeschlossenes Leitungsteam bei einem großen diakonischen Träger mit über 40 stationären und teilstationären Einrichtungen verschiedener Arbeitsbereiche innerhalb Bayerns.

Die größte Einrichtung, gleichzeitig Dienstsitz, innerhalb des Geistigbehindertenbereiches ist der Auhof bei Hilpoltstein, 30 km südlich von Nürnberg, Nähe Bundesautobahn Nürnberg – München.

Anstellung und Vergütung erfolgen nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Diakonischen Werkes (AVR) mit den im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen.

Wenn Sie noch Näheres erfahren möchten, so vereinbaren Sie bitte einen Gesprächstermin unter der Telefonnummer (0 91 28) 40 - 22 02.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an den

Vorstand der
Rummelsberger Anstalten
der Inneren Mission e. V.
Postfach 80, 8501 Schwarzenbruck

Rummelsberger Anstalten
der Inneren Mission E. V.

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

Praxisräume

geeignet für 1 Hals-Nasen-Ohrenarzt, in Südostbayern (Landkreis Traunstein) zu vergeben.

Näheres bei **Josef Wallner, Hauptstraße 2, 8225 Matzing, Telefon (0 86 69) 62 33**

Der **Landkreis 8482 Neustadt a. d. Waldnaab** sucht für das

Kreiskrankenhaus Vohenstrauß

für die

Fachabteilung Chirurgie

zum nächstmöglichen Termin einen

Oberarzt

Das Kreiskrankenhaus Vohenstrauß ist ein Haus der Grundversorgung. Es werden alle Eingriffe der Allgemeinchirurgie und der Unfallchirurgie durchgeführt. Außerdem besteht eine Durchgangsärztliche Ambulanz. Der Bewerber sollte in der Lage sein, den Chefarzt selbständig zu vertreten.

Die Innere Medizin wird mit 25 Betten als Belegabteilung betrieben.

Die Vergütung erfolgt nach dem Bundesangestelltentarif für die Bayerischen Landkreise. Die im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen werden gewährt.

Die **Stadt Vohenstrauß** liegt in reizvoller Lage im Oberpfälzer Wald mit hohem Freizeitwert.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an das

Landratsamt 8482 Neustadt a. d. Waldnaab
– Personalabteilung –, Telefon (0 96 02) 7 92 54,

zu richten.

Privatklinik Wirsberg

für Neurologie und Psychiatrie. Privat und alle Kassen.
Leitender Arzt: Dr. Wolfgang Pinkow-Margerie, Arzt für Neurologie und Psychiatrie.
8655 Wirsberg über Kulmbach/Bayern, Telefon (0 92 27) 604-605

Privatnervenklinik Gauting

bei München

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

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

Der **Landkreis 8482 Neustadt a. d. Waldnaab** sucht für das

Kreiskrankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab
Abteilung Innere Medizin

zum 1. Februar 1988 einen

Chefarzt

Gesucht wird ein überdurchschnittlich qualifizierter Arzt auf dem Gebiet der Inneren Medizin mit umfassenden, fachlichen Kenntnissen in der Kardio- und Gastroenterologie, einschließlich Endoskopie sowie sicherer Beherrschung der internen Röntgendiagnostik und Sonographie.

Beim Kreiskrankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab handelt es sich um ein Haus der Versorgungsstufe II mit insgesamt 155 Betten. Die Innere Abteilung verfügt über 84 Betten (einschließlich vier Betten der Intensivüberwachung).

Im Haus befinden sich noch die Fachabteilungen für Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Anästhesie.

Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe I BAT. Es besteht Liquidationsmöglichkeit nach den Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung. Weitere Regelungen bedürfen der Verhandlung.

Die **Kreisstadt Neustadt a. d. Waldnaab** liegt am Rande des Oberpfälzer Waldes, in unmittelbarer Nähe der kreisfreien Stadt Weiden in der Oberpfalz. Weiterführende Schulen befinden sich am Ort.

Bewerbungen mit Lichtbild, Zeugnissen und Lebenslauf mit eingehender Darstellung des beruflichen Werdegangs werden bis spätestens **30. Juni 1987** erbeten an das

Landratsamt – Personalverwaltung –,
8482 Neustadt a.d. Waldnaab.

