



# 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

Februar 1982

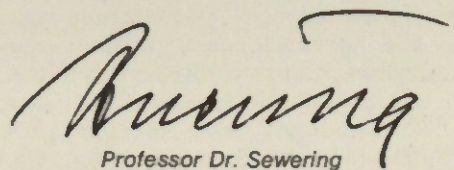
## Zur Kenntnis genommen:

Wir wissen alle, wie sehr die Möglichkeiten und Grenzen ärztlichen Handelns abhängig sind von der jeweiligen gesellschaftlichen und politischen Gegenwart. Das darf nicht mißverstanden werden. Der Arzt wird immer helfen müssen, wenn es sein eigener Zustand zuläßt, wenn er also nicht selbst zum Hilfsbedürftigen geworden ist. Das Ausmaß seiner Möglichkeiten wird aber durch die äußeren Umstände bestimmt. Denken wir doch an unsere Kollegen in afrikanischen, asiatischen oder anderen „Entwicklungsländern“. Sie können sich keine Gedanken darüber machen, ob Asthma durch Tierhaare oder Hausstaub ausgelöst wird, ob Verschiebungen in der Elektrophorese oder das CEA auf das Fortschreiten oder die Metastasierung eines malignen Prozesses hinweisen könnten. Ihre Probleme sind völlig andere. Sie müssen versuchen, in der Masse der Hilfesuchenden diejenigen herauszufinden, welche dringend ärztlicher Hilfe bedürfen, welchen schnell geholfen werden kann. Der Begriff der „Triage“, bei uns ein Instrument der Katastrophenmedizin und neuerdings heftig angegriffen, ist in diesen Ländern – nüchtern betrachtet – die zentrale Aufgabe ärztlichen Handelns. Was für unsere Vorstellungen von ärztlicher Versorgung eine hoffentlich nie entstehende „theoretische“ Möglichkeit bedeutet, ist also in vielen Teilen unserer Erde menschlicher und medizinischer Alltag.

Die Menschen bei uns haben andere Vorstellungen einer ärztlichen Versorgung. Sie sind daran gewöhnt, den Arzt nicht nur in Anspruch zu nehmen, wenn sie schwer krank sind, sondern auch dann, wenn eine „Befindensstörung“ sie an der gewohnten Teilnahme am gesellschaftlichen Alltag verhindert oder auch nur behindert. Der Standard unserer sozialen Sicherung und unserer ärztlichen Versorgung gibt ihnen diese Möglichkeit nahezu unbeschränkt. Es ist das erklärte Ziel unserer Gesundheits- und Sozialpolitik, den Menschen unseres Landes eine ärztliche Versorgung anzubieten, die ihnen alle Möglichkeiten der modernen Medizin eröffnet. Die hohe Zahl der niedergelassenen Ärzte – von der Allgemeinmedizin bis zu hochspezialisierten Gebieten und Teilgebieten –, das große Angebot an Krankenhäusern mit allem, was heute machbar ist, Rehabilitationseinrichtungen, Bädern und Sanatorien steht zur Verfügung. Daß davon reichlich Gebrauch gemacht wird – wer will sich darüber wundern? Eine Reduzierung dieses Angebotes würde weder den Menschen in einem afrikanischen Negerkral nützen, noch wäre es unseren Mitmenschen zumutbar, nach dem Motto „Zurück zur Natur!“ auf die Anwendung moderner Medizinerkenntnisse zu verzichten. Zurück zur Natur ist also kein sinnvoller Weg. Andererseits muß aber eingesehen werden, daß das, was unsere Bürger erwarten, was wir ihnen anbieten, Geld kostet. Man kann es also drehen und wenden wie man will: letztlich entscheiden die Bürger – die Versicherten unserer Krankenkassen – selbst darüber, wieviel ihnen ihre gesundheitliche Versorgung wert ist. In dieser Entscheidung sind sie allerdings nicht völlig frei. Die wirtschaftliche Lage einschließlich des Arbeitsmarktes spricht hier ein gewichtiges Wort. Daß auch das politische System, in dem wir leben, die Qualität der

ärztlichen Versorgung entscheidend beeinflussen kann, vergessen viele in unserem Lande. Ein Blick über die Grenzen müßte sie eines Besseren belehren. Hochgeschulte Wissenschaftler haben in der letzten Zeit erklärt, daß man 30 bis 40 Prozent des heutigen Gesundheitsaufwandes einsparen könne. Andere wieder meinen, der „mündige Patient“ müsse immer mehr mit dem Arzt diskutieren, was notwendig ist und gemacht werden soll. Was die Wissenschaftler angeht, so meine ich, daß man zunächst einmal sorgfältig unterscheiden sollte zwischen dem, was sich nachträglich als „überflüssig“ herausstellt, und dem, was man – vor einem unklaren Fall stehend – tun muß, um Klarheit zu erlangen. Noch nie hat ein „Bagatellfall“ das Sprechzimmer betreten. Aber viele haben es – Gott sei Dank – als solcher verlassen. Das ist unser Problem als Ärzte.

Was die Mitwirkung der „mündigen Patienten“ angeht – auch dazu ein Wort. Ich fände es großartig, wenn mündige Mitbürger endlich ihre Lebensweise an gesundheitlichen Erkenntnissen orientieren würden, die heute längst zum Alltagswissen gehören. Beispiele kann ich mir ersparen. Wenn der Krankheitsfall aber eingetreten ist, dann ist wohl auch der „mündige Patient“ – bei aller Würdigung seiner Entscheidungsfreiheit – am besten dran, wenn er sich nach den Ratschlägen des Fachmannes richtet und sein Illustriertenwissen vergißt. Ich würde z. B. nie wagen, meinem Elektriker, Installateur oder Dachdecker dreinzureden oder gar dem Statiker bei einer Baumaßnahme Vorschriften zu machen. Selbst als ärztlicher Patient habe ich es vorgezogen, mich zwar bei meinem behandelnden Kollegen zu informieren, ihm aber letztlich die Entscheidung darüber zu überlassen, was mit mir zu geschehen hat. Eine Feststellung aber muß ich wiederholen, und damit schließt sich der Kreis meiner heutigen Gedanken: die Möglichkeiten ärztlichen Handelns sind abhängig von der Politik schlechthin. Damit haben wir als gesetzliche Berufsvertretung der Ärzte die Pflicht, zu allen politischen Entscheidungen, Maßnahmen und Entwicklungen Stellung zu nehmen, welche geeignet sind, die ärztliche Versorgung und das Gesundheitswesen unseres Landes zu beeinflussen. Ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes, welches uns ein „allgemeinpolitisches“ Mandat mit Recht abspricht, kann diese Verpflichtung nicht berühren. Wer deshalb glaubt, die ärztlichen Körperschaften seien mit der „politischen Vertretung“ der Ärzte am Ende, hat sich für sein verbandspolitisches Süppchen zu früh auf die bisher offenbar fehlende Wärmeplatte gefreut. Doch darüber werden wir in der nächsten Zeit ganz innerärztlich ebenso nüchtern wie gründlich zu reden haben.

  
Professor Dr. Sewering

## Bayern-Vertrag und systemverändernde Pläne des Bundesarbeitsministeriums sind unvereinbar

von F. Kolb

Am 10. Dezember 1981 hat der Deutsche Bundestag die „Spargesetze“ 1982 in der im Vermittlungsausschuß gefundenen Kompromißform beschlossen (ausgenommen Kindergeld und Steuererhöhungen), am 18. Dezember 1981 hat auch der Bundesrat den Vorschlägen des Vermittlungsausschusses zugestimmt. Damit hat der seit der Sommerpause 1981 andauernde Finanzspektakel vermutlich ein vorläufiges Ende gefunden. Das „Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung“ (KVEG) und das „Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“ (KHKG) werden zum 1. Januar bzw. 1. Juli 1982 in Kraft treten können.

Diesen beiden Gesetzentwürfen gingen folgende Gesetze der sozialliberalen Koalition voraus:

– Das *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG) von 1972

mit zweimaligen vergeblichen Novellierungsversuchen seit 1976, das damals als „Jahrhundertgesetz“ gefeiert und von allen Parteien fast einstimmig unter Änderung des Grundgesetzes verabschiedet wurde. Es legte die sogenannte „duale Finanzierung“ fest, d. h. (vereinfacht): Die investiven Ausgaben der Krankenhäuser werden von der öffentlichen Hand getragen, die auf einem sogenannten Selbstkostenblatt nachgewiesenen laufenden Betriebskosten müssen die Krankenkassen bzw. die Selbstzahler (durch kostendeckende Pflegesätze) voll übernehmen. Mit diesem Gesetz begann die Kostenexpansion in der gesetzlichen Krankenversicherung, weil das Erfordernis lediglich des Nachweises entstandener Kosten nicht unbedingt zum Sparen anhält.

– Das *Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz* (KVWG) ab 1. Januar 1977

Es brachte die ersten Einschränkungen des Kassenarztesrechtes von 1955, legte die Bedarfsplanung im Einvernehmen mit den Krankenkassen fest, eröffnete die Möglichkeit einer Zulassungssperre für bestimmte Bezirke und Fachbereiche und verordnete die Beteiligung psychiatrischer Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung ohne die sonst vorgeschriebene Bedürfnisprüfung.

– Das *Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz* (KVKG) ab 1. Juli 1977

Es war das erste Gesetz, das die Handschrift des neuen Bundesarbeitsministers, SPD-Mitglieds und Gewerkschaftlers Dr. Ehrenberg und des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen deutlich erkennen ließ. Arendt, der Vorgänger Ehrenbergs im Amt, war nach der Bundestagswahl 1976 wegen der vor der Wahl von der SPD hartnäckig abgelehnten Misere der Rentenversicherung zurückgetreten. Begründet wurde das nur sechs Monate nach dem KVWG verkündete KVKG mit der angeblichen Notwendigkeit einer einschneidenden Kostendämpfung in der Krankenversicherung, die die Selbstverwaltungen von Kassen und Ärzten bereits ein Jahr vorher in der ambulanten Versorgung erfolgreich eingeleitet hatten. In Wirklichkeit wurde das Gesetz erlassen, um Strukturveränderungen in Richtung sozialistischer Vorstellungen durchzusetzen und die Rentenversicherung vor der Pleite zu bewahren. Statt wie früher 80 Prozent trägt die Rentenversicherung derzeit lediglich etwa 45 Prozent der Kosten der Rentnerkrankenversicherung. Die Belastung der Krankenkassen durch diese Finanzmanipulation betrug 1980 mehr als 6 Milliarden DM; sie entspricht etwa 2 bis 3 Prozent-

punkten der derzeitigen Beitragsätze der Krankenversicherung und steigt laufend überproportional. Ohne diese Kostenüberwälzung von der Rentenversicherung und ohne weitere Belastungen der Krankenkassen mit den Kosten staatlicher Aufgaben und Abgaben in Höhe von 0,7 Beitragspunkten hätte der durchschnittliche Beitragssatz der bayerischen RVO-Kassen 1980 nicht 10,9 Prozent, sondern 8,1 Prozent (–2,8 Punkte) betragen. Über einen Beitragssatz dieser Höhe hätte es wahrscheinlich keine Diskussion gegeben.

Man muß auf diese Tatsache, daß hauptsächlich der Gesetzgeber die Belastung der Krankenversicherung und die Steigerung ihrer Beitragsätze herbeigeführt hat, immer wieder hinweisen, weil sie in der veröffentlichten Meinung vielfach verschwiegen wird.

Das KVKG enthält u. a. die (heute noch gültigen) Bestimmungen über

– die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen,

– die paritätische Besetzung der Prüfungsausschüsse mit Stichtscheid des jährlich zwischen Kassen und Ärzten wechselnden Vorsitzenden,

– den einheitlichen Bewertungsmaßstab,

– den Arzneimittelhöchstbetrag,

– die Preisvergleichs-, die Negativliste und

– die Selbstbeteiligung der Versicherten an jedem Arzneimittel in Höhe von 1,— DM, auch für Rentner.

Im Laufe der parlamentarischen Beratungen war es zwar gelungen, einige Giftzähne des Entwurfes zu eliminieren. Schließlich erhielt das Gesetz aber in abgeschwächter Form im Bundesrat eine Mehrheit. Das KVKG war der erste schwere Einbruch in die Rechte von Krankenkassen und Kassenärzten; es ersetzte teilweise die föderalistische Selbstverwaltung durch dirigistischen Zentralismus. Die bayerischen Ortskrankenkassen bedauern heute, daß sie vor vier Jahren das KVKG positiv beurteilt haben. Kostendämpfung hat es entgegen der Ankündigung des Bundesarbeitsministers nicht bewirkt, konnte es auch – wie aus dem oben Gesagten hervorgeht – nicht bringen.

Gleichzeitig mit den schwierigen und langwierigen Beratungen des *Bundeshaushalts* und des 2. Haushaltsstrukturgesetzes wurden von der sozialliberalen Koalition *folgende weitere Gesetzentwürfe* eingebracht, die den Arzt direkt oder indirekt angehen:

1. Das *Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz* (KVEG)

2. Das *Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz* (KHKG) = Krankenhausfinanzierungsgesetz Nr. 3

3. Das *Arbeitsförderungs-Konsolidierungsgesetz* (AFKG)

Über diese drei Gesetze wird unten noch ausführlicher berichtet werden.

4. Die Rechtsverordnung über eine neue *Amtliche Gebührenordnung* für Ärzte, die im Falle ihrer Verabschiedung in der vorliegenden Form eine unerträgliche Reglementierung und Bürokratisierung bringen würde.

Als im Rahmen der ersten Beratungen des Kabinetts über den Bundeshaushalt 1982 Ehrenberg auf die notwendige Erhöhung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung hinweisen mußte, erhielt er vom Bundeskanzler zusätzlich zur Vorbereitung der oben genannten Gesetze noch folgenden Auftrag:

„Der Bundesminister für Arbeit wird beauftragt, einen *Gesetzentwurf zur Strukturelorm in der gesetzlichen Krankenversicherung* mit dem Ziel des Inkrafttretens am 1. Januar 1984 zu erarbeiten, über den die gesetzgebenden Körperschaften noch in dieser Legislaturperiode beschließen sollen.“

Das bedeutet: Sozialversicherung, Sozialversicherte und Leistungsträger werden 1983 erneut mit den zentralistischen, dirigistischen und sozialistischen Vorstellungen des Bundesarbeitsministers konfrontiert werden. Systemverändernde Regelungen, die Ehrenberg mit dem KVEG diesmal (noch) nicht durchsetzen konnte, werden dann mit Krankenversicherungs-Struktur-Reform-Gesetz erneut auf die Kassenärzte zukommen — sofern der Bundesarbeitsminister dann noch Ehrenberg heißt.

## KVEG und KKG

Beide Gesetzentwürfe waren in einer inoffiziellen Ankündigung von Einsparmöglichkeiten in einem 32 Punkte-Katalog und im Referentenentwurf der BMA — veröffentlicht in der Sommerurlaubspause — noch vereinigt, um zu dokumentieren, daß man allen „Leistungserbringern“ einschließlich des Krankenhauses Opfer auferlegen wolle. In den Regierungsentwürfen wurden sie dann getrennt, weil die das Krankenhaus betreffenden Regelungen mit Sicherheit zustimmungspflichtig durch den Bundesrat sind, ein Einspruch des Bundesrates gegen das abgeschmolzene KVEG mit der absoluten Mehrheit des Bundestages aber abgelehnt werden kann. Dank eines klugen und erfolgreichen Einsatzes der KBV und mit massiver Unterstützung der F.D.P. sind die gravierendsten systemändernden Bestimmungen aus den *Regierungsentwürfen* und in der vom Bundestag in Dritter Lesung verabschiedeten Fassung der Gesetze *verschwunden*, nämlich:

— Einzelleistungsbezahlung der *Polikliniken* unter Einschluß der Kosten für Forschung und Lehre (Antrag des Finanzausschusses des Bundesrates, vom Bundesratsplenum abgelehnt).

— Die volle *Einbeziehung* (Einschaltung) der *EKK* in das Recht der RVO.

— Die von Ehrenberg geplante *Minderung der Gesamtvergütung/Ärzte* um drei Prozent ab 1. Oktober 1981 bei RVO-Kassen und EKK.

— Die *Mengenbegrenzung* (Deckelung) der Gesamtvergütung bei RVO-Kassen und EKK durch Änderung der RVO.

Beide Bestimmungen konnten durch das frühzeitige Angebot eines Honorarstopps (gleichbleibender Punktwert) bis 31. Oktober 1982 beseitigt werden.

— Die sogenannte *Positivliste* für Arzneimittel.

— Das von Kassen und Ärzten gemeinsam zu errichtende (und zu bezahlende) *Arzneimittelinstitut*.

— Die *Verpflichtung* der Krankenkassen, mit den Krankenhäusern Verträge über die *vorstationäre Dia-*

Bronchitis! Vorteilhafte individuelle Kombination + preiswert

# Doxy-Tablinen<sup>®</sup>

Breitbandantibiotikum

# Tussa-Tablinen<sup>®</sup>

Hustenblocker

**Doxy-Tablinen**  
**Zusammensetzung**  
 Doxycyclin 100 mg  
**Indikationen**  
 Infektionen mit Doxycyclin-empfindlichen Erregern  
**Kontraindikationen**  
 Leberfunktionsstörungen, Foto-dermatosen, Allergien. Vorsicht bei Schwangeren, besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft. Vorsicht bei bestehendem Scur. Während der Knochen- und Zahnentwicklung kritische Abwägung der Einnahme, da Zahnverfärbungen und Knochenentwicklungsverzögerungen auftreten können.  
**Mögliche Nebenwirkungen**  
 Gastrointestinale Störungen und allergische Reaktionen sind selten.  
**Dosierung und Anwendungsweise**  
 Am 1. Tag morgens und abends je 1 Tablette, anschließend ist jeden Tag 1 Tablette mit möglichst viel Flüssigkeit einzunehmen.

8 Tabl.	16 Tabl.
<b>18.06</b>	<b>33.00</b>

**Tussa-Tablinen**  
**Zusammensetzung**  
 Pentoxyverincitrat 25 mg  
**Indikationen**  
 Reizhusten jeder Ätiologie  
**Unverträglichkeiten und Risiken**  
 Während der Schwangerschaft soll das Präparat möglichst nicht eingenommen werden bzw. höchstens 2 Tabletten täglich.

30 Tabl.

6.26

S

**SANORANIA Dr. G. Strohscheer**  
1 Berlin 28

agnostik und nichtstationäre Behandlung abzuschließen.

Es bleibt bei der Möglichkeit solcher Verträge und der Zustimmung des behandelnden Kassenarztes.

Nach der Ablehnung dieses letzten Punktes hat das BMA allerdings eine Bestimmung über die *teilstationäre (= ambulante) Behandlung* durch das Krankenhaus durch die Hintertüre nachgeschoben, die der Bundestag zunächst in Dritter Lesung billigte.

Im Vermittlungsverfahren wurde die teilstationäre Behandlung auf die psychiatrische Behandlung begrenzt, was keine Änderung gegenüber dem KVWG bedeutet.

Folgende einschneidende Bestimmungen sind durch den Bundestag endgültig bestätigt worden:

– Die *Negativliste* für Arzneimittel zur Anwendung bei geringfügigen Gesundheitsstörungen, die nun durch den Bundesarbeitsminister als Rechtsverordnung erlassen werden soll. Es ist zu befürchten, daß diese Verordnung wiederum die das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt belastende Bestimmung enthält, daß der Kassenarzt die aufgeführten verbotenen Arzneimittel „in besonderen Fällen“ doch zu Lasten der Krankenversicherung verordnen soll (s. KVKG).

– Der *Heilmittel-Höchstbetrag*, entgegen dem Votum des Bundesrates.

– Die *Fixierung der Vertrags- und Empfehlungszeiträume* auf eine Laufzeit vom 1. Juli bis 30. Juni, entgegen dem Votum des Bundesrates.

– Die *Früherkennungsuntersuchungen im Krankenhaus* werden Teil der stationären Versorgung, es sei denn, daß sie durch einen Belegarzt durchgeführt werden. (Frage: Wie hoch ist der Anteil der Krankenhäuser, die einen angestellten Kinderarzt aufweisen, den sie zu diesen Untersuchungen verpflichten können? Verursacht eine Untersuchung durch einen Krankenhausarzt keine Kosten?)

Der federführende Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung (unter SPD-Vorsitz) hat mit den Stimmen der Koalition dem Plenum des Deutschen Bundestages empfohlen, mit der Verabschiedung des KVEG In

der durch ihn beschlossenen Form noch folgende Entschließung anzunehmen: „Der Deutsche Bundestag geht bei der Beschlußfassung über das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz davon aus, daß die Spitzenverbände der Träger der Krankenversicherung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung alle notwendigen Maßnahmen ergreifen, damit die von ihnen erklärte Erwartung eintritt, daß in der Aufrechnung der beiden Jahre 1981 und 1982 die durchschnittliche Ausgabenentwicklung für die ambulante kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Versorgung im Einklang mit der Grundlohnentwicklung liegen wird.“

Außerdem erwartet der Deutsche Bundestag, daß die Mitgliedsfirmen des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie seinem Appell folgen, die Preise bis Ende 1982 stabil zu halten.

Der Deutsche Bundestag wird weitere Maßnahmen erwägen, wenn die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt die Grundlohnentwicklung übersteigt und dadurch die Beitragssatzstabilität gefährdet wird.“

Folgende weitere Beschlüsse seines A- + S-Ausschusses hat der Bundestag am 12. November und am 10. Dezember 1981 nach der Entscheidung des Vermittlungsausschusses u. a. mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen *angenommen*:

– Der Versicherte hat für jedes verordnete *Arzneimittel* 1,50 DM (statt bisher 1,- DM) und 4,00 DM für jede Verordnung von Brillen-, Heil- und Hilfsmitteln zu bezahlen.

Damit ist die im Regierungsentwurf vorgesehene 20prozentige Selbstbeteiligung sowie die Begrenzung auf drei Mittel je Rezept entfallen.

– *Kurleistungen* nach § 184 a RVO (Rehabilitations- und Festigungskuren einschließlich Unterkunft und Verpflegung) fallen nicht unter die geltenden Ausgabebegrenzungen. Zuschüsse zu offenen Kuren nach § 187 a werden nur alle drei Jahre gewährt. Ihre Kosten dürfen 1982 und 1983 120 Prozent der durchschnittlichen Ausgaben aller Träger der Krankenversicherung

hierfür im Jahre 1980 nicht überschreiten.

– Der Kassenarzt hat die Anschaffung von *medizinischen Großgeräten* seiner KV anzuzeigen, damit der Einsatz dieser Geräte zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen abgestimmt werden kann. Diese Investitionslenkung ist für einen freien Beruf problematisch.

Eine korrespondierende Bestimmung ist auch im KHKG enthalten. Das letztere, zustimmungspflichtige Gesetz war vom Bundesrat zunächst insgesamt abgelehnt worden. Dieser verlangte im Vermittlungsausschuß, die den Haushalt 1982 flankierenden Gesetzentwürfe als Gesamtpaket zu schnüren und war nur unter dieser Voraussetzung schließlich bereit, der Kompromißlösung des Vermittlungsausschusses über die „Spargesetze“ zuzustimmen. Damit ist die ursprüngliche im Referententwurf vorgeschlagene, aus taktischen Gründen im Regierungsentwurf aufgegebene Koppelung von KVEG, KHKG und AFKG durch den Bundesrat wieder hergestellt worden.

Im Vermittlungsausschuß einigte man sich, folgende Bestimmung des KHKG-Entwurfes zu *streichen*:

– Höchstbetrag für den medizinischen Bedarf,

– zeitweilige Pflegesatzbegrenzung (entsprechend der Grundlohnentwicklung),

– Zweckbindung der Finanzhilfen des Bundes an eine gleichmäßige Versorgung im Bundesgebiet,

– die bisherige Finanzierung der Ausbildungsstätten im Krankenhaus (Krankenpflegegebühren endet nicht 1982, sondern gilt bis 31. Dezember 1988).

*Geblieden* ist, entgegen dem Wunsch der Krankenkassen,

– die Quartalsbindung der Krankenscheine ab 1. Januar 1984.

Bezüglich der *Krankenhausbedarfsplanung* wurden folgende Sätze im Gesetz eingefügt:

– Ein Rechtsanspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan und in das Jahreskrankenhausbauprogramm besteht nicht.

Diurese

Spiro-Tablinen®  
Aldosteronantagonist  
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 Odem, akutes Hirnodem, wenn eine befriedigende Behandlung mit anderen Mitteln nicht möglich ist.

**Kontraindikationen:**  
Schwere Nierenfunktionsstörungen, Hyperkaliämie, Hyponatriämie.  
**Mögliche Nebenwirkungen:**  
Hyperkaliämie bei Langzeittherapie, Gynäkomastie, 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.

# Darmregulans

pflanzlich  
auf Quellmittelbasis

# Laxariston®

- Standardisierte Wirkstoffe
- Ersatz von fehlenden Ballaststoffen
- Verkürzte Darmpassage
- Zuverlässige, schmerzfreie Stuhlentleerung
- Normaler, geformter Stuhl

**Zusammensetzung:** 3 g Granulet enthalten: Methylcellulose 0,9 g, Durchschnittspolymerisationsgrad (DP) 600, Quelllungszahl 12, Cort. Frengulee 0,3 g, standardisiert: Gesamtenthryglykoside 13,5 mg, Rhiz. Rhei 0,15 g, standardisiert: Gesamtenthryglykoside 6,75 mg, Fol. Sennee 0,3 g, standardisiert: Sennoside A + B 7,5 mg, Extr. Millefolli spir. sicc. 0,015 g.

Die Methylcellulose ist ein nicht resorbierbares, hydrophiles Quellmittel mit einem hohen und stets gleichbleibenden Quellvermögen. Die zusätzlich enthaltenen standardisierten Pflanzenwirkstoffe stimulieren die Schleimsekretion und verhindern evtl. Verklebungen und Verkrustungen.

**Anwendungsgebiete:** Akute Obstipation (bei Kostwechsel, Reisen, Bettlägerigkeit u. a.) Chronische Obstipation (bei Versagen der bekannten natürlichen Maßnahmen)

Zur Aufweichung der Faeces bei schmerzhaftem Analleiden (besonders bei Hämorrhoiden) Zur Vermeidung körperlicher Anstrengung durch Pressen bei Infektpatienten, nach apoplektischem Insult

**Gegenanzeigen:** wie bei allen Laxentien - mechanischer Ileus

**Anwendung: Abends:** 1/2-1 Teelöffel Laxariston Granulat nach dem Essen unzerkaut mit 1 Glas Wasser einnehmen, wenn nötig, auch morgens vor dem Frühstück die gleiche Menge mit einem Glas kaltem Wasser einnehmen; Für Schwangere und Kinder ist Laxariston Granulet wegen seiner individuellen Dosierbarkeit besonders gut geeignet.

**Handelsformen und Preise:** 1 OP 100 g DM 7,85, 1 OP 250 g DM 16,25 Tagesdosispreis DM 0,15

Weiterhin im Handel: Laxariston Filmtabletten (rein pflanzlich - exakt standardisiert) 1 OP 50 Tbl. DM 7,05

SANORANIA Dr. G. Strohscheer  
1 Berlin 28

**STEINER**  
Arzneimittel  
Berlin West

— Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern hat die Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen nach pflichtgemäßem Ermessen abzuwägen, welches der betroffenen Krankenhäuser den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung am besten gerecht wird.

