



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 1988

Zur Kenntnis genommen:

In der Woche nach Ostern fand in München der 104. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie statt. Einige tausend Chirurgen, auch aus der DDR und anderen, vor allem europäischen Ländern nahmen daran teil. Impressionierend wie die Teilnehmerzahl war auch das sehr umfangreiche Vortragsprogramm. Das Urteil aus erfahrener Chirurgenmund war ausgewogen: Vieles einzuordnen unter „nichts Neues“, anderes „hochinteressant bis faszinierend“. So etwa der Bericht über die Operation einer Metastasenleber, die der Chirurg herausnahm, die zahlreichen Metastasen herausschälte und die Leber wieder reimplantierte. Der Chirurg, welcher die Operation durchführte und darüber berichtete, ist ein Pionier der Leber- und Transplantationschirurgie. Vielleicht hat er einen Weg aufgezeigt, der neue Möglichkeiten in der Metastasenchirurgie eröffnet und Leben verlängern hilft. Daß Patienten mit akuten Gallenwegserkrankungen (häufig?) zu spät auf den Operationstisch kommen, war natürlich für die Presse interessant. Es ist ja immer schon problematisch gewesen, wenn Ärzte sich selbstkritisch mit ihrer Arbeit auseinandersetzen und die Presse zuhört. Millionen erfolgreich behandelter Patienten sind publizistisch uninteressant. Schlagzeilen lassen sich nur mit dem Mißerfolg machen. Das gilt aber nicht nur für die Medizin, und damit müssen wir leben.

Das Bayerische Fernsehen wollte offenbar auch einen Beitrag zum Chirurgenkongreß leisten. Man begann mit einer neuen, bundesweit ausgestrahlten Sendung, die den Titel „Veto“ hat. Bürger sollen Gelegenheit bekommen, Mißstände anzuprangern, deren Opfer sie geworden sind. Sie sitzen an einem Tisch, der die Form eines Paragraphen hat, ihnen gegenüber die für beklagte Zustände vermeintlich Verantwortlichen. Man könnte sie auch ruhig die „Angeklagten“ nennen. Diesen Eindruck vermittelte jedenfalls die erste Sendung, bei der es – wie könnte es mitten in der Woche des Chirurgenkongresses auch anders sein – um „Wochenendschlamperei“ in den Krankenhäusern ging.

Zwei einleitende kurze Statements – eines von Kollegen Jörg Hoppe, Bundesvorsitzender des Marburger Bundes

und zugleich Ärztlicher Direktor eines Krankenhauses, das andere von Frau Kollegin Ingrid Hasselblatt, Stellvertretende Bundesvorsitzende des Hartmannbundes und zugleich chirurgische Chefärztin – weckten die Hoffnung auf eine durchaus kritische, aber sachliche Sendung. Ihr Tenor: Das Krankenhaus muß auch am Wochenende so besetzt sein, daß Notfälle einwandfrei versorgt werden können. Eine klare Aussage, der man nur zustimmen kann.

In der dann laufenden Sendung merkte man aber sehr bald, daß das Thema nicht differenziert, sondern leider verallgemeinernd und einseitig behandelt werden soll. Am „Paragraphen-Tisch“ saßen Personen, die als „Opfer der Wochenendschlamperei“ aus der ganzen Bundesrepublik herbeigeholt worden waren. Der Bayerische Rundfunk hat keine Mühe und kein Geld gescheut, sie ausfindig zu machen. Zu diesem Zweck wurden eigens Anzeigen in großen Tageszeitungen aufgegeben: „Der Bayerische Rundfunk sucht für Fernsehsendung Betroffene: Wer hatte Probleme mit der ärztlichen Versorgung am Wochenende?“ Ich kenne die Zahl derer nicht, die sich gemeldet haben. Der Text war ja so allgemein gehalten, daß sich jeder angesprochen fühlen konnte, der jemals in irgendeiner Weise „Probleme“ mit der ärztlichen Versorgung hätte haben können. Gemeint war aber, wie sich herausstellte, nur das Krankenhaus. Vielleicht hat man danach gleich eine Reserve gesammelt für eine weitere Sendung. Es fiel auf, daß nur eine Klägerin aus München kam, alle anderen aus nördlichen Teilen der Bundesrepublik.

Was berichtet wurde, war tragisch und tief zu bedauern, nach Darstellung und Überzeugung der Betroffenen auch vermeidbar. Aber genau hier muß nachhaltige Kritik einsetzen. Dazu zwei Beispiele: Ein Vater berichtete, daß sein Sohn 1982 in einer Freitagnacht mit Bauchschmerzen in ein Krankenhaus eingeliefert worden sei. Die Schmerzen wurden dem Blinddarm zugeordnet, eine sofortige Operation aber offenbar nicht für nötig gehalten. Er bekam eine Eisblase auf den Bauch. Am Samstagmorgen untersuchte ihn der Oberarzt und setzte die Operation für Montag an, weil auch er offensichtlich eine

sofortige Operation nicht für nötig hielt. Einige Tage nach der Operation ist der junge Patient leider verstorben. Für den Vater steht fest, daß die nach seiner Meinung schon am Samstag dringend notwendige Operation nicht durchgeführt wurde, weil Wochenende war. Dem Oberarzt und seinen Kollegen wurde also unterstellt, gewissenlos gehandelt zu haben. Die Beschuldigten hatten – das war der Stil der Sendung – natürlich keine Gelegenheit, sich zu äußern. Ein „Patientenanwalt“, ein ebenfalls aus dem Rheinland angereister Rechtsanwalt, mußte auf die Frage des Moderators – ein bisserl kleinlaut – bekennen, das Verfahren sei wegen Geringfügigkeit eingestellt und lediglich ein Bußgeld verhängt worden. Damit sei, so meinte er, die Schuld der Ärzte bewiesen. Welche Schuld? Gewissenloses Handeln offenbar nicht. Möglich, daß der Oberarzt, sicherlich ein gelehrter Chirurg, die Blinddarmentzündung trotz sorgfältiger Untersuchung falsch eingeschätzt hat. Ein denkbar schlechtes Beweisstück für „Wochenendschiamperei“. Blinddärme werden in unseren Krankenhäusern sowohl nachts wie an Wochenenden nämlich immer operiert.

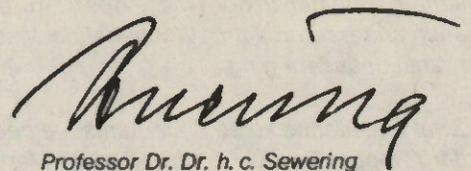
Nun saßen aber – wie schon berichtet – an der anderen Seite des „Paragrafen-Tisches“ die „Verantwortlichen“ – nicht für diese Fälle, sondern für die „Zustände“. Es waren der ärztliche Kollege und Abgeordnete des Deutschen Bundestages Karl Becker, unser Kollege Karsten Vilmar als Präsident der Bundesärztekammer, und der Justitiar der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Rechtsanwalt Robbers. Wie von einem Staatsanwalt wurden sie vom Moderator zur Stellungnahme aufgerufen. Jeder von ihnen hatte eine Aussage allgemeiner Art bereit, was man schon alles zur Verbesserung der personellen Struktur im Krankenhaus getan habe und politisch noch tun wolle. Es gab sogar einen kurzen Streit über Wert oder Unwert des „Chefarztsystems“. Auf den „Fall“ ging leider keiner ein, obwohl ein bisserl Nachbohren beim „Patientenanwalt“ einiges zur Klärung hätte beitragen können. Fazit für den Zuschauer: Der Kläger und sein Anwalt haben recht, der junge Patient ist das Opfer unverzeihlicher, ja gewissenloser Schlamperei im Krankenhaus am Wochenende geworden.

Ein weiteres Beispiel: Ein Vater berichtet von der Entbindung seiner Frau. Es habe Komplikationen bei der Entbindung gegeben und beide Kinder seien nun schwer, offenbar geistig behindert. Auch hier hörte man nur die Darstellung des Vaters. Wesentliche Aussage war aber, daß die Geburt 1972, also vor über 15 Jahren, erfolgte! Wiederum auf der Seite der „Angeklagten“ nur allgemeine Ausführungen und Schuldzuweisungen. Die bösen Krankenkassen würden zu wenig Geld für Krankenhäuser hergeben und wollten dies sogar noch weiter „runterfahren“. Kein Wort darüber, daß in den besagten 15 Jahren die Geburtshilfe in der Bundesrepublik geradezu imponierende Fortschritte gemacht hat, die man nur als totalen Wandel bezeichnen kann. Die von der Ärzteschaft erhobenen und präzise formulierten Forderungen sind sicherlich noch nicht voll, aber doch in einem erfreulichen Umfang verwirklicht worden. Darauf können wir ganz besonders in Bayern stolz sein. Wir haben die perinatale Qualitätssicherung als erste eingeführt und landesweit ausgebaut. Heute läuft sie im ganzen Bundesgebiet. Wir

haben gefordert und weitgehend durchgesetzt, daß geburtshilfliche Miniabteilungen mit unzureichender personeller Besetzung geschlossen, leistungsfähige Abteilungen mit voller Besetzung rund um die Uhr gefördert werden. Kein Wort darüber, daß die Neugeborenensterblichkeit 1972 leider noch fast 24 auf eintausend Geburten, die Müttersterblichkeit etwa 43 auf 100 000 Schwangerschaften betrug. Im Vergleich dazu aber 1986: Die Neugeborenensterblichkeit im Bundesgebiet 7,6 auf eintausend Geburten (in Bayern sogar nur 7,1), die Müttersterblichkeit noch 8 auf 100 000 Schwangerschaften. Diese enorme Verbesserung der Qualität unserer Geburtshilfe hat natürlich ebenso zu einer Minimierung sonstiger Komplikationen geführt. Beim Zuschauer/Zuhörer mußte der Eindruck entstehen, der geschilderte Vorfall entspreche dem Zustand von heute und sei durchaus keine Ausnahme. Kein Zweifel, der Moderator wollte anklagen. Man muß aber leider zugeben, daß er bei seinen Gesprächspartnern am „Paragrafen-Tisch“ leichtes Spiel hatte.

Damit kein Mißverständnis aufkommt: Die personelle Situation, sowohl bei Ärzten als auch beim Pflegepersonal, ist oft schwierig. Die bevorstehende Verkürzung der Arbeitszeit wird weitere Probleme bringen. Dennoch kann unsere Bevölkerung sicher sein, daß alle im Krankenhaus Tätigen pflichtbewußt ihre Aufgaben erfüllen. Es ist undenkbar, daß eine nach ärztlicher Erkenntnis sofort notwendige Operation etwa am Wochenende nicht durchgeführt würde. Vor Fehlern ist allerdings niemand gefeit. Wo Menschen arbeiten, gibt es Irrtümer. Ihre Zahl ist erfreulich gering, wenn auch keineswegs verkannt werden darf, daß jeder Einzelfall ungut bis tragisch sein mag. Wir müssen alle bemüht bleiben, es immer besser zu machen. Die Sendung des Bayerischen Fernsehens hat dazu leider keinen Beitrag geleistet.

Zeitlich genau mit dem Chirurgenkongreß abgezirkelt, konnte man in der Münchener Boulevardpresse schon am Abend vor der Eröffnung alarmierende Schlagzeilen lesen: „Münchner Krankenhäuser lebensgefährlich“ ... Der Marburger Bund werde, so wurde berichtet, eine Gruppe von Ärzten aus dem Klinikum Großhadern gegen den Freistaat Bayern vertreten, die ihre nichtbezahlten Überstunden einklagen wollen. Daß die Kollegen allerdings „32 Stunden das Skalpell nicht aus der Hand legen“, scheint mir doch eine journalistische Übertreibung zu sein. Ich bin ein Anhänger der Sachaufklärung. Dazu war noch keine Gelegenheit. Die Redaktion drängt ja schließlich auf Ablieferung des Manuskripts, die Druckmaschinen brummen bereits ungeduldig. Freier Autor zu sein, ist, das darf ich versichern, auch kein leichtes Leben. Von Überstunden schon gar nicht zu reden. Die Thematik wird also fortgesetzt, zumal auch die AiP-Problematik der weiteren Besprechung bedarf.


Professor Dr. Dr. h. c. Sewering



ALLES UNTER DACH UND FACH

Wer nur Luftschlösser baut, braucht sich um Fundamente nicht zu kümmern.

Wenn Sie Ihr Haus aber auf der Erde bauen oder kaufen wollen, müssen Sie vor allem dafür sorgen, daß es solide Grundmauern hat. Und zwar nicht nur solche aus Beton.

Schon lange vor dem ersten Schritt muß das Fundament für eine gesunde Finanzierung stehen. Dafür brauchen Sie Fachleute, die Ihre Planung von Anfang an begleiten und nach allen Seiten finanziell absichern.

In Ihrer Sparkasse ist das der Geldberater. Er sagt Ihnen auch, wie Sie ohne weite Wege über

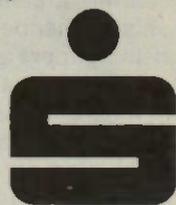
Ihre Sparkasse die Leistungen der öffentlichen Versicherer und der LBS nutzen können.

Wir nennen das Finanzierung aus einer Hand.

Doch wir beraten Sie nicht nur in allen Geldfragen. Dank unserer jahrzehntelangen engen Zusammenarbeit mit Handwerkern und Architekten können wir Ihnen darüber hinaus wertvolle Tips geben, wie Sie als Bauherr Erfolg haben werden.

Sie sehen also: Es lohnt sich immer, mit uns zu sprechen.

wenn's um Geld geht - Sparkasse



Fünftes Münchener Perinatalgespräch

am 17./18. November 1987 im Ärztehaus Bayern

Auf Einladung der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns trafen sich etwa 50 Geburtshelfer, Kinderärzte und Statistiker sowie Vertreter der ärztlichen Körperschaften aus allen Bundesländern und Westberlin am 17./18. November 1987 in München zum Fünften Münchener Perinatalgespräch. Sein Inhalt und seine Aufgabe ist ein Erfahrungsaustausch über die organisatorischen, juristischen, finanziellen und statistischen Fragestellungen, wie sie in den Perinatologischen Arbeitsgemeinschaften der einzelnen Bundesländer auftreten.

Die Erhebungen hatten 1975 mit der Münchener Perinatalstudie ihren Anfang genommen und wurden später als Bayerische Perinatalerhebung landesweit weitergeführt. In dieser Zeit sank die vom Bayerischen Landesamt für Statistik ausgewiesene Perinatale Mortalität von 19,1 auf 7,1 Promille. Die entsprechenden Werte der Bayerischen Perinatalerhebung lagen stets etwas günstiger, zuletzt bei 7,0 Promille.

Im Falle einer Verlegung des Neugeborenen wird diese qualitätssichernde Dokumentation in der Kinderklinik als Neonatalerhebung fortgeführt.

Stand der Perinatalerhebungen in den Bundesländern

Nach der Eröffnung der Tagung und Begrüßung der Teilnehmer durch Dr. F. Conrad, München, begann die Tagung mit der traditionellen Rundfrage bei den Vertretern der einzelnen Bundesländer über Stand, Entwicklungen und Probleme der Durchführung ihrer Perinatalerhebungen. Die Ergebnisse für 1986 und Schätzungen für 1987 sind in Tabella 1 zusammengestellt.

Bezüglich der Organisation und Durchführung der Erhebungen in den einzelnen Bundesländern zeichnet sich eine allmähliche Konsolidierung ab, zumal die Erhebung nun in allen Bundesländern einschließlich Berlin etabliert wurde. Den Schwerpunkt der Diskussion bildeten die Erfahrungsberichte aus Bayern, Niedersachsen und Nordrhein, wo bereits seit Anfang 1987 mit dem neuen, auf dem letztjährigen Perinatalgespräch abschließend diskutierten Erhebungsbogen gearbeitet wird. Anhand dieser Diskussionen zeigte sich erneut, wie bedeutsam die inhaltliche Abstimmung zwischen den einzelnen Bundesländern für die Fortentwicklung der Perinatalerhebung ist. Diese muß sich über einen einheitlichen Erhebungsbogen hinaus auch auf dessen Interpretation im Detail und die entsprechende Kontrolle und Bearbeitung der erhobenen Daten erstrecken. Hieran wurde im vergangenen Jahr intensiv gearbeitet. Ergebnis dieser Bemühungen ist eine Vereinheitlichung der Ausfüllanleitung

und der entsprechenden Prüf- bzw. Korrekturvorschriften.

Für den Erhebungsbogen selbst wurden auf dem Perinatalgespräch einige redaktionelle Modifikationen besprochen und verabschiedet, deren Übernahme jeweils bei Auslaufen einer Auflage jeder Arbeitsgemeinschaft empfohlen wird. Der Datensatz als solcher bleibt von diesen sprachlichen Änderungen unberührt.

Aus der Sicht der Bayerischen Perinatalerhebung konnte über die Er-

gebnisse einer bei den teilnehmenden Kliniken anonym durchgeführten Umfrage berichtet werden. Zu den wichtigsten Erkenntnissen aus dieser Umfrage zählt die Feststellung, daß die Statistiken aus der Perinatalerhebung hinsichtlich ihrer inhaltlichen Zusammenstellung überwiegend als gelungen angesehen werden, wobei für die Darstellungsform gelegentlich Verbesserungsvorschläge gemacht wurden. Bereits für die im Zusammenhang mit dem neuen Erhebungsbogen durchgeführte Neuprogrammierung der Statistiken konnten zahlreiche Verbesserungen realisiert werden. Hierüber sowie über weitere Ergebnisse dieser Umfrage, die auch in Niedersachsen und möglicherweise anderen Bundesländern durchgeführt wird, wird an anderer Stelle ausführlicher berichtet.

Hervorzuheben ist abschließend, daß auch bei der Nutzung der Daten die Zusammenarbeit zwischen den Bundesländern weiter intensiviert werden konnte. Zwei Beiträge mit gemeinsamer Autorenschaft aus Bayern und Niedersachsen sowie eine Übersicht über Ergebnisse aus allen Arbeitsgemeinschaften werden dies weiter unten verdeutlichen.

Weiterentwicklung der Neonatalerhebungen

Für die Neonatalerhebung, die mittlerweile in Bayern, Niedersachsen,

Bundesland	Beginn	1986			1987 (geschätzt aus 1. HJ'86)	
		Anzahl n	Kinder %	Anzahl Kliniken	Anzahl Kinder %	Anzahl Kliniken
Baden-Württemberg	1985	86 047	84,3	124	84	122
Bayern	1975	101 510	85,4	175	86	180
Berlin	1986	2 885*)	64,7	13	100	13
Bremen	1982	4 867	64,8	7	70	8
Hamburg	1982	15 553	100,0	19	100	19
Hessen	1981	41 159	77,9	63	80	65
Niedersachsen	1980	57 352	80,2	99	80	99
Nordrhein	1982	70 666	77,0	96	80	116
Westfalen-Lippe	1984	59 069	71,3	120	90	157
Rheinland-Pfalz	1985	32 140	85,5	70	88	68
Saarland	1985	7 863	75,3	20	90	19
Schleswig-Holstein	1983	12 255	49,4	20	50	20

*) Dokumentierter Zeitraum: 1. Oktober bis 31. Dezember 1986

Tabella 1: Perinatalerhebungen in den deutschen Bundesländern (Stand: November 1987)

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 Transkutan-Behandlung oberflächlicher Venenentzündungen, venöse Stauungen mit Krampfödem, Thrombophlebitis, Sehnenscheidenentzündungen, entzündliche Infiltrate, Narbenverhärtungen, Sport- und Unfallverletzungen mit Schwellungen, Stauchungen, Prellungen, Kontraindikation: keine bekannt. Anwendung: Mehrmals täglich auftragen und einstreichen. Eventuell Selbenverband 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

Baden-Württemberg, Nordrhein und Westfalen-Lippe durchgeführt wird, wird seit Anfang 1987 an der Fortschreibung der Statistiken, der Verkürzung des Diagnoseschlüssels zur Verbesserung seiner Praktikabilität und damit auch an der Weiterentwicklung des neonatologischen Erhebungsbogens gearbeitet.

Von Professor Dr. Bernsau, Augsburg, Dr. Peltner, Hannover, und Professor Dr. Riegel, München, wurde der aktuelle Stand der Arbeiten anhand von Vorlagen ausführlich erläutert.

Schwerpunkt der Weiterentwicklung auf inhaltlichem Gebiet ist neben der bereits geplanten Straffung des Diagnoseschlüssels die Aufnahme von Kenndaten über den Verlegungstransport von der Geburtsklinik zur Kinderklinik in den für die Auswertung bestimmten neonatologischen Datensatz. Hinzu kommen weitere, aus der Praxis motivierte Änderungen an Details des Erhebungsbogens. Als unverzichtbar für die Zukunft wird eine stärkere synoptische Auswertung der Bögen aus Perinatal- und Neonatalerhebung gesehen, da beide Dokumentationen nur Teile einer zusammengehörigen Qualitätssicherungsmaßnahme darstellen.

Parallel zu diesen inhaltlichen Überlegungen sollen durch die anstehende Überarbeitung des neonatologischen Erhebungsbogens auch organisatorische Verbesserungen erreicht werden. Hierzu wurde die Aufnahme von Pilotuntersuchungen vereinbart. Eine abgestimmte und getestete Version der neuen Neonataldokumentation soll im Laufe des Jahres 1988 entwickelt werden und Ende 1988 zur Verfügung stehen.

Gerade an diesem Thema wurde deutlich, daß ein Forum wie das jährliche Münchener Perinatalgespräch auch zum Austausch von Konzepten und zur kreativen Diskussion von Ideen unverzichtbar ist.

Dr. H. G. Wolf, Düsseldorf:

Vergleich der Perinatalstatistiken der einzelnen Bundesländer

Elf Träger von Perinatalerhebungen in der Bundesrepublik Deutschland legten für 1986 ihre Perinatalstatistiken vor:

Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein, Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein.

Perinatale Mortalität

Die perinatale Mortalität erreichte nach der amtlichen Statistik in der Bundesrepublik 7,6 Promille, wobei die Werte für die einzelnen Bundesländer zwischen 6,9 und 8,7 Promille schwanken. Die zusammengefaßte perinatale Mortalität aus den Statistiken der Perinatalerhebungen liegt bei 7,3 Promille (niedrigster Wert 5,2 Promille, höchster Wert 8,6 Promille). Der Anteil von Totgeburten an der perinatalen Mortalität lag sowohl bei der amtlichen Statistik wie bei der Gesamtstatistik der Perinatalerhebungen bei 4,0 Promille. Nach der Perinatalstatistik waren von den 1986 (4,0 Promille) ante partum Verstorbenen 1416=3,0 Promille vor der Klinikaufnahme tot.

Der Mittelwert der *neonatalen Sterblichkeit* (verstorben innerhalb der ersten sieben Lebenstage) beträgt für Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm 407 Promille, wobei der höchste in einem Bundesland ermittelte Wert 505, der niedrigste 282 Promille beträgt. Betrachtet man die neonatale Sterblichkeit für alle Kinder unter 1500 Gramm (inklusive der oben genannten Gruppe), so ergibt sich insgesamt ein Durchschnittswert von 198 Promille mit einer Schwankung von 120 bis 236 Promille. Für Kinder mit einem Geburtsgewicht über 1500 Gramm wurde der Wert von 1,5 Promille errechnet.

Allerdings waren nur in drei Bundesländern für alle dokumentierten Kinder die Geburtsgewichte bekannt, in fünf Perinatalstatistiken waren zumindest die Geburtsgewichte aller neonatal verstorbenen Kinder dokumentiert.

Schwangerenvorsorge

14 449 Amniozentesen vor der 22. Schwangerschaftswoche (3,0 Prozent) wurden registriert. Der höchste Wert ist mit 5,6 Prozent für Hamburg, der niedrigste Wert mit 2,1 Prozent für Schleswig-Holstein angegeben. Die vorliegenden Statistiken erlauben keine Auskunft über das Verhältnis: mütterliches Alter / Amniozentesehäufigkeit. Für Nordrhein war festzustellen, daß bei Schwangeren bis 35 Jahren in 0,8 Prozent eine Amniozentese

vor der 22. Schwangerschaftswoche durchgeführt wurde, bei den 36- bis 40jährigen in 27 Prozent und bei den über 40jährigen in 38 Prozent der Fälle. 20 Prozent aller Frauen rauchten während der Schwangerschaft, wobei in Nordrhein die Zahl der starken Raucherinnen (über 20 Zigaretten täglich) mit 1,5 Prozent am höchsten lag, während sie in Baden-Württemberg und Bayern jeweils nur 0,4 Prozent aufwies.

Entbindung

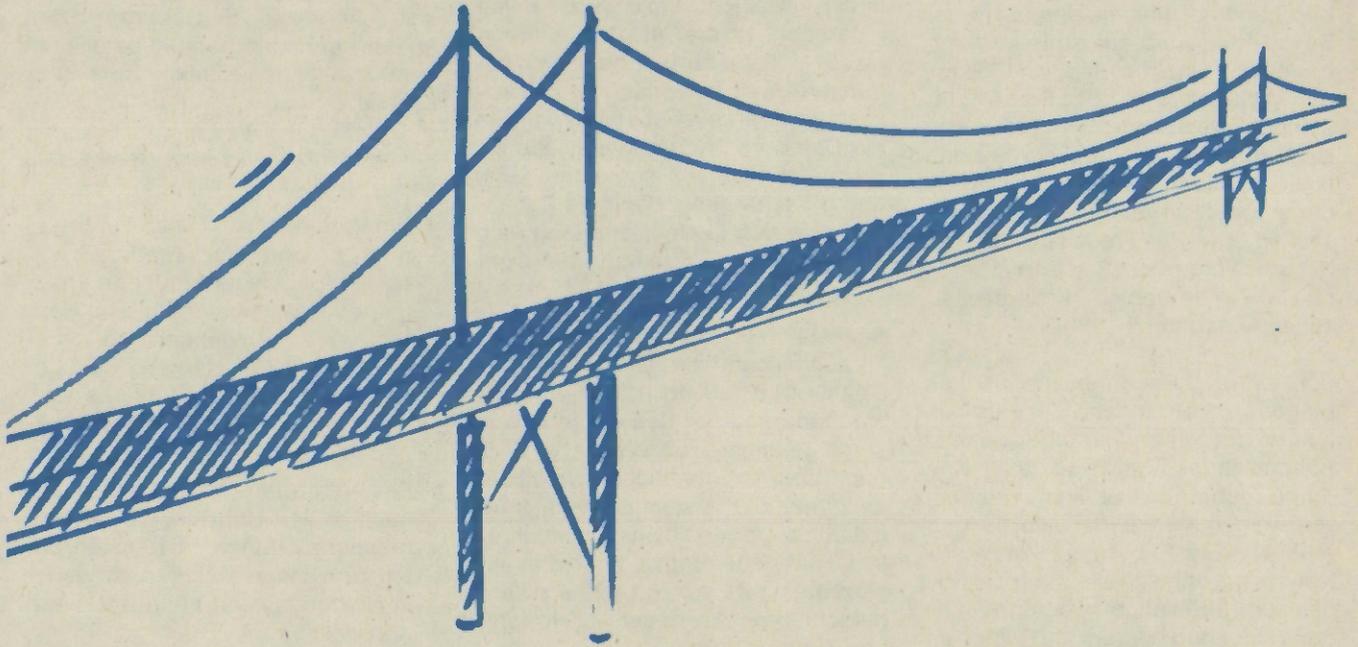
Bezüglich der Gesamthäufigkeiten der einzelnen Entbindungsarten in den einzelnen Bundesländern bestehen nur geringe Unterschiede. Faßt man alle Perinatalstatistiken zusammen, so ergeben sich folgende Häufigkeiten: Spontanentbindung 74,9 Prozent, primäre Sektio 8,5 Prozent, sekundäre Sektio 6,8 Prozent. Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern ergeben sich demgegenüber hinsichtlich der Homogenität der Sektiohäufigkeiten in einzelnen Kliniken. Dies führt, trotz der genannten Ähnlichkeiten der länderspezifischen Durchschnittswerte, zu sehr unterschiedlichen Klinikprofilen in den einzelnen Bundesländern. Betrachtet man den Wert für die Sektiofrequenz, der pro Bundesland von 90 Prozent der Kliniken nicht überschritten wird, so rangiert dieser in einem Bereich von unter 30 bis annähernd 50 Prozent.