Von Privat:

Chance zur Existenzgründung für

Kinderarzt

in Unterfranken (Großraum Würzburg), Bedarfsplanung vorhanden!

Geboten werden: Praxisräume (Renovierter Altbau) beste Lage, ca. 110 qm. Sehr gute Verkehrsanbindung. Wohnungssuche wird unterstützt, Planungswünsche können weitestgehend berücksichtigt werden! Günstiger Mietpreis!

Bitte fordern Sie ausführliches Exposé an unter: **Herschmann GdBr, Mohnweg 3, 8712 Volkach**

Gutgehende

Allgemeinpraxis

zur Übernahme im Großraum München / Landshut von promoviertem bayerischen Kollegen (37 Jahre) für Ende 1987 gesucht. Langjährige klinische Erfahrung (Kinder, Innere, Chirurgie, Naturheilverfahren, Sonographie). Eventuell vorherige Mitarbeit bzw. Assoziation.

Anfragen unter Chiffre 2064/508 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Vertretung

für Allgemein-Praxis vom 9. Juni bis 19. Juni und oder vom 3. August bis 14. August 1987 gesucht.

Telefon (08 21) 79 15 85

Die **Klinik Tegernsee der LVA Ndb./Opf.** – Klinik für Innere Medizin und Rheumatologie sucht sofort/spätestens zum 1. Juli 1987

Assistenzarzt

mit begonnener Weiterbildung Innere Medizin (mindestens zwei Jahre) und Interesse für Krankheiten des Bewegungssystems.

Telefonische Kurzbewerbungen an den

Chefarzt Dr. med. J.-M. Engel, Internist – Rheumatologie, Bahnhofstraße 13, 8180 Tegernsee, Tel. (0 80 22) 39 71

Mallersdorf-Pfaffenberg Ndby. sucht:

niederlassungswillige Ärzte für Augen- und HNO, Einzugsgebiet ca. 30 000 Einwohner, Belegbetten möglich, alle Schulen und Freizeitanlagen am Ort, 35 km nach La-SR. Wir bieten Praxisräume in einem frequentierten Geschäftshaus mit Internisten, Kinderarzt, Apotheke, Einkaufsmarkt, Parkplatz etc. zu günstigen Bedingungen.

Auskunft unter Telefon (0 87 33) 16 06 bzw. Chiffre 2064/514 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

8672 Selb
Praxisräume 2 Etagen à 240 qm

gemeinsam oder getrennt zu vermieten.

Gute Stadtmittellage, Fahrstuhl, Parkplatz. Apotheke im Haus. Günstige Mietbedingungen, da Vermietung durch Eigentümer.

Anfragen erbeten an:
Selma Baumgärtel, Schillerstraße 1, 8672 Selb
Telefon (0 92 87) 7 74 84 oder 47 17

Ärztin, 33 Jahre, ledig, 1 Jahr Innere, Naturheilverfahren, Homöopathie-Kenntnisse sucht

Assistentenstelle

in Klinik oder Praxis, gern auf dem Lande, ab 1. Juli oder später.

Anfragen unter Chiffre 2064/518 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Guteingeführte

Kinderarztpraxis

ausbaufähig, wegen Todesfalles abzugeben zwischen Nürnberg und Regensburg.

Anfragen unter Chiffre 2064/509 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Praxisübernahme

von praktischem Arzt in Augsburg gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/519 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

HNO-Arzt

sucht HNO-Praxis im Großraum München oder Oberbayern zur Übernahme Mitte/Ende 1987 oder Frühjahr 1988.

Dr. A. Franz, zur Zeit Neckarstraße 8, 4000 Düsseldorf 1

Allgemeinpraxis

in **Oberbayern** – auch Landpraxis – von Allgemeinarzt (Dr. 38 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, Münchner) sofort oder später gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/526 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Alteingesessene

Internistische Praxis

mit Röntgen in günstiger Lage Oberbayerns abzugeben.

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

Praxisräume

geeignet für Augenarzt mit oder ohne Wohnung im Zentrum von Weißenhorn, einer historischen Altstadt im Landkreis Neu-Ulm Mitte 1987 bezugsfertig. Weißenhorn zählt 10 000 Einwohner. Bisher ist noch kein Augenarzt in Weißenhorn. In der kassenärztlichen Bedarfsplanung ist für Weißenhorn ein Augenarzt aufgenommen.