Leider ist der Vermittlungsausschuß und der Deutsche Bundestag den Vorschlägen des Bundesrates bezüglich der *Polikliniken* gefolgt. Die beschlossene, nicht ganz eindeutige Bestimmung zu § 368 n (3) RVO lautet:

Die Höhe der Vergütung für die von den poliklinischen Einrichtungen erbrachten Leistungen beträgt 80 vom Hundert für gleiche Leistungen in der kassenärztlichen Versorgung im Bereich der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigung maßgeblichen Einzelfallvergütung.

Die Vergütung kann auch als peuschaler Betrag für den einzelnen Behandlungsfall vereinbart werden.

Kann eine Einigung über den Umfang der Untersuchungen und Behandlungen oder über die Vergütung nicht erzielt werden, entscheidet auf Antrag eines der Vertragspartner die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde im Einvernehmen mit der für die Hochschule zuständigen obersten Landesbehörde.

Damit legen im Streitfall die Arbeits- und Kultusministerien der Länder Art und Umfang der Vergütung der Polikliniken fest.

Die Verordnung enthält die dem Bayern-Vertrag widersprechende Bestimmung, daß die Krankenkassen bei einer Mindernutzung der Krankenhausbetten das dadurch entstandene Defizit tragen sollen.

Die im Entwurf des AFKG zunächst enthaltene, sehr umstrittene Beseitigung der Versicherungsfreigrenze für Geringverdiener (390,— DM) ist im Vermittlungsverfahren gefallen und bis 1984 vertagt.

Beurteilt man rückschauend die seit 1972 erlassenen Sozialgesetze des BMA, so muß man feststellen, daß sie — einschließlich derer, die „Kostendämpfung“ in ihrem Namen führen — nicht nur nicht kostendämpfend, sondern im Gegenteil kostentreibend gewirkt haben. Wenn es

trotzdem gelang, den Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung vier Jahre lang nahezu auf den Stand von 1977 zu halten, dann ist das eine große Leistung, zu der der Gesetzgeber das wenigste, die Kassenärzte durch ihre Gesamttätigkeit das meiste beigetragen haben, obwohl sie nur 17,9 Prozent (früher 21 Prozent) der Ausgaben der Krankenkassen für sich selbst beanspruchen.

„Politische Kräfte benutzen die desolante Wirtschaftslage dazu, ihre Vorstellungen von einem durch staatliche Mechanismen gesteuerten System der gesetzlichen Krankenversicherung durchzusetzen. Während die Regierung den Krankenkassen systematisch Mittel entzieht und sie dennoch zusätzlich mit Aufgaben belastet, die streng genommen Sache des Staates sind, legt man für ihre Ausgaben ökonomische Richtwerte fest, die mit Krankenstand und ärztlicher Versorgung so wenig zu tun haben wie der Dollarkurs mit der Behandlung von Herzrhythmusstörungen! Und dann konstatiert man ein Versagen des Systems, wenn es keine Übereinstimmung der Krankenkassenausgaben mit den willkürlich gewählten Richtwerten gibt. Man gewinnt den Eindruck, die Regierung rücke im-

mer als freiwillige Feuerwehr mit Blaulicht und Martinshorn an, um Brände zu löschen, die durch ihre eigene Fahrlässigkeit entstanden sind. Da man so gern und oft von einer Koppelung unserer Honorare an die Grundlohnsumme spricht, zwei Zahlen: von 1976 bis 1980 ist die Grundlohnsumme um 37,2 Prozent gestiegen. Im selben Zeitraum erhöhten sich die Aufwendungen der Krankenkassen für die ambulante kassenärztliche Versorgung um 29,9 Prozent. Gäbe es eine gleichlaufende Entwicklung bei den anderen Ausgaben der Krankenkassen, bestände nicht nur Beitragsstabilität, sondern Beitragssenkungen wären möglich gewesen. Bei einer Preissteigerungsrate von 22,9 Prozent und einer Zunahme der Kassenärzte um 12,4 Prozent verbleibt in dem genannten Zeitraum für den einzelnen Kassenarzt ein Einkommenszuwachs von 2,9 Prozent im Jahresdurchschnitt. Bei den abhängig Beschäftigten belief sich die durchschnittliche Steigerung auf jährlich 6,1 Prozent.

Es wird nachgerade fast unmöglich, für eine solche Entwicklung beim einzelnen Kassenarzt um Verständnis zu werben, wenn man durch Nennung von eindeutig überhöhten Einkommensdurchschnitten — wie jüngst wieder vor dem Deutschen Bundestag geschehen — die Kassenärzteschaft in ein schiefes Licht stellt, weil man vielleicht hofft, über den monetären Neid einen ständigen Hebel gegen Positionen der Ärzte im Kassenarztrecht in der Hand behalten zu können.“ (Muschallik)

Man *vermißte* in den letzten Jahren eine *solide Haushaltspolitik* und *eine auf Stetigkeit und Vertrauen begründete Finanzplanung*, gerade auch *in der Sozialpolitik*. Defizite in einem Bereich der Sozialversicherung wurden mit Beiträgen aus anderen Zweigen der gesetzlichen Versicherung gestopft und damit dort neue Löcher aufgerissen. Das geschah — wie bereits erwähnt — 1977 mit dem KVKG zu Lasten der Krankenversicherung und später zum Nachteil der Arbeitslosenversicherung. 1980 wurden der Rentenversicherung 3,5 Milliarden DM zugunsten der Arbeitslosenversicherung vorenthalten, mit den neuen „Spargesetzen“, nimmt man den Beitragssatz der Rentenversicherung von 18,5 Prozent auf 18 Prozent zu-

## Menschen auf der Flucht

aus Kambodscha,  
Laos, Vietnam

### brauchen Ihre Hilfe



Kennwort:  
„Flüchtlingshilfe Indochina“  
Diakonisches Werk  
Postscheckkonto Stuttgart 502  
Deutscher Caritasverband  
Postscheckkonto Karlsruhe 202

rück und erhöht die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung von 3 auf 4 Prozent, schröpft die Krankenversicherung zugunsten der Bundesanstalt für Arbeit und bürdet jener auch noch die Kosten staatlicher Aufgaben voll und ganz auf.

Nach den Schätzungen der Bundesregierung soll die Krankenversicherung durch das KVEG um ca. 1,6 Milliarden DM entlastet werden.

Die Ortskrankenkassen bezweifeln diese Zahl und diesen Effekt und machen folgende Gegenrechnung auf: 1,3 Milliarden DM wahrscheinlicher Einsparungen durch das KVEG stehen unter Einbeziehung eines Defizits aus 1981 1,65 Milliarden DM finanzielle Mehrbelastungen gegenüber, davon allein 0,55 Milliarden DM durch Beitragsminderungen für Arbeitslose, Streichung des Bundeszuschusses für die AOK Berlin und Wegfall des letzten Rests der Beitragszuschüsse des Bundes für „sonstige Hilfen“ und zum Mutterschaftsurlaub.

Ziel sozialdemokratischer und gewerkschaftlicher Sozialpolitik ist nach meiner Sicht nicht in erster Linie Einsparung, sondern Systemveränderung, was in den entsprechenden Programmen nachzulesen ist. Man will die allgemeine Finanzmisere mit der populären Begründung der Kostendämpfung bei den „Großverdienern“ zur schrittweisen Durchsetzung sozialistischer Ideologie benützen. Leistungsfeindliche Wunschziele sind Zentralisierung, Egalisierung, medizinische Betreuung durch Institutionen statt durch Freiberufler, staatlicher Dirigismus statt Selbstverwaltung bis hin zur staatlichen Einheitsversicherung, die allesamt teurer kommen als unser bisheriges Versicherungssystem.

Ideologie kennt insoweit keinen Preis.

Der Zug in den Sozialismus bleibt unter Dampf, mit jedem neuen Gesetz nähert er sich seinem Endziel, auch wenn immer wieder unter dem Einfluß des Koalitionspartners und der Opposition kurz angehalten und Dampf abgelassen werden muß.

In der Wahl der Mittel zur Durchsetzung dieser Politik ist die SPD nicht gerade zimperlich. Man arbeitet mit parlamentarischen Tricks,

Überrumpelung in der Urlaubszeit, mit Alleingängen ohne das selbst geschaffene Beratergremium „Konzertierte Aktion“, mit Hektik und Zeitdruck, mit Täuschung der Betroffenen, mit Drohungen bis hin zur Falschaussage im Deutschen Bundestag. Bei den Sachkennern bleibt der Eindruck von „Flickschusterei plus Ideologie“ (Kannengießer).

### Bayern-Vertrag

Wir in Bayern verfolgen seit 1979 zusammen mit unseren Vertragspartnern, den Krankenkassen, eine andere Politik, die nach anfänglicher Kritik in der Zwischenzeit von den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen wurde. Nur der Bundesarbeitsminister verharret in Ablehnung, weil ein Erfolg des Bayern-Vertrages seine Intentionen durchkreuzt. Ich darf die Leitlinien des Bayern-Vertrages noch einmal in Ihre Erinnerung bringen:

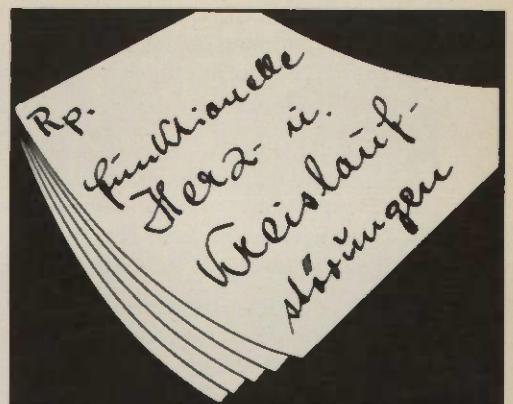
– Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig, d. h. Stärkung und Ausschöpfung aller Möglichkeiten der ambulanten Diagnostik und Therapie, auch in Kooperation mit Kassenärzten anderer Fachdisziplinen, weil die ambulante Behandlung erheblich preiswerter ist und von der Sache her auch sein muß als die Behandlung im Krankenhaus.

– Gezielte Diagnostik und rationale Therapie, letztere – soweit möglich – erst nach Feststellung der Diagnose.

– Zurückhaltung in der Verordnung von Heilmitteln, die keine aktive Mitarbeit des Patienten erfordern und als angenehme „Heilmaßnahme“ vom Versicherten manchmal ohne objektive Notwendigkeit gewünscht werden, wie z. B. Bäder und Massagen.

– Kritische Überprüfung des Wunsches auf Attestierung von Arbeitsunfähigkeit.

Die derzeitige Finanzsituation des Staates, der Wirtschaft und der Krankenversicherung gebietet ein kostenbewußtes Verhalten des Kassenarztes (auch bezüglich der eigenen Leistungen), das aber eine Grenze an dem finden muß, was gesicherte medizinische Erkenntnisse und ärztliche Verpflichtung gegenüber dem Patienten von uns verlan-



## Circovegetalin® compositum

### Zusammensetzung:

1 Oragée enthält:

#### Tagesform (rosa):

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

#### Nachtform (braun):

Ergotamintartrat	0,10 mg
Ergotoxinphosphat	0,12 mg
Hyoscyamin	0,087 mg
Scopolaminiumbromid	0,003 mg
Phenobarbital	20,0 mg

### Indikationen:

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

### Kontraindikationen:

Exsikkose, Gravidität, Laktation, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Restharnbildung, schwere Zerebralsklerose. Akute hepatische Porphyrien. Gefäßerkrankungen, schwere Leber- oder Nierenfunktionsstörungen.

### Nebenwirkungen:

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

**Warnhinweis:** Die Nachtform kann das Reaktionsvermögen beeinträchtigen.

### Handelsformen und Preise:

45 Oragées OM 10,25 90 Oragées OM 18,40

**VERLA-PHARM TUTZING**

gen. Auf 100 DM kassenärztliches Honorar kommen 470 DM für vom Kassenarzt verordnete, anderweitig erbrechter Leistungen.

Alle Gesetzentwürfe aus dem BMA sind absolut *leistungsfreundlich* — der Bayern-Vertrag appelliert an die Leistungsfähigkeit und *Leistungsbereitschaft* der Kassenärzte.

— Der Bundesarbeitsminister versuchte, die Honorare der Kassenärzte zu deckeln, ab sofort zu kürzen und dann noch bis 1983 einzufrieren — der Bayern-Vertrag hat keinen Deckel (außer Lebor). Direktor Sitzmann vom Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern hat dies folgendermaßen begründet: „Alles, was wir bei den Versicherten und den unmittelbaren Vertragspartnern der Krankenkassen vielleicht einsparen, wird nicht ausreichen, um überproportionale Kostensteigerungen im Krankenhausbereich aufzufangen.“

— Das KVEG verfügt von oben herab isolierte Richtwerte, Höchstbeträge und Therapiestandards für die *einzelnen* Leistungssparten und die einzelnen Leistungsträger — der Bayern-Vertrag sieht deren Interdependenz, läßt dem Arzt weitgehende Entscheidungsfreiheit und will das Wachstum der *Gesamtausgaben* der Krankenkassen bremsen.

— Eine Bindung der Ausgabenentwicklung für die ambulante kassenärztliche Versorgung an die Grundlohnsumme als Obergrenze ohne Rücksicht auf die Morbidität und die medizinische Entwicklung bedeutet das Ende einer Einzelleistungsbezahlung und aller Bemühungen der Kassenärzte, nach ihren Möglichkeiten zur Kostendämpfung beizutragen.

— Der Bayern-Vertrag garantiert Einzelleistungsbezahlung ohne vorher festgelegte Obergrenze.

— Das BMA will die Handlungsfreiheit der *Selbstverwaltung* durch zentralistischen Dirigismus weiter *einengen* — der Bayern-Vertrag *stärkt* die Kooperation und *Selbstverwaltung* der Vertragspartner und nützt den noch erhaltenen Freiraum.

Am 4. November haben die KVB, die KZVB, die bayerische Apothekerschaft, die bayerischen Krankenkassen und die Pharmazeutische Industrie eine „*Koalition der Vernunft und Verantwortung im Gesundheitswesen*“ gegründet, deren Ziel es

sein soll, einen Ausgleich zwischen medizinischen Notwendigkeiten und wirtschaftlichen Möglichkeiten zu finden. Nach den bisher erzielten Anfangserfolgen durch die Bayern-Verträge soll eine echte Alternative zur staatlichen Reglementierung durch die Bundesregierung aufgebaut werden.

Zunächst ist vorgesehen, in halbjährlichen Beratungen die Kostenentwicklung zu analysieren und die Problembereiche zu identifizieren, um dann gemeinschaftlich Lösungen zu suchen. Die Beteiligten waren sich einig, daß Fortschritte bei der finanziellen Stabilisierung der Krankenversicherung — soweit sie bisher erzielt wurden — nur auf die Wirksamkeit der Selbstverwaltung zurückzuführen sind.

Die Politik des Bundesarbeitsministeriums führe demgegenüber in eine Sackgasse, an deren Ende eine staatliche Einheitskrankenversicherung stehen würde. Die bayerischen Selbstverwaltungsorgane fordern von der Bundesregierung den für die Verwirklichung ihrer Stabilisierungspäne erforderlichen Handlungsspielraum und verwahren sich dagegen, daß die Krankenversicherung erneut zum Verschiebebahnhof gemacht wird, mit dessen Hilfe die öffentlichen Haushalte auf Kosten der Beitragszahler entlastet werden sollen.

Lassen Sie mich mit einem Zitat aus dem vorletzten Rundschreiben von Professor Sewering an alle bayeri-

schen Kassenärzte schließen: „Es konnte aber verhindert werden, daß unser ‚Bayern-Vertrag‘ insgesamt zunichte gemacht wurde. Wir haben damit die Möglichkeit, den 1979 vereinbarten Leitlinien weiterhin zu folgen. Wir sind dabei überzeugt, damit dem Anliegen einer wirksamen Kostendämpfung am besten gerecht zu werden. Damit gilt für Bayern weiterhin der Grundsatz ‚soviel ambulant wie möglich, nur soviel stationär wie nötig‘! Es gibt nach wie vor bei uns keinen ‚Deckel‘ der Gesamtvergütung. Natürlich können die Kassenärzte nicht erwarten, daß ihre ambulanten Leistungen unbegrenzt honoriert werden, wenn die stationären Einweisungen nicht entsprechend zurückgehen.“

Ich bitte Sie eindringlich, diese Überlegungen bei Ihrer täglichen Arbeit zu berücksichtigen und entsprechend zu handeln. Ich würde meine Pflicht verletzen, wenn ich Sie, meine Kolleginnen und Kollegen, nicht darauf hinwiese, daß die Anerkennung der von Ihnen erbrachten Leistungen ohne Deckel davon abhängt ob die Grundsätze des ‚Bayern-Vertrages‘ verwirklicht werden oder nicht. Die gesetzlichen Krankenkassen sind bis heute mit uns der Überzeugung, daß der eingeschlagene Weg richtig ist. Es liegt an uns zu beweisen, daß dies auch für die vor uns liegende Zeit zutrifft.“

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. F. Kolb, Buchar Straße 11, 8500 Nürnberg

Das Bayerische Rote Kreuz gibt sich die Ehre, Sie zum

### 35. Margueriten-Ball

am Donnerstag, 18. Februar 1982, 20 Uhr, im Hotel Bayerischer Hof einzuladen.

Es präsentieren sich Ihnen die Orchester Helmut Högl und Amphibium, beliebte und bekannte Künstler sowie die Faschingsprinzenpaare der Narrhalla und Würmesia mit Hofstaat. Eine Palette schöner Gewinne wartet in der großen Tombola auf Sie. Hauptgewinn: 1 Pkw Mercedes-Benz

Der Reinerlös des Balles fließt den vielseitigen sozialen und humanitären Aufgaben des Bayerischen Roten Kreuzes zu. — 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 Kartenverkauf: Bayerisches Rotes Kreuz, Saltzstraße 8, München 22, Telefon (089) 2372-270, oder Hotel Bayerischer Hof, Promenadeplatz 2-6, München 2, Telefon (089) 2288 71



einmal täglich 1 Tablette

# Esimil®

## senkt Hochdruck


schonend  
in den Normbereich

**Esimil**  
greift nur peripher an  
und macht nicht müde

**Zusammensetzung:** 1 Tablette ESIMIL enthält 10 mg Guanethidin-sulfat und 25 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Alle Formen der arteriellen Hypertonie. **Kontraindikationen:** Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie, Phäochromozytom, gleichzeitige Gabe von MAO-Hemmern.

**Dosierung:** 1 Tablette täglich nach dem Frühstück. In Fällen unzureichender Blutdrucksenkung sollte nach einer Woche die Tagesdosis um 1/2 Tablette erhöht werden. In besonders schwer beeinflussbaren Fällen kann eine Steigerung der Tagesdosis auf 2–3 Tabletten erforderlich werden. Erhaltungsdosis 1 Tablette täglich. In jedem Fall sollte die gesamte Tagesdosis morgens nach dem Frühstück eingenommen werden. **Besondere Hinweise:** Bei zu hoher Dosierung kann es zu einem unerwünschten, stärkeren orthostatischen Blutdruckabfall kommen, der sich meist durch Hinsetzen oder Hinlegen mit Hochlagern der Beine beheben läßt. In seltenen Fällen können Durchfälle oder Ejakulationsstörungen auftreten. Bei Niereninsuffizienz ist eine sorgfältige Überwachung des Elektrolyt-haushaltes und der Rest-N-Werte bzw. der Plasmakreatinin-Werte erforderlich. Eine latente Gicht bzw. ein latenter Diabetes mellitus kann manifest werden. Um einer Kaliumverarmung vorzubeugen, ist auf ausreichenden Kaliumgehalt der Kost zu achten. Bei Kaliumverlusten (Erbrechen, Diarrhoe), bei Kaliummangel, bedingt durch Zweiterkrankungen (z. B. Leberzirrhose, Nephrose), und bei Zweitmedikationen (z. B. Digitalis, Kortikoide), die Kaliumverluste mit sich bringen, ist eine besonders kaliumreiche Kost und – falls erforderlich – eine medikamentöse Kaliumsubstitution angezeigt. ESIMIL darf nicht zusammen mit trizyklischen oder tetracyclischen Antidepressiva gegeben werden, letztere verhindern die Aufnahme von Guanethidin-sulfat in die postganglionären sympathischen Nervenfasern und schwächen den blutdrucksenkenden Effekt von ESIMIL ab bzw. heben ihn auf. **Handelsformen und Preise:** Originalpackung mit 20 Tabletten DM 15,15 lt. AT; Originalpackung mit 50 Tabletten DM 34,- lt. AT; Originalpackung mit 100 Tabletten DM 62,30

lt. AT; Klinikpackung. Stand Januar 82

 **Brunnengrüber**  
Lübeck

# Adipositas – Neueinschätzung als Risikofaktor?\*

von G. Woifram

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München  
(Direktor: Professor Dr. med. N. Zöllner)

Seit einem Jahr geht durch die Laienpresse eine Welle von Artikeln, die allen Dicken die frohe Botschaft verkündet, daß Übergewichtige länger leben. Eine derartige Botschaft liefert natürlich wirksame Schlagzeilen und war deshalb von Flensburg bis Berchtesgaden in überregionalen und dann auch regionalen Zeitungen zu finden. Um es vorwegzunehmen, die Laienpresse hat wieder einmal eine Teil-Wahrheit zur vollen Wahrheit erhoben.

## Sollgewicht

Der Ernährungsbericht 1980 der Deutschen Gesellschaft für Ernährung berichtet über eine Häufigkeit der Fettsucht in der Bundesrepublik Deutschland von 37 Prozent bei Männern und 34 Prozent bei Frauen. Die Definition von „Übergewicht“ erfolgte dabei nach der Formel von Broca, d. h. Sollgewicht (kg) = Körperlänge (cm) – 100. Dieses relative, auf die Körperlänge bezogene Körpergewicht ist einfach zu ermitteln und auch für den Laien verständlich. Es hat nur den Nachteil, daß der Körperbau nicht mit eingeht und bei extremen Körperbauformen Ungenauigkeiten auftreten. Andere Formeln zur Bestimmung des relativen Körpergewichts (z. B. Massenindex, Formel nach Bornhardt) berücksichtigen zwar den Körperbau, sind jedoch in der Bestimmung wesentlich aufwendiger oder ihr Ergebnis für den Laien unverständlicher.

## Übergewicht

Ein erhöhtes Körpergewicht kann verschiedene Ursachen haben. Zu unterscheiden sind eine Gewichtszunahme durch Wassereinlagerungen in Form von Ödemen, vermehrte Muskelmassen beim Schwerathleten oder vermehrte Fettmassen beim Fettsüchtigen. Die Knochen werden kaum zu einem deutlichen Übergewicht beitragen können, da sie nur etwa zehn Prozent der Körpermasse betragen und selbst bei einer Zunahme ihres Ge-

wichtes um 20 Prozent das gesamte Körpergewicht nicht signifikant ändern. Da die überwältigende Mehrzahl der übergewichtigen Bundesbürger an einer vermehrten Fetteinlagerung leidet, sollte man diesen Zustand auch richtig, nämlich als Fettsucht bezeichnen.

## Idealgewicht

Über mehrere Jahrzehnte wurde in Deutschland Schlankheit als erstrebenswertes Ideal hingestellt und durch statistische Berechnungen des Datenmaterials amerikanischer Lebensversicherungsgesellschaften aus den Jahren 1934 bis 1954 untermauert. In Fachkreisen ist schon länger bekannt, daß dieses amerikanische „Idealgewicht“, das – statistisch gesehen – die höchste Lebenserwartung garantieren soll, methodisch auf tönernen Füßen stand. So war die Auswahl der Personen nicht repräsentativ für die Amerikaner, die Körpergröße wurde mit Schuhen, das Körpergewicht ohne Angabe der Bekleidung gemessen. Deshalb konnte es nicht ausbleiben, daß so mancher nach den üblichen Kriterien „Normalgewichtige“ entmutigt war, wenn er sein sogenanntes „Idealgewicht“ ausrechnete und sich in diesem Zustand vorstellte.

## „Dicke leben länger“

In den letzten Jahren wurden nun zwei Untersuchungen aus den USA bekannt, die in Framingham und in Chicago zwei kleine Bevölkerungsgruppen über mehrere Jahre beobachtet und die Häufigkeit von Todesfällen in Abhängigkeit vom relativen Körpergewicht erfaßt hatten.

Beide Studien kamen zu dem Ergebnis, daß die geringste Häufigkeit von Todesfällen nicht in der Gruppe mit dem sogenannten „Idealgewicht“ zu finden war, sondern in der Gruppe mit einem Körpergewicht von Broca + 20 Prozent. Dieser Unterschied zwischen Idealgewicht und Sollgewicht nach Broca + 20 Prozent war für die Laienpresse der Anlaß zu der Schlagzeile „Dicke leben länger“. Bei dieser Aussage wurden die graphischen Darstellungen aus diesen Publikationen aber im wahrsten Sinne des Wortes mit Scheuklappen betrachtet, da unübersehbar bei den noch Dickeren und bei den noch Dünneren die Häufigkeit von Todesfällen zunimmt, d. h., daß bei einer Fettsucht von mehr als Broca + 20 % die Lebenserwartung eindeutig verkürzt ist (Abb. 1).

Gegen die beiden genannten Studien – übrigens die bisher einzigen – läßt sich nun einwenden, daß sie vorwiegend Männer betreffen, Männer in einer bestimmten Altersgruppe und die Beobachtungszeit nur 14 Jahre beträgt. Nun ist der weitere Lebensablauf eines 35jährigen Dicken und eines 55jährigen Dicken nicht miteinander zu vergleichen und daher auch nicht wechselseitig extrapolierbar, ganz abgesehen von Unterschieden im weiteren Risikoprofil. Für den Einfluß der Fettsucht auf die Lebenserwartung von Frauen gilt ähnliches, nur liegen hier noch weniger Befunde vor.

## Parameter zur gesundheitlichen Bewertung des relativen Körpergewichtes

Es kann kein vernünftiger Zweifel daran bestehen, daß extreme Magersucht wie auch extreme Fettsucht die Gesundheit beeinträchtigen. Wichtiger ist jedoch die gesundheitliche Bewertung einer mäßigen Fettsucht in Hinsicht auf Empfehlungen

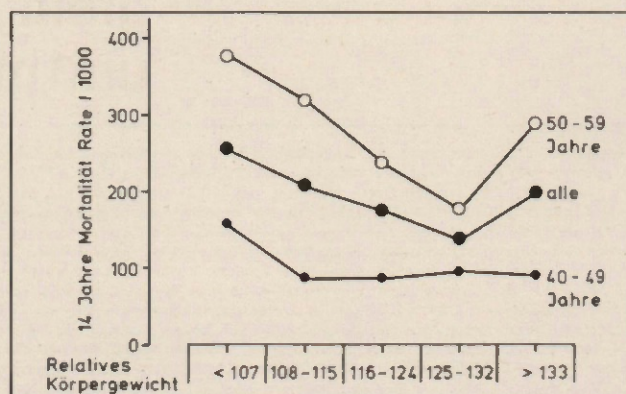


Abbildung 1  
Häufigkeit von Todesfällen in Abhängigkeit vom relativen Körpergewicht (100 % = Idealgewicht; 110 % = Sollgewicht nach Broca) bei Männern zwischen 40 und 59 Jahren (n = 1332) (Dyer et al., 1975)

\*) Nach einem Vortrag, gehalten beim III. Oberflüßinger Kolloquium in München

für die noch gesunde Bevölkerung und für fettsüchtige Patienten. Als Kriterien dafür bieten sich die Lebenserwartung, die Begleitkrankheiten der Fettsucht und die Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit an. Die Vorstellungen von Lebensqualität sind zu subjektiv, als daß man sie in die Überlegungen zur Definition des wünschenswerten relativen Körpergewichtes einbeziehen könnte.