Auch für das Merkmal „Pädiater bei der Geburt anwesend“ ergibt sich, zumindest für Frühgeburten, in den einzelnen Bundesländern eine unterschiedlich große Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Kliniken.

Diese Beispiele aus 68 verschiedenen Klinikprofilen der Statistik sollen die Möglichkeiten der Betrachtung und der Vergleiche andeuten, die zu Erklärungen geburtshilflich-neonatalogischer Ergebnisse führen.

Es ist erstaunlich und erfreulich, daß es gelungen ist, eine einheitliche Dokumentation für die Geburten in der Bundesrepublik einzurichten. Die unterschiedlichen Ergebnisse – vor allem die Mortalitätsraten – erfordern zwingend eine fortlaufende, konsequente Analyse der Daten aus den Perinatalstatistiken in jeder einzelnen Klinik, aber auch beim Vergleich mehrerer Kliniken untereinander – und letztlich beim Studium aller Perinatalstatistiken mit dem Ziel sichtbarer Qualität in der Geburtshilfe.

**So überbrücken Sie Konjunkturtäler und Zinsgipfel:
Immobilien-Finanzierung der Bayerischen Vereinsbank
auf 30 Jahre mit 15 Jahren Festzins.**



Die nächste Hochzinsphase kommt früher oder später. Sie trifft Unternehmen mit hohen Verbindlichkeiten genauso wie ein mögliches Konjunkturtief. Wer aber vorausblickt, kann dem vorbeugen. Dafür bieten wir Ihnen individuelle Finanzierungsprogramme mit maximal 30 Jahren Laufzeit und Zinsfestschreibung bis zu 15 Jahren für Immobilien-Projekte aller Art.

Die Bayerische Vereinsbank ist nicht nur als international tätige Geschäftsbank bekannt. Sie zählt auch zu den größten Hypothekenbanken Deutschlands und beweist gerade dann Kompetenz, wenn es um die langfristige und zinsstabile Finanzierung gewerblicher Immobilien geht. So bieten wir Ihnen individuelle Lösungen mit allen Steuervorteilen für Unternehmen und Objekte jeder Größenordnung an. Machen auch Sie sich unsere Marktkenntnis zunutze. Die Fachleute der Bayerischen Vereinsbank freuen sich auf ein Gespräch mit Ihnen.



**BAYERISCHE
VEREINSBANK**

Ihre Bank mit Herz  und Verstand

N. Lack, Hannover, Dr. Ch. Thieme, München:

Gefährdung von Schwangerschaften nach Tschernobyl

Zu den Aufgaben einer qualitätssichernden Perinatalerhebung gehört es u. a. auch, zu aktuellen Fragen von perinatalmedizinischem Belang Stellung zu nehmen. Die im folgenden kurz beschriebene Studie ist anlässlich der durch die Reaktorkatastrophe hervorgerufenen Unruhe in der Bevölkerung und auf zahlreiche Anfragen seitens beteiligter Kliniken, der Ministerien und der Presse entstanden. Detaillierte Berichte hierzu sind kürzlich veröffentlicht worden (vgl. Ch. Thieme, N. Lack: Zur Gefährdung von Schwangerschaften nach Tschernobyl, „Der Frauenarzt“ 6/1987; N. Lack: Folgen der Reaktorkatastrophe in Tschernobyl, „Niedersächsisches Ärzteblatt“ 1/1988).

Von vorrangigem Interesse war die Frage, ob sich anhand der Auswertungen der Perinatalerhebungen der Bundesländer Hinweise auf eine durch Tschernobyl bedingte Häufung von Totgeburten und Fehlbildungen ergeben. Die Exposition wurde sowohl geographisch als auch zeitlich definiert. Schwangere, deren Wohnort in einer eng begrenzten Region im Süden Bayerns lag und bei denen die vulnerable Periode während der Schwangerschaft mit der Woche stärkster Strahlenbelastung nach Tschernobyl zusammenfiel, galten als exponiert. Als nicht exponiert galten Schwangere, deren Wohnort in der am geringsten belasteten Region im Norden Niedersachsens lag.

Das wesentliche Ergebnis der gemeinsamen Auswertung beider Perinatalerhebungen ist in Tabelle 2 dargestellt. Der Vergleich beider Gruppen von Schwangerschaften ergibt, daß bei 1262 exponierten und 1287 nicht exponierten Schwangerschaften je-

weils 15 Fehlbildungen bzw. Totgeburten als Zielereignisse gezählt wurden. Dieses Ergebnis ist statistisch nicht signifikant. Es ergibt sich beim Vergleich von stark exponierten mit schwach exponierten Schwangerschaften kein Anhaltspunkt für einen Zusammenhang zwischen der Reaktorkatastrophe in Tschernobyl einerseits und verlegungsbedürftigen Fehlbildungen oder Totgeburten andererseits.

In der Vergleichsstudie wurde weiter untersucht, ob die Rate der Zielereignisse – Totgeburten oder Fehlbildungen – sich im Verlauf der Zeit wesentlich verändert hat. Hierzu wurden die Daten nach dem Monat des errechneten Termins gegliedert. Eine durch Tschernobyl bedingte Zunahme hätte sich in einer erhöhten Rate für den Monat Dezember 1986 gezeigt. Dies war nicht der Fall.

Schließlich wurde untersucht, ob es im Zusammenhang mit der Reaktorkatastrophe zu einer stärkeren Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge gekommen ist. Weder der Zeitpunkt der Erstuntersuchung noch der Zeitpunkt der ersten Ultraschalluntersuchung oder die Anzahl der Ultraschalluntersuchungen, noch die Amniozentese vor der 22. Schwangerschaftswoche wiesen auf eine solche Zunahme hin.

Um einen Eindruck über die Häufigkeit von Chromosomenanomalien zu bekommen, sind in Niedersachsen zusätzlich die Raten für alle Schwangerschaften mit Konzeptionszeitpunkt in der Zeit von Anfang 1983 bis sieben Wochen nach Tschernobyl im Jahre 1986 untersucht worden. Die Kinder aus diesen Schwangerschaften wurden in den Jahren 1984 bis 1986 und auch in den ersten zwei Monaten des Jahres 1987 geboren. Insgesamt wurden etwa 160 000 Schwangerschaften ausgewertet. Die rohe Rate der Chromosomenanomalien in Abhängigkeit vom Zeitpunkt

der Konzeption weist wegen der geringen Fallzahlen starke Schwankungen auf und ist daher zur besseren Untersuchung des Trends geglättet worden. Die ungeglättete Rate für gefährdete Schwangerschaften liegt mit 0,95 Promille zwar über dem Gesamtmittel für alle Schwangerschaften von 0,8 Promille, aber dennoch innerhalb der statistischen Schwankungsbreite. Es ergeben sich somit keine Anhaltspunkte für eine durch Tschernobyl bedingte Häufung von Chromosomenanomalien für Geburten in den an der Perinatalerhebung beteiligten geburtshilflichen Kliniken in Niedersachsen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

1. Ein Vergleich von Daten der Bayerischen und der Niedersächsischen Perinatalerhebungen ergibt keine Anhaltspunkte für eine Häufung von Fehlbildungen und Totgeburten in der am stärksten belasteten Region im Süden Bayerns nach der Reaktorkatastrophe in Tschernobyl.
2. Eine Veränderung der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen bei gefährdeten Schwangerschaften ist weder in Niedersachsen noch in Bayern nachweisbar.
3. Aus der Langzeituntersuchung von etwa 160 000 Geburten der Niedersächsischen Perinatalerhebung in den Jahren 1984 bis 1986 und den ersten zwei Monaten des Jahres 1987 ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine durch Tschernobyl bedingte Häufung von Chromosomenanomalien.

Die Untersuchung wird mit der Auswertung der Daten des Geburtsjahrgangs 1987 fortgeführt werden.

Dr. Ch. Thieme, München, N. Lack, Hannover:

Klinikprofile für die Neonatalerhebung

Jede geburtshilfliche Abteilung oder Klinik, die an der Perinatalerhebung teilnimmt, erhält im Rahmen der jährlichen Auswertungen u.a. sogenannte Klinikprofile, in denen sie für ausgewählte Parameter ihre eigene Position im Spektrum aller Kliniken orten kann.

In diesen Klinikprofilen wird für jedes der ausgewählten Merkmale in sche-

Exposition	Zielereignis		
	Ja	Nein	Gesamt
Ja (Gruppe 7)	15	1247	1262
Nein (Gruppe 1)	15	1272	1287
Gesamt	30	2519	2549

Tabelle 2: Zielereignisse bei Schwangeren mit errechnetem Geburtstermin vom 28. November bis 28. Dezember 1986 im Vergleich zwischen der am stärksten exponierten Region in Südbayern und dem am geringsten belasteten Gebiet in Niedersachsen

matisierter Form die Verteilung der klinikspezifischen Raten, das heißt Häufigkeiten von Befunden bzw. Maßnahmen, dargestellt. Hierzu wird das Spektrum von der niedrigsten zur höchsten in einer Klinik beobachteten Rate als Gerade dargestellt, auf der zusätzlich die Lage der 10. und 90. Perzentile und der Gesamtmittelwert ausgewiesen sind. In dieses Grundschema wird dann für jede teilnehmende Klinik der klinikeigene Wert eingesetzt. Auf diese Weise entsteht für jede Klinik ein individuelles Klinikprofil.

Die Kennzeichnung des klinikeigenen Wertes erfolgt hierbei als „U“ für unauffällig oder „A“ für auffällig, je nachdem, ob der Klinikwert innerhalb oder außerhalb der entsprechenden Grenzen liegt. Im Falle einer auffälligen Abweichung der Klinikrate vom Gesamtmittelwert wird sich die Klinik fragen, wie weit

a) Abweichungen im prognostischen Spektrum der eigenen Patienten für dieses Ergebnis bestimmend waren

oder

b) welche Anteile auf klinikspezifisch unterschiedliche Verhaltensmuster in der Betreuung der Patienten zurückzuführen sind.

In den Perinatalerhebungen nehmen diese Klinikprofile einen festen Platz ein. Dagegen werden im Rahmen der Neonatalerhebung, der Fortsetzung der Perinatalerhebung in den Kinderkliniken, solche Klinikprofile bisher noch nicht angeboten. Ursächlich hierfür ist u. a. die prognostische Heterogenität der in der Neonatologie versorgten Patienten, die Klinikvergleiche auf der Basis solcher Profile erschwert. Der Einfluß des wichtigsten prognostischen Kriteriums, der Reife, sei an einigen Beispielen illustriert. Die Stationsletalität, das heißt die Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts und unabhängig von der Liegedauer, variiert zwischen 67 Prozent bei den sehr unreifen Neonaten und einem Wert nahe einem Prozent bei den reif Geborenen. Die größte Spannweite ergibt sich für die Häufigkeit der Beatmung, die je nach Reife zwischen Werten von 97 und sechs Prozent variiert. Für die Antibiotikatherapie liegt der höchste Wert bei 90 Prozent, der niedrigste bei 36 Prozent, bei der Fototherapie variiert die Häufigkeit der Anwendung in Abhängigkeit vom Reifealter zwischen 61 Prozent und 25 Prozent.

Am Beispiel dieser vier Parameter, die von der Sterblichkeit über sehr eingreifende Therapien bis hin zu weniger folgenschweren Maßnahmen das gesamte Spektrum der in der Neonatalerhebung erfaßten Parameter repräsentieren, wurde untersucht, wie ausgeprägt sich Unterschiede in der Besetzung der einzelnen Reifeklassen zwischen den einzelnen Kliniken auf die Klinikstatistiken auswirken, und damit, ob die zukünftige Erstellung von Klinikprofilen für die Neonatalerhebung ohne statistische Korrekturmaßnahmen (zum Beispiel die Standardisierung) erfolgversprechend ist.

Anhand dieser Auswertungen wurde deutlich, daß der Einfluß der Tragzeitverteilung auf die beobachteten Unterschiede in den Raten zwischen den einzelnen Kliniken geringer ist, als erwartet wurde. Mit anderen Worten bedeutet dies, daß die beobachteten Unterschiede zwischen Kliniken, beispielsweise bezüglich der Frequenz der Antibiotikatherapie, nur zu einem relativ kleinen Anteil auf Unterschiede in der Häufigkeit unreifer Kinder zurückzuführen sind, sondern daß andere Faktoren hierbei im Vordergrund stehen. Hieraus wird gefolgert, daß auch in der Neonatalerhebung die anschaulichste Form der Präsentation von Klinikprofilen, nämlich die Darstellung der „rohen“, das heißt nicht (nach Reifealter) standardisierten Häufigkeiten, aus methodischer Sicht vertretbar ist. Auf dieses Ergebnis wird im Zuge der anstehenden Weiterentwicklung der Neonatalerhebung zurückzukommen sein.

Unabhängig von der Frage, nach welcher statistischen Technik die Präsentation solcher Daten erfolgt, ist das Ziel von Auswertungen zur Qualitätssicherung zu sehen, nämlich daß jede Darstellung von Auffälligkeiten Ausgangspunkt für weitere Aktivitäten und nicht Endpunkt der Überlegungen sein soll. Erst in der kreativen Diskussion der Ergebnisse und Suche nach möglichen Verbesserungen liegt daher der eigentliche Wert von Profilen und anderen vergleichenden Auswertungen.

Dipl.-Kfm. B. Müller, München:

Neuere datenschutzrechtliche Entwicklungen

Bereits mit Einführung der Münchener Perinatalstudie in den Jahren 1974/75 als Vorläufer der Perinatal-

erhebungen war man besonders um den Schutz der Patientendaten und um die Anonymität der die Erhebung durchführenden Ärzte bemüht. Dies gelang durch die Trennung in Erhebungsbogen und Auswertungsbogen, der im Durchschreibeverfahren erstellt wird. Der Erhebungsbogen selbst bleibt Bestandteil der Krankenakte. Den Auswertungsbogen, der nur die verschlüsselten Merkmale enthält, leitet die Klinik an die zentrale Organisationsstelle weiter. Eine Identifikation der Patientin kann außerhalb der Klinik nicht erfolgen, da der Auswertungsbogen nur eine Geburtsjournalnummer enthält. Von Anfang an war festgelegt, daß eine Trennung der Daten der Perinatalerhebung von allen anderen Daten der Kassenärztlichen Vereinigung zu erfolgen hatte.

Im Jahre 1978 traten sowohl das Bundesdatenschutzgesetz als auch das Bayerische Datenschutzgesetz bzw. entsprechende Gesetze in den Bundesländern in Kraft. Diese Gesetze haben das Ziel, durch den Schutz personenbezogener Daten vor Mißbrauch bei ihrer Speicherung, Übermittlung, Veränderung und Löschung (Datenverarbeitung) der Beeinträchtigung schutzwürdiger Belange der Betroffenen entgegenzuwirken.

Um den Anforderungen der neu erlassenen Datenschutzvorschriften gerecht zu werden, wurde das bewährte Konzept der Perinatalerhebung inhaltlich und formal als Datenverarbeitung im Auftrage geregelt. Ein Vertrag zwischen der Klinik, die an der Perinatalerhebung teilnimmt und der Institution (in der Regel Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer), die die Träger der Organisationsstelle darstellen, war abzuschließen. Dieses in Bayern konzipierte Verfahren, das auch in Abstimmung mit Vertretern des Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz entwickelt wurde, bildete auch die Grundlage für entsprechende Perinatalerhebungen in anderen Bundesländern. Eine in einigen Punkten geänderte Datenerhebung und eine ergänzte Fassung des Vertrages bilden bis heute die datenschutzrechtliche Grundlage für alle Perinatalerhebungen.

Seit Anfang 1987 sind jedoch, u. a. in Bayern, im Saarland und in Rheinland-Pfalz, neue Krankenhausgesetze in Kraft getreten, die spezielle bereichsspezifische Datenschutzregelungen enthalten.

Eine erste Analyse dieser Gesetze zeigt, daß die bisher aufgrund der Landesdatenschutzgesetze weitgehend gleich geregelten Sachverhalte nunmehr in unterschiedlichen Vorschriften zu finden sind.

Dieses kommt zum Ausdruck in Regelungen über die Auftragsdatenverarbeitung, die Weitergabe von Patientendaten sowie Bestimmungen zur Qualitätssicherung. Während Regelungen zur Qualitätssicherung eine gewisse Erleichterung in der Durchführung von statistischen Erhebungen erkennen lassen, schränken Regelungen zur Auftragsdatenverarbeitung die Möglichkeiten der Durchführung von Perinatalerhebungen ein. So ist nach dem Bayerischen Krankenhausgesetz mit einer Übergangsfrist bis Ende 1991 eine Auftragsdatenverarbeitung von Patientendaten, die nicht zur verwaltungsmäßigen Abwicklung der Behandlung erforderlich sind, nur noch in anderen Krankenhäusern möglich. Aufgabe der Perinatalkommissionen und ihrer Träger ist es, neue Lösungen zur Durchführung der Perinatalerhebungen zu entwickeln.

Professor Dr. H. K. Selbmann,
Tübingen:

Perinatalerhebungen mit Personal-Computern?

Seit 1975 bedienen sich die Perinatalerhebungen aller Bundesländer eines etwa 100 Fragen umfassenden Erhebungsbogens, der in den Kliniken ausgefüllt und zur Datenkontrolle und Auswertung an die Kommissionen geschickt wird. Von dort erhalten die Kliniken nach der Datenkorrektur ihre ausgedruckten Statistiken und Klinikvergleiche. Sie müssen sich nicht um die Datenverarbeitung kümmern und besitzen ein flexibles Erhebungsinstrument, was den Ort und die Zeit der Dokumentation anbelangt. Dieses Verfahren hat sich über mehr als ein Jahrzehnt bewährt. Dabei stellten sich jedoch im Laufe der Zeit

- der große zeitliche Abstand zwischen der Dokumentation der Daten und dem Vorliegen der Statistiken,
- die bisweilen doch recht komplizierte Handhabung des Bogens und der Ausfüllanleitung,
- das oft langwierige Hin- und Herschicken der Bögen bei der Datenkorrektur

und

- die unvermeidliche Mehrfachdokumentation der gleichen Daten für unterschiedliche Zwecke in den Kliniken

als Problemfelder heraus, die trotz allem Bemühen nicht wirkungsvoll beseitigt werden konnten. In den vergangenen vier Jahren sind nun leistungsfähige und preisgünstige Personal-Computer auf den Markt gekommen, von deren Einsatz man auch in den Perinatalerhebungen einiges erwarten kann.

Folgende Vorteile für die Kliniken wären durch sie denkbar:

- Benutzerfreundliche Eingabe der Daten mit Hilfestellung bei der Erhebung (zum Beispiel Anzeile von Definitionen und Dokumentationsstandards im Dialog, Vorbesetzung der Datenfelder zur Beschleunigung der Erfassung, aktuelle Plausibilitätsprüfungen mit Möglichkeiten zur direkten Datenkorrektur, Anmahnung fehlender Angaben),
 - schnelle Auswertungsergebnisse zur Vorbereitung von Qualitätssicherungsaktivitäten (zum Beispiel aktuelle Klinikstatistiken und Listen ausgewählter, nicht anonymisierter Patientinnen),
 - geringerer Datenverkehr mit der Zentrale (anonymisierte Patientendaten werden zum Beispiel auf einer Diskette zur Erstellung von Spezial- und Sammelstatistiken in die Zentrale geschickt. Von dort kommen die Ergebnisse - wiederum auf Diskette - zur Weiterverarbeitung im Klinik-Computer zurück.)
- und
- Erweiterung des Leistungsangebotes der Perinatalerhebungen um neue organisatorische Hilfen und Auswertungsmöglichkeiten (zum Beispiel Schreiben von Etiketten für das Geburtsjournal, Vorbereitung der Geburtsanzeige, der Mutterpaß- und der Kinderheftdokumentation, Schreiben von Arztbriefen und Verlegungsberichten, Überwachung des Vorliegens des Mutterpasses und der Rückmeldungen der Kinderkliniken bei verlegten Neugeborenen, Übernahme von Archivierungsaufgaben, optisch geeignetere Darstellungen der Klinikprofile, Durchführung von Trendanalysen, Zusammenstellen der Diagnosenstatistiken nach der Bundespflegesatzverordnung, Erstellen von auf den Bedarf der ein-

Minipress® 1 mg/2 mg/5 mg
Minipress® retard 1 mg/2 mg/4 mg/6 mg
Zusammensetzung: 1 Tablette Minipress enthält 1,095/2,19/5,476 mg Prazosinhydrochlorid, entspr. 1/2/5 mg Prazosin. 1 Kapsel Minipress retard enthält 1,095/2,19/4,38/6,57 mg Prazosinhydrochlorid, entspr. 1/2/4/6 mg Prazosin. **Anwendungsgebiete:** Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, falls Behandlung mit Digitalis und/oder Diuretika allein nicht ausreicht. Raynaudsches Syndrom bzw. Morbus Raynaud. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Prazosin. Mechanisch bedingte Herzinsuffizienz (Aorten- oder Mitralklappenstenose, Lungenembolien, Perikardkrankungen), frischer Herzinfarkt, Kinder unter 12 Jahren. Einsatz während Schwangerschaft und Stillzeit nur nach sorgfältiger Risiko/Nutzenabwägung durch den Arzt. **Nebenwirkungen:** Hypertonie: meist nur bei Behandlungsbeginn: Schwindel, Kopfschmerzen, Benommenheit, Energiemangel, Schwächegefühl, Übelkeit, Herzklopfen, orthostatische Dysregulation. Selten: Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Bauchbeschwerden oder -schmerzen, Ödeme, Atemnot, Mattigkeit, Beschleunigung der Herzfrequenz, Nervosität, Depressionen, Empfindungsstörungen, unspezifische Hautreaktionen, Juckreiz, Blasenentleerungsstörungen, häufiges Wasserlassen, Impotenz, Priapismus, Sehstörungen, Rötung der Bindehaut, Nasenbluten, Mundtrockenheit, Nasenverstopfung, Ohrensausen, Schweißabsonderung, Haarausfall, Lichen planus, Haminkontinenz, Leberfunktionsstörungen, Pankreatitis, Halluzinationen, Fieber, positive ANF-Titer und Gelenkschmerzen. Herzinsuffizienz: Schläfrigkeit, Schwindel, orthostatische Dysregulation, Sehstörungen, Ödeme, Mundtrockenheit, Herzklopfen, Übelkeit, Durchfall, Impotenz, Kopfschmerzen und Nasenverstopfung. Raynaudsches Syndrom/Morbus Raynaud: Selten leichter Schwindel. PFIZER GmbH · Karlsruhe

Besondere Hinweise: Sehr selten übermäßiger Blutdruckabfall (mit Schwindel, Schwäche und ganz selten Ohnmacht) nach Einnahme der ersten Dosis. Bei Behandlung des Raynaudschen Syndroms/Morbus Raynaud soll der Blutdruck bis zur Einstellung auf die Erhaltungsdosis regelmäßig kontrolliert werden. Die Behandlung mit Minipress/Minipress retard bedarf der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle. Die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr und zum Bedienen von Maschinen kann beeinträchtigt werden. Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatwechsel sowie im Zusammenhang mit Alkohol. **Wechselwirkungen:** Blutdrucksenkende Wirkung anderer Medikamente kann verstärkt werden. **Wirkungsweise/Eigenschaften:** Minipress/Minipress retard senkt durch selektive Alpha₁-Blockade den Tonus der glatten Muskulatur. Der periphere Widerstand und der Blutdruck werden gesenkt, Vor- und Nachlast des Herzens erniedrigt. Bei Raynaudschem Syndrom / Morbus Raynaud wird die Durchblutung durch Gefäßerweiterung verbessert. Minipress retard wirkt über 24 Stunden. **Dosierungs- und Anwendungsweise** (s. auch Fachinformation): Einschleichender Beginn mit niedrigen Dosen. Minipress retard wird 1x täglich verabreicht, bei Minipress wird die Gesamttagesdosis auf 2-3 Einzelgaben verteilt. Hypertonie: Beginn mit 1/2 Tablette Minipress 1 mg bzw. 1 Kapsel Minipress retard 1 mg abends vor dem Schlafengehen. Durchschnittliche Erhaltungsdosis: 4 mg Minipress/Minipress retard täglich. Maximaldosis: 20 mg Minipress/Minipress retard täglich. Herzinsuffizienz: Beginn mit 1/2 Tablette Minipress 1 mg 2-4 x täglich bzw. 1 Kapsel Minipress retard 1 mg abends vor dem Schlafengehen. Durchschnittliche Erhaltungsdosis: 10-12 mg Minipress/Minipress retard täglich. Maximaldosis: 20 mg Minipress/Minipress retard täglich. Raynaudsches Syndrom/Morbus Raynaud: Beginn mit 1/2 Tablette Minipress 1 mg 2x täglich bzw. 1 Kapsel Minipress retard 1 mg 1x täglich. Durchschnittliche Erhaltungsdosis: 2-4 mg Minipress / Minipress retard täglich. Maximaldosis: 6 mg Minipress / Minipress retard täglich. **Handelsformen und Preise:** Minipress: 20 Tabletten (N 1) à 1 mg DM 14,20, 50 Tabletten (N 2) à 1 mg DM 32,30, 100 Tabletten (N 3) à 1 mg DM 60,10; 20 Tabletten (N 1) à 2 mg DM 22,80, 50 Tabletten (N 2) à 2 mg DM 50,--, 100 Tabletten (N 3) à 2 mg DM 90,15; 20 Tabletten (N 1) à 5 mg DM 41,75, 50 Tabletten (N 2) à 5 mg DM 95,85, 100 Tabletten (N 3) à 5 mg DM 178,40. Minipress retard: 20 Kapseln (N 1) à 1 mg DM 14,20, 50 Kapseln (N 2) à 1 mg DM 32,30, 100 Kapseln (N 3) à 1 mg DM 60,10; 20 Kapseln (N 1) à 2 mg DM 22,80, 50 Kapseln (N 2) à 2 mg DM 50,--, 100 Kapseln (N 3) à 2 mg DM 90,15; 20 Kapseln (N 1) à 4 mg DM 49,35, 50 Kapseln (N 2) à 4 mg DM 100,--, 100 Kapseln (N 3) à 4 mg DM 180,30; 20 Kapseln (N 1) à 6 mg DM 49,35, 50 Kapseln (N 2) à 6 mg DM 111,95, 100 Kapseln (N 3) à 6 mg DM 213,80. Ferner Klinikpackungen.

