



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

Januar 1981

Zur Kenntnis genommen:

Wenn dieses Heft auf Ihrem Tisch liegt, hat ein Jahr begonnen, dem düstere Prognosen mit auf den Weg gegeben wurden. Kaum Wirtschaftswachstum, dafür „normale“ Inflationen, erhöhte Arbeitslosenzahlen, ein Leistungsbilanzdefizit, an dem nicht nur die Ölpreise schuld sind, zunehmende Konkurrenz ausländischer, vor allem japanischer Industrieprodukte, die billiger angeboten werden als Vergleichbares aus der eigenen Wirtschaft. Außenpolitisch ein düsteres Bild: Im Nahen Osten, unserer Ölregion, Krieg, in Südamerika blutige Bürgerkriege, in Afrika kommunistische Unterwanderung, Zerfall des einst blühenden Landes Rhodesien, drohende Zerstörung Namibias, des früheren Deutsch-Südwestafrikas, mit europäischer Hilfe. Die Gesundheits- und Sozialpolitik in unserem Lande nähert sich dem Bilde eines Gartens, in dem es ein Wasser, Dünger und Pflanzen, aber auch ein Gärtnern fehlt. Die Regierungserklärung des Bundeskanzlers ist so dürrig wie nie zuvor. Zur Gesundheitspolitik kann man getrost „Fehlenszeichen“ sagen. Die Ankündigung, man wolle ein „Krebsregister“ einrichten, ist dafür eher eine Bestätigung. Sozialpolitisch setzt man einen bedenklichen Umverteilungskurs fort. Die Erhöhung des Beitrages zur Rentenversicherung auf 18,5 Prozent wird wirksam. Dafür entzieht man für einen entsprechenden Betrag an Bundesmitteln, um das Loch in der Arbeitslosenversicherung zu stopfen. Ganz klar: Die hohe Zahl der (echten?) Arbeitslosen frisst viel Geld, das lukrative System verhindert, daß Arbeitslose in Bedarfsbereichen eingesetzt werden, weil sofort eine Vielzahl von Schutzklauseln wirksam wird. Zugleich leisten wir uns einen Anteil ausländischer Arbeitskräfte, deren anwachsende soziale Rechtsansprüche uns noch schwere Kopfschmerzen bereiten werden. Die Rentenversicherung lebt von der Hand in den Mund, die Rentenversicherung der Arbeiter von den Milliardenbeträgen, welche sie von der Angestelltenversicherung erhält. Eigentlich sind das aber Beiträge der Angestellten zu ihrer eigenen Alters- und Berufsunfähigkeitsversicherung. Die „große Reform“ kommt unaufhaltsam auf uns zu. Wie wird sie aussehen? Daß der überlebende Ehepartner 70 Prozent der Gesamternte erhalten soll, wird bereits mit Einschränkung versehen. Die Beiträge zur Krankenversicherung müssen bei einem Teil der Krankenkassen erhöht werden. Im Vordergrund stehen dabei die neuerdings wieder stärker steigenden Pflegesätze der Krankenhäuser, aber auch der Zahnersatz. Zum letzteren: Die Goldmengen, welche an die in der Bundesrepublik kauenden Kiefer montiert werden, wären eine gewaltige Währungsreserve in den Kellern der Bundesbank.

Auf dem Sektor Krankenhaus stünde uns der große Kostenanstieg noch bevor, wenn die personellen Vorstellungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft Wirklichkeit würden. Hier müssen wir uns besonders bemühen! Die Kassenärzte müssen

alle Anstrengungen machen, im Sinne des „Bayern-Vertrages“ ihr Können und ihre gemeinsamen Möglichkeiten der Ausschöpfung ihrer diagnostischen und therapeutischen Kapazitäten einzusetzen, damit keine Patienten unnötig in das Krankenhaus eingewiesen werden. Wenn Betten leer stehen, wenn sich Ärzte und sonstiges Personal nur um die unabweisbar notwendigen Krankenhauspatienten bemühen müssen, dann mag es zwar zunächst nicht billiger werden. Wir vermeiden aber, daß immer noch mehr Personal in den Krankenhäusern eingestellt werden muß, daß die Kosten also laufend überdimensional weiter steigen. Möglicherweise kann man dann eines Tages sogar die Bettenzahl reduzieren. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns wird auch 1981 alle Kassenärzte in Bayern konsequent an den Grundsatz erinnern: So viel ambulant wie möglich, nur so viel stationär wie unbedingt nötig! Das sind wir im übrigen nicht nur unseren Vertragspartnern, den Kostenträgern, schuldig, sondern nicht minder unseren Kollegen in den Krankenhäusern und ihren Helfern, deren Überleistung der Öffentlichkeit tagtäglich in der Presse dargestellt wird. Die leeren Betten, das sei nochmals unterstrichen, erfordern keine Arbeit. Die im Krankenhaus Tätigen können sich dann voll den verbleibenden Kranken widmen.

Ein weiterer Schwerpunkt für 1981: Wir müssen die Krankschreibungen in den ersten sechs Wochen in den Griff bekommen. Vor dem Ausfüllen des „gelben Zettels“ muß sich der Kassenarzt so intensiv wie möglich Gewißheit verschaffen, ob eine ernste Erkrankung vorliegt und ob es nur mit Krankschreibung möglich ist, sie zu heilen. Es genügt leider nicht, „guten Glaubens“ zu handeln. Das zeigt schon die Tetseche, daß es bereits Gebreuchsanweisungen dafür gibt, wie man den Arzt täuscht, um die Au-Bescheinigung zu bekommen. Milliardenverluste, welche der Volkswirtschaft dadurch entstehen, schaden uns allen!

Übrigens: die Grundsätze des anfänglich so umstrittenen „Bayern-Vertrages“ sind inzwischen im ganzen Bundesgebiet übernommen und zum Inhalt von Vereinbarungen gemacht worden. Natürlich – das versteht sich von selbst – ohne das Zeichen „Made in Bavaria“. Das können weder Krankenkassen noch wir von unseren Freunden „nördlich der Meereslinie“ verlangen. Wir sind ja euch nicht zum Patentamt gegangen, obwohl es – sogar europäisch – seinen Sitz in München hat. Freuen tut's uns trotzdem – aber natürlich nur ganz diskret.

Wir müssen gemeinsam versuchen, das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung lebensfähig zu erhalten. Damit verteidigen wir die Belange unserer Kranken, aber auch den freiberuflichen Kassenarzt. Für 1981 sollte das im Mittelpunkt unserer Mühen stehen.

Professor Dr. Sewering

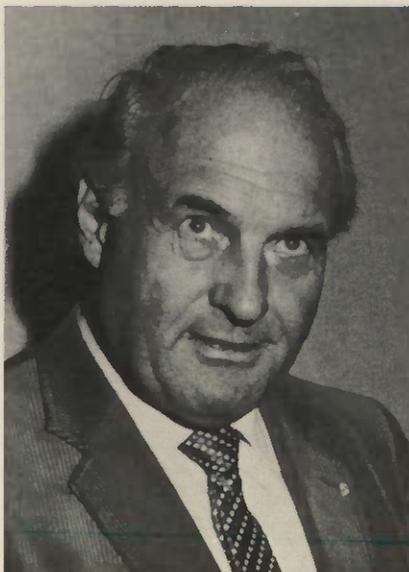
Die Bayerische Ärzteversorgung In den achtziger Jahren *

von Klaus Dehler

Zu Beginn des achten Jahrzehnts dieses Jahrhunderts, 57 Jahre nach ihrer Gründung, ist die Bayerische Ärzteversorgung für die Standes- und Berufspolitik, noch mehr aber für das Bewußtsein ihrer Mitglieder geradezu zur Selbstverständlichkeit geworden. Innerhalb der drei hierin vereinten Berufsstände gibt es wohl keinerlei Diskussion darüber, wie richtig und notwendig es ist, in einer Zeit, in der der Staat noch stärker alle Bereiche des „Netzes der sozialen Sicherheit“ durchdringt und dieses um seine Bürger schlingt, durch eine eigene Institution im weiten Maße staatsunabhängig und gestaltungsautonom zu bleiben.

Einwirkung der Politik und deren Abgrenzung

Der Bayerische Landtag akzeptierte vor nunmehr 57 Jahren den nach demokratischer Entscheidung vorgebrachten Wunsch der bayerischen Ärzte und gab – erstmals und bis dahin einmalig im Deutschen Reich – den bayerischen Ärzten die Chance, in doch wesentlicher mitgestaltender Selbstverwaltung unter dem Dach der Bayerischen Versicherungskammer eine Versorgungseinrichtung aufzubauen, die die Folgen der Situation nach dem ersten Weltkrieg ebenso überwinden konnte, wie den zweiten Weltkrieg und die Währungsreform. Über lange Jahrzehnte konnte die Arbeit in und für die Bayerische Ärzteversorgung weitgehend unbeachtet von der Öffentlichkeit oder gar der aktuellen Politik in Stille und relativer Beschaulichkeit geführt werden. Im letzten Jahrzehnt erlebten wir in zunehmendem Maße, nicht weil wir dies gewünscht hätten, sondern weil die Umweltbedingungen sich rasch änderten, eine zunehmende Politisierung dieser Arbeit. Dies heißt weniger, daß hier parteipolitische Interessen einwirkten, sondern daß eine ständig zunehmende Einwirkung der Folgen der Gesetzgebung, vor allem des



Bundes, in die Arbeit der Anstalt ebenso fühlbar wurden wie die Notwendigkeit, sie abzusichern, sei es im Wettbewerb mit den staatlichen Institutionen oder in notwendiger harter Abgrenzung gegen versuchte Übergriffe der Politik und der Politiker.

Volksvorsorgung für alle und ihre Folgen

Wie rasch sich in den letzten beiden Jahrzehnten durch jeweils gesetzgeberische Maßnahmen die Umformung der Rentenversicherung zur „umfassenden Volksvorsorgung“ gewandelt hat, mögen folgende Daten darstellen:

– 1889 Gründung der sozialen Rentenversicherung als Pflichtversicherung für „schutzbedürftige Unselbständige“ mit dem versicherungsrechtlichen Prinzip der Kapitaldekung, der statischen Beiträge und statischen Renten.

– 1957 brachte die erste große Rentenreform den Abschied vom Dekungsverfahren, dynamische Beiträge und halbdynamische Renten.

– 1957 erfolgte durch Gesetz Pflichtversicherung für alle Unselbständige.

– 1969 Änderung des Versicherungsprinzips des Deckungsverfahrens in ein „modifiziertes Umlageverfahren“.

– 1972 erfolgte die Öffnung der Rentenversicherung für Selbständige und Hausfrauen als sogenannte Pflichtversicherung auf Antrag.

– 1977 wird das lupenreine Umlageverfahren mit einer „Schwankungsreserve“ nur noch in Höhe eines Monatsbeitrages eingeführt.

Daß damit parallel eine Ausuferung des Sozialbudgets im Rahmen einer allgemeinen Aufblähung der Staatsausgaben notwendig war, ergibt sich aus der Darstellung des „Wachstums des Sozialbudgets“. Es betrug im Jahre

1950 = 17 Milliarden DM
1970 = 175 Milliarden DM
1980 = 450 Milliarden DM und

stieg somit in drei Jahrzehnten auf 2647 Prozent.

Ebenso folgerichtig stieg natürlich die Sozialleistungsquote, also der Anteil des Sozialbudgets am Brutto-sozialprodukt, im Prozentsatz wie folgt:

Anstieg 1950 = 17,1 Prozent
1970 = 25,5 Prozent
1980 = 36,0 Prozent

Vielleicht am klassischsten läßt sich diese Ausuferung an der Höhe der Sozialausgaben je Einwohner darstellen:

1950 = 333,- DM
1970 = 2879,- DM
1980 = 7370,- DM,

also in drei Jahrzehnten eine Steigerung auf 2213 Prozent.

In der realen Situation des Haushaltsjahres 1980 führt dies dazu, daß bei Gesamteinnahmen und -ausgaben von 214,48 Milliarden DM allein die Zuschüsse des Bundes an die Sozialversicherung rund 30,5 Milliarden DM betragen, davon 21 Milliarden DM an die Arbeiter- und Angestellten-Rentenversicherung und 9 Milliarden DM an die knapp-schaftliche Rentenversicherung. Die Steuerzahler müssen also 17 Prozent der gesamten Rentenausgaben der mehr als zwölf Millionen Renten direkt finanzieren.

*) Bericht entliehen des 33. Bayerischen Ärztetages in Rothenburg ob der Tauber

Ärzteversorgung ohne Staatszuschuß!

Diese Zahlen habe ich bewußt an den Anfang gestellt, um begreiflich zu machen, welche Aufgabe und welche Verantwortung es darstellt, in einer Versorgungseinrichtung wie der Bayerischen Ärzteversorgung ohne einen Pfennig Zuschuß aus Steuer- oder sonstigen Mitteln des Staates die Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung für nunmehr 26 161 Ärzte, 5879 Zahnärzte und 2593 Tierärzte, also insgesamt 34 633 aktive Mitglieder und deren Angehörigen sowie 12 390 Ruhegeldempfänger nicht nur zu sichern, sondern dies in einer Form zu tun, die der Qualität staatlicher und sonstiger Institutionen nicht nur entspricht, sondern ihr deutlich überlegen ist. Dies gilt eindeutig für die Höhe des aus den eigenen Beiträgen erzielbaren Altersruhegeldes einschließlich Kindergeld, das Witwen- und Wittwergeld, für das Waisen- und Sterbegeld. Der besonderen berufsständischen Situation angepaßt wurden im wesentlichen die Frühinvaliditätsleistungen der Bayerischen Ärzteversorgung. Eine noch bestehende Lücke wurde vor Jahren durch die Einführung von Rehabilitationsleistungen durch das Rehabilitationsstatut und vor kurzem durch die Einführung des vorgezogenen Altersruhegeldes auf Antrag geschlossen.

Somit besteht für alle Mitglieder der drei in der Bayerischen Ärzteversorgung vereinten ärztlichen Berufsstände ein umfassendes, den jeweiligen besonderen Bedürfnissen des Berufsstandes ideal angepaßtes Versorgungsangebot für die Risiken der Invalidität, eines vorzeitigen Todes und zur Sicherung im Alter und der Hinterbliebenen. Glücklicherweise bestehen ähnliche Einrichtungen nunmehr im gesamten Bundesgebiet, verständlicherweise, da alle auf Landesrecht beruhend und in verschiedener zeitlicher und versorgungspolitischer Ausgangslage entstanden, in unterschiedlicher Organisationsform und Sicherungsprinzipien. Gemeinsam ist jedoch all diesen Einrichtungen, daß sie in ihrem Leistungsangebot hinter den staatlichen Versorgungseinrichtungen nicht zurückbleiben können; dies wird schon durch die hochgeschraubten Forderungen der „Qualitätskontrolle“ erzwungen, wie sie uns der Gesetzgeber vor Jahresfrist als Voraussetzung zur Befreiungs-

möglichkeit angestellter Mitglieder nach § 7 Abs. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes von der Angestelltenversicherung zugunsten der jeweiligen berufsständischen gesetzlichen Versorgungseinrichtung auferlegte. Hier kann ich jedoch berichten, daß keine der bestehenden ärztlichen auf Landesgesetz beruhenden berufsständischen Versorgungseinrichtungen auch nur die mindesten Schwierigkeiten hatte, diese „Qualitätskontrolle“ zu bestehen.

Bayerische Ärzteversorgung – Dorn im Fleische der Einheitsversicherung?

Nach den Gesetzen der Logik müßte man annehmen, daß die Politik und die Politiker recht froh darüber sein sollten, daß die Mehrheit der freiberuflich Tätigen in der Bundesrepublik in derzeit knapp 50 Versorgungseinrichtungen für ihre ungefähr 150 000 Mitglieder und im Durchschnitt wohl doppelt soviel Angehörigen, also für rund eine halbe Million Menschen, ihre Versicherungs- und Versorgungsprobleme ohne Belastung des Staates selbst regelt. Dies müßte um so mehr gelten, wenn man über die dargestellte prekäre Situation der staatlichen Rentenversicherung in der Gegenwart einen Blick in die nähere und gar fernere Zukunft wirft: Die demographische Entwicklung ist bis zum Jahre 2000 bereits übersehbar, weil für die staatliche Rentenversicherung alle bis dahin einzukalkulierenden Beitragszahler bereits geboren sind. Bis zur Mitte des nächsten Jahrhunderts bleibt die Geburtenrate ungewiß, bei Interpolation der aus den letzten Jahren bekannten Entwicklung sieht für den Bereich der staatlichen Rentenversicherung die Entwicklung des Verhältnisses der Zahl der Rentner zu den aktiven Versicherten so aus,

daß auf jeweils 1000 Versicherte

1960 =	374 Rentner
1980 =	555 Rentner
2000 =	711 Rentner
2030 =	1199 Rentner

treffen. Dazu kommen die Probleme eines ungesicherten Arbeitsmarktes mit schwankenden Beschäftigtenzahlen, die Folgen des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 12. März

1975 hinsichtlich der Gleichstellung der Witwenrente mit der Witwenrente und gewaltige Finanzierungsprobleme, die sich aus der auf dem deutschen Arbeitsmarkt beschäftigten großen Zahl ausländischer Arbeitnehmer ergeben.

Ideologie vor Vernunft

All dies hindert gewisse politische Kräfte und die hinter ihnen stehenden Institutionen nicht, in der jüngeren Vergangenheit und in der realen Gegenwart Thesen und Forderungen aufzustellen, die den wirtschaftlichen Bestand der sozialen Rentenversicherung und leider auch die Existenz unserer Versorgungseinrichtungen in höchstem Maße bedrohen. Lassen Sie mich beispielhaft aus der allerletzten Zeit Forderungen zitieren, wie sie auf dem letzten ordentlichen Gewerkschaftstag der bedeutsamen IG Metall vom 21. bis 27. September 1980 in Berlin aufgestellt wurden:

Das bestehende System der gegliederten Sozialversicherung soll „vereinheitlicht“, Mindest- und Höchstentlohnungsgrenzen sollen abgeschafft, sämtliche Erwerbstätige in eine umfassende Versicherungspflicht auf der Basis des Generationsvertrages „einbezogen“ werden. Das mindestens erforderliche Alterseinkommen soll „nicht unterhalb von 90 Prozent des Nettoeinkommens“ eines vergleichbaren Erwerbstätigen angesiedelt werden. Um dies zu finanzieren, soll der Arbeitgeberbeitrag zur Alterssicherung „belastungsgerechter“ gestaltet werden (Maschinensteuer), die Altersgrenze soll, auf 60 Jahre herabgesetzt, die flexible Altersgrenze sogar auf das 55. Lebensjahr reduziert werden.

Diese Vorstellungen werden etwas weniger direkt, aber in den Spuren parallel erkennbar, wenn der derzeitige Bundesarbeitsminister Herbert Ehrenberg und seine Staatssekretärin Anke Fuchs in ihrem kürzlich erschienen Buch „Sozialstaat und Freiheit“ als Leitlinien sozialdemokratischer Reformen den „Abbau von Besitzständen bisher privilegierter Gruppen“ bei „zugleich größerer Transparenz der Verteilungswirkung“ verlangen und von der Erwartung ausgehen, daß der „überhöhte Einkommensvorsprung vieler Hochschulabsolventen“ in dem Maße allmählich reduziert werden könne, in dem das zahlenmäßige Angebot größer werde.



Rheuma –
Jetzt auch preiswert behandeln!

Indometacin **50 mg**

Hochdosierung,
individuelle Darreichungsform
durch teilbare Tablette

**Indo-
Tablinen**®

Antirheumatikum, Antiphlogistikum

20 Tabl.

50 Tabl.

8.-

17.15

Tablinen

Abkehr von
Billig- und
Luxusprodukten

Indikationen: Entzündliche und degenerative (rheumatische) Erkrankungen des Bewegungsapparates, wie primär chronische Polyarthrit, Arthrosis deformans, Spondylarthrose, Koxarthrose, Spondylitis ankylopoetica (M. Bechterew), Weichteilaffektionen wie Bursitis, Synovitis, Tendinitis, Tendovaginitis, Lumbalgie, Entzündungshemmung und Schleimhautabschwellung nach zahnärztlichen Eingriffen.

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

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

Dosierung und Anwendungsweise: Die Dosierung wird individuell vom Arzt bestimmt. Als Richtlinie kann gelten: Zur Einleitung der Therapie 2-3 x ½-1 Tablette täglich zu den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Die empfohlene Maximaldosis beträgt 4 Tabletten täglich.

S SANORANIA Dr.G.Strohscheer
1 Berlin 28

Staatsversicherung als Fernziel nicht vom Tisch

Ohne jeden Zweifel verfolgen bedeutsame politische Kräfte in der SPD und im Deutschen Gewerkschaftsbund eine mittel- und langfristige „Reformstrategie“, an deren Ende die Staatseinheitsversicherung mit „Pflichtversicherung für alle“, „Mindestrenten“, Tendenz zur Einheitsrente und der Einbeziehung der anderen Systeme der gegliederten Altersversicherung stehen. Hierüber wurde des öfteren und eingehend berichtet. Beachtlich erscheint mir, daß die SPD in Abweichung von den Inhalten des sogenannten „Wehner-Papiers“ auf ihrem Wahlpartei-tag im Juni 1980 die ursprünglich beabsichtigte Einbeziehung der Freiberufler in die staatliche Rentenversicherung und die Rentenversicherungspflicht aller Erwerbstätigen wie die Rentenbesteuerung aufgab. Allerdings wurde die „Wehner-Kommission“ beauftragt, dem Parteitag 1983 ein über die Rentenreform 1984 hinausgehendes langfristiges Programm zur Weiterentwicklung der gesamten Sozialpolitik vorzulegen. Dies beweist sehr deutlich, daß die erkennbare Änderung der Reformstrategie der SPD gegenüber den bestehenden Versorgungseinrichtungen der freien Berufe keine endgültige Entscheidung sein muß, sondern möglicherweise nur eine Atempause darstellt. Dies um so mehr, wenn man weiß, daß der Deutsche Gewerkschaftsbund in seinem jüngst vorgelegten Programm den Wunsch nach Zentralisation, Vereinheitlichung und Allzuständigkeit des Staates und einen massiven Griff in den Steuertopf erkennen läßt. Gedacht ist an Umverteilung, Sondersteuern, an Kappung der Leistungsansprüche aus hohen Beitragszahlungen mit dem letzten Ziel der staatlichen Einheitsversicherung.

Hier dürfte zumindest für die nun beginnende Legislaturperiode des 9. Deutschen Bundestages keine politische Realisierungsmöglichkeit bestehen: Wenn auch die SPD wieder stärkste Regierungspartei ist, dürfte für sie kaum eine Aussicht bestehen, diese Zielsetzungen in der Koalition mit der durch die Wahlen gestärkten F.D.P. durchzusetzen, die sehr wohl weiß, daß ihr Wählerzuwachs im wesentlichen ein Wechsel auf ihre Versprechen ist, den Sozialismus zu stoppen. Ohne jeden

Zweifel ist die F.D.P. an konkrete Vorwahl-Zusagen gebunden. Am 4. August 1980 hat sie sich in Ihrem Aktionsprogramm für den Mittelstand um die freien Berufe in Punkt 25 dahingehend festgelegt, daß die Erhaltung der Wahlfreiheit für Selbständige und Freiberufler bei der Altersvorsorge und die Ablehnung der Zwangsmitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung zukünftiges politisches Ziel ist. Vorher schon wurde durch Beschluß des Bundesparteitages der F.D.P. in den „32 Thesen zur Alterssicherung“ diese auf die Stärkung des Versicherungsprinzips, den leistungsbezogenen Rentenanspruch, festgelegt und die Existenz und Notwendigkeit der Versorgungseinrichtungen der freien Berufe deutlich bejaht. Da auch die CDU/CSU in ihrem Rentenprogramm sich zur gegliederten Sozialversicherung bekannt hat, besteht im derzeitigen Deutschen Bundestag mit absoluter Sicherheit keine Mehrheit für systemändernde „Reformen“. Darüber hinaus können die jetzigen Versorgungswerke sich des Schutzes insbesondere des Artikels 12 und 14 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland, wir in Bayern zusätzlich der entsprechenden Vorschriften der Bayerischen Verfassung, gewiß sein, die einen konfiskatorischen Zugriff des Gesetzgebers in Richtung einer Einbeziehung unserer Versorgungswerke in eine staatliche Einheitsversicherung nicht zulassen. Somit besteht bei aller politischen Unruhe und bei dem mit Sicherheit zu erwartenden erneuten ideologischen Feldgeschrei und neuerlichen Programmfluten, insbesondere des Deutschen Gewerkschaftsbundes, in näherer und weiterer Zukunft die Gewißheit, die Arbeit für und in der Bayerischen Ärzteversorgung fortsetzen zu können.

Positive Entwicklungen im Jahre 1979

Die Zahl der Mitglieder ist um 3,62 Prozent auf 34 633 angewachsen, dem entspricht ein analoger Zuwachs der Zahl der Versorgungsempfänger um 4,34 Prozent. Erfreulich ist auch, daß die Mehrung des Beitragsgesamtaufkommens gegenüber dem jeweiligen Vorjahr um + 6,14 Prozent erheblich gegenüber der Vorjahreszunahme 1977/1978 von nur + 3,87 Prozent wieder angestiegen ist. Auf die Bedeutung

der Beitragsentwicklung werde ich noch zurückkommen. Deutlich zugezogen hat, dies liegt in der Leistungsplanerwartung, die Höhe der Versorgungsleistungen mit 14,28 Prozent. Die zur Sicherung der jetzigen und zukünftigen Pflichtleistungen und der freiwilligen Leistungen der Anstalt getätigten Rückstellungen im Reservefonds, wenn man will dem Vermögen der Anstalt, betragen 9,33 Prozent und erreichen nunmehr am Jahresende 1979 fast die Höhe von 3 Milliarden DM. Der Verwaltungskostensatz ist im Jahre 1979 gegenüber einem Vorjahresatz von 3,20 Prozent auf 2,87 Prozent – bezogen auf die Beitragseinnahmen – zurückgegangen und beweist weiterhin, daß unsere Anstalt korrekt und sparsam verwaltet wird. Dem Antrag auf Rehabilitationsleistungen konnte der Verwaltungsausschuß in der weit überwiegenden Zahl der Fälle zustimmen, bei einem relativ geringen Finanzmitteleinsatz konnten für die betroffenen Kollegen erhebliche Leistungen zur Stabilisierung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit geleistet werden.

Stärkung der Verwaltungskraft

Auch im organisatorischen und technischen Bereich hat sich einiges getan: Die von der Bayerischen Ärzteversorgung, insbesondere durch deren Leiter, Herrn Abteilungsdirektor Walter Albrecht, vorgeschlagene und initiierte „Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen“ ist inzwischen flügge geworden, hat eine rechtsfähige Form erhalten und sich in Köln mit einer eigenen Geschäftsstelle und einem eigenen Geschäftsführer etabliert. Die von Herrn Albrecht aus München als amtierendem Geschäftsführer und von mir aus Nürnberg als vormaligem Sprecher des Beirates der Arbeitsgemeinschaft geleisteten Entwicklungshelferdienste konnten nunmehr in die Hände wohlbestallter Organe übergeben werden. Im Frühjahr 1981 wird die Bayerische Ärzteversorgung in einem ihr gehörenden Gebäude im Arabellapark neue Diensträume beziehen, die unerträglich und für die Mitarbeiter der Anstalt drückende Raumenge wird zu Ende sein. In diesen Wochen wurden die letzten Entscheidungen zur Einrichtung einer eigenen Elektronischen Datenverarbeitung für die Anstalt vollzogen;

dank guter Einvernahme mit dem Präsidium der Bayerischen Versicherungskammer konnten schwierige und insbesondere im höheren Dienst der Anstalt bestehende Personalprobleme zumindest einstweilen gelöst werden. Offen bleibt, vielleicht auch dies eine Folge des hinter uns liegenden Bundestagswahlkampfes, die zugesagte Novellierung des Bayerischen Versicherungsgesetzes, um die noch aus dem Jahre 1933 bestehenden Bestimmungen wieder in solche einer echten Selbstverwaltung mit verantwortlicher Mitwirkung der Berufsstände umzuwandeln.

Mittelfristige Probleme

Die im ganzen erfreuliche, zunehmende öffentliche und sozialpolitische Integration im Europa der Neun ergibt für eine regional zuständige Versorgungseinrichtung gewisse Probleme. Es bestehen, schon wegen der vorhandenen politischen Unterströmungen, starke Tendenzen, im Zuge der Vereinheitlichung des europäischen Sozialrechtes auch zu einer „Harmonisierung“, d. h. Gleichschaltung der Träger der sozialen Sicherung, kommen zu wollen. Auf Landesrecht beruhende regional zuständige Einrichtungen werden nur dann bestehen können, wenn sie durch entsprechende Gestaltung der satzungsrechtlichen Mitgliedsvorschriften, ihres Leistungsplanes und ihre Bereitschaft zu Überleitungsabkommen die binneneuropäische Migration nicht behindern.

Die Bayerische Ärzteversorgung hat dies längst erkannt und entsprechende satzungsrechtliche Vorbereitungen getroffen, die leider noch nicht in Kraft gesetzt werden konnten, da die rechtliche Voraussetzung dazu durch eine Änderung des Bayerischen Versicherungsgesetzes geschaffen werden müßte. Wie schon dargestellt, blieb diese schon vor zwei Jahren von der Staatsregierung bindend zugesagte politische Initiative bisher aus. Da die möglicherweise vor der Bundestagswahl bestehenden Hemmnisse zwischenzeitlich entfallen sind, werden wir mit allem gebotenen Nachdruck an die Einlösung des diesbezüglichen Versprechens erinnern. Das nunmehr in der 2. Änderungsfassung vorliegende, von der Bayerischen Ärzteversorgung bei Herrn Professor Dr. Steindorff in München in Auftrag ge-

gebene Rechtsgutachten kommt zu dem Ergebnis, daß sich aus dem Recht der Europäischen Gemeinschaft keine unbedingt zwingenden Vorschriften für die berufsständischen Versorgungswerke ergäben, sich den EG-Ausländern zu öffnen. Für Überleitungs- und Anrechnungsabkommen sind die Versorgungswerke selbst zuständig. Kritische Vernunft und reale Einschätzung der den Anstalten gegebenen Möglichkeiten lassen jedoch die oben angegebenen Satzungsänderungen zur Öffnung der Anstalten für europäische Kollegen dringend geboten erscheinen, schon deswegen, weil sonst der Gesetzgeber der Europäischen Gemeinschaft für die berufsständischen Versorgungswerke Koordinationsmaßnahmen nach Artikel 235 der Römischen Verträge treffen könnte.

Rentenreform 1984

Der neu gewählte Deutsche Bundestag wird in dieser Legislaturperiode den schon erwähnten durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts gegebenen Auftrag ausführen müssen, bis 1984 in der staatlichen Rentenversicherung eine Gleichstellung von Witwen und Witwern durchzuführen. Die Bundesregierung hatte 1976 diesen Auftrag durch Einsetzung einer Sachverständigenkommission dahingehend erweitert, der Einführung einer eigenständigen Sicherung der Ehefrau und die Möglichkeit der Ausdehnung der gefundenen Modelle über die gesetzliche Rentenversicherung auch auf andere Versicherungssysteme zu überprüfen. Aus dem Gutachten der Sachverständigenkommission vom Mai 1979 ergaben sich vier Modelle einer künftigen Hinterbliebenenversorgung. Alle im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien favorisieren mit gewissen Modifikationen die Lösung einer Partnerrente von 70 Prozent der von beiden Ehegatten insgesamt – in und vor der Ehe – erworbenen Rentenanwartschaften mit der Garantie, daß selbsterworbene Ansprüche des überlebenden Ehegatten in Höhe von 100 Prozent ihm verbleiben. Diese zu erwartende gesetzliche Regelung bedeutet, materiell gesehen, für die ärztlichen Versorgungswerke keine Gefährdung, da die bisherigen Satzungsinhalte prinzipiell überwiegend eine ähnliche Lösung schon vorsehen. Die Gefahr besteht aber vor allem darin,

Diurese

Aldosteronantagonist

Tablinen®

Spiro — Spironolacton 100 mg mikron.

Hydro-long — Tablinen®

Chlortalidon 100 mg

Hydro-rapid — Tablinen®

Furosemid 40 mg

Spiro-Tablinen
20 Tabl. 41.37; 50 Tabl. 96.85

Indikationen:

Primärer Aldosteronismus, wenn eine Operation nicht möglich ist. Bei folgenden weiteren Erkrankungen können Spiro-Tablinen eingesetzt werden: Sekundärer Aldosteronismus bei Leberzirrhose mit Aszites, hydropische Herzinsuffizienz, schwere Hypertonien, nephrotisches Syndrom, idiopathisches Ödem, akutes Hirnödem, wenn eine befriedigende Behandlung mit anderen Mitteln nicht möglich ist.

Kontraindikationen:

Schwere Nierenfunktionsstörungen, Hyperkaliämie, Hyponatriämie.

Mögliche Nebenwirkungen:

Hyperkaliämie bei Langzeittherapie, Gynakomastie, Impotenz, Stimmveränderungen bei Mann und Frau, Amenorrhoe, gastrointestinale Störungen, Hautreaktionen.

Hydro-long-Tablinen
20 Tabl. 9.68; 50 Tabl. 19.67

Indikationen:

Ödeme verschiedener Genese, Hypertonie.

Kontraindikationen:

Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie.

Mögliche Nebenwirkungen:

Hypokaliämie, Hyperurikämie, Hyperglykämie.

Hydro-rapid-Tablinen
20 Tabl. 7.67; 50 Tabl. 16.44

Indikationen:

Ödeme verschiedener Genese.

Kontraindikationen:

Coma hepaticum, Niereninsuffizienz als Folge von Vergiftungen mit nephrotoxischen und hepatotoxischen Stoffen.

Mögliche Nebenwirkungen:

Hypokaliämie, Hyperurikämie.

daß der Versuch gemacht werden könnte, im Zuge dieser Nivellierung dieses staatlichen Versicherungsrechtes den Versorgungswerken den bisherigen Status der Versorgungseinrichtung sui generis zu nehmen und ihnen die Einheitsmütze der „Sozialversicherung“ überzustülpen. Nach unserer wohlbegründeten und auf kompetente Rechtsgutachten gestützten Meinung gibt der Artikel 74 Nr. 12 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland hierfür keine gesetzgeberische Kompetenz. Massive Auseinandersetzungen sind jedoch zu erwarten, äußerste Wachsamkeit und das Kooperieren mit anderen von ähnlichen Versuchen betroffenen Gruppen wie Trägern der betrieblichen Altersversorgung, Zusatzversorgungseinrichtungen und den Beamtenorganisationen sind notwendig.

Weltere Verbesserungen des Leistungsrechtes

In Anpassung an die durch den Bundesgesetzgeber vollzogenen Änderungen im Sozialrecht beschloß der Landesausschuß im Vorjahr, die Satzung unserer Bayerischen Ärzteversorgung so zu ändern, daß Leistungen des Bundes nach dem 5. Gesetz zur Änderung des Unterhaltssicherungsgesetzes hinsichtlich der Beitragsübernahme für Wehr- und Zivildienstleistende, des 5. Gesetzes zur Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes hinsichtlich von Leistungen für arbeitslose Ärzte und hinsichtlich des Gesetzes zur Einführung eines Mutterschaftsurlaubs die Leistungen für Pflichtbeiträge für im Mutterschaftsurlaub befindliche Mitglieder der Anstalt in die Kasse der Bayerischen Ärzteversorgung fließen können. Dies ist inzwischen angelaufen, die Bundesanstalt für Angestellte hat bisher in 734 Fällen insgesamt 1,34 Millionen DM an Beiträgen für arbeitslose Mitglieder und das Bundesversicherungsamt in 24 Fällen DM 12069,- für Mitglieder im Mutterschaftsurlaub an die Bayerische Ärzteversorgung abgeführt.

Vorgezogenes Altersruhegeld

Im August 1980 beschloß der Landesausschuß im schriftlichen Verfahren die Einführung des vorgezogenen Altersruhegeldes ab dem 63. Lebensjahr, die Änderung der Rechtsanspruchsvoraussetzung für die Abfindung bei Wiederverhei-

ratung und Regelung über die Pfändbarkeit von Versorgungsleistungen. Diese Satzungsänderungen werden am 1. Januar 1981 in Kraft treten. Von besonderer Bedeutung und von einer nicht geringen Zahl von vor allem angestellten Mitgliedern erwünscht ist die Einführung des vorgezogenen Altersruhegeldes ab dem 63. Lebensjahr. Bei einem versicherungsmathematisch genau berechneten und für die Versichertengemeinschaft wertneutralen Abschlag von 0,7 Prozent für jeden Monat des vorzeitig in Anspruch genommenen Altersruhegeldes muß jedes Mitglied sehr genau überlegen, ob und wann es die neue Möglichkeit der Satzung in Anspruch nehmen will. Der notwendige Abschlag von 0,7 Prozent pro Monat ist gewiß nicht gering, auf der anderen Seite kann der Gemeinschaft der Mitglieder nicht zugemutet werden, den aus persönlichen Gründen gewünschten vorzeitigen Bezug des Altersruhegeldes zu finanzieren oder auch nur mitzufinanzieren. Daß die Entscheidung für einen vorzeitigen Bezug des Altersruhegeldes irreversibel sein muß, liegt sowohl im Interesse des Mitgliedes als auch schützt er die Anstalt vor vielfältigen und aufwendigen Verwaltungsgängen.

Zentrales Problem — Leistungskraft der Bayerischen Ärzteversorgung

Nach § 10 Abs. 5 der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung ist spätestens alle fünf Jahre ein versicherungsmathematisches Gutachten über die Bayerische Ärzteversorgung aufzustellen. Ein solches Gutachten war zuletzt zum Stichtag 31. Dezember 1975 erstellt worden. Unabhängig von diesem Satzungsauftrag wird jedoch die versicherungstechnische Lage des Versorgungswerkes alljährlich nach Maßgabe des technischen Geschäftsplanes anhand von Liquiditätsberechnungen überprüft und ihre Entwicklung in entsprechenden Berichten dargestellt. Wesentliche Aufgabe dieser Berichte ist die Darlegung der versicherungstechnischen Lage der Anstalt und die Unterbreitung von Vorschlägen zur Festsetzung der freiwilligen Rentenzuschläge, der sogenannten Dynamisierungsvorschläge gemäß § 29 Abs. 2 der Satzung.

Liquiditätsberechnungen werden durchgeführt für die satzungsmäßigen Versorgungsleistungen, also die

Leistungen mit Rechtsanspruch nach geschäftsmäßig festgelegten Rechnungsgrundlagen erster Ordnung. Diese gehen von einem geschäftsplanmäßig festgelegten Rechnungszinsfuß von vier Prozent und von Verwaltungskosten von drei Prozent der Beitragseinnahmen aus.

Die tatsächlichen Verhältnisse sind jedoch besser. Der Verwaltungskostensatz liegt unter der drei Prozent-Grenze, die Durchschnitts- oder Effektiv-Verzinsung hat sich gegenüber 6,16 Prozent im Jahre 1978 für das Jahr 1979 auf 6,31 Prozent verbessert. Somit kann einer ergänzenden Untersuchung mit Rechnungsgrundlagen zweiter Ordnung unter Einbeziehung der freiwilligen Leistungen der Anstalt ein Zinssatz von sechs Prozent zugrunde gelegt werden.

Von größter Bedeutung für die versicherungsmathematischen Vorausberechnungen ist der für die Zukunft zu erwartende Beitragstrend, für den die Versicherungsmathematiker unter Zugrundelegung des lateinischen Wortes „Saeculum“ für Jahrhundert den Begriff „Säkulartrend“ erfunden haben. Grundlage für die Wahl des Säkularrends ist der in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu beobachtende prozentuale durchschnittliche jährliche Anstieg des Durchschnittsbeitrages innerhalb eines bestimmten Beobachtungszeitraumes.

Hier ergibt sich leider eine rückläufige Tendenz des zu beobachtenden Beitragstrends seit 1976, zunächst eine Folge der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten „Honorarbegrenzungsempfehlungsvereinbarung“ und seit 1977 des sogenannten „Kostendämpfungsgesetzes“. Die Beitragsänderungsentwicklung der letzten Jahre zeigt folgendes Bild:

1974 zu 1975	+ 23,67 %
1975 zu 1976	+ 17,58 %
1976 zu 1977	+ 5,65 %
1977 zu 1978	+ 3,87 %
1978 zu 1979	+ 6,14 %

Das erleichternde Aufatmen bei Kenntnisnahme der im Jahre 1978 nur 3,87 Prozent, im Jahre 1979 mit + 6,14 Prozent erfreulichen Wiederanhebung der Beitragsgröße wird leider durch das bisher vorliegende Ergebnis des Jahres 1980 erneut

in Frage gestellt. Die Erhöhung der Beitragseinnahmen für die ersten neun Monate des Jahres 1980 lag nur mit + 3,09 Prozent über den Beitragseinlagen der analogen Monate des Jahres 1979 und bedeutet daher den bei weitem mit geringsten Steigerungssatz bei der Bayerischen Ärzteversorgung in den letzten Jahrzehnten. Die durch das sogenannte „Kostendämpfungsgesetz“ ab 1. Juli 1977 erfolgte erhebliche Minderung der kassenärztlichen Umsätze und Realeinkommen und die Verteilung des uns zgedachten „Honoraropfes“ an eine größere Zahl von Kassenärzten scheint nunmehr auch auf die Beitragsmöglichkeiten für die Altersversorgungseinrichtung voll durchzuschlagen, dies ist eine bittere Realität. Ich hoffe sehr, daß die geringere Steigerung des Beitragsvolumens für die ersten neun Monate dieses Kalenderjahres noch andere Gründe hat und durch einen erhöhten Beitragszufluß in den verbleibenden drei Monaten die Zuwachsgröße des Beitragsvolumens auch die für das Jahr 1980 so dringend notwendige sechs Prozent-Grenze wieder erreicht.