### Lebenserwartung

Eine gültige Aussage über den Einfluß des relativen Körpergewichtes auf die Lebenserwartung wird erst dann möglich sein, wenn eine prospektive Studie an einer ausreichend großen Zahl von männlichen und weiblichen Personen über die ganze Lebensspanne durchgeführt sein wird. Bei einer derartigen Studie sind natürlich Zwischenkontrollen erforderlich, da eine Fettsucht bei Beginn der Studie nicht unbedingt etwas über den Gewichtsverlauf im späteren Leben aussagt. Besonders wichtig wären auch Befunde über die Altersgrenze, bis zu welcher Empfehlungen zum wünschenswerten Körpergewicht eine unveränderte protektive Bedeutung haben. Aus den oben dargelegten Gründen ist jedoch heute eine verbindliche Aussage aufgrund des Kriteriums Lebenserwartung noch nicht möglich. Auf keinen Fall kann man die bisher vorliegenden Teilergebnisse aus zwei Studien verallgemeinern und dahingehend interpretieren, daß Dicke angeblich länger leben.

### Begleitkrankheiten der Fettsucht

Es ist eine klinische Erfahrung, daß Fettsucht mit einer Häufung von Begleitkrankheiten wie Gallensteinen oder degenerativen Veränderungen der Gelenke einhergeht. Für die erhöhte Komplikationsrate bei der Operation von Fettsüchtigen kann man neben der vermehrten Belastung von Herz und Kreislauf sowie Störungen der Atemfunktion auch ein erhöhtes Thrombembolierisiko und mechanische Gründe verantwortlich machen. Bei starker Fettsucht der Schwangeren liegt die Häufigkeit von Todgeburten nahezu doppelt so hoch wie bei Normalgewicht. Man kann also davon ausgehen, daß oberhalb des Sollgewichtes nach Broca die Häufigkeit von Begleitkrankheiten ansteigt. Ein Grenzwert der Fettsucht, ab dem

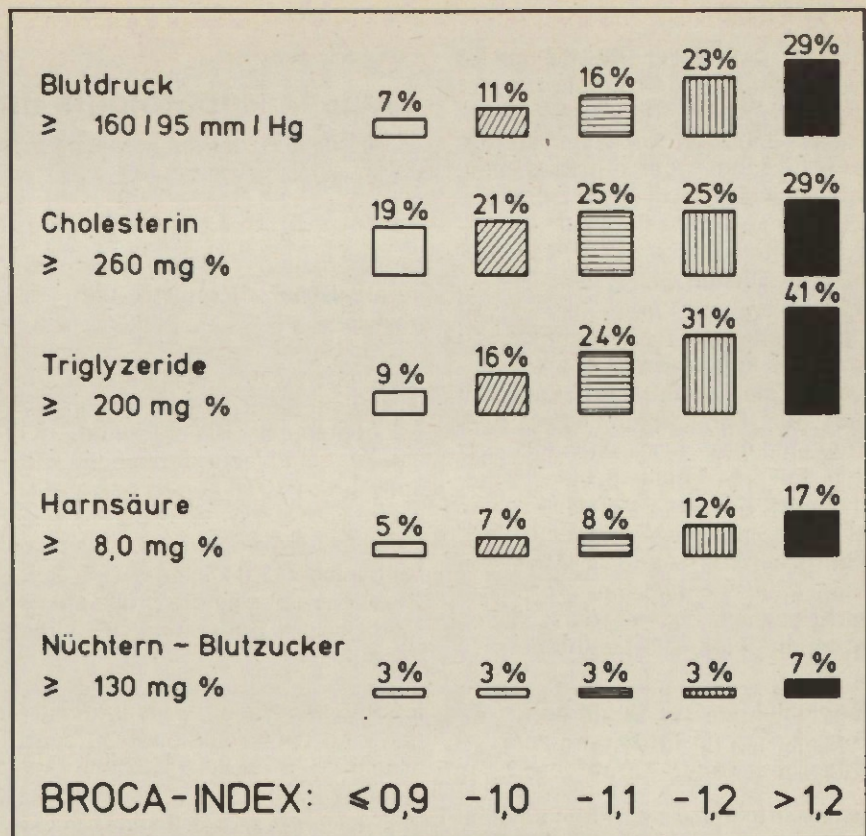


Abbildung 2 Häufigkeit von Risikofaktoren in Abhängigkeit vom Körpergewicht bei 30- bis 60jährigen Männern der WHO-Herz-Kreislauf-Vorsorge-Studie Eberbach/Wiesloch (Nüssel et al., 1979)

das Risiko von Begleitkrankheiten und Komplikationen unverhältnismäßig stark ansteigt, läßt sich jedoch bisher nur angenähert festlegen.

### Risikofaktoren

Eine vermehrte Körperfettmasse verursacht Veränderungen des Stoffwechsels und eine Erhöhung des Blutdruckes. Häufigkeit und Ausmaß dieser Störungen stehen in direkter Beziehung zum Ausmaß der Fettsucht. Die geringste Häufigkeit von Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit ist bei Männern bei einem relativen Körpergewicht nach

Broca - 10% zu finden (Abb. 2). Selbst wenn im Einzelfall bei einem relativen Körpergewicht von Broca + 20% noch keine Stoffwechselstörung vorliegt, ist das Risiko für eine derartige Störung so hoch, daß zu einer Gewichtsreduktion geraten werden muß. Natürlich bestätigen Ausnahmen die Regel; welcher Kollege kennt nicht den Fettsüchtigen der (noch) keine Stoffwechselstörung hat. Hier ist jedoch auch die Dynamik der Fettsucht zu berücksichtigen; Stoffwechselstörungen sind in Phasen einer Gewichtszunahme stärker ausgeprägt als bei konstantem Körpergewicht. Dies gilt auch für die Fettsucht.

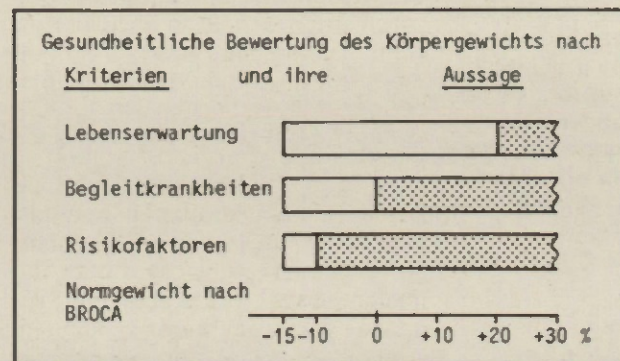


Abbildung 3 Die unterschiedlichen Aussagen der verschiedenen Kriterien zur Bewertung des relativen Körpergewichtes über die kritische Grenze einer Fettsucht

## Folgerungen

Bei der derzeitigen Beweislage ist es nicht möglich, Empfehlungen für das wünschenswerte Körpergewicht auf ein einziges Kriterium zu stützen. So lange über die Beziehung zwischen Fettsucht und Lebenserwartung keine ausführlichen, in randomisierten und prospektiven Studien erhobenen Befunde vorliegen, müssen weitere Parameter, wie die Häufigkeit von Begleitkrankheiten und das Auftreten von Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit bei der Formulierung derartiger Empfehlungen berücksichtigt werden. Zur Zeit kommen diese Kriterien noch zu einer unterschiedlichen gesundheitlichen Bewertung des Übergewichtes (Abb. 3), Aussagen zum wünschenswerten Körpergewicht müssen deshalb nach diesen Kriterien differenziert werden.

### Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zum wünschenswerten Körpergewicht

Aus Gründen der Praktikabilität sollte für die Beurteilung des Körpergewichtes von Erwachsenen das relative Körpergewicht nach Broca verwendet werden.

Idealgewichtige Erwachsene sollten zur Vorbeugung gegen Fettsucht bestrebt sein, dieses Gewicht zu halten.

Übergewicht von mehr als Broca + 20% bis 30% stellt wegen des nach jedem der drei Kriterien erhöhten Risikos eine absolute Indikation zur Gewichtsreduktion dar. Diese sollte möglichst kontinuierlich erfolgen und nicht durch Phasen von Gewichtszunahme unterbrochen werden.

Auch eine mäßige Fettsucht ist mit dem gehäuftem Auftreten von Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit verbunden. Risikofaktoren sind bei einem relativen Körpergewicht von Broca - 10% am seltensten. Darum verpflichtet ein Übergewicht mäßigen Ausmaßes dazu, die Risikofaktoren der Herz-Kreislaufkrankungen (Hyperlipidämie, Diabetes, Hochdruck, Gicht) in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren und gegebenenfalls diätetisch zu behandeln, in erster Linie natürlich durch Verminderung der Fettsucht.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. G. Wolfram, Pettenkofferstraße 8 a, 8000 München 2

## Aktuelle Hepatologie und Gastroenterologie

66. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. W. Gehrock, Freiburg:

### Virushepatitis – Moderne Aspekte serologischer Diagnostik und Prophylaxe

Die Virushepatitis stellt heute das wichtigste Seuchenproblem in der Bundesrepublik Deutschland dar. Die Zahl der Neuerkrankungen wird auf jährlich 100 000 geschätzt, auch wenn nur 20 000 gemeldet werden. Etwa ein Prozent unserer Bevölkerung sind Hepatitisvirus B-Träger. Daraus ergibt sich die große sozialmedizinische Bedeutung der Virushepatitis.

Im Rahmen vieler Viruserkrankungen sind Leberreaktionen zu beobachten. Für die Auslösung der eigentlichen Hepatitis kommen bei uns jedoch nur drei Erreger in Betracht: Hepatitisvirus-A und -B sowie -Non A/-Non B. Diese drei Erreger kann man statistisch nach klinischen Daten differenzieren: Bei der *A-Virusinfektion* besteht eine kurze Inkubation, der Übertragungsweg ist überwiegend fäkal-oral, es kommt praktisch zu keinem Übergang in chronische Verläufe, außerdem gibt es bei dieser Infektion keinen symptomlosen Trägerstatus. Bei der *B-Virusinfektion* besteht eine lange Inkubationszeit, die Übertragung erfolgt vor allem perkutan (sowie von der Mutter auf den Fötus), sowie durch Sexualkontakt und Insekten, Übergang in den chronischen Verlauf in etwa fünf bis zehn Prozent der Fälle, Trägerstatus in 0,1 bis ein Prozent der Fälle. Bei der *Non A/-Non B-Infektion* liegt eine mittellange Inkubationszeit vor, der Übertragungsweg erfolgt perkutan bzw. hauptsächlich durch Transfusionen, Übergang in den chronischen Verlauf in etwa 40 Prozent, Trägerstatus sicher vorhanden, jedoch aufgrund unserer bisherigen diagnostischen Möglichkeiten noch nicht prozentual ausdrückbar.

Diese Differenzierung ist naturgemäß für den Einzelfall unbrauchbar, bei dem weder Aussagen über die Inkubationszeit noch über die Prognose gemacht werden können. Deshalb ist es wichtig, mehr über

die einzelnen Virustypen sowie über die Immunantwort, d. h. die Serologie, zu wissen. Nach der Infektion induzieren die Viren bzw. ihre Bestandteile als körperfremde Proteine die Bildung von Antikörpern. Diese sind wichtige diagnostische Parameter. Bei der *Virus-A-Infektion* werden relativ früh Antikörper gegen den Erreger gebildet (Anti-HAV, d. i. ein IgM-Antikörper in der Frühphase und ein später langsam ansteigender Titer eines IgM + IgG-Antikörpers). Mit zunehmendem Alter wird der Nachweis dieses letzteren Antikörpers häufiger, was darauf hindeutet, daß in der Bundesrepublik die Infektion mit dem A-Virus relativ früh einsetzt und später zu einem hohen Durchseuchungsgrad beiträgt. Durch die mit dem Antikörpertiter verbundene Immunität sind die Erkrankungen demzufolge im Erwachsenenalter selten. Bei der *B-Hepatitis* bedingt der komplexe Aufbau des Virus sehr viel komplexere Verhältnisse bei den Antikörpern. Am Ende der Inkubationszeit und in der ersten Phase der Erkrankung ist das HBe- und HBs-Antigen (= Australia-Antigen) nachweisbar; es wird jedoch rasch eliminiert. Es erscheint relativ früh der Antikörper gegen das E-Antigen und relativ spät gegen das HBs-Antigen sowie zwischenzeitlich ein Antikörper gegen das Coe-Antigen. Diagnostischer Parameter einer Virus B-Infektion ist deshalb das in der ersten Phase nachweisbare HBs-Antigen, in der Zwischenphase in erster Linie der Nachweis von Anti-HBc und in der Spätphase von Anti-HBe. Letzteres bleibt ständig im Serum nachweisbar und schützt vor der Reinfektion. Von diesem normalen Ablauf gibt es zahlreiche Variationen, von denen besonders die Persistenz des sonst bereits in der frühen Erkrankungsphase wieder eliminierten HBs-Antigens erwähnt werden muß. Der persistierende Nachweis dieses Antigens im Serum verlangt Abklärung nach zwei Richtungen: Erstens kann es sich dabei um einen chronischen Verlauf handeln (wenn mit einem positiven HBe-Antigen verbunden). In diesem Fall ist eine biopsische Kontrolle indiziert, um den chroni-

# Die klassische Hochdrucktherapie

# ® Adelphan - Esidrix



## verhindert die Spätfolgen des Hochdrucks

**Zusammensetzung:** Eine Tablette enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin-sulfat + 10 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Arterielle Hypertonie. **Kontraindikationen:** Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz schwereren Grades; hochgradige Koronarsklerose; Depressionen, Magen-Darm-Ulzera, Kolitis und Gastroenteritis – auch in der Anamnese. **Nebenwirkungen:** Zu Behandlungsbeginn gelegentlich Nausea und Tachykardie. In seltenen Fällen Hypokaliämie, Hyperglykämie, Hyperurikämie, orthostatische Regulationsstörungen, Verstopfung der Nase, migräneartige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Lymphdrüsenanschwellungen, Blutbildveränderungen, Magen-Darm-Ulzera, gesteigerte Magen-Darm-Motilität, Potenzstörungen oder depressive Verstimmungen. **Wechselwirkungen:** Der Reserpin-Anteil kann die bradycarde Wirkung der Digitalisglykoside sowie die Wirkung zentral dämpfender Pharmaka und den blutdrucksenkenden Effekt anti-

hypertensiver Pharmaka verstärken. – Der Hydrochlorothiazid-Anteil kann die Wirkung von Antidiabetika verringern, die kardio- und neurotoxische Wirkung von Lithiumsalzen sowie den kaliumausschwemmenden Effekt von Glukokortikoiden erhöhen und die Wirkung von Herzglykosiden bei bestehendem Kaliummangel verstärken.

**Dosierung:** Behandlungsbeginn im allgemeinen 1–2mal 1 Tablette pro Tag, evtl. vorübergehende Dosissteigerung. Zur Dauerbehandlung genügt vielfach 1 Tablette täglich. **Besondere Hinweise:** Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. – Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. – Bei höherer Dosierung und eingeschränkter Nierenfunktion sind die Plasma-Kreatininwerte sowie der Elektrolyt-

haushalt zu kontrollieren. **Handelsformen und Preise:** 20 Tabletten DM 9,30, 50 Tabletten DM 20,70, 100 Tabletten DM 35,85; Anstaltspackung. Stand: August 1981



CIBA-GEIGY GmbH, 7867 Wehr

AdE 5

schen Verlauf zu sichern. Zweitens kann es sich um einen gesunden Träger des Virus handeln (wenn die HBs-Persistenz mit einem negativen E-Antigen kombiniert ist). In diesem Fall genügen in der Regel Transaminasenkontrollen.

Die *pathogenetisch* bedeutsamen, durch den Virus ausgelösten Primärläsionen sind bisher weitgehend ungeklärt. Man weiß jedoch, daß das Hepatitis-B-Virus selbst nicht zytopathogen ist. Erst wenn die Virusinfektion mit einer zellulären Immunreaktion zusammentrifft, kommt es zur Hepatitis. Das infektiöse Agens löst eine Proliferation von Immunkompetenten Zellen (T-Lymphozyten) aus, die mit dem infektiösen Agens reagieren, wenn es durch die Leberzellmembrane hindurchtritt. Dadurch kommt es zur Lyse der Hepatozyten, also zur Zellnekrose. Durch Unterdrückung der Immunreaktionen (durch immunsuppressive Medikamente) ist z. B. bei nierentransplantierten Patienten häufig eine Vermehrung der Hepatitisviren zu beobachten, ohne daß es zu einem Krankheitsausbruch kommt. Auch ist es verständlich, daß durch eine derartige Therapie eine chronische Hepatitis in einen Trägerstatus überführt werden kann. Es besteht allerdings nach Absetzen der Behandlung die Gefahr einer Reaktivierung.

Die Hepatitis ist aus den klinischen und klinisch-chemischen Symptomen in der Regel klar diagnostizierbar. Die neuen serologischen Marker geben zusätzliche Aufschlüsse, vor allem für die prognostische Beurteilung. Bei einer *akuten Hepatitis* beginnt die Diagnostik sinnvollerweise zunächst mit der Bestimmung des HBs-Antigens (= Australia-Antigen). Ist dieses positiv, sollte man das HBe-Antigen bestimmen lassen. Ist dieses ebenfalls positiv, so handelt es sich um eine B-Hepatitis mit kritischer Prognose (häufiger Übergang in chronische Verläufe). Ist das HBe-Antigen negativ, so ist die Prognose wesentlich günstiger zu beurteilen. Ist das HBs-Antigen negativ, so sollte man Anti-HBc bestimmen. Ist es positiv, so liegt eine abheilende B-Hepatitis mit guter Prognose vor. Ist es negativ, so kommen zwei Möglichkeiten in Frage: Entweder handelt es sich um eine Non A-/Non B-Hepatitis oder um eine A-Hepatitis. Bei der Non A-/Non B-Erkrankung ist bei etwa 40

Prozent der Fälle mit einem chronischen Verlauf zu rechnen, bei der Hepatitis-A ist die Prognose gut.

Hat man eine histologisch nicht eindeutig differenzierbare *chronische Hepatitis* prognostisch zu beurteilen, so kommen ursächlich nur B-Viren oder Non A-/Non B-Viren in Betracht. Ist die HBs-Antigen- und HBe-Bestimmung positiv, so besteht der dringende Verdacht auf eine chronisch aggressive Verlaufsform mit sehr schwierigen therapeutischen Problemen. Ist das HBs-Antigen negativ, so kann es sich um eine chronisch persistierende Erkrankung handeln, insbesondere dann, wenn gleichzeitig das Anti-HBs positiv ausfällt.

Für die Prophylaxe gibt es derzeit, abgesehen von allgemeinen hygienischen Maßnahmen, zwei Möglichkeiten: erstens in der Gabe von Gamma-Globulinen i. m., zweitens in der Gabe des Hepatitis B-Hyperimmunglobulins. In letzterem sind die Antikörper gegen das HBs-Antigen (= Australia-Antigen) besonders hoch angereichert, während es für die Gamma-Globuline bisher keine standardisierten Titer gibt. Die Hyperimmunglobuline sind jedoch nur gegen eine Hepatitis B-Virusinfektion wirksam, außerdem haben sie einen sehr hohen Preis. Nicht geeignet zur Prophylaxe sind intravenös zu verabfolgende Immunglobulinpräparate.

*Professor Dr. K. P. Maier, Eblingen:*

#### **Seltene, aber wichtige Zirrhoseformen**

Der Alkoholismus spielt heute die größte Rolle bei der Entstehung der Leberzirrhose. Viren, Stoffwechselstörungen, Gallenwegserkrankungen, zirkulatorische Störungen und exogene Faktoren kommen hinzu.

Als Ursache chronischer Lebererkrankungen bis hin zur Zirrhose werden im nachfolgenden besprochen:

- Medikamente
- Gallenwegserkrankungen (primär-biliäre Zirrhose)
- Störungen im Schwermetalstoffwechsel (Morbus Wilson, Hämochromatose)

Bereits durch den Pharmakologen Buchheim wurde der Satz geprägt:

„Arzneimittel erfahren Veränderungen durch den Organismus und Organe erfahren Veränderungen durch Arzneimittel.“ Die Leber besitzt verschiedene enzymatische Systeme, welche dazu dienen, *Medikamente*, die auf dem Blutweg in die Leber kommen, in wasserlösliche Metaboliten umzuwandeln. Dadurch können diese dann durch die Leber wieder ausgeschieden werden.

Dieser Umwandlungsmechanismus ist recht kompliziert. Der Fremdstoff wird zunächst oxydiert, danach mit Schwefelsäure oder Glucuronsäure konjugiert und damit wasserlöslich. Wichtig ist, zu wissen, daß auf diese Weise Pharmaka zu hochwirksamen Metaboliten hydroxyliert werden können, von denen ein Teil hochreaktiv und für die Folgen (die direkte Leberzellschädigung) verantwortlich zu machen ist. Die Leber schützt uns einerseits vor einer Überflutung von Fremdstoffen, Medikamenten, Toxinen und ähnlichem, indem sie sie zu atoxischen Substanzen abbaut, zum anderen entstehen bei diesen Vorgängen auch toxische Metaboliten, die insbesondere die Leberzelle zu schädigen vermögen. Die hierdurch entstehenden Organveränderungen können sich in unterschiedlichen Krankheitsbildern manifestieren. Man unterscheidet cholestatische medikamentös induzierte Lebererkrankungen, Hepatitis-artige Verlaufsformen und schließlich Mischbilder. Die Medikamente bzw. deren Abbauprodukte können eine direkte Lebertoxizität aufweisen oder Schäden durch allergische Reaktionen (also indirekt) setzen.

Direkt hepatotoxisch wirkende Medikamente sind das Paracetamol, Abführmittel, Methotrexat, Tuberkulostatika (bei Gabe von INH allein viel häufiger als in Kombination mit PAS) u. a.

Eine indirekte Hepatotoxizität von Medikamenten ist seltener, nicht dosisabhängig und meist Ausdruck eines allergischen Geschehens extrahepatischer Manifestation (Fieber, Hautausschläge, Gelenksbeschwerden, Eosinophilie usw.), also letztlich ein Zeichen einer Art Serumkrankheit. Die meisten dieser indirekten Leberzellschädigungen entsprechen dem cholestatischen Typ und sind ähnlich wie das Krankheitsbild der primär-biliären Zirrhose ätiologisch unklar.

Die Erkennung medikamenteninduzierter Leberzellschäden erfolgt durch eine inquisitorische Anamnese, durch Nachweis von Transaminasenerhöhungen und Vermehrung der Gamma-Globulinfraktion sowie gegebenenfalls durch eine Reexposition mit dem angeschuldigten Medikament. Die Therapie besteht im Absetzen des Arzneimittels, die Prognose ist in der Regel günstig.

Bei der *primär-biliären Zirrhose* handelt es sich um eine chronische Zerstörung der Gallenwege, welche schließlich in eine Zirrhose einmündet. Die Pathogenese der Erkrankung ist unklar. Immunologische Faktoren dürften eine wesentliche Rolle spielen. Nach den bisher weitgehend hypothetischen Vorstellungen soll ein nicht näher identifiziertes, wahrscheinlich aus den Gallengängen stammendes Antigen mit einem aus dem Pfortaderkreislauf stammenden Antikörper große Immunkomplexe bilden, welche über eine Aktivierung des Komplementsystems schließlich zu den typischen morphologischen Veränderungen an den Gallenwegen führen. Der Übertritt der Immunkomplexe in den großen Kreislauf wird für die extrahepatische Manifestation der Erkrankungen an Nieren, Lungen und Gelenken verantwortlich gemacht.

Besonders häufig erkranken Frauen im mittleren Lebensalter, bei denen ein verstärkter Juckreiz und eine erhöhte alkalische Phosphatase oder Gamma-GT auffällt. Die BKS ist beschleunigt, das Serum-Cholesterin erhöht. Ein extrahepatischer Verschluss wird meist rasch ausgeschlossen. Nicht selten werden die Patienten aber auch wegen Gallensteinen (bei einem Drittel der Patienten nachgewiesen) cholezystektomiert, ehe dann festgestellt wird, daß die Cholestase gar nicht extra-

hepatischer Natur ist. Die Erhöhung der IgM-Konzentration im Serum und die nachweisbaren antimitochondralen Antikörper sichern die Diagnose.

Da die Erkrankung nur symptomatisch therapiert werden kann, ist eine sichere differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen, möglicherweise kausal therapierbaren Erkrankungen wichtig. Differentialdiagnostisch kommt eine cholestatisch verlaufende Hepatitis in Betracht. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, daß bei 30 Prozent der HBs-Ag-negativen, chronisch-aggressiven Hepatitiden ebenfalls antimitochondrale Antikörper nachweisbar sind. Diese entsprechen jedoch einem anderen Typ als bei der primär-biliären Zirrhose. Außerdem können, wie vorbesprochen, Medikamente extrahepatisch bedingte Cholestasen bewirken.

Nach Sicherung der Diagnose (durch Laparoskopie mit Leberbiopsie!) stellt sich die Frage nach den therapeutischen Möglichkeiten. Asymptomatische Patienten weisen eine überaus gute Prognose auf. Die Erkrankung führt auch unbehandelt zu keiner Lebensverkürzung im Vergleich zu einem gesunden Kollektiv. Auch für die übrigen Patienten gibt es keine kausale Therapie. Behandlungsversuche mit Steroiden, Azathioprin und D-Penicillamin haben sich nicht bewährt. Um so wichtiger ist die symptomatische Behandlung, die vor allem dem quälenden Juckreiz und der hepato-biliär bedingten Maldigestion begegnen kann: Cholestyramin (Quantalan®) kann durch Bindung der Gallensäuren im Intestinaltrakt Juckreiz lindern. Gleichzeitig müssen dem Patienten Fette angeboten werden, die gallensäureunabhängig resorbiert werden (Ceres®-Margarine). Andernfalls kommt es zu Durchfällen. Gleichzeitig ist es wich-

tig, fettlösliche Vitamine (A, E, D, K) zu substituieren, gegebenenfalls auch Calcium.

Der *Morbus Wilson* stellt eine angeborene Stoffwechselerkrankung mit rezessiv-autosomalem Erbgang dar, die sich an einer abnormen Kupferspeicherung in verschiedenen Organen zeigt. Auch Neugeborene speichern in der Leber sechs- bis achtmal mehr Kupfer als gesunde Erwachsene. Die Neugeborenen lagern jedoch ihr Kupfer ausschließlich lysosomal, während bei den Wilson-Patienten sich das Schwermetall überall in der Zelle, so auch im Zytoplasma, findet. Dadurch können hier zentrale Stoffwechsellwege gestört werden. Normalerweise erfolgt die Kupfermobilisation aus der Leberzelle mit Hilfe eines spezifischen Glycoproteins (dem Zäruoloplasmin), in welches Kupfer eingelagert und in den Blutstrom abgegeben wird.