Stand: Juli 1987

 PFIZER GmbH · Karlsruhe

Bitte beachten Sie außerdem die Fachinformation.

10 Jahre selektive α_1 -Blockade

VERTRAUEN DURCH
ERFAHRUNG



Für Hypertoniker mit Begleiterkrankungen

[®]**Minipress** PRAZOSIN **retard**

zelen Klinik zugeschnittenen Listen und Statistiken, Interpretationshilfen beim Lesen der Statistiken).

Bei all diesen Vorteilen sollten auch die Nachteile nicht aus den Augen verloren werden:

- In den Kliniken müssen Kenntnisse über den Personal-Computer vorhanden sein,
- das organisatorische Umfeld des Computers muß in der Regel in den Kliniken neu gestaltet werden,
- mit Investitionen von ca. DM 15 000 ist zu rechnen,
- die Dokumentation ist an den Aufstellungsort des Computers und die aktuelle Zeit gebunden und
- bei Datenfehlern oder Zeitverzögerungen existiert keine Fremddresse für Schuldzuweisungen mehr (kann auch als Auslöser einer gesteigerten Motivation wirken).

Da die Computer aber zunehmend ihren Weg in die Praxen und Kliniken finden, sollten diese Nachteile im Laufe der Zeit an Gewicht verlieren.

Weltweit existieren derzeit etwa 32 derartige Dialogsysteme, davon 17 auf der Basis von Personal-Computern. Die Systeme sind jedoch noch wenig verbreitet und selten auf die Bedürfnisse anderer Kliniken adaptierbar. Aus dem deutschsprachigen Raum seien die Systeme von Pluta und Gesche („Geburtshilfe und Frauenheilkunde“ 46 [1986]) und Baumann, Huch R. und Huch A. („Geburtshilfe und Frauenheilkunde“ 47 [1987]) erwähnt, die mittlerweile in der Routine ihre Feuerprobe überstanden haben. Mit Unterstützung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik wird derzeit von der Kommission für Perinatalogie in Bayern ein Projekt erarbeitet, das die Defini-

tion der Anforderungen an solche Systeme aus der Sicht der Qualitätssicherung mit ihren Vergleichsmöglichkeiten zwischen den Kliniken zum Ziele hat. Bei allem technischen Fortschritt darf sie, die letztlich nur von den Ärzten und nicht vom Computer geleistet werden kann, nicht aus den Augen verloren werden.

Privatdozent Dr. H. Eiser, Landshut:

Messung des pH-Wertes in der Nabelschnurarterie post partum

Ein neuartiges Verfahren zur Zustandsbestimmung und damit Überwachung des Neugeborenen, die Messung des Säuregrades des Blutes (pH-Wert), findet in den letzten Jahren in der Geburtshilfe zunehmend Verbreitung. Bei der unmittelbar nach der Geburt durchgeführten Untersuchung wird das Neugeborene nicht belastet, da hierfür nur Nabelarterienblut benötigt wird. Eine Momentaufnahme über Anwendungshäufigkeit und Aussagekraft dieser Messung in Bayern ergab folgendes Bild.

Von den 98 822 im Jahre 1986 in der Bayerischen Perinatalerhebung erfaßten lebend geborenen Einlingen wurde bei 35 501 (35,9 Prozent) der pH-Wert in der Nabelschnurarterie post partum bestimmt. Mit *normalen Werten* ($\text{pH} \geq 7,20$) kamen 30 590 Kinder (86,2 Prozent) zur Welt. 11,5 Prozent Neugeborene lagen mit Werten zwischen 7,10 und 7,19 im *präazidotischen Bereich* und 2,4 Prozent der Neugeborenen hatten zum Zeitpunkt der Geburt eine *Azidose* mit Werten von 7,09 und weniger.

Mit zunehmender Häufigkeit der pH-Wert-Messung wird voraussichtlich auch die Anzahl präazidotischer und azidotischer Kinder steigen, wenn

auch möglicherweise nicht linear. Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf alle dokumentierten Messungen. Insbesondere wurde nicht unterschieden zwischen Kliniken, in denen die Messung regelmäßig durchgeführt wird und Kliniken, in denen der Wert nur für einen Teil der Geburten bestimmt wurde. Dies impliziert, daß in dem nachfolgend dargestellten Material diverse Risikosituationen möglicherweise überproportional häufig repräsentiert sind. Im Zusammenhang mit einer etwaigen „Hochrechnung“ dieser Ergebnisse auf alle Geburten in Bayern ist dies im Auge zu behalten.

Mit zunehmenden Alter der Mutter findet man erstaunlicher Weise mehr normale pH-Werte. Ebenso haben Verheiratete und nicht Berufstätige sowie Angehörige höherer sozialer Schichten einen höheren Anteil an normalen pH-Werten. Es verwundert nicht, daß bei Erstgebärenden mehr azidotische (3,6 Prozent) und präazidotische (14,8 Prozent) pH-Werte zu registrieren sind als bei Mehrgebärenden (1,6 und 9,4 Prozent), erklärbar durch die längere Geburtsdauer bei der Erstgebärenden. Bei Geburtseinleitung und Blasensprung vor Wehenbeginn zeigt sich ein Trend zu mehr präazidotischen pH-Werten im Nabelschnurblut. Werden Wehenmittel unter der Geburt gegeben, fällt die Rate normaler pH-Werte post partum auf 83,0 Prozent ab gegenüber 88,1 Prozent im Kontrollkollektiv.

Werden Opiate unter der Geburt verabreicht, wird jedes fünfte Kind (19,4 Prozent) mit prä- bzw. azidotischen pH-Werten geboren, bei einer Pudendusnästhesie fällt der Anteil normaler pH-Werte auf 83,5 Prozent gegenüber 87,2 Prozent ab.

Die größten Unterschiede beim pH-Wert im Nabelschnurarterienblut zeigen sich in Abhängigkeit vom Entbindungsmodus (Tab. 3). Bei primärer Sektio und Spontangeburt, aber auch bei sekundärer Sektio liegt der Anteil prä- und azidotischer Neugeborener relativ niedrig, während bei vaginal operativen Geburten aus Schädellage und bei vaginalen Geburten aus Beckenendlage etwa jedes vierte Neugeborene prä- bzw. azidotisch geboren wird. Ebenso deutlich nimmt der pH-Wert in der Nabelschnurarterie in Abhängigkeit von der Dauer der Preßperiode sowie der Gesamtdauer der Geburt ab. Bei einer Preßperiode von 10 Minuten kommen 90 Prozent der Kinder mit

pH-Wert in der Nabelschnurarterie	Spontan	Primäre Sektio	Sekundäre Sektio	Vakuum	Forzeps	Vakuum Forzeps	Vaginale Beckenendlagen-Entbindung
$\leq 7,09$	1,9 %	1,8 %	3,2 %	6,2 %	5,6 %	5,1 %	6,1 %
7,1-7,19	10,8 %	5,5 %	10,3 %	20,1 %	22,3 %	22,0 %	19,8 %
$\geq 7,20$	87,4 %	92,7 %	86,5 %	73,7 %	72,1 %	72,9 %	74,1 %

Tabelle 3: pH-Wert in der Nabelschnurarterie post partum in Abhängigkeit vom Entbindungsmodus

normalen pH-Werten, bei 11 bis 20 Minuten 81,1 Prozent, bei 21 bis 30 Minuten 78,2 Prozent und über 30 Minuten 72,9 Prozent zur Welt.

Hinsichtlich der APGAR-Werte zeigt sich eine erstaunlich gute Korrelation zum pH-Wert in der Nabelschnurarterie. Während bei einem 1-min-APGAR von 10 bei 92,7 Prozent und bei einem 1-min-APGAR von 9 bei 89,9 Prozent der Neugeborenen normale pH-Werte gemessen werden, kann man bei einem APGAR-Wert von 8 nach 1 Minute nur noch bei 78,6 Prozent der Neugeborenen einen pH-Wert von 7,20 und mehr erwarten. 20 Prozent der in eine Kinderklinik verlegten Neugeborenen hatten bei der Geburt eine Azidose bzw. Präazidose. Überdurchschnittliche Azidose- und Präazidoseraten fand man bei einer Tragzeit von 30 und weniger sowie von 41 und mehr Wochen. Zwischen der 31. und 40. Woche bewegte sich die Rate normaler pH-Werte zwischen 87,5 und 90,5 Prozent. Ebenso sind bei

einem Geburtsgewicht zwischen 2000 und 3999 Gramm mehr normale pH-Werte zu erwarten (86,2 bis 88,4 Prozent) als bei Geburtsgewichten unter 2000 Gramm und über 4000 Gramm.

In Abhängigkeit von Schwangerschafts- und Geburtsrisiken lassen sich höhere Raten von azidotischen und präazidotischen Neugeborenen für folgende Risiken zuordnen: Diabetes mellitus, Gestosen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, vorzeitige Plazentalösung, Nabelschnurvorfall, grünes Fruchtwasser, pathologisches Kardiotokogramm, mangelnde Kooperation der Mutter, Haltungsanomalien.

Die hier nur beispielhaft aneinandergereihten Häufigkeiten unterschiedlicher pH-Werte im Nabelschnurarterienblut des Neugeborenen liefern einerseits Hinweise, wann Azidosen und Präazidosen häufiger zu erwarten sind. Trotz der guten Korrelation

zu den APGAR-Werten stellt die Messung des pH-Wertes in der Nabelschnurarterie post partum eine zusätzliche Entscheidungshilfe dar. Vor allen Dingen handelt es sich um einen objektiven Parameter, der für die Zustandsbeurteilung des Neugeborenen zwar nicht unentbehrlich ist, den Geburtshelfer aber in die Lage versetzt, notwendige Entscheidungen hinsichtlich der Überwachung und der weiteren Behandlung des Neugeborenen schnell treffen zu können. Außerdem bringt die routinemäßige Messung des pH-Wertes in der Nabelschnurarterie post partum einen Qualitätsparameter zur Beurteilung des eigenen Handelns.

Angesichts des hier anklingenden und in weiteren anstehenden Auswertungen zu vertiefenden Nutzens dieser Messung sollten Probleme, die ihrer noch breiteren Einführung in weiteren Häusern noch im Wege stehen, zügig beseitigt werden.

Die WALNER-SCHULEN, seit Jahrzehnten von der Bayerischen Landesärztekammer betreut und zugehörig dem von dieser gegründeten gemeinnützigen „Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen“, informieren:

Ausbildung zur Arzthelferin

Im September 1987 hat das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus der bis dahin staatlich genehmigten Berufsfachschule für Arzthelferinnen die staatliche Anerkennung verliehen, nachdem diese schon 1964 für die Ausbildung der medizinisch-technischen Assistentin verliehen worden war. Damit sind beide Schulen den staatlichen Schulen gleichgestellt.

Die nun zweijährige Ausbildung für Arzthelferinnen gliedert sich in den ersten Ausbildungsabschnitt mit Vollzeitunterricht und in den zweiten Ausbildungsabschnitt mit Praktikum bei einem niedergelassenen Arzt, wobei die Schülerin einmal wöchentlich, nämlich am Mittwoch, ganztägig die Schule besucht. Beide Ausbildungsabschnitte dauern jeweils von September bis Juli. Die Ausbildung schließt mit einer Abschlußprüfung unter dem Vorsitz der Bayerischen Landesärztekammer ab. Die Schülerinnen erhalten bei Bestehen der Prüfung ein Abschlußzeugnis und den Arzthelferin-Brief der Bayerischen Landesärztekammer.

*Die niedergelassenen Ärzte in und um München, die eine erfolgreich ausgebildete Absolventin des ersten Ausbildungsabschnitts für das anschließende Praktikumsjahr ab September 1988 übernehmen wollen, werden gebeten, sich an die **Walner-Schulen, Landsberger Straße 68-76, 8000 München 2, Telefon (0 89) 50 70 33**, zu wenden.*

Neben der vorgenannten Ausbildung zur Arzthelferin erfolgt in den Walner-Schulen auch die Ausbildung zur medizinisch-technischen Assistentin, ebenfalls innerhalb von zwei Jahren.

Die große Nachfrage sowohl von Ärzten als auch von Krankenhäusern nach unseren Schülerinnen bestätigt deren gute Berufsaussichten.

Besonders die Zahl unserer Schülerinnen aus Arztfamilien wächst seit Jahren.

Für die im September 1988 beginnenden Lehrgänge für die Arzthelferinnen wie auch für die medizinisch-technischen Assistentinnen sind Anmeldungen noch möglich. Das Sekretariat der Walner-Schulen gibt gerne die weiteren Auskünfte.

27. Bayerischer Internistenkongreß

Erkrankungen des Stoffwechsels gehörten zum Themenkreis der von Professor E. Wetzels, Rosenheim, geleiteten Tagung, bei der ausschließlich Referenten aus den Münchener Universitätskliniken zu Wort kamen.

In seinem Vortrag über *Diagnose und Klinik der Hyperlipidämien* erwähnte Professor N. Zöllner, daß es sich bei der familiären Hypercholesterinämie um eine autosomal dominant vererbte Stoffwechselkrankheit handelt, die bei etwa einem Prozent der Patienten einer medizinischen Poliklinik vorkommt. Sie ist durch einen Anstieg des Gesamtcholesterins im Serum auf Werte zwischen 300 und 1100 mg/dl charakterisiert, während die Neutralfette wenig oder nicht vermehrt sind; das Serum ist dementsprechend klar.

Diese Stoffwechselstörung beruht auf einem Mangel oder auf einer Fehlbildung der HDL-Rezeptoren an der Zelloberfläche. Dies hat zur Folge, daß das HDL-Cholesterin nicht von den Zellen gebunden wird und das in ihnen enthaltene Cholesterin seine physiologische Rolle, die Cholesterinsynthese zu hemmen, nicht ausüben kann. Es handelt sich demnach um die Unterbrechung einer negativen Rückkoppelung zwischen Cholesterinspiegel und Cholesterinbildung. Homozygote Patienten haben überhaupt keine Rezeptoren, Heterozygote haben einen halben Rezeptorensatz. Dies erklärt, weshalb bei den Homozygoten die Cholesterinwerte extrem hoch sind, während sie bei den Heterozygoten meist zwischen 300 und 500 mg/dl liegen.

Die Erhöhung der LDL-Fraktion führt zu Cholesterineinlagerungen nicht nur in der Intima großer Gefäße und in den Koronarien, sondern auch in einer Reihe von Geweben, wodurch die Xanthome der Haut, die Sehnenxanthome und auch der oft schon im jugendlichen Alter auftretende Arcus lipoides corneae entstehen. Xanthelasmen der Lider kommen allerdings auch bei Normcholesterinämie vor. Der Arcus lipoides verliert mit zunehmendem Alter an diagnostischer Bedeutung, als Arcus senilis ist er schließlich ein häufiger

Befund ohne pathogenetische Bedeutung.

Wie Zöllner hervorhob, erlauben die Hautläsionen und die Sehnenknötchen keine Differentialdiagnose, denn sie sind die Folge einer Vermehrung der LDL und können deshalb auch bei anderen Krankheiten vorkommen, die mit einer Vermehrung des LDL-Cholesterin einhergehen. Vor allem bei jungen Patienten mit nur mäßig erhöhtem Cholesterinspiegel kann die Abgrenzung gegen andere Störungen des Lipidstoffwechsels schwierig, mitunter sogar unmöglich sein. Außerdem gibt es Patienten mit dem Stoffwechseldefekt einer familiären Hypercholesterinämie, bei denen keine bzw. noch keine Hypercholesterinämie vorliegt. Daraus läßt sich ableiten, daß Patienten mit grenzwertig erhöhten Cholesterinspiegeln, bei denen gleichzeitig aufgrund der Familienanamnese eine familiäre Hypercholesterinämie angenommen werden kann, durch jährliche Kontrollen zumindest bis ins mittlere Erwachsenenalter begleitet werden müssen. Bei ihnen sollten in regelmäßigen Abständen Ruhe- und Belastungs-EKGs durchgeführt werden und falls diese pathologisch ausfallen, wäre eine Koronarangiographie ernsthaft zu erwägen.

Die *Nephrolithiasis bei Hyperurikämie und Gicht* war das Thema von Dr. W. Löffler, der davon ausging, daß bei Patienten mit bisher asymptomatischer familiärer Hyperurikämie in der Praxis fast ebenso häufig mit Steinkoliken wie mit Gichtanfällen als erste Symptome zu rechnen ist. Andererseits gilt es aber auch zu bedenken, daß ein Patient, der wegen einer Steinkolik den Arzt aufsucht, ohne gezieltes Befragen einen möglicherweise viele Jahre zurückliegenden Gichtanfall unerwähnt läßt. Wahrscheinlich kommen die in einigen Statistiken sehr geringen Häufigkeiten der Nephrolithiasis bei Gicht dadurch zustande, daß die Internisten nicht immer nach der Steinkolik und die Urologen nicht nach der Gicht fragen. Ebenso wie die Bestimmung der Serumharnsäure zur Abklärung jeder Nephrolithiasis gehört, sollten Patienten mit

bekannter Gicht regelmäßig auf Zeichen einer bestehenden Nephrolithiasis untersucht werden.

Als Minimalprogramm bei der Klärung der Frage, ob eine Nephrolithiasis vorliegt, sollten folgende Untersuchungen durchgeführt werden: Urin-pH, Serum- und Urinharnsäure, Urinsediment und Ultraschalluntersuchung der Nieren. Bei der letzteren Methode stellen sich Konkrementen als helles Echo im Schallschatten dar, ein Hinweis auf die Zusammensetzung eines Steines ist von dieser Methode selbstverständlich nicht zu erwarten. Bei sonographischem Steinnachweis wird ergänzend eine Abdomen-Leeraufnahme angefertigt, die zeigt, ob es sich um einen röntgendichten oder einen röntgen-negativen Stein handelt. Das CT ist hier der herkömmlichen Röntgentechnik nicht überlegen, abgesehen vielleicht vom Zystinstein. Eine einmalige pH-Bestimmung ist unzuverlässig, es müssen schon mehrere Urine im Laufe eines Vormittags untersucht werden. Hierbei gilt es zu bedenken, daß durch einen Harnwegsinfekt oder durch bakterielle Verunreinigung ein normaler pH-Verlauf vorgetäuscht werden kann.

Bei der Besprechung therapeutischer Maßnahmen erinnerte Löffler daran, daß für die Steinbildung nicht die Höhe des Harnsäurespiegels im Serum, sondern die Konzentration im Harn verantwortlich ist. Aus diesem Grund kann in Ausnahmefällen auch einmal eine Allopurinolbehandlung bei abnorm niedriger Serumharnsäure erforderlich sein, beispielsweise bei einem tubulären Rückresorptionsdefekt.

Durch Verbesserung der Löslichkeit der Harnsäure kann eine Steinauflösung erreicht werden, am einfachsten geschieht dies durch Erhöhung der Flüssigkeitszufuhr. Wenn zusätzlich das Urin-pH auf 6,4 bis 6,8 eingestellt wird (zum Beispiel mit Uralyt-U), so gelingt die Auflösung bei zwei Drittel aller Patienten. Durch Verminderung der Harnsäurebildung, also durch eine purinarme Diät und durch Allopurinol kann die Erfolgsquote auf über 90 Prozent gesteigert werden, wobei höhere Dosen als 300 mg täglich nicht erforderlich sind.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über Themen aus der Pneumologie

lieferte Professor H. Blömer einen Beitrag über „Wechselbeziehungen zwischen Lunge und Herz – Pulmo cardialis“, wobei er zunächst einige Anmerkungen zur Pathophysiologie machte. Eine Lungenstauung kann nicht nur bei einer Linksherzinsuffizienz jeglicher Genese mit Anstieg des enddiastolischen Drucks entstehen, sondern auch bei der Mitralstenose, hervorgerufen durch die mechanische Einflußbehinderung. Da bei dieser Herzkrankheit die Lungenstauung in ihrer klassischen, progredienten Form vorliegt und über die funktionellen Veränderungen hinaus zu einem echten Umbau der Lunge bis hin zur Stauungsfibrose führt, ist gerade die Mitralstenose das Musterbeispiel, um die Zusammenhänge zwischen Lungenstauung und Pulmo cardialis zu erläutern.

Die pathophysiologischen Abläufe führen röntgenologisch zum klassischen Bild der Lungenstauung, wobei die röntgenologisch nachweisbaren Veränderungen – entsprechend dem erhöhten hydrostatischen Druck – vor allem in den unteren Lungenpartien auftreten. Dies ist ein wesentliches differentialdiagnostisches Merkmal zur Unterscheidung von anderen Lungenerkrankungen. So findet man eine kleintüpfelige, zerrissene Struktur der Lungen beispielsweise beim Morbus Boeck in allen Lungenpartien, vor allem aber in den Oberlappen.

Gelingt es, die Ursachen einer Linksherzinsuffizienz zu beseitigen, so

kann damit auch die Lungenstauung rückgängig gemacht werden. Bei der Mitralstenose und anderen Klappenfehlern mit Linksherzinsuffizienz ist die operative Korrektur die Methode der Wahl, eine Koronarinsuffizienz muß spezifisch behandelt werden, eventuell braucht ein solcher Patient einen Bypass. Schwieriger und mitunter unmöglich ist eine kausale Therapie bei den primären Erkrankungen, vor allem bei der kongestiven Kardiomyopathie. Für die Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz haben die klassischen Maßnahmen, nämlich Diät, Diuretika und Digitalis, nach wie vor Gültigkeit. In jüngster Zeit haben die ACE-Hemmer als Vasodilatoren besonderer Art zunehmende Bedeutung erlangt, vor allem, weil bei ihnen keine Toleranzentwicklung zu erwarten ist.

Das akute Lungenödem, so betonte Blömer, ist noch immer eine lebensbedrohliche Komplikation bei den verschiedensten Herzkrankheiten. Hier muß sofort eingegriffen werden, es bleibt keine Zeit für tiefgründige pathogenetische Überlegungen. Die in den letzten Jahren erfolgte Verschiebung der therapeutischen Prioritäten ergab sich durch die Einführung von schnellwirksamen und potenten Diuretika, welche den Aderlaß weitgehend abgelöst haben, sowie durch die Vasodilatoren, vor allem durch Nitrate, die bei intravenöser oder sublingualer Gabe zu einer akuten Senkung der Vorlast führen. Bei dem heute allgemein gültigen Therapiekonzept steht die

Hochlagerung des Oberkörpers und die Tieflagerung der Beine wie bisher an erster Stelle, dann folgt die Gabe von Nitroglyzerin. Der sich oft in Todesangst befindende Patient muß ausreichend sediert werden, wenn vorhanden, sollte auch Sauerstoff gegeben werden. Falls diese Maßnahmen nicht ausreichen, erfolgt als nächster Schritt die intravenöse Gabe von Furosemid oder Etacrynsäure. Herzglykoside, die früher an erster Stelle standen, nehmen heute im medikamentösen Stufenplan die dritte Position ein, bei Tachyarrhythmien sind sie nach wie vor indiziert.

Referent:

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

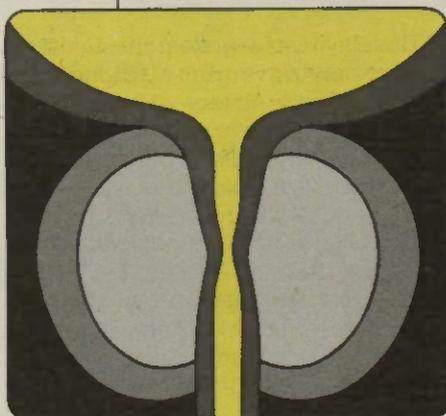
Amtliches

Besetzung des Landesberufgerichts für die Heilberufe

Bei dem Landesberufgericht für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht wurde für die Dauer von fünf Jahren mit Wirkung vom 1. Juni 1988 der Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht Dr. Erich Uschold zum Stellvertreter des berufsrichterlichen Beisitzers des Landesberufgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht wieder bestellt.

PROSTAMED®

Prostatasyndrom mit Harnverhaltung, Miktionsbeschwerden und Restharn, Reizblase, auch bei Frauen



Zusammensetzung: 1 Tablette Prostamed enthält: Körbisglobulin 0,1 g, Körbismehl 0,2 g, Kakao 0,05 g, Extr. fl. Herb. Solidag. 0,04 g, Extr. fl. Fol. Popul. trem. 0,06 g, Sacch. lact. ad. 0,5 g.

Anwendungsgebiete: Prostata-Adenom Stadium I und beginnendes Stadium II mit Miktionsbeschwerden, Reizblase.