Wie immer diese Abschlußprozentzahl 1980 auch aussehen mag, die Bayerische Ärzteversorgung wird sich mit der Tatsache einer geringeren Steigerung der Zunahme des Beitragszuflusses auseinandersetzen und entsprechende Überlegungen und Maßnahmen anstellen müssen. Eine Umfrage bei den anderen Versorgungswerken ergab – unbeeinflußt von deren anderen Organisations- und Versicherungsformen – eine völlig parallele Ertragstendenz, was beim gleichen wirtschaftlichen Schicksal aller niedergelassenen Ärzte nicht verwunderlich ist.

Hinsichtlich der satzungsmäßigen Rechtsanspruchsleistungen, also des Altersruhegeldes, des Ruhegeldes bei Berufsunfähigkeit und bei Frühinvalidität, der Witwen- und Waisenanprüche und des Sterbegeldes und der anderen Satzungsleistungen bestehen keine Beeinträchtigungen. Der oben erwähnte Bericht über die versicherungstechnische Lage der Bayerischen Ärzteversorgung garantiert die Leistungsfähigkeit der Anstalt für diese Ansprüche auf Dauer, wenn die Vermögensanlagen der Anstalt sich mit vier Prozent verzinsen und ein Säkulartrend von sechs Prozent besteht. Diese Voraussetzungen sind in Anbetracht einer Effektivverzinsung von sechs Prozent

und eines durchschnittlichen Säkularrends innerhalb des letzten Jahrzehnts von zehn Prozent durchaus gesichert.

Eingeengt wird der Spielraum für freiwillige Leistungen, insbesondere für die Dynamisierungszuschläge für die eingewiesenen Ruhegelder. Es hat sich bei der Bayerischen Ärzteversorgung als Faustregel herausgestellt, daß Dynamisierungszuschläge etwa in der halben Höhe des Säkularrends auf Dauer möglich sind. Der für 1979 beschlossene Dynamisierungszuschlag lag in Anbetracht der im Zeitraum des Beschlusses 1978 günstigen Wirtschaftslage mit + 3,5 Prozent verhältnismäßig niedrig und wurde tatsächlich 1979 durch die wirtschaftliche Entwicklung, insbesondere die durch die Ölpreissteigerung angehobene Inflationsrate überholt. Im Herbst 1979 beschloß daher der Landesausschuß trotz gewisser Einwände des Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr, für das Jahr 1980 den Dynamisierungszuschlag auf fünf Prozent zu erhöhen. Hierzu liegen inzwischen sowohl vom Obersten Bayerischen Rechnungshof als auch vom Bayerischen Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr umfangreiche schriftliche Monita vor. Es wurde der Erwartung Ausdruck gegeben, bei der Festsetzung des Zuschlages für das Jahr 1981 die Entwicklung des Säkularrends zu berücksichtigen. Der Landesausschuß wird in seiner Herbstsitzung dieses Jahres auch diese schwierige Aufgabe haben. Ohne seiner Beschlußfassung vorzugreifen, meine ich, daß eine Festsetzung der Zuschlagsgröße in der Höhe wie für das Jahr 1980 wohl kaum möglich sein wird. Orientierungsdaten sind der für die staatliche Rentenversicherung für dieses Jahr geltende Zuschlag von vier Prozent und die glücklicherweise in der letzten Zeit wieder etwas zurückgegangene Inflationsquote. Hierzu noch eine etwas unpopuläre, aber aus der Verantwortung meines Amtes notwendige Feststellung: Der Verwaltungs- und Landesausschuß hat es in der Vergangenheit stets als offizium nobile betrachtet, durch eine über die jeweilige Inflationsquote des laufenden Jahres hinausgehende laufende Erhöhung der eingewiesenen Ruhegelder auch die Ruhestandskollegen und deren Angehörige in vollem Umfange an der Steigerung des wirtschaftlichen Ertrages des gesamten Berufsstandes zu be-

teiligen. Dies beinhaltet die Bitte um Verständnis dafür, daß in Zeiten eines für die niedergelesenen Ärzte sehr deutlich verspürbaren Rückganges des wirtschaftlichen Ertrages und des Realeinkommens auch die Ruhestandkollegen im Interesse der Erhaltung der Stabilität unserer Altersversorgungseinrichtung eine zeitweise Minderung des Umfanges der Erhöhung ihrer Versorgungsleistungen hinnehmen müssen.

Kritik am Leistungsplan der Anstalt

Es kann nicht Wunder nehmen, daß bei so vielen und verschiedene Generationsstufen umfassenden Mitgliedern gegenüber der von Selbstverwaltung und Verweltung getragenen Versorgungspolitik abweichende Meinungen vorhanden sind und Kritik geäußert wird. Dies ist notwendig, legitim und förderlich, da Kritik zum Überdenken des eigenen Standpunktes zwingt und möglicherweise Anlaß zu Änderungen darstellt. Hierbei sollte jedoch das Gebot der Kollegialität und vor allem die Vorsicht beachtet werden, einer teilweise durchaus mißgünstigen, ja, feindlichen politischen Umwelt nicht gerade die Argumentationsmunition zu liefern, die diese für ihr „Reformvorhaben“ wünschen. Man kann daher nur mit großen Bedenken registrieren, daß Meldungen in die Öffentlichkeit lanciert werden, die dann in Zeitschriften unter der Überschrift „Bayerische Ärzteversorgung – Unruhe an der Basis“ behaupten, daß das „eingezahlte Kapital nicht optimale Früchte trägt“ und „böse Aussichten für die Zukunft“ bestünden.

Fehlende Dynamisierung?

Unter Verweisung auf die staatliche Rentenversicherung wird das „Fehlen einer Volldynamisierung“ beklagt. Es ist und bleibt aber unmöglich, völlig verschiedene Systeme der Alterssicherung miteinander zu vergleichen. Die staatliche Rentenversicherung geht den Weg der Beitrags- und Leistungsdynamisierung, einem nahezu lupenreinen Umlageverfahren mit der Folge einer durchschnittlichen Verzinsung der eingebrachten Beiträge von nur um oder unter einem Drittel des Verrentungssatzes der Bayerischen Ärzteversorgung. Die Bayerische Ärzteversorgung ist Jahrzehnte unter weitestgehender Zustimmung ihrer Mitglieder

den Weg einer linearen Beitragsbewertung über die gesamte Berufszeit, einem sehr hohen, sonst in keinem anderen Versorgungssystem zugestundenen Verrentungssatz von 20 Prozent der Lebensbeiträge gegangen und gibt darüber hinaus eine freiwillige Leistung einen „Dynamisierungszuschlag“ zum Ausgleich der Kaufkraftminderung. Dies bedeutet eine ideale Anpassung an die durch das Berufsleben bedingten unterschiedlichen Beitragsmöglichkeiten,

Bayerische Ärzteversorgung

Der Bericht der Bayerischen Ärzteversorgung über des Geschäftsjahr 1979 sowie der Rechnungsabschluß 1979 wurde vom Landesausschuß des Versorgungswerkes in seiner Sitzung am 22. November 1980 ausführlich diskutiert und entgegengenommen.

Ein Exemplar des Geschäftsberichtes wird auf Wunsch jedem Mitglied gerne übersandt.

Anschrift: Bayerische Versicherungskammer – Bayerische Ärzteversorgung, Postfach, 8000 München 22

hat den Vorteil einer vollen individuellen Beitrags- und Leistungslinearität und damit höchstmöglichen Beitragsgerechtigkeit und ist von jedem Mitglied und jederzeit überschaubar und kalkulierbar. Das System der Bayerischen Ärzteversorgung kann jeden Leistungsvergleich mit der staatlichen Rentenversicherung bestehen. Beim Vergleich der Rentenleistung bei gleicher Lebensbeitragsleistung zur Rentenversicherung wie zur Ärzteversorgung holt erstere die bei Einweisung des Ruhegeldes weit höheren Bezüge aus der Ärzteversorgung als Folge ihrer Dynamisierung im Durchschnitt nach 27 Ruhegeldjahren, also in der Regel im 92. Lebensjahr ein. Auch dann ist das Mitglied der Bayerischen Ärzteversorgung noch deutlich besser gestellt, da es die erheblichen Unterschiedsbezüge zwischen dem höheren Ruhegehalt der Ärzteversorgung zu dem der Angestelltenversicherung in diesen 27 Jahren entweder konsumieren oder ihrerseits wieder

wertbringend anlegen konnte. Daß die Bäume der „Dynamisierung“ auch bei der staatlichen Rentenversicherung trotz eines erheblichen laufenden Zuschusses aus dem Staatshaushalt nicht in den Himmel wachsen, beweist die reale Situation der staatlichen Rentenversicherung, da im Jahre 1979 bekanntlich der freiwillige Zuschlag der Bayerischen Ärzteversorgung zu den Ruhegehältern über dem Dynamisierungssatz der staatlichen Rentenversicherung lag. Vom Grundsätzlichen und Rechtlichen her wäre, wenn die Mehrheit der Mitglieder dies wirklich wünschte, das System der Bayerischen Ärzteversorgung änderbar. Allerdings müßten dann über Jahrzehnte erworbene Ansprüche der Mitglieder in einer sehr langfristigen Übergangsregelung respektiert werden und alle Mitglieder hinnehmen, daß dann auch bei uns eben nicht mehr ein Verrentungssatz des eingebrachten Beitrages von 20 Prozent, sondern nur mehr von vielleicht sechs bis sieben Prozent möglich wäre.

Zu geringe Bewertung der Beiträge der jüngeren, zu hohe der älteren Mitglieder?

Diese Thesen verkennen vollkommen die weit über die versicherungsmathematischen Auswirkungen hinausgehende Bedeutung eines einheitlichen Verrentungssatzes von 20 Prozent vom ersten bis zum letzten aktiven Mitgliedsjahr. Schon in den fünfziger Jahren habe ich mich als damaliger Sprecher der jüngeren Ärzte voll zu diesem „Generationenvertrag“ bekennt – lange, bevor dieses Wort von den Sozialpolitikern vereinnahmt wurde. Durch dieses Prinzip erst wurde eine in der Bayerischen Ärzteversorgung beispielhafte Frühinvaliditätsregelung vor allem für die angestellten Mitglieder möglich und kann den durch das ärztliche Berufsleben gegebenen Besonderheiten der Beitragsmöglichkeit in den verschiedenen Lebensabschnitten Rechnung getragen werden.

Unrichtig ist auch die Behauptung, daß dies zu Manipulationen in höherem Lebensalter führen könnte. Dagegen schützt uns schon das vor Jahren eingeführte Prinzip der persönlichen Beitragshöchstgrenze anhand der realen Beitragsleistungen zwischen dem 50. und 55. Lebensjahr. Der Vergleich der Beitragskurven zur

Tylex[®]

Tabletten und Saft

**packt Grippe,
Schnupfen,
Erkältung**



© Cilag GmbH 1981 Tx 81.601

Tylex[®] wirkt rasch ● schleimhautabschwellend ● sekretionshemmend
● antiallergisch ● fiebersenkend ● schmerzlindernd

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 2 mg Carbinoxamin-maleat, 300 mg Paracetamol, 10 mg Phenylephrin-hydrochlorid. 100 ml Saft enthalten 40 mg Carbinoxamin-maleat, 2400 mg Paracetamol, 100 mg Phenylephrin-hydrochlorid. **Indikationen:** Fieberhafte Erkältungskrankheiten, Rhinitis simplex, akute Rhinitis, Rhinitis allergica (Hauschnupfen), Rhinitis vasomotorica, Sinusitis, Nebenhöhlenentzündung, Kopfschmerzen infolge Erkältungskrankheiten. **Kontraindikationen:** Schwere Nierenfunktionsstörungen, Erkrankungen infolge Hypertyreose, hämolytische Anämie infolge Mangel an Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Phäochromocytom, Glaukom. Keine Monoaminoxidase-Hemmer gleichzeitig einnehmen. **Nebenwirkungen:** Selten Müdigkeit; Herzklappen-, Herzrhythmusstörungen, sehr selten pektanginöse Beschwerden; bei Überdosierung Leberzellschädigungen und Hypokalämie. **Darreichungsformen und Packungsgrößen (AV mit MwSt.):** OP mit 20 Tabletten DM 10,51, Reg.-Nr. 49240; OP mit 100 ml Saft DM 8,75, Reg.-Nr. 48829. Apothekenpflichtig. Bitte fordern Sie ausführliche wissenschaftliche Informationen an. Cilag GmbH

Tylex[®] - mehr ist kaum zu machen.

Bayerischen Ärzteversorgung der Jahre 1970, 1975 und 1979 beweist, daß die Beitragskurve, abgesehen von einem geringen Knick in der 79er Kurve, vom 55. bis 57. Lebensjahr prinzipiell vom 25. bis 65. Lebensjahr linear verläuft, wobei sie allerdings erfreulicherweise jeweils 1975 und 1979 einen steileren Verlauf nimmt. Auch dieses in langen Jahren gewachsene und bewährte Prinzip des einheitlichen Verrentungssatzes in allen Lebensalterstufen ist kein Axiom und könnte zur Diskussion gestellt werden, wenn die überwiegende Zahl der Mitglieder dies wirklich verlangt.

Auselnenderklaffen der Bestands- und Zugangsruehgelde?

Es wird weiter behauptet, daß die längere Zeit Ruhegeld beziehenden älteren Mitglieder der Anstalt benachteiligt seien und sich dies in der Unterschiedlichkeit zwischen dem Durchschnitt der Bestandsruhegelder und der Neueinweisungsruhegelder darstelle. Im Jahre 1979 betrug in der Bayerischen Ärzteversorgung das durchschnittliche Bestandsruhegeld DM 2185,-, die durchschnittliche Höhe der neueingewiesenen Ruhegelder DM 2477,-. Es gibt also gewiß keine entscheidende Differenz. Wie die Dinge nun wirklich aussehen, mögen folgende Zahlen beweisen. Eine Witwenrente von monatlich DM 1000,- und mehr bezogen

- am 31. Dezember 1975
19,14 % aller Witwen und Witwer,
- am 1. Januar 1978
36,45 % aller Witwen und Witwer,
- am 1. Januar 1980
44,42 % aller Witwen und Witwer.

Noch deutlicher wird dies an der Entwicklung des allgemeinen Ruhegeldes. Ein Ruhegeld von monatlich DM 2000,- und mehr bezogen

- am 31. Dezember 1975
25,49 % aller Ruhegeldempfänger,

am 1. Januar 1978
54,17 % aller Ruhegeldempfänger,

am 1. Januar 1980
64,65 % aller Ruhegeldempfänger.

Kritik ja – aber dann Alternativen!

Für die Selbstverwaltung und wohl auch für die Verwaltung der Bayerischen Ärzteversorgung kann ich zuversichern, daß wir gerne jeder Kritik und jedem Alternativvorschlag zugänglich sind. Kritik allein genügt jedoch nicht, notwendig sind Alternativen, die sich an der vorgegebenen Möglichkeit der Leistungskraft der Anstalt, an der Belastungsfähigkeit der Mitglieder und den gesetzlichen, insbesondere steuergesetzlichen Fakten orientieren. Einer der Väter der Bayerischen Ärzteversorgung, der damalige Präsident der Bayerischen Versicherungskammer, von Englert, hat den Ärzten vor nahezu 60 Jahren in damals schon stürmischen Diskussionen über den Beitrags- und Leistungsplan lapidar erklärt: „Wünschen können Sie alles, es ist nur die Frage, wieviel Sie zahlen wollen.“

Daran hat sich bis heute wenig geändert, ich glaube, die Gültigkeit dieses Satzes über die vergangenen und auch für die kommenden Jahrzehnte kann kaum diskutiert werden.

Überlegungen zur Stelgerung der Leistungskraft der Anstalt

Selbstverständlich stellen Verwaltung und Selbstverwaltung der Bayerischen Ärzteversorgung eingehende Überlegungen darüber an, wie die Leistungsfähigkeit der Anstalt systemwährend auch für die Erhöhung der freiwilligen Zuschläge zu den Ruhegeldern erhalten werden kann. Wie oben ausgeführt ist unter anderem dafür in entscheidendem Maße die Höhe des erreichten Effektivzinsatzes der Anstalt von großer Bedeutung. Wenn auch für die zahlrei-

chen ärztlichen Darlehensnehmer in ihrer Eigenschaft als Zinszahler nicht erfreulich, stellt die Erhöhung des Eckzinses für die von der Anstalt ausgereichten Darlehen ab diesem Jahr von 5,75 auf 6,75 Prozent eine erfreuliche Verbesserung der Liquidität dar, allerdings bleibt die Zinsentwicklung natürlich an die allgemeine Marktentwicklung gebunden.

Überlegt werden derzeit im Interesse der Erzielung einer möglichst frühzeitigen hohen Beitragszahlung auch die Möglichkeit und Auswirkungen einer Verlängerung oder Verlegung der für die Festlegung der persönlichen Beitragsgrenze relevanten Jahre vom bisher 50. bis 55. Lebensjahr auf einen früheren oder längeren Zeitraum. Mit in Diskussion steht, vor allem von der Verwaltung gewünscht, ob die bisherige Praxis einer vollen Jahresgesamtbeitragszahlung im Jahre der Ruhegeldeinweisung aufrechterhalten werden kann oder die an sich im § 23 Abs. 6 der Satzung schon vorgesehene Regelung „pro rata temporis“, d. h. Beiträge nur bis zum Kalendermonat der Erreichung des Ruhegeldalters, durchgesetzt werden muß. Verständlich ist auch, daß bei Beantragung eines vorzeitigen Ruhegeldes wegen vorübergehender oder dauernder Berufsunfähigkeit Grund und Notwendigkeit des Wunsches eingehend überprüft werden müssen, hierfür sorgen die von der Anstalt eingesetzten Gutachtergremien. Überdacht und sicher begrenzt werden müssen die freiwilligen Leistungen der Anstalt auch für so bedeutsame berufsständische Vorhaben wie dem „Erweiterten Bayern-Programm“. Seit 1972 wurden durch dieses Programm die Niederlassungen von 236 Ärzten und 70 Zahnärzten gefördert und damit durchaus wichtige berufspolitische Notwendigkeiten erfüllt. Allerdings mußte die Bayerische Ärzteversorgung dafür eine Zinsminderung von 5,1 Millionen DM verkraften, die für andere wichtige Maßnahmen im Bereich der freiwilligen Leistungen der Anstalt fehlten.



RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardi tonicum für die kleine Herztherapie
Crateegue-Adonletherapie des Altersherzens

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

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g. Adonis,
Visc. alb. ää 8,7 g. Apium grav. Auricul. ää 7,3 g. Val. 13 g. Coia 4,3 g. · 30 ml DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

Zuversicht auch für die achtziger Jahre

Die aus den Folgen der Politik und der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung alle Ärzte belastenden Faktoren wirken sich natürlich auch in unserer Ärzteversorgung aus. Selbstverwaltung und Verwaltung werden und müssen daher auch Überlegungen für den Fall einer Verschlechterung der gesamtwirtschaftlichen Situation anstellen, die natürlich auch nicht an den Ärzten und damit deren Beitragsleistungsmöglichkeit für die Ärzteversorgung vorbeigehen. Sie werden sich dabei des Rates und der Erfahrung der besten Sachverständigen in unserem Lande bedienen. Mir scheinen in einer schwieriger werdenden Zeit diese Probleme meisterbar, wenn die Mitglieder weiterhin hinter ihrer Anstalt stehen und sich mit ihr identifizieren. Im Jahre 1921 schrieb der damalige Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Kollege Stauder, dem schon erwähnten damaligen Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer von Erlert, u. a.:

„Der freie Stand der Ärzte ist nicht mehr in der Lage, für Weib, Kinder, Alter und Krankheit vorzusorgen. Aus diesem Grunde erwächst der Ständevertretung die Pflicht, Mittel und Wege zu ersinnen, um eine allgemeine Versicherung für Alter und Dienstunfähigkeit und für die Hinterbliebenen zu schaffen.“

Über fast sechs Jahrzehnte bis zu unserer Gegenwart ist dieser Weg erfolgreich gegangen worden, heute ist jeder Kollege wohl im Stande, „für sich, für Weib und Kind, für Alter und Krankheit“ vorzusorgen. Dieses Werk gelang ohne materielle staatliche Beteiligung in Selbstverwaltung und Selbstgestaltung. Fähnrisse, Schwierigkeiten und gar Katastrophen konnten in der Vergangenheit gemeistert werden. Wir sollten auf uns selbst vertrauen, wir werden politische und wirtschaftliche Schwierigkeiten auch in Gegenwart und Zukunft bewältigen. Denn die eigenständige und freiheitliche Art der Vorsorge für Alter und Berufsunfähigkeit ist weiterhin eine, wenn nicht sogar die essentielle Voraussetzung zur Erhaltung und Verwirklichung einer freien ärztlichen Berufsausübung.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Klaus Dahlar, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärztaufsicht, Hallplatz 37, 8500 Nürnberg 1

Politische Tendenzen des sogenannten Kostendämpfungsgesetzes und dessen Auswirkungen für den freiberuflich tätigen Arzt *

von F. Kolb

In meinen Ausführungen vor zwei Jahren („Bayerisches Ärzteblatt“ 2/1979, Seite 98 ff.) hier vor Ihnen habe ich versucht, den „roten Faden“ aufzuzeigen, der die Bestrebungen und Pläne der SPD, des DGB und des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen verbindet mit den Gesetzen der sozialliberalen Koalition:

- dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dessen Novellierung erstmals mit dem KVKG 1977 versucht und bis heute nicht gelungen ist,
- dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) und
- dem „Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (KVKG) in Verbindung mit dem 20. und 21. Rentenanpassungsgesetz.

Vorausgegangen war eine Diffamierungskampagne gegen die Ärzte („Halbgötter in Weiß“, „Beutelschneider“), die – so muß man es wohl sehen – den Boden für systemändernde Gesetze vorbereiten sollte.

Wenn ich meinem Thema „Auswirkungen des sogenannten Kostendämpfungsgesetzes“ gerecht werden will, muß ich zunächst die *wichtigsten Bestimmungen* des KVKG in Ihr Gedächtnis zurückrufen und deren Auswirkungen erläutern:

„Sanierung“ der Rentenversicherung auf Kosten der Krankenversicherung

Verlagerung von zuerst 7, jetzt 12 Mrd. DM Kosten jährlich von der Rentenversicherung auf die Beitragszahler der Krankenversicherung (berufstätige Versicherte und ihre Arbeitgeber). Also nicht Kostendämpfung, sondern Kostenverschiebung! Die 1981 notwendig werden den Beitragserhöhungen der RVO-Kassen um ca. 0,5 und der Ersatz-

kassen um ca. 0,7 Prozentpunkte werden fast ausschließlich durch das Defizit der Rentnerkrankenversicherung verursacht. Die DAK z. B. gab 1979 insgesamt 1,7 Mrd. DM für ihre Rentner aus, eingenommen hat sie von ihnen 100 Mill. DM. Das Defizit je Rentner betrug bei dieser Kasse 2866 DM im Jahr, während die allgemeine Krankenversicherung (der berufstätigen Mitglieder) einen Überschuß von 1,5 Mrd. DM ergab! Bei der DAK waren 1979 ganze 5,34 Prozent, bei allen EKK zusammen 15 Prozent der Ausgaben für die Krankenversicherung der Rentner noch durch Beiträge gedeckt!

Ein mit dem KVKG außerdem eingeführter, grundlohnbezogener KVdR-Finanzausgleich bürdet den EKK noch zusätzliche, jährlich steigende finanzielle Lasten auf. Trotzdem sind die OKK und EKK in diesem Punkte einig: Die Schere der Einnahmen und Ausgaben der Rentnerkrankenversicherung öffnet sich immer weiter, die soziale Krankenversicherung kann diese Belastung kaum mehr länger tragen.

So sieht die vom Bundesarbeitsminister seinerzeit behauptete „Überzahlung“ der Rentenversicherung derzeit tatsächlich aus! Damit wird das KVKG zur Farce und der Gedanke der Solidargemeinschaft und des Generationenausgleichs mißbraucht.

Die *kassenärztliche Gesamtvergütung* kann nach § 368 f der durch das KVKG geänderten RVO nach einem Festbetrag, einem Kopfpauschale, einem Fallpauschale, nach Einzelleistungen oder einer Kombination dieser Vergütungssysteme berechnet werden. Bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung sind folgende Kriterien zu beachten: Grundlohn-

*) Vortrag auf einer Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie in Bad Kissingen

summe, durchschnittliche *Praxiskosten* und *Arbeitszeit* des Kassenarztes. Hier aber nur bezogen auf den einzelnen Arzt und nicht auf die Gesamtheit der Kassenärzte, d. h., der Reinzugang von Ärzten mit seinen Auswirkungen (Umsetz je Arzt geht zurück, Anteil der Praxiskosten steigt, es wird von den Kassenärzten eine größere Gesamtarbeitszeit erbracht) soll von der Ärzteschaft getragen werden. Entgegen der früheren Bestimmung werden Art und Umfang der geleisteten Arbeit nur bei gesetzlich verordneter oder vertraglich vereinbarter Leistungsausweitung berücksichtigt.

Die laufende Übernahme der (teuren) Entwicklung in Diagnostik und Therapie in die ambulante Praxis zugunsten der Versicherten geht damit und wegen der Tendenz zur „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ zu Lasten der Kassenärzte.

Für alle Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen gilt ein *einheitlicher Bewertungsmaßstab* nach Punkten. Die alte E-Adgo ist seit 1. Juli 1978 fast unverändert auch für die RVO-Kassen gültig. Soweit, so gut. Allerdings ist die laufende Anpassung und Erweiterung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes an die fortschrittlichen Entwicklungen der Medizin sehr mühsam geworden und allenfalls nach großen Verzögerungen möglich. Hier ist nun ein paritätisch besetzter sogenannter Bewertungsausschuß zuständig, der bei Nichteinigung der Partner um drei unparteiische Mitglieder erweitert werden kann. Im erweiterten Bewertungsausschuß entscheidet die Mehrheit der Stimmen.

Konzertierte Aktion

Nach einem ursprünglichen Vorschlag der CDU und des Hartmannbundes sollte die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – wie die derzeit ausgesetzte Tarifpartner – unter Erhaltung der regionalen Selbstverwaltung – auf freiwilliger Basis Honorar- und Arzneileitlinien empfehlen. Bundesminister Dr. Ehrenberg mechte sie neben der zentralen (Bundes-) Empfehlungsvereinbarung zum Bestandteil des Gesetzes. Trotzdem ist der alte und wohl auch neue Bundesarbeitsminister mit dem bisherigen Verlauf der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen unzufrieden. Krankenkassen und Kassenärztliche Bun-

desvereinigung hatten sich jedesmal bereits vor der Sitzung der Konzertierten Aktion über die Empfehlung zur Veränderung der Gesamtvergütung (RVO-Kassen) oder einen neuen Honorarvertrag (EKK) geeinigt, so daß das 60 Mann starke Gremium den Ergebnissen jedesmal nur zustimmen konnte. Kurz vor der Bundestagswahl drohte das Bundesarbeitsministerium, es sei nicht mehr bereit, die bisherige Verfahrensweise zu tolerieren und lediglich als „Notar“ der von den Bundesverbänden zuvor erarbeiteten Vereinbarungen zu fungieren.

Das BMA verkündete laut, es wolle die bisherigen Honorarempfehlungen der Konzertierten Aktion verbindlich machen. Die Konsequenz wäre ein Honorerdiktat und die Beseitigung der Vertragsfreiheit. Auch müsse die Laufzeit der Verträge dem Empfehlungszeitraum der Konzertierten Aktion strikt angepaßt werden (1. Juli bis 30. Juni). Vorher geschlossene Jahresverträge mit dem Vorbehalt, bei einer abweichenden Empfehlung der Konzertierten Aktion noch im laufenden Jahr Korrekturen vorzunehmen, würden vom Ministerium abgelehnt.

Der Vorsitzende des Hartmannbundes hat diese Absichten des BMA zutreffend folgendermaßen charakterisiert: „Aus der Konzertierten Aktion würde – wenn diese Forderungen Realität würden – die konzertierte Administration. Aus der Empfehlung würde ein Diktat, aus der ärztlichen Selbstverwaltung die verwaltete Ärzteschaft ... Die zentralisierte Administration ist die demokratische Form der Diktatur... Wie würden wohl die Gewerkschaften reagieren, wenn der Wirtschaftsminister ein Direktionsrecht für sich beanspruchen würde, das die Tarifautonomie ad absurdum führen müßte“ (Bourmer). Es gäbe keine Vertragsfreiheit mehr, die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen wäre nur noch eine Farce.

Arzneimittel

Die Bestimmungen des KVKG zur Arzneimittelverordnung gefährden die Therapiefreiheit. Die Konzertierte Aktion hat einen sogenannten *Arzneimittelhöchstbetrag* festzulegen, bei dessen Überschreitung zusätzlich zum alten Regreßverfahren gezielte Einzelprüfungen vorzuneh-

men sind. Diese rechtlich bedenkliche Bestimmung wurde von den Vertragspartnern kaum angewendet, auch nicht, als 1978/79 der vereinbarte Arzneimittelhöchstbetrag teilweise überschritten wurde.

In einem Rechtsstaat kann man nach meiner Rechtsauffassung einen Arzneiregriß (Schadensersatz) nur fordern, wenn dem einzelnen Kassenarzt eine unwirtschaftliche Verordnungsweise nachgewiesen worden ist. Außerdem hat nach dem KVKG der Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen *neue Arzneimittelrichtlinien* zu erlassen und in diesen die Arznei- und Heilmittel so „zusammenzustellen, daß dem Arzt ein Preisvergleich und die Auswahltherapie gerechter Verordnungsmengen ermöglicht wird“. Bezüglich der Heilmittelrichtlinien befindet sich der Bundesausschuß noch in den Geburtswehen. Die *Preisvergleichsliste* (oranger Umschlag) ist erschienen, die letzte Ausgabe vom April 1980 enthält ca. 60 Monopräparate, geordnet nach Wirkstoffen.

Der Bundesausschuß soll außerdem in Richtlinien beschließen, welche Arzneimittel, die „bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen“ (sogenannte *Negativliste*). Ihr Schicksal ist bekannt. Die durch eine Zufallsmehrheit der Krankenkassen im Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen verabschiedete „Negativliste“ wurde vom Bundesarbeitsminister nicht angenommen und an den Bundesausschuß zurückverwiesen. Er dürfte bei diesem Auftrag aus medizinischen und rechtlichen Gründen schlicht überfordert sein.

Diese Gesetzesvorschrift über die Negativliste ist geeignet, das Vertrauensverhältnis Patient-Arzt nachhaltig zu stören und ist meines Erachtens undurchführbar, solange keine Definition der Begriffe „geringfügige Gesundheitsstörung“ (das weiß man erst im Verlauf oder nach einer Erkrankung) und „besondere Voraussetzungen“ gegeben wird, wozu alle zugezogenen Sachverständigen und der Bundesarbeitsminister nicht in der Lage waren. Inzwischen scheint das BMA eingesehen zu haben, daß den Bemühungen, durch Listen die Kosten der Arzneiverordnungen in der ge-

Wenn das Gedächtnis Hilfe braucht...



Esberidin®

Anwendungsgebiete: **Psychische Symptome:** insbesondere Konzentrations- und Gedächtnisstörungen; Emotionale Störungen in Form von Ängstlichkeit, Unsicherheit, Unruhe und Reizbarkeit. **Neurologische Symptome:** Störungen von Motorik und Sprache, Folgezustände von Apoplexie, Schädel-Hirn-Trauma. **Angiopathien:** wie hypertensive Retinopathie, vaskuläre Störungen im HNO-Bereich und in der Ophthalmologie. **Funktionelle Störungen:** wie Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrgeräusche. Stoffwechselstörungen und Kreislaufinsuffizienz des Gehirns. **Zusammensetzung:** Esberidin® (Vincamin Depot) enthält pro Dragee 20 mg Vincamin-Hydrochlorid.

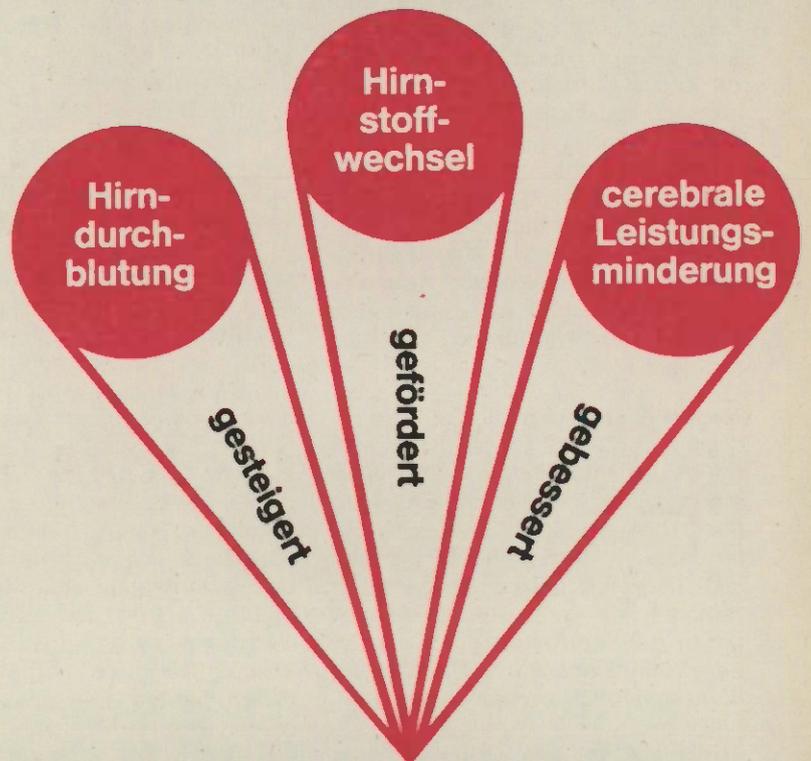
Verträglichkeit: Oral gegebenes Vincamin hat sich als sehr gut verträglich erwiesen, vereinzelte Fälle von Magen-Darm-Beschwerden verliefen leicht.

Kontraindikationen: Bei intrakraniellen Drucksteigerungen infolge von Gehirntumoren oder anderen raumfordernden Prozessen ist Esberidin® nicht anzuwenden. Vorsorglich sollte auch eine Einnahme während der Schwangerschaft unterbleiben, obwohl bisher teratogene Schädigungen nicht bekannt geworden sind.

Dosierung: 2 x täglich ein Esberidin®-Dragee; zu Beginn der Behandlung ggf. 3 x 1 Dragee Esberidin®.

Packungen und Preise: 30 Dragees DM 34,45; 60 Dragees DM 61,90; Anstaltspackungen 300 u. 600 Dragees.

Stand: Juni 1980



bei cerebralen Durchblutungs- und Stoffwechselstörungen

**Schaper & Brümmer**
Salzgitter-Ringelheim
Naturstoff-Forschung und -Therapie

setzlichen Krankenversicherung zu dämpfen, kein Erfolg beschieden war. Vor der Bundestagswahl hörte man von einer Positivliste und der Gründung eines Arzneimittelinstituts auf gesetzlicher Basis, das dem Kassenarzt pharmakologische Transparenz und Preisvergleichsmöglichkeiten geben sollte.

Nach der Wahl wurde der Ton des BMA gemäßigt. Das Arzneimittelinstitut soll nun von den Vertragspartnern auf Bundesebene errichtet und getragen werden.

Das Bundesgesundheitsamt allerdings arbeitet an seiner *Transparenzliste* weiter trotz einiger widersprechender Gerichtsentscheidungen. Bisher sind lediglich zwei Präparategruppen – Herzglykoside und Antiarrhythmika – bearbeitet worden.

Wirksamer ist es, vermeidbare Kosten vor ihrer Entstehung zu verhindern – das geht auch anders:

Die KV Bayerns übersendet jedem Arzt – in Zusammenarbeit mit den RVO-Kassen und dem Rechenzentrum der Apotheker – gleichzeitig mit der Honorarabrechnung eine Übersicht über seine Verordnungs-kosten im Vergleich zur Fachgruppe. Diese Mitteilung soll den Kassenarzt, der die Kosten der Summe seiner Verordnungen kaum selbst feststellen kann, rechtzeitig informieren und vor unerwarteten Regreßanträgen schützen. Eine ähnliche Übersicht über Arbeitsunfähigkeits-Fälle und -Zeiten, Krankenhauseinweisungen und verordnete physikalische Therapie wird in Kürze folgen.

Auch die KBV und die Bundesverbände der RVO-Kassen sind sich über eine solche Arzneimittelinformation einig; lediglich die EKK sind dazu (bisher) nicht bereit. Sie befürchten – unbegründet, wie die statistischen Erfahrungen in Bayern zeigen – ein Ansteigen der Arzneikosten bei den Ärzten, die bisher im Vergleich zu ihrer Fachgruppe unterdurchschnittlich verordnet haben.

Schließlich hat das KVKG auf dem Arzneimittelsektor statt der früher prozentualen Selbstbeteiligung der Stammversicherten an den Arzneimittelkosten auch für Rentner eine Rezeptgebühr von 1,- DM pro Arzneimittel festgelegt. In Härtefällen kann die Krankenkasse von dieser

Selbstbeteiligung befreien. Von dieser Möglichkeit wurde sehr wenig Gebrauch gemacht.

Trotzdem sind die Verordnungs-kosten für Rentner deutlich höher angestiegen – 1979 um ca. zehn Prozent – als in der allgemeinen Versicherung. Da sich diese Regelung (Zuzahlung einer DM pro Mittel) nicht bewährt hat, ist eine Erhöhung und eventuelle Staffelung dieses Selbstbehalts je nach Pakungsgrößen in fixen DM-Beträgen im Gespräch. Meines Erachtens sollte man wieder zu einer prozentualen Selbstbeteiligung mit einer Obergrenze zurückkehren, von der ebenfalls eine Befreiung in Härtefällen möglich wäre.

Medizinisch-technische Leistungen

Durch das KVKG wurde ein neuer § 368 n 8 in die RVO eingeführt:

„Die KVen haben darauf hinzuwirken, daß medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. Die KVen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt.“

Von dieser Formulierung des KVKG versprechen sich die Verbände und Angehörigen großer Laborgemeinschaften anscheinend eine rechtliche Absicherung dieser Gemeinschaften und gleichzeitig eine Beibehaltung der bisherigen Laborhonorare. Meines Erachtens ist dies eine Verkennung der Absichten des Gesetzgebers und der Krankenkassen. Für „bezogene“ Leistungen dürfte es in absehbarer Zeit kein „Honorar“ mehr geben, sondern höchstens etwas mehr als reinen Unkostenersatz. Die laufenden Veröffentlichungen der Laborgemeinschaften aus Werbungsgründen, wie kostengünstig, ja spottbillig sie arbeiten, hat die Krankenkassen alarmiert. (Der Leiter einer Laborgemeinschaft in Augsburg warb erst jüngst um Teilnehmer mit einem Angebot von 1,- DM pro Parameter bei einem bisher in der Gebührenordnung ausgewiesenen Honorar von DM 10,- bis 12,- für die meisten rationalisierungsfähigen Leistungen). Der BdO hat vorgeschla-

gen, nur die erste Leistung der klinischen Chemie im Quartal (nicht aus einer Blutentnahme) nach der Gebührenordnung zu honorieren, jede weitere Laboruntersuchung im Kalendervierteljahr um je 10 Prozent abzusenken und ab der sechsten Leistung nur mehr 50 Prozent der Sätze der Gebührenordnung zu bezahlen. Außerdem wollen die Krankenkassen fast jede Änderung, Modernisierung und Ergänzung des gemeinsamen Bewertungsmaßstabes sowie eine lineare Erhöhung der Einzelleistung von einer drastischen Senkung der Laborgebühren abhängig machen. Die KVen konnten diese Forderungen bisher nur durch Akzeptieren einer Pauschalvergütung für Laborleistungen abwenden.

Seit dem 1. Juli 1977 sind die *Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse RVO paritätisch* zu besetzen, bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des jährlich wechselnden Vorsitzenden den Ausschlag (Stichentscheid). Damit kann eine Mehrheit medizinischer Laien ein Jahr lang entscheiden, ob die ärztliche Behandlung und Verordnung wirtschaftlich ist und dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht.