Zum zweiten kann Kupfer ebenfalls an ein spezifisches Protein gebunden und über die Galle ausgeschieden werden. Beim Morbus Wilson-Patienten ist die Zäruoloplasminsynthese in der Leber stark reduziert. Dies bedeutet einen Anstieg an nichtgebundenem Kupfer mit der Folge seiner vermehrten Diffusion in verschiedene Organe, vor allem Gehirn, Nieren und Knochen. Neben einer gestörten Zäruoloplasminsynthese ist beim Morbus Wilson auch das intrazellulär-kupfertransportierende Protein (Metallothionein) in seiner Funktion erheblich verändert. Es zieht intrazellulär das Kupfer viel stärker an als im Normalfall, wodurch die Weitergabe an das vorhandene Zäruoloplasmin zusätzlich verzögert wird. Wahrscheinlich kommt es dadurch zunächst zum Untergang der Leberzellen im Rahmen der Zirrhoseentwicklung und erst später zu Kupferablagerungen in der Cornea, in der Niere und im Gehirn.



## RECORSAN-HERZSALBE

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

Cor. nervos., coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g.-Valerian. 1,7g. Tinct. Convall. 0,8 g.

-Castor. 0,8g. Camph. 1,0g. Menthol. 0,5g. Nicotin. 0,155g.

O.P. 30g DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

Die Erkrankung wird meist erst erkennbar, wenn sich die Lebererkrankung manifestiert und auch psychiatrische und neurologische Krankheitsbilder auftreten (Veränderung in der Verhaltensweise, Rigor und Akinesie). Beweisend sind die Kupferablagerungen in der Cornea als Kayser-Fleischerscher Cornealring, die Erniedrigung des Zäkuloplasminspiegels im Serum unter 20 mg/100 ml und die Leberbiopsie. Die Kupferkonzentration im Urin ist stark erhöht.

Mit der Diagnosestellung verbunden ist der Beginn einer lebenslangen Therapie mit Chelatbildnern, D-Penicillamin, zur Kupferbindung in Dosen um 1 g täglich. Gleichzeitig sollte die enterale Kupferresorption durch Gebe von 3 x 20 mg Kaliumsulfid gehemmt und kupferhaltige Nahrungsmittel gemieden werden. Auch hierdurch sind scheinbar hoffnungslose Fälle langsam zu bessern und die Lebenserwartung deutlich zu erhöhen.

Auch im Fall der *Hämochromatose* liegt eine positive Schwermetallbilanz vor, in diesem Fall von Eisen. Pathogenetisch wird eine über Jahre vermehrte Absorption aus der normalen Diät mit den Folgen der Eisenablagerung in der Leber, im Herzen, der Bauchspeicheldrüse und den endokrinen Organen angenommen. Auch das Eisen wird zum Transport an ein Glycoprotein (das Transferrin) gebunden. Hierdurch gelangt es zu seinem Hauptbestimmungsort, nämlich den Erythroblasten, welche ebenfalls spezifische Rezeptoren an ihrer Oberfläche aufweisen. Mit Hilfe des Ferritins, eines weiteren spezifisch eisenbindenden Proteins, ist die Leber lange Zeit in der Lage, Eisen bei *Hämochromatose*-Patienten schadlos zu speichern. Andere Organe, wie die Bauchspeicheldrüse, das Herz und endokrine Organe, besitzen dieses Protein nur in geringen Mengen, so daß dort aufgrund des freien Eisens relativ rasch Krankheitssymptome auftreten können.

Die primäre *Hämochromatose* ist als „Bronze-Diabetes“ unschwer zu erkennen. Die Verdachtsdiagnose wird objektiviert durch die Bestimmung der Serum-Eisenkonzentration, die 180 µg/100 ml stets übersteigt. Die Eisenbindungskapazität ist erniedrigt, die Transferrinsättigung entsprechend erhöht. Nach der

Diagnosestellung sind die Angehörigen des Betroffenen zu untersuchen, um asymptotische Patienten mit dieser Stoffwechselkrankheit rechtzeitig zu erfassen. Die Behandlung erfolgt — ebenso wie beim Morbus Wilson — mit Entzug des Schwermetalls durch Aderlässe oder in wesentlich geringerem Umfang mit dem Chelatbildner Desferal. Diese Behandlung darf nie vollständig abgebrochen werden. Hierdurch ist es, ebenso wie beim Morbus Wilson, möglich, das Leben des Patienten zu verlängern und die Komplikationen gar nicht erst aufkommen zu lassen.

*Privatdozent Dr. J. Fröhlich,  
Freiburg:*

### **Cholestase — Aktuelle diagnostische Verfahren und ihre Indikationen**

Bis vor wenigen Jahren stützte sich die Diagnose und Differentialdiagnose des Cholestasesyndroms ausschließlich auf die Anamnese, den klinischen Untersuchungsbeobachtung, indirekte Röntgenverfahren sowie auf eine Palette klinisch-chemischer Befunde (Bilirubinanstieg, Erhöhungen der alkalischen Phosphatase und Gamma-GT). Hierdurch ließ sich in etwa 90 Prozent der Fälle zwischen einem extrahepatischen und intrahepatischen Ikterus unterscheiden. Mit Einführung des Lipoprotein-X als weiteren Cholestaseindikator wurde das Spektrum dieser Untersuchungen erweitert, ohne die Aussagekraft zu erhöhen.

Zusätzliche Sicherheit in der Abgrenzung der verschiedenen Cholestaseformen brachten in jüngster Zeit entwickelte Fortschritte bei der *serologischen Differenzierung* der Virushepatitis sowie die Entdeckung der nahezu 100prozentigen Korrelation von nicht eitriger destrukturierender Cholangitis mit dem Auftreten entmitochondraler Antikörper (zur Erkennung intrahepatischer Cholestaseursachen). Weitere Differenzierungsmöglichkeiten ergaben sich aus der Sonographie, der Computertomographie und der direkten Cholangiographie (entweder perkutan-transhepatisch oder endoskopisch-retrograd).

Die *sonographische Untersuchung* von Leber und Gallenwegen ist insbesondere mit der Entwicklung des real-time-Verfahrens zur Suchme-

thode der Wahl bei der Differenzierung intra- und extrahepatischer Cholestase geworden. Die Empfindlichkeit des Verfahrens bei der Erkennung des Verschlußikterus liegt nach übereinstimmenden Angaben bei 90 Prozent. Als Kriterien gelten sichtbar erweiterte intrahepatische Gallengänge mit bizarrem Verlauf und Verzweigungsmuster sowie bei distalem Verschluß ein über 8 mm erweiterter Choledochus. Bei der Abgrenzung der Ursachen liegt die Trefferquote bei Raumforderungen im Pankreaskopf mit 73 Prozent am höchsten, gefolgt von Gallengangskonkrementen mit 60 Prozent, der chronischen Pankreatitis mit etwa 50 Prozent sowie des Gallenblasenkarzinoms mit 38 Prozent. Intrahepatische Ursachen des Cholestasesyndroms werden sonographisch mit einer Treffergenauigkeit von 70 Prozent erkannt, wobei die Methode bei Herdbefunden (z. B. Metastasen) die größte Sicherheit besitzt.

Auch die *Computertomographie* zählt zu den nichtinvasiven Methoden, ist jedoch deutlich aufwendiger als die Sonographie. Für den Ultraschall spricht die einfachere Handhabung, die fehlende Strahlenbelastung und die Umgehung von eventuellen Kontrastmittelunverträglichkeiten. Auch ist durch die Erfassung von Bewegungsabläufen (z. B. Pulsationen) bei der Sonographie ein gegenüber der Computertomographie dynamischeres Bild zu erreichen. Nachteilig ist die größere Störanfälligkeit, insbesondere durch luftgefüllte Darmschlingen, Knochen oder Adipositas, sowie die notwendige große Erfahrung des Untersuchers zur richtigen Einordnung schwieriger und zum Teil mehrdeutiger Befunde. Für den geübten Diagnostiker ist die Sonographie die Suchmethode der Wahl.

Vor Sonographie und Computertomographie wurde mit Hilfe der *hepatobiliären Funktionsszintigraphie* versucht, bei ikterischen Patienten zwischen intra- und extrahepatischer Cholestase zu unterscheiden. Durch Weiterentwicklung gallengängiger Substanzen (Isotop <sup>99m</sup>-Technetium) wurde das Auflösungsvermögen der Szintigraphie weiter verbessert. In einer vergleichenden Untersuchung gelang die Abgrenzung der extrahepatischen Cholestase mit einer ähnlichen Treffersicherheit wie bei der Compu-



tertomographie. Aussagen zur Ursache eines Verschlussikterus sind mit dieser Methode im allgemeinen jedoch nicht möglich.

Der Klinik bleiben die invasiven Untersuchungsverfahren vorbehalten, mit denen eine weitere Abklärung der Ursachen intra- und extrahepatischer Cholestasen möglich ist.

Die ERCP (endoskopische retrograde Cholangiopankreographie) ermöglicht die Darstellung des gewünschten Gallenwegssystems in über 90 Prozent der Fälle. Entsprechend hoch liegt die Treffsicherheit bei der Erkennung der extrahepatischen Cholestaseursachen (für Konkremente und Tumorstenosen einschließlich des Papillenkarzinoms bei fast 100 Prozent). Die chronische Pankreatitis wird hierdurch in etwa 67 Prozent der Fälle erkannt.

Bei der PTC (perkutanen transhepatischen Cholangiographie) mit der Feinnadel hängt die Trefferquote für die Punktion der Gallengänge von deren Kaliber ab. Bei Dilatation erreicht sie fast 100 Prozent, bei normaler Weite 60 Prozent. Als invasive Untersuchungs-

verfahren sind ERCP und PTC mit Komplikationen behaftet. Bei größeren Zusammenstellungen beträgt ihre Häufigkeit bei der ERCP etwa drei Prozent (0,2 Prozent letal), bei der PTC fünf bis sieben Prozent (letal 0,25 Prozent). Die ERCP ist demnach die komplikationsärmere Methode. Unter den Komplikationen wird die chologene Sepsis am meisten gefürchtet, da sie mit einer Letalität von zehn Prozent behaftet ist. Sie tritt fast ausschließlich bei hochgradigem Verschluss auf. Die beste Präventivmaßnahme ist die rasche Entlastung des Gallenwegssystems durch Operation oder interne bzw. externe Drainage. Zusätzlich zur geringeren Komplikationsgefahr hat die ERCP den Vorteil der größeren Aussagekraft. Diese beruht sowohl in der Möglichkeit der gleichzeitigen Darstellung von Gallen- und Pankreassystem als auch in der endoskopischen Beurteilbarkeit des oberen Gastrointestinaltraktes sowie der Gewinnung von Gewebeproben zur histologischen bzw. Sekretproben zur zytologischen und tumorserologischen Untersuchung. Schließlich ergeben sich aus der endoskopischen Cholangiographie therapeutische Mög-

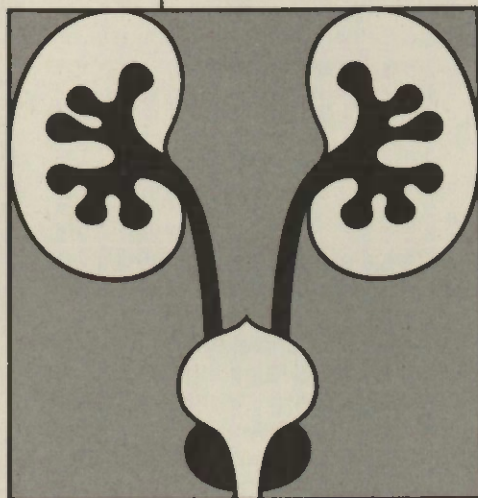
lichkeiten in Form der Papillotomie, Steinextraktion und Drainagebehandlung. Die PTC hat demgegenüber den Vorteil der technisch einfacheren Methode mit geringerer Patientenbelastung und niedrigeren Kosten. Aus anatomischen Gründen ist bei Zustand nach B-II-Resektion des Magens eine ERCP nicht mehr möglich. Hier kann nur die PTC oder die herkömmliche transvenöse Infusionscholangiographie eingesetzt werden. Letztere weist jedoch eine deutlich höhere technische Versagerquote auf. Auch ist sie unter Umständen mit einer höheren Zahl schwerwiegender oder gar tödlicher Kontrastmittelzwischenfälle behaftet.

Im Untersuchungsgang bei Cholestase nimmt die Klinik- und Laboruntersuchung nach wie vor die erste Stelle bei der Diagnostik ein. Die Sonographie erhält zusätzlich eine vorrangige Stellung, da mit ihr zwischen intra- und extrahepatischer Cholestase unterschieden werden kann. Ist bei intrahepatischer Cholestase eine weitere Abklärung notwendig, so wird sie im allgemeinen durch Laparoskopie, eventuell auch durch Leberblind-

## SOLIDAGO® ›Dr. Klein‹

**Glomeruläre Nephropathien, chronisch renale Hypertonie, Entzündungen und Spasmen der Harnwege.**

**Die Kapillarpermeabilität normalisieren, die Kapillarresistenz erhöhen.**



**Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Extr. fl. aus Herb. Solidag. virg. 50 g (stand. auf 1 mg Quercitrin pro ml), -Potentill. anserin. 17 g, -Equiset. arv. 12 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.

**Dosierung:** 3 x täglich 20–30 Tropfen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

**Handelsformen und Preise Incl. MWSt.:**

20 ml DM 6,96; 50 ml DM 13,98; 100 ml DM 23,75.



**Dr. Gustav Klein, Arznelpflanzenforschung,  
7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald**

punktion und histologische Untersuchung erfolgen. Bei Verdacht auf herdförmige Prozesse, die die Leberoberfläche nicht erreichen, kann sich die Indikation zur Szintigraphie oder Computertomographie ergeben. Bei Nachweis dilatierter Gallengänge ist eine Abklärung von Höhe und Ursache des Verschlusses durch ERCP oder PTC möglich.

Professor Dr. H. J. Weis, Bamberg:

### **Cholelitholyse – Indikation und Ergebnisse**

Die chirurgische Entfernung der Gallensteine vor dem 60. Lebensjahr ist bei Patienten ohne Zweiterkrankung von nur einer geringen Letalität von 0,6 Prozent behaftet. Sie steigt jedoch auf rund fünf Prozent nach dem 60. Lebensjahr an, wenn die Zahl komplizierender Begleiterkrankungen wie Choledocholithiasis, Begleitpankreatitis, Diabetes mellitus u. a. zunehmen. Auch wenn Gallensteine wenig Beschwerden bereiten, steigt die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen innerhalb von zehn Jahren auf 35 Prozent. Chirurgen und Internisten stimmen daher heute überein, Gallensteine möglichst frühzeitig zu erkennen und zu entfernen. Dabei stellt sich die seit zehn Jahren mögliche medikamentöse Cholesterolsteinauflösung als wirksame Alternative zur Cholezystektomie dar.

Das Prinzip der medikamentösen Steinauflösung beruht auf einer oralen Gabe von Chendesoxycholsäure oder in neuerer Zeit von Ursodesoxycholsäure. Diese Substanzen werden mit den übrigen Gallensäuren im Ileum aktiv resorbiert, über die Vena portae gelangen sie zur Leber und werden von den Leberzellen aufgenommen. Nach Konjugation mit Glycin und Taurin werden sie erneut in die Galle sezerniert. Die Erhöhung der Gallensäuren

rekonzentration in der Galle führt zu einer Steigerung der Lösungskapazität für Cholesterol, das ebenfalls normalerweise in die Galle sezerniert wird. Die Lösungskapazität der Galle steigt hierbei so weit an, daß auch das Cholesterol der Gallensteine wieder in Lösung geht. Diese Ablösung in mg-Mengen führt zu einer allmählichen Auflösung der Gallensteine während einer Langzeittherapie von 12 bis 18 Monaten.

Die Indikation zur Cholelitholyse ergibt sich aus dem Röntgenbefund: medikamentös behandelbar sind nur die röntgennegativen Cholesterolgallensteine ohne Verkalkungen bis zu einem Durchmesser von 2 cm. Die reinen Cholesterolsteine schwimmen meist in einer Spiegelbildung mitten in der Gallenblase. Sie sind zu unterscheiden von den meist an der Fundusspitze abgelagerten, ebenfalls nicht schattengebenden Pigmentsteinen (aus Bilirubin-Calcium) und den Palmitinsteinen. Derartige Konkremente sind medikamentös nicht auflösbar. Eine Kontraindikation zur Cholelitholyse stellt auch ein „negatives Cholezystogramm“ dar. Bei einem Zystikusverschluß können die Gallensäuren nicht mehr in die Gallenblase gelangen! Auch bei schweren Lebererkrankungen (chronische Hepatitis, Leberzirrhose u. ä.) sollte die Leber nicht mit Gallensäuren zusätzlich belastet werden.

Bis heute sind nur die *Chendesoxycholsäure* (= CDC) und *Ursodesoxycholsäure* (= UDC) klinisch erprobt und als Medikamente im Handel. Mit der CDC können die größten Therapieerfolge unter einer Dosierung von täglich 13 bis 15 mg/kg Körpergewicht erreicht werden. Dabei sollte die Hälfte der Tagesdosis zur Abendmahlzeit verabfolgt werden, um eine hohe Lösungskapazität der Galle über die Nacht zu sichern. Bei einem Drittel

der Patienten kommt es zu Transaminasenerhöhungen (ohne entzündliche Reaktion in der Leber), die nach dem Absetzen des Medikamentes wieder vollständig verschwinden. Die Ursache ist bis heute unklar. Bei einem weiteren Drittel der Patienten ist in Abständen von etwa zwei Wochen für jeweils zwei Tage mit einem Durchfall zu rechnen, der jedoch auch ohne Therapie von selbst wieder verschwindet.

Bei der UDC (einem Abkömmling der CDC) ist nicht mehr mit einem Anstieg der Serumtransaminasen oder einem Durchfall zu rechnen. Bisher wurde unter diesem Medikament praktisch keine Nebenwirkung beobachtet. In den meisten Studien wird eine tägliche Dosierung von 8 bis 10 mg/kg Körpergewicht empfohlen.

Die Wirksamkeit der Cholelitholyse liegt bei exakter Indikationsstellung und korrekter Dosierung zwischen 60 und 70 Prozent. Dabei ist zwischen CDC und UDC kein Unterschied bezüglich der Wirksamkeit festzustellen. Es muß jedoch betont werden, daß schon über 10 000 Patienten mit CDC behandelt wurden, während die UDC-Erfahrungen bisher nur bei 1000 Patienten liegen. Nach der Gallensteinauflösung empfiehlt sich eine jährliche Kontrolle der SGPT und Gamma-GT sowie eine sonographische oder röntgenologische Überprüfung der Gallenblase. Der Patient sollte auf ein normales Körpergewicht achten und zu hohe Blutfette diätetisch bekämpfen.

Ähnlich wie bei der Struma neben der operativen Therapie Radiopharmaka und Thyreostatika zur Verfügung stehen, sollte die Indikation zur Cholezystektomie im Einzelfall sorgfältig abgewogen und bei Vorliegen einer Cholesterolithiasis mit einem Durchmesser von weniger als 2 cm eine Cholelitholyse erwogen werden.

Privatdozent Dr. S. Matern,  
Freiburg:

### **Cholangiopethien: Pathogenetische Bedeutung der Gallensäuren**

Gallensäuren unterliegen unter physiologischen Bedingungen einer entero-hepatischen Zirkulation. Sie werden in der Leber aus Cholesterin synthetisiert, mit der Galle in die Gallengänge sezerniert, intermit-

### **69. Augsburger Fortbildungskongreß vom 19. bis 21. März 1982**

### **68. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums vom 20. bis 23. Mai 1982**

tierend in der Gallenblase gespeichert, während der Verdauung durch Kontraktion der Gallenblase in den Darm entleert, wo die Gallensäuren vorwiegend im terminalen Ileum durch aktiven Transport resorbiert und mit dem Pfortaderblut zur Leber zurücktransportiert werden. Nur ein geringer Teil der Gallensäuren geht täglich mit dem Stuhl verloren; das meiste bleibt im Gallensäurepool (3 bis 5 g täglich). Vorwiegend zirkulieren fünf verschiedene Gallensäuren im entero-hepatischen Kreislauf, die jeweils in der Leber mit den Aminosäuren Glycin und Taurin zu den konjugierten Gallensäuren gekoppelt werden. In der Leber haben sie die Aufgabe der Induktion des hepazytären Gallenflusses, in der Sekretion von Cholesterin und Lecithin in die Galle. In der Galle halten die Gallensäuren das Cholesterin in Lösung, im Dünndarm spielen die Gallensäuren eine wichtige Rolle bei der Fettresorption und Resorption der fettlöslichen Vitamine. Im Dickdarm hemmen bestimmte Gallensäuren die Natrium- und die Wasserresorption und üben damit einen laxierenden Effekt aus. Aus diesen Hauptfunktionen leiten sich klinisch bedeutsame Konsequenzen ab, wenn Störungen im Gallensäurenstoffwechsel vorliegen. Hierfür hat man den Begriff der Cholangiopathien geprägt, wobei sich der Begriff von der Cholsäure, der chemischen Grundstruktur der Gallensäuren, ableitet.

Erkrankungen durch Störungen im Gallensäurenstoffwechsel sind vielfältig. Gallensäuren können auf jeder Stufe des entero-hepatischen Kreislaufes eine pathogenetische Rolle spielen. So sind sie unter Umständen mitverantwortlich für die Entwicklung *hepato-biliärer Erkrankungen*, ihr Mangel führt zur *Cholelithiasis*. Bei Erkrankungen im Dünndarm kann eine *chologene Diarrhoe* resultieren. Besteht eine Störung im terminalen Ileum mit einer Malabsorption der Gallensäuren, so entwickelt sich eine *Steatorrhoe*. Folge einer Gallensäurenmalabsorption ist ferner eine *Oxalatstein-Urolithiasis*. Außerdem wird den Gallensäuren im Dickdarm eine pathogenetische Rolle bei der Entwicklung des Kolonkarzinoms zugeschrieben. Überschreiten die Gallensäuren den entero-hepatischen Kreislauf, so wirken sie toxisch. Bei Gallereflux in das Pankreas verur-

sachen sie eine Pankreatitis, bei Gallereflux in den Magen kommt ihnen eine pathogenetische Rolle bei der Entwicklung der Gastritis, der Ösophagitis und der Ulzera zu.

Von den Cholangiopathien sei im folgenden auf zwei Störungen näher eingegangen:

#### 1. Hepato-biliäre Erkrankungen

2. Gallensäurenmalabsorption in Form chologener Diarrhoen, die Steatorrhoe und die Oxalatstein-Urolithiasis

#### ad 1.:

Störungen im Gallensäurenstoffwechsel sind bei hepato-biliären Erkrankungen für drei klinische Begleiterscheinungen der Lebererkrankung bedeutend: es werden begünstigt der Pruritus, die Steatorrhoe und Mangelerscheinungen durch das Fehlen fettlöslicher Vitamine. Bei Lebererkrankungen kann die Synthese der Gallensäuren erniedrigt sein, wodurch sich der Gallensäurenpool vermindert. Werden weniger Gallensäuren in den Darm sezerniert, leidet die Fettresorption und die Resorption fettlöslicher Vitamine. Die vermehrt im Darmlumen wasserunlöslich zurückbleibenden Fette bedingen die Steatorrhoe (charakterisiert durch ein Stuhlgewicht über 200 g und einen Fettgehalt über 7 g/Tag). Infolge eines Vitamin K-Mangels entsteht eine Hypoprothrombinämie, die sich klinisch in der hämorrhagischen Diathese äußert. Infolge des Vitamin D-Mangels kommt es zur Osteomalazie (mit Knochenschmerzen), ferner ist das Calcium und Phosphat im Serum erniedrigt und schließlich kann ein Mangel an Vitamin A vorliegen, weshalb die Patienten über Nachtblindheit und über Hyperkeratosen klagen. Bei Lebererkrankungen ist aber nicht nur die Gallensäuresynthese gestört, sondern auch die Aufnahme von Gallensäuren aus dem Pfortaderblut. Daraus resultiert ein vermehrter Übertritt von Gallensäuren in den peripheren Kreislauf und deren Übertritt in die Haut als auslösender Faktor des Pruritus. Therapeutisch ist bei diesen Patienten eine Reduktion der Nahrungsfette und ihr Ersatz durch mittelkettige Triglyceride (Ceres®-Margarine und -Öl) anzustreben, die fettlöslichen Vitamine sind parenteral zu substituieren, und bei Pruritus ist morgens eine relativ hohe

Dosis Cholestyramin zu verabfolgen.

#### ad 2.:

Da bei der entero-hepatischen Zirkulation der Gallensäuren diese vorwiegend im terminalen Ileum durch aktiven Transport resorbiert werden, müssen Erkrankungen des terminalen Ileums zu einer verminderten Resorption und zu einem vermehrten Übertritt in das Kolon sowie zu einem verstärkten Gallensäurenverlust mit dem Stuhl führen. Dementsprechend wird eine Gallensäurenmalabsorption nach einer Ileumresektion, bei einem Morbus Crohn, nach Bypass-Operationen, einer Bestrahlungseileitis und bei der Ischämie des Ileums beobachtet. Dadurch kann sich eine chologene Diarrhoe entwickeln, zum anderen eine Steatorrhoe, eine vermehrte Oxalaturie mit Neigung zur Nephrolithiasis und schließlich eine Cholelithiasis. Die chologene Diarrhoe tritt bei einer Ileumresektion unter 100 cm auf. Sie wird verursacht durch die im Dickdarm vermehrt auftretenden Gallensäuren, durch deren Induktion einer überschießenden Natrium- und Wassersekretion. Die Fettresorption bleibt bei diesem Krankheitsbild zunächst normal. Die Therapie besteht in der oralen Zufuhr von Cholestyramin (4 g zu jeder Mahlzeit; gleichzeitig fettlösliche Vitamine substituieren!). Bei einer Ileumresektion über 100 cm bzw. einer anderen auslösenden Dünndarmerkrankung kommt es zu einer Steatorrhoe. Dann ist der Gallensäurenverlust durch die verminderte Resorption so groß, daß die Leber nicht mehr in der Lage ist, den Verlust durch Neusynthese auszugleichen. Therapeutisch ist bei derartigen Fällen eine Reduktion des Nahrungsfettes erforderlich, ferner sollten wiederum fettlösliche Vitamine substituiert und bei pathologischem Schilling-Test Vitamin B<sub>12</sub> parenteral gegeben werden. Während die wässrige chologene Diarrhoe meist binnen drei Tagen auf eine Cholestyraminbehandlung anspricht, versagt diese Medikation bei der Steatorrhoe. Diese bessert sich nur durch die Gabe mittelkettiger Triglyceride, nach Verzicht auf herkömmliche Nahrungsfette.