Dosierung: 3x 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, Arznelpflanzenforschung,
7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald

20 Jahre Bayerisches Ärzteorchester

„MUSIK! Kotzt an. Uns nicht...“ Mit diesem etwas klotzigen Aufhänger warb im Wintersemester 1967/68 ein Plakat für das neu zu gründende Orchester Münchener Medizinstudenten. Es mußte damals eine durchaus unkonventionelle Diktion gewählt werden, um einem derartigen Ansinnen unter den Wandtafeln der beginnenden studentischen Revolution auch nur ein Quäntchen Chance einräumen zu können. Es kam tatsächlich rasch ein Kammerorchester aus Medizinstudenten zustande, das am 10. Juli 1968 erstmals öffentlich konzertierte. Das Gründungsansinnen, nämlich die moderne Musik keinesfalls auszulassen (... wir spielen Bach bis Bartók...), wurde schon beim ersten Auftritt eingehalten. Zur Ehre aller Fachschaften der damals an den Universitäten doch sehr unruhigen Zeiten sei erwähnt, daß sie die Arbeit des „Orchesters Münchener Medizinstudenten“ immer kräftigst unterstützten. Unter seinem Gründer und Leiter Reinhard Steinberg, medizinisches Erstsemester und Dirigierschüler bei Bruno Maderna, wuchs das Ensemble rasch zu einem klassischen symphonischen Orchester heran, das in wöchentlichen Proben ein Programm einstudierte, sich dann in einem Semesterkonzert hören ließ. Fast sechs Jahre – die Regelstudien-

zeit der Mediziner – vereinte dieses Orchester Kommilitonen der Münchener Medizinischen Fakultäten, geliebt und gefördert durch die akademischen Lehrer. Das Staatsexamen, die beginnende berufliche Anforderung, verbunden mit Ortswechseln, führte zunächst zu einer von allen Mitgliedern bedauerten Pause. 1975 trat das Orchester dann als BAYERISCHES ÄRZTEORCHESTER wieder zusammen. Die neue Organisationsform, das konzentrierte en bloc Musizieren in einer Musikwoche, fand einen solchen Anklang, daß sich der Einzugsbereich des Bayerischen Ärzteorchesters nunmehr weit über die Landesgrenzen hinaus erstreckt, die Zahl der aktiven Mitglieder auf 145, die Größenordnung eines Sonderklasseorchesters, anwuchs. Seit zwölf Jahren tritt das Orchester zur jährlichen Probenwoche in Schloß Craheim in Unterfranken zusammen, gibt anschließend drei Konzerte. In kleinerer Orchester- oder Kammermusikbesetzung spielen viele Mitglieder auch während des Jahres öffentlich. Eine Reihe der Musiker saß im Bundesjugendorchester oder Landesjugendorchestern, studierte Musik, einige haben sogar einen Arzt-Musiker Doppelberuf. Um den in Laienmusikvereinigungen gar nicht seltenen Gefahren ausgeprägter Vereinsstruk-

turierung zu entgehen, ist das Orchester als lose Vereinigung im Sinne einer BGB-Gesellschaft konzipiert. Ein Hilfskonstrukt, der „Verein zur Förderung des Bayerischen Ärzteorchesters“, hat striktes künstlerisches Abstinenzgebot, dient einzig zur Abwicklung der bei der Größe eines romantischen Symphonieorchesters notwendigen Auslagen wie Notenkäufe, Saalmieten u.ä. Kein Orchestermitglied erhält eine Gage, die durch Eintrittsgelder eingespielten Summen gehen in Vorgenanntem auf. Das Orchester hat bisher, Gott sei Dank, weder nennenswerte Gewinne noch Schulden gemacht.

In seiner zwanzigjährigen Geschichte hat das Bayerische Ärzteorchester einen beachtlichen Querschnitt der symphonischen Literatur gespielt, der dem Können eines sehr guten Amateurorchesters – und das Orchester versteht sich als sehr gutes Amateurorchester – möglich ist. Dazu zählen die Bach-Suiten, Schuberts große C-Dur Symphonie, die 7. Symphonie von Beethoven, Brahms- und Dvorak-Symphonien, César Franks d-Moll Symphonie, Schumann und Mendelssohn, auch Bruckner und Wagner. Eine ausgesprochene Vorliebe und vielleicht auch eine besondere Neigung besteht zu Mozart, die A-Dur Symphonie und die Prager Symphonie wurden genauso wie die Oper Zaide im Münchener Cuvilliers-Theater von der Kritik gerühmt. Auch die moderne Musik wird immer wieder gerne studiert und aufgeführt. Strawinskys Apollon Musagète, das Poulencsche Orgelkonzert mit Edgar Krapp, das Schlagzeugkonzert von Jolivet mit Edith Salmen-Weber, die Uraufführung der Nocturnes von Wolfgang Zoubek seien nur einige Beispiele. Das Orchester zog und zieht namhafte Solisten an, unter denen Andreas Röhn, Werner Grobholz, Florian Sonnleitner und Peter Clemente genannt seien.

Das Bayerische Ärzteorchester ist mit über neunzig Prozent Medizinern tatsächlich ein Ärzteorchester, dessen geringe Fluktuation die Attraktion des Ensembles für die Mitwirkenden unterstreicht. Sie kommen aus Freude an der Musik zusammen, nehmen sich Urlaub, um symphonische Musik aktiv erleben zu können. Die Freude an ihrem Tun verbindet sie, ihre Begeisterung am Musizieren überträgt sich ins Publikum, womit gute Voraussetzungen für die Zukunft gegeben sind.

20 Jahre Bayerisches Ärzteorchester

Leitung: Reinhard Steinberg

Programm:

Verdi: Overtüre zu „Die Macht des Schicksals“
Schumann: Cello-Konzert in a-Moll (Solist: Werner Thomas)
Brahms: Symphonie Nr. 1 in c-Moll

Bad Kissingen: 6. Juni 1988, 19.30 Uhr, Großer Saal im Regentenbau
Erlangen: 7. Juni 1988, 20.00 Uhr, Stadthalle
München: 8. Juni 1988, 20.00 Uhr, Philharmonie im Gasteig

Das „Bayerische Ärzteblatt“ empfiehlt den Besuch der Konzerte.

– Eintrittskarten sind an allen öffentlichen Vorverkaufsstellen und den Abendkassen erhältlich –

Personalia

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Frau Dr. Heidi Borchers

Dr. med. Heidi Borchers, Ärztin für Laboratoriumsmedizin, Prinzregentenstraße 1, 8900 Augsburg, wurde am 17. Februar 1988 in Anerkennung ihrer Verdienste für die ärztliche Fortbildung mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer ausgezeichnet.

Bei der Übergabe würdigten Dr. Klaus Hellmann, Mitglied des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, und der Geschäftsführende Arzt der Bundesärztekammer, Dr. Erwin Odenbach, das große ehrenamtliche Engagement von Frau Dr. Borchers, insbesondere die selbständige Durchführung zahlreicher Laborseminare auf internationalen Fortbildungskongressen der Bundesärztekammer sowie auf den Augsburger Fortbildungskongressen für praktische Medizin. Anfänglich zusammen mit ihrem Vater, Professor Dr. A. Schretzenmayr, war sie seit Durchführung der Zentralkongresse für medizinische Assistenzberufe der Bundesärztekammer in Augsburg maßgeblich an der Ausgestaltung und Leitung dieser Kongresse beteiligt. In besonderem Maße hat sich Frau Dr. Borchers dabei die Bemühungen der Bundes-

ärztekammer zu eigen gemacht, die Ärzte bei der Fortbildung ihres medizinischen Assistenzpersonals zu unterstützen. Seit Gründung im Jahre 1972 Mitglied im Collegium Medicum Augustanum, der wissenschaftlichen Leitung der Augsburger Fortbildungskongresse für praktische Medizin, steht sie auch dort insbesondere für Fragen der Laboratoriumsmedizin zur Verfügung.

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Professor Dr. med. Hans Wolfgang Opderbecke, ehem. Vorstand des Instituts für Anästhesiologie des Klinikums Nürnberg, Juvenellstraße 70, 8500 Nürnberg 90, wurde mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Hans-Werner Koeppel, ehem. Vorsitzender der Vereinigung der Medizinischen Fach- und Standespresse, Heilmannstraße 7, 8000 München 71, wurde mit der Walter-Trummert-Medaille ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Dr. jur. h. c. Werner Wachsmuth, em. Ordinarius für Chirurgie, Nikolausstraße 20, 8700 Würzburg, wurde von der Vereinigung Bayerischer Chirurgen mit der Max-Lebsche-Medaille ausgezeichnet.

Dr. Bernhard Brückl 70 Jahre

Am 7. Mai 1988 konnte Dr. med. Bernhard Brückl, Allgemeinarzt, Ludwigstraße 11, 8700 Würzburg, Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer seit Dezember 1974 und bereits 13 Jahre ununterbrochen Mitglied des Kammervorstandes, seinen 70. Geburtstag feiern.

Kollege Brückl ist seit fast drei Jahrzehnten mit der Leitung der Fortbildung im Ärztlichen Kreisverband Würzburg und im Ärztlichen Bezirksverband Unterfranken betraut. Von 1971 bis 1984 war Kollege Brückl — ein engagierter Allgemeinarzt — Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin, er hat es als akademischer Lehrer besonders in den schwierigen Anfangsjahren verstanden, den Studenten in Praxis und Lehre die Allgemeinmedizin nahezubringen und ist seit 1974 auch Mitglied der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung. Trotz seiner vielseitigen Verpflichtungen und seines berufspolitischen Engagements — als Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Würzburg und Umgebung sowie des Ärztlichen Bezirksverbandes Unterfranken — hat er sich stets seinen allseits geschätzten Humor bewahrt.

Möge es ihm vergönnt sein, noch viele Jahre in geistiger Frische erleben zu dürfen und noch frohe Jahre zu genießen! Dies ist unser Wunsch von Herzen, verbunden mit unserem Dank.

Babylax[®] Glycerin- Miniklistier

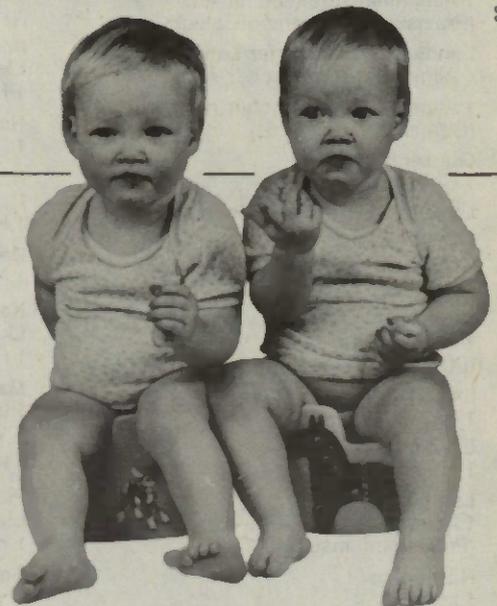
- ▶ Schnelle und sanfte Wirkung
- ▶ Keine Nebenwirkungen
- ▶ Keine Belastung für Magen und Darm

mit Glycerin

Zusammensetzung: 1 Miniatürklistier (Rectiole) à 3,6 g enthält 1,8 g Glycerol (85%). **Anwendungsgebiete:** Symptomatische Behandlung von Darmträgheit und Stuhlverstopfung bei Säuglingen und Kindern. Zur schonenden Enddarm-Entleerung vor diagnostischen und chirurgischen Maßnahmen im unteren Darmbereich, vor rektaler Arzneimitteltherapie. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, werden bei Säuglingen unter 3 Monaten 1/2-1 Rectiole, bei Säuglingen über 3 Monaten und Kleinkindern 1 Rectiole, bei Schulkindern 2-3 Rectiole rektal appliziert. **Packungsgrößen und Preise:** D. P. mit 3 Miniatürklistieren DM 5,10, O. P. mit 6 Miniatürklistieren DM 8,70, A. P. mit 30 Miniatürklistieren. Auch in Österreich und der Schweiz erhältlich.

Dentinox KG
1000 Berlin 48

D



Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberbayern

Moosburg, Lkr. Freising:

1 HNO-Arzt

Landkreis Neuburg-Schrobenhausen:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Eisenheimerstraße 39, 8000 München 21, Telefon (089) 57 09 30.

Oberfranken

Nordhalben, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Lichtenfels:

1 Augenarzt

Rödental, Lkr. Coburg:

1 HNO-Arzt

Hof/Saale:

1 Hautarzt

Kronach:

1 Internist

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
(Gemeinschaftspraxis)

Landkreis Erlangen-Höchstadt:

1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft)

1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Nürnberger Land:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

1 Allgemein-/praktischer Arzt

(Gemeinschaftspraxis)

Gunzenhausen:

1 Chirurg

Landkreis Erlangen-Höchstadt:

1 Frauenarzt

Landkreis Nürnberger Land:

1 HNO-Arzt

Nürnberg:

1 Hautarzt

(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Nürnberger Land:

1 Hautarzt

Landkreis Ansbach:

1 Internist

Landkreis Fürth:

1 Internist

(Praxisgemeinschaft)

Nürnberg:

1 Internist

(Praxisgemeinschaft)

1 Internist

(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Nürnberger Land:

1 Internist

(Gemeinschaftspraxis)

Landkreis Roth:

1 Internist

Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen:

1 Internist

(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:

1 Orthopäde

(Praxisübernahmemöglichkeit)

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

Unterfranken

Obernburg-Eisenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Niedernberg, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Oberaurach, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Erlenbach/Klingenberg,

Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Amorbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Ebern/Eltmann-Ebelsbach/Haßfurt,

Lkr. Haßberge:

2 Augenärzte

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:

1 Augenarzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 HNO-Arzt

Karlstadt/Marktheidenfeld,

Lkr. Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

Haßfurt/Ebern, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

Bad Neustadt/Bad Königshofen,

Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 HNO-Arzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Hautarzt

Karlstadt/Marktheidenfeld,

Lkr. Main-Spessart:

1 Hautarzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:

1 Internist

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Planungsbereich Kitzingen,

Lkr. Kitzingen:

1 Kinderarzt

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

Oberpfalz

Kirchenthumbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Sulzbach-Rosenberg,

Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Augenarzt

Vohenstreuß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:

1 Augenarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:

1 Augenarzt

Roding, Lkr. Cham:

1 Frauenarzt

Waldmünchen, Lkr. Cham:

1 Frauenarzt

Landkreis Cham:

1 HNO-Arzt

Landkreis Schwandorf:

1 HNO-Arzt

Landkreis Chem:

1 Hautarzt

Landkreis Tirschenreuth:

1 Hautarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Internist

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Landkreis Schwandorf:

1 Nervenarzt

Landkreis Tirschenreuth:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 3782-0.

Niederbayern

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 (09 4 21) 2 30 61.

Schwaben

Dillingen, Lkr. Dillingen:

1 Hautarzt

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



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Anaphylaktische oder toxische Reaktionen

Der Notfall: Insektenstich

bearbeitet von Professor Dr. H. Zaun, Homburg/Saar

Symptomatik:

1. Bei Bienen- oder Wespenallergie (seltener bei Allergien gegen andere Insektengifte) kommt es in Abhängigkeit vom Sensibilisierungsgrad zu Allgemeinreaktionen leichteren Grades (generalisierte Urtikaria, Übelkeit, Angst) oder schwereren Grades (mit z.B. Atemstörungen, Engegefühl, Schwindel, Bauchschmerzen, Erbrechen, Heiserkeit, Benommenheit) bis zum Vollbild des Schocks (Zyanose, Blutdruckabfall, Kollaps, Inkontinenz, Bewußtlosigkeit) und mit Gefahr des Exitus letalis. Einsetzen der Symptome meist innerhalb der ersten Stunde nach dem Stich.
2. Mehrere bis zahlreiche gleichzeitig acquirierte Stiche können — abhängig von der Giftdosis — toxische Allgemeinreaktionen hervorrufen: über Stunden entwickeln sich zunehmend Fieber, Nausea, Enuresis, Zyanose, Dyspnoe, asthmoider Stridor, Tachykardie und Blutdruckabfall bis zum Kollaps. Neurotoxische Symptome (Hemiplegie, Paralyse, Aphasie), Nierenversagen und Hämolyse können hinzutreten.
3. Nach Stichen in Mundhöhle und Rachenbereich entwickeln sich bedrohliche Lokalreaktionen infolge örtlicher Toxinwirkungen: massive Zungenschwellung und Glottisödem mit Verlegung der Atemwege.

Anamnese:

Stiche mit bedrohlichen Folgen bleiben in der Regel nicht unbemerkt, sind aber auch aufgrund typischer Lokalsymptome (schmerzhaftes umschriebenes Ödem mit Rötung) meist unschwer zu erkennen. Häufig kann der Patient allerdings nicht angeben, welches Insekt (Biene oder Wespe) gestochen hat. Ein in der Haut zurückgebliebener Stachel spricht für einen Bienenstich. Bei Auftreten stärkerer Allgemeinsymptome nach einem oder wenigen Stichen und innerhalb der ersten Stunde liegt eine Allergie vor. Mit zunehmender Stichzahl wird die toxische Reaktion wahrscheinlicher, wobei die Symptomatik verzögert an Schwere zunimmt.

Sofortdiagnostik:

Atmungs- und Kreislaufkontrolle. Bestimmung des Schweregrades der Reaktion (siehe Tabelle nach H. L. Mueller):

- I. leichte Allgemeinreaktion: generalisierte Urticaria, Juckreiz, Übelkeit, Angst
- II. Allgemeinreaktion: beliebige Symptome aus Gruppe I und zwei oder mehrere der folgenden: generalisiertes Ödem, Engegefühl im Thorax, Giemen, Bauchschmerzen, Nausea oder Erbrechen, Schwindelgefühl
- III. schwere Allgemeinreaktion: beliebige Symptome aus Gruppe I und II und zwei oder mehrere der folgenden: Dyspnoe, Dysphagie, Heiserkeit, verwaschene Sprache, ausgesprochenes Schwächegefühl, Benommenheit, Todesangst
- IV. Schockreaktion: beliebige Symptomè aus Gruppe I, II, III und zwei oder mehrere der folgenden: Zyanose, Blutdruckabfall, Kollaps, Inkontinenz, Bewußtlosigkeit

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

Bei Schock und Schockfragmenten:

1. Sofort Patienten flach lagern, venösen Zugang schaffen (Dauertropf).
2. Sofort Adrenalin 0,1%ig subkutan (Umgebung des Allergendepots) oder langsam i. v.: 0,5–1 ml (6jährige: 0,3–0,5 ml; Säuglinge: 0,1–0,15 ml), abhängig von Puls und Atemfrequenz und Blutdruck. Die Injektionen können — wenn notwendig — alle 20 bis 30 min wiederholt bzw. Adrenalin im Dauertropf weitergegeben werden.
3. Sofort Glucocorticoid (wasserlöslich) i. v.: 100–1000 mg, je nach Schwere (bei Kindern 2–3 mg Prednisonäquivalent/kg Körpergewicht oder mehr), ggf. wiederholt (bis 6 × täglich).
4. i. v.-Dauertropf: 5%ige Glukoselösung, bei Zusatz von Adrenalin (1 mg/500 ml) Infusionsgeschwindigkeit je nach Kreislaufzustand.
5. Notfalls Beatmung, bei Larynxödem Intubation bzw. Tracheotomie.
6. Entfernung verbliebener Stacheln: Ausdrücken der Giftblase muß dabei vermieden werden, indem man die Stachel möglichst flach und hautnah mit feiner Pinzette faßt.

Bei toxischer Allgemeinreaktion: Vorgehen im Prinzip wie bei allergischer Reaktion. Bei Bienengiftintoxikation wird zusätzlich Kalziumglukonat empfohlen.

Bei toxischer Lokalreaktion mit Verlegung der Atemwege:

1. Einsprühen der Zunge/Rachenwand mit Adrenalinösieraerosol, anschließend ein bis zwei Hübe tief einatmen. Wenn die Beschwerden sich nicht sofort bessern: 0,3–0,5 ml Adrenalin 0,1%ig i. v.
2. Glukokortikoide i. v. wie bei Schock (s. o.).
3. Notfalls Intubation bzw. Tracheotomie.

Bei schwereren allergischen Allgemeinreaktionen, Stichen im Mund-Rachen-Raum und bei multiplen Stichen (Risiko von Niereninsuffizienz und Haemolyse) ist Krankenhauseinweisung und kontinuierliche ärztliche Überwachung dringlich geboten.

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

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

Zur Klärung von Art und Schweregrad der Allergie empfiehlt sich Zuweisung zum Allergologen. Die Hyposensibilisierung ist heute mit gereinigten Insektengiften sehr erfolgreich (als Schnellhyposensibilisierung in der Klinik möglich).

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Ganz überwiegend sind die Folgen von Insektenstichen mehr lästig als schwer oder gar bedrohlich. Allergien richten sich meist gegen Bienen- oder Wespengift, seltener gegen beide Gifte oder Gifte anderer Insekten. Toxische Reaktionen können auch durch sehr zahlreiche Stiche kleinerer Fluginsekten (Kriebelmücken u. a.) verursacht sein. Schwere lokaltoxische Reaktionen können mit einem Erysipel verwechselt werden.

Klassifikation und Therapiemöglichkeiten

Basifakten

- Inzidenz:** Eine der häufigsten Tumorerkrankungen, σ ca. 33 Neuerkrankungen treten jährlich je 100.000 Männer in der Bundesrepublik auf, φ ca. 44 Neuerkrankungen (Kolon insgesamt).
- Mortalität:** σ 22,3, φ 30,7 Todesfälle je 100.000 Männer bzw. Frauen 1986 Bundesrepublik: σ n=6516, φ n=9780 (Kolon insgesamt).
- Altersverteilung:** Mehr als 50 % der Erkrankungen treten erst nach dem 70. Lebensjahr auf, σ : 10 % jünger als 53 Jahre, 10 % älter als 83 Jahre, aufgrund der höheren Lebenserwartung sind die Frauen bei Erkrankung ca. 3 Jahre älter.

Klassifikationskriterien

- Primärtumor:** pTis — Carcinoma in situ.
 pT1 — Tumor infiltriert Submukosa.
 pT2 — Tumor infiltriert Muscularis propria.
 pT3 — Tumor infiltriert durch Muscularis propria in die Subserosa oder in nicht peritonealisiertes perikolisches Gewebe.
 pT4 — Tumor überschreitet das viszerale Peritoneum oder infiltriert direkt in andere Organe oder Strukturen.

- Lymphknoten:** pN0 — keine regionären Lymphknotenmetastasen.
 pN1 — Metastasen in 1 - 3 perikolischen Lymphknoten.
 pN2 — Metastasen in 4 oder mehr perikolischen Lymphknoten.
 pN3 — Metastasen in Lymphknoten entlang eines benannten Gefäßstammes.

- Fernmetastasen:** pM0 — keine Fernmetastasen.
 pM1 — Fernmetastasen vorhanden.

pTx, pNx, pMx, wenn eine Beurteilung nicht möglich ist.

Stadlengruppierung			UICC ^{*)} (in Klammern Dukés)	5-Jahre-Überlebensrate nach kurativer Operation
pT1-2	pN0	pM0	I (A)	größer 80 %
pT3-4	pN0	pM0	II (B)	70 - 90 %
jedes pT	pN1-3	pM0	III (C)	30 - 70 %
jedes pT	jedes pN	pM1	IV (D)	

^{*)} UICC: Union Internationale Contre le Cancer

Histopathologisches Grading: G1 gut differenziert, G2 mäßig differenziert, G3 schlecht differenziert, G4 undifferenziert, GX nicht beurteilbar.

R-Klassifikation zur Beurteilung des Behandlungsergebnisses: R0 kein Residualtumor.
 R1 mikroskopischer Residualtumor.
 R2 makroskopischer Residualtumor.
 RX nicht beurteilbar.

Therapiemöglichkeiten

- Lokoregionäres Rezidiv:** In der Anastomose (1 - 5 %). Bei frühzeitiger operativer Entfernung ist in 20 % eine erneute Kuration möglich. Ein alleiniges lokoregionäres Lymphknotenrezidiv ist selten (etwa 5 %). Zu 90 % ist ein Rezidiv der zentralen Lymphknoten bereits durch hämatogene Fernmetastasen weit fortgeschritten.
- Fernmetastasen:** 80 % der Fernmetastasen siedeln in der Leber als Primärfilter ab. Die Resektion isolierter Lebermetastasen bzw. mehrerer beieinanderliegender Metastasen erlaubt in 20 - 30 % eine erneute Kuration. Im jüngeren Patientenalter und gutem Allgemeinzustand ist eine systemische oder regionale Chemotherapie zu erwägen. Solitäre Lungenmetastasen können ebenfalls mit Aussicht auf Kuration reseziert werden.
- Palliative Maßnahmen:** Stenosierende oder obstruierende Rezidive können je nach Allgemeinzustand und Alter des Patienten durch erneute Segmentresektion oder Umgehungsoperationen sowie Anlage eines Anus praeter umgangen werden. Bei Ikterus durch lokoregionäres Rezidiv eines rechtsseitigen Karzinoms kann eine innere oder äußere Katheterdrainage erwogen werden. Größere palliative Maßnahmen sind in der Regel nur bei Patienten ohne besondere Risikofaktoren angezeigt.
 In Abhängigkeit von Beschwerden, Alter und Allgemeinzustand des Patienten kann eine systemische oder regionale Chemotherapie in Betracht gezogen werden. Osteolytische Skelettmetastasen werden bestrahlt.
 Hinweis: Auch bei palliativer Behandlung kann der Nachsorgekalender mit geändertem Untersuchungs-/Behandlungsverlauf weiter benutzt werden (schnellere Kommunikation).
- Soziale Hilfestellung:** Medizinische und berufliche Rehabilitation, Rente, Sozialhilfe, Hauspflege und Schwerbehindertenausweis können in Frage kommen.

Vorsorge

Bei Karzinom-/Adenomträgern ist das Risiko einer metachronen Neubildung (Karzinom, Adenom) im übrigen Dickdarm erhöht (3 - 6 %). Zu seiner Früherkennung sind im Anschluß an die 5-jährige Nachsorge fortführend alle 3 - 5 Jahre koloskopische Kontrollen indiziert. Zur Planung dieser Termine sollte der Nachsorgekalender sinnvoll weiterbenutzt werden.

Bei Polyposis coli und Colitis ulcerosa ist das Karzinomrisiko noch deutlicher erhöht. Hier dienen die endoskopischen Kontrollen bei kolon- oder rektumeraler Therapie der Karzinom-/Adenomfrüherkennung. Sie müssen eng und lebenslang durchgeführt werden.

Literatur: TNM-Klassifikation Maligner Tumoren, 4. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1987 und TNM-Atlas, 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Erscheinungstermin Juni 1988; Herausgeber für beide Publikationen: P. Hermanek, O. Scheibe, W. Spiessl, G. Wagner

Zusammengestellt von: Prof. Dr. H. Denecke (TZM), Prof. Dr. F.P. Gall (TZE), PD Dr. P. Kujath (TZW)

Koordination und Statistik: Prof. Dr. D. Hölzel (TZM), Frau Dr. A. Altendorf-Hofmann (TZE)

Auf diese Nachsorgeempfehlungen haben sich die Bayerischen Tumorzentren (Erlangen (TZE), München (TZM), Würzburg (TZW)) geeinigt. Im Einzelfall können Abweichungen bei den laborchemischen und apparativen Untersuchungen notwendig und sinnvoll sein. Untersuchungen zu Wert und Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen laufen.