In Bayern, und wie ich glaube auch in anderen Bundesländern, haben die Krankenkassen, von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, aus politischer Klugheit von diesem ihrem neuen Recht und Machtzuwachs zurückhaltend und vernünftig Gebrauch gemacht. Ob dies immer so bleibt, wird abzuwarten sein.

Das KVKG hat auch die *vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung* durch das Krankenhaus als Institution auf „Überweisung“ eines Kassenarztes sanktioniert und eine *Frist vor dem Verzicht* auf die Kassenzulassung festgelegt.

Die *Ersatzkrankenkassen (EKK)* wurden bezüglich der gemeinsamen Honorarempfehlung, des Arzneimittelhöchstbetrages, des einheitlichen Bewertungsmaßstabes und anderer Bestimmungen in des Kassenarztrecht (der RVO-Kassen) einbezogen. Die ausschließliche vertragsärztliche Tätigkeit für EKK ist für ab 1. Juli 1977 zugelassene Kassenärzte nicht mehr möglich. Ob diese rechtlich unklare Bestimmung auch die älteren Kassenärzte betrifft, wird durch die Sozialgerichte demnächst geklärt werden.

Die vom BMA angestrebte vollständige Gleichschaltung der Ersatzkrankenkassen ist bisher nicht gelungen, wird aber weiter verfolgt.

Weltere nicht oder nicht voll durchgesetzte bzw. nicht praktikable Bestimmungen des KVKG

Über die Einbindung der EKK, die Negativliste und den Arzneimittelhöchstbetrag habe ich schon berichtet. Das KVKG wollte außerdem die KV verpflichten, die Versorgung von Personen, denen *freie Heilfürsorge* zusteht (Angehörige der Bundeswehr – einschließlich Musterung –, der Polizei, des Grenzschutzes), zu den Rechtsvorschriften und Gebühren der OKK sicherzustellen, eine Forderung, der nach unserer Auffassung gravierende rechtliche Bedenken entgegenstehen. Deshalb haben die KV von Bayern und Nordrhein, sowie freie Ärzteverbände und einige persönlich betroffene Ärzte, Feststellungsklage beim Sozialgericht erhoben, das Verfassungswidrigkeit feststellte und deshalb die Streitsache dem Bundesverfassungsgericht vorgelegt hat. Ebenso könnte der Gesetzgeber morgen alle Beamten den RVO-Ver sicherten gleichsetzen.

Ich führte oben aus, daß das KVKG an die Grenze des Erträglichen reicht. Jeder Kassenarzt hat aber die Auswirkungen des Gesetzes bereits deutlich gespürt. Die angestrebte vollständige Plafondierung des Arzthonorars wurde zwar nicht erreicht, aber eine Deckelung der Laborleistungen ist erfolgt. Im Jahre 1980 trat erstmals eine Minderung des kassenärztlichen Realeinkommens ein. Die verwirrende Vielzahl der Arzneimittellisten und der Arzneimittelhöchstbetrag hat die Kassenärzte verunsichert.

Die KV, der viele zusätzliche Bürokratie aufgelastet wurde, verlor wesentliche Teile ihrer Selbstverwaltungsrechte

– beim Abschluß von Gesamtverträgen mit den Vertragspartnern; hier spricht die Konzertierte Aktion mit;

– in der Honorar- und Verordnungsprüfung; in den betreffenden Ausschüssen haben die Krankenkassen zeitweise die Mehrheit der Stimmen.

Die völlige Gleichschaltung der Krankenkassen ist zwar noch nicht gelungen. Durch die verordneten

Finanzausgleiche haben aber alle Krankenkassen auch Teile ihres Budgetrechtes und ihrer Finanzhoheit eingebüßt.

Wenn ich die bisherigen Auswirkungen des KVKG zusammenfassend beurteile, sind seine Folgen gerade noch an der Grenze des Erträglichen, also nicht ganz so einschneidend, wie zunächst erwartet wurde. Das hat seinen Grund darin,

– daß das Gesetz mit „heißer Nadel genäht“ wurde und die Hektik der Textierung sozialistischer Vorstellungen juristisch eindeutige Formulierungen manchmal verhindert,

– daß das KVKG völlig neue Begriffe in die RVO einführt, deren Interpretation schwierig und durch die Rechtsprechung noch nicht gesichert ist (deshalb sind verschiedene Auslegungen einzelner Bestimmungen und Begriffe möglich),

– weil manche Originaltexte des Entwurfs und die im Vermittlungsausschuß gefundenen Kompromißformulierungen in gewissem Widerspruch zu alten, übernommenen Gesetzestexten der RVO stehen und

– weil manche am grünen Tisch gefundenen Vorstellungen einfach nicht praktikabel sind.

Die Tendenzen von SPD und DGB – niedergelegt in den Beschlüssen ihrer Organe und dem erst vor kurzem erschienenen Buch des Bundeserbeitsministers und seiner Staatssekretärin „Sozialstaat und Freiheit“ – haben teilweise ihren Niederschlag im KVKG gefunden. Diese Tendenzen sind:

– Aushöhlung der Selbstverwaltung der Ärzte durch staatliches Honorardiktat, Einschränkung der Therapiefreiheit und weitere Auflagen

– Beseitigung der Finanzhoheit und des Budgetrechtes der Krankenkassen durch Verschiebung von Finanzmitteln zwischen den einzelnen Krankenkassen und den Zweigen der Sozialversicherung (Kranken-, Renten-, Arbeitslosenversicherung)

– Institutionalisierung der ambulanten Behandlung in Polikliniken, Krankenhäusern, Medizinisch-Technischen Zentren und Ambulatorien – Zentralisierung und Syndikalisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit Drittparität

– Strukturnivellierung durch Einheitsbeiträge, Beitragsausgleich und

MAGNESIOCARD

zur
gezielten Behandlung
von Risikofaktoren
bei coronaren
Gefäßkrankheiten
und
Infarktgefährdung



Therapeutisches
Prinzip:

Streßabschirmung
Calcium-Antagonismus
Lipidsenkung



Zusammensetzung

1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i. m. zu 5 ml	
enthalten:	
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	614,8 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (60,78 mg)	
5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:	
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	1229,6 mg
Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg)	
1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:	
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	737,6 mg
Magnesium-Gehalt: 6 mval (72,94 mg)	

Anwendungsgebiete

Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Herzkrankheiten. Bei Magnesium-Mangelzuständen, z. B. infolge Fastenkuren, Hypercholesterinaemie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe.

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anuria.

MAGNESIOCARD® Ampullen i. m. und i. v. sollen nicht angewandt werden bei AV-Block, Myasthenia gravis. Die Injektion von MAGNESIOCARD® bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

Nebenwirkungen

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Handelsformen und Preise

Kapseln			
50 Kapseln	DM 19,55	100 Kapseln	DM 35,20
Lackierte Tabletten			
50 Tabletten	DM 19,20	100 Tabletten	DM 34,40
Granulat zum Trinken			
20 Beutel	DM 13,35	50 Beutel	DM 29,75
Ampullen			
2 Ampullen i. m.	DM 3,85	5 Amp. i. m.	DM 8,60
3 Ampullen i. v.	DM 6,85	10 Amp. i. v.	DM 20,45

Verla-Pharm
Tutzing/Obb.

Umverteilung mit dem Ziel der Einheitsversicherung

– völlige Einbindung der Sozialversicherung in den Bereich staatlicher Aufgaben

Diese Pläne werden, wenn ihnen Erfolg beschieden sein sollte, zu einer Aufblähung der Bürokratie und der Kosten führen, die Leistungen der GKV aber verschlechtern.

Das KVKG ist nach *Minister Ehrenberg* „der richtige Einstieg“ und nach meiner Auffassung nur eine Etappe auf dem projektierten Marsch in „einnehmerorientierte“ oder richtiger völlig „einnahmegebundene“ Ausgabenpolitik der Krankenkassen und in die staatlich gelenkte Einheitsversicherung. Auch die geplante Pflegezwangsversicherung bahnt den Weg in diese Richtung.

Dr. Hanna Neumeister (MdB - CDU) führte 1978 vor Medizinstudenten aus: „Beunruhigend aber ist, daß in allen Gesetzen, die sich mit der Novellierung der Sozialgesetzgebung befassen, diese (sozialistischen) Vorschläge zwar in etwas gemilderter Form auftreten, im Laufe der Beratungen teilweise entschärft werden können, aber letztendlich rudimentär erhalten bleiben und noch und nach fast unmerklich zu einer Systemveränderung führen.“

Ich habe bereits erwähnt, daß kurz vor der Bundestagswahl aus dem BMA harte, drohende Töne laut wurden. Man drohte mit einem KVKG II (oder Strukturverbesserungs- bzw. Rechtsangleichungsgesetz), das angeblich fertig in den Schubladen des Ministeriums liegt und damit, Beschlüsse der SPD in Gesetzesreform zu gießen.

Dagegen richtete sich eine Anfrage von *D. J. Cronenberg* (MdB - F.D.P.) an die Bundesregierung, die lautet:

„Treffen Presseberichte zu, nach denen der Bundesarbeitsminister beabsichtigt:

1. Die Autonomie der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen einzuziehen,

2. im Widerspruch zu den Eckwertbeschlüssen der Bundesregierung von 1975 und dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 ein Arzneimittel-Institut zu gründen,

3. kassenertenübergreifende Finanzausgleichsverfahren einzuführen,

4. die Ersatzkassen in das für die Pflichtkassen geltende Kassensatzrecht einzubeziehen,

5. die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung mit einer zwangsweisen Pflegeversicherung (voraussichtliche Beitragserhöhung: rd. 3 Prozentpunkte) zu belasten?

Dazu erklärte *Cronenberg* heute (1. Oktober 1980) in Bonn:

Sollte der Bundesarbeitsminister tatsächlich solche Pläne verfolgen, so werden diese genauso wie eine Arbeitsmarktsteuer für die Selbständigen auf den Widerstand der F.D.P. treffen. Jeder Versuch, unser freiheitliches Gesundheitswesen durch Dirigismus euzuhöhlen, hat mit uns freien Demokraten keine Chance.“

Das sind deutliche und mutige Worte. Zwar ist die F.D.P. gestärkt aus den Bundestagswahlen hervorgegangen. Hat sie aber zusammen mit der Mehrheit der CDU/CSU-regierten Länder im Bundesrat die Kraft, die Pläne der SPD zu verhindern?

Die nach der Bundestagswahl bekanntgewordene Antwort von Abteilungsleiter *Holler* (BMA) auf die Anfrage und Aussage der F.D.P. versucht abzuwehren und zu beschönigen; im Kern bleiben aber die alten Aussagen erhalten:

– Die Befugnisse der Konzertierten Aktion sollen in keiner Weise erweitert werden (wobei die Auffassungen des BMA und der KBV über die derzeitige Kompetenz der Konzertierten Aktion anscheinend auseinandergehen).

– Der „kassenübergreifende Finanzausgleich“ soll gesetzlich verankert werden (eine Forderung des BdO, die die bayerischen RVO-Kassen einschließlich des LdO entschieden abgelehnt haben).

– Die Ersatzkassen sollen beitrags-, leistungs- und vertragsrechtlich den RVO-Kassen gleichgestellt werden (also volle Gleichschaltung).

– Anstelle der gescheiterten Negativliste soll ein noch zu errichtendes Arzneimittelinstitut, getragen von Ärzten und Krankenkassen, eine Positivliste erarbeiten (andere Arzneimittel dürfen zu Lasten der gesetz-

lichen Krankenversicherung dann nicht verordnet werden).

– Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen durch eine Pflegepflichtversicherung erweitert werden (voraussichtliche Folge: Zur „Kostendämpfung“ eine Beitragserhöhung in der GKV um 20 Prozent, an der dann sicher wieder die „Leistungserbringer“ schuld sind).

Noch mehr verschleiert die Antwort von *Staatssekretär Buschfort* die Absichten des BMA. Er spricht im wesentlichen nur von Bewährung und Weiterentwicklung des KVKG.

Die Koalitionsverhandlungen scheinen sich in keinem Punkt einschließlich der Wirtschaftspolitik so schwierig zu gestalten wie in der Sozialpolitik. Ein SPD-Experte erklärte am 28. Oktober 1980: „In keinem Bereich sind wir so weit auseinander.“ Zur Beantwortung der Frage, inwieweit sozialistisches Gedankengut in Gesetzesform gegossen wird, wird man die Regierungserklärung und letztlich die Gesetzgebung des 9. Deutschen Bundestages abwarten müssen. „Grausamkeiten“ begeht man ja im allgemeinen zu Beginn einer Legislaturperiode.

Der bisherige Gesetzestext über die Konzertierte Aktion erlaubt in gewissem Umfang noch die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten. Diesen noch verbliebenen Freiraum hat die KVB genützt. Aber nur, weil die bayerischen Krankenkassen und das aufsichtsführende bayerische Ministerium für richtungsweisende Weiterentwicklungen aufgeschlossen waren, war es möglich, den „Beyernvertrag“ abzuschließen und zu verlängern. Der Bundesarbeitsminister hat bekanntlich gegen diesen Vertrag beim bayerischen Arbeitsminister protestiert und eine kühle und sachliche Zurückweisung erhalten. Allein diese Tatsache scheint mir zu beweisen, daß wir in Bayern auf dem richtigen Weg sind. Solange uns dieser Freiraum erhalten bleibt, werden wir in Bayern mit Zustimmung unseres Aufsichtsministeriums und Hilfe unserer Vertragspartner die eingeschlagene Vertragspolitik fortsetzen.

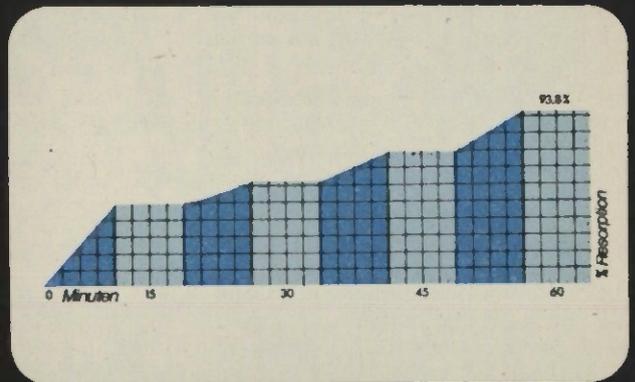
Anschrift des Verfassers:

Dr. med. *F. Kolb*, Bucherstraße 11, 8500 Nürnberg

Verlässliche Anxiolyse – Vorteilhafte Pharmakokinetik

Wyeth Tavor[®]

Schnelle Resorption



sofortige und maximale Anxiolyse

Wyeth

Zusammensetzung: 1 Tablette Tavor 1,0 enthält 1 mg Lorazepam, 1 Tablette Tavor 2,5 enthält 2,5 mg Lorazepam. **Anwendungsgebiete:** Tavor ist therapeutisch bei den meisten Zuständen, bei denen Angst eine wichtige Rolle spielt, wirksam: Angst als komplizierender Faktor bei organischen Erkrankungen; Emotional bedingte Störungen wie z. B. Magen-Darm-Störungen oder Schlafstörungen; Psychoneurosen wie Angstneurosen, Zwangneurosen, Phobien; Angstzustände bei Depressionen und Schizophrenien; Sedierung vor diagnostischen und operativen Eingriffen. **Gegenanzeigen:** Myasthenia gravis. Anwendung in der Schwangerschaft nur bei strenger Indikationsstellung. **Nebenwirkungen:** In den ersten Behandlungstagen oder bei nicht angepasster, zu hoher Dosierung können Müdigkeit, Benommenheit und Schwindel auftreten, die im weiteren Verlauf der Behandlung oder, wenn notwendig, bei Herabsetzen der Dosis meist verschwinden. Weitere Nebenwirkungen, die gelegentlich festgestellt wurden, sind leichte Übelkeit, Mundtrockenheit, Appetit- und Gewichtsveränderungen. Bei hohen Dosen sind infolge des muskelrelaxierenden Effektes Gangunsicherheit, ataktische Erscheinungen, Doppelbilder und Artikulationsstörungen möglich. **Wechselwirkungen:** Zwischen Tavor und anderen zentraldämpfenden Pharmaka (z. B. Analgetika, Schlafmittel, Psychopharmaka) ist eine wechselseitige Wirkungsverstärkung möglich. **Besondere Hinweise:** Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. Bei einem Psychopharmakon dieses Typs ist es nicht völlig auszuschließen, daß längere und hochdosierte Anwendung bei entsprechend disponierten und zu Mißbrauch neigenden Patienten zu einer gewissen Abhängigkeit führen kann. **Packungsgrößen und Preise:** Tavor 1,0 O. P. 20 Tabletten DM 7,25, Tabletten zu 1 mg O. P. 50 Tabletten DM 17,02, A. P. 500 Tabletten; Tavor 2,5 O. P. 20 Tabletten DM 13,41, Tabletten zu 2,5 mg O. P. 50 Tabletten DM 31,78, A. P. 500 Tabletten. Alle Tabletten sind mit einer Teilungsrille versehen.

WYETH-PHARMA GMBH · POSTFACH 8808 · 4400 MÜNSTER

TAV PK 1A 80 GER

Zur Frühdiagnose maligner Tumoren: Paraneoplastische Syndrome – Tumorteste

von K. Possinger, R. Hartenstein und H. Ehrhert

Aus der Medizinischen Klinik III der Universität München – Klinikum Großhadern – (Direktor: Professor Dr. med. W. Wilmanns) und der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung Neuherberg (Abteilungsvorstand: Professor Dr. med. W. Wilmanns)

(Schluß)

Paraneoplastische Syndrome mit ektoper Hormonproduktion

Bereits seit mehreren Jahrzehnten ist die Koinzidenz von malignen Tumoren und endokrinen Überfunktionszuständen bekannt. So beschrieb 1928 Brown erstmals das Auftreten eines Cushing-Syndroms mit Nebennierenrindenhyperplasie bei einem Patienten mit Bronchialkarzinom. Erst Jahrzehnte später gelang es Liddle und Christy, diese paraneoplastischen endokrinen Veränderungen als Phänomene einer ektopten Hormonproduktion zu sichern. Selbstverständlich muß bei jedem Tumortumoren differentialdiagnostisch abgeklärt werden, ob die Geschwulst ursächlich für die endokrine Störung verantwortlich ist, oder ob ein zufälliges Zusammentreffen mit einer endokrinen Erkrankung mit orthotoper Hormonüberproduktion vorliegt. Nach Thomas (1974) müssen für die Diagnose eines paraneoplastischen endokrinen Syndroms folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Nachweis eines hohen Hormonspiegels im Blut ohne Tagesrhythmik
2. Nachweis einer hohen Hormonkonzentration im Tumorgewebe
3. Nachweis einer arterio-venösen Hormonspiegeldifferenz zwischen den den Tumor versorgenden Blutgefäßen

4. Reversibilität der endokrinen Symptomatik nach operativer Tumorentfernung

5. Nachweis einer hormonalen Wirkung bei Versuchstieren nach Verabreichung des Tumorextraktes

Die wichtigsten endokrinen, paraneoplastischen Syndrome und die sie bedingenden ektopten sezernierten Hormone sind in der Tabelle 6 zusammengestellt.

Paraneoplastisches Cushing-Syndrom

Das paraneoplastische Cushing-Syndrom kann durch die ektopte Produktion von adrenocorticotropem Hormon (ACTH) oder corticotropin-releasing factor (CRF) hervorgerufen werden. Häufig tritt gleichzeitig eine vermehrte Produktion von Melanozyten-stimulierendem Hormon (Alpha- oder Beta-MSH) auf. Nach Untersuchungen von Pfothner (1967) sind 5,7 Prozent aller Cushing-Syndrome paraneoplastisch bedingt. Als zugrunde liegende Tumoren finden sich überwiegend Bronchialkarzinome, Thymome und Pankreaskarzinome. Auch endokrine Organe, wie Schilddrüse und Nebennierenmark, können Ausgangspunkt paraneoplastischer ACTH-Bildung sein (Spark, 1979).

Während das klinische Bild des Morbus Cushing durch Vollmondgesicht, Stammfettsucht, Stiernacken, Diabe-

tes mellitus, Hypertonus, Osteoporose, Striae rubrae und Hirsutismus gekennzeichnet ist, fehlen diese typischen Symptome trotz Nebennierenrindenhyperplasie und stark erhöhter Cortisolproduktion bei über 50 Prozent der paraneoplastischen Cushing-Syndrome. Als Grund hierfür wird der rasche, tumorbedingte Krankheitsverlauf angegeben (Engelhardt, 1977). Leitsymptome des paraneoplastischen Cushing-Syndroms sind hypokalämische Alkalose, Ödeme, Hochdruck, Hyperpigmentierung und Muskelschwäche. Das Ausmaß der hypokalämischen Alkalose korreliert mit der Höhe des Plasma-Cortisolspiegels. Die Abgrenzung des paraneoplastisch bedingten vom hypophysär-hypothalamisch bedingten Cushing-Syndrom ist nach Liddle (1969) durch folgende Untersuchungen möglich: Beim paraneoplastischen Cushing-Syndrom findet sich immer ein stark erhöhter Plasma-Cortisolspiegel, der keine Tagesrhythmik zeigt. Ebenso ist meist die 17-OH-Corticosteroidausscheidung nach Gabe von 8 mg Dexamethason über drei Tage nicht beeinträchtigt. In der Regel schwindet nach Tumorentfernung die Symptomatik des paraneoplastischen Cushing-Syndroms. Die vermehrte Hautpigmentierung bleibt allerdings bestehen. Ist eine kurative Tumorbehandlung nicht möglich und kann die schwere hypokalämische Alkalose durch Gabe von Kalium und Aldosteronantagonisten nicht beseitigt werden, so kann entweder eine totale Adrenaektomie beidseits oder ein medikamentöser Therapieversuch mit Aminoglutethimid oder o,pDDD ins Auge gefaßt werden (Gordon, 1968; Bergenstal, 1960).

Das Auftreten des paraneoplastisch bedingten Cushing-Syndroms geht meist mit der Diagnose des zugrunde liegenden Tumors einher. Gelegentlich kann es allerdings der Tumormanifestation um Monate oder Jahre vorausgehen (Reichel, 1964). Der Befund einer hypokalämischen Alkalose bei gleichzeitiger Muskelschwäche sollte dementsprechend als wichtiges Signalsymptom gewertet werden und eine intensive Tumorsuche nachsichziehen.

Paraneoplastische Syndrome mit Gynäkomastie, Galaktorrhöe oder Pubertas praecox

Gynäkomastie, Galaktorrhöe oder Pubertas praecox können Zeichen

Paraneoplastisches Syndrom	Ektopt produziert Hormon
Cushing-Syndrom	ACTH/MSH, CRF
Gynäkomastie, Galaktorrhöe	HCG, FSH, LH, HCS, Prolactin
Pubertas praecox	
Osteoerthropathie	STH, vasoaktive Gewebshormone (?)
Schwartz-Bertrter-Syndrom	ADH
Hyperkalzämie	Parathormon, Prostaglandine, Vitamin D-artige Substanzen (?)

Tabelle 6

einer ektope Sekretion von Gonadotropinen (HCG), von follikelstimulierendem Hormon (FSH), von luteinisierendem Hormon (LH), von human chorionic somatomammotropin (HCS) oder von Prolactin sein. Auslösend sind überwiegend anaplastische Bronchialkarzinome oder Lebertumoren (Kosenow, 1967; Castillo, 1941; Weintraub, 1971; Turlington, 1971; Rosen, 1968).

Das seltene Krankheitsbild des „hepatogenitalen Syndroms“ führt bei Kindern zu einer Pubertas praecox, einhergehend mit überdurchschnittlicher Körpergröße, Stimmbruchzeichen und Penisvergrößerung. Ursächlich sind hierfür Lebertumoren mit vermehrter HCG-Produktion verantwortlich (Kosenow, 1967).

Als Frühsymptom eines anaplastischen Bronchialkarzinoms kann das Auftreten einer beidseitigen, meist schmerzhaften Gynäkomastie, gelegentlich begleitet von einer Galaktorrhöe, gewertet werden (Castillo, 1941). Ausgelöst werden diese Veränderungen durch eine ektope Produktion von HCG, FSH, LH, HCS oder Prolactin. Bei Frauen können Periodenstörungen und das Auftreten einer Galaktorrhöe richtungweisend sein. Selbstverständlich müssen vor der Diagnose einer paraneoplastischen Gynäkomastie sämtliche anderen Entstehungsmöglichkeiten, wie z. B. Adenohypophysentumoren, Testestumoren, Hypogonadismus, feminisierende Nebennierentumoren, Urämie, chronische Dialyse und Einnahme von Desoxycorticosteron, Spironolacton, Digitalis, Alpha-methyl-DOPA, Amphetamin, Reserpin oder Chlorpromacin, ausgeschlossen werden.

Paraneoplastische Osteoarthropathie

Die hypertrophe Osteoarthropathie (Pierre-Marie-Bamberger-Syndrom) tritt neben chronisch entzündlichen Lungenaffektionen insbesondere bei peripheren Lungentumoren oder Pleuramesotheliomen auf. Ihre Genese ist weitgehend ungeklärt. In einigen Fällen konnte eine ektope STH-Produktion nachgewiesen werden. Offenbar wird allerdings die Mehrzahl der Fälle durch die Freisetzung vasoaktiver Gewebshormone bedingt (Steiner, 1968). Die hypertrophe Osteoarthropathie stellt ein ausgesprochenes Frühsymptom bei malignen Prozessen dar (Wichert,

1967). Die klinischen Zeichen, wie Trommelschlegelfinger, schmerzhafte Gelenkschwellungen, Weichteilverdickung der Akren, Knochenschmerzen und periphere therapieresistente Ödeme, können der klinischen Tumormanifestation um Monate oder Jahre vorausgehen. Die operative Tumorentfernung führt in der Regel zur völligen Rückbildung der hypertrophen, osteoarthropathischen Veränderungen (Sparagana, 1971).

Schwartz-Bartter-Syndrom (ektope Adiuretin-Produktion)

Die ektope (inadäquate) Adiuretinsekretion findet sich als paraneoplastisches Syndrom insbesondere bei Lungentumoren, Pankreaskarzinomen und Melanomen. Nicht paraneoplastisch-bedingt tritt sie auf bei verschiedenen Lungenkrankheiten (z. B. Tuberkulose), Schädigungen des Zentralnervensystems (Meningitis, Enzephalitis, Hirnabszeß, Hirntumor, akute intermittierende Porphyrurie) und nach Verabreichung von Medikamenten (Vincristin, Sulfonylharnstoff, Clofibrat, Morphine und Barbiturate). Die klinische Symptomatik der inadäquaten ADH-Sekretion wird gekennzeichnet durch Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, zunehmende Desorientierung, Auftreten bulbärparalytischer Symptome und Krämpfe. Auslösend ist eine ADH-bedingte Wasserintoxikation mit Hyponatriämie, Hypoosmolalität des Serums (unter 270 mosmol/l), Hyperosmolalität des Urins (über 700 mosmol/l) und vermehrter Natriurie bei normaler Nieren- und Nebennierenfunktion. Die trotz Hyponatriämie verstärkte Natriurie wird durch eine vermehrte Filtration und verminderte Aldosteronsekretion bei erhöhtem Plasmavolumen bewirkt. Das ektope ADH-Syndrom tritt meist erst nach Tumormetastasierung auf und ist mit einer infausten Prognose verbunden. Ist die klinische Symptomatik durch die operative Entfernung des Tumors nicht zu beeinflussen, so ist ein Behandlungsversuch mit Lithium oder Demeclocyclin durchzuführen (Castell, 1965; Singer, 1973; Troyer, 1977; Forrest, 1978). Selbstverständlich kann auch eine drastische Flüssigkeitskarenz eine Normalisierung des Natriumspiegels und des Plasmavolumens herbeiführen, doch sollte wegen des dadurch induzierten quälenden Durstes bei den ohnehin schon schwerkranken

Zum Thema:

Arzt und Unfall

Gerade in jungen und mittleren Jahren ist der Unfall die häufigste Ursache von Tod und Invalidität.

Vor seinen materiellen Folgen schützt besonders umfassend die progressive Unfallvorsorge der «Winterthur». Sie bedeutet wesentlich erhöhte Leistungen bei mittlerer und schwerer Invalidität. Also dann, wenn finanzielle Hilfe am wichtigsten ist.

Zahlreichen Unfallgefahren sind auch die Ehefrau und die Kinder des Arztes ausgesetzt. Ihnen bietet die «Winterthur» ebenfalls günstigen Unfallversicherungsschutz. In der Kinder-Unfallversicherung läuft beim Tode des Versicherungsnehmers die Versicherung für die Kinder ohne Beitragszahlung weiter. Der Beitrag ist gering und außerdem von der Steuer abzusetzen. Ein Grund mehr, sich ausführlich zu informieren. Auch über das übrige Versicherungsprogramm der «Winterthur», das besonders auf die Bedürfnisse des Arztes abgestellt ist und umfassenden Schutz aus einer Hand bietet.

Ich wünsche unverbindliche Auskunft über:

- progressive Unfallvorsorge
- andere Versicherungssparten

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Bitte ausschneiden und einsenden an:

winterthur
versicherungen

Abteilung Ärzteversicherung
Leopoldstraße 34-38, 8 München 40
Telefon (089) 38 36-1

Patienten die medikamentöse Therapie bevorzugt werden.

Paraneoplastische Hyperkalzämie

Paraneoplastische Hyperkalzämien finden sich insbesondere bei Lungen-, Nieren-, Ovar- und Pankreastumoren. Sie sind abzugrenzen von Hyperkalzämien anderer Genese, wie z. B. bei Knochenmetastasierung, primärem oder tertiärem Hyperparathyreoidismus, Plasmozytom, Hyperthyreose, Sarkoidose, Vitamin D-Intoxikation, Milch-Alkali-Syndrom oder Morbus Addison. Die Hyperkalzämiesymptomatik ist gekennzeichnet durch renale, gastrointestinale, kardiale, neurologische und psychische Veränderungen. So finden sich als wesentliche Symptome Polyurie, Polydipsie, Exsikkose, Erbrechen, Darmatonie, QT-Zeit-Verkürzung im EKG, Adynamie, Hyporeflexie und in ausgeprägteren Fällen schließlich Gedächtnisstörungen, Verwirrtheit und Koma (Engelhardt, 1978). Ursächlich können drei Faktoren eine paraneoplastische Hyperkalzämie bewirken:

- Eine vermehrte Produktion von Vitamin D-artigen (?) Substanzen,
- eine vermehrte Inkretion von Prostaglandinen und
- eine ektope Parathormonsekretion.

Während die vermehrte Prostaglandininkretion durch eine gehäuft auftretende hypochlorämische Alkalose und durch ihr Ansprechen auf Indomethazin- und Acetylsalicylsäure-Verabreichung gekennzeichnet ist, sprechen für die ektope Parathormonsekretion erniedrigte Phosphatwerte im Serum, verminderte tubuläre Phosphatreabsorptionswerte und ein erhöhtes Chlorid/Phosphatverhältnis im Serum. Röntgenologisch finden sich die typischen Zeichen des Hyperparathyreoidismus mit Akroosteolysen, Zystenbildungen und subperlostaler Knochenresorption. Die Beckenkammbiopsie zeigt eine gesteigerte Osteoblastentätigkeit.

An therapeutischen Maßnahmen zur Beseitigung der paraneoplastischen Hyperkalzämie stehen neben der Entfernung des endokrin aktiven Tumors insbesondere rasch wirk-same medikamentöse Maßnahmen im Vordergrund: zunächst muß versucht werden, durch reichliche Flüssig-

sigkeitszufuhr (ca. 6 l 0,9 % NaCl und 5 % Glukose im Wechsel/24 h) die bestehende Exsikkose zu beseitigen und durch die vermehrte Diurese die Kalziumausscheidung zu erhöhen. Zusätzlich kann Furosemid in einer Dosierung von maximal 10 bis 20 mg/h verabreicht werden. Sinkt unter diesen Maßnahmen der Plasmakalziumspiegel nicht ab, so kann zur Verminderung der Kalziumresorption aus dem Darm viermal 50 mg Prednisolon/24 h gegeben werden. Die effektivste Maßnahme besteht derzeit in der unter Umständen mehrfach notwendigen Verabreichung von 15 bis 25 µg/kg Mithramycin® in einer vier- bis sechsstündigen Infusion. Der Abfall des Kalziumspiegels tritt meist innerhalb der ersten 24 Stunden ein. Die i. v.-Gabe von Phosphatpuffern sollte wegen der schweren extraossären Verkalkung nur bei therapierefraktären Fällen durchgeführt werden (Ziegler, 1973; Senn, 1978; Seyberth, 1978).

Seltene paraneoplastische Syndrome

Das paraneoplastische Karzinoid-syndrom tritt überwiegend bei Bronchial- und Pankreaskarzinomen auf (Löwe, 1974). Klinisch finden sich die Symptome wie beim Dünndarmkarzinoid mit Flush, Zyanose, Teleangiektasien, Koliken, Diarrhöe und Asthma bronchiale. Im Urin sind hohe 5-Hydroxytryptamin- und 5-Hydroxytryptophanspiegel nachweisbar.

Das paraneoplastisch bedingte Zollinger-Ellison-Syndrom (ZES) ist durch die ektope Gastrinproduktion gekennzeichnet. Klinisch stehen wässrige Durchfälle, therapierefraktäre Ulzera und die vermehrte Se-

ekretion eines hyperaziden Magensaftes im Vordergrund. Law beschrieb 1965 dieses extrem seltene Krankheitsbild bei einem Patienten mit gleichzeitiger Sekretion von ektope ACTH und MSH.

Die Frage der Pathogenese der endokrinen paraneoplastischen Syndrome ist noch nicht sicher geklärt. Die sogenannte Derepressionstheorie beinhaltet die Annahme, daß die ektope Hormonsekretion in Tumorzellen auf Derepression von in jeder Zelle vorhandenem, genetischen Informationsmaterial beruht (Waldenström, 1970). Die Derepression scheint besonders häufig bei sogenannten APUD-Zellen (amine precursor uptake and decarboxylation) aufzutreten. Diese Zellen besitzen eine gemeinsame neuroektodermale Herkunft und wandern während der Ontogenese in die Schleimhaut des Verdauungstraktes und die endokrinen Drüsen. Lips (1978) stellte die Hypothese auf, daß Tumoren mit ektope Hormonproduktion zunächst ein Prohormon bilden, aus dem sie dann durch spezifische Enzymsysteme einzelne Peptidhormone abspalten.

Die Kenntnis der neurologischen, dermatologischen, hämatologischen und endokrinen Paraneoplasien bietet die Möglichkeit der Früherkennung von malignen Tumoren. Es kann so die Prognose von Tumorpatienten deutlich verbessert werden.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. K. Possinger, Privatdozent
Dr. med. R. Hartenstein und Professor
Dr. med. H. Ehrhart, Marchioninstraße 15,
8000 München 70

Band 53 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

„Der Reaktorunfall“

kann über die Schriftleitung des BAYERISCHEN ÄRZTEBLATTES, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 5,- in Briefmarken als Schutzgebühr angefordert werden.

– Die Kassenärzte in Bayern werden diesen Band über ihre Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhalten –

Aktuelle Fragen der Arzneimitteltherapie in der Praxis

64. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. G. Röhrborn, Düsseldorf:

Pharmakogenetische Grundlagen unerwünschter Arzneimittelwirkungen

Wenn man ein Medikament eineiigen Zwillingen, deren Erbgut identisch ist, und zweieiigen Zwillingen, deren Erbgut nur zur Hälfte identisch ist, gibt, so wird die Halbwertszeit der Plasmakonzentration, die eine Aussage über den Medikamentenmetabolismus macht, bei den eineiigen Zwillingen identischer sein als bei den zweieiigen. Allein dies läßt darauf schließen, daß es genetisch determinierte Unterschiede gegenüber Pharmaka gibt. Diese genetischen Unterschiede können einem einfachen Erbgang folgen oder einem sogenannten multifaktoriellen, an dem viele Gene beteiligt sind.

Einige Beispiele sollen diese Problematik erläutern.

Pseudocholinesterase-Polymorphismus

1940 wurden erstmals zwei verschiedene Cholinesterasen im Blut beschrieben — die Cholinesterase der Erythrozyten und die Pseudocholinesterase des Serums. Nur von der letzteren wird im folgenden gesprochen. Von der Serumcholinesterase gibt es mehrere genetische Varianten, die für deren Träger ohne Medikamentenexposition unwichtig sind. Erst nach Einführung des Succenylcholin kam es zu Narkosezwischenfällen mit zum Teil erheblich verlängerter Apnoedauer. Die Ursache für diese Narkosezwischenfälle ist, daß Patienten mit bestimmten Pseudocholinesterasevarianten Succenylcholin nicht genügend abbauen können. Aufgrund bestimmter Hemmstoffe lassen sich *in vitro* atypische Homozygote von normalen abtrennen. Studien der letzten Jahre haben gezeigt, daß mehr als 30 Prozent der Patienten mit verlängerter Apnoedauer nach Succenylgabe keine genetisch determinierte Cholinesterasevariante besitzen. Als Ursache dafür kommen nicht erkannte Lebererkrankungen oder auch bisher un-

bekannte genetische Varianten in Betracht, von denen zwei neue von Götte und Mitarbeitern, Hamburg, beschrieben wurden.

Was ist nun wichtig für die Praxis? Nach Möglichkeit sollten alle Menschen nach Pseudocholinesterasevarianten untersucht werden, was jedoch an der zu geringen Kapazität und dem zu großen Aufwand scheitert. Aus diesem Grund muß eine genaue Familienanamnese im Hinblick auf Narkosezwischenfälle durchgeführt und so niedrig wie möglich dosiert werden. Kommt es aber zum Narkosezwischenfall, so muß man das von den Behring-Werken entwickelte Pseudocholinesterase-Präparat verwenden, um die Apnoedauer zu verkürzen.

Ein anderes Beispiel ist der IHN-Polymorphismus, der heute als N-Acetyl-Transferase-Polymorphismus bezeichnet wird. Hierbei gibt es zwei Varianten: einmal kommt es zu einer schnelleren und zum anderen zu einer verzögerten Azetylierung, aus der einmal eine verminderte Wirksamkeit und bei der anderen Form eine Kumulation und damit Intoxikation resultieren kann.

Es gibt einige Patienten, die Spartein nicht metabolisieren können, wodurch höhere Serumspiegel entstehen, die dann zu Diplopie, Schwindel und Nausea führen können. Genauere Untersuchungen zeigten dann, daß auch hier ein genetischer Defekt vorliegt.

Neben diesen aufgeführten Beispielen wurden in den letzten Jahren zahlreiche ähnliche genetisch fixierte Defekte im Stoffwechsel von Arzneimitteln gefunden.

Ein besonderes Problem ist die mögliche Auslösung von Mutationen durch Arzneimittel. Treten Mutationen in Keimzellen auf, so kommt es in hohem Maße zu Fehlgeburten, und man schätzt heute, daß 50 Prozent aller Spontanaborte auf Chromosomenaberrationen beruhen. Kommt es zu keinem Abort, so treten in sechs von 100 Fällen

Mißbildungen auf, die wir heute durch die vorgeburtliche Diagnostik nachweisen können. Aber nicht jede Chromosomenaberration ist so gravierend wie die Trisomie 21. Die Genmutationen führen zu Anomalien mit männlichem Erbgang und in somatischen Zellen lösen sie Tumoren aus, eine Tatsache, die noch sehr wenig bekannt ist, obwohl die Mutationsgenese des Krebses doch als primäre Ursache zunehmend anerkannt wird.

Professor Dr. K. Greeff, Düsseldorf:

Pharmakologische Grundlagen der Arzneimittelinteraktionen

Unter Arzneimittelinteraktionen verstehen wir die wechselseitige Beeinflussung zweier oder mehrerer Arzneimittel im Sinne einer Verstärkung oder Abschwächung ihrer Wirkung. Diese Interaktion kann sich auf die Hauptwirkung eines Arzneimittels oder auf eine unerwünschte Nebenwirkung beziehen.

Arzneimittelinteraktionen lassen sich mit einigen Ausnahmen in zwei Kategorien unterteilen und zwar in pharmakodynamische und pharmakokinetische Interaktionen.

Pharmakodynamische Interaktionen betreffen die unmittelbare Wirkung der Arzneimittel an einzelnen Organen oder Organsystemen. Sie erfolgen an Arzneirezeptoren oder sind funktionell bedingt. Unter Arzneimittelrezeptoren verstehen wir bestimmte Reaktionsstellen innerhalb des Organismus oder an den betreffenden Organen, die die Wirkung der Arzneimittel vermitteln. Die Struktur dieser Rezeptoren ist meist unbekannt. Es handelt sich vielfach um Reaktionsstellen an Zellmembranen oder subzellulären Strukturen. Man kann einen Rezeptor im Sinne der Definition von Paul Ehrlich betrachten als ein Schloß, in das ein Arzneimittel wie ein Schlüssel paßt (Beispiele: Sympathomimetika, Sympatholytika, Histamin, Antihistaminika, Curare u. a.). Um funktionelle Interaktionen handelt es sich, wenn die Wechselwirkung nicht am gleichen Rezeptor stattfindet, sondern über verschiedene Mechanismen ein Antagonismus oder Synergismus zustande kommt (Beispiele: Adrenalin und Acetylcholin).