#### Referent:

Dr. med. A. Peetzke, Perkstraße 27,  
8501 Schwaig bei Nürnberg

(Schluß folgt)

# Steinfrei werden

# Urol<sup>®</sup>

beschleunigt die Stein-Austreibung

**1.** Zur beschleunigten Austreibung abgangsfähiger Nierenbecken- und Harnleitersteine.

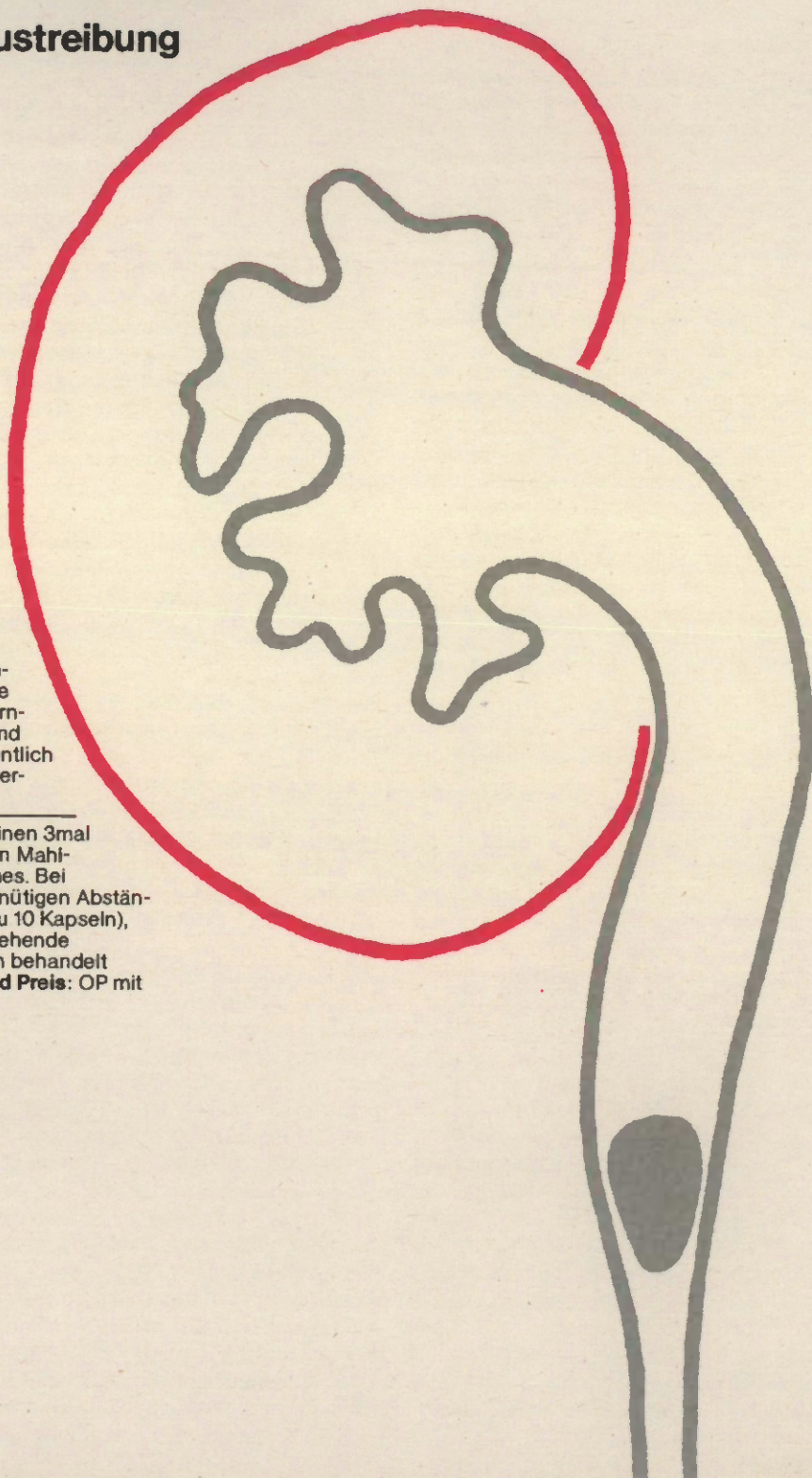
**2.** Zur Vorbereitung einer besonders komplikationslosen Schlingenextraktion.

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält: Extr. Rad. Rubiae tinct. spir. 67,500 mg, Extr. Sem. Ammeos visnagae spir. 37,875 mg, Extr. Herb. Virgaureae spir. 71,000 mg, Extr. Rad. Taraxaci c. herb. spir. 73,625 mg, Aescin 15,000 mg.

**Anwendungsgebiete:** Urolithiasis: Förderung und Beschleunigung der Spontanaustreibung von Harnleiter-, Nierenbecken- und Nierenkelchsteinen aller Art, die nach Lage, Form und Größe abgangsfähig erscheinen; Korrodierung von Harnsteinen. Rezidivprophylaxe. **Gegenanzeigen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich vermehrter Stuhl drang sowie leichte Magenunverträglichkeitserscheinungen.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Im allgemeinen 3mal täglich 2 Kapseln mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten einnehmen bis zur Austreibung des Steines. Bei drohenden Koliken empfiehlt es sich, in zehnminütigen Abständen zusätzlich je 2 Kapseln einzunehmen (bis zu 10 Kapseln), bis die Schmerzen abgeklungen sind. Eine bestehende Kolik sollte mit einem speziellen Spasmolytikum behandelt werden. **Darreichungsform, Packungsgröße und Preis:** OP mit 60 Kapseln DM 33,95.

Stand: Jan. 1982



HOYER GmbH & Co.  
Pharmazeutische Präparate  
4040 Neuss 21

Steinfrei bleiben

# Nieron®

aktive Nachsorge für Steinträger

Nieron erschwert die Bildung von Mikrolithen und Konkrementen sowie das Steinwachstum. Konsequente Steinprophylaxe mit Nieron führt zu einer deutlichen Senkung der Rezidivquote.\*

\*„Nieron und Urol in der Behandlung des Harnsteinleidens“, Rundtischgespräch Wien, 5. April 1979. Supplement zu Fortschritte der Urologie und Nephrologie Band 14 „Pathogenese und Klinik der Harnsteine VII“, Dr. Dietrich Steinkopff Verlag, Darmstadt 1979.

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält: Extr. Rad. Rubiae tinct. spir. 12,74 mg, Extr. Sem. Ammeos visnagae spir. 9,09 mg, Extr. Herb. Virgaureae spir. 17,04 mg, Extr. Rad. Echinaceae purpur. spir. 3,41 mg, Extr. Rad. Taraxaci c. herb. spir. 12,27 mg, Extr. Sem. Petroselini spir. 3,18 mg, Extr. Fruct. Phaseoli s. sem. spir. 2,27 mg. 10 ml enthalten: Tinct. Rubiae tinct. 1,6 ml, Tinct. Ammeos visnagae 1,6 ml, Tinct. Virgaureae 2,0 ml, Tinct. Echinaceae purpur. 0,4 ml, Tinct. Taraxaci 1,2 ml, Tinct. Petroselini 0,8 ml, Tinct. Phaseoli 0,4 ml.

**Anwendungsgebiete:** Rezidivprophylaxe der Urolithiasis. Nach Steinoperationen und Schlingenextraktionen. Zur Erleichterung der Stein- und Grießpassage. **Gegenanzeigen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** sind bisher nicht bekannt.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Im allgemeinen 3mal täglich 1-2 Kapseln bzw. 30 Tropfen mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten einnehmen. **Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise:** OP mit 90 Kapseln DM 24,94; OP mit 30 ml DM 8,94; OP mit 100 ml DM 24,94. Stand: Jan. 1982

HOYER GmbH & Co.  
Pharmazeutische Präparate  
4040 Neuss 21



### 33. Deutsche Therapiewoche in Karlsruhe

Zu dem breitgefächerten und praxisnahen Programm der Therapiewoche '81 gehörte u. a. eine Vortragsreihe über die *genetische Beratung in der Praxis*, wozu Frau Dr. E. Steuber, Marburg, einige Ausführungen zur **Beratung bei mutagener und teratogener Belastung** machte. Sie hob hervor, daß nicht nur energiereiche Strahlen, sondern auch chemische Substanzen, vor allem Zytostatika, Mutationen auslösen können. Die mutagene Wirkung dieser Pharmaka hängt von ihrer chemischen Struktur, von der Einwirkungsdauer und auch von der Empfindlichkeit des genetischen Materials ab. Bei einer Behandlung mit Procarbacin muß mit einer Verdoppelung der spontanen Mutationsrate gerechnet werden. Da aber gewöhnlich eine zytostatische Kombinationstherapie durchgeführt wird, dürfte das genetische Risiko deutlich höher liegen. Deshalb sollte einer solchen Patientin, sofern ein reproduktionsfreies Intervall nicht eingehalten wurde, eine Amniozentese angeboten werden, damit man Chromosomen- und Genmutationen ausschließen kann.

Zu dem in der genetischen Beratung nicht selten auftretenden Problem Epilepsie und Schwangerschaft sagte Frau Steuber, daß bei dieser Konstellation ein erhöhtes Fehlbildungsrisiko für die Nachkommen besteht, welches zwei- bis dreimal höher zu veranschlagen ist als in der Normalbevölkerung. Der Streit, ob die Fehlbildungen (z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, kardiovaskuläre Fehlbildungen) dem genetischen Hintergrund der Epilepsie oder der antikonvulsiven Therapie anzulasten sind, ist bislang noch nicht endgültig entschieden. Einigkeit besteht jedoch dahingehend, daß die Epilepsie-kranken Frauen so behandelt werden sollten, daß das Auftreten von Anfällen während der Schwangerschaft auf jeden Fall vermieden wird. Denn Kinder von Müttern, bei denen es während der Gravidität zu Krampfanfällen kam, haben ein sehr viel größeres Risiko, insbesondere auch für zerebrale Schädigungen.

In seinem Vortrag über **sexuell übertragbare Krankheiten** berichtete Professor D. Petzold, Heidelberg, daß

in den letzten Jahren auch in der Bundesrepublik Penicillinase-bildende, d. h. absolut Pencillin-resistente Gonokokken gefunden wurden. Hierbei ist die Beobachtung wichtig, daß diese Penicillinasebildner ebenso wie in anderen Ländern auch bei uns „heimisch“ geworden sind. Es sind also nicht nur Urlauber, die von Fernost solche Gonokokken eingeschleppt haben, vielmehr sind Go-Infektionen mit Penicillin-resistenten Stämmen auch in der Bundesrepublik erworben worden. Die sich daraus ergebende Frage, ob man die Go auch weiterhin mit Pencillin behandeln sollte, beantwortete der Vortragende in positivem Sinn mit der Begründung, daß der Prozentsatz der gegen dieses Antibiotikum unempfindlichen Keime derzeit noch gering liegt, er liegt in einer Größenordnung von ein bis zwei Prozent.

In absehbarer Zeit dürfte die Behandlung der Gonorrhoe keine besonderen Probleme mit sich bringen, da es neben dem Penicillin einige Alternativantibiotika gibt. Hierzu gehören Spectinomycin (Stanilo®) welches als einmalige Injektion von 2 g i. m. verabreicht wird; die Erfolgsquote liegt ähnlich hoch wie bei Penicillin, bei dem sie mit 95 Prozent veranschlagt wird. Auch Thiamphenicol (Urfamycine®) kann eingesetzt werden, es liegt in seiner Wirkung etwas unter dem Spectinomycin. Außer der parenteralen ist auch eine orale Behandlung möglich, z. B. mit Ampicillin® + Probenicid oder mit Amoxicillin + Probenicid. Bei Anwendung von Tetracyclinen ist eine Mehrtagsbehandlung erforderlich. Als aufschlußreich erwähnte Petzold eine Umfrage bei etwa 1000 niedergelassenen Dermatologen. Sie ergab, daß von 44 Prozent der Gebietsärzte, die Go mit Spectinomycin behandeln, 41 Prozent Penicillin verwenden, Tetracycline werden nur von drei Prozent und Thiamphenicol wird von zwei Prozent der Dermatologen bevorzugt.

Aus dem Vortrag von Professor H. Zaun, Homburg/Saar, über **Nebenwirkungen an Haut und Haaren unter hormoneller Kontrazeption** war zu entnehmen, daß diese in den meisten Fällen mehr kosmetisch

störend als gefährlich sind. Oft können sie durch einen Präparatewechsel zur Rückbildung gebracht werden. Nur selten zwingen Hauterscheinungen zum Verzicht auf hormonale Kontrazeption bzw. sind als Warnzeichen für drohende Schädigungen auch anderer Organsysteme anzusehen.

Für die Gestagen-bedingten dermatologischen Nebenwirkungen sind nicht die Gestageneigenschaften verantwortlich, sondern deren androgene bzw. antiandrogene Begleitwirkungen, ihr Auftreten ist also abhängig von der Stoffklasse des zugeführten Gestagens. Von den Derivaten des 19-Nortestosteron ist bekannt, daß sie alle mehr oder weniger ausgeprägte androgene Restwirkungen haben und bei Frauen mit vorgegebener Neigung zu Androgen-abhängigen Hautveränderungen entsprechende Störungen auslösen können, z. B. Akne, Hirsutismus oder androgenetischen Haarausfall. Hingegen zeigen die Derivate des 17-Hydroxiprogesteron antinandrogene Begleitwirkungen.

Wie Zaun weiter ausführte, können die Nortestosteronderivate einerseits zu verstärktem Bart- und Körperhaarwachstum und andererseits zu einem Haarausfall vom männlichen Typ führen. Bei der Diskussion der Zusammenhänge von Haarausfall und „Pille“ müssen jedoch pathogenetisch unterschiedliche Phänomene auseinandergehalten werden:

Nicht selten kommt es während der ersten Einnahmezyklen zu einem verstärkten Haarausfall, der aber fast nie zu einer deutlichen Haarlichtung führt und in der Regel bei unverändert fortgesetzter Hormongabe bis zum sechsten Einnahmezyklus spontan zum Stillstand kommt. Ursache hierfür ist eine Verschiebung im zeitlichen Ablauf der Wachstumsphasen des Haarzyklus, die um so wahrscheinlicher auftritt, je mehr Gestagen in der verabfolgten Hormonkombination enthalten ist.

Ganz anders sind die gelegentlich auftretenden androgenetischen Alopezien zu beurteilen, die durch androgene Restwirkungen der Nortestosteron-Gestagene verursacht werden. Sie treten verzögert und in der Regel erst nach dem sechsten Einnahmezyklus auf. In einem solchen Fall ist das Umsetzen auf eine Hormonkombination, welche ein an-

tiandrogen wirksames Gestagen enthält (Cyproteronacetat, Chlor-  
madinonacetat), eine erfolgverspre-  
chende Alternative.

Professor H. Heidrich, Berlin, lieferte  
einen Beitrag zur **Pathogenese, Dia-  
gnose und Therapie der peripheren  
arteriellen Durchblutungsstörungen**,  
in welchem er erwähnte, daß hier-  
bei neben Hypertonie und Nikotin-  
abusus die Hypertriglyzeridämie als  
Risikofaktor erster Ordnung zu be-  
trachten ist. Es besteht also ein Un-  
terschied zur koronaren Herzer-  
krankung, bei der die Hyperchole-  
sterinämie als Risikofaktor Nummer  
eins gilt.

Da die Ergebnisse einer diäteti-  
schen Behandlung der Hyperlipid-  
ämie im allgemeinen enttäuschend  
sind, versucht man, durch eine me-  
dikamentöse Begleittherapie die Si-  
tuation zu verbessern. Hierfür eig-  
nen sich Clofibrat und seine Deri-  
vate oder auch Cholestyramin. Wenn  
Nikotinsäurederivate eingesetzt  
werden, gilt es zu bedenken, daß  
nach einer etwa zehntägigen Be-  
handlungsdauer der antilipämische  
Effekt dieser Substanzen zwar er-  
halten bleibt, während sich die va-  
sodilatatorische Wirkung verliert.  
Deshalb ist es nach Ansicht von  
Heidrich sinnvoll, entsprechende  
Kombinationspräparate, wie z. B.  
Lipostabil®, zu verwenden.

Im Mittelpunkt therapeutischer Maß-  
nahmen bei der arteriellen Ver-  
schlußkrankheit (= AVK) steht nach  
wie vor das Bewegungstraining.  
Hierbei ist es nicht notwendig, sich  
an normierte Geheinheiten zu hal-  
ten, vielmehr sollte der Patient dazu  
angeleitet werden, daß er zweimal  
pro Tag 15 Minuten lang in schnel-  
len Schritten (120 Schritte pro Mi-  
nute) geht. Heidrich erwähnte in

diesem Zusammenhang eine Studie  
von Buchwalsky, der bei einer Grup-  
pe von AVK-Patienten durch ein sol-  
ches Gehtraining innerhalb von  
zwölf Monaten eine Verlängerung  
der Gehstrecke von durchschnittlich  
300 auf 1000 m erzielen konnte.  
Eine Nachuntersuchung nach Ablauf  
von weiteren zwölf Monaten führte  
jedoch zu dem enttäuschenden Re-  
sultat, daß das im ersten Jahr er-  
zielte Ergebnis des Gehtrainings  
nicht mehr nachweisbar war.

Der zeitlich limitierte Behandlungser-  
folg läßt sich damit erklären, daß  
die Progression der Arteriosklerose  
als Grunderkrankung auf diese Wei-  
se nicht aufgehalten werden kann.  
Hieraus sollten differentialtherapeu-  
tische Konsequenzen gezogen wer-  
den: Eine günstige Wirkung des  
Gehtrainings ist zu erwarten, wenn  
der Krankheitsbeginn nicht länger  
als ein Jahr zurückliegt, wenn die  
Claudicatio intermittens bei einer  
Gehstrecke von mehr als 150 m auf-  
tritt oder der Druck im Bereich der  
Knöchelarterien über 80 mm Hg  
liegt. Weitere günstigere Vorausset-  
zungen sind isolierte Verschlüsse  
der Oberschenkelarterie sowie ein-  
seitige Verschlüsse.

Professor U. Junge, Ulm, sprach  
über die **medikamentöse Therapie  
gastroenterologischer Erkrankungen  
in der Praxis**, wobei er zu be-  
denken gab, daß viele Störungen  
des Verdauungssystems ernäh-  
rungsbedingt sind und eine schlack-  
kenreiche, ausgewogene Kost so-  
wie richtiges Ebverhalten bei Meteo-  
rismus und Obstipation wirkungs-  
voller sind als Enzympräparate, Kar-  
minativa oder Laxantien. Zum The-  
rapieplan bei gastroenterologischen  
Erkrankungen gehört zunächst der  
Ausschluß von Noxen: Alkoholmiß-  
brauch führt zu akuter Gastritis,

Diarrhoe, Pankreatitis und Leberpa-  
renchymschaden. Alkoholkarenz ist  
hier die Therapie der Wahl — Medi-  
kamente sind sinnlos, solange wei-  
ter getrunken wird.

Bei der Besprechung einiger Krank-  
heitsbilder erwähnte Junge, daß bei  
der Behandlung der Refluxösophagi-  
tis Allgemeinmaßnahmen wichtig  
sind: Vermeidung von Fett, Nikotin,  
Alkohol und sauren Getränken;  
Schlafen mit erhöhtem Oberkörper  
sowie Gewichtsreduktion bei Über-  
gewicht. Als Antazidum eignet sich  
Gaviston®, welches neben einem  
neutralisierenden Bestandteil noch  
Aiginsäure enthält, eine hochvisköse  
Flüssigkeit, die als Schaum auf dem  
Magensaft schwimmt. Wenn die Be-  
schwerden damit nicht gebessert  
werden können, ist eine Behand-  
lung mit Tagamet® gerechtfertigt.  
Bei Soor-Ösophagitis hat sich Mo-  
ronal® in Form von Suspension oder  
Lutschtabletten bewährt.

Viele in der Praxis geklagte Ober-  
bauchbeschwerden, die oft als Dys-  
kinesien der Gallenwege interpre-  
tiert und als solche erfolglos behan-  
delt werden, sind funktioneller Na-  
tur. Bevor die diagnostischen Wei-  
chen in Richtung „funktionell“ ge-  
stellt werden, muß durch eine ent-  
sprechend sorgfältige Diagnostik  
eine organische Ursache ausge-  
schlossen werden. Oft beruhigt dies  
schon den Patienten und führt zu  
einer Besserung. Die Behandlung  
funktioneller Beschwerden ist sym-  
ptomatisch: Bei Blähungen sind Po-  
lysiloxanpräparate, wie Lefax®  
oder Paractol® angezeigt, zur  
Schmerzlinderung eignen sich Bu-  
scopan®, Librax® oder Vagantin®.

Referent:

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

**ZUSAMMENSETZUNG Tabletten:** 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ans 30 mg  
**Tropfen:** 100 ml enthalten: Cocculus D4 70 ml, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ans 10 ml.  
**Injektionslösung:** 100 ml enthalten: Cocculus D3 0,7 ml, Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ans 0,1 ml, Meerwasser 32 g,  
Aque pro inject. ad 100 ml.  
**DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen:** 3-4 mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 8-10 Tropfen, bei anfallsweisem  
Schwindel und bei Überkeit initiale Stoßtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5-10 Tropfen.  
**Injektionslösung:** Bei anfallsweisem Schwindel und Überkeit täglich, sonst 3-1 mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., s.c., i.e.  
**DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN (incl. MwSt):**  
Packungen mit 50 Tabletten DM 4,84, mit 250 Tabletten DM 16,00, Tropfflaschen mit 30 ml DM 7,98, mit 100 ml DM 22,26  
Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 9,22, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 15,26. 1.82

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

# Vertigoheel®

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

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

**-Heel**

## Asthma-Patienten in Arad

In Arad, der Stadt am Rande der Negev-Wüste, suchen Asthma-Patienten seit einem Jahrzehnt Heilung oder zumindest Linderung

von S. Schmid

Ein Drittel der Landmassen auf der Erde sind Wüsten, die sich noch dazu mehr und mehr ausbreiten.

Auch Israel hat seine Ödzone. Etwa die Hälfte seines Territoriums wird von den südlichen Wüsten – dem Negev und der Arava – eingenommen.

Der rote Ball der Sonne erreicht mit goldenen Lanzenspitzen die Hügel der Negev. Die Geröllkuppen, hintereinandergeschichtet wie von einem Bühnenbildner entworfen, sind noch in all ihren Farben erkennbar: das vorherrschende Hellbraun und Beige, mit eingestreuten kleinen Flächen in mittel- und dunkelbraun und die weißen Kleckse der Kreide. Dunkel im Schatten schon die Wadis, die ausgetrockneten Wasserläufe. Mit der zunehmenden Dämmerung verschwinden die Farben mehr und mehr zu einheitlichem Graubraun. Hoch oben am Horizont flimmert noch die weißliche Bläue der Hitze, darüber das satte Blau des ausklingenden Tages. Wie ein Brillant glitzert ein einzelner Stern. Langsam, immer schärfer zu erkennen, hebt sich die Silhouette von Beduinenzelten vom Himmel ab. – Fast ohne Übergang wird es Nacht.

Und könnte man, zeitraffergleich, den folgenden Morgen erstehen lassen, wären an die Stelle der Zelte weiß gekalkte Häuser getreten. Esel hätten den Autos Platz gemacht, an die Stelle kaum erkennbarer Trampelpfade wären breite, ja überbreite Straßen getreten. Wo vorher Schafe weideten, befänden sich weiträumige Parkplätze. Das gleichmäßige Blau über den Hügeln der Wüste wäre vom Gitternetz der Baukrane zerstückelt.

Und doch wären kaum zwanzig Jahre im Zeitraffer vergangen: Wo die Zelte standen, breitet sich jetzt, wo die jüdische Wüste in den Negev übergeht, die Stadt Arad aus.

„Arad – die Stadt, die aus der Wüste kam“ wird sie genannt, diese moderne israelische Stadt auf der kahlen Geröllwüste. – Die Stadt ist also kaum zwanzig Jahre alt und liegt, als Zeugnis trotziger Selbst-

behauptung, trotzdem auf uraltem jüdischen Boden.

Tausend Meter über dem Toten Meer, jedoch nur eine etwa halbstündige Fahrt mit dem Autobus entfernt, auf einem Plateau, das 600 m über dem Meeresspiegel liegt, findet sich die Stadt Arad an der Kreuzung zum Toten Meer, Elat und der Küstenebene. Das biblische Arad war eine zu Kanaan gehörende Stadt, die von den Israeliten beim Einzug in das „Gelobte Land“ erobert wurde.

Das „Center“ des modernen Arad: ein weiträumiger Platz mit niedrigen Sitzmauern und schattenspendenden Palmen. Banken, Ladengeschäfte, Supermärkte, Imbißstuben, Kaffees. Ein ständiges Kommen und Gehen.

Kinder in den blauen Hemden und Blusen ihrer Schulkleidung rennen lauthals schreiend um die Ecken. Teenager, die College-Mappe unter dem Arm, streben eifrig diskutierend dem nächsten Stand mit Eiscreme zu. Da, wo sich halbfertige Bauten in den Wüstenboden hineinpressen, am Rande der Stadt, sieht man ab und zu wie Schatten dahinschwebende verschleierte Araberinnen. Nur der Eindruck der schwarzen Augen bleibt: abweisend, gleichgültig, oder von einer unerwarteten Glut erfüllt.

Und dann die „Sabras“. So bezeichnet man die jungen Leute, die im Heiligen Land geboren wurden. Sabra, Kaktusfrüchte. Man meint damit, daß sie dem süßen Fruchtfleisch in der rauhen, stacheligen Schale gleichen. Die Mädels und jungen Frauen mit sonnengebräunter Haut, das Haar schulterlang und wehend im Wind. Biagsame Gestalten in knappen Shorts und Militärluchsen, mit langen schlanken Beinen und reuher Stimme, laut und doch von einer erotischen Attraktivität. Dazwischen Soldaten, die vom Dienst kommen, verstaubt, verschwitz, die Waffe über der Schulter.

Um die ganze Stadt zieht sich ein Gürtel von Gerüsten, Kränen, Beton-

mischmaschinen. Bauten in allen Stadien der Fertigstellung. Und kreuz und quer ziehen sich die dünnen schwarzen Gummischläuche des Bewässerungssystems.

In einem Vortrag, gehalten vor der International Society of Allergy, Tel-Aviv, führte Dr. M. Frank im März 1968 u. a. folgendes aus:

Die Stadt Arad, die 1962 gegründet wurde, liegt nordöstlich von Beer Sheva in der jüdischen Wüste, 600 m über dem Meeresspiegel und etwa 1000 m über dem Toten Meer. Der Niederschlag ist geringfügig und schwankt – während der Wintermonate – zwischen 100 mm bis 200 mm pro Jahr. Die Höchsttemperaturen bewegen sich im Sommer zwischen 31° C und 33° C, die Nachttemperatur sinkt auf 18° C ab. Die relative Luftfeuchtigkeit beträgt 20 bis 30 Prozent und steigt abends bis auf 56 Prozent an, wohingegen vergleichsweise im Küstengebiet Werte von 62 bis 70 Prozent (mittags) und 78 Prozent (abends) gemessen werden.

Die luftbiologischen Tests, die in der entsprechenden Literatur veröffentlicht wurden, können wie nachstehend zusammengefaßt werden: Der in Arad ermittelte Gehalt an Blüten- und Sandstaub liegt um 50 Prozent unter dem Vergleichswert der israelischen Küstenebene, wobei sich allerdings jahreszeitliche Schwankungen ergeben.

Die erste klinische Studie, die von Dr. M. Frank (Kiryat Ono, Israel)<sup>1)</sup> veröffentlicht wurde, berichtete über Beobachtungen an 56 Asthma-Patienten während der Sommermonate des Jahres 1963. Selbst nach einem relativ kurzen Aufenthalt zeigte sich bei diesen Patienten eine deutlich positive Reaktion. Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß sich auch immer mehr asthmapatienten Personen in Arad für längere Zeit niederlassen oder ihren Wohn-

<sup>1)</sup> Menahem FRANK, M. O., and Andra de VRIES, M. O., Ph. O., Patah TIKVA, Israel: „Further observation on the clinical response of asthmatic patients in Arad, Israel“.