Jahre nach Primärtherapie	1. Jahr				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr		5. Jahr		alle 3 bis 5 Jahre
Schrittnummer im Nachsorgeprogramm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
Monate nach Primärtherapie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
1 Anamnese	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
2 körperl. Untersuchung (digitale Austastung)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
3 CEA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
4 Stomakontrolle	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
5 Rektoskopie	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
6 Koloskopie	•	☆	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
7 Oberbauch-Sonographie	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
8 CT-Abdomen Becken	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
9 Röntgen-Thorax	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
10 Zusatzuntersuchungen	nach dem individuellen Beschwerdebild des Patienten																

•: Basisuntersuchung bei Primärtherapie (z.B. durch Klinik) ☆: Präoperativ oder bei erster Nachsorge • für alle Patienten (Programm A) ○ Zusatzuntersuchungen bei Reiko (Programm B)

Basishinweise

Die Nachsorge beginnt nach der Primärtherapie, d. h. ggf. nach Abschluß postoperativer adjuvanter Therapiemaßnahmen.
 Die Empfehlungen gelten für kurativ behandelte Patienten mit Karzinom des Rektums oder des Colon sigmoideum. Abweichungen von den Untersuchungsinhalten und -intervallen können im Einzelfall notwendig und sinnvoll sein.
 Das Nachsorgeprogramm muß, je nach Art der Primäroperation, modifiziert werden. Nach Resektion, lokaler Exzision oder endoskopischer Polypektomie ist die rektoskopische Kontrolle der Anastomose/Abtragungsstelle möglich. Nach abdomio-perinealer Exstirpation tritt an Stelle der Rektoskopie die Inspektion und Palpation der perinealen Narbe sowie der Kolostomie.
 Perioperativ ist eine Koloskopie erforderlich (synchrone Zweitmalignome, Adenome, Polypen), die entweder präoperativ oder — falls nicht möglich — zum ersten Nachsorgeschnitt durchgeführt werden sollte.
 Das Nachsorgeprogramm A gilt für Patienten im Stadium pT1-2 pN0 pM0 (Dukes A).
 Nach Auftreten von Rezidiven ist wegen der Variabilität der Rezidive und der angewandten Behandlungsverfahren eine individuelle Strategie zu empfehlen, die in Absprache mit dem Operateur festgelegt werden sollte.
Deuer der Nachsorge: 5 Jahre, anschließend alle 3 bis 5 Jahre koloskopische Kontrolle (vgl. auch "Vorsorge", Rückseite).

Erläuterung der Untersuchungen, Führung des Nachsorgekalenders und Teilnahme an der onkologischen Dokumentation

Ausführliche Zwischenanamnese: u.a. können folgende Fragen gestellt werden:
 Hat sich das Körpergewicht verändert? Sind Veränderungen in der Stuhlfrequenz aufgetreten? Sind Schmerzen aufgetreten (Kreuzbein, Ischiadicusbereich, Nierenlager)? Ist die Stomafunktion in Ordnung (dichtet der Versorgungsbeutel gut ab)? Sind Probleme mit Stuhlhäufigkeit, Gasbildung und eventueller Geruchsbelästigung genügend gelöst?
 Der Patient ist anzuhalten, sich selbst zu beobachten, mitzuarbeiten. Stets ist er darauf hinzuweisen, daß beim Auftreten von Beschwerden der Arzt sofort und außerhalb der geplanten Nachsorgetermine aufgesucht werden sollte.
Körperliche Untersuchung: Palpation der Operationsnarben, Inspektion der Kolostomie (peristomale Reizungen? Prolaps? Parastomiehernie?), Palpation des Stoma mit Pressen (Parastomiehernie?), digitale rektale/perineale Austastung, Wirbelsäulenklumpfschmerz, Palpation und Perkussion des Abdomens, gynäkologische Untersuchung. Bei Verdachtsmomenten auf Rezidiv bzw. Metastasen erfolgen selbstverständlich entsprechende weiterführende Untersuchungen ohne Zeitaufschub.
 Zwischenanamnese und körperliche Untersuchung geben in mehr als 50 % der Fälle Hinweise auf Rezidive!

Beispiel eines aussagekräftigen Kalender-eintrages zur Primärtherapie (Seite 6)

Therapiemaßnahmen mit Datumsangabe(n) einzutragen bei der Ausstellung des Kalenders

Primärtherapie:

Operation am 07.12.85

anteriore Rektumresektion

pT2 pN0 pM0 (Dukes A), 11 cm.

Empfehlung nächster Termin:
 am 28.03.85
 bei Dr. Nachsorge

Dr. Krankenhaus
 Stempel und Unterschrift des Arztes

Apperative Untersuchungen:

Rektoskopie: mit dem starren Rektoskop.

Koloskopie/ Kontrasteinlauf: prinzipiell hat die Koloskopie höhere Nachweiskraft; ein Kontrasteinlauf ist nur in Doppelkontrast-Methodik aussagekräftig. Ein röntgenologisch unklarer Befund muß koloskopisch geklärt werden.

Röntgen: Thorax in zwei Ebenen.

Sonographie: Leber? Nierenbeckenstauung?

CT-Abdomen/ Kleines Becken: Das Computertomogramm sollte grundsätzlich Leber und kleines Becken bis mindestens zur Steißbeinspitze in einer Untersuchung einschließen. (Die Untersuchung der Leber ist eine besondere Aufgabe der Nachsorge und sollte in der Regel wie angegeben mit CT und Sonographie durchgeführt werden).

Labor:

CEA: (bei Erhöhung kurzfristige Kontrolle nach 2 - 4 Wochen).

Andere Laboruntersuchungen: routinemäßig nicht erforderlich, jedoch bei Metastasenverdacht indiziert.

Kalenderführung in der Nachsorge:

Nachsorgeuntersuchung am: 8. / 12. / 87
 bitte folgendes beachten:

8. Nachsorgeschnitt

CEA: normal

Rektoskopie: Anastomose nicht stenosiert, bis 16 cm o.B.

CT-Befund: Präsakral narbige Verdichtung? Thorax: o. B.

Stuhlfrequenz normal

Gewicht: 78 kg (+ 3 kg)

Empfehlung nächster Termin:
 am: 08.06.88
 bei: _____

Dr. Nachsorge
 Stempel und Unterschrift des Arztes

Für den Patienten: Fragen, Mitteilungen an den Arzt

Bei der Entlassung aus der stationären Behandlung sollte in der Regel jedem Krebskranken ein Nachsorgekalender ausgestellt werden. Dieser soll bei jeder Nachsorge fortgeschrieben werden. Zur zentralen Dokumentation der Befunde wird für Kassen- und Vertragsärzte die Teilnahme an der onkologischen Dokumentation empfohlen.
 Onkologische Dokumentationsbogen, Nachsorgekalender und weitere Unterlagen sind für Kassen- und Vertragsärzte bei den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhältlich. Krankenhäuser erhalten die benötigten Unterlagen (Nachsorgekalender, Übersichtskarten als Arztunterlage) bei der Arbeitsgemeinschaft zur Krebserkennung und Krebsbekämpfung, c/o Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

Klassifikation und Therapiemöglichkeiten

Basiseigenschaften

- Inzidenz:** Eine der häufigsten Tumorerkrankungen, ca. 22 Neuerkrankungen treten jährlich je 100.000 Einwohner in der Bundesrepublik auf, etwa gleich häufig bei Männern und Frauen (nur Rektum).
- Mortalität:** ca. 11,6 Todesfälle auf 100.000 Einwohner, insgesamt 1986 Bundesrepublik; σ n=3359, φ n=3723 (nur Rektum).
- Altersverteilung:** Mehr als 50 % treten erst nach dem 70. Lebensjahr auf, 10 % jünger als 55 Jahre, 10 % älter als 82 Jahre.

Klassifikationskriterien

- Primärtumor:**
- pTis — Carcinoma in situ.
 - pT1 — Tumor infiltriert Submukosa.
 - pT2 — Tumor infiltriert Muscularis propria.
 - pT3 — Tumor infiltriert durch Muscularis propria in die Subserosa oder in nicht peritonealisiertes perikolisches oder perirektales Gewebe.
 - pT4 — Tumor perforiert das viszerale Peritoneum oder infiltriert direkt in andere Organe oder Strukturen.

- Lymphknoten:**
- pN0 — keine regionären Lymphknotenmetastasen.
 - pN1 — Metastasen in 1 - 3 perikolischen bzw. perirektalen Lymphknoten.
 - pN2 — Metastasen in 4 oder mehr perikolischen bzw. perirektalen Lymphknoten.
 - pN3 — Metastasen in Lymphknoten entlang eines benannten Gefäßstammes.

- Fernmetastasen:**
- pM0 — keine Fernmetastasen.
 - pM1 — Fernmetastasen vorhanden.

pTx, pNx, pMx, wenn eine Beurteilung nicht möglich ist.

Stadiengruppierung	UICC ^{*)} (in Klammern Dukes)	5-Jahre-Überlebensrate nach kurativer Operation
pT1-2 pN0 pM0	I (A)	80 - 90 %
pT3-4 pN0 pM0	II (B)	60 - 80 %
jedes pT pN1-3 pM0	III (C)	30 - 70 %
jedes pT jedes pN pM1	IV (D)	

^{*)} UICC: Union Internationale Contre le Cancer

Histopathologisches Grading: G1 gut differenziert, G2 mäßig differenziert, G3 schlecht differenziert, G4 undifferenziert, GX nicht beurteilbar.

R-Klassifikation zur Beurteilung des Behandlungsergebnisses:

- R0 kein Residualtumor.
- R1 mikroskopischer Residualtumor.
- R2 makroskopischer Residualtumor.
- RX nicht beurteilbar.

Therapiemöglichkeiten

- Lokoregionäres Rezidiv:** In der Anastomose, in der perinealen Wunde oder am Anus praeter (etwa 5 %). Bei frühzeitiger operativer Entfernung ist in 20 - 50 % eine erneute Kuration möglich.
- In 25 % beginnt eine Progression mit einem lokoregionären Rezidiv allein, in weiteren 50 % sind zusätzlich Fernmetastasen vorhanden. Je nach Voroperation, Sitz und Ausdehnung des Rezidivs und je nach Sekundärsymptomen kommen Bestrahlung, Operation, Kryo- oder Lasertherapie sowie kombinierte Verfahren in Frage. In 5 - 20 % scheint eine neue Kuration möglich. Eine Palliation (Schmerz, Ureterobstruktion) ist beim frühentdeckten Rezidiv wirkungsvoller.
- Fernmetastasen:** 80 % der Fernmetastasen siedeln in der Leber als Primärfilter ab. Die Resektion von solitären Lebermetastasen bzw. mehreren beieinanderliegenden Metastasen erlaubt in 20 - 30 % eine erneute Kuration. Im jüngeren Patientenalter und gutem Allgemeinzustand ist eine systemische oder regionale Chemotherapie zu erwägen. Solitäre Lungenmetastasen können ebenfalls mit Aussicht auf Kuration reseziert werden.
- Palliative Maßnahmen:** In Abhängigkeit von Beschwerden, Alter und Allgemeinzustand des Patienten kann eine systemische oder regionale Chemotherapie in Betracht gezogen werden. Osteolytische Skelettmetastasen werden bestrahlt. Kryotherapie zur Vermeidung eines Anus praeter, Schmerztherapie. (Hinweis: Auch bei palliativer Behandlung kann der Nachsorgekalender mit geändertem Untersuchungs-/Behandlungsverlauf weiter benutzt werden (schnellere Kommunikation)).
- Soziale Hilfestellung:** Medizinische und berufliche Rehabilitation, Rente, Sozialhilfe, Hauspflege und Schwerbehindertenausweis können, besonders nach abdomino-perinealer Rektumexstirpation (Kolostomie), in Frage kommen.

Vorsorge

Bei Karzinom-/Adenomträgern ist das Risiko einer metachronen Neubildung (Karzinom, Adenom) im übrigen Dickdarm erhöht (3 - 6 %). Zu seiner Früherkennung sind im Anschluß an die 5-jährige Nachsorge fortführend alle 3 - 5 Jahre koloskopische Kontrollen indiziert. Zur Planung dieser Termine sollte der Nachsorgekalender sinnvoll weiterbenutzt werden.

Bei Polyposis coli und Colitis ulcerosa ist das Karzinomrisiko noch deutlicher erhöht. Hier dienen die endoskopischen Kontrollen bei kolon- oder rektumeraler Therapie der Karzinom-/Adenomfrüherkennung. Sie müssen eng und lebenslang durchgeführt werden.

Literatur: TNM-Klassifikation Maligner Tumoren, 4. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1987 und TNM-Atlas, 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Erscheinungstermin Juni 1988; Herausgeber für beide Publikationen: P. Hermanek, O. Scheibe, W. Spiessl, G. Wagner

Zusammengestellt von: Prof. Dr. H. Denecke (TZM), Prof. Dr. F.P. Gall (TZE), PD Dr. P. Kujath (TZW)
Koordination und Statistik: Prof. Dr. D. Hölzel (TZM), Frau Dr. A. Altendorf-Hofmann (TZE)

Auf diese Nachsorgeempfehlungen haben sich die Bayerischen Tumorzentren (Erlangen (TZE), München (TZM), Würzburg (TZW)) geeinigt. Im Einzelfall können Abweichungen bei den laborchemischen und apparativen Untersuchungen notwendig und sinnvoll sein. Untersuchungen zu Wert und Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen laufen.

Personalia

Professor Dr. J. Lissner 65 Jahre

Am 22. April 1988 vollendete Professor Dr. med. Dr. h. c. Josef Lissner, Direktor der Klinik und Poliklinik für Radiologie der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchionistraße 15, 8000 München 70, sein 65. Lebensjahr. Seit 1952 in der Radiologie tätig, 1956 Radiologe, ab 1964 Leitender Oberarzt unter Professor Boris Rajewsky, 1960 habilitiert, 1965 außerordentlicher Professor, wurde Kollege Lissner am 1. April 1969 Abteilungsleiter der Röntgenabteilung der Poliklinik der Universität München und am 1. Februar 1970 Nachfolger von Professor Dr. Braunbehrens. Seine wissenschaftliche Tätigkeit umfaßt bis jetzt 111 Publikationen und fünf Bücher. Seine zahlreichen Arbeitsgebiete reichen u. a. bis zur Entwicklung und Verbesserung der elektronischen Bildverstärker, wo er neben Stieve in Europa sowie Weinberg und Morgan in den USA einer der ersten Initiatoren ist. Zusammen mit Gebauer und Schott veröffentlichte er darüber die einzige deutschsprachige Publikation, bis jetzt Standardwerk auf diesem Gebiet. Mit Beginn der Ära der Computertomographie befaßte er sich als Pionier intensiv mit dieser neuen Entwicklung. Aus seiner Klinik gingen dazu mehr als 300 wissenschaftliche Arbeiten hervor. Seit 1984 widmet er

sich dem Gebiet der Kernspintomographie und er gab zusammen mit M. Seiderer das Buch „Klinische Kernspintomographie“ heraus. Bei zahlreichen medizinischen Gesellschaften in fast allen Ländern der Welt hielt er über 100 Vorträge, was er seinem Ruf verdankt, ausgezeichnete Fachkenntnisse mit hervorragendem didaktischem Talent zu verbinden. Lissner war u. a. von 1979 bis 1985 Präsident der Deutschen Röntgengesellschaft, ist seit 1983 Vorsitzender der Röntgendiagnostischen Abteilung der Europäischen Röntgengesellschaft und wurde zum Präsidenten des Europäischen Röntgenkongresses für das Jahr 1990 gewählt. 1984 erhielt er die Rudolf-Grashey-Medaille und 1987 die Rieder-Medaille. Lissner ist seit 1986 ordentliches Mitglied der Deutschen Akademie der Wissenschaften „Leopoldina“ in Halle und erhielt 1987 die Ehrendoktorwürde der Medizinischen Akademie in Breslau.

Professor Lissner kann auf ein erfülltes ärztliches Leben als Radiologe zurückblicken.

Professor Dr. med. Helmut A. Stickl, Leiter der Abteilung für Umwelthygiene und Impfwesen im Institut für Toxikologie und Umwelthygiene der Technischen Universität München, Lazarettstraße 62, 8000 München 19, wurde erneut für drei Jahre zum korrespondierenden Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ernannt.

G. Scholz zum Ministerialdirigenten ernannt

Ltd. Ministerialrat Georg Scholz, der am 1. Dezember 1987 als Nachfolger von Ministerialdirigent Dr. Heinz Drausnick die Leitung der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern übernahm, wurde nunmehr vom Bayerischen Ministerret zum Ministerialdirigenten ernannt.

Dr. med. Otto Schloßer, Salinstraße 10, 8200 Rosenheim, Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Vorsitzender der Bezirksstelle Oberbayern der KVB und des Ärztlichen Kreisverbandes Rosenheim, wurde anlässlich der ordentlichen Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. (= BDI) wieder in den Vorstand gewählt. — Ferner wurde er mit der Günther-Budelmann-Medaille des BDI ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Egon Wetzels, Chefarzt der I. Medizinischen Abteilung am Städtischen Krankenhaus Rosenheim, Pettenkoflerstraße 10, 8200 Rosenheim, wurde anlässlich der ordentlichen Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. wieder in den Vorstand gewählt.

Carminativum[®] Babynos Meteorismus-Therapie. Tropfen für Tropfen behutsam.

- ▶ Krampflösend ▶ Beseitigt Gasansammlungen
- ▶ Rein pflanzlich. Mit Fenchel, Koriander, Kamille, Baldrian

Zusammensetzung: 1 g enthält 890 mg Fluidextrakte (1:1, Ethanol 35 Vol.-%) aus 320 mg Fenchel (DAB 9), 200 mg Koriander (DAB 10), 200 mg Kamillenblüten (DAB 9) und 170 mg Baldrianwurzel (DAB 9) sowie 0,5 mg Fenchelöl (DAB 9). Enthält 24 Vol.-% Alkohol. **Anwendungsgebiete:** Zur Verhütung und Beseitigung von Blähungsbeschwerden jeder Art bei Säuglingen und Kindern, insbesondere mit krampflösender Wirkung. Zur Regulierung der Verdauungsfunktionen (z. B. nach Kostumstellung oder Abstillen) oder bei nervösen Magen-Darmstörungen, falls ein ernstes organisches Leiden ausgeschlossen werden kann. Folgeerscheinungen wie Verstimmung, Unruhe und Schlaflosigkeit werden ursächlich mitbehandelt. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, Säuglingen 3 mal täglich 3-6 Tropfen, Kindern über 1 Jahr 3 mal täglich 6-10 Tropfen, Schulkindern 3 mal täglich 10-15 Tropfen verdünnt eingeben. Packungsgröße und Preis: DM 6,65, O. P. mit 30 ml Lösung.

Dentinox KG
1000 Berlin 48

D



Sozialpolitische Ausblicke

Die Landtagswahlen in Baden-Württemberg liegen zwar schon eine Zeitlang zurück, dennoch lohnt es sich, nach den Folgen für die Bonner Politik zu fragen. Deibel ist zunächst auf zwei Fakten zu verweisen: Späth kann seinen persönlichen Erfolg auch damit erklären, daß er im Wahlkampf zur Bonner Politik Distanz gehalten hat; die F.D.P. ist in ihrem schwäbischen Stammland in die Nähe der Fünf-Prozent-Klausel abgerutscht. Kohl und Gelblers CDU sind jedenfalls nicht die Gewinner, und Bangemanns Bonner F.D.P. wird des miserablen Ergebnis nicht allein mit der Schwäche der Landespartei erklären können. So überrescht nicht, daß unmittelbar nach dieser Wahl in der Union ein offener Streit über die politische Strategie entbrannt ist und in der F.D.P. der Profilierungsbedarf gegenüber der CDU/CSU wächst.

Der Wahlerfolg der CDU, gemessen an den negativen Erwartungen, wird daher das Klima in der Bonner Koalition nicht verbessern können. Die Unruhe wächst. Einzelne Freie Demokraten erinnern sich an sozialliberale Zeiten, und in der Union wächst die Zahl der Politiker, die meinen, man könne auch mit der SPD regieren. Solche politischen Sandkastenspiele haben auch die Funktion, den jeweils anderen Koalitionspartner mit der Drohung zu disziplinieren, daß man auch eine politische Alternative habe. Die hat in dieser Legislaturperiode freilich nur die CDU/CSU. SPD und F.D.P. könnten nur zusammen mit den Grünen regieren. Eine solche politische Wende wäre nicht vorstellbar. Dennoch verbreiten solche Spekulationen Unsicherheit und vergrößern das Mißtrauen zwischen den Koalitionspartnern.

Die Spannungen, die entstanden sind und weiterhin entstehen, werden sich früher oder später in einem politischen Gewitter entladen, das die Atmosphäre reinigen könnte. Wer derzeit in Bonn und außerhalb von Bonn betrieben wird, wirkt selbstzerstörerisch. Es läge im Interesse der Akteure, zu erkennen, daß allein eine vernünftige Zusammenarbeit und Partnerschaft ihnen auf Dauer eine politische Chance gibt. Dazu haben sie das Mandat der Wähler erhalten, nicht für Profilierungs- und Konfliktstrategien.

Daß die Konflikte in der Koalition schon bei der endgültigen Formulierung der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Spitze getrieben werden, erscheint als möglich, aber nicht als sehr wahrscheinlich, nachdem im Dezember zwischen den Parteivorsitzenden „Eckwerte“ beschlossen worden sind, die nur

von dem grundsätzlich in Frege gestellt werden können, der die Koalition beenden will. Das aber will, so scheint es, derzeit niemand von den Politikern, auf die es wirklich ankommt. Am Ende wird man sich arrangieren, mehr schlecht als recht. Der Kompromiß wird davon abhängen, ob Blüm der F.D.P. soweit entgegenkommt, daß sie ihr Gesicht wahrt. Das müßte möglich sein. In Gefahr könnte die Koalition aber dann geraten, wenn es zur Jahresmitte darum geht, die Staatsfinanzen bis zum Ende der Legislaturperiode zu bilanzieren und dann zu konsolidieren, was aus den Fugen geraten ist. Da wird man an höchst unpopulären Entscheidungen, wie Steuererhöhungen und Leistungskürzungen, nicht vorbeikommen. Wird die Koalition dazu dann noch die Kraft haben? Diese Frage läßt sich heute nicht beantworten.

Blüm hat den politischen Spekulationen zusätzlich Auftrieb gegeben. Er hat dem Stellvertretenden Vorsitzenden der SPD-Bundestagsfraktion, Dreßler, einen Brief geschrieben, in dem er sich dafür bedankt, daß Dreßler sich so eindeutig von der üblen Kampagne des Interessenverbands der Dialysepatienten und Nierentrentplantierten distanziert hat. Der Verband hatte Blüms Reformpläne als „schleichendes Euthanasieprogramm“ bezeichnet. Die Absage Dreßlers an diesen Verband beweise, so schreibt Blüm, daß es bei allen Gegensätzen über den besten Weg zur Strukturreform im Gesundheitswesen zwischen den Sozialpolitikern der großen Parteien einen Grundkonsens über Form und Stil der politischen Auseinandersetzung gebe. Wenn man dem Hinweis von Blüm auf den Grundkonsens zwischen den Sozialpolitikern der großen Parteien keine Bedeutung beimessen will, so wäre der Brief bis zu diesem Punkt nicht der Aufmerksamkeit wert. Aber Blüm fügt noch Sätze hinzu, die Anlaß zum Nachdenken über deren Bedeutung geben.

Blüm weist Dreßler, den er mit „Lieber Rudolf“ anredet, nämlich auch auf die „Notwendigkeit und die Chance eines noch weitergehenden Konsenses der Politiker in der Gesundheitsreform“ hin. Blüm wirbt dann um Unterstützung gegen die mächtigen Interessenverbände. Gemeinsam müßten die Politiker deutlich machen, daß sie den Staat nicht den Interessenten ausliefern und die Gesundheitsreform nicht zum Spielball der Lobbyisten werden ließen. Sodann bietet Blüm an, über einige Grundsatzfragen der Reform ein gemeinsames Gespräch zu führen; dabei

könnte dann auch über die weitere Arbeit der Enquete-Kommission des Bundestages über die Strukturreform des Gesundheitswesens gesprochen werden, schreibt Blüm. Bislang hatte Blüm darin nur ein Instrument der Opposition zur Behinderung seiner eigenen Reformarbeiten gesehen.

Was will Blüm mit diesem Brief erreichen? Diese Frege ist nur spekulativ zu beantworten. Bislang hat der Minister immer wieder wissen lassen, daß er das Gespräch mit der SPD wohl über die Rentenreform, aber nicht über die Krankenversicherungsreform für sinnvoll halte. Diese Einschätzung könnte sich nur dann geändert haben, wenn die SPD ihre gesundheitspolitischen Ziele denen von Blüm angenähert hätte oder Blüm bereit wäre, auf die SPD zuzugehen. Aber solche wechselseitigen Annäherungsversuche sind (noch?) nicht zu erkennen, wenn man einmal davon absieht, daß die SPD wohl erwartet hatte, die Koalition werde ihr mit ihren Reformplänen mehr Angriffspunkte bieten. Blüm hat den Brief an den „lieben Rudolf“ wenige Tage vor Beginn der Schlußrunde der koalitionsinternen Beratungen geschrieben. Zwar enthält er eine politische Option in Richtung SPD, aber deutlicher ist doch wohl die Absicht, die F.D.P. politisch unter Druck zu setzen, um sie gefügiger zu machen. Zur Verbesserung des Koalitionsklimas trägt dieser Brief sicherlich nicht bei, denn auch die F.D.P. wird sich Gedanken machen.

Interesse verdient natürlich auch, was Dreßler geantwortet hat. Er sei bereit zu gemeinsamen Gesprächen, aber nicht, um Blüm aus dem „Interessensumpf“ zu ziehen. Vielmehr gehe es darum, den Beweis zu führen, daß dringliche und schwierige Probleme auch gegen den Widerstand eigensüchtiger Gruppeninteressen gelöst werden könnten. Dann nennt Dreßler seinen Preis für gemeinsame Lösungsversuche: Es müsse ein gemeinsames und ausgewogenes Gesamtkonzept entwickelt werden. Die strukturellen Verwerfungen müßten angegangen werden und nicht nur deren finanzielle Folgen. Die Reform sei eine Aufgabe dieser Legislaturperiode, nicht aber dieses Jahres; die Koalition müsse ihre Zeitpläne ändern. Notwendig sei aber die schnelle Verabschiedung eines Vorschaltgesetzes, das Beitragssatzstabilität bis zum Inkrafttreten der Strukturreform gewährleiste. Blüm solle nun seinen brieflichen Bekundungen Taten folgen lassen.