Unter Pharmakokinetik verstehen wir das Schicksal eines Arzneimit-

tels im Organismus von seiner Aufnahme bis zu seiner Elimination. Auf diesem Wege können an verschiedenen Stellen Wechselwirkungen auftreten:

1. Die enterale Resorption kann verzögert sein. Auch die Füllung des Magens kann für die Wirkung eines Arzneimittels wichtig sein, da bei verzögerter Magenentleerung, z. B. durch Medikamentenwirkung bei Pylorospasmus oder auch bei gleichzeitiger Nahrungsaufnahme Arzneimittel im Magen zerstört werden können oder verzögert resorbiert werden. Eine Beschleunigung der Darmassage bei Durchfällen führt nachweislich zu einer Abnahme der enteralen Resorption. Eine Chelat- oder Komplexbildung im Magen-Darm-Kanal kann die Resorption von Arzneimitteln reduzieren oder verhindern. Bekannt ist die Chelatbildung von Tetracyclin mit Calcium, Magnesium oder Aluminium. Auch Malabsorption und Durchblutungsstörungen können die Resorption beeinflussen.

2. Leberpassage und enterohepatischer Kreislauf sind von Bedeutung, da die Leber als Entgiftungsorgan Arzneimittel inaktivieren kann. Hochdifferenzierte Enzymsysteme führen zu einer Umwandlung der Arzneimittel, womit meist eine Steigerung der Hydrophilie verbunden ist, wodurch sie entweder sofort durch die Galle in den Darm ausgeschieden werden oder aus dem Blutkreislauf über die Niere eliminiert werden können. Für die Inaktivierung von Arzneimitteln in der Leber spielt auch die Leberdurchblutung eine wichtige Rolle.

3. Als Beispiel für die Verdrängung von Arzneimitteln aus der Bindung an Plasmaproteine soll hier die Interaktion von Phenylbutazon mit Cumarinderivaten oder Tolbutamid genannt werden. Phenylbutazon wird zu 99 Prozent an die Bluteiweißkörper gebunden. Auch die Cumarinderivate und Tolbutamid haben eine hohe Affinität zu den Bluteiweißkörpern. Wird nun z. B. während einer Therapie mit Dicumarol gleichzeitig Phenylbutazon verabreicht, so kann es zu einer akuten Freisetzung dieses Cumarinderivates kommen mit einer erhöhten Blutungsgefahr; entsprechendes gilt für das Tolbutamid, das zu einer akuten Hypoglykämie führen kann.

4. Die vielleicht wichtigsten und bisher noch schwer übersehbaren In-

teraktionen erfolgen durch eine Beeinflussung der metabolischen Bio-transformation. So kann es zu einer Steigerung der metabolischen Bio-transformation durch Substanzen kommen, die in der Leber eine Enzyminduktion herbeiführen, wie z. B. Phenylbutazon, Barbiturate, Aethanol u. a.

5. Andererseits kann die metabolische Transformation auch im Sinne einer Interaktion gehemmt werden.

6. Schließlich sind Interaktionen zu erwähnen, die durch Hemmung der renalen Exkretion zustande kommen können.

Aus der verwirrenden Fülle von Arzneimittelinteraktionen sind in der Praxis diese bei solchen Arzneimitteln zu befürchten, mit denen eine Langzeittherapie betrieben wird und bei solchen, deren therapeutische Breite gering ist. Zu den ersteren gehören Antihypertonika, Antidiabetika, Antiepileptika, Antirheumatika, Urikusurika und Antibiotika sowie auch Arzneimittel, mit denen häufig ein Abusus betrieben wird (Hypnotika und Laxantien). Zu den Arzneimitteln mit geringer therapeutischer Breite gehören vor allem Antikoagulantien, Digitalisglykoside und Antiarrhythmika.

Daraus ergibt sich die Konsequenz, die Kombination von Arzneimitteln auf eine notwendige Zahl zu begrenzen und bei der gleichzeitigen Gabe mehrerer Arzneimittel darauf zu achten, ob mit derjenigen Substanz, die primär erforderlich ist, in der gegebenen Dosis nach wie vor ein ausreichender therapeutischer Effekt erzielt wird.

*Professor Dr. H. Schadewaldt,
Düsseldorf:*

Die Nebenwirkungen der Hellmittel aus medizinhistorischer Sicht

Jahrhundertlang war man im gesamten Mittelalter und der beginnenden Neuzeit der festen Überzeugung, daß der sachkundige Fachmann die für die jeweilige Krankheit erforderlichen Arzneimittel und deren Dosierungen sehr wohl kennen würde, und bei Anwendung der schulmedizinischen, d. h. scholastischen und aus der Antike übernommenen galenischen Prinzipien eine Schädigung des Patienten so gut wie ausgeschlossen sei. Man hatte die Warnung der Griechen vor über-

raschenden Arzneimittelleffekten tatsächlich vergessen. Erst die erbitterten Auseinandersetzungen um die Verwendung oder Vermeidung des Antimons in der Therapie – zwischen den beiden berühmten Schulen von Montpellier und Paris in der beginnenden Neuzeit – führten allmählich erneut zu einer Diskussion über Nutzen und eventuelle Nebenwirkungen der zahllosen, in jeder Epoche verwandten Pharmaka. Es war die Bewegung der Aufklärung, die dann nach Jahrhunderten wieder Zweifel an der absoluten Wirksamkeit der zahllosen Arzneimittelkombinationen anmeldete. Eng damit war auch die Frage nach Sicherheit oder Fortschritt in der Medizin verbunden. Um einem sich verbreitenden therapeutischen Skeptizismus, in vielen Fällen auch Nihilismus, entgegenzutreten, bemühte man sich, aus den zahllosen Heilpflanzen Reinsubstanzen zu gewinnen, die mit modernen naturwissenschaftlichen Methoden an Mensch und Tier getestet und auf ihre Wirkung untersucht werden konnten. Es begann die bedeutsame Ära der ersten Reinkalkoide, die man dann am Tierversuch testete. Damals war man noch der Überzeugung, daß es möglich wäre, vom Tierversuch auf die Wirkung am Menschen zu schließen, eine Überzeugung, die wir spätestens seit dem Thalidomid-Unglück nicht mehr voll teilen, so daß sich seither eine neue Disziplin, die klinische Pharmakologie, etabliert hat. Doch auch sie dürfte nicht in der Lage sein, alle Unsicherheiten im Arzneimittelgebrauch auszuschließen. Wie schwer die Beurteilung von Wirkung und Nebenwirkung eines Medikamentes sein kann, zeigt die Auseinandersetzung im vorigen Jahrhundert um die Quecksilbertherapie bei Syphilis. Merkuralisten und Antimerkuralisten standen lange im Streit. Was die einen als Nebenwirkung einer langdauernden exorbitanten Quecksilbertherapie ansahen, betrachteten die anderen, wie sich später herausstellen sollte, zu Recht als eine Folge der damit nicht voll beherrschten Geschlechtskrankheit.

Auch die Digitalistherapie war zunächst hochproblematisch, da die geringe therapeutische Breite bei diesem besonders wirkungsvollen Medikament nicht bekannt war und deshalb zweifelsohne neben vielen erfolgreichen Versuchen auch Todesfälle durch Überdosierung pro-

voziert wurden. Dennoch handelte es sich wohl um eines der wirkungsvollsten Medikamente, von dem noch der berühmte deutsche Internist Bernhard Naunyn sagte: „Ohne Digitalis möchte ich nicht Arzt sein.“ Eben solche Schwierigkeiten mit erwünschten Wirkungen und unerwünschten deletären Nebenwirkungen gab es bei der Einführung des Morphiums, der Sulfonamide oder der Antibiotika. So ist heute neben dem Wunsch, möglichst bald wirkungsvolle Arzneimittel zur Verfügung zu haben, die Notwendigkeit getreten, zur Vermeidung von etwaigen Nebenwirkungen, die den therapeutischen Effekt ganz oder teilweise aufheben könnten, eine längere Beobachtungszeit einzuschalten. Die Besorgnis vor dem Auftreten unerwünschter Neben- oder Nachwirkungen ist einer der Hauptgründe dafür, daß nicht jedes von der Forschung entwickelte Arzneimittel umgehend dem Praktiker zur Verfügung gestellt werden kann. Die Unbefangenheit, mit der man noch am Ende des 19. und in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts mit neuen Arzneimitteln experimentierte, ist einer berechtigten, außerordentlich gründlichen pharmakologischen und klinischen Prüfung gewichen, die eine Latenzzeit zwischen der Gewinnung einer neuen Substanz und ihrer Einführung in den allgemeinen Arzneischatz von vier bis zehn Jahren bedingt. Unsere Zeit hat sich, auch auf dem Gebiet der Medizin, für den Primat der Sicherheit entschieden, sollte sich jedoch der Notwendigkeit des therapeutischen Fortschritts, der stets mit einem gewissen Risiko für Arzt und Patient belastet ist, nicht verschließen.

Die Verwendung neuer wirksamer, aber sicher nicht indifferenten Pharmaka wird nach wie vor dem einzelnen Arzt überlassen bleiben müssen. Hier können staatliche Verordnungen oder Ärztekammerbeschlüsse ebensowenig die ärztliche Initiative ersetzen wie Verlautbarungen ärztlicher Gesellschaften. Stets wird die Entscheidung über die Anwendung eines Pharmakons von der individuellen ärztlichen Entscheidung allein abhängen.

Dr. L. Blumenbach, Berlin:

Probleme bei der Prüfung neuer Arzneimittel (Phase III) in Klinik und Praxis

Die klinische Prüfung (Phase III) ist der Prüfungsabschnitt, an dessen Ende die Zulassung zum Markt beantragt werden kann. In der Sache ist sie eine ausreichend breite therapeutische Anwendung, in der die Ergebnisse der vorangehenden Phase II überprüft, die Indikation und Kontraindikation verfeinert und schließlich auch seltenere unerwünschte Wirkungen gefunden werden sollen. Dazu werden kontrollierte, d. h. vergleichende Studien und meist auch eine unkontrollierte Anwendung an einer größeren Patientenzahl herangezogen. Beteiligt sind in der Regel einige hundert bis einige tausend Patienten, die über eine Zeit hin behandelt werden, die für das jeweilige Medikament sinnvoll erscheint. Diese Prüfung wird in der Regel durch den Hersteller oder ein von ihm beauftragtes, kommerziell arbeitendes Institut geplant. Von dieser Seite wird auch der vom Gesetz geforderte Prüfungsleiter be-

stimmt, der aus vielerlei Gründen in der Zukunft unabhängig sein sollte, da z. B. ein direktes Gespräch zwischen ihm und den Wissenschaftlern des Herstellers eher aufdecken kann, ob sich die Beschäftigung mit dem Mittel überhaupt lohnt, wenn man die vermuteten Vorzüge zu den erkennbaren Risiken in Beziehung setzt.

Entscheidend wichtig ist in jedem Fall ein Studienprotokoll, das dem Kollegen, der eine Teilnahme erwägt, realistische Angaben über die entstehenden Anforderungen macht. Aus diesem Protokoll sollten die Aufnahme- und Schlußkriterien genau hervorgehen. Manchmal wird man sogar verlangen müssen, daß die Diagnose mit einer vorgeschriebenen Methodik erstellt wird. So müßten z. B. Patienten mit der vorläufigen Diagnose „periphere arterielle Durchblutungsstörung“ angiologisch genau überprüft werden, da sich sonst viele ähnliche Beschwerden durch tiefe Varizen oder degenerative Wirbelsäulenveränderungen nicht ausscheiden lassen. Selbstverständlich müssen auch die Erfolgskriterien genau definiert sein. Die nicht vermeidbaren Unterschiede zwischen den einzelnen Patienten werden durch eine zufällige Zuteilung zu den einzelnen Versuchsgruppen bekämpft und dies meist mit ausreichendem Erfolg. Einfach- oder Doppelblindstudien sind nur in solchen Fällen zwingend geboten, wo das Wissen darum, was der Patient tatsächlich bekommt, zu Verfälschungen führen kann. Ein Placebo ist nur vertretbar, wenn eine Scheinbehandlung ärztlich verantwortet werden kann. Unbezweifel ist die gesetzliche Forderung nach

Schnupfen • Husten • Infekte

Sinuselect® gegen Rhinitis, Sinuitis

Indikationen: Sinuitis, Pansinuitis, Rhinitis, Nebenhöhlenentzündungen, Dauerkopfschmerz, Schwindel und Übelkeit, Kiefer- und Stirnhöhlenkatarrhe und bei fieberhaften Infekten.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Cinnabaris D₃ 15 g, Carbo vegetabilis D₃ 10 g, Silicea D₃ 10 g, Mercur solub D₃ 15 g, Hydrastis D₃ 10 g, Kalium bichromic D₃ 15 g, Thuja D₃ 15 g, Calc. sulfuric. D₃ 10 g.
Dosierung: 3–5 mal täglich 10–15 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen.
Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 6,50, 100 ml DM 17,30. Klinikpackungen.

Capval® Depot-Antitussikum

Indikationen: Akute und chronische Atemwegserkrankungen, die hustenreizfördernde Wirkung erzeugen. Reiz-, Krampf- und Keuchhusten, leichtes Asthma bronchiale. Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippeartigen Infekten.
Wirkweise: Keine Sucht – keine Opioidgefahr.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: Saft = 100 ml enthalten: Noscapin 500 mg
Tropfen = 100 ml enthalten: Noscapin hydrochloricum 2,8 g, Compensita ad 100 ml
Drapées = 1 Drople enthält: Noscapin-Flasin entspr. 25 mg Noscapin.
Dosierung: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren:
Saft: 3–4 mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel.
Tropfen: Mehrmals täglich 10–20 Tropfen.
Drapées: Mehrmals täglich 1–2 Drapées.
Dosierungsanleitung für Kinder (3 bis 12 Jahre) und Kleinkinder (ab 3 Monaten) bitte Packungsbeilage entnehmen!
Handelsformen und Preise: Drapées:
Saft: OP ml 100 ml DM 7,85 OP ml 30 Stück DM 5,90
Tropfen: OP ml 100 ml DM 7,85 OP ml 250 Stück DM 41,15
Klinikpackungen.

Toxiselect® zur körpereigenen Abwehr akuter und chronischer Infekte

Indikationen: Erkältungskrankheiten in den verschiedensten Formen, Grippeinfekte, insbesondere bei begleitenden Schleimhautkatarrhen. Bei gynäkologischen und urologischen Befunden. Einige Infektionen jeder Genese, auch zur Prophylaxe bei anfälligen Patienten und bei Rezidiven.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Echinacea purp. v. angust. 9,40 g, Bryonia D₃ 20 g, Apis mellifica D₃ 10 g, Lachesis D₃ 20 g, Sulfur D₃ 10 g.
Dosierung: Am ersten Tag 3–4 mal täglich 20–30 Tropfen, dann 3 mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen.
Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 6,50, 100 ml DM 17,30. Klinikpackungen.



DRELUSO-PHARMAZEUTIKA • 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Reproduzierbar für Österreich: Magister DOKAR Ges. m. b. H. Wollnerstr. 98 A-1190 WIEN

umfassender Aufklärung des Patienten. Dies bedeutet, daß der Patient den vergleichenden Charakter der Studie kennen muß. Außerdem muß er über die maximalen Risiken des gesamten Projektes orientiert werden, d. h. einerseits über das mögliche Ausbleiben eines Behandlungserfolges unter Placebo, andererseits über vielleicht gravierende Nebenwirkungen des Verums. Ob der aufgeklärte oder der nicht aufgeklärte Patient seine Medikamente besser einnimmt, ist eine offene und wahrscheinlich auch nicht generell beantwortbare Frage. Von besonderer Bedeutung bei der klinischen Prüfung ist die Patienten-Compliance, da falsche Medikamenteneinnahme, Nichteinhaltung von Untersuchungsterminen und viele andere Unzulänglichkeiten die Studie erheblich beeinflussen können. Aber auch die Arzt-Compliance ist nicht zu unterschätzen, da z. B. die gewissenhafte Ausfüllung des Fragebogens an Zeitmangel oder vermindertem Interesse scheitern kann, so daß in Einzelfällen erwogen werden sollte, Helferinnen mit dieser Aufgabe zu betrauen. Soweit wie möglich sollten auch die Kriterien für einen denkbaren Abbruch vorher schriftlich fixiert sein. Eine bekannte Schwangerschaft gilt mit wenigen Ausnahmen als Kontraindikation gegen eine klinische Prüfung. Sollte es während der Prüfzeit zu einer Konzeption kommen, sollte das Medikament nicht nur abgesetzt werden, sondern auch der frühest mögliche Konzeptionstermin auf dem Fragebogen angegeben werden, dazu alle gleichzeitig laufenden sonstigen Medikamente. Der Hersteller hat dann die Möglichkeit und natürlich auch die Pflicht, dem Verlauf der Schwangerschaften und ihrem Ergebnis nachzugehen.

Dr. K. H. Kimbel, Köln:

Erfahrungen mit neu eingeführten Arzneimitteln in der Praxis

Ebensowenig wie dem Arzt durch das abgelegte Staatsexamen attestiert wird, daß er zur Ausübung der Heilkunde bis zu seinem Lebensende die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt, kann die amtliche Zulassung eines Arzneimittels weder dessen Bewährung in der Praxis noch dessen endgültige Unbedenklichkeit attestieren. Die Ärzte haben nach der Verabschiedung des ersten

deutschen Arzneimittelgesetzes im Jahre 1976, das diesen Namen überhaupt verdiente, über der Genugtuung, daß es nunmehr eine an internationalen Maßstäben messende Regelung des Arzneimittelverkehrs in der Bundesrepublik gab, fast vergessen, daß mit der vom Gesetz geforderten materiellen Prüfung der Zulassungsunterlagen erst die wissenschaftlichen Minimalvoraussetzungen für die Anwendung eines Arzneimittels am Kranken sichergestellt werden; davon einmal abgesehen, daß der Bundesoberbehörde in nicht wenigen Fällen die Vollmacht für eine Überprüfung fehlt. Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit sind in der Tat Basisforderungen, mit denen wir uns angesichts des in den letzten Jahren erzielten Fortschritts in der Arzneimittelforschung nicht mehr allein zufrieden geben können. Der 13. Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit hat diese Entwicklung offenbar geahnt, als er, politisch wirksam, auch eine Überwachung neuer Arzneimittel nach deren Einführung anregte.

Wirksamkeit

Auf die mögliche therapeutische Potenz eines neuen Wirkstoffs wird zunächst aus der Wirkung im Tierversuch bzw. der ersten klinisch-pharmakologischen Prüfung am Probanden geschlossen; bei antiinfektösen Substanzen, kann das auch die antibakterielle bzw. antivirale Wirkung *in vitro* sein. Die Erarbeitung der optimalen Dosierung, Anwendungsdauer und weiterer, zur Beurteilung des therapeutischen Nutzens notwendiger Kriterien, wie Wirkungsdauer, Tachyphylaxie, Gewöhnung und Resistenzentwicklung, nimmt erfahrungsgemäß so viel Zeit und Mittel in Anspruch, daß eine Bestätigung des therapeutischen Nutzens, insbesondere — wo zutreffend — unter den Bedingungen ambulanter Behandlung vor der Zulassung, oft nicht in ausreichendem Maße möglich ist. Weitere Prüfungen vor der Einführung dienen oft der Absicherung der Akzeptanz und damit der Vermarktbarkeit und leider nicht immer der präzisen Abgrenzung von Indikation und Kontraindikation. Letztere ist auch dadurch erschwert, daß es keine allgemeinen akzeptierten bzw. anerkannten Kriterien für ärztlich vertretbare Indikationen gibt. Die Erarbeitung solcher Kriterien schließt eine grundlegende Auf-

gabe der klinischen Pharmakologie zu sein, auf der sich ihre weiteren Aktivitäten aufbauen müssen. Ein neues Arzneimittel sollte vor seiner Einführung zunächst nur in wenigen wesentlichen Indikationen geprüft und für diese unter dem Vorbehalt der Bestätigung bei breiterer Anwendung zugelassen werden. Es ist verständlich, daß der Hersteller die Früchte seines jahrelangen intellektuellen und finanziellen Engagements recht bald ernten möchte, andererseits versprache ihm ein in den beanspruchten Indikationen sich tatsächlich auf die Dauer bewährendes Präparat mehr Erlös, als ihm ein auf vorübergehendem Enthusiasmus beruhender konjunktureller Erfolg zu bieten vermag. Wer je erlebt hat, mit welcher Verbissenheit bei den Zulassungsverhandlungen um jede einzelne beanspruchte Indikation und deren Formulierung gefeilscht wird, kann den Zulassungsbehörden nur jeden Rückhalt von Seiten ihrer aufsichtführenden Ministerien wünschen. Andererseits kann vor der Zulassung den Ärzten nicht an einer lückenlosen Absicherung der beanspruchten Indikationen gelegen sein, weil sich dadurch die Einführung wertvoller neuer Präparate ungebührlich verzögerte. Diskussionen in anderen Ländern, insbesondere in den Vereinigten Staaten, zeigen, daß durchaus ein Kompromiß zwischen frühzeitiger, bedingter Zulassung eines neuen Arzneimittels und mit systematischer Sammlung von Erfahrungen mit demselben nach der Einführung möglich sein sollte. Dabei muß allerdings mit der verbreiteten Vorstellung aufgeräumt werden, daß die Prüfung eines Arzneimittels nur im Rahmen einer begrenzten experimentellen Versuchsanordnung und nicht therapiebegleitend möglich sei. Da nach der bedingungslosen Einführung eines neuen Arzneimittels bei intensiver Werbung ohnehin nach kurzer Zeit zehntausende von Patienten mit demselben behandelt werden, ist nicht einzusehen, wieso eine systematische Sammlung von Beobachtungen unter dieser Anwendung ethisch nicht vertretbar sein sollte. Im Gegenteil ist dies im besten Interesse des Patienten, der nicht nur im Falle unerwünschter Wirkungen, sondern auch unerfüllter therapeutischer Hoffnungen von unnötigen Risiken bewahrt bzw. eine effizientere Behandlung bekommen kann.

Patienten-Compliance als Teilproblem der Arzneimitteltherapie

Compliance bedeutet wörtlich „Bereitschaft“. Wir verstehen unter Patienten-Compliance jedoch das Ausmaß der Befolgung ärztlicher Verordnungen und Ratschläge im weitesten Sinne des Wortes, wie z. B. Arzneimittelleinnahme, körperliches Training, Wiedererscheinen zur Kontrolluntersuchung, aber auch Nichtrauchen und Vermeiden bestimmter Speisen. Patienten-Compliance muß als Teilproblem der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient angesehen werden. Deshalb kann auch nicht, wie mehrfach vorgeschlagen, das Wort „Zusammenarbeit“ an die Stelle des englischen Wortes „Compliance“ treten. Bevor der Patient beginnen kann, sich den Ratschlägen seines Arztes gegenüber compliant zu verhalten, müssen andere Aktivitäten der Zusammenarbeit vorausgegangen sein, wobei vor allem bei der Anamneseerhebung der Patient nicht nur systematisch abgefragt werden muß, sondern er wird auch ausreichend lange selbst zu Wort kommen. Der Diagnosestellung folgt die Information im Dialog mit dem Patienten über die Krankheit und über die Behandlungsmaßnahmen. Ein besonderes Problem stellt jede Langzeitmedikation dar, wie am Beispiel der Antihypertonika gut gezeigt werden kann. Bei einer Mehrjahresstudie an mehr als 2000 Hypertonikern in Schweden sank der Prozentsatz der aktiven Beteiligung an Therapie und Kontrolle von 94 Prozent im ersten Jahr über 65 Prozent im zweiten bis auf 34 Prozent im dritten Jahr ab. Noch schlechter sieht es mit der Patienten-Compliance bei Diätvorschriften aus: Die Diät zur Gewichtsreduktion bis zu 10 kg ergab eine Zuverlässigkeit von nur 29 Prozent. Wenn das Ziel eine Gewichtsreduktion von ca. 20 kg war, sank die Erfolgsquote auf acht Prozent ab. Etwas günstiger sieht es bei der Diät aus, die die Hämodialyse-Patienten befolgen müssen.

Compliance-verbessernde Maßnahmen sind kein Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck, nämlich zur Erreichung eines Therapiezieles. Vor der Einleitung der Compliance-verbessernden Maßnahmen sollten folgende Fragen gestellt und positiv beantwortet werden:

1. Habe ich die Diagnose richtig gestellt?
2. Ist nachgewiesen, daß die von mir verschriebene Therapie oder die präventiven Maßnahmen mehr nutzen als schaden?
3. Ist der Patient mit der Durchführung von Compliance-verbessernden Methoden einverstanden?

Wie kann man nun die Patienten mit niedriger Compliance herausfinden? Das Fehlen bestimmter pharmakologischer Wirkungen, z. B. Herabsetzung der Herzfrequenz bei Beta-Blockern oder Fragen nach Nebenwirkungen, wie Dunkelfärbung der Faeces bei oraler Einnahme von Eisenpräparaten, kann die Identifizierung der Patienten mit schlechter Compliance ermöglichen. Auch die bei kontrollierten Arzneimittelprüfungen in letzter Zeit häufiger angewendete Methode, die Substanz oder ihre Metaboliten im Blut oder Urin nachzuweisen, kann verwendet werden. Das Pillenzählen ist eine weitere Methode, ist aber abhängig davon, daß der Patient zur Kontrolluntersuchung erscheint, die Arzneimittelbehälter mit den restlichen Pillen mitbringt und ihre Zahl nicht manipuliert wurde. Aber auch dieses Verfahren dürfte unpraktisch sein, wenn man die Bedingungen einer vollen Praxis berücksichtigt. Eine der besten Methoden, unzureichende Compliance festzustellen, dürfte das Gespräch mit dem Patienten sein. Wenn Patienten zugeben, daß sie Compliance-Probleme haben, sagen sie praktisch immer die Wahrheit. Es sind auch diejenigen Patienten, die am ehesten einer Compliance-verbessernden Strategie zugänglich sind. Das Gespräch sollte frei von Abwertung und Bedrohung sein. Es ist geeignet, etwa die Hälfte der Non-compliant-Patienten herauszufinden. Die einleitende Frage könnte z. B. lauten: „Viele Patienten haben Schwierigkeiten, an die Arzneimittelleinnahme zu denken. Haben Sie auch solche Probleme?“

Wenn alle Vorbedingungen für die Einleitung von Compliance-verbessernden Strategien erfüllt sind, sollten diese Schritt für Schritt angewendet werden: erhöhte Aufmerksamkeit und bessere Überwachung können z. B. durch genaue Terminabsprachen erreicht werden, eventuell auch in kürzeren Abständen.

Manchmal wird es möglich sein, eine orale Medikation durch eine langwirkende Injektionsform zu ersetzen. Oft ist es möglich, gleiche Therapieeffekte mit einer einmal-täglich- anstatt zweimal-täglich-Gabe zu erreichen. Wenn darüber hinaus die Einnahme mit einem regelmäßigen, möglichst positiven Ereignis verknüpft werden kann, z. B. mit der ersten morgendlichen Tasse Kaffee, steigen die Aussichten der Einnahmezufuhr. Die Einbeziehung von Familienangehörigen dürfte eine der Maßnahmen zur Verbesserung der Patienten-Compliance sein, die gute Hausärzte seit jeher praktizieren. Sie kennen den Meinungsbildner und den Verlässlichen in der Familie und beschaffen so dem Kranken die nötige moralische Unterstützung, aber auch die Chance, an die Medikamenteneinnahme erinnert zu werden. Bei Diäten dürfte die Hausfrau das entscheidende Element sein.

Professor Dr. E. Gladtko, Köln:

Aktuelle Probleme der Arzneimitteltherapie im Kindesalter

Arzneimittelinteraktion, altersbedingte Änderungen und Dosierungsrichtlinien

Besonders in der Pädiatrie heißt Arzneitherapie neben Auswahl des Mittels Wahl der Dosierung. Die Grundregeln jeder Arzneitherapie gelten selbstverständlich auch für das Kind: die Therapie soll möglichst wirksam und möglichst arm an Nebenwirkungen sein. Diese Maxime sollte besonders beim Kind, beim wachsenden Organismus, beachtet werden.

Auf das große Gebiet der Interaktion, der gegenseitigen Beeinflussung von Arzneimitteln, ist man erst in den letzten Jahrzehnten durch therapeutische Unglücksfälle und unerwartete Arzneinebenwirkungen aufmerksam geworden. Bedeutung hat vor allem die Enzyminduktion. Man versteht unter diesem Begriff eine offenbar unspezifische Reaktion des endoplasmatischen Retikulums der Leberzelle auf eine Reihe von Fremdstoffen, unter denen sich Antikonvulsiva, Hypnotika, Analgetika, Antiphlogistika, Muskelrelaxantien, Steroidhormone, aber auch einige Kanzerogene und Insektizide befinden. Diese Stoffe bewirken eine Vermehrung der glatten Mem-

branen des endoplasmatischen Retikulums. Dies ist verbunden mit einer gesteigerten Aktivität einer Reihe dort lokalisierter Enzyme, die unspezifisch am Abbau von körperfremden Stoffen beteiligt sind durch Oxydation, Demethylierung, Konjugierung und ähnliche Prozesse. Die Enzymvermehrung führt damit zu einem beschleunigten Abbau z. B. auch von Arzneimitteln, aber auch von körpereigenen Substanzen, wie Hormonen, und wohl auch von Vitaminen, wie Vitamin D. Die Wirkung enzyminduzierender Stoffe benötigt bis zum Wirkungseintritt einige Tage, meist etwa drei bis sechs Tage, und die Wirkung ist reversibel. Einige Tage nach Absetzen ist der Effekt nicht mehr nachweisbar, die Induktion hat sich zurückgebildet. Die praktische Bedeutung liegt in der schnelleren Metabolisierung von Arzneimitteln, die infolgedessen schneller eliminiert werden. Bei Kindern, die mit Antikonvulsiva behandelt werden, kann durch eine Beschleunigung des Vitamin D-Metabolismus ein echter Vitaminmangel entstehen. Vitamin D-Gaben sind dann bei diesen Kindern in erheblich höherer Dosierung als üblich zur begleitenden Therapie notwendig. Selbstverständlich können Antikonvulsiva sich auch gegenseitig beeinflussen, so daß z. B. die Elimination eines Antikonvulsivums durch ein anderes verzögert wird. Bekannt ist, daß Sedativa und Antikonvulsiva die Elimination von Cumarinderivaten beschleunigen können, auch die Wirkung von Antikonzeptiva kann beeinflußt werden.

Für den Pädiater wäre eine Beschleunigung der Konjugation des Bilirubins mit Glukonsäure von Bedeutung, und damit eine raschere Ausscheidung durch Enzyminduktion bei einem drohenden Ikterus neonatorum von großem Interesse. Da die Hyperbilirubinämie aber am dritten bis fünften Lebenstag einen Wert erreichen kann, der therapeutische Konsequenzen erfordert, der Eintritt einer enzyminduzierenden Wirkung erst einige Tage nach Therapiebeginn zu registrieren ist, führt dieser Weg kaum zum Erfolg. Austauschtransfusion und Blaulichtgabe sind bessere Alternativen, auch wenn sie ebenfalls Nebenwirkungen haben.

Chelat- und Komplexbildung ist ein wesentlicher Faktor der Arzneimittelwechselwirkung. Adsorbentien, Antazida, Ionenaustauscher und eine

Reihe anderer Stoffe, wie vor allem Magnesium-, Aluminium-, Kalzium- und Eisensalze, aber auch Tierkohle oder andere reine Adsorbentien, können die Resorption zahlreicher enteral verabreichter Arzneimittel hemmen oder verhindern. Eine Enteritis ist z. B. entweder mit Adsorbentien, oder aber mit Antibiotika zu behandeln. Die Gabe beider Arzneimittel zusammen kann zu iatrogen bedingten Mißerfolgen führen, wie am Beispiel der wechselseitigen Beeinflussung von Kaolin-Pektin und Lincomycin gezeigt werden konnte.

Altersabhängigkeit pharmakokinetischer Parameter

Die enterale Resorption ist altersabhängig und verläuft bei Neugeborenen und jungen Säuglingen meßbar langsamer. Wenn die Vollständigkeit der enteralen Resorption einer Substanz im Neugeborenenalter überprüft werden soll, darf zur Beurteilung nicht allein die maximal erreichte Konzentration und der Zeitpunkt des Maximums herangezogen werden. Auskunft darüber kann nur der Flächenvergleich unter den Konzentrationszeitkurven nach intravenöser oder oraler Gabe der zu prüfenden Substanz geben. Muß aus therapeutischen Gründen die maximale oder eine hohe Konzentration recht bald nach Therapiebeginn erreicht werden, und ist eine hohe Konzentration von Bedeutung, so sollte bei Neugeborenen und bei jungen Säuglingen die Therapie parenteral eingeleitet werden.

Die Eliminationsgeschwindigkeit ist bei fast allen bisher untersuchten Stoffen beim jungen Säugling gegenüber älteren Kindern deutlich verlangsamt, die Eliminationshalbwertszeit kann für einige Substanzen bis auf das Sechsfache verlängert sein. Die langsamere Elimination kann zur Kumulation führen, wenn man Dosierung und Dosierungsintervall wie beim älteren Kind wählt. Um derartigen Gefahren auszuweichen, kann man z. B. Arzneimittel mit einer großen therapeutischen Breite bevorzugt einsetzen, also z. B. in der Chemotherapie Penicillinderivaten den Vorzug geben, oder man kann bei einem Arzneimittel mit geringer therapeutischer Breite das Dosierungsintervall verlängern. Es ist üblich, in den ersten zwei bis drei Lebenswochen das Dosierungsintervall zu verdoppeln, in den nächsten zwei bis drei Wochen auf das Eineinhalbfache auszudehnen.

Für die Therapie ist weiterhin die Altersabhängigkeit der Größe der Flüssigkeitsräume von Bedeutung. Beim Neugeborenen beträgt der extrazelluläre Flüssigkeitsraum etwa 40 Prozent des Körpergewichts, das Gesamtkörperwasser 75 Prozent, bei älteren Kindern beansprucht der extrazelluläre Flüssigkeitsraum etwa nur noch 20 Prozent des Körpergewichts, das Gesamtkörperwasser 60 Prozent. Da nun der extrazelluläre Flüssigkeitsraum für die Mehrzahl der Arzneimittel das Verteilungsvolumen darstellt oder als wesentlicher Bestandteil in den Verteilungsraum einbezogen wird, ergibt sich ohne weiteres, daß zur Einstellung einer gleichen Konzentration im Verteilungskompartiment in diesen Fällen die Dosis pro Kilogramm Körpergewicht etwa doppelt so hoch sein muß wie beim älteren Kind. Erst mit etwa einem Jahr gleichen sich die Werte langsam an.

Für die Dosierung eines Arzneimittels, das sich vorwiegend im extrazellulären Flüssigkeitsvolumen verteilt, ergeben sich aus den Relationen der Größe der Flüssigkeitsräume grobe Orientierungswerte. Danach beträgt die Dosis für ein zwei Monate altes Kind $\frac{1}{6}$ der Erwachsenendosis, mit sechs Monaten $\frac{1}{5}$, mit einem Jahr $\frac{1}{4}$, mit drei Jahren $\frac{1}{3}$, mit sieben Jahren die Hälfte, mit zwölf Jahren $\frac{2}{3}$ der Erwachsenendosis. Bei diesen Dosierungsempfehlungen sind allerdings von dem Mittelwert gleich alter Kinder abweichende Größenverhältnisse zu berücksichtigen. Für die Langzeittherapie ergibt sich aus der verlängerten Eliminationshalbwertszeit, daß entweder das Dosierungsintervall zu verlängern, oder die Erhaltungsdosis zu verkleinern ist, denn die Elimination erfolgt ja deutlich verzögert. Leider ist die individuelle Streuung der Werte recht groß, so daß bei der Notwendigkeit der Einstellung exakter Spiegel die Konzentration doch überprüft werden sollte.

Privatdozent Dr. H. R. Ochs, Bonn:

Arzneimitteldosierung im höheren Alter

In allen westlichen Industrienationen wird aufgrund einer abnehmenden Geburtenrate und einer längeren Überlebenszeit der Anteil der älteren Mitmenschen in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Zur Zeit sind bei uns etwa zehn Prozent der Be-

völkerung älter als 65 Jahre, jedoch werden 30 Prozent aller Arzneimittel von dieser Personengruppe eingenommen. Bei der Behandlung älterer Patienten mit Arzneimitteln wird häufig übersehen, daß Dosierungsrichtlinien aus verständlichen Gründen an jungen Versuchspersonen erarbeitet werden und daher notgedrungen die Physiologie des Alterungsprozesses bei der Therapie häufig unberücksichtigt bleibt. Erst in jüngster Zeit wandte man sich in verstärktem Maße den Problemen der Arzneimitteltherapie im Alter zu, die hier an einigen Beispielen verdeutlicht werden sollen.

1. Digoxin

Mit zunehmendem Alter nimmt die Nierenfunktion physiologischerweise ab; da die Muskelmasse des Organismus durch den Alterungsprozeß geringer wird, kann der Serum-Kreatininspiegel bei älteren Patienten trotz erheblicher Nierenfunktionseinschränkung noch normal sein. Bei der Analyse der Serum-Digoxinspiegel zeigte sich dann, daß aufgrund dieser Einschränkung des Glomerulumfiltrates bei den ältesten Patienten die Glykosidkonzentrationen unter der gleichen Dosis von 0,4 mg Beta-Acetyldigoxin am höchsten lagen. Der Anstieg der mittleren Spiegel von 0,8 ng/ml bei den 50- bis 60jährigen um ca. 75 Prozent auf 1,4 ng/ml ist deshalb von klinischer Bedeutung, da Digoxin – wie alle Herzglykoside – nur eine äußerst geringe therapeutische Breite aufweist. Für die tägliche Praxis ergibt sich daraus, daß bei älteren Menschen auch bei einem normalen Serum-Kreatininwert Digoxin besonders vorsichtig dosiert werden muß, wenn man Intoxikationserscheinungen vermeiden möchte. Als Alternative böte sich das Glykosid Digitoxin an, das unabhängig von der Nierenfunktion eliminiert wird.

2. Chinidin

Ähnliche Verhältnisse wie beim Digoxin findet man bei dem Antiarrhythmikum Chinidin. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß Chinidin nur zu etwa 30 Prozent renal eliminiert wird. Bei älteren Patienten ist die renale und totale Clearance im Vergleich zu jüngeren Probanden vermindert. Da der Alterungsprozeß das Verteilungsvolumen nicht beeinflußt, resultiert eine signifikant verlängerte Eliminationshalbwertszeit. Bei gleicher Dosierung sind daher

bei älteren Patienten höhere Steady-state-Spiegel zu erwarten als bei jüngeren Erkrankten.

3. Benzodiazepine

Die Benzodiazepine gehören zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln. Ein Teil der Benzodiazepine (z. B. Diazepam, Prazepam, Clobazam) werden zunächst demethyliert – also oxydiert – und anschließend konjugiert; andere, wie z. B. Oxazepam und Lorazepam, werden nur glukuronisiert. Dabei ist zu beachten, daß die Demethylierungsprodukte ebenfalls pharmakologisch aktiv sind. Untersuchungen zur altersabhängigen Kinetik von Diazepam haben gezeigt, daß mit zunehmendem Alter die Diazepam-Clearance abnimmt und die Eliminationshalbwertszeit verlängert wird. Auch die Kinetik des Desmethyldiazepam wird durch den Alterungsprozeß wesentlich beeinflußt. Nach vorläufigen Ergebnissen dürften ähnliche Verhältnisse beim Clobazam vorliegen; auch bei diesem Benzodiazepin ist die Elimination des Clobazam und Desmethyldiazepam bei älteren Patienten im Vergleich zu jüngeren verlangsamt. Bekanntlich sind die Benzodiazepine zu 98 Prozent an Eiweiß gebunden. Andererseits ist bekannt, daß mit zunehmendem Alter die Plasmaalbuminkonzentration und somit der Umfang der Eiweißbindung abnimmt. Bei Substanzen mit hoher Eiweißbindung sollte diese Tatsache immer berücksichtigt werden. Bei einer Diazepam-Studie fand man eine signifikante Abnahme der Serum-Albuminkonzentration mit entsprechender Zunahme des freien, nicht an Eiweiß gebundenen pharmakologisch aktiven Diazepam-Anteils. Deshalb sollte bei kinetischen Studien von Arzneimitteln, die in hohem Umfange eiweißgebunden sind, das Ausmaß der Proteinbindung berücksichtigt werden. Anders dagegen das kinetische Verhalten des Oxazepam, das glukuronisiert wird. Dieser metabolische Schritt scheint durch den Alterungsprozeß nicht beeinflußt zu werden: für dieses Benzodiazepin konnte man keine Verlängerung der Eliminationshalbwertszeit im höheren Alter feststellen. Für die Praxis ergibt sich als Schlußfolgerung, daß prinzipiell bei älteren Patienten wegen der vielfältigen Alterungsprozesse, wie z. B. die Abnahme der Serum-Albuminkonzentration, der Nierenfunktion, der Aktivität einiger arzneimittelabbauender Enzyme, des Körperwas-

sers, der Muskelmasse bei gleichzeitiger Zunahme des Fettgewebes, mit einem anderen kinetischen Verhalten von Arzneimitteln gerechnet werden muß als bei jungen Vergleichspersonen. Andererseits gibt es selbst innerhalb derselben Arzneimittelgruppe, wie z. B. den Benzodiazepinen, Substanzen, die altersunabhängig metabolisiert werden.