<sup>2)</sup> J. PHILLIPS, M. FRANK and O. TOSHNER: „Mazor Umarpan Arad“ Rehabilitation Center for Asthmatic Patients, Arad and Rogoff-Wallcome Medical Research Institutes, Bailinson Hospital, Patah Tikva („Clinical response of asthmatic patients to sojourn in Arad“) – Israel Journal of Medical Sciences, November-Dezember 1970.

<sup>3)</sup> R. BARKAI-GOLAN, Ph. O., M. FRANK, M. O., O. KANTOR, M. Sc., R. KARAOVID and O. TOSHNER, M. O.: „Atmospheric fungi in the desert town of Arad and in the coastal plain of Israel“ – Annals of Allergy, 1977.



Neueinführung von



## Konsequente Weiterentwicklung der Langzeit-Nitrat-Therapie

# ISMO<sup>®</sup> 20

Wirksubstanz: Isosorbid-5-Mononitrat

#### Zusammensetzung

1 Tablette ISMO 20 enthält 20 mg Isosorbid-5-Mononitrat (= 1,4; 3,6-Dianhydro-D-glucitol-5-mononitrat).

#### Indikationen

Dauerbehandlung der koronaren Herzkrankheit und Prophylaxe der Angina pectoris; Nachbehandlung des Myokardinfarktes; bei pulmonaler Hypertension.

#### Kontraindikationen

Hypotone Kollapszustände, Schock. Bei akutem Herzinfarkt Einnahme nur unter strengster ärztlicher Kontrolle!

#### Nebenwirkungen

Gelegentlich können vorübergehend Kopfschmerzen, Nausea, leichte Schwindelzustände, Tachykardien und Blutdruckabfall auftreten.

Boehringer Mannheim GmbH

GALENUS MANNHEIM GmbH

6800 Mannheim 31

6800 Mannheim 31

#### Dosierung

Täglich 2 x 1 Tablette. Bei höherem Bedarf: täglich 3 x 1 Tablette.

#### Wechselwirkungen mit anderen Mitteln

Bei gleichzeitiger Anwendung von Antihypertensiva kann deren Wirkung verstärkt werden.

Gleichzeitiger Alkoholgenuß kann das Reaktionsvermögen, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen, beeinträchtigen.

#### Hinweis

Da mit tierexperimentellen Methoden nicht mit Sicherheit zu ermitteln ist, ob ein Medikament beim Menschen teratogen wirkt, wird darauf hingewiesen, daß auch die Anwendung von ISMO 20 während der Schwangerschaft kritisch abgewogen werden muß.

#### Für die Verordnung

OP mit 20 Tabletten (N 1) DM 14,60

OP mit 50 Tabletten (N 2) DM 32,60

OP mit 100 Tabletten (N 3) DM 60,20

## Aus der Herz-Kreislauf- Forschung von Boehringer Mannheim

1. **Substanzeigene Langzeitwirkung** – keine Notwendigkeit zur Retardierung
2. **Eine wirksame Substanz im Blut** – die Wirkstärke ist definiert
3. **Vollständige biologische Verfügbarkeit** – unabhängig von der Leberfunktion
4. **Geringe Streuung der Blutspiegel** – enge Beziehung von Dosis und Wirkung

## Mehr ist zur Zeit in der Langzeit-Nitrat-Therapie nicht möglich!

sitz dorthin verlegen (im Jahr 1967 standen hier 70 Personen unter Beobachtung), wurde angeregt, Arad soweit wie möglich als einen für Asthma-Patienten optimalen Landstrich zu erhalten. In Zusammenarbeit mit den örtlichen Behörden wurde beschlossen, verschiedene Vegetationsarten, insbesondere jene, die als Allergieversacher bekannt sind, sowie einheimische Tiere fernzuhalten, sowie die Ansiedlung von Industrien nahe der Stadt zu verhindern. Ein umfassendes Forschungsprogramm sollte wissenschaftlich abklären, welche Faktoren bei der Heilung der Patienten eine Rolle spielen – sei es der Unterschied zwischen den Tages- und Nachttemperaturen, die Wüstenumgebung mit ihrer dürftigen Vegetation, der trockene Wind und das Fehlen von landwirtschaftlicher oder industrieller Tätigkeit.

Im Jahr 1970<sup>2)</sup> konnte dann über Ergebnisse berichtet werden, die bei sieben- bis siebzehnjährigen Kindern und Jugendlichen im Center for Rehabilitation of Asthmatic Children festzustellen waren. Innerhalb von 22 Monaten hatten 62 Kinder das Institut durchlaufen. 75 Prozent davon verspürten bei den Anfällen eine symptomatische Linderung, die gewöhnlich während des zweiten Jahres ihres Aufenthaltes zu einer vollständigen Genesung führte. Während des ersten Jahres ihres

Aufenthaltes kamen die Anfälle zu bestimmten Zeiten, verliefen aber gewöhnlich harmlos.

Eingehende Untersuchungen („Atmosphärische Pilze in der Wüstenstadt Arad und in der Küstenebene Israel“<sup>3)</sup>) zeitigten im Jahr 1977 das nachstehende Ergebnis.

Das relativ geringe Vorkommen von Luftpilzen, wie es in Arad bei der Gründung der Stadt im Herzen der jüdischen Wüste festgestellt werden konnte, bestand im Jahr 1977 noch immer, obwohl sich in der nachfolgenden Zeit in Arad eine starke wirtschaftliche und soziologische Entwicklung vollzog. Allerdings hat während der ganzen Zeit kein Wechsel in der Nutzung des Landes derart stattgefunden, daß dadurch ein Einfluß auf Pilzvorkommen ausgelöst worden wäre. Ebenso wurde die Pflanzenwelt und die Industrie in Arad unter Kontrolle gehalten, um jegliche Luftverschmutzung zu vermeiden. Das scheint es zu rechtfertigen, eine Verbindung zwischen den niederen Zahlen und den speziellen ökologischen Verhältnissen des Ortes zu sehen: Sowohl die Wildnis der die Stadt umgebenden Wüsten als auch die in dieser Gegend vorherrschende geringe Luftfeuchtigkeit scheinen Faktoren zu sein, die für eine Pilzentwicklung ungünstig sind. Daraus ist zu schließen, daß – mit Ausnahme von einigen wenigen Tagen mit hohen Häu-

figkeitsquoten an Pilzsporen während der Herbstmonate und dadurch stark beeinflusster Sporendurchschnittswerte in diesen Monaten – in Arad während des ganzen Jahres einschließlich der Sommermonate nur geringe Konzentrationen vorherrschten. Diese Erkenntnisse dürften – so wird in der genannten Untersuchung ausgeführt – eine teilweise Erklärung für die guten klinischen Reaktionen von Asthma-Patienten sein, die sich während der Zeit der luftökologischen Studie in Arad aufhielten. Im Gegensatz zu den ermittelten quantitativen Unterschieden zwischen Arad und Rehovot konnten keinerlei signifikante qualitative Unterschiede gefunden werden. Nicht nur in Arad, sondern auch in den Küstenstationen und in anderen Landesteilen, die bereits früher erforscht wurden, bilden sich im allgemeinen die gleichen Gattungen und Arten. Der Anteil des häufigsten Luftpilzes *Cladosporium* gleicht bezüglich der Gesamtverkommen in Arad und in Rehovot (73 bzw. 55 Prozent) sehr stark den Zahlen von verschiedenen Untersuchungen, bei denen kulturelle Methoden verwendet wurden. So ermittelte man in Neuseeland, daß *Cladosporium* 58 Prozent der gesamten Kolonien ausmachte, in Wales 51,6 Prozent, in England 35 bis 88 Prozent, in Canada 47,7 Prozent und in verschiedenen Gegenden Israels 35 bis 65 Prozent.



Der Erfolg jeder modernen Wüstenwirtschaft hängt bekanntlich nicht nur vom Boden, sondern auch vom Wasser ab. Fast alle Wasservorkommen Israels werden bereits ausgenutzt. Aber auch nach voller Erschließung aller Reserven wird es nicht möglich sein, mehr als 40 Prozent der Agrargebiete zu bewässern.



Um so mehr ist der Optimismus zu bewundern, mit dem in mühevoller Kleinarbeit jede Staude, jeder Busch, jeder Baum mittels Schlauchsystem bewässert wird

Diese Studie über die jährliche Ausbreitung von Luftpilzen mit klinischer Signifikanz und über deren saisonalen Wechsel in Gegenden mit unterschiedlichen ökologischen Verhältnissen dürfte für allergieanfällige Personen, die saisonalen Schwankungen in der Krankheitsausbreitung ausgesetzt sind, von Bedeutung sein und könnte somit – ähnlich wie bei der Vorhersage verschiedener Pflanzenkrankheiten – zu einer Vorhersage für einige Erkrankungen der Atemwege beitragen.

In einem persönlichen Interview weist Dr. M. Frank zusammenfassend auf folgendes hin: „Klinische Erfahrungen über einen Zeitraum von 17 Jahren beweisen, welche Erleichterung Patienten mit Extrinsic Asthma in Arad spüren, Patienten bei denen Asthma als Familienhintergrund zu nennen ist, die selbst allergisch sind, positive Hauttests wie auch verstärkte IgE aufweisen usw.“

Untersuchungen, die im National Pest Control Laboratory of England durchgeführt wurden, zeigen, daß Arad milbenfrei ist. Aus der Literatur, wie auch aus der örtlichen Erfahrung ist bekannt, daß *Dermaphagooides Pteronyssinus* zu den stärksten Allergenen zählen, die asthmatische Anfälle hervorrufen. Sie befinden sich in Wohnungen und ihre Körperchen schweben zusammen mit dem Wohnungsstaub in der Luft, wenn das Zimmer gefegt wird. Sie leben von Epithelzellen, die sich von unserer Haut abstoßen, werden von der Lunge eingeatmet und rufen Asthmaanfälle hervor.

Professor von Hoorst (Holland) hat bewiesen, daß diese Lebewesen nur in Gegenden existieren, in denen die Feuchtigkeit über 50 Prozent liegt. In Arad ist die relative Feuchtigkeit beinahe während des ganzen Jahres unter 30 Prozent. Diese Tatsache erklärt die Besserung bei Patienten in Arad. Außerdem weist diese Gegend nur eine spärliche Vegetation auf, so daß Pollen und Pilzsporen kaum vorhanden sind. Aus den genannten Gründen können Patienten in Arad ein Maximum an gesundheitlicher Wiederherstellung erwarten.“

Referent:

S. Schmid, Dianastraße 34, 8013 Haar

## Fakultät

### Universität München

Professor Dr. med. habil. Rudolf Fahlbusch, Neurochirurgische Klinik im Klinikum Großhadern, wurde zum Professor – C 3 ernannt.

Zum Professor – C 2 wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Christian-Georg Chaussy, Urologische Klinik und Poliklinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. rer. nat., Dr. med. habil. Edwin Fink, Abteilung für Klinische Chemie und Klinische Biochemie an der Chirurgischen Klinik; Privatdozent Dr. med. Rüdiger Heilmann, Medizinische Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Frank Höpner, Kinderchirurgische Klinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital; Privatdozent Dr. med. Freiherr Hermes von Lüdinghausen, Pathologisches Institut Professor Dr. Occhionero; Privatdozent Dr. med. Markward Marshall, Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin; Privatdozent Dr. med. Wolf-Joachim Stelter, Chirurgische Klinik im Klinikum Großhadern; apl. Professor Dr. med. Michael Wahl, Physiologisches Institut; Privatdozent Dr. rer. nat., Dr. med. habil. Hans Wolf, Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie.

Professor Dr. med. Hans Truckenbrodt, bisher Professor für Kinderheilkunde an der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde umhabilitiert.

Privatdozent Dr. med. habil. Günter Valet, Max-Planck-Institut für Biochemie, wurde die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor verliehen.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. habil. Reiner Bartl für Innere Medizin; Dr. med. Reinhard Bassermaier für Allgemeine Pathologie und spezielle pathologische Anatomie; Dr. med. Bernd Belohradsky für Kinderheilkunde; Dr. med. Klaus-Dieter Gerbitz für Klinische Chemie; Dr. med. Siegfried Hagl für Herzchirurgie; Dr. med. Rainer von Hugo für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Dr. med. habil. Eckart Kreuzer für Chirurgie; Dr. med. Wolfgang Lanksch für Neurochirurgie; Dr. med. habil. Dietrich Leis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Dr.

med. habil. Georg Lohmöller für Innere Medizin; Dr. med. Frank Martin für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde; Dr. med. Tommaso Meo für Immunologie; Dr. med. Wolfgang Pforringer für Orthopädie; Dr. med. habil. Hans-Kristian Rjosk für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Dr. med. Johannes Teufel für Innere Medizin; Dr. med. Eberhard Wilmes für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

### München – Technische Universität

Professor Dr. med. Carl-Hermann Lücking, Extraordinarius für Neurologie und klinische Neurophysiologie im Klinikum rechts der Isar, hat einen Ruf als Ordinarius an die Universität Freiburg angenommen.

Zum Akademischen Oberrat wurden ernannt: Dr. med. Gotthard von Czetztritz und Neuhaus, Kinderklinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Wolfram Theiss, I. Medizinische Klinik und Poliklinik.

Zum Akademischen Rat wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Götz Buttermann, Nuklearmedizinische Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Wolfgang Vierling, Institut für Pharmakologie und Toxikologie.

Zum Akademischen Rat zur Anstellung wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. habil. Klaus Kempken, Nuklearmedizinische Klinik und Poliklinik; Dr. med. Ph. D. Adolf Weindl, Neurologische Klinik und Poliklinik.

Der akademische Grad eines Dr. med. habil. wurde verliehen, nachdem in einem Habilitationsverfahren die Lehrbefähigung festgestellt wurde: Dr. med. Stefan Georg Edmund Feuerbach für Radiologie; Dr. med. Reinhold Goerg für Innere Medizin; Dr. med. Sylvia Haas für Experimentelle Chirurgie und Hämostaseologie; Dr. med. Karl-Friedrich Hamann für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde; Dr. med. Herbert Erhardt Scholze für Chirurgie; Dr. med. Bernd Stübinger für Chirurgie.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. habil. Gernot Klein für Innere Medizin; Dr. med. habil. Bernhard Kramann für Radiologie; Dr. med. habil. Lothar Schuchmann für Kinderheilkunde.

### Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Dr. med. Georg Oeckler, Internist, Hauptstraße 50, 8992 Wasserburg, wurde mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

### Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Professor Dr. med. Hans Ley, Direktor der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80;

Dr. med. Joachim Herbert Nebe, Medizinaldirektor, Chefarzt des Kreiskrankenhauses Eschenbach, 8481 Eschenbach;

Professor Dr. med. Heinz Spiess, Direktor der Kinderpoliklinik und geschäftsführender Direktor der Poliklinik der Universität München, Pettenkoflerstraße 8a, 8000 München 2;

Dr. med. habil. Adolf Stimpfl, Frauenarzt, Schlesierstraße 3, 8857 Wertingen.

### Verdienstmedaille

Dr. med. Ernst Schöbel, Orthopäde, Kaiserstraße 24, 8700 Würzburg, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

### Professor Borelli in Vorstand KVB gewählt

In der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns am 12. Dezember 1981 wählten die außerordentlichen Mitglieder Professor Dr. med., Dr. phil. Siegfried Borelli, Fasanengartenstraße 161, 8000 München 90, in den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Er ist Nachfolger von Dr. Winfried Koller, der sich als Internist niedergelassen hat.

### Professor Sewering 30 Jahre Vorstandsmitglied und 10 Jahre Vorstandsvorsitzender der KVB

Professor Dr. med. Hans J. Sewering gehört seit Januar 1952 dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an. Während dieser Zeit war er 24 Jahre Vorsitzender der Bezirksstelle Oberbayern der KVB. Seit Februar 1972 ist er Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

### Dr. Flath 65 Jahre

Am 28. Januar feierte der F.D.P.-Landtagsabgeordnete Dr. med. Fritz Flath, Neuenmuhler Weg 10, 8823 Altenmuh, gesundheits- und sozialpolitischer Sprecher seiner Fraktion seit 1970, seinen 65. Geburtstag. Dr. Flath, einziger Arzt im bayerischen Parlament, wurde in Dortmund geboren, ist verheiratet und hat drei Kinder. Nach dem Kriegsdienst im Baltikum und Tätigkeit als Truppen- und Lazarettarzt ließ sich Dr. Flath 1945 als Arzt für Allgemeinmedizin im mittelfränkischen Altenmuh nieder. Seit 1960 gehört er dem dortigen Gemeinderat an und seit 1970 dem Bayerischen Landtag.

Neben Fragen aus seinem unmittelbaren Bereich der Medizin widmete sich der engagierte Sozialpolitiker in besonderem Maße den Schwachen und gesellschaftlich Benachteiligten. Ein weiterer Schwerpunkt seiner Arbeit in den mehr als zehn Jahren seiner parlamentarischen Tätigkeit war das Bemühen um die Strafgefangenen. Ihnen sowohl die schwere Zeit der Haft zu erleichtern als auch danach beim Wiedereintritt in die Gesellschaft praktisch und oft genug auch materiell zu helfen, war Dr. Flath stets ein ganz besonderes Anliegen. In dieses Bemühen hat er viel Zeit und Geld investiert.

Dr. Flath, der von sich aus auf eine neuerliche Kandidatur verzichtet hat, gehört auch dem Bayerischen Landesgesundheitsrat an. Er ist Träger des Bayerischen Verdienstordens.

ad multos annos!

### Dr. Vierheilig 70 Jahre

Dr. med. Hugo Vierheilig, Leitender Medizinaldirektor a. D., Walther-von-der-Vogelweide-Straße 19, 8700 Würzburg, wurde am 27. Januar 1982 70 Jahre.

Seit 1949 ist der Jubilar in der ärztlichen Landesorganisation tätig, und zwar sowohl im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer (seit 1976 Vorsitzender des Finanzausschusses, seit Februar 1980 2. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Unterfranken) als auch der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung seit 1972. Er ist Vorsitzender des Bezirkes Unterfranken des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, seit 1958 Leiter der sportärztlichen Beratungsstelle der Stadt Würzburg, seit 1954 ärztlicher Sachverständiger für Fliegertauglichkeit, seit 1977 Leiter der Fliegerärztlichen Untersuchungsstelle Würzburg. Seit 1963 gehört er dem Stadtrat in Würzburg an und ist seit 1972 Fraktionsvorsitzender der FWG/F.D.P.

ad multos annos!

Professor Dr. med. Otto Braun-Falco, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, wurde von The Royal Society of Medicine – Section of Dermatology zum Ehrenmitglied gewählt.

Professor Dr. med. Ludwig Demling, Direktor der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde von der Finnischen Gesellschaft für Gastroenterologie zum Ehrenmitglied ernannt. – Ferner wurde er zum ersten Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin gewählt.

Professor Dr. med. Hans Ehrhart, Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde für die Amtsperiode 1981/83 zum Präsidenten der Bayerischen Krebsgesellschaft e. V. gewählt.

# Selektiv tremorwirksam bei allen extrapyramidalen Tremorformen



## Tremarit®

WANDER PHARMA GMBH · 8500 Nürnberg

Tremarit® Wender 5 mg  
Tremarit® Wender 15 mg

#### Zusammensetzung

1 Tablette Tremarit® Wender 5 mg enthält: 5 mg Metixenhydrochlorid, 1 Tablette (Mantel-Kerntablette) Tremarit® Wender 15 mg enthält 15 mg Metixenhydrochlorid.

#### Anwendungsgebiete

Parkinsonsyndrom jeglicher Genese (idiopathischer, postencephalitischer, arteriosklerotischer Parkinsonismus, Neuroleptika-Parkinsonoid, Restsymptome nach stereotaktischen Operationen), Isolierte extrapyramidale Tremorformen, essentieller und Alters-(seniler) Tremor.

#### Gegenanzeigen

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Anästhetika- und Psychopharmakovergiftungen, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Restharnbildung, intestinale Atonie, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Myasthenia gravis. Tierexperimentell und klinisch bestehen keine Hinweise für eine keimschädigende Wirkung von Tremarit Wender. Die Anwendung sollte jedoch in der Frühschwangerschaft nur unter sorgfältiger Risikoabwägung erfolgen.

#### Nebenwirkungen

Die Verträglichkeit von Tremarit Wender ist im allgemeinen gut. Bei höherer Dosierung können gelegentlich Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion, Hautrötung, Schwindel, Akkomodationsstörungen, Pupillenerweiterung,

Tachykardie, Verstopfung und Harnverhalten auftreten. Übelkeit und Erbrechen sind selten. Durch vorsichtige einschleichende Dosierung können diese Nebenwirkungen weitgehend vermieden werden.

#### Weitere Angaben zu Tremarit® Wender: Dosierung und Anwendungsweise

Die Dosierung von Tremarit Wender wird individuell vorgenommen. Im allgemeinen gelten folgende Richtlinien:  
Bei den verschiedenen Formen des Parkinsonsyndroms wird mit Einzeldosen von 1/2 Tablette (5 mg) 3- bis 4mal über den Tag verteilt begonnen. Steigerung im Laufe der nächsten 4 bis 6 Wochen auf die optimal wirksame zwischen 15 bis 30 (bis 60) mg liegende Tagesdosis. Dauertherapie zweckmäßig unter Verwendung von Tremarit® Wender 15 mg Tabletten. Während einer kombinierten Therapie mit L-Dopa oder Amantadin kann die Tagesdosis von Tremarit Wender im allgemeinen unverändert bleiben. Die Tagesdosis von L-Dopa und Amantadin kann häufig um 1/4 bis 1/3 herabgesetzt werden. Beim essentiellen und Alters-(senilen) Tremor wird die optimal wirksame zwischen 10 bis 20 (bis 30) mg liegende Tagesdosis ebenfalls in Wochenabschnitten ermittelt. Dauertherapie nach teilweiser oder vollständiger Umstellung auf Tremarit® Wender 15 mg Tabletten.

#### Wechselwirkungen mit anderen Mitteln

Amantadin, Chinidin und trizyklische Antidepressiva können die anticholinerge Wirkung von Tremarit verstärken.

#### Besondere Hinweise

Wegen des gelegentlich zu Beginn der Behandlung auftretenden leichten Schwindels und Anpassungsstörungen des Auges ist eine mögliche Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit, z. B. im Straßenverkehr und bei Präzisionsarbeit zu beachten. Antidot: Neostigmin, 0,5-2,5 mg, ist intramuskulär oder langsam intravenös zu injizieren, kann gegebenenfalls wiederholt werden.

#### Handelsformen

Tabletten 5 mg:  
Originalpackungen zu 50 und 100 Stück DM 19,32 und DM 33,76  
Anstaltspackungen  
Tabletten 15 mg:  
Originalpackung zu 50 Stück DM 47,12  
Anstaltspackungen

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, Dezember 1981

WANDER

### Neuer Krach um den Kanal\*

„Wir wollen keinen Kanal von Hilpoltstein bis zur Nordsee!“. Mit diesen Worten hat sich der SPD-Fraktionsvorsitzende im Landtag, Dr. Helmut Rothmund, erneut unmißverständlich für die Fertigstellung des „Jahrhundertprojekts“ gestellt. Die SPD-Fraktion wie ihr gesamter Landesverband stehen damit in einem diametralen Gegensatz zu Bundesverkehrsminister Volker Hauff (SPD), der den Kanalbau auf die gleiche Stufe wie den „Turmbau zu Babel“ gestellt hatte und das Projekt am liebsten einmotten möchte. Hauff weiß hierbei im Bonner Kabinett bis jetzt nur Innenminister Gerhard Baum und Landwirtschaftsminister Josef Ertl (beide F.D.P.) hinter sich, deren Partei schon seit Jahren die Fertigstellung der 3500 km langen Wasserstraße zwischen der Nordsee und dem Schwarzen Meer bekämpft. Bundeskanzler Helmut Schmidt und sein österreichischer Kollege Bruno Kreisky befürworten jedoch die zügige Fertigstellung der Kanalreststrecke durch das Altmühltal ebenso wie die Bayerische Staatsregierung und die Fraktionen von CSU und SPD, die in der Wasserstraße eine Stärkung der strukturschwachen fränkischen Gebiete sehen.

Angesichts der leeren Staatskassen wurde das Projekt von seinen Gegnern wiederentdeckt: Die F.D.P. veranstaltete im Landtag ein zweitägiges Hearing, in dem die Fronten hart aufeinander prallten. Der Bundesverkehrsminister selbst kam nach München, um vor seinen Parteifreunden im Maximilianeum seine Argumente für eine „qualifizierte Beendigung“ des Kanalbaus zu vertreten, die er mit der voraussichtlichen Unrentabilität und des hohen Landschaftsverbrauchs begründete. Doch auch er, so wurde auf einer anschließenden Pressekonferenz deut-

lich, konnte die SPD-Fraktion nicht überzeugen. Immerhin räumte er ein, daß der Bund zu seinen Verpflichtungen stehen werde, die zum Teil aus Verträgen resultieren, die bis ins Jahr 1921 zurückreichen.

Zwischenzeitlich sind 81 Prozent der Gesamtstrecke von 677 km zwischen Aschaffenburg und Passau durch den Bauherrn, die Rhein-Main-Donau-AG, fertiggestellt. An ihr sind der Bund zu 64 Prozent, Bayern zu 33 Prozent und die Stadt Nürnberg zu 3 Prozent beteiligt. Die Kosten des über drei Milliarden DM teuren Kanals teilen sich der Bund und das Land Bayern zu zwei bzw. einem Drittel. Gerade um diese Kosten scheiden sich die Geister. So wird von den Gegnern der volkswirtschaftliche Nutzen des Kanals bezweifelt, die u. a. auf eine Kostenutzenanalyse für die Kanalstrecke Nürnberg-Kelheim verweisen, der zufolge die Wasserstraße alles andere als ein Geschäft sei. Jeder investierten Mark stehe laut Gutachten ein Nutzen von nur 50 Pfennig gegenüber. Auch die Bundesbahn sieht im Kanal einen unliebsamen Konkurrenten, der ihr jährliche Verluste in Millionenhöhe einbringe. Allerdings wurde auch festgestellt, daß – entgegen früheren Prognosen – die jährliche auf der Wasserstraße beförderte Tonnage weitaus geringer sei. Schließlich verweisen Naturschützer vehement auf die ökologischen Schäden, die vor allem durch den Bau der Reststrecke durch das Altmühltal entstehen würden.

Von den Befürwortern wird dagegen argumentiert, daß ein Stop des Kanals letztlich teurer käme als die Fertigstellung. So begründete Wirtschaftsminister Anton Jaumann seine Forderung nach Vollendung des Projektes mit den Worten: „Die Main-Donau-Schiffahrtsstraße muß fertiggestellt werden. Weite Teile

des Bundesgebietes sind schon bisher dadurch begünstigt, daß die Wirtschaft die Vorteile der Binnenschifffahrt für den preisgünstigen Transport von Massengütern nutzen kann. Diese Vorteile dürfen Bayern, insbesondere dem strukturschwachen Ostbayern, nicht mit fadenscheinigen Argumenten vorenthalten werden. Auch zur Sicherung der Energieversorgung wird der Kanal immer wichtiger, weil künftig mehr Kohle statt Mineralöl eingesetzt werden muß.“

Sein Kabinettskollege Finanzminister Max Streibl erinnerte daran, daß die Notwendigkeit des Kanals zwischen Bonn und München lange Jahre unumstritten war. Jetzt versuche der Bund sich seiner finanziellen Verpflichtungen zu entziehen. Wie Streibl meinte auch Innenminister Gerold Tandler, daß der Kanalbau rund 4000 Arbeitsplätze sichere, wobei das jährliche Bauvolumen von 250 Millionen DM vor allem ortsansässigen Unternehmen zugute komme.