Es ist anzunehmen, daß der Minister damit noch warten wird, es sei denn, er wolle den großen politischen „Crash“. Aber das wäre derzeit noch eine unseriöse politische Unterstellung und eine unzulässige Spekulation. Wenn sie dennoch eingestellt wird, so hat dies Blüm selbst zu vertreten und wohl auch so gewollt.

bonn-mot

Blaulichärzte – Einheitliches Fortbildungskonzept für Notärzte in Bayern 1988

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

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

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

II. Stufe – Aufbaukurs für Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens einjährige klinische Tätigkeit in einem Akutkrankenhaus und 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)

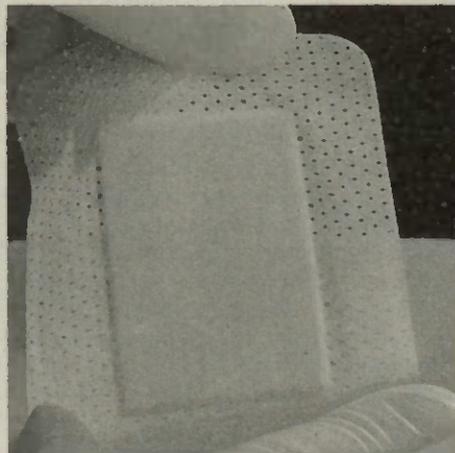
Veranstaltungsorte:	Termine:	Stufe:	Auskunft und Anmeldung nur bei:
Augsburg Ärztehaus Schwaben	2. 7.	III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Freu Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
	10. 9.	II	
	24. 9.	II	
München Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern	11. 6.	I	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288 Hinweis: Alle Termine sind bereits voll belegt
	16. 7.	I	
	23. 7.	I	
	12. 11.	III	
Nürnberg-Fürth Stadthalle Fürth	14. 5.	I	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532 Hinweis: Die Termine 14. und 15. Mal sind bereits voll belegt *) ausnahmsweise Sonntag!
	15. 5. *)	I	
	5. 11.	III	
	19. 11.	III	
Würzburg Universitätsklinik	25. 6.	II	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg Freu Knüpf, Telefon (09 31) 307-278
	9. 7.	II	

Anmeldung unbedingt erforderlich

Teilnahmebescheinigung nur nach vollständig besuchtem Kurs

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

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

32304/0588

Hochwasser

Unbürokratische Hilfe für die Hochwasserschäden im März einerseits, parlamentarisches Nachspiel für die Naturkatastrophe andererseits. Beide Pole charakterisieren die politische Diskussion über die Folgen des Hochwassers in Niederbayern und in der Oberpfalz. Insgesamt 14,5 Millionen DM hat das Finanzministerium für die Geschädigten inzwischen bereitgestellt und entschieden, daß bereits auf unterer Verwaltungsebene die Behörden selbständig entscheiden können. Um eine rasche Entscheidung vor Ort und die schnelle Auszahlung an die Geschädigten zu ermöglichen, hat das Ministerium die Betragsgrenzen, bis zu denen die Kreisverwaltungsbehörden sofort und selbständig über Finanzhilfesanträge entscheiden können, deutlich erhöht (für verbilligte Darlehen auf 100 000 DM und für Notstandsbeihilfen auf 20 000 DM). Danach können die Kreisverwaltungsbehörden (Landratsämter und kreisfreien Städte) jetzt im Einzelfall bis zu 120 000 DM Finanzhilfen selbst bereitstellen.

Damit die Hochwassergeschädigten möglichst rasch ihr Geld erhalten, hat das Finanzministerium gleichzeitig Abschlagszahlungen für finanzielle Aufwendungen der Geschädigten zugelassen. Abschlagszahlungen können danach auf Finanzhilfen für Gebäude- und Hausratschäden gewährt werden, wenn die Schätzkommissionen die Behebung der Mängel für zwingend erforderlich erachten, um einen angemessenen Wohnstandard zu gewährleisten, wenn die Betroffenen nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen nicht in der Lage sind, diese Kosten auszulegen, und wenn es sich um finanzielle Aufwendungen der Betroffenen handelt, deren Höhe die Schätzkommissionen geschätzt haben.

Die als „Hilfe zur Selbsthilfe“ bezeichnete Aktion des Finanzministeriums, mit der hochwassergeschädigten Bürgern aus der „Klemme“ geholfen werden soll, kann freilich nicht über

den Disput hinwegtäuschen, der im Landtag über die Ursachen der Überschwemmungskatastrophe ausgebrochen ist. Zwar sind die Schäden in Niederbayern und in der Oberpfalz noch nicht so gänzlich erfaßt – sie belaufen sich aufgrund erster Schätzungen auf ca. 70 Millionen DM in den Regionen Niederbayern und Oberpfalz –, doch im Parlament geht es mittlerweile um die Kernfrage, inwieweit menschliches Eingreifen in die Natur den Haushalt so verändert hat, daß es zu den Überschwemmungen überhaupt kommen konnte. Entschieden hat Staatssekretär Dr. Heinz Rosenbauer vom Innenministerium als zuständige Behörde Behauptungen der Opposition im Landtag und von Umweltschutzorganisationen zurückgewiesen, das „Jahrhunderthochwasser“ der Donau zwischen Regensburg und Passau sei „hausgemacht“ und ausschließlich im Zusammenhang mit Flurbereinigung, Versiegelung der Landschaft, Waldschäden und indifferenziertem Gewässerausbau zu sehen. Für die derzeit außergewöhnlichen Wasserstände an der Donau sind nach einer Stellungnahme Rosenbauers einzig die „erheblich über die langjährigen Mittelwerte herausragenden Niederschläge“ ursächlich, also das meteorologische Geschehen der jüngsten Zeit. Auch Landwirtschaftsminister Simon Nüssel hat der Umweltschutzorganisation „Robin Wood“ widersprochen, an den verheerenden Überschwemmungen komme der Flurbereinigung eine Schuld zu. Ähnliche Vorwürfe hätten sich schon in der Vergangenheit als nicht stichhaltig erwiesen, erklärte Nüssel.

Nach Aussagen des Landesamtes für Wasserwirtschaft – so Nüssel – stehe klar fest, daß die Aufnahmefähigkeit des Bodens entlang der Donau infolge der lang anhaltenden Niederschläge völlig erschöpft gewesen sei. Von menschlichen Einwirkungen, so auch der Flurbereinigung, könne deshalb keine Rede sein. Sie sei im Gegenteil ein vielfältiges und modernes Instrumentarium, um die Wasserrückhaltung in der Fläche zu verbes-

sern und positiv auf den Wasser- und Naturhaushalt einwirken zu können. Dazu gehörten neben dem naturnahen Ausbau der Gewässer insbesondere die wirtschaftlich genutzten Böden sowie die abfluhemmende Einteilung der Grundstücke. Die Neuanlage von Pflanzungen und Biotopen, die Schaffung neuer Feuchtgebiete, Kleingewässer und Erdbanken, die Sicherung der Grünlandnutzung in Überschwemmungsgebieten und die Ausweisung von Uferstreifen seien ein positiver Beitrag der Flurbereinigung zur Regelung des Wasserhaushalts.

Auch die Wasserrückhaltefähigkeit des Waldes und der Waldböden ist nach Worten des Landwirtschaftsministers nicht beeinträchtigt. Jahrhundertereignisse, wie das derzeitige Hochwasser, mit den neuartigen Waldschäden in Verbindung zu bringen, sei deshalb absolut unsinnig. Ein Blick in die Menschheitsgeschichte zeige vielmehr, daß es immer schon katastrophale Naturereignisse auch in unserem Lande gegeben habe, gegen die Menschen machtlos seien.

Die Opposition interpretierte das Naturereignis anders: Die in der Oberpfalz und in Niederbayern Betroffenen seien nicht Opfer einer Naturkatastrophe, sondern seien Folgeträger einer falschen Umwelt- und Strukturpolitik. Es wäre fatal, wenn die politischen Konsequenzen ausbleiben würden, weil man sich nur auf den Standpunkt stelle, es handle sich hierbei um ein unabwendbares Naturereignis, erklären die Grünen im Parlament. Gleichzeitig fordern sie eine Untersuchung über die hausgemachten Ursachen der Überschwemmung – ins gleich Horn stößt die SPD. Ihr Fraktionsvorsitzender, Karl-Heinz Hiersemann, hat eine parlamentarische Initiative angekündigt, um im Rahmen eines Hearings weitere Auskünfte zu erlangen. Man nehme die Beschwichtigungsversuche bayerischer Behörden nicht mehr hin, erklärte der Fraktionschef. Insgesamt forderte er, inwieweit die Eingriffe in die Natur und ihre Folgen geklärt werden müssen. – Ob daraus Konsequenzen abzuleiten sind, oder ob – wie die Staatsregierung betont – es sich um eine mindere Katastrophe im Vergleich zu den Überschwemmungen der Vergangenheit gehandelt habe, dies bleibt bis zur parlamentarischen Diskussion abzuwarten.

Michael Gscheidle

Kongresse: Allgemeine Fortbildung

21. Bad Reichenhaller Kolloquium vom 17. bis 19. Juni 1988

Veranstalter: Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane e. V. in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer
Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. G. W. Sybrecht, Homburg/Saer
Ort: Staatliches Kurhaus, Großer Saal, Bad Reichenhall

Freitag, 17. Juni 1988

Symposium: Bronchospasmyse mit Beta-2-Sympathikomimetika: Therapie mit einem langwirkenden Dosier-Aerosol
Vorsitz: Professor Dr. D. Nolte, Bad Reichenhall
Beginn: 14 Uhr – Ende: 18 Uhr

Samstag, 18. Juni 1988

Hauptthema: Akutes und chronisches respiratorisches Versagen
9–11.10 Uhr: Pathologie und Pathophysiologie des respiratorischen Versagens
11.30–13 Uhr: Diagnostische Verfahren und ihre Wertigkeit
15–18 Uhr: Therapeutische Maßnahmen

Sonntag, 19. Juni 1988

9–11.30 Uhr: Pneumologische Intensivmedizin
11.30–12.30 Uhr: Rundtischgespräch „Rehabilitation und rationale Langzeittherapie“
– Eine Tegungsgebühr wird nicht erhoben; Anmeldung nicht erforderlich –

Auskunft:

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

Veranstaltungen der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns

Die Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns führt euch heuer wieder zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen durch.

Termine:

7. Mai in Gersthofen und 22. Juni in München (Neue Gebührenordnungen BMÄ '87 und EGO '87) – 25. Juni in Bamberg (Der Alkoholiker) – 25. Juni in Schweinfurt (Laborkurs, euch Arzthelferinnen) – 9. Juli in Aschaffenburg (Aktuelle Schutzimpfungen, Reise prophylaxe)

Bei Terminänderungen können nur angemeldete Teilnehmer benachrichtigt werden.

Auskunft und Anmeldung:

Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns, Ludmillastraße 13, 8000 München 90, Telefon (0 89) 65 55 05 (von 9 bis 12.30 Uhr)

X. Kumpfmühler Symposium

vom 16. bis 19. Juni 1988 in Regensburg

Veranstalter: Kumpfmühler Kollegium – Forum für ärztliche Bildung und ganzheitliche Therapie e. V.

Thema: Der kranke Mensch, sein Arzt, seine Arznei

Auskunft:

Dr. M. J. Zilch, Karthäuser Straße 24, 8400 Regensburg 19

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

25. Juni 1988

17. September 1988

19. November 1988

In der Mühlbaurstraße 16 (Ärztehaus Bayern), München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 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, bis 16. Juni, 9. September und 11. November 1988 zu richten.

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

Strahlenschutzkurse in Bamberg

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RöV) Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen in zwei Teilen (3,2 der Richtlinien) am 24./25. Juni und 1./2. Juli 1988 in Bamberg

Veranstalter: Radiologisches Institut des Klinikums (Leiter: Chefarzt Dr. M. Schmidt)

Ort: Klinikum Bamberg, Buger Straße 80, Bamberg

Teilnehmergebühr: DM 250,-

Auskunft und Anmeldung:

Radiologisches Institut, Buger Straße 80, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 5 03 31 31

Chloralhydrat-Rectiole®

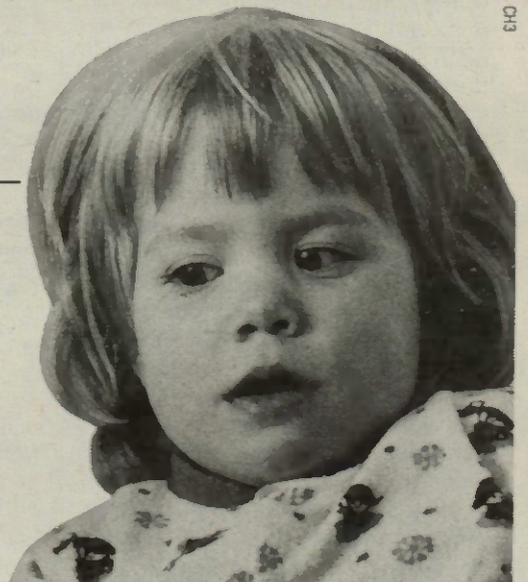
Problemlose Sedierung nach Maß.

- ▶ Wirkt zuverlässig und schnell
- ▶ Kurze Halbwertszeit
- ▶ Gut steuerbar
- ▶ Soforttherapie akuter Krämpfe

Zusammensetzung: 1 Miniaturklistier (Rectiole) à 3 g enthält 0,6 g Chloralhydrat. **Anwendungsgebiete:** Zur Ruhigstellung von Kindern vor instrumenteller Diagnostik (EEG, Computertomographie, Röntgen, Endoskopie, Katheterisierung), zur Behandlung von Krampfanfällen jeder Genese, insbesondere Fieberkrämpfe und status epilepticus, vor kleinen operativen Eingriffen oder schmerzhaftem Verbandwechsel. **Gegenanzeigen:** Nicht bei schweren Leber-, Nieren-, Herz- und Kreislaufkrankungen anwenden. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen Schleimhautreizungen. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, beträgt die hypnotische Osis bei Säuglingen 1/2-1 Rectiole, bei Kleinkindern 1-2 Rectiolen, bei Schulkindern 2-3 Rectiolen. Zur Sedierung genügt die Hälfte. Packungsgrößen und Preise: O. P. mit 3 Miniaturklistieren DM 9,50, A. P. mit 30 Miniaturklistieren. Auch in Österreich und der Schweiz erhältlich.

Dentinox KG
1000 Berlin 48

D



Arzt und Poet dazu

Harald Rauchfuss – in der Pflicht der Philosophie

Die Philosophie ist eigentlich Heimweh, Trieb überall zu Hause zu sein.
Novalis

Wenn sich Dichtung und Philosophie oder auch Dichtung und Religion in einem förderlichen Verhältnis treffen, das durchaus einer *discordia concors*, einer zwieträchtigen Einheit, entspricht, entsteht zuweilen eine besondere Art poetischen Schrifttums, das nicht nur erbaut und selig beglückt, das auch aufrüttelt, wachweckt, reflektiert und mitunter provoziert bis schockiert.

Als ein Poet, den das Nachdenkliche und Hintergründige philosophisch in die Pflicht nimmt, ist uns unser Confrère Harald Rauchfuss begegnet. Der in Saaz (Böhmen) geborene Kollege praktiziert als Nervenarzt im fränkischen Neustadt an der Aisch und ist Vorsitzender des Berufsverbandes bayerischer Nervenärzte. Und in eben dem Mitteilungsblatt für Psychiater erscheint unter seiner Regie und aus seiner kritisch-analytischen Feder die geistreiche Rubrik „Spott sei Dank“.

Wir erfahren es allemal und mehr denn je gerade in der Moderne, wie sehr alles, was uns selbst in den einfachsten Dingen des Alltags berührt, ein Gegenstand der Philosophie ist. Das hatte der Romantiker Novalis mit seinem Ausspruch gemeint, den wir diesem Bericht vorangestellt haben, weil wir auch der Meinung sind, der Arzt und Dichter Rauchfuss denkt nach allem, was wir von ihm wissen, in dieser Kategorie. Auf die Frage, wie er denn sein philosophierendes poetisches Schreiben verdichtet sehe, antwortet er mit einem beeindruckenden Bekenntnis zu Karl Jaspers, nach dessen Ausspruch „nicht in der Vollendung, sondern im Scheitern am Sein sich das Sein am tiefsten erfassen kann“. Indes Rauchfuss reflektiert nicht ohne ein wenig Ironisch zu werden: „Karl Jaspers: Nur im Scheitern ist Leben zu erweitern. Lebe in der Schwebel“ Diese Thematik ließ ihn, ins Skurrile gewandelt, nicht mehr los: „Du kommst mit Phantasie / leichter zu Geld / als mit dem Geld / zu einer Phantasie“ oder „Das Samenkorn verbirgt / wie tot das Leben / die Frucht jedoch verbirgt / den Tod im Leben.“ Ein bißchen Skepsis, ein

bißchen Sarkasmus und Ironie muß man bei Rauchfuss mit in Kauf nehmen; er befaßt sich ja auch in seiner anderen Begabungsrichtung, im Malen und Zeichnen nämlich, vornehmlich und gern mit Situationskomik.

Als Psychiater, der er mit Leib und Seele ist, spürt er die nahe Grenze seines Faches zu den Geisteswissenschaften und er überschreitet sie gern, diese Grenze, wie das aus den Themen seiner Prosa und Poesie erhellt. Aus seinen beachtlichen Veröffentlichungen sei nur einiges herausgegriffen. Im „Deutschen Ärzteblatt“ erschienen die Essays „Die Lust zum Verhängnis“ und „Durch Irrtum zu Weltruhm“ (zum 275. Geburtstag von Jean-Jaques Rousseau); ferner „Schnellkurs Philosophie“. In den „Almanachen Deutscher Schriftstellerärzte“ 1985, 1987 und 1988 ist er mit folgenden Beiträgen vertreten: „Das Märchen von der stummen Zwiesprache“, mit der geistvoll ironischen Geschichte „nato ergo sum“ (ein weltfremder Philosoph in realen Nöten), „Apokalypsen – der Vorfall am Sinai und die Apokalypse des Euthes“; profunde biblische Kenntnisse tauchen da auf und der Autor selbst sagt dazu: „Vom Zynismus Karl Kraus' und alter Volkssprüche ist es nicht weit zu den Apokalypsen C.G. Jungs und der Bibel.“ Glossen und Gedichte wurden in verschiedenen Zeitschriften veröffentlicht.

*Dr. med. Andreas Schuhmann, Rothen-
dasch 7, 8162 Schliersee 2*

Hier eine kleine Auswahl von Gedichten, die nicht alle angesprochenen Seiten unseres Confrère Harald Rauchfuss wiedergeben können:

Die Rose im Brunnen

Ungezählte Schalen, die einander übersteigen,
ungezählte Strahlen, die sich fallend niedergießen,
und verschwenderische Fluten, die sich fröhlich neigen,
netzen grauen Marmors ungekämmte Algenfliesen,

bis die Schleier der Kaskade, weiche wartend stand,
niederwallen zum Zisternengrund, der schweigend

gleich entgegenhält den Spiegel einer hohlen Hand,
hinter heißen Weilen Bilder lichter Träume zelgend.

Wallend, flutend hat der spröden Schalen rauhes Rund
aufgefüllt sich, und es wurde jede überreich;
jede gibt den Traum dem nächsten, tiefem Schalengrund.

Und den letzten Marmorüberhang umsäumen Moose.
Innen aber treibt und ruhet traumesgleich ganz in sich die kleine, weiße Wasserrose.

Die Wolke am Fels

Es schlief die weiße Wolke an den Fels geborgen.
Sie schwebte fort am Morgen, fort zum Wolkenvolke ...
Der Fels ist feucht geblieben, feucht von stillen Tränen,
die er in wehem Sehnen weint – allein geblieben.

Sommer

Nun steht die Luft im Sonnenglast, der jeden Atem sucht und fängt.
Von allen Blicken, die du hast, geht jeder schwer, und jeder hängt wie müde, matte Marionetten,
von weiten Reisen helmgebracht, an trocknen Schattenlichtskeletten.
Nur in der kurzen, kühlen Nacht sind gute Geister wohl zu nähren.
Sie bleiben bis zum morgenroten Tag, um von der milden Morgenluft zu zehren.
Die lauen Brisen, sonst das Blatt bewegend,
erlahmen baid, und jäh sich legend verlassen sie sofort den Sommertag.

Sternensprache

Beweglich und ferne, unendliche Zeit,
so stehen die Sterne, zu mahnen bereit.
Die Sprache, sie sprechen, ist unhörbar schön,
's gibt wenige Menschen, die können verstehn.

Wer hören gelernt hat, verlernt sie nicht.
Den Ton dazu hat dein eignes Gesicht.

Tschernoby!

Erstmals ist es nun geschehen.
Tschernoby!, sag, glühst du noch?
immer trifft mich schaurig Wehen,
wenn ich deiner denke noch.
Bist du doch des Wissens Rose,
der verwirkten Technik Kind,
bist das Starre, Hoffnungsiose –
deine Sprüche keine sind...

Einsame Welt

Einsam geh'n wir durch die Welt,
die durch nasse Nebel bricht.
Aus der leisen Leere spricht,
was im Innersten sie hält.

Die Saison beginnt mit **Ditec**[®]

Schutz und Hilfe
bei Asthma



Ditec

besonders

- bei allergischem und Anstrengungsasthma
- im jüngeren und mittleren Lebensalter
- wenn Patient und Bronchien empfindlich sind



1. In dieser Ausgangsstellung ist das Ditec-Dosier-Aerosol-Gerät für zwei Hübe bereit.



2. Bei jedem dieser zwei Hübe springt der Dosierungsregler je eine Stufe nach vorne.



Damit ist die Anwendung abgegeschlossen.



3. Erst durch Zurückdrücken des Reglers mit dem Deumen bis zum Anschlag wird der Auslösemechanismus wieder freigegeben. Das Ditec-Dosier-Aerosol-Gerät ist nun wieder für zwei Hübe bereit.

Das erste Dosier-Aerosol mit Dosierungsregler

Zusammensetzung: 1 Aerosolstoß enthält: 0,05 mg Fenoterolhydrobromid, 1 mg Cromoglicinsäure, Dinatriumsalz (Dinatrium cromoglicicum) und als Treibmittel: 17,85 mg Trichlorfluormethan, 35,35 mg Dichlordifluormethan, 15,05 mg Cryofluoran. **Indikationen:** Zur Verhütung und Behandlung von Atemnot bei leichten und mittelschweren Verlaufsformen chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen: Asthma bronchiale allergischer und nichtallergischer (endogener) Ursache, auch durch körperliche Belastung und chronische, asthmalähnliche Bronchitis verschiedener Ursachen mit oder ohne Lungenblähung (Emphysem). **Kontraindikationen:** Absolute Gegenanzeigen sind nicht bekannt. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft soll Ditec nur dann angewandt werden, wenn dies vom behandelnden Arzt als ausdrücklich notwendig erachtet wird. Das gleiche gilt wegen der wehenhemmenden Wirkung von Fenoterolhydrobromid für die Anwendung kurz vor der Entbindung. **Nebenwirkungen:** Bei besonders empfindlichen Patienten kann gelegentlich feines Fingerzittern, Unruhegefühl oder Herzklopfen auftreten, desgleichen bei Überdosierung. – Boehringer Ingelheim KG, 8507 Ingelheim am Rhein.

Zusätzliche Hinweise: Die Anwendung des Dosier-Aerosols bei Kindern soll nur unter Aufsicht von Erwachsenen erfolgen. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, gilt für Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren folgende Dosierungsempfehlung: Vorbeugende Behandlung und Dauerbehandlung: 4mal täglich je 2 Aerosolstöße gleichmäßig über den Tag verteilt inhalieren (morgens, mittags, nachmittags und abends vor dem Schlafengehen). Falls erforderlich, können bei auftretender Atemnot zusätzlich 1–2 Aerosolstöße inhaliert werden. Hat sich die Atmung in schweren Fällen nach 5 Minuten nicht spürbar gebessert, können 2 weitere Aerosolstöße genommen werden. Die nächste Inhalation soll dann frühestens nach 2 Stunden erfolgen. **Gezielte Vorbeugung:** Zur gezielten Vorbeugung, z. B. vor körperlicher Belastung bei Anstrengungsasthma oder vorhersehbarem Kontakt mit allergieauslösenden Stoffen, 2 Aerosolstöße inhalieren. Soweit nicht anders verordnet, gilt für Kleinkinder von 4–6 Jahren folgende Dosierungsempfehlung: 4mal täglich je 1 Aerosolstoß gleichmäßig über den Tag verteilt inhalieren (morgens, mittags, nachmittags und abends vor dem Schlafengehen). Für Kinder unter 4 Jahren ist diese Anwendungsform im allgemeinen nicht geeignet. Wenn die empfohlenen Dosierungen nicht zu einer ausreichenden Beschwerdefreiheit führen, sollte der Arzt aufgesucht werden. **Packungen** (Stand Januar 1988): A.V.P. 10 ml Dosier-Aerosol (= 200 Aerosolstöße) DM 82,51; 10 ml Dosier-Aerosol mit Inhalationshilfe DM 87,28; Klinikpackungen.

**Boehringer
Ingelheim**



Die Ausbildungsfinanzierung – früher Anfang viel billiger

Offenbar überrascht wie so viele Väter, realisierte ein Bonner Kollege von mir jetzt, die Ausbildung seines Sohnes alsbald finanzieren zu müssen. Der steht nach dem Abitur kurz vor den Startlöchern in die Universität.

Der Vater will die Kosten auf einmal bestreiten, damit sie gesichert sind, falls ihm etwas passieren sollte. An den Gesamtbetrag soll der Sohn natürlich nicht herankommen, vielmehr fünf Jahre lang monatlich 700 DM beziehen. Dazu will der Vater eine erste Hypothek in Höhe von 42 000 DM auf sein Reihenhaus aufnehmen. Durch die bisherige Tilgung hat er einen entsprechenden neuen Beleihungsspielraum. Im übrigen braucht er nur 38 000 DM, denn eine Bank übernimmt gegen diesen Betrag fünf Jahre lang die Zahlung einer Monatsrente von 700 DM.

Sie berücksichtigt damit die Zinsen, die das jeweils noch nicht ausgezahlte Kapital erbringt. Als Zinssatz setzt sie ca. 4,5 Prozent pro Jahr an. Eine Anlage der 38 000 DM mit einer Laufzeit von fünf Jahren in festverzinslichen Wertpapieren, der jährliche Verkauf je eines Teils der Papiere im Wert von 8400 DM, die Einzahlung dieses Betrages auf ein Sparkonto und die monatliche Entnahme von 700 DM davon würde eine höhere Rendite als die rund 4,5 Prozent erbringen.