Professor Dr. K. E. Wirth, Düsseldorf:

Arzneimittelinteraktionen bei Anwendung herzwirksamer Glykoside

Werden Digitalisglykoside zusammen mit anderen Medikamenten verabreicht, so kann die Pharmakokinetik der Glykoside, d. h. ihre Resorption, Plasmaeiweißbindung, Verteilung, Bindung an den Rezeptor, Biotransformation und Elimination, verändert werden. Es kann aber auch ohne Beeinflussung der Glykosidkinetik zu einer rein pharmakodynamischen Interaktion am Herzmuskel kommen.

Die Resorption von Digoxin aus dem Magendarmtrakt kann durch das Universalabsorbens Aktivkohle, wenn dies unmittelbar nach Glykosidgabe eingenommen wird, fast vollständig verhindert werden. Auch die Anionenaustauscherharze Cholestyramin und Colestipol können die Resorption von Digoxin und Digitoxin über eine unspezifische Bindung einschränken, wobei dies vor allem beim Digitoxin eine Rolle zu spielen scheint, wahrscheinlich wegen des bei dieser Substanz im Vergleich zu den anderen Herzglykosiden stärker ausgeprägtem enterohepatischen Kreislaufes. Dies kann auch bei Glykosidintoxikationen ausgenutzt werden, wobei die Eliminationshalbwertszeit des Digitoxins durch Colestipolgabe von 9,3 auf 2,8 Tage zu reduzieren ist. Auch Neomycin und Paraminsalicylsäure schränken die Resorption von Digoxin ein, wahrscheinlich durch eine Schädigung der Darmmukosa. Schließlich kann auch durch eine Beeinflussung der Darmmotilität die Resorption der Herzglykoside beeinflußt werden. Die Bioverfügbarkeit von Digoxintabletten kann bei einer Zunahme der Magen-Darmmotilität durch Metoclopramid reduziert und bei einer Herabsetzung der Motilität durch das parasympatholytisch wirksame Propanthelin (Bestandteil des Tensilan®) erhöht werden.

Die Verteilung eines Digitalisglykosids kann durch eine Änderung der

Organ- bzw. Gewebisdurchblutung beeinflusst werden, so wie dies z. B. bei einer schweren Herzinsuffizienz mit Abnahme der Plasma-Clearance bzw. des zentralen Verteilungsvolumens des betreffenden Glykosids möglich ist.

Die *Plasmaeiweißbindung*, fast ausschließlich an die Albumine, hat für Digoxin mit einer Bindung von ca. 95 Prozent eine erhebliche Bedeutung. Alle anderen Glykoside werden zu einem wesentlich geringeren Anteil an die Plasmaproteine gebunden, so daß bei ihnen klinisch relevante Interaktionen mit anderen Substanzen kaum eine wesentliche Rolle spielen dürften.

Interaktionen von Digitalisglykosiden mit anderen Substanzen am mutmaßlichen Herzglykosidrezeptor, der membranständigen $\text{Na}^+\text{-K}^+$ -stimulierbaren ATPase, sind nach unseren derzeitigen Erkenntnissen vor allem mit Phenytoin und mit Kalium möglich. Durch Digitalisglykoside wird die enzymatische Aktivität der Na^+ , K^+ -ATPase gehemmt und damit der aktive Natrium- und Kaliumtransport durch die Zellmembran. Auch Phenytoin kann eine Hemmung dieses Enzymsystems hervorrufen, so daß angenommen wird, daß seine günstige Wirkung bei Digitalis-induzierten Rhythmusstörungen vor allem auf einer Verdrängung der Herzglykoside vom Rezeptor beruht. Neben diesen pharmakokinetischen Interaktionen kann Phenytoin als Antiarrhythmikum auch eine pharmakodynamische Wechselbeziehung zu den Digitalisglykosiden eingehen: bei einer Glykosidintoxikation kann durch die Substanz die AV-Überleitung verbessert und wahrscheinlich auch ein digitalisbedingter myokardialer Kaliumverlust verringert werden.

Eine Beeinflussung des *Glykosidmetabolismus* ist durch solche Substanzen möglich, die in den Leberstoffwechsel eingreifen, wie z. B. Phenobarbital und Rifampicin. Dabei sind vor allem diejenigen Glykoside betroffen, die in der Leber eine deutliche Biotransformation erfahren, wie Digoxin, k-Strophanthin oder die Scillaglykoside. Phenobarbital, Rifampicin, aber auch Phenylbutazon, können zu einem deutlichen Abfall des Glykosidplasma-spiegels führen, verbunden mit einem deutlichen Wirkverlust.

Die *Elimination* der Herzglykoside wird nach bisherigen Befunden durch

Schilddrüsenhormone und durch Chinidin, nicht dagegen durch Diuretika beeinflusst. Hyperthyreote Patienten haben eine deutlich gesteigerte, hypothyreotische eine erniedrigte renale Elimination von g-Strophanthin. Möglicherweise führt eine Hyperthyreose auch zu einer gesteigerten Glykosidmetabolisierung. Chinidin führt zu einer deutlichen Einschränkung der renalen Digoxinelimination mit erhöhten Glykosidplasma-spiegeln und damit der Gefahr einer Intoxikation. Die Ursache dieser Interaktion ist noch unklar.

Die Glykosidempfindlichkeit des Herzens kann durch Sympathomimetika, Rauwolfiaalkaloide, einige Muskelrelaxantien, aber auch trizyklische Antidepressiva und nicht zuletzt durch eine Hypomagnesiämie gesteigert werden, wobei als Ursache der letzteren ein vermehrter Calciumeinstrom in die Herzmuskelzelle diskutiert wird. Dabei auftretende toxische Digitaliswirkungen können durch Magnesiumgabe günstig beeinflusst werden. Eine Hypomagnesiämie kann durch Diabetes mellitus, Malabsorption, chronischem Alkoholabusus und auch bei Anwendung von Diuretika vorkommen.

Professor Dr. J. H. Hengstmann,
Bonn:

Beispiele klinisch-relevanter Arzneimittelinteraktionen

Statistische Erhebungen in den USA und Deutschland zeigten, daß pro Patient und stationärem Aufenthalt

fast zehn verschiedene Medikamente zum Einsatz gekommen waren. Während bei Monotherapie auftretende Nebenwirkungen weitgehend bekannt sind und auch erwartet werden, stellten die Beobachtungen solcher Ereignisse bei Mehrfachtherapie vor wenigen Jahrzehnten noch eine Seltenheit dar. Erstaunlich ist, daß nahezu alle Beispiele von Arzneimittelinteraktionen aus den USA stammen, obwohl in Deutschland die Häufigkeit der Kombinationstherapie nicht geringer sein dürfte als in anderen industrialisierten Ländern.

Grundsätzlich sind vier Möglichkeiten der Arzneimittelinteraktion gegeben:

1. *Abschwächung der Wirkung*, z. B. durch Absorption an gleichzeitig gegebene Kohle oder Kaolin-pektinhaltige Substanzen. Aber auch durch Chelatbildung (z. B. Calciumionen und Tetracyclin) kann ein Wirkungsverlust eintreten. In den meisten Fällen ist durch zeitlich getrennte Einnahme der Präparate diese Interaktion zu umgehen.

2. *Abschwächung der unerwünschten Wirkung*. Die Verordnung kaliumhaltiger Präparate zur Prophylaxe des Kaliummangels bei Therapie mit Thiaziddiuretika dürfte hierfür ein häufig angewandtes Prinzip darstellen.

3. *Verstärkung der Wirkung* durch Arzneimittelkombinationen, so daß z. B. bei der Behandlung der arteriellen Hypertonie die Kombination verschiedener Substanzen die Therapie der Wahl darstellt. Aber auch

Das Bayerische Rote Kreuz gibt sich die Ehre, Sie zum

Margueriten-Ball

am Donnerstag, 19. Februar 1981, 20 Uhr, im Hotel Bayerischer Hof einzuladen.

Die international bekannten Orchester Ambros Seelos Show-Band, Max Schröder Sextett, ein heiteres Programm und die Feschingsprinzenpaare der Narrhalla und Würmesia mit Hofsteet lassen Sie einen festlich beschwingten Abend erleben. Eine breitgefächerte Tombola hält viele attraktive Gewinne bereit. Der Haupttreffer, ein Pkw Mercedes, wird von der Daimler-Benz Aktiengesellschaft, Niederlassung München, gespendet.

Der Reinerlös des Balles wird für das im Bau befindliche Dienstleistungszentrum des Kreisverbandes München verwendet. — Ehrenprotektorat: Frau Gertrud Goppel

Eintrittspreise für nummerierte Plätze: DM 85,—, 75,—, 70,—, 65,—, 50,—, 45,—, 40,—, 35,—, 20,—; Kategoriekarten für Studierende: DM 10,—.

Vorbestellung und Kartenvorverkauf: Bayerisches Rotes Kreuz, Seitzstraße 8, München 22, Telefon (0 89) 23 73-270, oder Hotel Bayerischer Hof, Promenadeplatz 2-6, München 2, Telefon (0 89) 22 88 71

die Kombination zweier Antibiotika bei Endokarditis und Problemkeimen kann als Beispiel gelten.

4. Verstärkung der unerwünschten Wirkungen sind so zahlreich, daß große Monographien erschienen sind, und hier nur zwei bekannte Beispiele erwähnt werden sollen. Die Tatsache der Induktion der Chinidin-metabolisierenden Enzyme der Leber zeigen sich durch Wirkungsverlust bei Einsatz von Barbituraten bzw. durch Wirkungslosigkeit bei Beginn einer zusätzlichen Chinidinbehandlung mit Normaldosierung. Die Konsequenz, die zur Erkennung der Arzneimittelinteraktion führt, ist die Bestimmung des Serumspiegels für Chinidin. Bei Vorhandensein einer Arzneimittelinteraktion werden sich Serumspiegel ergeben, die aufgrund der ausgiebigen Metabolisierung deutlich unterhalb des therapeutischen Minimums liegen. Gefährlich kann es für den Patienten lediglich werden, wenn während der Kombination therapeutische Wirksamkeit gegeben war und nach dem Absetzen des Enzyminduktors die Serumspiegel in toxische Bereiche ansteigen.

Während die Bestimmung vom Serumspiegel aufwendig und nicht für alle Substanzen möglich ist, sollte doch darauf hingewiesen werden, daß die meisten Arzneimittelinteraktionen mit routinemäßig in der Klinik angewandten Parametern erfaßt werden können, wie z. B. Herzfrequenz, Blutdruck, Blutzucker und Quickwert. So haben sich denn auch bei der Therapie mit oralen Antikoagulantien die meisten Arzneimittelinteraktionen von Bedeutung im Laufe der Jahre herausgestellt und sind weitgehendst bekannt.

Angesichts der großen Zahl möglicher Arzneimittelinteraktionen ist es dem Therapeuten aber nicht möglich, jede Arzneimittelinteraktion zu kennen, die jemals beschrieben worden ist. Der Leitsatz zur Erkennung von therapeutisch wichtigen Arzneimittelinteraktionen bei einer Therapie mit mehreren Substanzen sollte also sein:

- unerwarteterweise keine Wirkung bei normaler Dosierung
- unerwarteterweise schon unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei normaler Dosierung

Referent:

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

Liquidationsrecht der mitbehandelnden Ärzte im Krankenhaus

von W. Weißauer

Die meisten Behandlungsverträge zwischen Arzt und Patient werden formlos geschlossen. Im Krankenhaus ist Partner des Aufnahmevertrages, der die ärztliche Behandlung einschließt, im Regelfall der Krankenhausärzte. Wünscht der Patient die persönliche Behandlung durch die leitenden Krankenhausärzte als gesondert berechenbare Leistung, so bedarf es dazu einer schriftlichen Vereinbarung zwischen Krankenhausärzten und Patient (§ 6 S. 2 Bundespflegesatzverordnung).

Die Aufnahmebedingungen der Krankenhäuser sehen entsprechende Angebote vor. Für den schriftlichen Vertrag über die Inanspruchnahme der Wahlleistung genügt ein Vermerk des Patienten (etwa durch ankreuzen) und seine Unterschrift.

Dieser Vertrag wird zwar nach der zwingenden Vorschrift des § 6 S. 2 Bundespflegesatzverordnung unmittelbar zwischen dem Krankenhausärzten und dem Patienten geschlossen; er verpflichtet aber den Patienten auch unmittelbar gegenüber den liquidationsberechtigten Ärzten zur Zahlung des Honorars, wobei dahingestellt bleiben kann, ob rechtlich ein Vertrag zugunsten Dritter oder der Abschluß des Arztbehandlungsvertrages mit dem Patienten durch den Krankenhausärzten in Vertretung der liquidationsberechtigten Ärzte zugrunde gelegt wird.

Jeder Patient, der die persönliche ärztliche Behandlung in Anspruch nimmt, sollte wissen, daß die Krankenhäuser in Fachabteilungen unter Leitung ärztlicher Spezialisten gegliedert sind, und daß eine sorgfältige Diagnose und Therapie meist die Mitwirkung von Spezialisten mehrerer Fachgebiete erfordert, die ein selbständiges Liquidationsrecht haben. Um Irrtümer zu vermeiden, vor allem aber um die Berufung auf angebliche Irrtümer auszuschließen, sollten die Erklärungen über die Inanspruchnahme der persönlichen Behandlung durch die liquidationsberechtigten Ärzte schon in den Aufnahmebedingungen (und nicht erst in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen) so formuliert sein, daß sie nicht im Sinne einer Begrenzung auf

den unmittelbar behandelnden Arzt verstanden werden können.

Eine solche Begrenzung wäre rechtlich auch gar nicht zulässig, weil § 6 S. 4 die „Bündelung“ zwingend vorschreibt.

Das Landgericht Lübeck hatte mit Urteil vom 1. Februar 1980 — 6 S 93/80 — die Frage zu entscheiden, ob der Patient seine Erklärung über die Inanspruchnahme der persönlichen Behandlung mit der Begründung anfechten kann, er habe nicht gewußt, daß er dadurch auch zur Honorarzahlung gegenüber den mitbehandelnden liquidationsberechtigten Ärzten verpflichtet werde. Das Landgericht hat dies verneint und die Klage des Patienten auf Rückzahlung des Honorars, das er an den Anästhesisten bezahlt hatte, abgewiesen.

Zur Begründung hat das Landgericht ausgeführt:

„Die Klägerin hat gegen den Beklagten keinen Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB) auf Rückzahlung der . . . DM, die der Beklagte für seine Tätigkeit als Anästhesist bei der Operation der Klägerin privat liquidiert hat. Die Klage auf Rückzahlung dieses Betrages ist abzuweisen.“

Bei der Einlieferung der Klägerin in die Hochschulklinik im Mai 1977 hat ihr Sohn als ihr Vertreter eine Erklärung mit folgendem Inhalt unterschrieben:

„Ich wünsche, von Herrn Professor . . . (Direktor der Chirurgischen Klinik) persönlich behandelt zu werden, und verpflichte mich, die privaten Behandlungskosten selbst zu zahlen. Sechskosten und Kosten für eventuellen Klinikaufenthalt werden von der Verwaltung der . . . gesondert erhoben.“

Diese Erklärung hat sowohl nach § 6, 3 der Allgemeinen Aufnahmebedingungen des Klinikums . . . als auch nach § 6 Satz 4 der Bundespflegesatzverordnung vom 25. April 1973 zur Folge, daß alle an der Operation beteiligten liquidationsberechtigten Personen privat liquidieren dürfen.

Richtig ist, daß die Allgemeinen Aufnahmebedingungen der . . . zwischen den Parteien nicht Vertragsinhalt geworden sind. Weder hat der Sohn der Beklagten durch seine Unterschrift die Gel-

tung dieser Allgemeinen Aufnahmebedingungen zwischen den Parteien anerkennt, noch ist ein ausdrücklicher Hinweis auf das Vorhandensein der Allgemeinen Aufnahmebedingungen erfolgt, verbunden mit der Möglichkeit, sich in zumutbarer Weise von dem Inhalt der Bedingungen Kenntnis zu verschaffen. Es gilt aber § 6 Satz 4 der Bundespflegegesetzverordnung unabhängig davon, ob die Klägerin oder ihr Sohn den Inhalt dieser Bestimmung bei der Abgabe der Verpflichtungserklärung gekannt haben oder nicht. Die Nichtkenntnis einer gesetzlichen Vorschrift berechtigt in der Regel nicht zur Anfechtung der abgegebenen Erklärung gemäß § 119 BGB. Nach der von dem Reichsgericht begründeten Rechtsprechung (vgl. z. B. RGZ 98, S. 139; 134, S. 197) ist ein sogenannter Rechtsfolgenirrtum nur dann als zur Anfechtung berechtigender Irrtum im Sinne des § 119 Abs. 1 BGB zu werten, wenn infolge der Verkennung seiner rechtlichen Bedeutung ein Rechtsgeschäft erklärt worden ist, das eine von der gewollten wesentlich verschiedene Rechtswirkung erzeugt, nicht aber dann, wenn ein irrtumsfrei erklärtes und gewolltes Rechtsgeschäft außer der erstrebten Wirkung noch andere, nicht erkannte und nicht gewollte Nebenfolgen trägt. Letzteres ist aber hier der Fall. Gewollt und irrtumsfrei erklärt war die Berechtigung von Professor . . . , privat zu liquidieren. Nicht erkannte und nicht gewollte Nebenfolge war das nach § 6 Satz 4 Bundespflegegesetzverordnung automatisch eintretende Recht aller an der Operation beteiligten Liquidationsberechtigten, privat zu liquidieren. Die Klägerin kann folglich entgegen der Auffassung des Amtsgerichts ihre Erklärung nicht anfechten. Diese Erklärung bleibt zwischen den Parteien rechtswirksam. Der Beklagte wer damit nach § 6 Satz 4 Bundespflegegesetzverordnung berechtigt, wie geschehen zu liquidieren."

Diese Entscheidung ist vor allem für die „Funktionsfächer“ von Bedeutung, die auf die Bündelung angewiesen sind.

Für Chefarzte bettenführender Abteilungen hat sie praktische Bedeutung vor allem dann, wenn ein Patient innerhalb des Krankenhauses oder des Klinikums aus einer anderen Abteilung, in die er primär aufgenommen wurde, in ihre Abteilung verlegt oder wenn sie als Konsiliarin zugezogen werden.

Anschrift des Verfassers:

Ministerialdirigent Dr. med. h. c. W. Weißbauer, Eckerstraße 34, 8050 Freising

Münchener Blutdruckstudie

Die Hypertonie gehört in den Industrieländern zu den chronischen Krankheiten mit der größten Häufigkeit (Prävalenz). Die Prävalenz der Hypertonie ist in den USA aufgrund großer Bevölkerungsstudien bekannt. Die Schätzungen für die Bundesrepublik Deutschland beruhen vorwiegend auf Extrapolationen dieser Befunde. In den USA hatten vor Beginn des Nationalen Bluthochdruckprogramms (National High Blood Pressure Education Program) etwa 20 Prozent der Bevölkerung über 40 Jahre eine Hypertonie (WHO-Definition) und eine ähnlich hohe Anzahl wies Grenzwerte auf.

Besonders die Veterans-Administration Studie, die erst kürzlich abgeschlossene HDFP-Studie (High Blood Pressure Detection and Follow-up Program) und das Nationale Bluthochdruckprogramm haben in den USA dazu geführt, daß Ärzte und Öffentlichkeit der Hypertoniebekämpfung auf Bevölkerungsebene größte Bedeutung beimessen. Der Rückgang der kardiovaskulären Mortalität in den USA während der letzten Jahre wird teilweise auf die besonderen Bemühungen bei der Bluthochdruckbekämpfung zurückgeführt.

In der Bundesrepublik Deutschland ist das Wissen um die Häufigkeit und um die Gefahren der Hypertonie in der Bevölkerung noch gering. Auch die Abhängigkeit des Blutdruckes von Lebensstil, Umweltfaktoren und sozialen Variablen (Ausbildung, Beruf usw.) ist noch wenig erforscht. Wir haben kaum Informationen darüber, wieviele Hypertoniker von ihrer Krankheit wissen (bekannte Hypertoniker) und wieviele ihr erhöhter Blutdruck nicht bekannt ist. Ebenso wissen wir relativ wenig über den Behandlungsgrad von Hypertonikern und die Compliance bei der medikamentösen Behandlung von Patienten mit Hypertonie.

Um einige dieser Lücken im Wissen um die Hypertonie zu schließen, wird das Medis-Institut der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH München (= GSF) in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität, dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München, der städtischen Gesundheitsbehörde München und dem Deutschen Institut zur Bekämpfung des Hohen Blutdrucks eine epidemiologische Studie über den Blutdruck in der Münchener Bevölkerung durchführen.

Die Ergebnisse dieser Studie sollen u. a. auch dem Aufbau eines Bluthochdruckkontrollprogramms für die Münchener Bevölkerung dienen.

Fragestellungen der Münchener Blutdruckstudie

1. Häufigkeit der Hypertonie in der Münchener Bevölkerung und Abhängigkeit von anthropometrischen, sozialen und Umweltvariablen
2. Bekanntheitsgrad der Hypertonie (wieviele Hypertoniker wissen von ihrem erhöhten Blutdruck?)
3. Behandlungsgrad (wieviele Hypertoniker werden behandelt?)
4. Compliance (wieviele Hypertoniker halten sich an die Blutdruckmedikation? Dies erfordert Verlaufsuntersuchungen der erkannten Hypertoniker)
5. Wissen der Münchener Bevölkerung um die Gefahren der Hypertonie

Studienplan

3400 Münchener Bürger im Alter von 30 bis 69 Jahren werden nach Zufallskriterien ausgewählt (Zufallsstichprobe). In Anbetracht der wissenschaftlichen Bedeutung der Studie hat das Innenministerium des Freistaates Bayern die Stichprobenziehung schon vor Monaten genehmigt.

Alle ausgewählten Probanden erhalten ein Schreiben, in dem sie über die Ziele der Studie informiert und gebeten werden, in ein Untersuchungszentrum zu kommen. Insgesamt werden mehr als zehn Untersuchungszentren angeboten (Kliniken und Schulen). Dort wartet geschultes medizinisches Personal, das bei jedem Probanden drei Blutdruckmessungen (nach standardisierten Kriterien) und einige anthropometrische Messungen durchführt. Anschließend wird eine standardisierte Befragung von etwa 20 Minuten Dauer vorgenommen.

Natürlich ist die Teilnahme an unserer Studie freiwillig. Erfahrungswerte aus epidemiologischen Feldstudien besagen, daß bei genügender Motivation der Bevölkerung Teilnahmeraten bis zu 80 Prozent erreichbar sind. Wir hoffen, daß dies auch in München der Fall sein wird.

Denjenigen Probanden, die nicht in die genannten Untersuchungszentren kommen, werden Hausbesuche von Krankenschwestern angeboten. Damit hoffen wir, eine hohe Beteiligungsrate zu erreichen, denn diese ist für die wissenschaftliche Aussagekraft einer solchen Studie von großer Bedeutung.

Durchführbarkeitsstudien (Vorstudie) wurden im August und November 1980 erfolgreich abgeschlossen. Mit der Datensammlung für die Hauptstudie wurde am 1. Dezember 1980 begonnen. Diese Phase wird bis ins Frühjahr 1981 hineinreichen. Danach beginnt die Analyse der Daten. Mit ersten Ergebnissen der Studie ist Ende 1981 zu rechnen.

Im Hinblick auf die Bedeutung dieser Studie für wissenschaftliche Fragestellungen und für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung möchten wir alle Münchener Kollegen sehr herzlich bitten, uns bei unserer Arbeit zu unterstützen. Dies kann z. B. durch die Ermunterung eines Patienten (der zur Stichprobe gehört), an unserer Untersuchung teilzunehmen, geschehen.

Über die Ergebnisse dieser Studie werden wir u. a. auch im „Bayerischen Ärzteblatt“ berichten.

Professor Dr. med. W. van Eimeren, Medis-Institut der GSF

Dr. med. U. Keil, Ph.D., Leiter der Arbeitsgruppe Epidemiologie – Medis-Institut der GSF

Aufruf um Hilfe: Zur Gründung einer „Stiftung Deutsches Kinderzentrum München“

von Th. Hellbrügge



Notwendigkeit der Frühdiagnostik

In der kindlichen Entwicklung liegt eine bislang noch kaum erkannte und deswegen nicht genügend genutzte Chance, Kindern mit angeborenen oder früh erworbenen Störungen und Schäden so zu helfen, daß sie möglichst nicht behindert werden.

Aus diesem Grunde ist es notwendig, die betroffenen Kinder so früh wie möglich zu erkennen, eine Aufgabe, die durch das System der Kindervorsorgeuntersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland in den vergangenen Jahren beispielhaft gelöst wurde.

Auch für die spezielle Frühdiagnostik von Säuglingen mit spastischer Bedrohung, mit Hörstörungen, Sehstörungen, mentalen Rückständen usw. ist im Rahmen der ärztlichen Versorgung in unserem Lande genügend Kapazität vorhanden.

Unzureichende Kapazität für Frühtherapie

Diesen Fortschritten der Diagnostik steht aber eine völlig unzureichende Kapazität an Möglichkeiten der Frühbehandlung gegenüber. Programme der Frühtherapie, wie z. B.

- die kinesiologische Therapie nach Vojta,
 - die neurophysiologische Therapie nach Bobath,
 - die Entwicklungstherapie auf der Basis der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik,
 - die Montessori-Therapie auf der Basis der ärztlichen Montessori-Heilpädagogik,
 - die frühe Sprachanbahnung auf der Basis der klassischen Logopädie oder der Verhaltenstherapie,
 - Programme der Audiopädagogik für Säuglinge und Kleinkinder,
 - die Orff-Musiktherapie usw.
- sind vorhanden.

Es besteht indessen ein empfindlicher Mangel an Fachkräften, welche diese Programme so beherrschen, daß sie erfolgreich bei Säuglingen und Kleinkindern durchgeführt werden können.

Diese Fachkräfte müssen aber ganz praxisnah am Kind die notwendigen therapeutischen und heilpädagogischen Programme erlernen. In Wochenendseminaren oder in Vortragsveranstaltungen lassen sich die speziellen Techniken nicht erwerben. Neben die bisherige Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Peripherie müssen also systematisch auch länger dauernde Lehrgänge treten, in denen die Fachkräfte die speziellen therapeutischen und heilpädagogischen Techniken am Kind erlernen.

Erfahrungen des Kinderzentrums München

Im Kinderzentrum München, der ersten sozialpädiatrischen Klinik für „Entwicklungs-Rehabilitation“, in dem in den letzten zehn Jahren fast 17000 behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder aus dem In- und Ausland betreut wurden, ist die notwendige Kapazität an Patienten vorhanden, um diese therapeutischen und heilpädagogischen Programme praxisnah weitergeben zu können. Tagtäglich erreichen uns Hilferufe von anderen Institutionen der Behindertenhilfe oder von ärztlichen Kollegen aus der Praxis, für sie vorhandene Fachkräfte aus-, fort- und weiterzubilden.

Die Unterbringung des Kinderzentrums München an fünf verschiedenen Stellen in der Stadt, dazu noch zur Miete in zum Teil gekündigten Räumen und in Baracken, die zum Abbruch vorgesehen sind, läßt aber eine systematische Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachkräften auf dem Gebiete der Frühdiagnose, Frühtherapie und frühen sozialen Eingliederung für mehrfach und verschiedenartig behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder nicht zu.

Fort- und Weiterbildungsinstitut für „Entwicklungs-Rehabilitation“

Um die empfindliche Lücke an Fachkräften auf dem Gebiete der „Entwicklungs-Rehabilitation“ in der Bundesrepublik Deutschland schnellstmöglich zu schließen, besteht der Plan, alle Abteilungen des Kinderzentrums München in der Nähe des Klinikums Großhadern der Universität München zu einem Komplex als

Deutsches Kinderzentrum
München

zusammenzufassen. Dortsoll auch das erste Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitut für „Entwicklungs-Rehabilitation“ des Kindesalters errichtet werden. Es ist geplant, Hörsäle und Demonstrationsräume für die Lehrgänge einzurichten, und zwar für

– Lehrgänge in kinesiologischer Diagnostik für Ärzte

– Lehrgänge in neurokinesiologischer Therapie für Krankengymnasten

– Lehrgänge in Münchener funktioneller Entwicklungsdiagnostik und - daraus entstanden - Entwicklungstherapie

– Lehrgänge in Montessori-Heilpädagogik

– Lehrgänge in Orff-Musiktherapie

– Lehrgänge in sozialpädiatrischer Weiterbildung von Kinderkrankenschwestern

– geplant sind Weiterbildungslehrgänge für Logopädie bzw. Audiopädagogik

Hilfe bei der Gründung der Stiftung Deutsches Kinderzentrum München

Da für diese überregionale Aufgabe kein Träger vorhanden ist, möchte ich hiermit alle ärztlichen Kollegen Bayerns herzlich bitten, bei der Stiftung Deutsches Kinderzentrum München mit Akademie für Sozial-

pädiatrie mitzuhelfen durch den Kauf von

einem Quadratmeter Sonnenschein für DM 470,—.

Durch den Kauf werden Sie Mitbesitzer des Deutschen Kinderzentrums München.

Eine *Urkunde* wird Ihnen dies bestätigen.

Eine *Spendenquittung* für das Finanzamt erhalten Sie selbstverständlich auch.

Auf einer *Ehrentafel* der Mäzene wird später Ihr Name aufgeführt.

Sie können den Betrag von DM 470,— gleich unter dem Kennwort „1 qm Sonnenschein“ mit der auf der Ehrentafel gewünschten Adresse — unter Umständen auch in memoriam eines Kollegen — auf das Konto der Aktion Sonnenschein bei der Bayerischen Landesbank München, Girozentrale, Konto-Nr. 38 100 (BLZ 700 500 00), oder auf das Postscheckkonto München Nr. 388 88-808 (BLZ 700 100 80) überweisen.

Sollten Sie näheres erfahren wollen, rufen Sie bitte bei der Aktion Sonnenschein an. Telefon: (089) 77 9037. Falls belegt, die Nummer: 77 07 75

Ich würde mich sehr freuen, wenn viele ärztliche Kollegen als Mitbesitzer auf der Ehrentafel des geplanten Deutschen Kinderzentrums München stehen werden und lade Sie deshalb sehr herzlich ein, einen Quadratmeter Sonnenschein zu kaufen.

Für Ihre Hilfe sage ich Ihnen herzlichen Dank!

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. Th. *Heilbrügge*, Direktor des Instituts für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München im Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2

**BAD
FÜSSING**



Thermalbad 56°C

Ihr Kur- und Erholungsort im sonnigen Südbayern

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

Prospekte: Kurverwaltung 8397 Bad Füssing, Tel. (0 85 31) 2 13 07

Personalia

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Gerhard Anselm, Am Dürrbach 12, 8700 Würzburg;

Dr. med. Fritz Brendler, Robert-Koch-Straße 1, 8660 Münchenberg;

Dr. med. Burkhard Ehrenberg, Paul-Keller-Straße 17, 8031 Stockdorf.

Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bad Brunthal 3, 8000 München 80, wurde in den Hauptauschuß des Bayerischen Landesfrauenausschusses beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung gewählt.

Professor Dr. med. Wolfram Domschke, Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde anlässlich der Herbsttagung 1980 der British Society of Gastroenterology in Reading zum Mitglied gewählt.

Privatdozent Dr. med. habil. Ugo Gulotta, Institut für Röntgendiagnostik im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, gehört als Gründungsmitglied dem kürzlich in Rom gegründeten European College of Body Computerized Tomography an.

Dr. med., Dr. med. dent. Franz Hochreiter, Landwehrstraße 9, 8000 München 2, wurde anlässlich der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Deutscher Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am 6. November 1980 in Bochum für weitere vier Jahre zum Präsidenten des Verbandes gewählt.

Dr. med. Eduard Koschade, Konrad-Adenauer-Straße 15, 8060 Dachau, wurde mit Wirkung vom 1. Januar 1981 zum Präsidenten des Berufsverbandes der Frauenärzte (Bundesverband) gewählt.

Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft für Walter Albrecht

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Sewering, überreichte auf der Landesausschußsitzung der Bayerischen Ärzteversorgung am 22. November 1980 an Regierungsdirektor Walter Albrecht, Widenmayerstraße 10, 8000 München 22, das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft.

Humanistisches Gymnasium, einjähriger Studienaufenthalt in den USA, Studium der Rechte in München, Gastjahr als Referendar in Berlin, Assessorexamen in München 1963: Aus diesem Hintergrund heraus trat Albrecht im November 1963 in den bayerischen Staatsdienst und wurde bei der Bayerischen Versicherungskammer als Referent für die Bayerische Ärzteversorgung eingesetzt.

Staats- und Verfassungsrecht, Verwaltungsrecht, Sozialversicherungsrecht sowie das Recht der Berufsstände waren die Fachgebiete, auf denen er sich vertieftes Fachwissen erworben hatte, als er 1973, getragen vom Vertrauen der Berufsstände, die Leitung der Bayerischen Ärzteversorgung und gleichzeitig die zweier weiterer Versorgungswerke, der Bayerischen Apothekerversorgung und der Bayerischen Architektenversorgung, übernahm.

Stets bemüht, im vorgegebenen Rahmen der bayerischen inneren Verwaltung die Belange der in den Versorgungswerken betreuten Berufsstände zu wahren und zu fördern, verstand sich Albrecht als Sachwalter mit Verantwortung weit über den bloßen administrativen Bereich hinaus, wenn es darum ging, die Existenz des für den freien Beruf essentiellen Versorgungswesens zu erhalten. Durch seinen Umgang mit den Versorgungsproblemen der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Architekten, also von fünf Gruppen der freien Berufe, im Blick umfassend wie kaum ein anderer für die gesellschaftspolitische Aufgabenstellung der Gegenwart für diese Gruppen geschärft, war Albrecht einer der tatkräftigen Mitbegründer der „Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen“, in der sich im Jahre 1978 alle Versorgungswerke der freien Berufe in der Bundesrepublik und in West-

Berlin zu einem Bündnis zusammenschlossen, um ihre gemeinsamen Interessen in einem gegliederten System der sozialen Sicherheit in unserem Lande zu vertreten und zu verteidigen.

Da es die Bayerische Ärzteversorgung übernommen hatte, die Geschäfte dieser Arbeitsgemeinschaft zunächst zu führen, war hauptsächlich Albrecht die Aufgabe zugewachsen, die Fülle der Probleme dieses Interessenverbandes nach innen und außen zu verarbeiten. Diese Tätigkeit, deren er sich mit Erfolg und großer Hingabe widmete, ging am 1. Juli 1980 auf eine eigene Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft über.

Mit der Verleihung ihres Ehrenzeichens würdigte die Deutsche Ärzteschaft die von Albrecht geleisteten Dienste: Die tätige Mitwirkung an der Verwirklichung einer als unabweisbar erkannten Idee, sowie die Bewältigung der Anfangsschwierigkeiten dieser dem Wohle des Berufsstandes bestimmten Neuschöpfung.

in memoriam

Dr. Peter Seiffert †

Dr. Peter Seiffert, geboren am 15. Mai 1908, ist am 20. Oktober 1980 überraschend für uns alle aus diesem Leben abberufen worden.

Er war geborener Westfale und hat sich nach dem Krieg in einer Landpraxis in Utting am Ammersee niedergelassen. Schon seit Wiedergründung des Hartmannbundes im Jahre 1949 stellte er sich aktiv zur Verfügung. Von dieser Zeit an bis 1973 war er Vorsitzender des Bezirksvereins Oberbayern des Hartmannbundes und gehörte in dieser Eigenschaft dem Landesvorstand an. 1972 schloß er seine Praxis und widmete sich als Schiffsarzt in erster Linie der Betreuung der Deutschen Hochseefischereiflotte im Nordmeer.

Wir trauern um ihn als einen guten Arzt, einen wertvollen Menschen und einen zuverlässigen Kameraden, besonders in den Zeiten des harten Kampfes um das Kassenärztrecht. Wir werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Dr. H. Braun
Vorsitzender des Hartmannbundes
in Bayern

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Lichtenfels-Schney:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neustadt b. Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Augenarzt

Kulmbach:

1 Augenarzt

Lichtenfels:

1 Augenarzt

Hof/Saale:

1 HNO-Arzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Neustadt b. Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Kronach:

1 Urologe

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

Rauhenebrach, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schweinfurt,

Stadtteil Bergl:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

Karlstadt oder Marktheidenfeld, Lkr.

Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Nervenarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Urologe

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

Vilseck, Lkr. Amberg-Weizbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

Weiden:

1 Hautarzt

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

Niederbayern

Regen-Stadt:

1 Augenarzt

Viechtach, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Zwiesel, Lkr. Regen:

1 Frauenarzt

Deggendorf-Stadt:

1 Hautarzt

Dingolfing-Stadt:

1 Hautarzt

Regen-Stadt:

1 Hautarzt

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

Unterfranken

Großostheim, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbrits, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Fuchsstadt, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Oberpfalz

Fuchsmühl, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Neumarkt,

Lkr. Neumarkt i. d. Opf.:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Weizbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Schwaben

Thierhaupten-Unterbaar,

Lkr. Augsburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Zwischen Wahrheit und Wahrscheinlichkeit

Die Aufklärungspflicht des Arztes ist ins Gerede gebracht worden. Sie soll angeblich vernachlässigt worden sein; über den Kopf der Patienten hinweg sollen Entscheidungen fallen, Risiken werden nicht bekanntgemacht, Selbstbestimmung sei mißachtet. Gerichtliche Anklage folgte solch allgemeiner Diffamierung, meist unter dem Aspekt, dem Arzt sein Verhalten und die Ergebnisse seines Handelns anzulasten und finanziell entschädigt zu werden.

Neu ist die Pflicht keineswegs, dem Patienten Klarheit über seine existentielle Situation zu geben; dies ist vielmehr die Voraussetzung dafür, daß der Patient sich entscheidet, aktiv am Heilungsplan teilzunehmen.

Die Zunahme naturwissenschaftlicher Erkenntnisse ist nicht ohne Einfluß auf diesen ständigen Aufklärungsprozeß zwischen Arzt und Patient geblieben. Solange medizinisches Wissen über Generationen hinweg durch Erfahrung destillierte und dem einzelnen Arzt Zeit blieb, daraus Können und Kunst zu gestalten, bestand die heute zu beobachtende wissenschaftliche Beunruhigung zwischen Arzt und Patient nicht. Konsens bestand vielmehr darüber, daß alle Prognosen unsicher sind und Schicksal und Gnade ihren unwägbaren Anteil an der Heilung haben.

Krankheit und Heilung sind heute jedoch weit weniger eine Frage des Schicksals, sondern vielmehr eine Frage der Selbstbestimmung und Forderung geworden. Der aufgeklärte Patient soll den sichersten risiko-

ärmsten Weg mit bestimmen und wählen können, Schicksal soll überbrundet und Gnade kalkulierbar werden.

Die jetzt vom Arzt geforderte Aufklärung verlagert sich einseitig auf die Vermittlung wissenschaftlicher Ergebnisse und statistischer Zahlen. Zu erwartende Erfolge und Mißerfolge müssen konkret als Gefährdungsgrad, Risikofaktor und Erfolgsquote mitgeteilt werden. Dabei wird übersehen, daß derartige statistisches Zahlenmaterial häufig zu einer bestimmten Frage gar nicht vorliegt, noch nicht bekannt ist und schon gar nicht zum allgemeinen Stand des Wissens gehört. Überdies haben Zahlen Wahrscheinlichkeits-Charakter; weder Arzt noch Patient können in der individuellen Situation etwas damit anfangen, wenn z. B. eine Komplikation in jedem 10 000sten oder 5000sten Fall auftreten wird. Oder wenn Nebenwirkungen einer medikamentösen Therapie hier und dort beobachtet werden.

Die Aufklärung unter dem Eindruck der jüngsten Rechtsprechung nur noch danach auszurichten, daß dem Patienten selbst die entferntesten wissenschaftlichen Wahrscheinlichkeiten dargeboten werden müssen, die weder er noch der Arzt zu wägen vermag, bedeutet, daß der Aufklärungsumfang eingeengt und die personale Zuwendung abgeflacht wird, die notwendig ist, um den Patienten die Bewußtwerdung zu ermöglichen.

Zahlreiche Krankheiten zeigen heute einen verlängerten und verlängerbaren Krankheitsverlauf. Er ist beglei-

tet von Depression und Hoffnung, akuter Not, Sorge und Furcht; Rat und Kritik der Umgebung ist wohlfeil, Enttäuschung und Zweifel an Medizin und Arzt gehören dazu. Die medizinischen Wahrscheinlichkeiten werden sich erfüllen oder auch nicht, möglicherweise wird Hoffnung erfüllt, wo dies nicht im geringsten wahrscheinlich war. Letztlich bleibt jedoch dem Arzt und seinem Patienten nicht erspart, daß die Wahrscheinlichkeit in Wahrheit einmüdet. Dieser Ausgang muß im Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt vorbereitet werden.