Während Befürworter wie Gegner ihre Argumente jeweils mit einer Flut von Zahlen zu untermauern suchen, haben zwischenzeitlich auf mehr privater Ebene beide Seiten sich formiert. Deutsche und österreichische Naturschützer wollen in grenzüberschreitender Zusammenarbeit die Fertigstellung der Wasserstraße bekämpfen. Nach ihren Zusammenschlüssen in Passau ließen die Kanalfreunde nicht lange auf sich warten. In der niederbayerischen Kleinstadt Kelheim bildeten Kommunalpolitiker und Abgeordnete sowie Handelskammern und einige Einzelgewerkschaften eine „Arbeitsgemeinschaft für eine zügige Fertigstellung des Kanals“, die sich vorbehaltlos für die schnelle Vollendung des Projekts einsetzt. Welche Seite sich im Ringen um den Rhein-Main-Donau-Kanal durchsetzt, ist derzeit zweifelhaft. Eine endgültige Entscheidung sei im Bundeskabinett noch nicht gefallen, berichtete Verkehrsminister Hauff in München. Er, der den Kanal zum Ärger der Bayern als das „dümmste Projekt seit dem Turmbau von Babel“ bezeichnet hatte, jedenfalls wußte sein Zitat jetzt mit einer Karikatur zu illustrieren. Auf ihr steht der Minister, abgebildet vor dem Turm, und meint: „So dumm wie der Rhein-Main-Donau-Kanal ist der Turm von Babel doch gar nicht.“

Michael Gscheidle

\*) siehe auch „Bayerisches Ärzteblatt“, Juni 1981, Seite 474

### Sozialpolitische Vorhaben 1982

Das Jahr 1982 steht für die Ärzte unter keinem guten Stern. Das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz ist zur Jahreswende in Kraft getreten. Sicherlich hätte es noch viel schlimmer kommen können, wenn man daran denkt, was Ehrenberg und sein Gehilfe Holler im August noch alles planten. Dennoch sollte sich niemand täuschen: faktisch sind die Ausgaben für die ambulante Behandlung an die Einnahmen der Kassen gebunden worden, auch wenn dies nun nicht ausdrücklich im Gesetz steht. Der Handlungsspielraum der Selbstverwaltung hat sich weiter verengt, das Gegenteil wird schwer zu beweisen sein. Andererseits ist nicht zu sehen, wie dem Anstieg der Arzneimittelausgaben Einhalt zu bieten ist und wie die Pflegesätze der Krankenhäuser in den Grenzen der Grundlohnentwicklung gehalten werden können.

Ehrenberg wird alles tun, den Deckel so fest wie möglich auf dem Honorartopf zu halten. Seine Kumpel gegen die Ersatzkassen und deren Sonderstatus dürfte dazu führen, daß auch diese sich an die verordneten Spielregeln halten. So werden sich die Kassenärzte darauf einzustellen haben, daß ihre Realeinkommen sinken – eine Perspektive, die sie mit der Mehrzahl der Bundesbürger zu teilen haben. Die ökonomischen und die politischen Daten sind nun einmal so.

Ob sich die politischen Daten für die Kassenärzte weiter verschlechtern werden, hängt von einer Reihe heute nicht zuverlässig zu beantwortender Fragen ab. Zwar hat sich die Koalition nach der Krise im Spätsommer und Herbst wieder etwas gefestigt; sie bleibt aber in einer labilen Verfassung. Das Thema „Beschäftigungspolitik“ enthält noch immer Sprengkraft. Und Mitte des Jahres steht eine neue Konsolidierungsrunde für die Staatsfinanzen an. Die F.D.P. verlangt weiterhin Einsparungen bei den Ausgaben und Eingriffe in die sozialen Leistungsgesetze, obwohl sie mit diesen Forderungen schon in der letzten Konsolidierungsrunde nicht sonderlich erfolgreich war. Die SPD lehnt weitere Eingriffe in die Leistungsgesetze ab. So ist es z. B. weder der Regierung noch der Bundesratsmehrheit der Union über den Vermittlungsausschuß gelungen, auch nur 100 Millionen DM von den Befög-

Leistungen an Schüler zu streichen. Dieses Signal ist nicht zu übersehen.

Matthöfer hat bereits den Akzent in seinen finanzpolitischen Äußerungen verändert. Im Sommer hatte sich der Finanzminister noch dafür ausgesprochen, daß die Zuwachsraten für die staatlichen Ausgaben bis 1985 deutlich unter den Zuwachsraten des Sozialproduktes liegen sollten. Auf der letzten Sitzung des Finanzplanungsausschusses war der Minister nicht mehr bereit, eine entsprechende Forderung zu unterschreiben. Dies kann nur bedeuten, daß für den Haushalt 1983 noch ungenierter die Einnahmen erhöht werden sollen als für den Haushalt 1982. Denn wird wohl nicht nur über Mineralöl- und Heizölsteuer geredet, sondern auch über die Mehrwertsteuer. Dies könnte erneut die Koalition belegen.

Wenn man über die Stabilität der Koalition spekuliert, so gehört dazu wohl auch die Frage nach dem politischen Schicksal des Grafen Lembsdorff, der durch die leidige Spendeneffäre angehängelt erscheint. Ein Kabinett ohne Lembsdorff könnte Ehrenberg wohl passen, wenn es darum geht, das angekündigte Strukturgesetz für die gesetzliche Krankenversicherung auf den Weg zu bringen. Ehrenberg hat es zunächst nicht eilig damit. Er weiß, daß das politische Klima derzeit dafür nicht günstig ist. Außerdem will er zunächst einmal die Rentenreform 1984 durchbringen. Daß dies angesichts der verschlechterten Daten für die Finanzen der Rentenversicherung nicht einfach sein wird, steht außer Zweifel, auch wenn die Finanzberechnungen zeigen, daß das Kernstück der Reform, die sogenannte Teilhaberrente, finanzierbar ist. Es könnte jedenfalls durchaus sein, daß Ehrenberg seine „Strukturpläne“ in die nächste Finanzrunde einzubringen versucht. Wechselseitigkeit ist daher geboten.

Ehrenberg hält daran fest, die neue Gebührenordnung für Ärzte 1982 in Kraft zu setzen. Der Termin vom 1. April wird sich freilich nicht halten lassen. Daß der Minister an den Grundsätzen seines Entwurfes festhalten will, läßt sich an einem Papier ablesen, das Mitte Dezember veröffentlicht wurde. Darin setzt sich das Haus Ehrenberg im einzelnen mit der Kritik der Ärzteschaft an dem Entwurf

der Gebührenordnung auseinander. Das ist ein recht ungewöhnlicher Vorgang, der darauf schließen läßt, daß man in dieser Frage nicht in die Defensive kommen möchte. So wird der Auffassung widersprochen, daß die neue GOÄ zu einer Einheitsversicherung führe. Sie regelt ausschließlich die ärztliche Liquidation gegenüber Privatpatienten; sie habe mit der Sozialversicherung nichts zu tun. Die Trennung von gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung werde nicht angetastet, erklärte das Ministerium. Auch könne der Arzt mit dem Patienten eine höhere Vergütung vereinbaren, als in der Gebührenordnung vorgesehen sei. Allerdings solle dies künftig schriftlich erfolgen.

Die von der Ärzteschaft vorgelegten Rechnungsunterlagen, nach denen die Ärzte aus der Privatpraxis massive Einkommensverluste zu erwarten haben, werden in Zweifel gezogen. Das Detenmaterial stamme aus einer ärztlichen Verrechnungsstelle; es sei nachweislich nicht repräsentativ, meint das Haus Ehrenberg. Es sichert allerdings, neues Detenmaterial der Bundesärztekammer sorgfältig zu prüfen. Das Ministerium weist darauf hin, daß es seine Vorschläge auf der Grundlage des Materials der privaten Krankenversicherung erarbeitet habe. Es dürfe nicht zu einer „Einkommensexplosion“ kommen.

Trotz dieser Feststellungen scheint das Ministerium bereit zu sein, eine Reihe von Leistungen, die bislang den technischen Leistungen zugeordnet waren, in den Katalog der ärztlichen Leistungen aufzunehmen. Auch steht wohl noch immer zur Diskussion, den Gebührenrahmen nicht auf das Dreifache, sondern auf das Vierfache zusammenzudrücken. Dabei würde dann allerdings der Ausgangswert niedriger angesetzt. Im übrigen wird darauf verwiesen, daß die dem Patientenschutz dienenden Bestimmungen den berechtigten Interessen der Zahlungspflichtigen Rechnung tragen sollten. Es sei verständlich, wenn den Ärzten dies nicht gefalle.

Für die Ärzteschaft ist es wohl wichtig, die Argumente der Gegenseite zu kennen, ehe es in die Schlussrunde der Verhandlungen geht. Die Zahl der Verbündeten ist nicht groß; auch die Länder denken an die Kosten der Beihilfe. Allein auf den Bundesrat zu setzen, wäre falsch. Allenfalls die Bestimmungen, die die Vertretungsfreiheit berühren oder die eine Anpassung der Gebührenordnungen der gesetzlichen Kassen und der Privatversicherung bringen könnten, werden sich über den Bundesrat verhindern lassen. Noch erscheint es nicht ausgeschlossen, in den Fragen von grundsätzlicher und denen von materieller Bedeutung zum Kompromiß zu kommen. Eine Politik des Zeitgewinnes verspricht kaum Erfolg.

bonn-mot

### Die Zukunft der französischen Medizin

Im großen Saal der Domus Medica in Paris herrschte eine gespannte Stimmung. „Wenn wir nicht energisch reagieren, wird die Ausübung unseres Berufes tiefgreifende Veränderungen erfahren, die wir nicht akzeptieren können.“ Auf der Hauptversammlung der Confédération des syndicats médicaux français (= CSMF) war die Angst vor dem Morgen groß an die Wand geschrieben. „Mit der Wahl des Kommunisten Ralite zum Gesundheitsminister ist das an sich fragile Gleichgewicht unseres Gesundheitssystems in Frage gestellt. Die Ärzte waren bereits unter der Ära des abgewählten Präsidenten Giscard d'Estaing kein Liebling der Nation. Man machte sie für das Defizit der Krankenversicherung verantwortlich, man warf ihnen auch passive Resistenz gegenüber gesundheitspolitischen Maßnahmen der Regierung vor. Aber die Ankunft des Monsieur Ralite im Gesundheitsministerium bedeutet für die große Mehrheit der französischen Ärzte in absehbarer Zeit das Ende der liberalen Medizin, und die Versicherten werden nicht mehr die Möglichkeit haben, völlig unabhängig ihren Arzt zu wählen.“ Der Präsident des CSMF, Dr. Monier, sprach aus, was die große Mehrheit der französischen Ärzte denkt.

Und Professor Milliez, einer der ganz Großen der französischen Medizin, von dem man weiß, daß er materiell nicht interessiert ist und politisch eher nach links tendiert, sagte: „Die große Gefahr einer stark sozialisierten Medizin ist die Verarmung der Ärzte. Es ist nicht unbedingt im Interesse der Kranken, daß man dahin kommt.“

Bisher verteilte man auf der Seite der Regierung Beruhigungspillen. Aber das sozialistische Projekt, Basis des Regierungsprogramms, erklärt: Es geht darum, progressiv ein

„System communautaire“ des Gesundheitsschutzes zu entwickeln, das den unentgeltlichen medizinischen Schutz für alle sichert. Das liberale Statut kann in der Struktur unserer Gesundheitspolitik nicht vorherrschend sein.

Die neue Politik stellt die Gesundheitsvorsorge an die erste Stelle. Das bedingt eine wesentliche Erhöhung der Zahl der Schulärzte und der Werksärzte und eine stete Aufklärungskampagne über die Schwangerschaftsverhütung. Der vollständig unentgeltliche Gesundheitsschutz repräsentiert für die Ärzte den Verlust der Unabhängigkeit und die Angst, eine Art Funktionär zu werden. Als die Arztverbände 1960 einverstanden waren, einen Vertrag mit der Krankenversicherung abzuschließen, hatten die Ärzte bereits auf einen Teil dieser Unabhängigkeit verzichtet, nämlich auf die freie Vereinbarung des Honorars zwischen Arzt und Patient, wesentlichster Bestandteil der liberalen Medizin, zumindest nach Auffassung der französischen Ärzte. 20 Jahre nachher stehen sie vor einer neuen Wende, wenn sie die direkte Honorierung durch den Patienten durch eine andere Form der Vergütung ihrer Aktivität ersetzen müssen. Aber noch ist es nicht soweit. Die ersten Maßnahmen auf dem Gebiet der Reform der Gesundheitspolitik betreffen die Organisation von Centres de santé, die eine direkte Konkurrenz für die liberale Medizin bilden. Auf dem Papier handelt es sich um leichte Strukturen: Nicht mehr als fünf Ärzte plus medizinisches und technisch-medizinisches Hilfspersonal. Jedem Centre soll ein Labor angeschlossen sein. Es gibt keinen Prototyp, jede Organisation ist der Initiative von lokalen Behörden oder gemeinnützigen Verbänden überlassen. Der Arzt in diesem Centre soll ausreichend Zeit für den einzelnen Patienten haben. Er wird

nicht nach der Zahl der Sprechstundenberatungen bezahlt, sondern wird ein festes Gehalt bekommen.

Die Idee wird nicht von allen Ärzten abgelehnt. Ihre Existenzbasis ist vielerorts seit einiger Zeit schon durch die rasch wachsende Zahl von Medizinern bedroht. Andererseits praktiziert von den 110 000 Ärzten in Frankreich nur der dritte Teil eine integrale liberale Medizin. Das zweite Drittel in der Gesamtzahl stellen die festangestellten Ärzte. Ihre Zahl hat sich in den letzten zehn Jahren um zehn Prozent erhöht. Das letzte Drittel teilt seine Zeit zwischen dem Spital und der Privatpraxis. Die französischen Sozialisten erklären zwar, daß sich die Organisation der Centres nicht gegen die liberale Medizin richtet, aber die Ärztenverbände sind gegenüber diesen Erklärungen äußerst skeptisch.

Wie ist denn die Situation in Frankreich gegenüber jener in der Bundesrepublik nach den Angaben der EG am 1. Juli 1980? In der Bundesrepublik Deutschland kommen 204 Ärzte auf je 100 000 Einwohner, in Frankreich 178. In der Bundesrepublik bekommt der Arzt sein Honorar im Gegensatz zu Frankreich nicht direkt vom Patienten, aber der durchschnittliche Verdienst eines Allgemeinarztes erreicht brutto in französischen Francs 474 000 Francs im Jahr in der Bundesrepublik und 200 000 in Frankreich. Die Ärzte verdienen also in der Bundesrepublik nach Angaben der EG mehr als doppelt soviel als jene in Frankreich. Nicht überall in Europa gibt es übrigens das gleiche System und die Harmonisierung auf diesem Gebiet wie auf manchen anderen blieb ein frommer Wunsch der Unterzeichner des Vertrages von Rom. In Holland kann der Sozialversicherte z. B. nur zweimal im Jahr seinen Arzt wechseln und in Großbritannien muß er seinen bisherigen Arzt 14 Tage vorher benachrichtigen, wenn er einen anderen Mediziner konsultieren will.

In diesem Zusammenhang sei vermerkt, daß eine Reihe anderer Maßnahmen vorgesehen sind, z. B. die Abschaffung des Rechts für leitende Krankenhausärzte, im Spital selbst Privatpatienten zu empfangen und dabei die Einrichtungen des Krankenhauses zu benutzen, und die Möglichkeit für verschiedene Ärzte, frei ihr Honorar festzusetzen, wenn



sie der Konvention der Ärzteverbände und der Sécurité sociale über die Honorare nicht beigetreten sind. Die letzte Konvention aus dem Jahre 1980 hatte die Ärzte in drei Gruppen geteilt. Die erste Gruppe umfaßte 93,4 Prozent der freischaffenden Ärzte, sie akzeptierten den Vertrag über die Honorare und erklärten sich bereit, ihn anzuwenden. 12,36 Prozent der praktischen Ärzte erhielten indessen die Möglichkeit, aufgrund ihres Renommés oder ihres Titels höhere als die vereinbarten Honorare zu fordern. Aber die Versicherten bekamen nur 75 Prozent des Kassentarifs rückerstattet. In der zweiten Gruppe befinden sich 5,75 Prozent der Mediziner. Sie können ihre Honorare frei festsetzen, die Versicherten erhalten aber nur 75 Prozent des Kassentarifs rückerstattet. Diese Ärzte verlieren indessen verschiedene soziale und steuerliche Vorteile.

Schließlich war eine dritte Gruppe vorgesehen, die Ärzte traten der

Konvention nicht bei, sie blieben außerhalb der Kassen und verlangten beliebig hohe Honorare. Nur 0,85 Prozent der Ärzte waren in dieser Gruppe zu finden, es handelte sich zumeist um bekannte Pariser Spezialisten. Die Kassen vergüteten dem Versicherten, der einen derartigen Spezialisten aufsuchte und zwischen 400 und 1000 Francs für eine Konsultation bezahlen dürfte, nur 75 Prozent von vier Francs. (Bitte kein Druckfehler.) Aber so wurde das Prinzip der Sécurité social durchbrochen und auf der einen Seite eine Medizin der Reichen, auf der anderen Seite eine Medizin der Armen geschaffen.

Das wird in Zukunft geändert. Alle Ärzte werden in einem Sektor zusammengefaßt. Allerdings ist vorgesehen, daß jene Ärzte, die eine längere Praxis und Erfahrung haben, etwas höhere Honorare werden verlangen können, die aber zu 100 Prozent rückvergütet werden sollen.

Auf dem Programm des Gesundheitsministers steht auch die Auflösung des Ordre de Medecins. Die Registrierung der Ärzte soll dann durch die Direktion departementale der Action sanitaire erfolgen, die beruflichen Rechtsfragen werden den Zivilgerichten zugewiesen und die Rolle der Kontrolle der medizinischen Moral wird von der Academie de medecine übernommen.

Es wäre indessen falsch, anzunehmen, daß die geplanten Reformen die ungeteilte Zustimmung der öffentlichen Meinung finden. Die Franzosen mögen einverstanden sein, wenn Banken und Industriegruppen nationalisiert werden. Die Nationalisierung des Gesundheitswesens lehnen sie in ihrer großen Mehrheit ab, auch wenn sie es für nötig halten, alle Voraussetzungen zu schaffen, damit Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge allen in gleicher Weise zur Verfügung stehen.

J. H., Paris

# ARTHROSEN ARUMALON®

Die Basistherapie der Arthrosen mit signifikanten Langzeit-Resultaten in der Klinik.

#### Indikationen:

Degenerative Gelenkerkrankungen wie Kniegelenkarthrose, Hüftgelenkarthrose, Fingergelenkarthrose, Wirbelgelenkarthrose.

#### Dosierung:

Intraartikuläre Injektionen. Zur Prüfung der Verträglichkeit gibt man Injektionen von 0,3 ml am ersten und 0,5 ml am zweiten Tag, dann 5-6 Wochen lang zweimal 2 ml oder drei- bis viermal 1 ml Arumalon wöchentlich (insgesamt 25 ml).

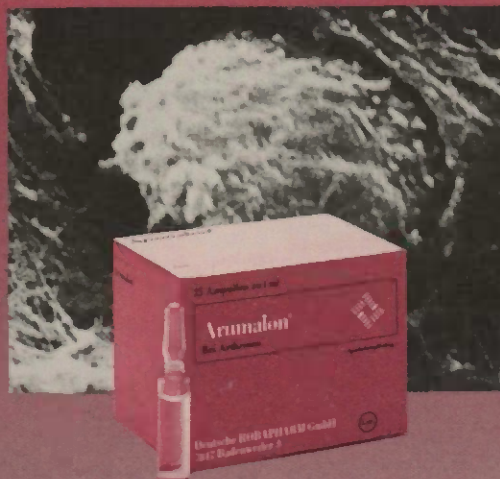
#### Kontraindikationen:

Neigung zu allergischen Reaktionen auf Medikamente.

#### Nebenwirkungen:

Bei entsprechend disponierten Patienten können Unverträglichkeitserscheinungen (starke Rötung und/oder Pruritus an der Injektionsstelle, Urtikaria, Unwohlsein, Schwindel und Hitzegefühl, leichter Kopfschmerz) auftreten. In solchen Fällen muß die Behandlung abgebrochen werden.

Freigelegter Chondrozyt, Vergrößerung ca. 3000 x



#### Hinweis:

Klinische Langzeituntersuchungen (10 Jahre) haben bestätigt, daß bei zweimaliger Kurbehandlung im Jahr das Fortschreiten des arthrotischen Prozesses entscheidend gehemmt wird.

#### Zusammensetzung:

1 ml Injektionslösung enthält 0,4586 ml Extr. aquos. ex 0,25 g Cartilage sternocostalis, 0,4968 ml Extr. aquos. ex 0,15 g Medulla ossis rubra, 0,0028 ml m-Kresol (Stabilisator).

#### Handelsformen und Preise:

(Stand 1.1.81)

5 Ampullen zu 1 ml DM 15,40

25 Ampullen zu 1 ml DM 63,30

50 Ampullen zu 1 ml (Anstoßpackung)

Weitere Informationen, Literatur und Muster werden auf Wunsch zugestellt.

Deutsche ROBAPHARM GmbH  
7847 Badenweiler 3

011.0.01.02

### Trunkenheitsfahrt eines Arztes als Berufspflichtverletzung

Beschluß des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht vom 22. Juli 1981

(Az.: LBG - Ä -1/81) unanfechtbar

#### Leitsatz

Die Trunkenheitsfahrt eines Arztes ist nur dann als Verstoß gegen Berufspflichten anzusehen, wenn sie entweder im Zusammenhang mit der Berufsausübung steht oder wenn sie nach den gesamten Umständen des Einzelfalles geeignet ist, das Ansehen des ärztlichen Berufsstandes erheblich zu beeinträchtigen.

#### Sachverhalt

Ein Arzt hatte nach einem privaten Lokalbesuch in alkoholisiertem Zustand um Mitternacht mehrere Fahrzeuge im Vorbeifahren mit seinem Pkw beschädigt. Er ist deshalb wegen fahrlässiger Gefährdung des Straßenverkehrs nach § 315 c Abs. 1 Ziffer 1 a, Abs. 3 Ziffer 2 StGB zu einer erheblichen Geldstrafe verurteilt worden. Die zuständige Regierung vertrat die Auffassung, daß das Verhalten des Arztes darüber hinaus auch eine Berufspflichtverletzung darstelle und berufsaufsichtlich zu ahnden sei. Das Berufsgericht wies den Antrag der Regierung ab; die dagegen erhobene Beschwerde der Regierung wurde durch das Landesberufsgericht als unbegründet verworfen.

#### Aus den Gründen

...

II.

Die statthafte und fristgerecht erhobene sofortige Beschwerde (Art. 82 Abs. 1 KaG) ist nicht begründet.

1. Nach § 56 Abs. 3 KaG ist von einer berufsgerichtlichen Maßnah-

me grundsätzlich abzusehen, wenn ein Gericht oder eine Behörde wegen desselben Verhaltens des Beschuldigten bereits eine Strafe, Geldbuße, Disziplinarmaßnahme oder ein Ordnungsmittel verhängt hat; etwas anderes gilt nur dann, wenn die Maßnahme zusätzlich erforderlich ist, um den Beschuldigten zur Erfüllung seiner Berufspflichten anzuhalten und das Ansehen des Berufsstandes zu wahren.

Die Anwendung der genannten gesetzlichen Bestimmung setzt voraus, daß eine Verletzung von Berufspflichten durch den Beschuldigten festgestellt wird; denn nur in einem solchen Falle ist für eine Verfolgung im berufsgerichtlichen Verfahren überhaupt Raum (Art. 55 Abs. 1 KaG; vgl. auch die Entscheidung des Landesberufsgerichts vom 1. Februar 1978, BayÄBl. 1978 S. 575). Für den vorliegenden Fall ist in Übereinstimmung mit dem Berufsgericht bereits das Vorliegen einer Berufspflichtverletzung zu verneinen.

2. Grundlage für die Beurteilung der Handlungsweise des Beschuldigten unter dem Gesichtspunkt einer Verletzung beruflicher Pflichten sind — nach Aufhebung des Art. 4 Abs. 2 des Bayerischen Ärztegesetzes vom 25. Mai 1946 (BayBS II S. 58) durch § 9 des Gesetzes zur Änderung des Kammergesetzes vom 24. November 1977 (GVBl. 1977 S. 657, 669) — § 17 KaG sowie die im wesentlichen gleichlautende Bestimmung des § 1 Abs. 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (BO) in ihrer seit 1. Januar 1978 geltenden Fassung (BayÄBl. 1977, Sondernummer, S. 22; BayÄBl. 1980, Sondernummer, S. 26). Danach ist der Arzt verpflichtet, sei-

nen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

Diese Bestimmungen unterscheiden sich, soweit in Frage steht, ob und inwieweit außerberufliches Verhalten eines Arztes als Berufspflichtverletzung gewertet werden muß, nicht unerheblich von den früher (vor dem 1. Januar 1978) geltenden Vorschriften. Bis dahin bestimmte Art. 4 Abs. 2 des Bayerischen Ärztegesetzes, daß jeder Arzt verpflichtet ist, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und sich durch sein Verhalten in und außer dem Beruf der Achtung, die sein Beruf erfordert, würdig zu erweisen. In ähnlicher Weise lautete § 1 Abs. 3 der seit 1. Januar 1971 geltenden BO (BayÄBl. 1970, Sondernummer, S. 989) — wie schon § 2 Abs. 1 BO 1958 — dahin, daß der Arzt verpflichtet ist, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und sich bei seinem Verhalten innerhalb und außerhalb seines Berufs der Achtung und des Vertrauens würdig zu zeigen, die der ärztliche Beruf erfordert.