Anfragen unter Chiffre 2064/524 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Vertretung

Raum Ulm

Ärztin mit mehrjähriger Klinikerfahrung – wegen Familie nicht berufstätig – sucht Stelle als **Urlaubsvertretung** in Allgemeinpraxis zwischen Mai und Juli.

Anfragen unter Chiffre 2064/525 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Praxisräume

München – Lehel

7 Räume und Kammer, 152 qm – bisher Internistenpraxis – in renoviertem Altbau, per 1. 6. 1987 zu vermieten.

Anfragen unter Chiffre 2064/516 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Praxisräume

Erstbezug – Simbach/Inn

Zentrum, 165 qm, Verkauf oder Vermietung.

Hebeler immobilien, Telefon (0 89) 15 30 03

Fachveranstaltung

Umsetzung der Medizingeräteverordnung in Krankenhaus und Arztpraxis

Zeit: 12. Mai 1987, 9 bis 17 Uhr

Ort: TÜV Bayern e. V., Westendstraße 199, 8000 München 21, Großer Vortragssaal

Teilnehmergebühr: 120,– DM

Auskunft und Anmeldung: AKADEMIE TÜV BAYERN GMBH, Westendstraße 199, Postfach 21 04 20, 8000 München 21, Tel. (0 89) 57 91 / 16 25 Veranstaltungs-Nr.: V 12/87.

Gutgehende Landpraxis

in einem Nachbar-Landkreis von München zum 1. Juli 1987 zu übergeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/534 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Zusatzbezeichnungen Psychotherapie/Psychoanalyse

Nach den Richtlinien der Bayerischen Landesärztekammer am nebenberuflichen Erwerb der obigen Zusatzbezeichnungen interessierte approbierte Ärzte möchten sich zwecks Teilnahme an den nächsten Kursen **bis 15. Juni 1987** mit kurzem Lebenslauf bewerben.

Bedingung: Mindestens zwei bis drei Jahre Aufenthalt im Raum Nürnberg, Würzburg und Aschaffenburg.

Professor Dr. med. Dieter Wyss,
Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie,
Klinikstraße 3, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 3 17 13

Einsatzfreudiger Weiterbildungsassistent

für 1. Juli 1987 in anerkannter Landpraxis gesucht. Raum Nordbayern.

Anfragen unter Chiffre 2064/539 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Langjährige Kinderarztpraxis

aus Altersgründen zu guten Bedingungen abzugeben. Lage: Kreisstadt Südostbayern. – Anfragen unter Telefon (0 86 70) 232 oder Chiffre 2064/538 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Postvertriebsstück Gebühr bezahlt
Verlag Bayerische Landesärztekammer
Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80
B 1611 E Heft 5/87

Gegen periphere arterielle Durchblutungsstörungen:

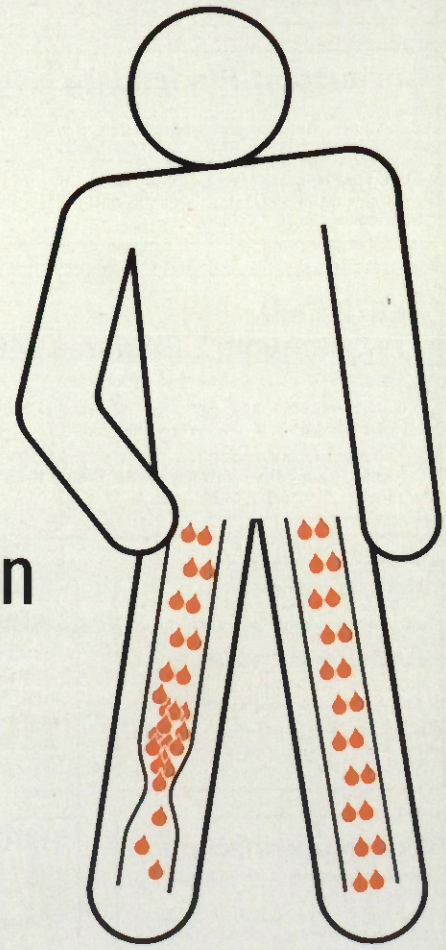
Pentoxifyllin-ratiopharm® 400

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

2. Verbessert Erythrozyten-Fluidität

3. Hemmt Thrombozytenaggregation



heutzutage
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.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 3380, 7900 Ulm 1/87