Dies geschieht durch dauernde und differenzierte Aufklärung. Sie muß so ausgestaltet werden, daß für den Arzt die aus gewissenhafter Prüfung gefolgerten Handlungen möglich werden und der Patient seinerseits bewußt und durch aktive Teilnahme die Hilfe unterstützt. Dazu ist mehr nötig als die Vermittlung wissenschaftlicher Fakten und Wahrscheinlichkeiten. Wenn Aufklärung auf diesen Inhalt festgeschrieben würde, mit dem Ziel Selbstbestimmung zu vermehren und für Erfolg, der – wider vorliegende Wahrscheinlichkeit – nicht eingetreten ist, eine gegen den Arzt gerichtete Schadensforderung zu erheben, würde der Patient zum Kontrolleur motiviert.

In solcher Atmosphäre kann weder vom Arzt noch Patient jene Aufgabe geleistet und erfüllt werden, für eine Wahrheit vorzubereiten, die zuletzt unausweichlich ist. Es darf nicht dahin kommen und getrieben werden, daß dem Patienten jeweils seine Lebenschance mit wissenschaftlicher Präzision und in wissenschaftlichen Formeln ins Gesicht geschleudert wird. Wissenschaftliche Wahrscheinlichkeiten können Arzt und Patient nur Hilfen sein, die jeweilige individuelle Situation messend zu erfassen. Und auch schwere und infauste Diagnosen sind keine Werte an sich, sondern müssen in einen für den Patienten erkennbaren Wert transponiert werden, der die existentielle Wahrheit zum Bewußtsein bringt und zugleich daneben der Hoffnung eine Chance läßt.

Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bad Brunthal 3, 8000 München 80

Teures Wittelsbacher Jahr

Das Jubiläumsjahr der Wittelsbacher ist zu Ende. In den 800 Jahren ihrer Regentschaft hatten sie dem Land Bayern ihren Stempel aufgedrückt und es geprägt: Bayern und die Wittelsbacher – eine fruchtbare Wechselbeziehung über acht Jahrhunderte hinweg. Sie darzustellen, war Thema und Zweck von Ausstellungen in München und Landshut sowie Wanderausstellungen mit rund 3000 Exponaten. Diese Darstellung der Wittelsbacher und der bayerischen Geschichte wollte sich der Freistaat etwas kosten lassen. Auf rund 5,6 Millionen DM waren die Ausgaben schließlich veranschlagt worden, doch die Kosten explodierten. 12,1 Millionen DM wurden für die Ausstellungen am Ende aufgewendet, 6,5 Millionen DM mehr als geplant: Mit einem handfesten politischen Krach sollte das Jubiläumsjahr enden.

Bereits im September hatte der F.D.P.-Landtagsabgeordnete Dr. Gerhard Zech vermutet, daß die Wittelsbacher-Ausstellungen den genehmigten Kostenrahmen sprengen könnten. Zwei Monate später hatte er die Bestätigung. Das Wittelsbacher Jahr belief sich auf 12,1 Millionen DM, was Zech zu der Forderung veranlaßte, daß der Bayerische Oberste Rechnungshof (ORH) eine Sonderprüfung der Ausgaben vornehme. Während der Rechnungshof seine Kontrolle aufnahm, begründete das Kultusministerium die Mehrkosten u. e. damit, daß der Landtag ja selbst auf zwei Wanderausstellungen bestanden habe, die ursprünglich nicht vorgesehen waren. Außerdem sei die Konzeption der Ausstellungen nach öffentlicher Kritik geändert und erweitert worden. So sollten zunächst in der Residenz in München nur eine Ausstellung über den Kurfürsten Maximilian und auf der Trausnitz in Landshut eine kleine Ausstellung über die Zeit der frühen Herzöge gezeigt werden. Dabei – so das Ministerium – wäre eben nur die altbayerische Geschichte zum Zuge gekommen. Um auch Schwaben, Franken und der Rheinpfalz gerecht zu werden, habe man eine weitere Aus-

stellung in München über die Begründung des Königreiches Bayern aufgebaut.

Im Landtag geriet die Kostenexplosion des Wittelsbacher Jahres sofort unter den Beschuß der Opposition und auch die Regierungspartei äußerte ihre Besorgnis über die Ausgabenverdoppelung. Auch Kultusminister Professor Hans Maier nannte während einer von der SPD-Fraktion beantragten Aktuellen Stunde im Landtag die Überschreitungen „rundum unerfreulich“. Selbstverständlich übernehme er die „politische Verantwortung dafür“. Andererseits hob der Minister aber auch den großen Erfolg der Wittelsbacher Jubiläumsveranstaltungen hervor. Etwa 90 000 Menschen hätten die verschiedensten Ausstellungen besucht. Er räumte allerdings ein, daß der Umfang der Ausstellungen dem Haus der Bayerischen Geschichte, dem Ausstellungsleiter Professor Glaser und dem Kultusministerium „über den Kopf“ gewachsen sei. Doch lehne er es ab, daß jetzt „Köpfe rollen müßten“.

Als Gründe für die Kostenexplosion gab Professor Maier die auch vom Landtag getragenen zusätzlichen Wanderausstellungen (1,15 Millionen DM mehr), die hohen Restaurierungsausgaben (0,3 Millionen DM mehr) und auch den Ausstellungsbetrieb an, da 60 Stunden Öffnung pro Woche die Personalkosten hochgetrieben habe. Der dickste Brocken seien die Baumaßnahmen mit 2,3 Millionen DM mehr gewesen. Allein in der Münchener Residenz hätten Elektriker 15 Kilometer Leitungen verlegen müssen, speziell für das aufwendige Sicherungssystem. Freilich kann es auch künftigen Ausstellungen dienen.

In der Aussprache erinnerte der F.D.P.-Abgeordnete Dr. Zech daran, daß seine Partei als erste eine lückenlose Aufklärung des „Skandals um die Wittelsbacher-Ausstellung“ verlangt habe. Die Kostenexplosion zeige die „Unfähigkeit des Hauses der Bayerischen Geschichte“. Allerdings sei das Kultusministerium dem

Landtag für die Kosten verantwortlich. Für die SPD-Fraktion fragte der SPD-Abgeordnete Volker Freiherr von Truchsess danach, wer die finanzielle Verantwortung übernehme und geb die Antwort gleich selbst, „Die übernimmt wohl der Steuerzahler“. Als Musterbeispiel einer sorgfältig vorbereiteten historischen Ausstellung nannte der Parlamentarier die Stuttgarter Staufer-Ausstellung, die an einem Ort in kürzerer Zeit mehr Besucher angezogen habe als die Wittelsbacher. Dem Kultusminister hielt er vor: Ihre Jubiläumsausstellung „war auf der ganzen Linie ein großer kultupolitischer Reinfall“.

Dagegen nahm der CSU-Abgeordnete Otto Meyer das Wittelsbacher Jahr gegen die Angriffe seines Vorredners in Schutz: „Wenn sich jemand um die bayerische Kultur Verdienste erworben hat, dann sicherlich auch die Wittelsbacher.“ Die Jubiläumsausstellung zur 800-Jahr-Feier sei eine hervorragende Darstellung ihrer Geschichte, aber auch der Geschichte Bayerns gewesen: „Beides ist von einander nicht zu trennen, ohne die Wittelsbacher gäbe es das heutige Bayern nicht.“ Der CSU-Abgeordnete stellte sich gleichzeitig mit Nachdruck hinter die geplante Ausstellung von 200 Jahren bayerischer Wirtschafts- und Sozialgeschichte in Augsburg, die zuvor der SPD-Abgeordnete Dr. Jürgen Böddrich durch die Kostenüberschreitung als gefährdet angesehen hatte. Dazu Otto Meyer: „Die beschlossene Ausstellung über Leben und Arbeiten im Industriezeitalter darf nicht gestorben sein.“ Beide Ausstellungen dürften nicht gegeneinander aufgerechnet werden.

In seinem Schlußwort sagte der Kultusminister, daß die Kostenexplosion für sein Haus nicht erkennbar gewesen sei. Auch glaube er, daß das Haus der Bayerischen Geschichte den vollen Überblick nicht hatte. Er verwahrte sich eber gegen den Vorwurf, daß gegen die bayerische Haushaltsordnung verstoßen worden sei. – Inzwischen haben Abgeordnete aller Parteien im Landtag die Forderung nach Schadensersatzansprüchen bei den Verantwortlichen der Wittelsbacher-Ausstellungen im Kultusministerium und im Haus der Bayerischen Geschichte aufgestellt; Disziplinarverfahren sollten allerdings erst nach der Sonderprüfung durch den ORH erwogen werden.

Michael Gscheidle

Gesundheitspolitik — kein hoher Stellenwert

Die Gesundheitspolitik hat derzeit keinen hohen Stellenwert. Das haben die Regierungserklärung von Bundeskanzler Schmidt und die sich anschließenden Debatten im Bundestag deutlich gemacht. Der Kanzler hatte seine Regierungserklärung in 138 Punkte gegliedert. Unter der Nummer 82 sagte er folgendes: „Die Bundesregierung wird das Krankenhausfinanzierungsgesetz wieder einbringen, und zwar unter Konzentration auf die Kostendämpfung. Ich hoffe dabei auf die Mitwirkung der Bundesländer. Zehnersatz und Heil- und Hilfsmittel sollen in das bewährte Kostendämpfungsgesetz einbezogen werden.“ Diese Sätze waren so wenig anregend und erregend, daß in der folgenden fast dreitägigen Bundestagsdebatte niemand darauf einging. Also Fehlenzeige auf der ganzen Linie.

Es stellt sich die Frage, warum das so ist. Die Antwort fällt leicht. Den Politikern brennen derzeit andere Probleme auf den Nägeln: das deutsch-amerikanische Verhältnis, die neue Eiszeit in den deutsch-deutschen Beziehungen, die Krise im Ostblock, insbesondere in Polen, die Unsicherheit der Energieversorgung, das hohe Leistungsbilanzdefizit, konjunkturelle Abschwächung und wachsende Arbeitslosigkeit, Staatsverschuldung und Zwang zur Konsolidierung. Dieser Katalog ließe sich noch verlängern. Dagegen müssen die Probleme der Gesundheitspolitik zweitrangig erscheinen. Hinzu kommt, daß die Koalitionsfraktionen Mühe haben, in der Gesundheitspolitik einen Grundkonsens herzustellen. Die F.D.P. möchte liberale Akzente setzen, das gegliederte System erhalten und die Patienten mehr als bisher in die Verantwortung einbeziehen. Die SPD steuert auf Gegenkurs. Da bieten sich nur Minimallösungen zur Überwindung aktueller Schwierigkeiten an.

Nicht zu verkennen ist auch, daß weiterhin konzeptionelle Ratlosigkeit herrscht, die sich freilich auch damit erklären läßt, daß neue Ideen so wenig Chancen ha-

ben wie die alten Ideen über die Selbstbeteiligung. Es wird weitergemacht, so wie bisher, solange es geht und vermutlich sogar noch ein bißchen länger. Der Dirigismus wird sich ausbreiten, schleichend, aber unauthentisch. Wie heißt es doch in der Regierungserklärung: das Krankenhausfinanzierungsgesetz wird wieder eingebracht, unter Konzentration auf die Kostendämpfung. Und auch Zehnersatz und Heil- und Hilfsmittel sollen in das bewährte Kostendämpfungsgesetz einbezogen werden. Der Dirigismus wird also komplettiert und perfektioniert.

Die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ hat sich auf ihrer Herbstsitzung auf der vorgegebenen Linie bewegt, auch wenn es viele Worte über die Humanität im Gesundheitswesen gab, sinnvolle und überflüssige. Nur ändern wird dies wenig daran, daß sich Menschen, vor allem kranke Menschen, in einer inhumanen und technisierten Welt immer wieder verlassen vorkommen werden. Aus dem fünf Seiten umfassenden Pepler über die Humanität im Gesundheitswesen bleiben einige Sätze haften: Der Patient soll ausreichend und verständlich über seine Krankheit, die Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung unterrichtet werden. Dem Patienten soll die Möglichkeit gegeben werden, an der Entscheidung über Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen mitzuwirken. Untersuchungsverfahren sollen patientenschonend angewandt und Mehrfachuntersuchungen vermieden werden.

Persönliche Ausstattungen und Arbeitsbedingungen müssen menschliche Zuwendung ermöglichen. Die hausärztliche Versorgung soll mehr gefördert werden. Die „Konzertierte Aktion“ hat hervorgehoben, daß die medizinische Versorgung patientennah zu erfolgen hat, der Einsatz der Medizintechnik in Diagnostik und Therapie unverzichtbar ist, die stationäre Versorgung auf das medizinisch notwendige Maß beschränkt und der Patient, wenn möglich, in seiner sozialen Umwelt belassen werden soll. Auch wen-

det man sich gegen die pauschale Kritik, daß unser Gesundheitssystem inhuman sei. Mehr Humanität sei aber nicht primär eine Frage des Geldes. Eindringlich ist der Appell an alle, im Bemühen um menschliche Zuwendung nicht nachzulassen.

Was die „Konzertierte Aktion“ zur Kostendämpfung bei den Heil- und Hilfsmitteln beschlossen hat, verspricht keine spektakulären Erfolge. So sollen die Statistiken verbessert und die Ausgaben transparenter gemacht werden. Dadurch erhofft man sich mehr Wettbewerb und Preisdruck. Die verbesserte Transparenz soll dazu genutzt werden, die verordnenden Ärzte „in begründeten Fällen“ über die von ihnen bewirkten Kosten zu informieren. Der Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen soll Richtlinien zur wirtschaftlichen Verordnung erstellen. Darin sollten neben den erforderlichen Maßstäben für eine wirtschaftliche Verordnung auch Regelungen enthalten sein, welche dem Arzt die Auswahl unter mehreren vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten erleichtern und zu einer einheitlichen Abgrenzung der Leistungspflicht der Krankenversicherung gegenüber der Versorgung mit „Gegenständen des allgemeinen Lebensbedarfs“ beitragen, heißt es im Bürokrattendeutsch.

Die Frage der Selbstbeteiligung ist faktisch ausgeklammert worden. Da wird nur die Prüfung der Frage angeregt, ob die „Umstellung auf die zur Zeit geltende Regelung des Kostenanteils bei Hilfsmitteln im Hinblick auf eine wirtschaftliche Versorgung ihrem Ziel gerecht wurde“. Hinter diesem Satzmonster verbirgt sich offensichtlich die Frage, ob bei der Verordnung von mehreren Massagen nur 1,- DM oder bei jeder Massage 1,- DM zugezahlt werden soll. Da werden offenbar Bagatelien zu politischen Problemen stilisiert. Über Zehnersatz soll erst im Frühjahr nachgedacht werden.

Die Forderung Ehrenbergs, die Laufzeiten der Honorarverträge künftig mit der „Konzertierten Aktion“ abzustimmen, hat zu folgender Antwort der Selbstverwaltung geführt: „Die Spitzenverbände stehen in Beratungen über die Gestaltung der Vergütung ab 1. Januar 1981. Sie streben dabei eine Regelung an, die dem gesetzlichen Auftrag entspricht und das Instrumentarium der ‚Konzertierten Aktion‘ berücksichtigt.“ Ehrenberg hat sich damit zunächst zufriedengegeben. Auf die Dauer werden ihm diplomatische Formeln aber wohl nicht reichen.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Die Kumpfmühler Symposien unseres Confrère Max Josef Zilch haben sich aus kleinen Anfängen in dem gemütlichen Hause Zilchs, bei denen noch unser unvergeßlicher Heinz Schauwecker aktiv teilgenommen hat, zu einem allgemein anerkannten Ereignis entwickelt. Sie besitzen eine Ausstrahlung im ganzen deutschsprachigem Gebiet und darüber hinaus auch im Ausland. Wir haben schon einmal über sein Symposium im Jahre 1976 berichtet, das unter dem Leitmotiv „Das Intuitive im ärztlichen und wissenschaftlichen Bereich“ stand („Bayerisches Ärzteblatt“ 6/1977, S. 618). Auch bei dieser Veranstaltung wurde ein interessantes Thema von Kapazitäten aus dem In- und Ausland behandelt. Confrère Stetter berichtet uns darüber in dankenswerter Weise ausführlich.

Die Schriftleitung schließt sich den nachfolgenden Genesungswünschen des Referenten dieses Berichtes für Confrère Zilch von Herzen an und hofft, daß er bald wieder in alter Vitalität und Frische sich den schwierigen und zeitraubenden Arbeiten für das nächste Symposium widmen kann.

Das Heilsame in Kunst und Medizin

VII. Kumpfmühler Symposion – veranstaltet von Max Josef Zilch

24. September 1980, 23.00 Uhr:
Wenn ich mich jetzt – bei einem Glas Südtiroler Wein; denn Regensburg unterhält partnerschaftliche Beziehungen zu Brixen – im vertrauten Hotel Maar in Oberisling am Schreibtisch sitzend frage: was hast Du erlebt, nachdem Du den heute recht hektischen Betrieb in der Bezirksstelle verlassen hast und in die friedlichen Gefilde des Symposions eingetreten bist?, dann fällt mir zunächst etwas Betrübliches ein. Alle waren sehr enttäuscht, daß der geistige Vater des Symposions, Herr Kollege Zilch, an den Folgen eines im Urlaub erlittenen Unfalls leidend, nicht teilnehmen konnte, was Herr Dr. Hauschka, einer der Moderatoren, in die Worte faßte: „Wir fühlen uns vereinsamt ohne unseren Vater Max Josef Zilch.“

Herr Dr. Schmucker, Phil. Institut der Universität Regensburg, sprach die Begrüßungsworte. Von vielen bedeutenden Persönlichkeiten – Kardinälen, Bischöfen, Ministern, Professoren – waren Grußbotschaften eingetroffen, wobei ich gleich bemerken sollte, daß ich mich am besten bei den Referenten auf einen Titel beschränke, da ich sonst bei deren Bedeutung und deshalb gehäuften akademischen Greden allein dafür eine Seite bräuchte. Dr. Schmucker weist darauf hin, daß das Symposion nicht allein stehe; es gebe an vielen Stellen der Welt ähn-

liche Bewegungen, so daß man geradezu von einem weltweiten geistigen Aufbruch zur Überwindung des materialistischen Weltbildes sprechen könne. Naturwissenschaft sei natürlich notwendig, besonders in der Medizin; aber man müsse sie wieder einfügen in Heilkunst und Heilkultur, die ihre Bemühungen letzten Endes in der Gottkindschaft des Menschen finden. Er gebrauchte ein Bild: im zweiten vorchristlichen Jahrhundert wurde der Gott der Medizin zusammen mit dem Gott der Technik dargestellt; dabei reichte dessen Gestalt nur bis zu den Knien des in der Fülle des Lebens stehenden Asklepios. Heute ist es nicht nur in der Medizin, sondern auch in Kunst und Architektur eher umgekehrt. Das richtige Maß müsse zurückgewonnen werden.

Bürgermeister Elmar Schieder begrüßte die Teilnehmer aus Deutschland und dem Ausland sehr herzlich und überraschte sicher manchen der Zuhörer mit seiner philosophischen Rückschau, in der er aufzeigte, wie seiner Meinung nach durch den unheilvollen Universalienstreit – *universalia sunt realia* bzw. *universalia sunt nominalia* – das einheitliche mittelalterliche Weltbild aufzubrechen begann, was sich bis in unsere Zeit auswirke. Seine in freier Rede gesprochenen tiefgründigen Ausführungen wurden mit großem Beifall aufgenommen.

Anschließend sprach ich Begrüßungsworte im Namen des Ärztlichen Bezirksverbandes und der KVB – Bezirksstelle Oberpfalz, sowie der Landesgruppe Bayern des BDSÄ. Dabei wies ich darauf hin, daß der Arzt immer im Spannungsfeld zwischen dem für den Patienten notwendigen naturwissenschaftlichen Wissen und der Gesamtschau des Patienten als leidenden Menschen steht, dem er sich personal zuwendet. Von der rein naturwissenschaftlich orientierten Medizin, die bei den großen Erfolgen der Vergangenheit manchem als das zu verwirklichende Ideal erschien, sind die Grenzen erkannt worden, innerhalb derer sie notwendig ist. Nun aber besteht eine neue zunehmende Gefahr der Partikularisierung, der Teilbetrachtung des Menschen und Patienten, nämlich der Versuch, „psychische“ Funktionen abzusplitteln und für das Ganze zu nehmen und das Heil allein in psychotherapeutischer Behandlung zu sehen. Kein Geringerer als unser Kollege cfr. Eberhard Schaetzing hat auf diese Gefahr aufmerksam gemacht. Er möchte den Begriff Psychotherapie – selbst langjähriger Präsident einer ärztlichen psychotherapeutischen Gesellschaft – fallen lassen zugunsten des Begriffes einer „Humantherapie“, die der Arzt allein im Wissen um beide Grundlagen der Medizin leisten kann. Der Mensch muß behandelt werden. „Daß die Seele selbst krank werden oder behandelt werden kann, widerspricht dem allgemeinen Glauben an die Unsterblichkeit. Behandelbar ist immer nur der Mensch.“, schreibt er in der Heilkunst. – Cfr. Zilch hat mir in einem Brief geschrieben, daß er sich riesig gefreut hat, daß wir im nächsten Jahr bei seinem Symposion auch eine Lesung der Bayerischen Schriftstellerärzte durchführen wollen.

Professor Becher, Voerde, zeichnete ein Bild des 91jährigen Jesuitenpaters Dr. Franz-Maria Sladeczek, der ein Mitbegründer des Symposions ist und als erster zum Ehrenmitglied ernannt wurde, als eines gütigen Menschen, der als Studentenseelsorger die Jugend begeistern konnte und der durch sein eigenes Verhalten gezeigt hat, daß der Weg zu Gott über den Mitmenschen geht.

Professor Liefländer, Chemisches Institut der Universität Regensburg,

hatte als Thema: „Strukturen des Denkens: Spaltendes und heilsames Sehen in Wissenschaft, Kunst und Medizin“. Er bot einen umfassenden Überblick über die gesamte Geistesgeschichte vom Altertum bis zur Jetztzeit, der mit viel Beifall aufgenommen wurde. Hier nur auszugsweise zu berichten, würde den zu Verfügung stehenden Rahmen sprengen (s. späteren Hinweis auf Sonderdruck!).

Abends fand im Vortragssaal des Diözesanmuseums ein Festabend statt, bei dem nach musikalischer Einstimmung durch eine Familien-Volksmusikgruppe und durch einen Männerchor Professor Lützeler, Bonn, den Festvortrag hielt über: „Kunst des 20. Jahrhunderts, Zeugnisse der Malerei“. Er besprach anhand einer nicht zu großen Zahl gut ausgewählter Farbdias Werke von Kirchner bis Chagall, beschränkt auf Bilder vom Menschen. Es wurde eine Anthropologie durch die Anschauung. Lützeler, den ich vor über 30 Jahren schon in Bonn gehört und bewundert hatte, verstand es in unübertrefflicher Weise, die Bilder zu interpretieren, wobei er einleitend darauf hinwies, daß gerade auch die Farbe in dieser Zeit eine wesentliche Bedeutung hat. Beklemmend waren Bilder des en die Technik angeglichenen Menschen — ohne Kopf, ohne Arme und ohne Beine. Die Künstler zeigen ihre Welt, Ausschnitte aus einer oft zerrissenen und verfremdeten Welt. Das eine Auge manches Gesichts ist nach Innen gerichtet, während gleichzeitig das andere in eine sinnlose Ferne schaut. Von Ansätzen abgesehen gibt es kaum religiöse Kunst. Übrigens war im Raum auch eine Ausstellung von Bildern einer Bonner Künstlerin untergebracht, die cfr.

Zilch besonders schätzt, Ri Meuser, früher auch einmal in der „Waage“ vorgestellt, wie mir Frau Sievers beim Symposium sagte. Sie verwendet in moderner Gestaltung meist zarte Farben in ihren Bildern, die manchmal auch an ostasiatische Form- und Farbgebung erinnern. Hier fiel eine zunächst seltsam anmutende Mischung von oft prägnant dargestellten und dann auch wieder nur angedeuteten Gesichtern auf; anscheinend werden vor allem Konflikte zwischen Männern und Frauen, aber auch zwischen Frauen allein, und Szenen aus der Mythologie unter Beifügung von symbolischen Tier- und Teufelsgestalten geschildert. (P. S.: Ich habe es sehr bedauert, daß die Künstlerin wegen einer Erkrankung ein vorgesehenes Referat vor ihren Bildern nicht durchführen konnte, da nicht nur mir allein der unmittelbare Zugang nicht recht gelang.)

28. September 1980, wieder zu Hause.

Es ist einfach unmöglich, über alle durchwegs ausgezeichneten Vorträge zu referieren, wenn dabei wenigstens einige Gedanken etwas näher ausgeführt werden sollen.

Bevor ich weiterfahre, will ich noch darauf hinweisen, daß dieses Symposium, dessen „Herz und Vater“ unser cfr. Max-Josef Zilch ist, aus kleinen mehr familiären Anfängen, ursprünglich im Hause Zilchs, in dem ein kleiner künstlerisch gestalteter Saal eingebaut ist, nun in größere Dimensionen hineingewachsen ist, was schon allein darin zum Ausdruck kommt, daß an den Festabend im Diözesanmuseum noch zwei weitere Festabende sich anschlossen: beim Herrn Regierungspräsidenten

Professor Dr. Emmerig im geschichtsträchtigen und „Appollon et convivis“ gewidmeten Großen Saal der Regierung der Oberpfalz, umrahmt mit von dem Chor-Ensemble „Amici cantandi“ hervorragend vorgetragenen vier- bis sechsstimmigen Chören, mit sehr freundlichen und durchgeistigten Begrüßungsworten des Hausherrn, der auch anschließend für Ehrengäste, Referenten und wissenschaftliche Beiräte einen Empfang gab, mit Begrüßungs- und Dankworten — in Vertretung von Dr. Zilch — von Herrn Professor Schipperges, die, aus seiner umfassenden Sicht lebendig vorgetragen, große Zustimmung fanden, und schließlich mit einer ganz hervorragenden Festansprache des in der ganzen Welt bekannten Baseler Biologen Professor Zoller über „Die Natur als Quelle künstlerischer Inspiration“, auf die ich noch eingehen werde.

Die Festsitzung im renovierten Reichssaal des alten Rathauses fand auf Einladung des Hausherrn, des Herrn Oberbürgermeisters Friedrich Viehbacher, statt — mit ebenfalls anschließendem Empfang in den Kurfürstenzimmern —, umrahmt von einem Cembalovortrag durch den Domorganisten, Herrn Eberhard Kraus, und von einer Uraufführung von Kraus: „O clarissima Mater sanctae medicinae“ für Sopren und Cembalo nach einem Responsorium der Hildegard von Bingen, ausgezeichnet und mit großer Stimme vorgetragen von Frau Christine Pernpaintner. Hier sprach Herr Dr. Hauschka in Vertretung von Dr. Zilch bedeutsame Worte zum VII. Kumpfmühler Symposium, während Professor Schäfer den mit großem Beifall bedachten Festvortrag über „Heilen und Heil“ hielt.

Prostatahypertrophie Stadium I und beginnendes Stadium II

PROSTAMED®

Proliferationsbremse des Prostetagewebes bei gleichzeitiger Beseitigung venöser Steuungskongestionen der Prostete.

Zusammensetzung: 1 Tablette à 0,5 g enthält:

Küribisgöbulin 0,1 g, Küribismehl 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.

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten genz oder zerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen.

Hendelstörmen u. Preise incl. MWSt.: 60 Tabletten DM 8,45; 120 Tabletten DM 14,48; 360 Tabletten DM 34,78



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

Auch die ganzseitige Ankündigung des Symposiums im „Deutschen Ärzteblatt“ sollte hier erwähnt werden, in der cfr. Ziich die Absicht der Kumpfmüller Symposien darlegte, im interdisziplinären Gespräch zwischen Ärzten, Theologen, Naturwissenschaftlern, Künstlern und Philosophen Bausteine zur Grundlegung einer Gesamtherapie der gegenwärtigen Sinnkrise zu erarbeiten.

Aus dem vielen Gebotenen greife ich nur noch heraus:

Dr. Mex Fischer, Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen, hielt einen ausgezeichneten, sehr abgewogenen Vortrag über „Heilsame Umwelt“, wobei er einleitend feststellte, daß gleich wichtig wie die äußere, auch die innere Umwelt des Menschen ist. Die Wichtigkeit des Umweltschutzes ist erkannt, vieles wurde bereits getan; besonders wichtig ist das „Umweltchemikaliengesetz“, auch wegen der krebserzeugenden Wirkung vieler chemischer Erzeugnisse; das „Naturschutzgesetz“ in Bayern wurde von vielen Sachkennern geradezu als ein Jahrhundertgesetz begrüßt. Bei allen richtigen und notwendigen Wünschen an den Umweltschutz muß man auch bedenken, daß alles sehr, sehr viel Geld kostet, und, daß dieses Geld erst einmal erarbeitet werden muß. Eine lebhaftige Diskussion schloß sich an, wobei auf meine Frage nach der Anwendung des Verursacherprinzips Herr Fischer feststellte, daß dies das zu erreichende Ziel unbedingt sei, daß aber z. B. kleinere mittelständige Unternehmen ohne Hilfe dabei finanziell zugrunde gehen könnten, was am vergangenen Tag in der Sendung „Jetzt red i“ ausführlich dargestellt wurde. Herr Oberbürgermeister Viehbacher wick der Frage eines auswärtigen Teilnehmers nicht aus, wie denn Regensburg beabsichtige, mit der furchtbaren Auto-Abgasbelastung der Fußgänger und auch der Hausbewohner in den engen Straßen der Innenstadt fertig zu werden. Er kündigte an, daß die Stadt schon dabei sei, an die Schaffung von großen Außenparkplätzen und die denn mögliche Sperrung der Innenstadt für den Durchgangsverkehr zu denken.

Da der Erwerb des vollständigen Sonderdrucks aller Referate, die fortlaufend in der Zeitschrift „Der

deutsche Apotheker“ erscheinen, möglich ist – in etwa einem Jahr herauskommend kann er bereits jetzt bei Herrn Kollegen Ziich angefordert werden, voraussichtliche Kosten um die 10 DM –, will ich noch auf einige weitere umfassende Referate hinweisen, um zu zeigen, daß sich die Anforderung dieses Sonderdrucks tatsächlich lohnt. (Auch die Sonderdrucke der früheren Symposien sind noch erhältlich, solange der Vorrat reicht.)

Beiträge von katholischen Theologen: Professor Pfeil, Bamberg, „Unheil und Heil in der evolutiven Welt“, der feststellte, daß die Lehren des Glaubens widerspruchlos mit modernen naturwissenschaftlichen Erkenntnissen zu vereinbaren seien. Professor Biser, München, Ordinarius für christliche Weltanschauungen und Religionsphilosophie an der Universität München: „Die verlorene Dimension – Gedanken zur Wiedergewinnung des therapeutischen Elements in der Theologie“; es sei eine Umstrukturierung des theologischen Denkens notwendig, da es jetzt nur eine Theorie von Heil, aber nicht das Heil selbst den bedrängten Menschen anbiete; eine gewaltige Neuorientierung von der Theologie der Sünde und Schuld, die zwar auch ihre volle Berechtigung habe, zur Theologie des Heils sei zu fordern.

Hier schloß sich ein Referat von Herrn Hauschka an, der den cfrs. et cfrs. als Mitglied der Regensburger Schriftstellergruppe bekannt ist – er war auch schon als Gast bei der Landesgruppe in Berching –: „Die Sprache Gottes als das Heil des Menschen“, in der er in echt Thesen viele Beispiele, insbesondere aus der Bibel, brachte. Gott ist – Gott ist das Heil – Gott spricht – Gottes Sprache will das Heil des Menschen – Der Mensch kann hören – Der Mensch kann überhören – Der Mensch kann Gott antworten – Gott und der Mensch im Dialog.

Professor von Engelhard, Institut für Medizingeschichte der Universität Heidelberg, brachte eine vorzügliche Übersicht, die kaum mehr einen Wunsch nach weiteren Zusätzen übrig ließ, unter dem Leitwort: „Des literarische Kunstwerk als Therapeutikum“. Die Bibliothek hat bereits einen festen Platz in der Medizin gefunden.

Professor Schipperges bedankte sich als Grandseigneur bei seinem Mitarbeiter für das vorzügliche Referat mit einem alten arabischen Wort: „Viel habe ich gelernt von meinen Lehrern, mehr noch von meinen Kollegen, das meiste aber von meinen Schülern.“

An vorwiegend medizinischen Referaten wären noch zu nennen: Professor Baron: „Arzt, Naturforscher und Künstler aus Berufung“, mit viel Begeisterung vorgetragen; Frau Dr. Baumann: „Sophrologie“, eine „Wissenschaft der Harmonie zwischen Körper, Geist und Seele“, die bereits in Paris über einen Lehrstuhl verfügt, 1970 und 1975 in Barcelona zwei Weltkongresse durchgeführt sowie 1979 und 1980 bei der „Natura“ in Basel je einen Tag zur Verfügung gehabt hat. Kollege Dr. Weyers sprach über „Polarität und Gleichgewicht“, wobei er auf Erkenntnisse der Musiktherapie über die Wirkung von Intervallen hinwies, z. B. der Quinte als Ruhe bringendes Intervall, selbe von ihm vielbenutzten Apparate „Bioscillator“ und „Biosonor“ ansprach und eigene Beispiele seines Kunstschaffens als „Elemente der Ordnung“ vorstellte. Herr Kollege Dr. Jung, Nachfolger Beckmanns bei den Ohlstadter Kuren, selbst auch Diplompsychologe, brachte sehr interessante „Gedankensplitter eines Praktikers, eines pragmatisch arbeitenden Kurarztes“, wobei er besonders auf die Notwendigkeit des den Patienten Zuhören-Könnens hinwies. Er stellte fest, wie beklemmend es sei, wie störrisch die natürliche Ordnung ist, wenn die große Einbindung des Menschen in die Religion fehlt. Zur Frage: „Was ist Kunst in unserer therapeutischen Arbeit?“ meinte er, daß Künstler und Arzt von innen heraus zu Arbeiten gefordert werden, bei denen man jeweils am Anfang nicht wisse, was dabei herauskomme, und daß beide sich dafür ihr Werkzeug so angeeignet haben müssen, daß es unbewußt zur Verfügung steht, damit sie frei sind für den schöpferischen Akt des eigentlichen Werks, wozu neben Intuition auch noch die Faszination gehört, die volle Zuwendung – im Gefühl, Werkzeuge eines Höheren zu sein.

(Schluß folgt)

Referent:

Dr. med. E. Stetter, Wichernstraße 7, 8450 Amberg

Kongresse

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 15. Januar 1981 in München

Thema: Fragen aus der Praxis – Antworten für die Praxis (Professor Dr. H.-J. Florian – Professor Dr. G. Fruhmann, München)

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

3. Onkologisches Seminar für niedergelassene Ärzte

am 28. Januar 1981 in München

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

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

Beginn: 19.30 Uhr s. t. – Ende: 21.30 Uhr

Ort: Klinikum Großhadern der Universität München, Hörsaal VI, Merchioninstraße 15, 8000 München 70

Auskunft:

Privatdozent Dr. R. Hertenstein, Medizinische Klinik III im Klinikum Großhadern, Merchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-31 55

14. Erlanger Fortbildungstage in Praktischer Medizin

am 27./28. Februar 1981 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. L. Demling – Professor Dr. K. Bechmann, Erlangen

Auskunft und Anmeldung: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-33 74

3. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung

vom 7. bis 14. März 1981 in Bad Kleinkirchheim

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

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

Themen (zumeist in Seminarform): Kardiologie – Gastroenterologie – Hepatologie – Rheumatologie – Onkologie – Sexualmedizin (gynäkologisch) – Proktologie – Echokardiographie – Röntgenologie – Mykologie – Dermatologie – Ophthalmologie – Autogenes Training – Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik – Leberseminar – Forum: „Kardiologie: Beta-Blocker“ – Phantomkurs „Gastroskopie“ – Kurs „Sonographie“

Auskunft und Anmeldung: Kongreßbüro des Berufsverbandes Deutscher Internisten, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden, Telefon (0 61 21) 30 60 28

67. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

Collegium Medicum Augustanum

am 28./29. März 1981 in Augsburg

Leitung: Dr. K. Hellmann, Augsburg

Theme: Neues in der Medizin – aktuell für die Praxis?

Auskunft:

Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 3 37 77

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärztereverbandes e. V.

vom 25. bis 31. Januar 1981 in Oberstdorf
Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärztereverbandes

Leitung: Dr. P. Konopka, Augsburg

Theme: Skilanglauf und Eislauf in Theorie und Praxis aus internistischer und traumatologisch-orthopädischer Sicht

Auskunft und Anmeldung:

Deutsches Reisebüro GmbH, Direktion, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1, Telefon (06 11) 15 66-1

vom 24. Januar bis 7. Februar 1981 in Sölden/Südtirol

Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärztereverbandes

Leitung: Dr. B. Grünewald, Bad Pyrmont

Theme: Sport-Risiko und Chance: Ärztliche Aspekte des Wintersports

Auskunft und Anmeldung:

Deutsches Reisebüro GmbH, Direktion, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1, Telefon (06 11) 15 66-3 85

am 21./22. Februar 1981 in Grünwald

Sportärztliche Ausbildungstagung in der Sportschule Grünwald

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

Theme: Funktionelle Stützverbände im Sport, Tepe-Kurs

Auskunft und Anmeldung:

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

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 30 mg.
Tropfen: 100 ml enthalten: Cocculus D4 70 ml, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 10 ml.
Injektionslösung: 100 ml enthalten: Cocculus D3 0,7 ml, Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ana 0,1 ml, Natriumchlorid 0,8 g, Aqua ad inject. 98,7 ml.
DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen: 3-4 mal täglich 1 Tablette kutscheln bzw. 6-10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit initiale Stoßtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5-10 Tropfen.
Injektionslösung: Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3-1 mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., s.c., l.c.
DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN (incl. MwSt.)
Packungen mit 50 Tabletten D4 4,83, mit 250 Tabletten D4 18,10, Tropfflaschen mit 30 ml D4 7,50, mit 100 ml D4 20,95.
Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml D4 6,88, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml D4 14,48.

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

Vertigoheel®

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

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

-Heel

Klinische Fortbildung in Bayern

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

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

**Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16,
8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 288**

Dermatologie

Maligne Melanome der Haut: Diagnose, Prognose, Therapie

Fortbildungsveranstaltung der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität in Verbindung mit dem Tumorzentrum München und der Akademie für ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer

em Samstag, 7. Februar 1981

Leitung: Professor Dr. O. Breun-Felco
Zeit und Ort: 9.00 bis ca. 17.30 Uhr –
Großer Hörsaal, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Frauenlobstraße 9, 8000 München 2

Themen: Epidemiologische Faktoren bei der Entstehung maligner Melanome – Klinische Formen, Klassifikation und Differentialdiagnose maligner Melanome – Zur Immunologie maligner Melanome: Diagnostische und therapeutische Aspekte – Histopathologie und Proliferationsverhalten maligner Melanome – Histopathologische Differentialdiagnose maligner Melanome – Was tun bei Melanomverdacht? – Beurteilung des Metastasierungsrisikos bei malignen Melanomen – Operative Behandlung maligner Melanome – Operative Behandlung maligner Melanome aus der Sicht des HNO-Arzt – Operative Behandlung maligner Melanome im Hand- und Fußbereich – Strahlentherapie metastasierender Melanome – Adjuvante therapeutische Maßnahmen bei malignen Melanomen im Stadium I – Innerliche Behandlung metastasierender Melanome – Diskussion nach jedem Vortrag

Eine Teilnehmergebühr wird nicht erhoben

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 25. Januar 1981 (Posteingang)

Echokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Cheferzt: Professor Dr. D. Michel

Einführungs- und Fortbildungskurs in die Klinische Echokardiographie (UKG) am 23./24. Oktober 1981

Leitung: Oberarzt Dr. Aiber

Beginn: Freitag 9.15 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Kursgebühr: DM 50,-

Letzter Anmeldetermin: 13. Oktober 1981 (Posteingang)

Ergometrie

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern

Cheferzt: Dr. H. Hofmann

Ergometrie-wochenende am 23./24. Mai und am 24./25. Oktober 1981

Beginn: Samstag 9.30 Uhr – Ende: Sonntag 12.30 Uhr

Das Programm umfaßt praktische Übungen sowie Referate über die theoretischen Grundlagen der ergometrischen Belastungsprüfungen und ihre heutige Bedeutung in Klinik und Praxis.