Wenn die Hypothek sechs Prozent Zinsen kostet und innerhalb dieser fünf Jahre getilgt werden soll, muß der Vater dafür monatlich 734,64 DM aufbringen. Das summiert sich in dem halben Jahrzehnt auf 44 078,40 DM. Dazu kommen noch die Gebühren für Hypotheken-Eintragung und später Löschung sowie für die Bank.

34,64 DM monatlich oder insgesamt 2078,40 DM würde der Vater im Laufe der Zeit mehr hingeben, als dem Sohn zugute kommt. Die zunächst einleuchtende Idee der Hypothek-Aufnahme zur Sicherheit des Sohnes wird teuer.

Er erreicht sie auch, wenn er dem Sohn die 700 DM monatlich direkt überweist, aber zugleich eine Risiko-Lebensversicherung über anfangs 42 000 DM und mit monatlich um 700 DM fallender Versicherungssumme

abschließt. Im Fall seines Todes würde also der Betrag fällig, aus dem der Sohn sein Studium zu Ende finanzieren könnte.

Der Vater ist fünfzig Jahre alt. Eine Versicherung dieser Art würde ihn, ratenweise gezahlt, insgesamt 2760 DM kosten. Das ist wohl um 700 DM teurer als die Hypotheken-Lösung, aber dafür beständen im Todesfall keine Schulden.

Wenn der Vater sehr vorsichtig ist, schließt er eine Risiko-Lebensversicherung mit einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in Höhe von monatlich 700 DM ab. Bei achtjähriger Laufzeit der Risiko- und fünf Jahre der Berufsunfähigkeitsversicherung mit Rentenanspruch bis zum 60. Lebensjahr hat er insgesamt 3700 DM aufzubringen.

Wenn der Vater vor fünf Jahren hätte anfangen können, monatlich rund 556,50 DM zu einem Durchschnittszins von fünf Prozent zu sparen, würde er jetzt über die 38 000 DM Studienkosten für fünf Jahre verfügen. Dafür hätte er lediglich knapp 33 400 DM eingezahlt. Die Differenz von rund 4 600 DM hätten die Zinsen erbracht.

Wenn Ihnen noch mehr als zwölf Jahre zur Ausbildungsfinanzierung bleiben, dann schließen Sie eine Ausbildungsversicherung ab. Mit dieser Mindestlaufzeit werden Ihre Erträge steuerfrei behandelt. Sollten Sie Ihre steuermindernd wirkenden Vorsorgeaufwendungen nicht ausgeschöpft haben, sparen Sie durch die Beiträge dafür Steuern. Falls Sie vor dem Versicherungsablauf sterben, steht dem Kind zum vereinbarten Termin dennoch das Ausbildungskapital zur Verfügung.

Für eine Erwartung von 38 000 DM Versicherungssumme zuzüglich Gewinnanteile müssen Sie als Dreißigjähriger die nächsten zwanzig Jahre monatlich rund 83 DM in eine Lebensversicherung, insgesamt ca. 20 000 DM, zugunsten der Ausbildung einzahlen. Wenn Sie vierzig sind und bis zum Ausbildungsbeginn nur noch zwölf Jahre bleiben, kostet Sie dieser Endbetrag monatlich etwas über 191 DM, im ganzen ca. 27 500 DM. Vergleichen Sie jetzt die Gesamtbeträge.

Horst Beloch

Kurz über Geld

KEINE ABSTRICHE VON WEITERBILDUNGSKOSTEN durch das Finanzamt duldet das Finanzgericht (FG) Rheinland-Pfalz. Mit seinem Urteil 1 K 661/86 nahm es die Kürzung der steuerlichen Anerkennung eines 1000-DM-Abonnements-Preises für eine Fachzeitschrift zurück, weil das Blatt objektiv in wirtschaftlichem Zusammenhang mit der Berufstätigkeit des Beziehers steht.

INVESTITIONEN IN SCHIFFEN ist weder Reedern noch Anlegern anzuraten, wenn die Erlöse von Schiffverkäufen und der Auslandseinkünfte der Reedereien als Folge der Steuerreform höher besteuert werden.

BEI GEBRAUCHTWAGEN-FINANZIERUNG muß der Effektivzins erfragt werden. So verlangt die Bank eines Automobilherstellers dafür zu Zeit 11 bis 13 Prozent, eine deutsche Bank für einen Verbraucherkredit 8,4 Prozent.

REKORDPREISE FÜR POSTKARTEN mit aufgedruckten Postwertzeichen werden jetzt ebenso wie für andere sogenannte „Ganzsachen“ wie u. a. Werbeumschläge, Faltbriefe-Kartenbriefe und ähnliche Druckerzeugnisse mit eingedrucktem Postwertzeichen gezahlt.

MIETMINDERUNG WEGEN HOCHWASSERS in unbenutzbar gewordenen Wohn- und Kellerräumen ist zwischen 10 und 100 Prozent durchzusetzen. Bei völligem Heizungsausfall aus solchen Gründen ist eine Kürzung der Miete um 50 bis 100 Prozent gerichtlich anerkannt worden.

VERUNTREUTE BAUGELDER dürfen vom steuerpflichtigen Einkommen abgezogen werden, wenn das nicht zustandegekommene Objekt Einkommen aus Vermietung und Verpachtung hätte erbringen sollen. So entschied das Finanzgericht Baden-Württemberg durch sein Urteil I 484/82.

HALBE HYPOTHEKENZINS-PROZENTE Unterschied wirken sich schon bei mittleren Laufzeiten erheblich aus. Sorgfältige Vergleiche lohnen vor der Baugeld-Aufnahme. Nach wie vor wird auf die Dauer ein höherer Zinssatz für eine längere Laufzeit günstiger als ein niedriger für lediglich eine kurze Festzinsgarantie von beispielsweise fünf Jahren.

Wir machen den Weg frei



 **Raiffeisenbank**

Die Bank mit dem freundlichen Service

Kongresse

Klinische Fortbildung in Bayern 1988

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

Auskunft, Anmeldung und Programm (soweit nicht anders angegeben):
Bayerische Landesärztekammer, Frau Eschrich,
Mühlbauretraße 18, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-248

Anästhesiologie

vom 10. bis 12. Juni in Erlangen

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

„Einführungskurs – Medizintechnik und Gerätekunde“

Thema: Theoretische Grundlagen, Demonstrationen und praktische Übungen an Narkose- und Beatmungsgeräten (ausführlicher Grundkurs)

Teilnehmergebühr: DM 375,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr.-Ing. A. Obermayer, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-27 31 oder 37 97

Arbeitsmedizin

16. Juni in München

Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München (Vorstand: Professor Dr. G. Fruhmann) gemeinsam mit dem Landesverband Südbayern (Leiter: Dr. R. Tiller) des Verbandes deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.

Thema: Be- und Entlüftung von Arbeitsräumen – Befeuchterlunge

Zeit: 18 Uhr c. t.

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

Anmeldung nicht erforderlich

Augenheilkunde

15. Juni in Erlangen

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

Leitung: Professor Dr. G. Naumann, Professor Dr. K. W. Ruprecht

„45. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“

Thema: Aktuelles zur Amblyopie – Kurzvorträge und Patientendemonstrationen

Beginn: 18.15 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft:

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

23./24. Juni in München

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

Leitung: Privatdozent Dr. K. G. Riedel

Mai 1988

- 7. Innere - Würzburg
- 7. Kardiologie - Bischofsgrün
- 7. Neurologie - München
- 11. Augen - Erlangen
- 17. Laboratoriumsmedizin - München
- 19. Onkologie - Obereudorf
- 21. Frauen - Ingolstadt

Juni 1988

- 8. Gastroenterologie - Nürnberg
- 9.-11. Urologie - Deggendorf
- 10.-12. Anästhesiologie - Erlangen
- 10.-14. Sonographie - München
- 11. Innere - Erlangen und Passau
- 11. Kardiologie - München
- 15. Augen - Erlangen
- 16. Arbeitsmedizin - München
- 21. Onkologie - München
- 23. Notfallmedizin - München
- 23./24. Augen - München
- 24.-26. Innere - Bad Neustadt
- 24.-26. Sonographie - Fürth und München
- 25. Augen - München

Juli 1988

- 6. Lungen - Zusmarshausen
- 9. Innere - München
- 9. Neurologie - Erlangen

„19. Ablatio-Kurs (Wecker-Kurs)“
Thema: Diagnostik, Prophylaxe und Therapie der Netzhautablösung

Zeit: 9 bis 17 Uhr

Ort: Hörsaal der Augenklinik, Mathildensstraße 8, München 2

Schriftliche Anfragen:

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

25. Juni in München

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

„Sommer Sitzung der Münchner Ophthalmologischen Gesellschaft“

Lohmann



Durelast®

Als kräftig komprimierende Binde mit sehr kurzem Zug bietet Durelast die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kompressionstherapie. Bei Venenstauungen und -entzündungen ist Durelast ebenso gut wie bei Stütz- und Entlastungsverbänden. **Durelast – für eine erfolgreiche Kompressionstherapie.**

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

3027/0686

Themen: Vorderabschnittschirurgie – Plastische Chirurgie in der Praxis – Mitteilungen aus der Praxis
Zeit: 9 bis 13 Uhr
Ort: Hörsaal der Augenklinik, Mathildens-
straße 8, München 2

Auskunft:
Sekretariat Professor Dr. O.-E. Lund,
Mathildensstraße 8, 8000 München 2,
Telefon (0 89) 51 60-38 01

Frauenheilkunde

21. Mei in Ingolstadt

Geburtshilflich-Gynäkologische Klinik im
Klinikum Ingolstadt (Cheferzt: Professor
Dr. W. Müller-Holve)

Thema: Des untergewichtige Kind –
Praktische Aspekte zur Prophylaxe und
Therapie

Zeit: 9.30 bis ca. 16 Uhr

Ort: Veranstaltungsraum im Klinikum
Ingolstadt, Krumenauerstraße 25, Ingol-
stadt

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. W. Müller-
Holve, Krumenauerstraße 25, 8070 Ingol-
stadt, Telefon (08 41) 8 80-25 00

Gastroenterologie

8. Juni in Nürnberg

Medizinische Klinik mit Poliklinik der
Universität Erlangen-Nürnberg (Komm.
Direktor: Professor Dr. W. Domschke) und
Medizinische Klinik II im Klinikum
Ingolstadt (Chefarzt: Professor Dr. F.
Peul)

„Symposion: Aktuelle Neuerungen in der
Diagnostik und Therapie von Verdau-
ungserkrankungen“

Zeit: 14 bis ca. 17 Uhr

Ort: Messezentrum, Tegungsgebäude,
Saal 6, Nürnberg 50

Auskunft:

Professor Dr. F. Paul, Krumenauerstraße
25, 8070 Ingolstadt, Telefon (08 41)
8 80-21 50

Innere Medizin

11. Juni in Erlangen

Medizinische Poliklinik der Universität
Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor
Dr. K. Bachmann), Sportmedizinische
Abteilung (Leiter: Professor Dr. W. Hil-
mer) und Institut und Poliklinik für Klini-
sche Immunologie und Rheumatologie
(Vorstand: Professor Dr. J. R. Kalden)

Leitung: Professor Dr. H. Baenkler, Pro-
fessor Dr. W. Hilmer

„4. Jahrestagung: Immunologie und
Sport“

Thema: Der Infektgefährdete Sportler (An-
tibiotika und Sport – HIV-Infektion bei
Sportaktiven – Systemische Immunpro-
phylaxe – Lokale Immunstimulation –
Psychische Faktoren und Infektanfälligkeit –
Diskussion)

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Sportzentrum, Gebbertstraße 123,
Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 20,-

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Poliklinik, Sportmedizin-
ische Abteilung, Frau E. Bergmann, Maxi-
milliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon
(0 91 31) 85-37 02

11. Juni in Pesseu

Städtisches Krankenhaus Passau, Zen-
trum Innere Medizin (Chefarzte: Profes-
sor Dr. J. Zehner, Professor Dr. W. D.
Gassel) in Zusammenarbeit mit dem
Tumorzentrum Passau und der Ärzt-
lichen Fortbildung Ostbayern

„Anämie“

Themen: Eisenstoffwechsel und -thera-
pie – Nephrogene Anämie – Gynäkologi-
sche Ursachen der Anämie – Mega-
loblastäre und hämolytische Anämien –
Anämie bei Tumorkranken

Zeit: 9 bis ca. 13 Uhr

Ort: Hörsaal II der Universität, Innstraße
25, Pesseu

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. W. D. Gassel, Bischof-
Pilgrim-Straße 1, 8390 Pesseu, Telefon
(08 51) 53 00-23 56

24. bis 26. Juni in Bad Neustadt

Kurparkklinik Bad Neustadt (Chefarzt:
Professor Dr. Dr. F. Matzkles)

„18. Ernährungsmedizinisches Seminar“
Themen: Grundlegen der Ernährungs-
lehre – Angewandte Ernährungslehre –
Praxis der Diätetik

Beginn: 24. Juni, 19 Uhr; Ende: 26. Juni,
ca. 13 Uhr

Teilnehmergebühr: DM 200,- (Unter-
kunft und Verpflegung inbegriffen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Kurparkklinik, Freu Peschke, Kurhaus-
straße 31, 8740 Bad Neustadt, Telefon
(0 97 71) 91 70

9. Juli in München

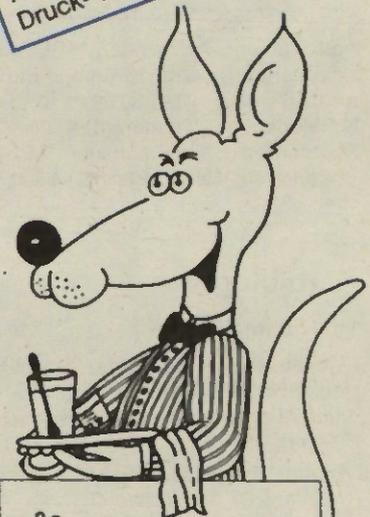
Städtisches Krankenhaus München-
Schwabing, Akademisches Lehrkrenken-
haus (Abteilung für Strahlentherapie
und Radiofugische Onkologie, Institut
für Medizinische Physik und Strahlen-
schutz, II. Medizinische Abteilung, Ab-
teilung für Allgemein- und Unfallchirur-
gie, Pathologisches Institut) in Zusam-
menarbeit mit der Nuklearmedizinischen
Klinik und Poliklinik und der II. Medizi-
nischen Klinik und Poliklinik der Tech-
nischen Universität München im Klini-
kum rechts der Isar

Leitung: Professor Dr. H. Mehnert, Pro-
fessor Dr. H. W. Pebst, Professor Dr. G.
W. Proksche, Professor Dr. K. Wurster,
Dr. H. Czempliel, Dr. W. Wiedemann

Pankreoflat

Entschäumer + Pankreatin

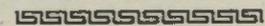
Hilft schnell und sicher bei
Druck- und Völlegefühl.



2 g

Pankreoflat®
Granulat

Zum Einnehmen
bei Meteorismus



KALI-CHEMIE
PHARMA GMBH
HANNOVER

als Trink-
Granulat
im Dosisbeutel

Zusammensetzung: 1 Dragee bzw. 1 Dosisbeutel (=2 g Granulat) enthält 170 mg Pankreatin, entsprechend 8.500 Lipase-, 5.500 Amylase- und 400 Protease-Einheiten nach F.I.P. und 80 mg Dimethylpolysiloxan. Pankreoflat Granulat enthält pro Dosisbeutel 1,2 g Kohlenhydrate. **Anwendungsgebiete:** Übermäßige Gasbildung und -ansammlung im Magen-Darm-Kanal bei Pankreasinsuffizienz, Leber-, Galle-, Magen- und Darmkrankheiten, nach Operationen und bei Luftschlucken; Flatulenz, Roemheld-Syndrom. Zur Vorbereitung der röntgenologischen Bauchdiagnostik bei Gasansammlung im Magen-Darm-Kanal (Galle- und Nierendiagnostik, Aufnahme der Lendenwirbelsäule und des Beckens). **Dosierung und Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, 1-2 Dragees unzerkaut bzw. 1-2 Dosisbeutel (2-4 g) Granulat mit Flüssigkeit verrührt zu den Hauptmahlzeiten einnehmen. Säuglingen und Kleinkindern gibt man den Inhalt von 1/2-1 Dosisbeutel. Das Granulat wird in einer kalten oder lauwarmen Flüssigkeit verrührt und getrunken. Um möglichst gastreie Röntgenaufnahmen zu erhalten, läßt man an den zwei der Aufnahme vorangehenden Tagen 3-4mal 2 Dragees oder 2 Dosisbeutel Granulat, am Aufnahmetag morgens nüchtern 2 Dragees oder 2 Dosisbeutel Granulat einnehmen. **Packungsgrößen und Preise:** 20 Dragees (N1) 9,20 DM, 50 Dragees (N2) 20,00 DM, 100 Dragees (N3) 36,20 DM, 50 Dosisbeutel à 2 g 27,65 DM.

KALI-CHEMIE PHARMA GMBH - HANNOVER - Stand: 01.04.1987



KALI-CHEMIE PHARMA
SPEZIALIST FÜR
GASTROENTEROLOGIE

„2. Schwabinger Schilddrüsensymposion“

Themen: Neues und Bewährtes in der
Therapie von Schilddrüsenerkrankungen
– Konservative Therapie, Nukleermedi-
zinerische Therapie – Strehltherapie,
Operative Therapie

Zeit: 9 bis 13.15 Uhr

Ort: Hotel „Hilton International“, Am
Tucherpark 7, München 22

Letzter Anmeldetermin: 10 Juni

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. Ch. Strohm, Frau Wer-
nicke, Telefon (0 89) 30 68-3 10, und Dr.
W. Wiedemann, Telefon (0 89) 30 68-4 29,
Städtisches Krankenhaus München-
Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 Mün-
chen 40

Kardiologie

11. Juni in München

I. Medizinische Klinik der Technischen
Universität München im Klinikum rechts
der Isar (Direktor: Professor Dr. H.
Blömer)

Leitung: Professor Dr. W. Baedeker,
Professor Dr. A. Wirtzfeld

Thema: Neue Konzepte und Methoden
in der Kardiologie

Zeit: 9 bis 12.30 Uhr

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

Anmeldung nicht erforderlich

Laboratoriumsmedizin

17. Mai in München

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

„86. Kolloquium“

Thema: Growth Hormone Releasing
Hormone: Diagnostische, klinische und
therapeutische Bedeutung

Beginn: 18 Uhr s. t.

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

Auskunft:

Professor Dr. A. Fateh-Moghadam, Mar-
chioninstraße 15, 8000 München 70, Tele-
fon (0 89) 70 95-32 04 oder 32 05

Lungen- und Bronchialheilkunde

6. Juli in Zusmarshausen

Zusammenkunft der Landesversicherungs-
anstalt Schwaben, Fecklinik für Lungen-
- und Bronchialerkrankungen (Chef-
arzt: Dr. D. Müller-Wening)

Thema: Nahrungsmittelallergie unter Be-
rücksichtigung der pseudo-allergischen
Reaktionen

Beginn: 17 Uhr

Ort: Zusammenkunft, Zusmarshausen

Auskunft und Anmeldung:

Zusammenkunft, 8901 Zusmarshausen, Tele-
fon (0 82 91) 90 61

Neurologie

7. Mai in München

Neurologische Klinik und Poliklinik der
Technischen Universität München (Di-
rektor: Professor Dr. A. Struppler)

„Klinisch-neurophysiologisches Fortbil-
dungsseminar mit praktischen Übungen
(EMG, NLG, -evolierte Potentiale)“

Zeit: 9 s. t. bis 16 Uhr

Ort: Bibliothek der Neurologischen Kli-
nik, Möhlstraße 30, München 80

Teilnehmergebühr: DM 100,- (in diesem
Betrag sind schriftliche Anleitungen so-
wie das Mittagessen enthalten)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. R. Dengler, Möhlstraße
28, 8000 München 80, Telefon (0 89)
41 40-46 64, falls nicht besetzt 41 40-46 07
oder 46 01

9. Juli in Erlangen

Neurologische Klinik mit Poliklinik der
Universität Erlangen-Nürnberg (Direk-
tor: Professor Dr. B. Neundörfer)

Leitung: Professor Dr. B. Neundörfer,
Privatdozent Dr. D. Claus

„4. Fortbildungsveranstaltung für nieder-
gelassene Nervenärzte“

Thema: Moderne, klinisch relevante neu-
rophysiologische Methoden

Zeit: 10 bis 18 Uhr

Ort: Großer Hörsaal im Kopfklinikum,
Schwabachanlage 6, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 40,-

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. D. Claus, Schwebach-
anlage 6, 8520 Erlangen, Telefon
(0 91 31) 85-44 45

Notfallmedizin

23. Juni in München

Chirurgische Klinik und Poliklinik der
Technischen Universität München im
Klinikum rechts der Isar (Direktor: Pro-
fessor Dr. J. R. Siewert)

Leitung: Dr. J. Konzert-Wenzel

„11. Fortbildungsveranstaltung für den
gemeinsamen Notarztdienst der Landes-
hauptstadt und des Landkreises Mün-
chen“

Thema: Differentialdiagnose des Schocks
(aktuelle therapeutische Aspekte)

Beginn: 17.30 Uhr

Ort: Hörsaal D im Klinikum rechts der
Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Anmeldung nicht erforderlich

Onkologie

19. Mai in Oberaudorf

Onkologische Klinik Bad Trissl (Ärzt-
licher Direktor: Dr. A. Leonhardt) und
Tumorzentrum München an den Medizi-
nischen Fakultäten der Ludwig-Maximi-
lians-Universität und der Technischen
Universität München (Vorsitzender des
Beirates: Professor Dr. G. Riethmüller)

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart

„Interdisziplinäre Tumorkonferenz mit
Fallbesprechungen“

- 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 O 1,5 g; Calendula O; Hamamelis
O jeweils 0,45 g; Echinacea angustifolia
O, Echinacea purpurea O, Chamomilla O
jeweils 0,15 g; Symphytum O, Bellis pe-
rennis O jeweils 0,1 g; Hypericum O, Mil-
lefolium O 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 Schürf-
wunden, auftragen, ggf. auch Salbenver-
band

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

Vorlesung des Tumorzentrums beider Universitäten

— Nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten teilnehmender Ärzte —

Beginn: 14 Uhr c. t.

Ort: Konferenzraum der Onkologischen Klinik Bad Trissl, Oberaudorf

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Onkologischen Klinik Bad Trissl, Bad-Trissl-Straße 73, 8203 Oberaudorf, Telefon (0 80 33) 2 02 85

21. Juni in München

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

Thema: „Die Kompartimentalisierung des Androgenstoffwechsels im Stroma und Epithel der menschlichen Prostata“ — Studien zum Verständnis der Tumor-Pathogenese

Beginn: 18 Uhr s. t.

Ort: Kleiner Hörseal V im Klinikum Großhadern, Merchioninstraße 15, München 70

Auskunft:

Professor Dr. A. Feteih-Moghadam, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-32 04 oder 32 05

Sonographie

10. bis 14. Juni in München

Orthopädische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. E. Hipp)

Leitung: Professor Dr. E. Hipp, Dr. Th. Biehl

Thema: Sonographie am Stütz- und Bewegungsapparat, einschließlich der Säuglingshüfte (Aufbaukurs)

Beginn: 10. Juni, 15 Uhr

Ort: Orthopädische Poliklinik, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft und Anmeldung:

Orthopädische Ambulanz im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-22 76

24. bis 26. Juni in Fürth

Kinderklinik im Stadtkrankenhaus Fürth (Chefarzt: Dr. K. Richter) in Zusammenarbeit mit dem Radiologischen Institut des Olga-Hospitals, Stuttgart (Direktor: Professor Dr. H. Hauke)

Leitung: Dr. F. Bundscherer, Fürth, Dr. K.-H. Deeg, Erlangen, Dr. M. Zieger, Stuttgart

Thema: Schädelsongraphie durch die offene Fontanelle (Aufbaukurs)

Beginn: 24. Juni, 16.30 Uhr; Ende: 26. Juni, 16 Uhr

Ort: Schwesternschule des Stadtkrankenhauses, Jakob-Henle-Straße 1, Fürth
Teilnehmergebühr: DM 500,—

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. F. Bundscherer, Kinderklinik, Postfach 25 45, 8510 Fürth, Telefon (09 11) 75 80-4 01, oder Dr. M. Zieger, Olga-Hospital, Bismarckstraße 8, 7000 Stuttgart 1, Telefon (07 11) 66 87-4 20

24. bis 26. Juni in München

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. W. Schwab) in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Hals-Nasen-Ohrenärzte

Leitung: Professor Dr. K.-F. Hamann

24. bis 26. Juni:

18. Kurs der Ultraschalldiagnostik in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

25./26. Juni:

Abschlusskurs der Ultraschalldiagnostik in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Ort: Hörsaal C im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Teilnehmergebühr: 18. Kurs DM 300,—; Abschlusskurs DM 200,—

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. K.-F. Hamann, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 86

Urologie

9. bis 11. Juni in Deggendorf

Hauptkrankenhaus Deggendorf, Abteilung für Urologie (Chefarzt: Professor Dr. P. Carl)

„14. Gemeinsame Tagung der Bayerischen Urologenvereinigung e. V. und der Österreichischen Gesellschaft für Urologie“

9. Juni, 9 bis 16.30 Uhr:

Fortbildung für urologische Assistenzberufe

10. Juni, 8.30 bis 17 Uhr:

Thema: Möglichkeiten und Grenzen der Endourologie

11. Juni, 9 bis 13 Uhr:

Seminar zum Thema: Funktionsdiagnostik des unteren Harntraktes

Ort: Stadthalle, Edlmairstraße 24, Deggendorf

Teilnahmegebühr für: Ärzte in nichtleitender Stellung DM 40,—, Ärzte in freier Praxis DM 60,—, Ärzte in leitender Stellung DM 70,—; für Mitglieder der Vereinigungen und Ärzte im Ruhestand kostenlos

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. P. Carl, Perlasberger Straße 41, 8360 Deggendorf, Telefon (09 91) 3 41



Bronchiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Drosera O₃ dil. 20 ml, Bryonia O₄ dil. 20 ml, Tartarus stibialis O₄ dil. 20 ml, Spongia D₆ dil. 20 ml, Ipecacuanha D₄ dil. 20 ml. Enthält 45 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Schleimhautkatarrhe der Luftwege, feuchte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthma im Intervall, Siccose, Rippenfellentzündung, Bruststiche. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. ORELUSO PHARMAZEUTIKA, 3253 Hess. Oldendorf 1

Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, 3- bis 4mal täglich 10 bis 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml DM 8,70, 100 ml DM 22,80, Klinikpackungen.

Toxiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Echinacea O 40 ml, Lachesis O₃ dil. 20 ml, Sulfur D₁₀ dil. 10 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Apis mellifica O₃ dil. 10 ml. Enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Anfälligkeit gegen eitrige Infektionen aller Art, septische Prozesse, schlecht heilende Wunden, Phlegmone, Erkältungen, insbesondere Schleimhautkatarrhe und grippele Infekte. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. ORELUSO PHARMAZEUTIKA, 3253 Hess. Oldendorf 1

Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, am ersten Tag 3- bis 4mal täglich 20 bis 30 Tropfen, dann 3mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml DM 8,70, 100 ml DM 22,80, Klinikpackungen.



Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 4. Vierteljahr 1987

Nr. der ICD 1979 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1986		1987
		Vierteljahres-durchschnitt	4. Vierteljahr	
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	216	205	274
	darunter			
011-018,137	Tuberkulose insgesamt	58	52	78
140-199	Bösartige Neubildungen	6491	6755	6959
	darunter			
151	des Magens	807	843	790
153,154	des Dickdarms und des Mastdarms	990	1010	1069
160-163	der Atmungsorgane	963	980	1114
174	der weiblichen Brustdrüse	591	620	689
179-182	der Gebärmutter	209	213	206
185	der Prostata	342	340	389
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoeti-schen Gewebes	413	421	466
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekanntes Charakters	491	477	359
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems	715	723	810
	darunter			
250	Diabetes mellitus	631	632	726
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	75	85	81
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	564	611	677
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	14828	15009	15424
	darunter			
410	akuter Myokardinfarkt	3219	3327	3297
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	2276	2294	2605
426,427	Herz-Reizleitungs- und -Rhythmusstörungen	407	448	351
428,429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	2841	2831	2768
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4034	4015	4186
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	1940	1877	1632
	darunter			
480-486	Pneumonie	692	735	535
487	Grippe	29	5	3
466,490,491	Bronchitis	519	490	442
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	1415	1435	1458
	darunter			
531,532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	123	119	133
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	73	70	77
571.2, 5, 6	Leberzirrhose	531	563	595
570,R.v.571 u.572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	226	234	207
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	386	371	378
	darunter			
580-583,587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere	28	31	30
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	4	7	6
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	152	147	168
740-759	Kongenitale Anomalien	99	86	113
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	95	97	83
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	390	449	358
E800-E949	Unfälle	1227	1296	1233
	darunter			
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	522	574	521
E850-E869	Vergiftungen	8	7	8
E880-E888	Unfälle durch Sturz	488	520	523
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	569	549	557
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	54	46	51
	Sterbefälle insgesamt	30122	30646	31087

1) ICD Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen.

Mitteilung des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung aus den Ergebnissen der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenschauarzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln das sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.



Hepathrombin[®] hilft - bei oberflächennahen **Thrombosen.**



25 JAHRE
HEPATHROMBIN[®]
- das topische
Antivarikosum
mit wissenschaftl.
Wirkungsnachweis.

Hepathrombin[®] Salbe 50000: Zusammensetzung: 100 g enth.: Heparin 50000 I.E., Allantoin 300 mg, Dexpanthenol 400 mg. Anwendungsgebiete: Bei varikösem Symptomenkomplex, Thrombophlebitis, postthrombotischem Syndrom, Varizen, Wadenkrämpfen, Ulcus cruris. Bei Sport- und Unfallverletzungen (Hämatomen, Prellungen, Kontusionen, Distorsionen). Ferner bei Tendovaginitis sowie Narbenkontraktur. Gegenanzeigen: Bestehen nach derzeitigem Wissensstand nicht. Nebenwirkungen: In vereinzelten Fällen ist über allergische Hautreaktionen berichtet worden. Handelsformen und Preise: Tube mit 100 g DM 38,55, Tube mit 150 g DM 43,15, Anstaltspackungen. Alle Preise mit MwSt. A 820-0. Stand 1/88
ADENYLCHEMIE GMBH · 1000 Berlin 10

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im März 1988 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der Salmonellose-Erkrankungen ging im März wieder zurück. Auf 100 000 Einwohner trafen 35 Erkrankungen, während es im Februar noch 53 waren, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Auch die Meldeziffer von Erkrankungen an übrigen Formen der Enteritis infectiosa nahm im März leicht ab, und

zwar von 28 im Februar auf 26 je 100 000 Einwohner.

An Virushepatitis erkrankten ebenfalls etwas weniger Menschen als im Februar. Die Erkrankungsziffer sank hier von 15 auf 11 Erkrankungen je 100 000 Einwohner.

Unverändert war dagegen die Erkrankungshäufigkeit an Meningitis/Enzephalitis. Die entsprechende Ziffer betrug, wie schon im Vormonat, 4 Erkrankungen je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 27. Februar bis 1. April 1988 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		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	2	—	6	—	3	—	1	—	111	—	87	—	23	—	12	—	3	—
Niederbayern	2	—	1	—	—	—	—	—	43	—	32	—	3	—	4	—	1	—
Oberpfalz	—	—	1	—	—	—	—	—	42	—	37	—	1	—	1	—	1	—
Oberfranken	2	—	1	—	1	—	3	—	20	—	10	—	3	—	4	—	1	—
Mittelfranken	2	—	5	1	1	—	4	1	48	—	50	—	7	—	6	—	2	—
Unterfranken	—	—	2	—	—	—	1	—	48	—	29	—	1	—	6	—	1	—
Schwaben	—	—	2	1	1	—	1	—	57	—	27	—	26	—	4	—	3	—
Bayern	8	—	18	2	6	—	10	1	369	—	272	—	64	—	37	—	12	—
Vormonat	12	—	19	—	3	—	4	—	450	—	323	1	69	—	45	1	10	—
München	2	—	—	—	2	—	—	—	41	—	28	—	4	—	4	—	1	—
Nürnberg	—	—	3	1	—	—	2	1	15	—	26	—	4	—	3	—	2	—
Augsburg	—	—	2	1	—	—	—	—	4	—	8	—	1	—	1	—	1	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	5	—	1	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	Polio-myelitis 3)		Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellenruhr		Botulismus		Ornithose		Malaria		Anaerobe Wundinf. Gasbrand, Gasödem		Rückfall-Fieber		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	—	—	—	13	—	—	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	13
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	7	
Oberfranken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	5	
Mittelfranken	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	6	
Unterfranken	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	
Schwaben	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	
Bayern	1	—	4	—	2	—	17	—	1	—	2	—	11	—	1	1	1	1	—	—	44	
Vormonat	—	—	3	—	1	—	21	—	—	—	5	—	31	—	—	—	—	—	—	—	25	
München	1	—	1	—	—	—	8	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	2	
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	

*) 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 -verdächtigtes Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

3) Intiziert im Ausland

Schnell informiert

Postsendungen mit medizinischem Untersuchungsgut

Der Bundesminister für das Post- und Fernmeldewesen teilt im Amtsblatt vom 10. März 1988 hinsichtlich Postsendungen mit medizinischem Untersuchungsgut folgendes mit:

Ab sofort werden Sendungen mit medizinischem Untersuchungsgut bis zum Erlass einer neuen Verordnung über Transport und Versand von Krankheitsarrangern (Zuständigkeit: Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Ernährung, Landwirtschaft und Forstwirtschaft) unter nachstehenden Bedingungen für den Bereich der Deutschen Bundespost zum Postversand zugelassen:

1. Sendungen mit medizinischem Untersuchungsgut ohne oder mit geringem Infektionsrisiko

Die Absender von biologischen Stoffen müssen sicherstellen, daß die Sendungen derart verpackt sind, daß sie den Bestimmungsort in gutem Zustand erreichen und während des Versands keinerlei Gefahr für Mensch oder Umwelt darstellen. Die Verpackung muß aus folgenden wesentlichen Bestandteilen bestehen:

- a) einem flüssigkeitsdichten Probengefäß
- b) einem flüssigkeitsdichten Schutzgefäß

Die Probengefäße und Schutzgefäße müssen aus transluzentem, formstabilem Kunststoff bestehen. Um einen dichten Verschluss zu gewährleisten, müssen übergreifende Schraubverschlüsse benutzt werden.

- c) Saugmaterial zwischen Probengefäß und Schutzgefäß
Wirden mehrere Probengefäße in ein einziges Schutzgefäß eingalagt, müssen sie einzeln verpackt werden, um zu verhindern, daß sie sich gegenseitig berühren. Das Saugmaterial, z. B. Watte, muß für den gesamten Inhalt eusreichen.

- d) einer Versandhülle, die den postalischen Anforderungen an die Haltbarkeit entspricht.

Die Versandhülle soll den Hinweis „medizinisches Untersuchungsgut“ tragen.

2. Sendungen mit infektiösem medizinischem Untersuchungsgut

Biologische Stoffe, die für Mensch oder Tier infektiös sind oder bei denen ein entsprechender Verdacht gegeben ist, müssen neben der unter 1. geforderten Verpackungsvorschrift zusätzlich unter Wertangabe versandt werden (Wertbrief oder Wertpaket, je nach Gewicht und Beschaffenheit), um u. a. die Beförderung mit automatischen Sortieranlagen auszuschließen. Die Schraubverschlüsse müssen durch Klebeband verstärkt werden.

Die Sendung muß auf der Aufschriftseite links neben der Aufschrift den auffälligen Vermerk „medizinisches Untersuchungsgut – Vorsicht infektiös! –“ tragen.

3. Allgemeines

Die oben angegebenen Verpackungsvorschriften schließen den Versand solcher Sendungen aus, die grundsätzlich dem offenen Versand unterliegen. Demnach sind für den Versand von medizinischem Untersuchungsgut nur Brief, Päckchen und Paket zugelassen.

Messezentrum Nürnberg

7.-10. Juni 1988

**300 Aussteller
zeigen
Medizintechnik**

*...für Sie ein Tagesbesuch
der sich lohnt!*



INTERFAB

38. Internationale Fachausstellung für Arzt- und Anstaltsbedarf

Umfassende Information über

- ▷ Elektromedizinische Geräte und Anlagen
- ▷ Medizintechnische Geräte und Instrumente
- ▷ Labortechnik
- ▷ Verbandmittel und Medicalprodukte

Fachprospekt anfordern:



NMA Nürnberger Messe- und
Ausstellungsgesellschaft mbH
Messezentrum

D-8500 Nürnberg 50

☎ 09 11/86 06-0
☎ 09 11/86 06-2 28
☎ 9 118 319 - nma
☎ 6 23 613 nma d

Kritische Arzneitherapie: neue Empfehlungen.



Jetzt mit
Preisangaben
für die
N2-Packungen

„Die Arzneiverordnungen sind in meiner Sicht für die Ärzte in Klinik und Praxis das beste derzeit verfügbare, nach Indikationen geordnete Werk. Der Umfang hat etwas zugenommen, weil die Preise für die N2-Packungsgrößen enthalten sind. Mir persönlich ist das Werk seit Jahren unentbehrlich. Es gehört auf den Schreibtisch jedes Arztes.“



Prof. Dr. med. Rudolf Gross in:
Deutsches Ärzteblatt 3/88.

Arzneiverordnungen Ratschläge für Ärzte und Studenten

Herausgegeben von den Mitgliedern der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
16. Auflage 1988, 719 Seiten, 25 Tabellen,
Taschenbuch, DM 39,80 ISBN 3-7691-1078-1

 **Deutscher Ärzte-Verlag**
Postfach 400265 · 5000 Köln 40
Tel. (02234) 7011-3 16

— Bestellcoupon — 

Ja, ich bestelle aus dem Deutschen Ärzte-Verlag.
Postfach 400265, 5000 Köln 40, durch die Buchhandlung

___ Expl. Arzneiverordnungen je DM 39,80

Name, Vorname _____ PLZ, Ort _____

Straße _____ Datum, Unterschrift _____

Irrtümer und Preisänderung vorbehalten.

BÄ 5/88

Für Sendungen mit leicht verderblichem Inhalt wird auf § 14 Abs. 2 Postordnung und die Ausführungsbestimmungen hierzu verwiesen.

Für eine Übergangszeit bis Ende Mai 1988 wird nicht beanstandet, wenn der Versand von medizinischem Untersuchungsgut nach den Vorschriften des „Anhang III Postordnung“ erfolgt (unter Beachtung der Verpackungsvorschriften, Versand gegebenenfalls auch als Warensendung).

Die Ämter des Postwesens heben die Ihnen bekannten Versender von medizinischem Untersuchungsgut auf die mit dieser Amtsblattverfügung geänderten Bestimmungen hinzuweisen.

— P. Kalb, BLAK —

Musiksommer zwischen Inn und Salzach

vom 21. Mai bis 13. August 1988

Veranstalter: Musiksommer zwischen Inn und Salzach e. V.
Gesamtleitung: Dr. med. Franz Zech, Rosengasse 10, 8217 Grassau

Die diesjährigen Konzerte finden statt in: Alnring-Feldkirchen — Altenhohenau — Altötting — Attel — Au am Inn — Bad Reichenhall — Baumburg — Berchtesgaden — Frauenchlemsee — Grassau — Heidholzen bei Rosenheim — Herrenchlemsee — Höglwörth — Inzell — Maria Eck — Reitenhaslech — Relsach — Rosenheim — Rott am Inn — Ruhpolding — Seon — Stephenskirchen bei Endorf — Tittmoning — Wessergurg

Konzerte auf Schloß Amerang
(1. Juli bis 27. August 1988)

Im Rahmen dieser Veranstaltungen sei besonders auf die Sonntagsmetinée am 3. Juli hingewiesen, in der Dr. med. Peter Clemente, München, mit seinen beiden Söhnen „Klaviertrio mit dem Mozartflügel“ darbieten. — Ferner ist Dr. Clemente zu hören am Samstag, 16. Juli, mit „Kostbarkeiten der Barockmusik“ und am Freitag, 26. August, mit „Kammermusikalischen Schätzen aus der Zeit des Barocks“.

— Näheres bei den örtlichen Vorverkaufsstellen —

„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: Mühlbeustraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1

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

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 551 77-0, Fernschreiber: 523 662, Telegrammadresse: atlaspress. Heide-R. Widow, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

Druck: Zauner Druck- und Verlags GmbH, Augsburgener Straße 9, 8060 Dachau.

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

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

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leserenalyse
medizinischer Zeitschriften e. V.

IA-MED

Bei Hyperhidrosis

besonders an den Füßen und damit in Zusammenhang stehende Hauterkrankungen

Antihydral

Antihydral®

trocknet die gequollene Haut ab und kräftigt sie. Dadurch wird die Schweißsekretion normalisiert. Dieser Vorgang ist biologisch gesteuert. Sobald eine Normalisierung erreicht ist, hört dieser Effekt auf.

Antihydral »M«®

In feuchtwarmer Atmosphäre siedeln sich gerne Pilze an. Deshalb sind Körperstellen mit übermäßiger Schweißabsonderung vielfach mykotisch infiziert. In diesem Fall ist Antihydral »M« das Mittel der Wahl. Es entzieht den Pilzen durch Abtrocknen des günstigen Milieus und enthält Schwefel als Fungistatikum. Der unangenehme Juckreiz wird rasch beseitigt.

Antihydral und Antihydral »M« trägt man 1-2mal täglich dünn auf und läßt es antrocknen.

Zusammensetzung:
Antihydral enthält 19% Hexamethylentetramin in fettfreier, abtrocknender Salbengrundlage.
Antihydral »M« enthält 10% Sulfur praec. und 10% Hexamethylentetramin in fettfreier, abtrocknender Salbengrundlage.

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Zur Beachtung: Nicht auf offene Wunden auftragen!

Preise: Tuben mit 70 g DM 7,20

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/VN



Praxisfinanzierung und Absicherung nach Maß

besorgen wir für Sie zu günstigsten Konditionen.

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

Es beraten Sie in

Nordbayern Herr Georg C. Klughardt, Tel. 0911/83 42 89

Südbayern Frau Ingrid Schulte-Rahde, Tel. 089/704044

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

Coupon
Meine Anschrift

BA

Ich erwarte Ihren Anruf
unter Telefon

Senden Sie diesen Coupon an:

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Assekurenz-
Vermittlung



Stiftsbogen 132
8000 München 70

ROGASKA-QUELL

Das bemerkenswerte Heilwasser aus Europas magnesiumreicher Heilquelle.

Magnesium ist ein lebenswichtiges Mineral. Der Körper braucht es. Rogaska gibt es Ihnen. Rogaska-Quelle Heilwasser deckt den täglichen Magnesiumbedarf schnell und kalorienfrei.

Verursachen:
Magnesiummangel
erhöhten Säuregehalt
Gallenleiden
Bläh- und Darmstauungs-
Erbildungen
Allgemeine Antriebsmangel
Unterstützung der Laborfunktion

Gegenanzeigen:
Niere und Stoma Magen-
geschwüre und Gallenleiden

Verteuerung für die BRD Deutschland und West-Berlin
Eckstraße 50/51, D-8000 München 40
Städt. anerk. Heilquelle
Reg.-Nr. 44554

• 859 mg/l
Magnesium



erfrischend
vorbeugend · heilend

Vertriebspartner: BRUNNENHAASE ZENTRALVERWALTUNG, Brunnenhaase Mineralbrunnen OHG, Kaiserstr. 62, 6500 Mainz, Tel. (06131) 23 16 91, Niederlassungen: 1000 Berlin 12 (Brunnenverband Siemens) Tel. (030) 334 20 41, 2087 Bönningstedt, Tel. (040) 556 66 30, 3000 Hannover, Tel. (05 11) 75 70 51, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 56 50 21, 4800 Bielefeld, Tel. (05 21) 29 00 16, 5000 Köln-Porz, Tel. (02 20 3) 3 86 17, 5600 Wuppertal, Tel. (02 02) 75 10 16, 6094 Bischofsheim, Tel. (06144) 49 90, GEFAKO GmbH & Co. KG, Bahnhofstr. 24, 7316 Köngen, Tel. (0 70 24) 89 49, KAMPFANN & Co., Ziplerweg 17, 4300 Essen 11, Tel. (02 01) 66 00 66, KARAS GmbH & Co. KG, Friedenstr. 35-37, 6501 Schwig, Tel. (09 11) 50 00 41, GETRÄNKE PACHMAYR KG, Theistr. 37, 8000 München 50, Tel. (089) 149 90 90, GETRÄNKE PFLUGHARDT, Lenkersheimer Str. 10, 8500 Nürnberg, Tel. (09 11) 324 24, REGER GETRÄNKEFACHGROSSHANDEL KG, Fichtenstr. 10, 8027 Neuried, Tel. (089) 7 59 10 31, PETER RIJUS, Getränke-Handel KG, Helmerstr. 4-6, 6800 Mannheim 81, Tel. (06 21) 85 00 50.

Gratis:
die Info-Broschüre
»Auf Ihre Gesundheit!«

Siehe senden Sie mir kostenlos und unverbindlich die Broschüre »Auf Ihre Gesundheit!« sowie Informationsmaterial und Bestellschein nachweislich an meine Adresse.

Vorname, Name

Strasse, Hausnr.

PLZ Ort
Coupon ausschneiden, auf eine ausreichend
starke Postkarte kleben und an
Glückstraße 10/11,
Campenstr. 30, 8000 München 40, senden.

BA 5/88

Der Landkreis Neustadt a. d. Waldnaab

sucht für das

Kreiskrankenhaus Vohenstrauß

eine(n)

Arzt/Ärztin für Anästhesiologie

zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Das Kreiskrankenhaus Vohenstrauß (80 Betten) ist ein Haus der Grundversorgung mit zwei Fachrichtungen. Die Chirurgie verfügt über 55 Betten, die innere Medizin über 25 Betten (Belegabteilung). Die Vergütung erfolgt nach BAT. Die im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen werden gewährt.

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

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an das
Landratsamt – Personalverwaltung –
8482 Neustadt a. d. Waldnaab

Das Landesuntersuchungsamt für das Gesundheitswesen Südbayern in Oberschleißheim

sucht für die humanmedizinische Abteilung mit den Schwerpunkten der Laboruntersuchungen auf den Gebieten der Bakteriologie, Virologie und Hygiene

einen Arzt/Ärztin

Die Anerkennung als Arzt für Laboratoriumsmedizin oder praktische Laborerfahrungen sind erwünscht.

Das Landesuntersuchungsamt ist eine modern ausgestattete Fachbehörde des Freistaates Bayern auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens.

Die Einstellung erfolgt nach Vergütungsgruppe III/II e BAT, Übernahme in das Beamtenverhältnis (A12/13) ist möglich.

Geboten werden alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes. Bewerbungsunterlagen mit Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnissen, Approbations- und Promotionsurkunde werden erbeten an:

Landesuntersuchungsamt für das Gesundheitswesen Südbayern
Vaterlärstraße 2, 8042 Oberschleißheim

Privatklinik Wirsberg

für Neurologie und Psychiatrie. Privat und alle Kassen.

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

8655 Wirsberg über Kulmbach/Bayern, Telefon (0 92 27) 804-805

Innere Medizin

deutscher Arzt, 35 Jahre, promoviert, 2 Jahre Chirurgie sucht WB-Stelle in Klinik oder Praxis.

Anfragen unter Chiffre 2064/902 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Vertreter(in)

für Allgemeinpraxis in Augsburg vom 24. Mai bis 8. Juni 1988 und vom 22. August bis 2. September 1988 gesucht. Voraussetzung: 1 Jahr Klinik.

Angebote unter Telefon (00 21) 52 89 22 oder (00 21) 43 32 01

PRIVATABRECHNUNG ab 0,9%
+ NK – Individuelle Programme –
Inkassodienst – Sofortauszahlung
APV – Ärztliche
Privatverrechnungsstelle GmbH
Münchner Str. 1 – 8011 Kirchheim
Telefon 0 89 / 9 03 06 76 u. 9 03 02 24

Allgemeinarzt

Naturheilverfahren, 38 Jahre, deutscher, promoviert, 8 Jahre Klinik, 5 Jahre Praxis, Sonographie, Röntgen sucht Mitarbeiter, eventuell Assoziation in Allgemeinpraxis Raum München oder Südostbayern.

Telefon (0 82 47) 77 43 ebends,
oder Chiffre 2064/888 an Atlas
Verlag, Sonnenstraße 29, 8000
München 2

LAND-
KREIS



Nürnberger Land

Für unser

KREISKRANKENHAUS IN ALTDORF

suchen wir baldmöglichst einen

HNO-BELEGARZT

Zusammen mit der Stadt Altdorf unterstützen wir Sie bei Ihrer Niederlassung, insbesondere bei der Suche nach geeigneten Räumen.

Das Kreiskrankenhaus Altdorf ist ein Krankenhaus der Ergänzungsversorgung mit den im Krankenhausbedarfsplan ausgewiesenen Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, HNO und den Bestandschutz genießenden Gebieten Frauenheilkunde und Augenheilkunde. Es verfügt über 109 Planbetten. Die Abteilung Innere Medizin wird hauptamtlich geführt (Cheferzt Prof. Dr. Schwarzbach), alle anderen Gebiete werden belegärztlich betrieben.

Für das neu in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommene Gebiet HNO stehen bis zu 5 Betten zur Verfügung. Vertretung bei Abwesenheit ist durch die HNO-Belegärzte in unseren Kreiskrankenhäusern in Lauf und Hersbruck gewährleistet.

Altdorf, eine Stadt mit ca. 12 500 Einwohnern, 15 km südöstlich von Nürnberg gelegen, ist ein Unterzentrum mit einem Einzugsgebiet von ca. 50 000 Einwohnern. Grund- und Hauptschule, Gymnasium und eine Fachakademie für Sozialpädagogik befinden sich am Ort.

Bei Interesse richten Sie bitte Ihre Bewerbung an die Personalverwaltung des Landratsamtes Nürnberger Land in 8560 Laut a. d. Pegnitz, Waldluststraße 1 (Telefon 0 91 23 / 7 92 43).

8623 Staffelstein

Obermain-Therme

Praxisräume

In bester Geschäftslage, bevorzugt Gebietsarzt (Internist und Apotheke bereits vergeben). Direkt vom Bauherrn zu vermieten oder zu verkaufen. Des weiteren bieten wir Ferienwohnungen Nähe Thermalbad an.

Fo. M.K.B., 8623 Staffelstein, Postfach 1325, Telefon (0 95 73) 66 66

Landpraxis

Raum Mindelheim/Bad Wörishofen sofort abzugeben.

Näheres Telefon (0 82 88) 2 88

Weiterbildungsassistent/in

möglichst mit pädagogischer Vorbildung für allgemeinärztliche Gemeinschaftspraxis im Raum Oberbayern gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/895 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Neu:

Grafik-Service für Ärzte

Von der Visitenkarte über das elegant gestaltete Hausschild bis zum patientenfreundlichen Leitssystem in Ihrer Praxis.

Information von:
Gersbach Design, Gabelsbergerstraße 48, 8300 Landshut

ca. 100 qm Praxisräume

im 1. Obergeschoß in bester Lage in Vilshofen ab Herbst zu vermieten.

Anfragen unter Chiffre 2064/914 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

MEDIZIN-STUDIENPLATZ

Umfassende Vorbereitung auf den „Test für medizinische Studiengänge (TMS)“ durch qualifizierte Testpsychologen. Mehrtägige Kompaktseminare in München, Stuttgart, Frankfurt, Mannheim und weiteren Orten. Kostenloses Informationsmaterialie anfordern (auch nachts/Wochenende über Anrufbeantworter).

CCH-Test-Training Dr. Hohner
Lätèvrestraße 2, 1000 Berlin 41, Telefon (0 30) 8 51 90 31

Nürnberg Süd

für große internistische Praxis mit gastroent. Ausrichtung wird regelmäßige Vertretung gesucht. Assoziation möglich.

Anfragen unter Chiffre 2064/896 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Leitende Zytologieassistentin

13 Jahre Berufserfahrung in Geseamtzytologie sucht Dauerstellung in München (S-Bahnbereich) gerne kombiniert mit Praxis oder Teilzeit.

Telefon (0 89) 66 81 97

Internist, 39 Jahre, sucht internistisch ausgerichtete Allgemeinpraxis, 2. Halbjahr 1989. Niederbayern/Oberpfalz bevorzugt.

Anfragen unter Chiffre 2064/901 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Projekt Gemeinschaftspraxis

Suche weitergebildete Kollegin zum Einstieg in Allgemeinpraxis nach Augsburg, eventuell zunächst Teilzeitmitarbeit.

Anfragen unter Chiffre 2064/909 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Regelmäßige oder zeitbegrenzte Mitarbeit in Praxis gesucht von Arzt, 36 Jahre, Raum Oberpfalz – ganz Bayern.

Anfragen unter Chiffre 2064/894 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Praktischer Arzt, Pädagoge sucht neue Tätigkeit.

Anfragen unter Chiffre 2064/893 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2