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 90,-

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24-369 oder 24-370

Ernährungsmedizin

Kurperkklinik Bad Neustadt/Saele

Kursleitung: Cheferzt Privatdozent Dr. med. habil. F. Matzkies

3. Ernährungemedizinisches Seminar am 31. Januar und 1. Februar 1981

4. Ernährungemedizinisches Seminar am 27. und 28. Juni 1981

Beginn: Samstag 9.00 Uhr – Ende: Sonntag 12.00 Uhr

Thema: Grundlagen der Ernährungslehre sowie die daraus ableitbaren diätetischen Behandlungsmöglichkeiten

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 200,- (Unterkunft und Verpflegung sind inbegriffen)

Auskunft und Anmeldung: Fräulein Peschke, Kurperkklinik, Kurhausstraße 31, 8740 Bad Neustadt/Saele, Telefon (0 97 71) 50 48

Januar bis Oktober 1981

9./10. Januar
Praktische Elektrokardiographie, Teil II, Schwerzenbruck

16./17. Januar
Onkologie, Oberaudorf

19. bis 24. Januar
Physikalische Therapie, München

31. Januar/1. Februar
Ernährungsmedizin, Bad Neustadt

7. Februar
Dermatologie, München

7./8. Februar
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Erlangen

20./21. Februar
Ultraschallkurs, Regensburg

20./21. März
Sonographie, München

10. bis 12. April
Neurologie und Psychiatrie, Erlangen

15./16. Mai
Sonographie, München

23./24. Mai
Ergometrie, Bernried

27./28. Juni
Ernährungsmedizin, Bad Neustadt

11./12. September
Sonographie, München

23./24. Oktober
Echokardiographie, München

24./25. Oktober
Ergometrie, Bernried

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenkranke der Universität Erlangen-Nürnberg, Weidstraße 1, Hörseal

Direktor: Professor Dr. M. E. Wigand

14. HNO-Fortbildungseminar am 7./8. Februar 1981

Beginn: 9.30 Uhr s. t. – Ende: ca. 16.00 Uhr

Theme: Rehabilitation im Kindesalter – Es werden außerdem praktische Kurse in Audiologie, Neuro-Otologie, Endoskopie, Phonietrie, plastischen Operationen und endonasaler Nebenhöhlenchirurgie abgehalten.

Auskunft und Anmeldung: Professor Dr. M. E. Wigand, HNO-Universitätsklinik, Weidstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-31 41

Neurologie und Psychiatrie

Universitäts-Nervenkl. Erlangen
Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. Daun

9. Fortbildungsveranstaltung Neurologie und Psychiatrie für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete vom 10. bis 12. April 1981

Themen: Neuropsychiatrische Erkrankungen im höheren Lebensalter – Diagnose und Therapie der Polyneuropathien – Diagnose und Differentialdiagnose interkranialer Raumforderungen
Auskunft und Anmeldung: Herr Witkowski, Universitäts-Nervenkl. mit Poliklinik (Kopfkl. Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-45 63/64

Onkologie

Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl/Obaraudorf

Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. A. Leonhardt

Klinisch-onkologisches Wochenende am 16./17. Januar 1981

Beginn:
Freitag, 9 Uhr – Ende: ca. 18 Uhr
Samstag, 9 Uhr – Ende: ca. 13 Uhr

Ort: Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl/Obaraudorf

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 10 Tage vor Kursbeginn

Praktische Elektrokardiographie

Rummalsberger Anstalten der Inneren Mission – Krankenhaus Rummalsberg, Laurentiushaus, 8501 Schwarzenbruck

Leitung: Oberarzt Dr. Warning

Fortbildungsseminar II am 9./10. Januar 1981
(Seminar für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag 10.00 Uhr – Ende: 17.30 Uhr

Hörsaal der Orthopädischen Klinik, Wicharnhaus des Rummalsberger Krankenhauses

Teilnehmerbeitrag: DM 100,-

Übernachtungsmöglichkeit im Haus

Auskunft und Anmeldung: Oberarzt Dr. A. Warning, Krankenhaus Rummalsberg, Laurentiushaus, 8501 Schwarzenbruck, Telefon (09128) 720

Physikalische Therapie

Kurs über Grundlagen und Techniken der Physikalischen Medizin unter Berücksichtigung der Prävention und Rehabilitation zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“

4. Kurswoche: Elektrotherapie – Lichttherapie – Ultraschalltherapie

vom 19. bis 24. Januar 1981 in München

Auskunft und Anmeldung: Professor Dr. H. Drexel, Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie der Universität München, Marchioninistraße 17, 8000 München 70, Telefon (089) 703824

Sonographie

Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Einführungs- und Fortbildungskurse für Sonographie am 20./21. März 1981, 15./16. Mai 1981 und 11./12. September 1981

Leitung: Oberarzt Dr. Zimmermann

Beginn: Freitag 9.00 Uhr – Ende: Samstag 12.00 Uhr

Kursgebühr: DM 80,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Kurs I: 10. März 1981 (Posteingang), Kurs II: 5. Mai 1981 (Posteingang), Kurs III: 1. September 1981 (Posteingang)

Regensburger Ultraschallkurse

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Direktor: Professor Dr. P. Doering

Einführungskurs für Sonographie am 20./21. Februar 1981

Leitung: Oberarzt Dr. U. Reisp, Dr. S. Weidenhiller

Programm: Theoretische Grundlagen der Sonographie des Abdomens und der Schilddrüse sowie praktische Übungen in kleinen Gruppen (ca. fünf Teilnehmer pro Gruppe).

Begrenzte Teilnehmerzahl

Kursgebühr: DM 100,-

Auskunft und Anmeldung:

Frau True, Ultraschall-Labor, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Prüfeninger Straße 86, 8400 Regensburg, Telefon (0941) 208-277

Katastrophenmedizin 1981

Fortbildungsseminar der Bayerischen Landesärztekammer für niedergelassene Ärzte und Sanitätsoffiziere in Zusammenarbeit mit der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr

28. Januar 1981:

Einführung in die Katastrophenmedizin

25. Februar 1981:

Aktuelle Beispiele katastrophenmedizinischer Versorgung im Frieden

25. März 1981:

Die Triage (Sichtung) – Erste ärztliche Notfallmaßnahmen

29. April 1981:

Der Polytraumatisierte – Teil I: Chirurgie

20. Mai 1981:

Der Polytraumatisierte – Teil II: Innere Medizin und Neurologie

24. Juni 1981:

Die Verbrannungskrankheit und die Kombinationsschäden nuklearer Kampfmittel

8. Juli 1981:

Lehrvorführung mit Demonstration der Rettungsmittel

30. September 1981:

Die Seuchen im Katastrophenfall – Bakteriologische Kampfstoffe

28. Oktober 1981:

Rechtsmedizinische Fragen im Katastrophenfall

25. November 1981:

Massenhysterie und psychisch abnorme Reaktionen – Chemische Kampfstoffe – Abschlußabend

Ort: Sanitätsakademie der Bundeswehr, Neuherbergstraße 11, 8000 München 45

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

Anmeldung nicht erforderlich

Jahreswende — Stunde der Fabulierer

Niemals im Jahr arschaint in den Zeitungen und Zeitschriften die Aufforderung „Hätten Sie . . .“ so häufig wie in der Zeit um den Jahreswechsel. Nachdem die Elektronenrachner heißgelaufen sind, erfahren Sie nun, was Sie das Jahr hindurch zu welchen Zeitpunkten hätten kaufen sollen, um sehr viel Geld zu verdienen, und was Sie wann hätten abgeben müssen, um Gewinne zu erzielen oder Verluste zu vermeiden.

Gründlich wie nicht nur die Deutschen, sondern vor allem auch die Amerikaner auf diesem Gebiet sind, wird die ganze Palette abgeklopft, von den silbernen Löffeln aus dem 18. Jahrhundert und dem Goldbasis in den unterschiedlichsten Formen über Antiquitäten, festverzinsliche Wertpapiere, Kunstwerke, handgeknüpfte Teppiche, Immobilien, altes Spielzeug, deutsche wie ausländische Aktien und andere Formen, in denen man sein Geld unterbringen kann.

Nicht selten folgt dieser Auflistung von Gewinnen und Verlusten, sorgfältig jeweils mit der entsprechenden Zinshöhe, die Empfehlung. Experten und Menschen, die sich dafür halten, raten ihnen, wie Sie in den kommenden zwölf Monaten mehr aus ihrem Geld machen können. Nur selten verreten sie ihnen aber, was sie ihnen das Jahr zuvor für Ihre anlagefähige DM empfohlen hatten, und was daraus geworden ist.

Großzügig werden bei diesen Tipps zumal die ertragsbeeinflussenden Aufschläge beim Kauf und Abschläge beim Verkauf von Sachwerten und Gebühren bei An- wie Verkauf von Wertpapieren übersehen. Geschwiegen wird ebenso über Kosten für Depots und deren Verwaltung sowie für Sefes oder auch Trepppreise, falls Sie Ihre Schätze gern in den eigenen vier Wänden aufbewahren. Dazu kommen dann noch die entsprechende Aufstockung der Hausratversicherungssumme und vielleicht der Abschluß einer besonderen Wertsachen- oder Valoren-Versicherung.

Großzügig wird ignoriert, daß Sachwerte keinen laufenden Ertrag abwerfen, und daß er von Immobilien völlig unzulänglich sein kann. Und für Geldanlagen wird ihnen noch eine Milchmädchenrechnung vorexerziert.

Man rechnet ihnen den Realzins einer Anlage vor. Das ist der Ertrag, der ihnen

als Kaufkraft zur Verfügung steht. Ganz einfach zieht man dazu vom Zinssatz die gegenwärtige Inflationsrate ab. Des stimmt aus drei Gründen nicht:

Erstens stammt der Zins von einer Geldanlage im Jahr vorher. Also müssen Sie die Inflationsrate aus der Zeit der Geldhingabe von der Zinsauszahlung subtrahieren, um den zutreffenden Realzins ermitteln zu können.

Zweitens haben Sie bei Geldwerten den Kaufkraftschwund nicht nur des Ertrages, sondern natürlich auch der Substanz, des angelegten Betrages, zu berücksichtigen.

Drittens wird Ihnen von einer gewissen Höhe an vom Ertrag die Einkommensteuer in Höhe Ihres Spitzensatzes abgezogen. Die betrübliche Schlußfolgerung: Nicht selten ist nicht nur außer Spesen nichts gewesen. Häufig haben Sie trotz Erträgen reale Wertminderungen der Anlage hinzunehmen.

Clevere Anlage-Vertreter dramatisieren solche Rechnungen möglichst noch. Als Lösung blättern sie aus ihrem Aktenkoffer gepflegte, schillernde Prospekte und die dazugehörigen Verträge für Anlagen heraus, durch die Sie Steuern sparen sollen. Viel Spreu und wenig Weizen. Lassen Sie sich auch mit Blick auf den Kalender oder die angebliche Gefahr, die Anlage könne bald überzeichnet sein und für Sie nichts mehr übrig bleiben, lassen Sie sich durch solche „Warnungen“ nicht überstürzt zu einer Unterschrift verleiten.

Ein in solchen Fragen kundiger Steuerberater muß Ihnen versichern, daß am genannten Steuervorteil nicht zu zweifeln ist. Ein Jurist sollte sorgfältig nach Fallstricken im Vertrag suchen. Schließlich brauchen Sie jemanden, der vom Markt der Anlage etwas versteht, von Erdöl-sucht und -förderung, von Immobilien im in- und Ausland und anderen Materien. Auf Testate von Wirtschaftsprüfungsgesellschaften können Sie sich nach trüben jüngsten Erfahrungen durchaus nicht immer verlassen.

Im übrigen: Vergleichen Sie die Ertragsprognosen aus diesem mit den tatsächlichen Ergebnissen im nächsten Jahr, eine amüsante Beschäftigung.

Horst Baloch

Freiberufs-Schröpfung

Finanzminister brauchen keine Handschuhe, weil sie ihre Hände in die Taschen anderer stecken. Matthöfer soll diese Übung nach einer jüngsten Forderung seines Partei-Finanzexperten Dieter Spöri noch vertiefen.

Spöri verlangt, den Freiberuflern nun auch noch die Gewerbesteuer abzuknöpfen. Diese Blamage hätte er sich durch Information ersparen können. Gewarba ist nämlich gerade nicht naturgabendane Güterproduktion, die arbeitsmäßige Stoffumwandlung. Wie passen wohl die Wiederherstellung der Gesundheit durch den Arzt, die Rechtsvertretung durch den Anwalt, Interpretationen durch Tonkünstler und Schauspieler und Tätigkeiten der anderen Freiberufler in diese Definition?

Gewarbabetribe verursachen den Gemeinden erhöhte Verkehrs-, Sozial-, erhöhte sogenannte Daseinsvorsorgeleistungen und die Durchführung von Abwehrmaßnahmen gegen Umweltbelastungen. Daher wird die Gewerbe- als kommunale Steuer erhoben. Und aus diesen Gründen gehören nach § 6 der Gewerbeordnung (GewO) die Freien Berufe eben nicht zum Gewerbe. Sie belasten ja die Gemeinden mit solchen Vorkahrungen nicht.

Mit gleichartiger Willkür könnten beispielsweise die Galastapler der Umsatzsteuer unterworfen werden, weil sie Pakete und andere Ladungen von einer auf eine andere Stelle umsetzen, der Wechselsteuer unterliegen, wer von einer auf die andere Straßenseite oder seine Stellung wechselt und die Kraftfahrzeugsteuer auf alle Fahrzeuge erhoben werden, die mit Kraft in Fahrt versetzt werden, so Schubkarran und Rollschuhe, Skier, Fahrräder und Einkeufswagen im Selbstbedienungsladen.

Aber Politiker, die sich der Lächerlichkeit aussetzen, verstanden am wenigsten Spaß. Also sollte die Diskussion über diesen Start zum fiskeischen Amok vorbereiten, selbst wer an sich aus sachlichen Gründen jene fixe Idee keines weiteren Wortes für wert hält.

Prosper

Kurz über Geld

KURZATMIGE GELDLANLAGEN noch immer am günstigsten. Die höchsten Festgeldzinsen gibt es auf einen Monat.

AUCH NACH VERSICHERTEN-TOD sind Beiträge zur Rentenversicherung bis zu dem Betrag zulässig, der ihm vorher als außerordentliche Nachentrichtung zuerkannt worden war.

Schnell informiert

Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München

Vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz wurde

Dr. Peter Herbrand, Internist, Georgenschwaigstraße 29, 8000 München 40,

für die Zeit bis 22. Januar 1983 als ehrenamtlicher Richter zum Vorsitzenden des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München ernannt (Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz vom 5. November 1980, Aktenzeichen 6241 - III - 635/79).

BLAK

50 Jahre Medizinische Lesehalle

Ende 1980 wurde die „Medizinische Lesehalle“ der Universitätsbibliothek München am Beethovenplatz 50 Jahre alt. Die Medizinische Lesehalle beherbergt eine der größten medizinischen Fachbibliotheken Deutschlands und wird von der Universitätsbibliothek getragen. Die Bestände umfassen 454 000 Bände, wovon 131 000 Eigentum des Ärztlichen Vereins e. V. sind, die aber zusammen mit den übrigen Beständen einheitlich verwaltet werden.

Das Gebäude, 1913 durch den Operettenautor Frenz Joseph Brakl als Kunsthaus errichtet, ist unverkennbar dem Jugendstil zuzurechnen und selbst als Kunstdenkmal zu bezeichnen. Wirtschaftliche Schwierigkeiten führten dazu, daß die reiche deutsch-amerikanische Ärztin Sophie A. Nordhoff-Jung das Haus erwarb und der Universität als Stiftung zueignete. Auf diese Weise konnte im Klinikviertel im Herbst 1930 ein lang gehegter Plan, nämlich eine medizinische Fachbibliothek einzurichten, realisiert werden.

Aus Anlaß des Jubiläums stellte die Universitätsbibliothek in der Medizinischen Lesehalle Exponate zur Geschichte der Anatomie vom 17. bis 19. Jahrhundert aus. Es wurden Bücher aus den Beständen der Bibliothek gezeigt, die die Entwicklung der Anatomie in dieser Zeit dokumentieren sollen. Die Anatomie in der Zeit nach Vesalius ist durch einen funktionalen Zug gekennzeichnet. Mit Hilfe der vergleichenden Anatomie und der Anwendung von Mikroskop sowie Gefäßinjektion wurden wesentliche Fortschritte erzielt. Buchgeschichtlich besonders attraktiv sind die Atlanten von Albinus, Bidloo, Heiler und Mascagnie.

Broschüre des Zentrallinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Band 18: Die Qualität ärztlicher Verrichtungen im ambulanten Versorgungsbereich

Verglichen mit der Vielzahl von Studien im angelsächsischen Bereich sind quantitative Qualitätsbestimmungen medizinischer Versorgungshandlungen in der Bundesrepublik Deutschland ein recht neues Gebiet. Diese Studie versucht, in erster Linie die Durchführbarkeit einer Qualitätsbeurteilung und die Angemessenheit dreier Methoden der evaluativen Forschung zu erfassen und einige erste Ergebnisse zur Qualität ärztlicher Verrichtungen zu erzielen. Sie wurde anhand der Hypertoniediagnostik in der Praxis von 25 niedergelassenen Allgemeinärzten und 25 Internisten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen durchgeführt.

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, daß es noch weiterer Studien bedarf, bevor die praktische Anwendung einer der vorgeschlagenen Methoden für Qualitätsbestimmungen empfohlen werden kann. — Ein weiterer Band über Möglichkeiten und Erfahrungen mit der Praxis der Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen wird in Kürze ebenfalls in der Schriftenreihe des Zentrallinstituts erscheinen.

Mitteilung des Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker

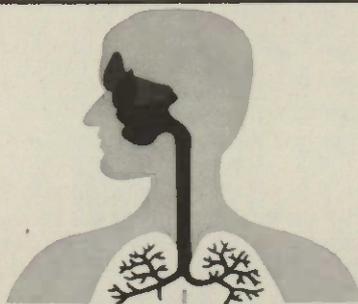
Gegenüber der alten Lehrmeinung ist eine gezielte Sprechtherapie des Aphasikers erfolgversprechend, sinnvoll und dringend geboten. Je früher sprachtherapeutische Maßnahmen einsetzen, um so deutlicher sind die zu erreichenden Besserungen und um so größer ist die Chance, wieder berufstätig werden zu können.

Der Bundesverband hat bereits in einigen Städten Regionalgruppen gegründet. Im Vordergrund steht die Kontaktaufnahme der Aphasiker untereinander, um sie aus der Isolation herauszuholen. Die nächstliegenden Ziele des Verbandes sind die Gründung weiterer Regionalgruppen, sowie die Aufklärung über die Krankheit selbst und die Möglichkeit der sprachlichen Besserung durch eine gezielte Therapie.

Nähere Auskünfte erteilen:

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e. V., Beethovenstraße 35, 5303 Bornheim 3, Telefon (0 22 27) 25 78 und

Regionale Gruppe München, Musenbergstraße 10, 8000 München 81



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, Infektophylaxe beim bronchitischen Syndrom; sinogener Kopfschmerz. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. eine Calyc. 0,8 g, Herb. Rumic. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,8 g - 1 Dragée enthält: Rad. Gentian.

0,006 g, Flor. Primul. eine Calyc. 0,018 g, Herb. Rumic. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich $\frac{1}{2}$, bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Handelsformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 8,95, OP mit 60 Dragées DM 8,95, OP mit 240 Dragées DM 26,80; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Fremdenverkehrsabgabe auch durch den Arzt!

In vielen Fremdenverkehrsorten Bayerns haben in den letzten Jahren auch Ärzte die Aufforderung erhalten, Fremdenverkehrsbeiträge zu entrichten.

Verschiedentlich heben Ärzte dagegen Widerspruch eingelegt, der aber in jedem bekannten Fall zurückgewiesen wurde.

Grundlage für die Festsetzung des Fremdenverkehrsbeitrages ist in jedem Falle eine Erklärung, die von dem Arzt zur Veranlegung abgegeben werden muß.

Ein Rückgriff der Gemeinde auf die Angaben in der Einkommensteuererklärung beim zuständigen Finanzamt für die Erhebung des Beitrages ist nicht möglich.

Im Gegensatz zu der im Heft 7/1977 des „Bayerischen Ärzteblattes“ erwähnten Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg hat der Bayerische Verwaltungsgerichtshof festgestellt, daß „mittelbare Vorteile solche Vorteile sind, die eine am Fremdenverkehrswesen der Gemeinde nicht unmittelbar beteiligte Person dadurch zieht, daß sie mit den am Fremdenverkehr unmittelbar beteiligten Kreisen im Rahmen der für den Fremdenverkehr notwendigen Bedarfsdeckung Geschäfte tätigt“.

Demgemäß liegt ein solcher mittelbarer Vorteil auch dann vor, wenn ein Angehöriger eines freien Berufes für Personen tätig wird, die zu den am Fremdenverkehr unmittelbar beteiligten Kreisen gehören.

Im Kommunalabgabengesetz ist bestimmt, daß zur Deckung des gemeindlichen Aufwandes für die Fremdenverkehrsförderung von den selbständig Tätigen natürlichen und den juristischen Personen, denen durch den Fremdenverkehr im Gemeindegebiet unmittelbar oder mittelbar wirtschaftliche Vorteile erwachsen, ein Fremdenverkehrsbeitrag durch die Gemeinden erhoben werden kann.

Demnach können die Gemeinden in ihren Satzungen für die Erhebung des Fremdenverkehrsbeitrages auch Ärzte wirksam dazu verpflichten.

Da jedenfalls nicht auszuschließen ist, daß die von einem in einer Fremdenverkehrsgemeinde tätigen Arzt behandelten „Einheimischen“ in Verbindung zum Fremdenverkehr stehen, läßt sich eine beweisbare Abgrenzung zwischen der Behandlung von Fremden, der von Einheimischen ohne Beziehung zum Fremdenverkehr und jener von Einheimischen mit Beziehung zum Fremdenverkehr zuverlässig nicht durchführen, so daß auch die Fremdenverkehrsabgabe der Ärzte entsprechend den Richtlinien zum Vollzug der Fremdenverkehrsbeitragsatzung zu berechnen ist; zu achten ist jedoch darauf, daß für Ärzte in den vorgenannten Richtlinien in der Regel ein niedrigerer Abgabe- und Vorteilsatz als für Gewerbetreibende zu bestimmen ist.

Nachdem der Fremdenverkehrsbeitrag eine gesetzliche Abgabe ist, kann die Gemeinde vom Arzt Angaben, wie sie in den entsprechend der Mustersatzung ausgegebenen Formblättern für Überschuß, Kosten u. a. enthalten sind, verlangen.

Die in Bayern nach der letzten Landtagswahl in Aussicht gestellte Aufhebung der sogenannten Nebensteuern, so auch der Fremdenverkehrsabgabe, wurde bisher nicht verwirklicht und ist von der Regierung derzeit wohl auch nicht mehr beabsichtigt.

Spendenaufruf für Staaten der Dritten Welt

Für Entwicklungsländer werden Ärztemuster und gebrauchte medizinische Geräte bzw. Einrichtungen gesucht.

Kontaktadresse: Dr. H. P. Legal, Im Tal 12/IV, 8000 München 2, Telefon (0 89) 29 59 74

Bei Praxisgründung: Krankenschutz bederfsgerecht wählen

Jeder Arzt, der vor der Praxisgründung steht, wird mit Formalitäten geradezu überhäuft. Es kommt vor allem darauf an, das Wichtigste bevorzugt zu erledigen. Hierzu zählt nicht zuletzt die Neugestaltung des Krankenversicherungsschutzes. Darauf weist unser Gruppenvertragspartner, die Vereinigte Kranken, hin. Denn: niedergelassene Ärzte haben einen besonderen Vorsorgebedarf, der eine spezielle Absicherung erfordert. Der folgende Beitrag zeigt, welche Gesichtspunkte bei der Wahl eines „maßgeschneiderten“ Versicherungsschutzes zu berücksichtigen sind. Zum besseren Verständnis wurde der Vorsorgebedarf von engestellten und beamteten Ärzten der Situation niedergelassener Ärzte gegenübergestellt.

1. Krankheitskostenversicherung

Der beamtete Arzt erhält Beihilfe und benötigt deshalb lediglich eine Restkostenabsicherung. Der Versicherungsschutz für den engestellten Arzt wird weitgehend von den Anforderungen des Arbeitgeberzuschusses gemäß § 405 der Reichsversicherungsordnung (RVO) bestimmt, der nur bei einer bestimmten Art der Absicherung gewährt wird. Für den niedergelassenen Arzt kommt weder ein Beitragszuschuß noch Beihilfe in Betracht. Deshalb sind für ihn – auch unter dem Aspekt der kostenlosen Kollegenbehandlung bzw. der unter Kollegen üblichen Berechnung eines Mindesthonorars – beitragsparende Selbstbehalt-Tarife besonders empfehlenswert. Das differenzierte Tarifprogramm der Vereinigten Kranken bietet folgende Möglichkeiten:

1.1 Ambulante Heilbehandlung (sieben Varianten)

- 100prozentige Erstattung, keine Selbstbeteiligung
- 100prozentige Erstattung, Selbstbeteiligung für Arzneimittel
- 100prozentige Erstattung, Selbstbeteiligung für Arzthonorar
- 100prozentige Erstattung, Selbstbeteiligung für Arzthonorar und Arzneimittel
- 100prozentige Erstattung, Selbstbeteiligung DM 250,- pro Person und Kalenderjahr
- 100prozentige Erstattung, Selbstbeteiligung für Arzthonorar und Arzneimittel, die in den ersten vier Wochen eines Versicherungsfalles entstehen
- 50prozentige Erstattung

1.2 Stationäre Heilbehandlung (drei Varianten)

- 100prozentige Erstattung, keine Selbstbeteiligung
- 100prozentige Erstattung, Selbstbeteiligung für Arzthonorar
- 50prozentige Erstattung

1.3 Zahnärztliche Behandlung (zwei Varianten)

- 75 Prozent für Zahnbehandlung
- 50 Prozent für Zahnersatz und Kieferorthopädie
- 100 Prozent für Zahnbehandlung
- 75 Prozent für Zahnersatz und Kieferorthopädie

Die Familienangehörigen können genauso hoch und umfangreich wie der Arzt selbst versichert werden. Als Familienangehörige gelten der Ehegatte und die Kinder des hauptversicherten Arztes, solange sie mit diesem in häuslicher Gemeinschaft leben oder von ihm wirtschaftlich abhängig sind.

2. Krankenhaustagegeldversicherung

In diesem Bereich gelten für den niedergelassenen Arzt die gleichen Absicherungsgrundsätze wie für den als Arbeitnehmer beschäftigten Arzt. Niedergelassenen Ärzten dient Krankenhaustagegeld vielfach auch der Einkommensabsicherung.

Meximal kann ein Tegessatz von DM 200,— versichert werden. Dies gilt auch für die Familienangehörigen des Arztes, wobei eilerdings für Kinder und Jugendliche ein Tegessatz bis zu DM 100,— eusreichen dürfte.

3. Krankentagegeldversicherung

Während der erbeitsunfähige Beamte keine Einkommens-einbuße erleidet und dem Angestellten ein Gehaltstortzehlungsanspruch von mindestens sechs Wochen zusteht, ist der niedergelassene Arzt bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich auf die Krankentagegeld-Absicherung angewiesen. Außerdem muß er auch während einer Arbeitsunfähigkeit die in seiner Praxis anfallenden Kosten für Praxisräume, Personal usw. bestreiten. Diese speziellen Belange werden im Krankentagegeld-Tarifprogramm der Vereinigten Kranken besonders berücksichtigt. Unterschiedliche Kerenzeiten ermöglichen jedem selbständig tätigen Arzt im Rahmen des Gruppenvertrages eine bedarfsgerechte Krankentagegeld-Absicherung. Folgende Tarife stehen zur Auswahl:

Krankentagegeld ab 4. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
Krankentagegeld ab 8. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
Krankentagegeld ab 29. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit

Entsprechend dem Nettoeinkommen aus ärztlicher Tätigkeit können durch Kombination mehrerer Tarife insgesamt bis zu DM 600,— pro Tag abgesichert werden. Als Nettoeinkommen gilt das Bruttoeinkommen abzüglich Steuern.

Erfahrungsgemäß benötigt der niedergelassene Arzt nicht schon ab Praxiseröffnung den Höchsttegessatz. Deshalb ist im Gruppenvertrag die spätere Anpassung des Krankentagegeldsatzes an das gestiegene Einkommen zu besonderen Vergünstigungen vorgesehen.

Es empfiehlt sich in jedem Falle, vor der Niederlassung mit der zuständigen Bezirksdirektion der Vereinigten Krankenversicherung bzw. dem zuständigen Außendienstmitarbeiter zu sprechen.

Patienten-Informationenfilme

Die Audiovisuelle Realisations GmbH für Film, Bild und Ton, Hamburg 60, produziert eine Serie von Filmen, die dazu dienen sollen, Patienten über Ursachen, Symptome und Therapiemöglichkeiten ihrer Krankheit zu informieren.

Der erste Film behandelt das Thema „Tuberkulose heute“. Er will der Allgemeinheit verständlich machen, daß diese Erkrankung heute kein Schicksal mehr bedeutet, sondern sich durch die moderne medikamentöse Behandlung zur infektiöskrankheit mit den besten Heilungsaussichten gewandelt hat.

Verkauf und Verleih: Deutsches Zentrekomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Poppenhusenstraße 14c, 2000 Hamburg 60, Telefon (0 40) 2 99 30 37

Bilderbuch: „Anne mech mit“

Auf Initiative eines betroffenen Elternkreises ist in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Mukoviszidose dieses Bilderbuch für Drei- bis Siebenjährige entstanden. Es soll den gesunden Kindern zeigen, wie das behinderte Kind in der Familie aufwächst und mit anderen Kindern zusammenkommt. Das Buch versucht auch, in der Öffentlichkeit für das behinderte Kind mehr Verständnis zu wecken.

Herausgeber: R. Seebig / K. Arnold, 30 Seiten, DM 12,—, Verlag Heinrich Ellermann KG, München 19

Müttergenesungskuren

Rund 50 000 Frauen nehmen jährlich an einer Kur des Müttergenesungswerkes teil. Viele überlastete Mütter wissen nicht, daß in diesen Vier-Wochen-Kuren zur medizinischen Rehabilitation und psychischen Regeneration ein Hilfsangebot für sie besteht. Auch Ärzte kennen oft nicht die therapeutischen Möglichkeiten einer solchen Kur. Deshalb soll im folgenden auf drei Fragen näher eingegangen werden:

1. Weichen Frauen sollte zu einer Müttergenesungskur geraten werden?

Eine ganze Reihe von empirischen Untersuchungen bestätigt: Frauen leiden häufiger — im Vergleich zu Männern — an körperlichen Symptomen, die ihre Wurzeln in psychischen Belastungen haben. In vergleichenden Reihenuntersuchungen z. B. wurde festgestellt, daß 30 bis 40 Prozent der klinischen und ambulanten Patientinnen nicht unter organischen Krankheiten litten, aber unter funktionellen Störungen wie psychovegetative Beschwerden, Neurosen und psycho-somatische Krankheiten.

Rehabilitation in einer Müttergenesungskur ist deshalb mehr als „fitmachen bis zum nächsten Zusammenbruch“. Rehabilitation muß auch eis Stärkung des Selbstwertgefühls, eis Wiederherstellung der persönlichen Identität verstanden werden.

2. Was geschieht in einer Müttergenesungskur?

Die Kurarbeit basiert auf drei gleichwichtigen Säulen:

- den medizinischen Anwendungen und den Maßnahmen der aktiven Gesundheitspflege
- den Beratungsangeboten in der Gruppe und im Einzelgespräch
- den freizeitpädagogischen Angeboten

Durch solche gemeinsame Aktivitäten entsteht eine Vertrauensbasis, die Voraussetzung ist für sozialtherapeutische Gruppenerbeit und Einzelberatung. Denn für die meisten Frauen ist es neu und manchmal auch beängstigend, daß sie hier mit anderen über Fragen sprechen und nachdenken, mit denen sie bisher versucht haben, allein fertig zu werden.

3. Welche Voraussetzungen sind für die Teilnahme an einer Müttergenesungskur zu erfüllen? Wer hilft bei der Vermittlung zur Kur?

- Die 132 Müttergenesungsheime liegen in allen Gegenden der Bundesrepublik Deutschland und sind baulich speziell gestaltete Einrichtungen mit maximal 60 Plätzen, vielen Kommunikationsmöglichkeiten, teilweise eigenen Therapiezentren usw.
- Die Einrichtungen des Müttergenesungswerkes stehen allen Frauen mit Kindern offen.
- Die Finanzierung der Kur (z. Z. Tegessatz rd. 40,— DM + Kurmittel) durch öffentliche Sozialleistungsträger (Krankenkasse, Sozialhilfe, Rentenversicherung) setzt eine möglichst präzise Stellungnahme des behandelnden Arztes voraus, die eusdrücklich betont, daß eine Müttergenesungskur notwendig und erfolversprechend ist.
- Kuranwendungen sind möglich für Herz-, Kreislauf- und Gefäßkrankungen, Erkrankungen der Atemorgane und des rheumatischen Formenkreises sowie Verdauungs- und Stoffwechselstörungen.

Vermittlungsstellen gibt es bei den fünf freien Wohlfahrtsverbänden (Caritas, Diakonisches Werk, Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Paritätischer Wohlfahrtsverband).

Weitere Informationen können beim Müttergenesungswerk, Deutenbacher Straße 1, 8504 Stein, eingeholt werden. Hier ist auch zu erfahren, welche Vermittlungsstellen in der Nähe ist.

Therapeutika

Gyno-Travogen

Zusammensetzung: Gyno-Travogen: 1 Vaginaltablette enthält 300 mg Isoconazolnitrat. Gyno-Travogen-Crema, Gyno-Travogen-P: 1 g Creme enthält 10 mg Isoconazolnitrat. Gyno-Travogen-Kombipackung enthält: 2 Vaginaltabletten Gyno-Travogen und 15 g Creme Gyno-Travogen-P.

Anwendungsbereiche: Vulvovaginale Mykosen, verursacht durch Hefen und hefeähnliche Pilze einschließlich Mischinfektionen mit grampositiven Bakterien. Creme auch prophylaktisch zur Partnerbehandlung.

Nebenwirkungen: Gelegentlich – häufiger bei Schwangeren unter der Behandlung mit Gyno-Travogen-Crema – können sich Brennen und Reizungen der Vagina verstärken. Salten sind Reizerscheinungen der Haut bei äußerlicher Anwendung. Wirkung, Gegenanzeigen und besondere Hinweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Gyno-Travogen: Beide Vaginaltabletten auf einmal tief in die Scheide einführen; Gyno-Travogen-Creme: 1 x täglich an 7 aufeinanderfolgenden Tagen intravaginal anwenden; beide Anwendungen jedoch nicht während der Menstruation. Gyno-Travogen-P: Bei Befall des äußeren Genitalbereichs bis zur Abheilung 2 x täglich auftragen. Partnerbehandlung: Etwa 1 Woche lang 2 x täglich Glans penis und Praeputium eincremen.

Packungen und Preise: Gyno-Travogen: 2 Vaginaltabletten DM 16,80; Gyno-Travogen-Creme: Tube mit 40 g/7 Einmalapplikatoren DM 20,10; Gyno-Travogen-P: Tube mit 15 g Creme DM 8,60; Gyno-Travogen-Kombipackung: 2 Vaginaltabletten Gyno-Travogen, Tube mit 15 g Creme Gyno-Travogen-P DM 24,—.

Hersteller: Schering AG, 1000 Berlin 65

Spirothiazid®

Zusammensetzung: Eine Filmtablette Spirothiazid® enthält: 50 mg Spironolacton und 50 mg Hydrochlorothiazid.

Indikationen: Ödeme oder Aszites mit sekundärem Aldosteronismus, die auf anderweitige diuretische Maßnahmen nicht ansprechbar; bei Leberzirrhose, bei hydropischer Herzinsuffizienz einschließlich Cor pulmonale, bei nephrotischem Syndrom und aus unbekannter Ursache (Idiopathisches Ödem). Hypertonie: bei primärem Hyperaldosteronismus (wenn eine Operation nicht möglich ist), bei schwer behandelbarem Hochdruck, wenn Spirothiazid® nachweislich besser wirkt, bei

Hochdruck-Kranken mit Neigung zu erniedrigtem Kaliumspiegel bei Gabe von Thiazid-Präparaten allein.

Kontraindikationen: Coma hepaticum, Nierenfunktionsstörungen mit Serumkreatininwerten über 1,5 mg/100 ml, Sulfonamidüberempfindlichkeit, überhöhter Kalium- bzw. zu niedriger Natriumgehalt des Blutes, während Schwangerschaft und Stillzeit nur bei ausdrücklicher Anweisung des Arztes.

Wachsalwirkungen, besondere Hinweise und Nebenwirkungen: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Anwendung: Durchschnittliche Tagesdosen sind: bei kardialen Ödemen und nephrotischem Syndrom 1–2 Filmtabletten, bei Aszites und schweren hydropischen Zuständen 2–4 Filmtabletten, bei idiopathischem Ödem 1/2–1 Filmtablette, bei Hochdruck 1/2–2 Filmtabletten.

Handelsformen und Preise: 20 Filmtabletten DM 28,50; 50 Filmtabletten DM 62,—; 500 Filmtabletten DM 468,90; Bündelpackung

Hersteller: Henning Berlin GmbH, 1000 Berlin 42

Venocux®

Zusammensetzung: Venocux-Salbe enthält in 100 g: Tinct. Aesculi hippocastan. 20,0 g, Extract. Arnicae montan. 0,2 g, Aneurin hydrochloric. 0,2 g, hautgängige Salbengrundlage ad 100 g. – Venocux-Gel enthält in 100 g: Heparin-Natrium U.S.P. 5000 I.E., Extrakt. Arnicae montan. spirit. fluid. 1,0 g, Tinct. Aesculi hippocastan. 20,0 g, transparente Gal-Grundlage ad 100 g.

Indikationen: Venenentzündungen mit Rötung, Schmerzen, Venenstauungen mit Ödem, Hydrostase, Thrombophlebitis, Druckempfindlichkeit, Thrombose-Gefahr, Krampfadern, zyanotische Färbung, Schweregefühl, Hämorrhoiden, Hämatome nach Prellung, Verrenkung, Zerrung und anderen stumpfen Verletzungen. Zur Nachbehandlung von Krampfaderverödungen und Narben besonders geeignet: Venocux-Gel.

Nebenwirkungen: Nicht bekannt.

Anwendung: Venocux-Salbe mehrmals täglich leicht einreiben, bei Entzündungen und Krampfadern nachts auf Verbandmull auftragen und die behandelten Stellen abdecken. Venocux-Gel wird mehrmals täglich dünn auf die Hautpartien aufgetragen. Es kann auch unter orthopädischen Strümpfen und Bandagen angewendet werden.

Eigenschaften und Hinweis: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Handelsform und Preise: Venocux-Gal – Tube mit 40 g DM 7,82, mit 100 g DM 15,56. Venocux-Salbe – Tube mit 40 g DM 7,38, mit 100 g DM 14,75.

Hersteller: VAW Flußspat-Chemie GmbH, 8470 Stulln

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Bestellungen von Broschüren können an die Schriftleitung der „Bayerischen Ärzteblätter“, Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80, unter Befügung von DM 5,— in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band, gerichtet werden.

Band 50 „Technologische Fortschritte in der Kardiologie und Angiologie – Moderne Untersuchungsmethoden – Aktuelle Hämatologie“ (Vorträge der 18. Bayerischen Internistentagung, 1978)

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

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

Band 53 „Der Reaktorunfall“ (Vorträge einer Fortbildungsveranstaltung in Augsburg – Landshut – Würzburg, 1980)

Die Broschüren wurden an alle Kassenärzte in Bayern über ihre Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns versandt.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Oktober 1980 *

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Mit Beginn der kühleren Jahreszeit sank im Oktober die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen, und zwar, auf 100 000 Einwohner bezogen, von 136 im September auf 113, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Deutlich stieg im Berichtsmonat dagegen die Erkrankungshäufig-

keit an Virushepatitis, nämlich von 22 im Vormonat auf 38 je 100 000 Einwohner. Dabei handelte es sich vor allem um eine Zunahme von Erkrankungen an Hepatitis A, hier stieg die Ziffer im gleichen Zeitraum von 8 auf 23 je 100 000 Einwohner.

An Meningitis/Enzephalitis erkrankten im Oktober geringfügig weniger Menschen als im September. Die Erkrankungsziffer sank von 9 auf 8 je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. September bis 2. November 1980 (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 bestimm- bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	7	—	2	—	14	—	4	—	444	—	—	—	85	—	35	2	11	—
Niederbayern	5	—	6	—	1	—	10	—	83	1	—	—	12	—	6	—	2	—
Oberpfalz	—	—	—	—	1	—	2	—	59	—	—	—	9	—	3	—	3	—
Oberfranken	—	—	7	1	4	—	3	—	101	—	1	—	17	—	8	1	17	—
Mittelfranken	—	—	6	1	—	—	2	1	144	1	—	—	33	—	22	—	7	—
Unterfranken	—	—	2	—	2	—	2	—	190	—	11	—	22	—	10	1	7	—
Schwaben	—	—	2	—	—	—	6	—	162	—	11	—	63	—	16	—	8	—
Bayern	12	—	25	2	22	—	29	1	1183	2	23	—	241	—	100	4	55	—
Vormonat	12	—	16	1	16	—	35	1	1137	3	20	—	68	—	75	2	41	1
München	—	—	—	—	11	—	1	—	148	—	—	—	27	—	17	—	3	—
Nürnberg	—	—	1	—	—	—	1	1	10	1	—	—	17	—	7	—	3	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	1	—	23	—	—	—	15	—	7	—	3	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	30	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	4	—	2	—	2	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	1	—	3	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellenruhr		Malaria		Ornithose		Brucellose		Angeb. Listeriose		Angeb. Toxoplasmose		Lepra		Tetanus		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		
Oberbayern	5	—	4	—	45	—	2	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2	—	1	—	34
Niederbayern	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	2	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	13
Oberfranken	—	—	2	—	6	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Mittelfranken	2	—	3	—	5	—	1	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	5
Unterfranken	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	97
Schwaben	4	—	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13
Bayern	13	—	9	—	80	—	4	—	4	—	1	—	1	1	3	—	2	—	2	2	167
Vormonat	9	—	3	—	79	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	74
München	3	—	1	—	27	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Nürnberg	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

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

St = Sterbefälle.

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

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

Buchbesprechungen

Des dunkle Teil

Der lange Weg von Stalingrad bis Friedland

Verf.: Dr. W. Gerlach, 2., überarb. Auflage, erschienen im Selbstverlag des Verfassers, 210 S., 26 Abb., brosch., DM 20,—. Zu beziehen über Druckerei Berenz GmbH, Waldstraße 8, 7500 Karlsruhe 1.

Unter diesem Titel schildert Kollege Gerlach „sachlich und lebendig“ seine mehr als zehnjährigen Erlebnisse in russischer Gefangenschaft und seine ärztliche Tätigkeit unter schwierigsten äußeren Bedingungen. Die Schilderung ist frei „von Emotionen, Haß, Übertreibungen, von Rache- und Vergeltungsgefühlen“ und gerade deswegen eine erschütternde Dokumentation menschlichen Leides und vorbildlichen ärztlichen Handelns. Mehrere Pläne und Zeichnungen, zum Teil von eigener Hand, ergänzen und erhöhen den Wert dieses Berichts. Der Autor ist aufgrund dieser Dokumentation mit dem Peul-Schürmann-Preis der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie ausgezeichnet worden.

Dr. med. F. Kolb, Nürnberg

Bewegungstherapie bei Herz- und Gefäßkrankheiten

Verf.: H. W. Helss, 112 S., 44 Abb., 12 Tab., Broschur, DM 14,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Das Semmelbändchen enthält die Referate, welche Schüler und Freunde anlässlich des 70. Geburtstages des verdienstvollen Sportmediziners Herbert Reindell zum Thema „Bewegungstherapie — Grundlagen, Indikationen, Alternativen“ hielten.

Für jeden Arzt, insbesondere denjenigen, welcher der Bewegungstherapie gegenüber aufgeschlossen ist, bietet das Bändchen eine Fülle von Informationen, die nutzbringend in die individuellen Pläne zur Bewegungsbehandlung Herz- und Kreislaufkranke einfließen sollten.

Dr. med. W. Rulffs, Nürnberg

Des praxisbezogene Labor

Herausgeber: Zierhut/Hoeflmayr, 220 S., zahlr. Abb. und Tab., kart., DM 15,80. Verlag A. Frühmorgen, München.

Unter Titeländerung in „Das praxisbezogene Labor“ liegt nunmehr bereits die 10. Auflage der Labormethoden für das Arztlabor vor. Das Buch gibt einen Überblick über die wesentlichen Änderungen und Neuerungen auf dem Gebiet der Labormethoden unter weitgehender Berücksichtigung der Neuerscheinungen auf dem Diagnostikmarkt sowie über die meisten, heute im ärztlichen Labor gebräuchlichen Methoden.

Die Angabe der Abrechnungsziffern am Schluß jeder besprochenen Methode und die Aufnahme einer Tabelle mit den Normbereichen sowie einer Tabelle zur Umrechnung der konventionellen Einheiten in SI-Einheiten und umgekehrt ist sehr zu begrüßen. — Die Broschüre kann nicht nur als Leitfaden allen Arzthelferinnen empfohlen werden, sondern auch allen Kollegen, die aus dem repräsentativen Überblick der heute im ärztlichen Labor gebräuchlichen Methoden eine ihren Bedürfnissen entsprechende Auswahl treffen wollen.

Dr. med. C. G. Zöbisch, München

Grundzüge klinischer Arzneimittelprüfung

Herausgeber: H. Ledermann/M. Glocke, 96 S., 9 Abb., 8 Tab., Leinen, DM 12,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Das vorgelegte Taschenbuch, vor allem als Leitfaden für Studierende und Ärzte gedacht, bringt einen knappen, aber übersichtlichen und ausreichend umfangreichen Überblick über die Problematik der klinischen Arzneimittelprüfung und der mit ihr zusammenhängenden medizinisch-statistischen Fragen. So werden die möglichen Versuchsanlagen, der Doppelblindversuch, die Vorbereitungen und die statistischen Voraussetzungen (diese eingehender) abgehandelt. Auch werden die Ergebnisse, die Publikation entsprechender Befunde sowie die internationalen gesetzlichen Regelungen und auch medizinisch-ethische Aspekte dargestellt und zum Schluß eine Check-Liste bei der Durchführung klinischer Untersuchungen gegeben. Das vorliegende Büchlein sollte jeder in der Hand haben, der mit Arzneimittelprüfungen, besonders im klinischen Bereich, zu tun hat.

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

Unsere biologische Mitgift

Verf.: Prof. Dr. A. Milunsky, 302 S., DM 26,—. Deutsche Verlags-Anstalt GmbH, Stuttgart.

Der Autor, Professor für Kinderheilkunde und Direktor eines Instituts für genetische Forschung, legt mit diesem Buch eine exzellente, sich insgesamt um Allgemeinverständlichkeit bemühende, aber doch anspruchsvolle Aufklärung über „Erbkrankheiten“ vor. Das Buch behandelt insbesondere deren Prävention und die vorgeburtliche Diagnostik dieser Erkrankungen mittels Amniozentese, sowie außerdem die neueren Entwicklungen auf dem Gebiet der Erforschung der reproduktiven Prozesse. Ein eigenes Kapitel ist den ethischen Aspekten der pränatalen Diagnostik gewidmet.

Das Buch wendet sich an diejenigen, die selbst erkrankt sind oder erkrankte Kinder oder Verwandte haben. Es ist aber auch speziell dem Allgemeinmediziner zu empfehlen, von dessen Beratungskompetenz bekennterweise viel für den weiteren Verlauf einer gefährdeten Schwangerschaft abhängt. Im Anhang findet sich ein Verzeichnis der genetischen Beratungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und der Schweiz. — Möge das Buch mit dazu beitragen, daß man in Zukunft weniger häufig die resignierende Klage hören muß: „Hätte ich das doch nur früher gewußt!“.

Dr. med. H. Piechowiak, München

Krebs: Schicksal oder Verschulden?

Herausgeber: Prof. Dr. H. Oeser, 200 S., 82 Abb., 23 Tab., kart., DM 49,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Krebs ist kein pharmakologisches Problem und kein Produkt kanzerogener Noxen. Das ist die Auffassung der Toxikologen und Experimentatoren mit chemischen Kanzerogenen. Krebs ist ein biologisches Phänomen des Lebendigen. Statistische Studien lassen ein mit dem Lebensalter assoziiertes Vorkommen der bösartigen Neubildungen beim Menschen erkennen. Ihre Lokalisation unterliegt Wandlungen, aber ihre Gesamthäufigkeit ist seit Jahrzehnten in den einzelnen Altersklassen weitgehend konstant geblieben. Die Zunahme der altersspezifischen Krebsgefährdung ist eine Behauptung und bisher unbewiesen. — Die heutige Stagnation in der Krebsforschung muß überwunden werden. Dazu bedarf es einer Aggressivität in der Formulierung, um erstarrte Positionen im kausalen Denken aufzuweichen.

Physiologische Psychologie

Teil I: Allgemeine Voraussetzungen und Methoden

Verf.: Prof. Dr. M. Adler, 174 S., 32 Abb., kart., DM 39,—.
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Im ersten Teil werden die „allgemeinen Voraussetzungen und Methoden“, im zweiten Teil die „speziellen Funktionssysteme“ beschrieben. Es handelt sich dabei um den nicht leichten Versuch, Übersicht über eine schwer überblickbare Spezialliteratur zu gewinnen. Die Fülle der zusammengetragenen Methoden und die Erörterung der zahlreichen Funktionssysteme lassen eine eingehendere Wiedergabe im Rahmen einer Kurzbesprechung leider nicht zu, dennoch kann gesagt werden, daß dem Autor eine hervorragende interdisziplinäre Überschau über die „Biologischen Grundlagen vom Erleben und Verhalten“ gelungen ist.

Professor Dr. med., Ing. grad. G. P. Liebaldt, Würzburg

Herzinfarkt — Signal zur Gesundheit?

Herausgeber: Dr. W. Pohl von Elbwehr/W. Dunckern, 180 S., 6 Abb., 4 Farbtafeln, DM 24,—. Karl F. Heug Verlag, Heidelberg.

30 Prozent der Herzinfarkte führen zum sofortigen Tod, für die 70 Prozent Überlebenden ist das Ereignis eine heilsame, nicht übersehbare Information an den sorglos Dahinlebenden oder auch an den Risikokandidaten und Betroffenen. Für beide gibt das Buch ausreichende Informationen über das Infarktgeschehen und Motivationen für richtiges Verhalten in den Lebensgewohnheiten. Z. B. am Risikofragebogen von Halhuber werden für den Arzt, der aus dem Buch Gewinn zieht für die Beratung des Patienten, und für den Laien, der Ein-Sichten in seine (mögliche) Krankheit erhält, die Zusammenhänge erklärt. Das Buch gewinnt durch die anschließenden Ausführungen der Bewegungstherapeutin mit den praktischen Übungsprogrammen.

Dr. med. A. Toller, Weiden

Soziale Sicherung und Gesundheitswesen

Verf.: R. Schlicke, 180 S., kart., DM 25,—. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

Wie aus dem Vorwort hervorgeht, richtet sich das Buch an „Studenten der Medizin und Zahnmedizin, an Mediziner, Zahnärzte u. a. sowie an einen an Sozialwissenschaft und am Gesundheitswesen interessierten Leserkreis“ und ist als „Lehrbuch und Nachschlagewerk“ gedacht.

Das Buch ist in die zwei großen Abschnitte „Soziales Sicherungssystem in der Bundesrepublik Deutschland“ und „Organisation des Gesundheitswesens“ eingeteilt und gibt in angenehm klarer Diktion sehr detailliert Auskunft zu allen wichtigen Fragen der sozialen und ökonomischen Zusammenhänge unseres gegenwärtigen Systems der sogenannten Gesundheitssicherung.

Dem umfangreichen Literaturverzeichnis ist zu entnehmen, daß sich der Autor seit vielen Jahren intensiv mit dieser Materie befaßt hat, deren Wissensstoff Gegenstand der zweiten Ärztlichen Prüfung ist.

Zweifellos dürfte dieses gelungene Kompendium dazu beitragen, daß die auch für den Arzt oft verwirrende Vielfalt des modernen Gesundheitswesens besser durchschaut wird und z. B. Leistungen zur Krankenhilfe in der täglichen Praxis für den Patienten gezielter und damit hilfreicher eingesetzt werden können. — Das Buch ist sehr zu empfehlen, nicht nur den Studenten, sondern auch den jüngeren Ärzten, spätestens zum Zeitpunkt der Niederlassung.

Privatdozent Dr. med. O. Bartels, Erlangen

Die Sammlung

Herausgeber: B. Olonetzky, 368 S., 234 Farbtafeln, zahlr. Abb., Leinen, DM 69,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

In diesem Buch sind alte Arztinstrumente, Apotheker-Gefäße, Mikroskope, Einnehmelöffel, Terra sigillata, Amulette und andere interessante Gegenstände und Kuriositäten brillant abgebildet und fachkundig beschrieben. Das Werk sollte in keiner Bibliothek von Sammlern von Büchern aus dem Bereich Kultur und Historie fehlen.

Neue Malerei

Herausgeber: B. und E. Krug, 160 S., 60 meist farb. Abb., Broschur, DM 29,80. Keyserische Verlagsbuchhandlung, München.

Dieses Buch gibt dem Interessenten wertvolle Hinweise für den Aufbau einer eigenen Sammlung naiver Bilder. Den breitesten Raum nimmt die Beschreibung der neuen Malerei in den einzelnen Ländern ein: Alle bekannten Maler werden aufgeführt, die Besonderheit ihrer Malweise wird anschaulich erklärt, die wichtigsten Künstler werden in Biographien und durch ausgesuchte Bildbeispiele vorgestellt.

Hausergeschichten der Stadt Streubing

Verf.: H. Rohrmayr, 296 S., 10 Abb., geb., DM 45,—. Verlag W. Weidlich, Frankfurt.

Der Verfasser beschreibt in diesem Buch mit Gewissenhaftigkeit und Fleiß die Geschichte einzelner Häuser, die bei einigen bis zu einem halben Jahrtausend und weiter zurückreicht. Das Werk enthält weiter Ausführungen über die Vorgeschichte der Landschaft, in der die Stadt entstanden ist, über Kriege und Ereignisse, Sitten und Brauchtum.

Gib dem Glück eine Chance

Kleine Schritte zur Harmonie im Alltag

Verf.: H. Kluge, 184 S., geb., DM 17,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

In diesem Buch versucht die Autorin, den vielfachen Ursachen des Phänomens „Glück“ nachzugehen und entwickelt in 55 Kapiteln eine Strategie der kleinen Schritte, die zumindest vermeiden hilft, was den einzelnen unglücklich macht. Da es den meisten oft schwerfällt, ihr Verhalten an dieser einfachen Wahrheit zu orientieren, zeigt sie Wege auf — nicht, wie man das Glück kaufen kann, wohl aber, wie man klug handelt, um sein Glück zu sichern und zu verteidigen.

Zeitgeschichte aus erster Hand

Verf.: H. Pletiche, 248 S., 8 Farbabb., geb., DM 24,—. Arene-Verlag Georg Popp, Würzburg.

Das Buch ist der dritte Band des bekannten Standardwerkes „Geschichte aus erster Hand“. Heinrich Pletiche hat ihn völlig neu überarbeitet und 15 aktuelle Texte eingefügt.

32 Augenzeugenberichte, Reportagen und Tagebucheufzeichnungen geben ein vollständiges Bild unserer jüngsten Vergangenheit. Die Spannweite reicht von den Anfängen der Bundesrepublik bis zu ihrer Bedrohung durch den Terrorismus. Wir erleben den Funksprechverkehr zwischen „Mogedischu-Tower“ und der entführten „Lendshut“; wir sind dabei in den nervenzerreißenden Stunden der Kuba-Krise, des Ungerneufstandes, der Nahostkriege. Wir hören noch einmal die ersten Worte, die ein Mensch auf dem Mond sprach.

Katastrophenmedizin 1981

Zehnteiliges Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

Ort: Auditorium maximum der Sanitätsakademie der Bundeswehr, Neuherbergstraße 11, München 45 – Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15 s. t. bis 18 Uhr – Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich

Datum	Thema:	Referent
28. Januar	Einführung in die Katastrophenmedizin – Bedrohung Mitteleuropas (mögliche Kriegsbilder) – Aufgaben und Besonderheiten der Katastrophenmedizin im Frieden und im Verteidigungsfall – Das Gesundheitssicherungsgesetz	Oberst e. D. H. Finke, München Professor Dr. E. Rebentisch, München Dr. K. Stordeur, München
25. Februar	Aktuelle Beispiele katastrophenmedizinischer Versorgung im Frieden – Eisenbahnunglück in Wangau – Attentat auf dem Oktoberfest – Polizeiliche Einsatzerfahrungen bei Katastrophenfällen – Medizinische Versorgung von Strahlenschäden bei Unfällen an kerntechnischen Anlagen mit drei aktuellen Beispielen	Dr. R. Kirchhoff, München Dr. P. Hauber, München Dr. O. Keller, München Professor Dr. F. Stieve, Neuherberg
25. März	Sichtung (Triage) – Erste ärztliche Notfallmaßnahmen – Die Bedeutung der Sichtung (Triage) – Massenkarambolage auf der Autobahn (audiovisuelle Demonstration) – Erste ärztliche Hilfe beim Massenansturm – Schock und Volumenersatztherapie	Privatdozent Dr. K. Hell, Liestal/Schweiz Dipl.-Ing. B. Hersche, Zürich Dr. E. W. W. Wischhöfer, München Dr. G. Weidinger, München
29. April	Der Polytraumatisierte (Teil I) – Verletzung der großen Körperhöhlen – Extremitätenverletzungen – Der Polytraumatisierte aus enästhesiologischer und intensivmedizinischer Sicht	Professor Dr. F. Spelsberg, München Professor Dr. J. Probst, Murnau Professor Dr. K. Peter, München
20. Mai	Der Polytraumatisierte (Teil II) – Prioritäten in Diagnostik und Therapie des Polytraumatisierten aus chirurgischer Sicht – Die Versorgung des Schädel-Hirn-Traumes aus neurochirurgischer Sicht – Der Schock aus internistischer Sicht – Organversagen beim Polytraumatisierten	Professor Dr. G. Heberer, München Professor Dr. P. Oldenkott, Ulm Professor Dr. H. Jahrmärker, München
24. Juni	Brandverletzungen und Kombinationsschäden nuklearer Kampfmittel – Versorgung von Brand- und Explosionsverletzten unter Katastrophenbedingungen – Flugrettung Brandverletzter – Beispiel Campingplatzunfall Spanien – Problematik von Kombinationsverletzungen beim Einsatz nuklearer Waffen	Dr. H. L. Klammer, Koblenz Professor Dr. B. Domres, Tübingen Professor Dr. O. Messerschmidt, München
8. Juli	Einführung in die Einsatzpläne und -mittel des Katastrophenschutzes mit anschließender Lehrvorführung Busfahrt von SanAK – Geretsried – SanAK	Katastrophenschutzschule Bayern/Geretsried
30. September	Seuchen, Vergiftungen und bakteriologische Kampfstoffe – Massenvergiftung im Frieden – Epidemien und Seuchenausbreitung im Katastrophen- und Verteidigungsfall – Problematik bakteriologischer Kampfstoffe	Professor Dr. N. Weger, München Professor Dr. H. Stickl, München Rag.-Dir. Dr. J. v. Stuckred, München
28. Oktober	Praktische Fragen der Rechtsmedizin im Katastrophenfall – Leichenschau und Todeszeitbestimmung – Identifizierung von Leichen – Praktische Erfahrungen aus drei Massenkatastrophen (Flugzeugabstürze)	Professor Dr. W. Spann, München Professor Dr. W. Eisenmenger, München Professor Dr. H. D. Tröger, München
25. November	Messenhysterie und abnorme psychische Reaktionen – chemische Kampfstoffe – Abnorme psychische Reaktionen im Katastrophenfall – Massenvergiftung durch chemische Kampfstoffe – Probleme der Messenhysterie und des Gewaltübergriffes im Katastrophenfall aus der Sicht der Sicherheitskräfte – Abschlußabend (Geselliges Beisammensein im Offizierskasino der Sanitätsakademie)	Dr. R. Brickenstein, Hamburg Professor Dr. N. Weger, München Dr. O. Keller, München

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80 (schriftlich bzw. telefonisch unter [0 89] 41 47-287 – Frau Urban)

Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Februar 1981

- 2.-7. **Badgastein:** „Gasteiner Fortbildungswoche“. — Auskunft: Doz. Dr. F. Moser, Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Landeskrankenhaus, A-8036 Graz.
- 2.-27. **München:** A-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
4. **Fürth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth. — Auskunft: Dr. J. Mertens, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth.
9. 2.-
6. 3. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 5.-6. **Bonn:** Into-Seminar für Ärzte über Katastrophenmedizin des Bundesamtes für Zivilschutz in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer. — Auskunft: Bundesamt für Zivilschutz, Postfach 20 08 50, 5300 Bonn 2.
7. **München:** Fortbildungsveranstaltung „Maligne Melanome der Haut — Diagnose, Prognose, Therapie.“ — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 7.-21. **Kühtel/Tirol:** 14. Winterkongreß über Fortschritte in Diagnostik und Therapie. — Auskunft: Dr. C. Böhm, Im Hehnböhl, 6101 Seeheim.
11. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung „Herzrhythmusstörungen — brachykarde und tachykarde Formen“. — Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.
14. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit. — Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Frau Klockow, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 18.-27. **Neuherberg:** Spezialkurs für zu ermächtigende Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Institutes für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 19.-21. **Bad Neuheim:** 10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie. — Auskunft: Professor Dr. F. W. Hehrlein, Abteilung für Herz- und Gefäßchirurgie am Zentrum Chirurgie der Universität, Klinikstraße 29, 6300 Gießen.
- 20.-21. **Regensburg:** Einführungskurs für Sonographie. — Auskunft: Ultraschall-Labor, Frau True, Prüteninger Straße 86, 8400 Regensburg.

- 20.-22. **Hannover:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen (Röntgendiagnostik). — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
21. **Erlangen:** Fortbildungsveranstaltung „Aktuelle Therapie maligner Tumoren“. — Auskunft: Medizinische Klinik mit Poliklinik, Professor Dr. G. Hertwich, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 21.-22. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
25. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung „Der allergische Formenkreis — Diagnose und Therapie“. — Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.
25. **München:** Fortbildungsseminar Katastrophenmedizin „Aktuelle Beispiele katastrophenmedizinischer Versorgung im Frieden“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wenger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 27.-28. **Erlangen:** 14. Erlanger Fortbildungstage in Praktischer Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
27. 2.-
1. 3. **Rom:** 4. Europäische Konferenz für Psycho-Analyse. — Auskunft: Dr. P. Bellanove, Societa Psicoanalitica Italiana, Via Lima 10, I-00198 Roma.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermenn Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1.

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

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

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

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., Augsburgener Straße 9, 8060 Dechau.

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

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

ISSN 0005-7126

Wir sind ein Unternehmen der Investitionsgüter-Industrie mit mehreren tausend Mitarbeitern und Sitz im **Großraum Nürnberg**. Zur gesundheitlichen Betreuung der Mitarbeiter wird von uns ein aufgeschlossener

freiberuflicher Werksarzt

gesucht. Es handelt sich um eine Halbtagsstätigkeit, bei der Einstellungs-Untersuchungen, Aufgaben und Fragen der psychologisch-physiologischen Arbeitsplatzgestaltung sowie Kontaktpflege mit den behandelnden Ärzten und Notfallbehandlungen im Vordergrund stehen. Sie werden von zwei Werksschwestern unterstützt.

Sollten Sie noch nicht die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ besitzen, so übernehmen wir gern die Kosten für die Belegung entsprechender Kurse.

Interessierte Ärztinnen und Ärzte werden um Übermittlung ihrer Unterlagen, aus denen der persönliche Werdegang, die Einkommensvorstellung und der Eintrittstermin hervorgehen sollten, gebeten. Für Zeugniskopien und ein Handschreiben wären wir dankbar. Die unterzeichnete Industrie-Beratung wird etwaige Sperrvermerke korrekt beachten. Postanschrift: Postfach 320, 8022 Grünwald-München.

UNTERNEHMENSBERATUNG
HANS-GEORG SCHU



DER INDUSTRIEPRAKTIKER
MÜNCHEN-GRÜNWALD



Die Tiefbau-Berufsgenossenschaft –
Gesetzliche Unfallversicherung

sucht für den Ausbau ihres überbetrieblichen
arbeitsmedizinischen Dienstes

**approbierte Ärzte und Arbeits-
mediziner (-medizinerinnen)**

insbesondere in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Saarland, ferner in den Regierungsbezirken Hannover, Kassel, Darmstadt, Wiesbaden, Freiburg und Ober-, Mittel- und Unterfranken.

Letztere mit vielseitiger praktischer Erfahrung und organisatorischer Befähigung, die bereit sind, sich mit den Verhältnissen des Tiefbaus vertraut zu machen, um eine Verbindung zwischen Sicherheitstechnik und Arbeitsmedizin zu gewährleisten. Die Bewerber sollen Freude haben, sich mit den arbeitenden Menschen auf der Baustelle zu befassen und sie vorbeugend zu betreuen.

Für junge, approbierte, strebsame Ärzte besteht die Möglichkeit zur Weiterbildung bei hierzu ermächtigten Ärzten.

Der arbeitsmedizinische Dienst der Tiefbau-Berufsgenossenschaft hat die im Arbeitssicherheitsgesetz festgelegten betriebsärztlichen Aufgaben zu erfüllen.

Kein Nacht- oder Bereitschaftsdienst. Neben dem Gehalt werden alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen gewährt. Beamteneigener Pkw, der auch privat benutzt werden kann, wird zur Verfügung gestellt.

Die Vergütung richtet sich nach Qualifikation des Bewerbers nach dem Bundesangestelltentarif oder nach Sondervereinbarung. Im übrigen werden die Leistungen des öffentlichen Dienstes gewährt.

Die Übernahme in ein Angestelltenverhältnis nach der Dienstordnung (beamtenähnliche Stellung) ist möglich.

Für den Mitarbeiter in Hannover kann eine 3-Zimmer-Wohnung zur Verfügung gestellt werden.

Anfragen und Bewerbungen werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bitte wenden Sie sich an den

Hauptgeschäftsführer der Tiefbau-Berufsgenossenschaft
Am Knie 6, 8000 München 60, Telefon (089) 8897/394 oder 564

LAND-
KREIS



Freyung-Grafenau

Die zentrale regionale Anästhesiabteilung des Landkreises Freyung-Grafenau im Bayerischen Wald sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

**Oberarzt/-ärztin und mehrere
Assistenzärzte/-ärztinnen**

Die Abteilung versorgt drei Krankenhäuser, das Krankenhaus Freyung wurde am 10. Dezember 1979 bezogen und ist modernst eingerichtet. Die Krankenhäuser verfügen über die Disziplinen Chirurgie, Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie, HNO und Augen. Durchgeführt werden alle Operationen der Allgemeinchirurgie, Traumatologie und Urologie, sowie Herzschrittmacher und Gefäßchirurgie, gelegentlich Zahn- und Kleferchirurgie.

In unseren Kreis von vier Ärzten suchen wir noch einen Kollegen oder eine Kollegin, die die Arzterkennung für Anästhesiologie besitzen, weiterhin jüngere Kollegen und Kolleginnen, die an dem vielseitigen Gebiet der Anästhesie Interesse haben, wobei Vorkenntnisse erwünscht sind, jedoch nicht unbedingt Bedingung.

Wir bieten ein offenes kollegiales Klima. Die Bezahlung erfolgt nach BAT, wobei dem Oberarzt ein Garantie-Einkommen gewährleistet wird – zusätzliche Vergütung des Bereitschaftsdienstes und Zulagen für ärztliches als auch nichtärztliches Personal, aus dem Pool.

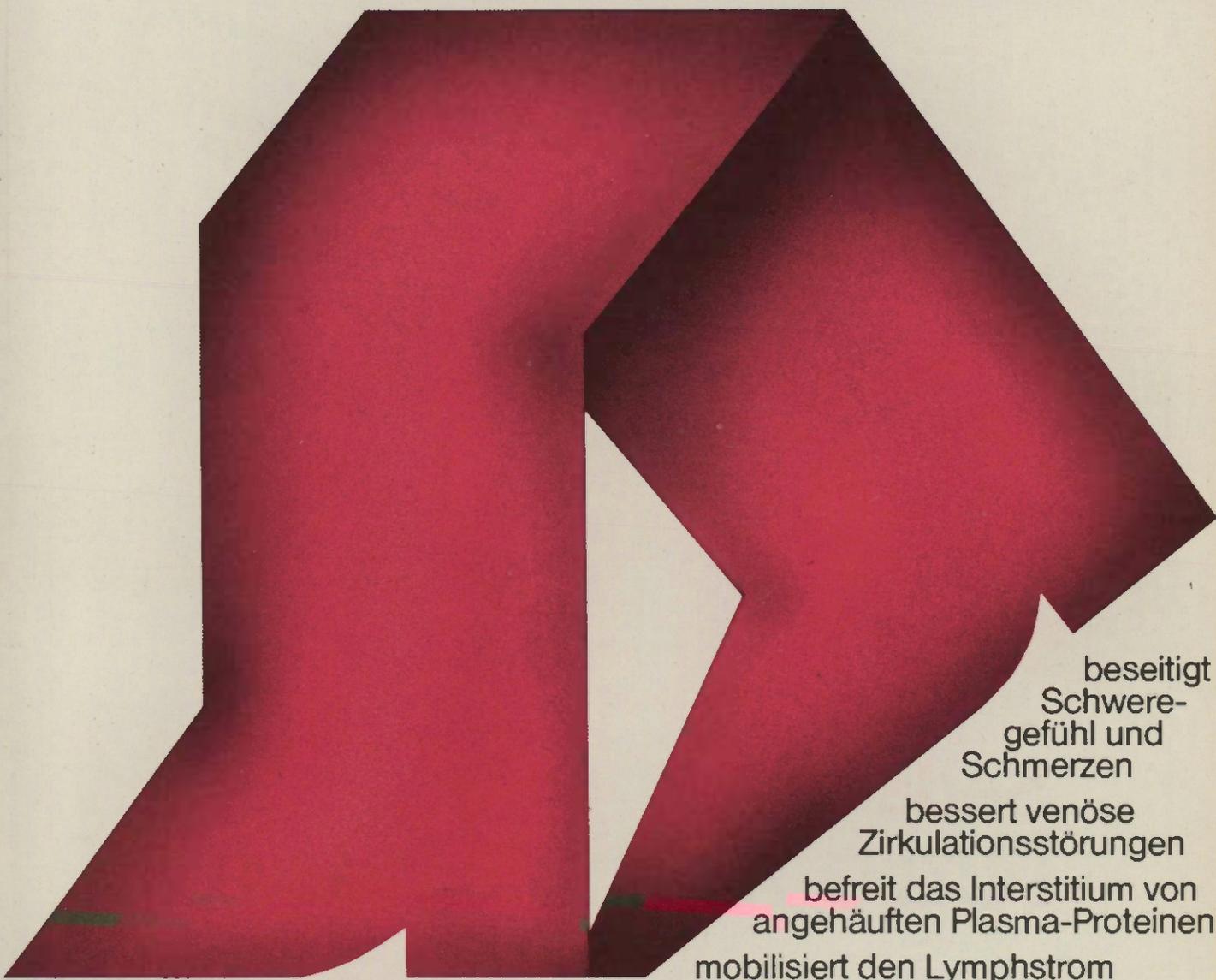
Die Städte Gratzenau, Freyung und Waldkirchen sind landschaftlich wunderschön gelegen mit alten Schulen am Ort, sowie Hallenbädern und Skiliften. In unmittelbarer Nähe befindet sich Österreich und die Tschechoslowakei. Die sehr reizvolle Stadt Passau ist innerhalb von 30 Minuten Autofahrt zu erreichen. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und Anträgen werden erbeten an:

**Chefarzt Dr. med. Gard Noack, Zentrale regionale Anästhesie-
abteilung, Kreis Krankenhaus, 8393 Freyung, Telefon (08551) 5011**

„Dickes Bein“ • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

Venalot®

trifft Stauung • Entzündung • Ödem • Schmerz



beseitigt
Schwere-
gefühl und
Schmerzen

bessert venöse
Zirkulationsstörungen

befreit das Interstitium von
angehäuftem Plasma-Proteinen

mobilisiert den Lymphstrom

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Extr. Melilot. stand. sicc. 25 mg. (Cumarinegehalt 5 mg), Rutin 25 mg. 1 Ampulle zu 2ml/5 ml enthält Extr. Melilot. aquos. stand. 10 mg/25 mg (Cumarinegehalt 3 mg/7,5 mg), Rutinschwefelsäureester-Natriumsalze 50 mg/125 mg. 1 Depotdragée enthält: Cumarin 15 mg, Troxerutin 90 mg. 100 ml Liniment enthalten: Extr. Melilot. stand. 50 ml (Cumarinegehalt 500 mg), Heparin 5000 I. E. **Kontraindikationen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** wurden bisher nicht beobachtet.

Schaper & Brümmer Salzgitter - Ringelheim

Dosierung: Oral: Venalot®-Depot: morgens und / oder abends 1 Dragée. Venalot®-Kapseln: 3 x täglich 1-2 Kapseln. Parenteral: 2-5 ml i.v. oder i.m. Venalot®-Liniment: mehrmals täglich über den erkrankten Stellen einreiben. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Kapseln 30 St. DM 10,95, 75 St. DM 23,65, AP 500 St.; Ampullen 5 x 2 ml DM 9,10, AP 100 x 2 ml; 5 x 5 ml DM 18,29, 10 x 5 ml DM 28,60, AP 100 x 5 ml; Liniment 40 ml DM 7,88, 70 ml DM 12,26, AP 400 ml; Depot-
Dragées 20 St. DM 14,40, 50 St. DM 30,89, (Stand: Juni 1980).



**Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim**

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack Retard



Seda Nitro Mack Retard



Heinrich Mack Nachf., Chem.-pharm. Fabrik, 7918 Mertissen

Zusammensetzung: Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin. Nitro Mack Retard forte: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin. Seda Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. **Anwendungsgebiete:** Langzeittherapie und Prophylaxe koronarer Durchblutungsstörungen; Angina pectoris; Rehabilitationsbehandlung nach Herzinfarkt. **Gegenanzeigen:** Schock, hypotone Kollapszustände. Bei Seda Nitro Mack Retard zusätzlich akute hepatische Porphyrien. **Nebenwirkungen:** Die bisweilen nach Nitroglycerin beobachteten Nebenwirkungen (Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Tachykardie, Blutdruckabfall) treten nach Nitro Mack Retard, Nitro Mack Retard forte und Seda Nitro Mack Retard meist vorübergehend und vermindert auf.

Wechselwirkungen: Durch Seda Nitro Mack Retard kann die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka verstärkt werden. Cumarin-Derivate, Griseofulvin und orale Kontrazeptiva erleiden einen beschleunigten Wirkungsverlust. Während einer Antikoagulantien-Therapie erfordern Barbituratgaben daher eine genaue Kontrolle der Blutgerinnungswerte. **Hinweise:** Seda Nitro Mack Retard kann, auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch, das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierung:** Im allgemeinen 2-3 Kapseln täglich. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,15; O.P. mit 100 Kapseln DM 31,15; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 27,30; O.P. mit 100 Kapseln DM 47,35; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Seda Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,95; A.P. mit 5 x 50 Kapseln. (Stand Febr. 1980)



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung — Herausgegeben von Dr. F. C. Loch

Leitsymptom: Schmerzen

Der Notfall: Akuter Schluckschmerz mit Verdacht auf verschluckten Fremdkörper

bearbeitet von Professor Dr. J. Schöndorf, Homburg/Saar

Symptomatik:

Sie wird bestimmt durch Art, Größe und Fixationsstelle des Fremdkörpers sowie vom Alter des Patienten. **Fleischbolus:** Starkes Druckgefühl hinter dem Kehlkopf oder dem Sternum und völlige Verlegung des Nahrungsweges durch Fleisch- oder Wurstbrocken bei überhasteter Nahrungsaufnahme vornehmlich bei zahnlosen Patienten oder Prothesenträger. Starke Salivation, eventuell stenokardische Beschwerden. **Knochen:** Bei größeren Knochenteilen sofort, bei kleineren (Geflügel) auch erst nach kurzem oder längerem Intervall (Gefahr der Verschleppung!), stechende Schluck- und Druckschmerzen, meist seitlich hinter dem Kehlkopf, weitere Nahrungsaufnahme erschwert oder unmöglich. **Fischgräte:** Bei kleineren Gräten sofort stechendes oder kretzendes Fremdkörpergefühl im Tonsillen- und Zungenbereich. Große knochenähnliche Gräten: wie Geflügelknochen. **Glassplitter** (selten!): sofort stechender, sich steigender Schluckschmerz. **Münzen und Spielzeugteile:** Beim Kleinkind vermehrte Salivation, Verweigerung der Nahrungsaufnahme, eventuell Verlegung des Kehlkopfeingangs mit Atemnot und Stridor

Anamnese:

Beim **Erwachsenen** wird typischerweise der Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme und daher auch die Art des Fremdkörpers richtig vermutet. Zunehmende Schluckbeschwerden zwei bis drei Tage nach dem angeschuldigten Ereignis lassen an drohende oder beginnende Komplikationen denken:

Druckkulus oder Perforetion der Ösophaguswand, umschriebener paraösophagealer Abszeß, beginnende Mediastinitis

Beim **Kleinkind** wird der Vorgang des Verschluckens oft nicht beobachtet, so daß unter Umständen erst nach Stunden oder Tagen die Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Schmerzäußerung und Fieberanstieg einen entsprechenden Verdacht aufkommen lassen.

Die Anamnese gibt auch Hinweise auf Lokalisation des Fremdkörpers. Kleine Fischgräten meist in den Gaumenmandelkrypten oder im Zungengrund

Fleischbolus, Knochen und große Gräten, Münzen in der ersten Ösophagusenge. Atypische Lokalisation bei z. B. verätzungsbedingten Stenosen und Verlegung des Ösophaguslumens durch Tumoren

Sofortdiagnostik:

Palpation des Halses: Umschriebener heftiger Druckschmerz vom Kehlkopf bei eingespleißten Knochensplittern in der ersten Enge. Supraklavikuläres Emphysem bei Ösophagusperforation. **Inspektion** des Mundrachens mit Mundspatel: Verletzung? Entzündung? Ödem? **Kehlkopfepiegelung:** Kehlkopfeingang frei? Ödem? Stridor? Speichelsee? Fremdkörper im Hypopharynx? **Röntgendiagnostik:** Zunächst seitliche Leereufnahme des Halses (Luftblase über nicht schattengebenden Fremdkörper, prävertebrale Luftansammlung bei Perforation, Verbreiterung der prävertebralen Weichteile als entzündliche Reaktion) und Thoraxübersicht (DD: Fremdkörper-Aspiration!)

Auf keinen Fall Kontrasteufnahmen des Ösophagus mit Bariumbrei

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Bei Verlegung des Kehlkopfeingangs beim Kind durch Spielzeugteil, Glasmurmel, Wurstbissen mit Erststickungsgelahr digitales Ausräumen des Hypopharynx, dabei Kind an den Beinen hochhalten, eventuell Heimlich-Handgriff, eventuell Nottracheotomie-Koniotomie

Bei ödematöser Verschwellung des Kehlkopfeingangs Corticoide i. v. *Urbeson solubile*®, *Solu-Decortin H*®, 100 bis 500 mg i. v., *Calcium* i. v. sowie *Alpha-Chymotrypsin*® i. m. [!] 3 bis 5 ml). Falls zweifelsfrei Fleischbolus (ohne Knochensplinter) in der ersten Enge anzunehmen ist, kann zunächst versucht werden, durch Gabe eines Spasmolytikums i. v. (*Beralgin*®, *Buscopan comp.*®, *Avafortan*® 1 Amp. à 5 ml langsam i. v.) und milder Sedierung (*Valium*® Supp. 5 bis 10 mg) ein spontanes Abwandern in den Magen zu erreichen.

Absolut kontraindiziert sind alle Manipulationen, um ein Erbrechen zu provozieren, Essenlassen von Sauerkraut o. ä., blinde Extraktionsversuche und Versuche, einen Fremdkörper blind in den Magen vorzutreiben.

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

Bei jedem Verdacht auf Fremdkörper ist so lange zu untersuchen, bis er entdeckt und entfernt oder bis ein Fremdkörper mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann: **Im Zweifelsfalle deshalb immer umgehende Überweisung**

Die Entscheidung, ob abgewartet werden kann oder ob gleich ösophagoskopiert werden muß, sollte dem Fachspezialisten überlassen werden, der unbedingt über ein starres Ösophagoskop mit entsprechendem Instrumentarium verfügen sollte (Glasliberendoskop zur Fremdkörperextraktion weit weniger geeignet).

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Fremdkörperaspiration ist beim Kleinkind differentialdiagnostisch immer in Erwägung zu ziehen, wenn von den Angehörigen berichtet wird, daß das Kind „etwas verschluckt habe“. Kleine Bronchialfremdkörper zunächst symptomarm (eventuell nur kurzes Aufhusten) oder gar symptomlos = Gefahr der Verschleppung!

Plötzlicher Schluckschmerz im Zusammenhang mit Ingestion auch bei Insektenstich: nach Schluck aus offener Limonade- oder Colaflasche. Patient vermutet zuweilen, Glassplitter verschluckt zu haben: Schluckschmerz, Kehlkopfeingangsödem

Entzündungen: Schluckschmerz als Primärsymptom nach kaltem Trunk bei akuter Pharyngitis, Seitenstrangangina, Zungengrundangina, Epiglottitis, auch dabei manchmal Belüftung des Patienten, Glassplitter, etwa von defektem Flaschenhals verschluckt zu haben.

Allergie: Schluckschmerzen und eventuell zunehmende Atemnot nach Genuß bestimmter Nahrungsmittel durch **Quincke-Ödem**: Schwellung kann Gaumenbögen, Zungengrund, Kehlkopfeingang einbeziehen.

Tabletteneinnahme: längere Zeit im Hypopharynx verweilende Tabletten können stärkere Schleimhautirritation herbeiführen: Viel Flüssigkeit trinken lassen!