Zu der dadurch eingetretenen Rechtsänderung heißt es in der Amtlichen Begründung zum Gesetz zur Änderung des Kammergesetzes vom 24. November 1977 (Landtagsdrucksache 8/4364 S. 22) u. a.:

„Art. 17 wiederholt die ärztliche Grundpflicht des Art. 4 Abs. 2 Bayerisches Ärztegesetz in moderner Form. In der Praxis bestanden oft Zweifel über den Umfang der Berufspflichten außerhalb der beruflichen Tätigkeit. Es wurde daher klarer als bisher ausgedrückt, daß ein privates Verhalten, das in keinerlei Beziehung zum Beruf steht, nicht unter die Berufsausübung fällt und damit weder berufsaufsichtlich noch berufsgerichtlich geahndet werden kann. Trotz des von Art. 4 Abs. 2 Bayerisches Ärztegesetz abweichenden Wortlauts liegt darin keine inhaltliche Änderung.“

Ungeachtet des letzten Satzes dieser Amtlichen Begründung kann nicht daran vorbeigegangen werden, daß sich im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Kammeränderungsgesetzes und der neuen Berufsordnung in der disziplinarischen Wertung außerberuflichen Verhaltens ein Wandel vollzogen hatte. Er fand seinen Ausdruck u. a. im Gesetz zur Neuordnung des Disziplinarrechts vom 20. Juli 1967 (BGBl. I S. 725),

durch das dem § 77 Abs. 1 des Bundesbeamtengesetzes sowie dem § 45 Abs. 1 des Beamtenrechtsrahmengesetzes jeweils folgende Bestimmung angefügt wurde: „Ein Verhalten des Beamten außerhalb des Dienstes ist ein Dienstvergehen, wenn es nach den Umständen des Einzelfalles in besonderem Maße geeignet ist, Achtung und Vertrauen in einer für sein Amt oder das Ansehen des Beamtentums bedeutsamen Weise zu beeinträchtigen.“ Dieser Änderung des materiellen Disziplinarrechts hat auch das Gesetz zur Änderung der Bundesrechtsanwaltsordnung und der Patentanwaltsordnung vom 13. Januar 1969 (BGBl. I S. 25) Rechnung getragen, indem es als Absatz 2 in § 113 BRAO eingefügt hat:

„Ein außerhalb des Berufs liegendes Verhalten eines Rechtsanwalts ist eine ehrengerichtlich zu ehrende Pflichtverletzung, wenn es nach den Umständen des Einzelfalles in besonderem Maße geeignet ist, Achtung und Vertrauen in einer für die Ausübung der Anwaltstätigkeit oder für das Ansehen der Rechtsanwaltschaft bedeutsamen Weise zu beeinträchtigen.“

Damit wurde die ehrengerichtliche Ahndung eines Verhaltens des Rechtsanwalts eingeschränkt, das nicht im Zusammenhang mit der anwaltlichen Berufsausübung steht. Zwar hat der Anwalt nach wie vor die allgemeine Berufspflicht, sich auch außerhalb seines Berufs der Achtung und des Vertrauens, welche die Stellung des Rechtsanwalts erfordert, würdig zu erweisen (§ 43 BRAO); in der Nichtbeachtung von Geboten der Sitte, des Anstands,

der Moral und sogar des Rechts sollte aber fortan nur dann zugleich ein Verstoß gegen die anwaltlichen Berufspflichten liegen, wenn sie geeignet ist, die Achtung und die Vertrauenswürdigkeit des Rechtsanwalts in der Öffentlichkeit herabzusetzen (Beck'sche Textausgabe der BRAO mit Amtlicher Begründung zur Novelle 1969, 2. Aufl. 1973, S. 188).

Im Lichte dieser allgemein gewandelten Anschauung, die auf eine schärfere Abgrenzung der Privatsphäre von der des Berufs bedacht ist und ein außerdienstliches Verhalten disziplinarrechtlich nur dann noch als relevant betrachtet, wenn es auch dienstliche Belange ernsthaft berührt (OVG Münster, Landesberufsgeschichte für die Heilberufe, Urteil vom 3. März 1976, NJW 1976, S. 2317), muß auch die Frage beantwortet werden, wann die Trunkenheitsfahrt eines Arztes als Verstoß gegen Berufspflichten anzusehen ist. Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin ist nicht davon auszugehen, daß die Trunkenheitsfahrt eines Arztes stets — ohne Rücksicht auf den Einzelfall — eine berufsbezogene Komponente besitzt. Dies gilt auch, wenn man die besondere Verantwortung der Ärzte für die Bekämpfung des Alkoholismus und ihr Wissen um die Gefährlichkeit des Alkohols in Rechnung stellt. Nach Auffassung des Landesberufsgeschichte ist ein Verstoß vielmehr nur dann zu bejahen, wenn die Trunkenheitsfahrt entweder im Zusammenhang mit der Berufsausübung steht oder wenn sie nach den gesamten Umständen des Einzelfalles geeignet ist, das Ansehen

des ärztlichen Berufsstandes erheblich zu beeinträchtigen (vgl. BVerfGE 27, 180, 186 f.; BGH, Urteil vom 16. Oktober 1978, NJW 1979, S. 556; Berufsgeschichte für die Heilberufe in Schleswig, Beschluß vom 23. Februar 1969, wiedergegeben bei Kallfelz, Sammlung von Entscheidungen der ärztlichen Berufsgeschichte Bd. II S. 250; Narr, Ärztliches Berufsrecht, 2. Aufl. RdNr. 696).


3. Im vorliegenden Fall ist keine dieser beiden Voraussetzungen gegeben. Ein Zusammenhang der Trunkenheitsfahrt des Beschuldigten mit seiner Berufsausübung besteht nicht. Es liegen aber auch keine besonderen Umstände vor, die das Verhalten des Beschuldigten als dem Ansehen des Ärztestandes besonders abträglich erscheinen ließen. Es handelt sich um die erste derartige Verfehlung des Beschuldigten und er hat sich am Unfallort ordnungsgemäß verhalten. Unwiderlegt trägt der Verteidiger des Beschuldigten vor, daß dieser um eine alsbaldige Schadensregelung durch seinen Haftpflichtversicherer bemüht war und daß sein Beruf den geschädigten Fahrzeughalter nicht zur Kenntnis gelangt ist. Hinzu kommt, daß zwar die Alkoholisierung des Beschuldigten erheblich war, gleichwohl aber seine Trunkenheitsfahrt keine besonders gravierenden Folgen nach sich gezogen hat.

Bei dieser Sachlage hat das Berufsgeschichte die Eröffnung des berufsgeschichtlichen Verfahrens gegen den Beschuldigten zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde war deshalb zu verwerfen.

...

**preisgünstig!**  
**Tageskosten DM 0,76**

Zusammensetzung: Monalazon-Dinatrium 10,00 mg, Estradiolbenzoat 0,125 mg, Anwendungsgebiet: Fluor vaginalis. Gegenanzeigen: Vorliegen von Oestrogen-abhängigen Tumoren, Nebenwirkungen: Malun 25 kann bei höherer Dosierung in Ausnahmefällen zu Zyklusstörungen oder erneutem Auftreten von Blutungen nach den Wechseljahren führen. Packungsgröße/Preis: 12 Vaginaltabletten DM 9,10.

TEMLER-WERKE  
MARBURG 

Fluor vaginalis



**Malun<sup>®</sup>25**

# Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Bayern gemäß § 16 Abs. 7 Zulassungsordnung für Kassenärzte

1.

Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Bayern hat nach Anhörung der Zulassungsausschüsse in den bayerischen Zulassungsbezirken

München Stadt und Land, Oberbayern, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken, Oberpfalz, Niederbayern, Schwaben

gemäß § 368 r Abs. 3 Reichsversicherungsordnung (RVO) in Verbindung mit § 16 Absätze 3 und 4 Zulassungsordnung für Kassenärzte (ZO-Ärzte) die Ablehnung von Zulassungen für Augenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte und Nervenärzte angeordnet.

2.

Von diesen Beschränkungen bleiben für die Dauer der bestehenden Unterversorgung die nachfolgend aufgeführten fachärztlichen Planungsbereiche ausgenommen:

## Augenärzte

Zulassungsbezirk Oberbayern:  
Neuburg a. d. Donau (PB-Nr. 64/8510)

Zulassungsbezirk Mittelfranken:  
Dinkelsbühl (PB-Nr. 66/7112)  
Roth (PB-Nr. 66/7611)

Zulassungsbezirk Unterfranken:  
Alzeneu (PB-Nr. 67/7110)  
Haßberge (PB-Nr. 67/7410)  
Obernburg a. M. (PB-Nr. 67/7610)

Zulassungsbezirk Oberpfalz:  
Eschenbach (PB-Nr. 68/7412)  
Furth i. W./Weidmünchen (PB-Nr. 68/7212)  
Nabburg/Obervlechach (PB-Nr. 68/7612)  
Roding (PB-Nr. 68/7213)  
Vohenstreuß (PB-Nr. 68/7410)

Zulassungsbezirk Niederbayern:  
Abensberg (PB-Nr. 69/7310)  
Dingolfing-Landau (PB-Nr. 69/7910)  
Hauzenberg (PB-Nr. 69/7510)  
Regen (PB-Nr. 69/7610)  
Viechtach (PB-Nr. 69/7611)

Zulassungsbezirk Schwaben:  
Illertissen (PB-Nr. 70/7511)

## Hautärzte

Zulassungsbezirk Oberbayern:  
Altötting (PB-Nr. 64/7100)  
Ebersberg (PB-Nr. 64/7500)  
Eichstätt (PB-Nr. 64/7600)  
Mühlhofen (PB-Nr. 64/8300)  
Pfaffenhofen e. d. Ilm (PB-Nr. 64/8600)

Zulassungsbezirk Oberfranken:  
Kulmbach (PB-Nr. 65/7700)  
Wunsiedel (PB-Nr. 65/7900)

Zulassungsbezirk Unterfranken:  
Haßberge (PB-Nr. 67/7400)

Zulassungsbezirk Oberpfalz:  
Cham (PB-Nr. 68/7200)  
Neustadt/WN (PB-Nr. 68/7400)  
Schwendorf (PB-Nr. 68/7600)  
Tirschenreuth (PB-Nr. 68/7700)

Zulassungsbezirk: Niederbayern:  
Rottal/Inn (PB-Nr. 69/7200)

## HNO-Ärzte

Zulassungsbezirk Oberbayern:  
Landsberg a. Lech (PB-Nr. 64/8100)

Zulassungsbezirk Unterfranken:  
Haßberge (PB-Nr. 67/7400)  
Main-Spessart (PB-Nr. 67/7700)

Zulassungsbezirk Oberpfalz:  
Cham (PB-Nr. 68/7200)  
Tirschenreuth (PB-Nr. 68/7700)

Zulassungsbezirk Niederbayern:  
Dingolfing-Landau (PB-Nr. 69/7900)

## Kinderärzte

Zulassungsbezirk Oberfranken:  
Neustadt b. Coburg (PB-Nr. 65/7311)

## Kassenärztliche Zulassungsbeschränkungen in Bayern

*Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Bayern hat für alle bayerischen Zulassungsbezirke die Zulassung für Augenärzte, Hals-Nasen-Ohrenärzte, Hautärzte, Kinderärzte und Nervenärzte ab 1. Februar 1982 gesperrt. Diese Maßnahme soll dazu beitragen, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige kassenärztliche Versorgung in zumutbarer Entfernung sicherzustellen.*

*Wenn auch insgesamt in Bayern eine ausreichende Zahl von Kassenärzten vorhanden ist, so mußte der Landesausschuß für die genannten Gebietsärzte punktuell eine Unterversorgung feststellen.*

*Nachdem diese Unterversorgung durch andere Bemühungen nicht beseitigt werden konnte, entschloß sich der Landesausschuß zu dem Mittel der Zulassungsbeschränkung.*

*Ärzte dieser Fachgebiete können in Bayern während der Zeit der Zulassungssperre in den fachärztlichen Planungsbereichen zugelassen werden, für die eine Unterversorgung vom Landesausschuß festgestellt wurde. Es handelt sich dabei um 61 Kassenarztsitze. Ferner bleibt die Zulassung von Kassenärzten für freiwerdende Kassenarztsitze unberührt, bei denen nach der Bedarfsplanung eine Wiederbesetzung notwendig ist.*

*Mit diesem in der Bundesrepublik Deutschland erstmaligen Beschluß eines Landesausschusses, der von den Selbstverwaltungen der Ärzte und Krankenkassen und drei unparteiischen Mitgliedern getragen wird, wurde ein Meilenstein zur Verbesserung der kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung im Freistaat Bayern gesetzt.*

Zulassungsbezirk Mittelfranken:  
Zirndorf (PB-Nr. 66/7311)

Zulassungsbezirk Unterfranken:  
Miltenberg (PB-Nr. 67/7611)

Zufassungsbezirk Oberpfalz:  
Eschenbach (PB-Nr. 68/7412)  
Furth i.W./Waldmünchen (PB-Nr. 68/7212)  
Kötzting (PB-Nr. 68/7211)  
Nabburg-Oberviechtach (PB-Nr. 68/7612)  
Roding (PB-Nr. 68/7213)  
Tirschenreuth (PB-Nr. 68/7710)  
Vohenstrauß (PB-Nr. 68/7410)

Zulassungsbezirk Niederbayern:  
Abensberg (PB-Nr. 69/7310)  
Bogen (PB-Nr. 69/7810)  
Hauzenberg (PB-Nr. 69/7510)

Zulassungsbezirk Schwaben:  
Gersthofen (PB-Nr. 70/7211)  
Günzburg (PB-Nr. 70/7410)

## Nervenärzte

Zulassungsbezirk Oberbayern:  
Neuburg-Schrobenhausen  
(PB-Nr. 64/8500)

Zufassungsbezirk Unterfranken:  
Haßberge (PB-Nr. 67/7400)  
Rhön-Grabfeld (PB-Nr. 67/7300)

Zulassungsbezirk Oberpfalz:  
Chem (PB-Nr. 68/7200)  
Schwandorf (PB-Nr. 68/7600)  
Tirschenreuth (PB-Nr. 68/7700)

Zulassungsbezirk Niederbayern:  
Dingolfing-Landau (PB-Nr. 69/7900)  
Kelheim (PB-Nr. 69/7300)  
Regen (PB-Nr. 69/7600)

Zulassungsbezirk Schwaben:  
Dillingen (PB-Nr. 70/7300)

3.

In den Planungsbereichen, in denen nach dem jeweiligen Stand der Bedarfsplanung fehlende Ärzte dieser Arztgebiete ausgewiesen sind bzw. durch Ausscheiden von Kassenärzten eine Wiederbesetzung zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendig wird, gelten die angeordneten Beschränkungen nach Ziffer 1 nicht.

4.

Die vorgenannten Zulassungsbeschränkungen treten am 1. Februar 1982 in Kraft.

5.

Der Beschluß wird im „Bayerischen Staatsanzeiger“ Nr. 4 vom 29. Januar 1982 veröffentlicht.

München, den 22. Januar 1982

gez. Dr. Bruno Merk  
Vorsitzender

Für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

gez. Professor Dr. H. J. Sewering  
Vorsitzender des Vorstandes

Für die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und  
Innungskrankenkassen sowie die Landwirtschaftlichen  
Krankenkassen in Bayern  
Körperschaften des öffentlichen Rechts

gez. Direktor H. Sitzmann

# sinupret®

bei  
Sinusitiden und  
Sinobronchitiden

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat (Auszugsmittel 58,9 G/G Ethanol) aus Rad. Gentian 0,2 g, Flor. Primul. cum Calyc 0,6 g, Herb. Rumic. acet 0,6 g, Flor. Sambuc 0,6 g, Herb. Verben 0,6 g. 1 Dragee enthält Rad. Gentian 0,006 g, Flor. Primul. cum 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. **Indikationen:** Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinnsitis, Sinobronchitis, Infektprophylaxe beim bronchialen Syndrom, sinogener Kopfschmerz. **Kontraindikationen** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Dosierung:** 3mal täglich 10 Tropfen bis 1 Teelöffel voll oder 1 bis 2 Dragees. **Handelsformen:** OP mit 100 ml DM 9,45, OP mit 60 Dragees DM 9,45, OP mit 240 Dragees DM 28,30. Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragees.



bionorica  
Nürnberg 1

### 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, Mühlbaursstraße 16,  
8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288**

#### Augenheilkunde

**Symposion über programmgesteuerte  
Perimetrie am 25./26. Juni 1982  
in Würzburg**

Augenklinik und Poliklinik der Universität  
Würzburg (Kopf-Klinikum), Josef-Schnel-  
der-Straße 11, Würzburg

Direktor: Professor Dr. Dr. h. c. W. Leyd-  
hecker

Beginn: 25. Juni 1982 – 18.00 Uhr (Ein-  
schreibung und Empfang)

Beginn: 26. Juni 1982 – 9.00 Uhr s. t. –  
Ende: 17.30 Uhr

Referate:

Informationstheoretische Grundlagen –  
Sinnesphysiologische Grundlagen –  
Computerperimetrie in der Praxis – Die  
zunehmende Automatisierung in der Au-  
genheilkunde, Vor- und Nachteile –  
Problemorientierte Verwendung von  
automatisierten Perimetern – Automa-  
tisierte Perimetrie bei Glaukom, bei neu-  
rologischen Erkrankungen und vaskulä-  
ren Verschlusskrankheiten – Die Rolle  
des Augenarztes bei der Computerperi-  
metrie – Das Problem aus der Sicht einer  
Perimetristin – Kosten-Nutzen-Relation

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Dr. h. c. W.  
Leydhecker, Augenklinik und Poliklinik  
der Universität Würzburg, Josef-Schnel-  
der-Straße 11, 8700 Würzburg, Telefon  
(0931) 201-2402

#### Echokardiographie

**Einführungs- und Fortbildungsseminar  
in M-Mode-Echokardiographie  
am 6./7. März 1982 in Bernried**

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislauf-  
krankheiten der LVA Oberbayern

Direktor: Dr. H. Hofmann

Beginn: Samstag, 6. März 1982, 9.00 Uhr  
– Ende: 17.45 Uhr – Beginn: Sonntag,  
7. März 1982, 9.30 Uhr – Ende: 12.30 Uhr

1. Wochenendtagung mit Fachvorträgen  
und Demonstrationen

Teilnehmergebühr: DM 90,—

Vorkündigung:

Grund- und Aufbaukurs (Dauer eine  
Woche) für Interessenten möglich

Leitung: Dr. A. Schinz

Teilnehmergebühr: DM 500,—

Auskunft und Anmeldung:

Dr. A. Schinz, Klinik Höhenried, 8139  
Bernried, Telefon (081 58) 241

#### Ergometrie

**Ergometrie-Wochenende am 15./16. Mei  
und am 16./17. Oktober 1982 in Bernried**

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

Direktor: Dr. H. Hofmann

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

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Hö-  
henried, 8139 Bernried, Telefon (081 58)  
24-210 oder 24-209

#### Elektrokardiographie

**Fortgeschrittenen-Kurs  
am 16./17. April 1982 in Schwarzenbruck**

Rummelsberger Anstalten der Inneren  
Mission, Krankenhaus Rummelsberg,  
Leurentiushaus, Schwarzenbruck

Leitung: Oberarzt Dr. Warning

Beginn: Freitag, 9.00 Uhr – Ende: Sams-  
tag 17.30 Uhr

Ort: Hörsaal der Orthopädischen Klinik,  
Wichernhaus des Rummelsberger Kran-  
kenhauses, 8501 Schwarzenbruck

#### März bis November 1982

6./7. März

Echokardiographie, Bernried

19./20. März

Sonographie, München

19. bis 21. März

Neurologie und Psychiatrie,  
Erlangen

26./27. März

Innere Medizin, Erlangen

26./27. März

Sonographie, Kronach

16./17. April

Elektrokardiographie, Schwarzen-  
bruck

30. April bis 2. Mai

Elektrokardiographie (I), München

14./15. Mai

Sonographie, München

14. bis 16. Mai

Elektrokardiographie (II),  
München

15./16. Mai

Ergometrie, Bernried

25./26. Juni

Augenheilkunde, Würzburg

16. bis 18. September

Sonographie, München

16./17. Oktober

Ergometrie, Bernried

6. November

Gynäkologie, München

Teilnehmergebühr: DM 80,— (einschließ-  
lich Mittag- und Abendessen)

Übernachtungsmöglichkeit im Hause

Letzter Anmeldetermin: 22. März 1982  
(Posteingang)

Voranzeige:

Einführungskurs am 29./30. Oktober 1982

#### Elektrokardiographie

**Einführungsseminar Teil I vom 30. April  
bis 2. Mai 1982 und Fortbildungsseminar  
Teil II vom 14. bis 16. Mai 1982 in München**

Leitung: Professor Dr. Dr. C. S. So, Platt-  
ling

Beginn: Freitag 17.00 Uhr – Ende: Sonn-  
tag 12.00 Uhr

Ort: I. Medizinische Klinik und Poliklinik  
der Technischen Universität München im  
Klinikum rechts der Isar, Hörsaal B,  
Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Teil I: 20. April  
1982 (Posteingang) – Teil II: 4. Mai 1982  
(Posteingang)

## Gynäkologie

### 9. Samstagseminar am 6. November 1982 in München

Frauenklinik der Universität München im  
Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. K. Richter

Beginn: 10.00 Uhr c. t. — Ende: ca. 16.00  
Uhr

Ort: Hörsaaltrakt im Klinikum Großha-  
dern, Marchioninistraße 15, München 70

Thema: Wird noch bekanntgegeben

Letzter Anmeldetermin: 27. Oktober 1982  
(Posteingang)

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühl-  
baurstraße 16, 8000 München 80, Telefon  
(0 89) 41 47-288, und Professor Dr. Küm-  
per, Frauenklinik der Universität im Klini-  
kum Großhadern, Marchioninistraße 15,  
8000 München 70, Telefon (0 89) 70-951

## Innere Medizin

### Internationales Symposium „Therapie postoperativer Störungen des Gastro- intestinaltraktes“ am 26./27. März 1982 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. L. Demling — Pri-  
valdozent Dr. G. Lux — Professor Dr. W.  
Domschke

Medizinische Klinik und Poliklinik der  
Universität Erlangen-Nürnberg, Kranken-  
hausstraße 12, Erlangen

Direktor: Professor Dr. L. Demling

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 18.00 Uhr

Themen: Akute Störungen nach Eingrif-  
fen am oberen und unteren Magen-  
Darm-Trakt — Möglichkeiten gastroin-  
testinaler Pharmakotherapie — Ösophag-  
us: Divertikelabtragung — Palliative  
Prothetik — Magen-Vagotomie: Rezidiv-  
ulkus — Duodenogastrischer Reflux —  
Endoskopische Diagnostik — Konserve-  
tive und operative Therapie — Magen-  
resektionen: Dumping-Syndrom — Man-  
geizustände — „Umwandlungsresektion-  
en“ — „Totale“ Gastrektomie — Magen-  
stumpfkarcinom — Dünndarm — Dick-  
darm: Short Bowel-Syndrom — Bypass-  
Operationen — Bakterielle Störungen —  
Adhäsionsileus — Ileotomie und Kolosto-  
mie — Stomapflege — Morbus Crohn-  
Kolonkarzinom — Inkontinenz — Begut-  
achtung nach operativen Eingriffen am  
Gastrointestinaltrakt — Rundtischge-  
spräch

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Medizinischen Univer-  
sitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhaus-  
straße 12, 8520 Erlangen, Telefon  
(0 91 31) 85-33 74

## Nervenheilkunde

### 10. Fortbildungsveranstaltung für nieder- gelesene Ärzte aller Fachgebiete vom 19. bis 21. März 1982 in Erlangen

Nervenklinik mit Poliklinik der Univer-  
sität Erlangen-Nürnberg

Kommissarischer Direktor: Professor Dr.  
H. Daun

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 18.30 bzw.  
13.00 Uhr

Themen: Schizophrenie, Verläufe und  
Therapie — Interne Erkrankungen und  
Nervensystem — Alkoholismus

Ort: Großer Saal der Stadthalle im Kon-  
greßzentrum, Rathausplatz 1, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Nervenklinik mit Poliklinik der Univer-  
sität Erlangen-Nürnberg, Frau K. Paschke,  
Schwabachanlage 6 und 10, 8520 Erlan-  
gen, Telefon (0 91 31) 85-45 63 und  
85-45 64

## Sonographie

### Einführungs- und Fortbildungskurs am 19./20. März 1982 in München und

#### 1. Seminar für Sonographie — Aufbau- kurs

(Abdominelle Organe) bestehend aus  
zwei Teilen:

Teil I am 14./15. Mai 1982 und Teil II vom  
16. bis 18. September 1982 in München

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann  
Stiltsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74,  
München 70

Chelarzt: Professor Dr. D. Michel

Teilnehmergebühr jeweils DM 80,—

Letzter Anmeldetermin: Kurs: 9. März  
1982 (Posteingang) — Seminar: 4. Mai  
1982 (Posteingang)

Begrenzte Teilnehmerzahl

## Sonographie

### Fortgeschrittenkurs (Reeltime) der Inneren Medizin am 26./27. März 1982 in Kronach

Leitung: Oberarzt Dr. E. Farrenkopf  
Kreiskrankenhaus Kronach, Innere Abtei-  
lung

Chefarzt: Medizinischer Direktor Dr. F. Zehmer  
Freitag: Beginn 9.00 Uhr — Ende: 17.30  
Uhr

Samstag: Beginn 9.00 Uhr — Ende: 12.00  
Uhr

Programm: Sonographie aus klinischer  
Sicht (ausgewählte Fallbeispiele) — Ge-  
räte: Qualitätsanforderung „Trends“ —  
Leber, Galle, Gallenwege — Video-Di-  
skussion (Punktion) — Niere und ablei-  
tende Harnwege — Abdomen, Thorax —  
Pankreas — Oberbauchgefäße — Schild-  
drüse — Notfalluntersuchungen — Prak-  
tische Übungen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Kursgebühr: DM 100,— (Konto Nr. 4093  
Sparkasse Kronach — Vermerk „Ultra-  
schallkurs“)

Anmeldung und Auskunft:

Frau Bernschneider, Kreiskrankenhaus,  
Friesener Straße 41, 8640 Kronach, Tele-  
fon (0 92 61) 10 71

## Allgemeine Fortbildung

### 2. Tropenmedizinisches Kolloquium am 27. Februar 1982 in Würzburg

Themen: Chronische Durchfälle nach  
Tropenaufenthalt — Amöbiasis — Aktu-  
elle Impfsituation bei Tropenreisen

Auskunft:

Privatdozent Dr. K. Fleischer, Tropen-  
medizinische Abteilung der Missionsärzt-  
lichen Klinik, Salvatorstraße 7, 8700  
Würzburg, Telefon (0 93 1) 809-228

### Seminar über die psychische Führung des Rheumakranken

vom 13. bis 16. März 1982 in Bad Abbach

Teilnehmergebühr: DM 80,—

Auskunft und Anmeldung:

Fortbildungsekademie des Standing Co-  
mittee „Education“ der Europäischen  
Rheuma-Liga, Rheuma-Zentrum, I. Me-  
dizinische Klinik, Sekretariat E. Woll,  
8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 1 82 68

### Internationaler Kongreß der Deutschen Herzhilfe e. V.

am 15./16. März 1982 in München

Thema: Ernährung und koronare Herz-  
krankheiten

Ort: Sheraton Hotel, Arabellastraße 6,  
München 81

Kongreßgebühr: DM 190,—

Auskunft:

Kongreßbüro der Deutschen Herzhilfe  
e. V., Clemensstraße 86, 8000 München 40

### Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

gemeinsam mit dem Verband Deutscher  
Betriebs- und Werkstättenärzte e. V., Landes-  
verband Südbayern

am 18. März 1982 in München

Thema: Fragen aus der Praxis — An-  
worten für die Praxis (Professor Dr. H. J.  
Florian, Professor Dr. G. Fruhmann, bei-  
de München)

Zeit und Ort: 18.15 Uhr — Kleiner Hörsaal  
der Medizinischen Universitätsklinik in-  
nenstadt, Ziemssenstraße 1/II, Zimmer  
251, München 2

### Fortbildungsveranstaltung der niederbayerischen Urologen am 27. März 1982 in Niederaltelch

Thema: Kinderurologie

Auskunft:

Privatdozent Dr. P. Carl, Chelarzt des  
Kreiskrankenhauses Deggendorf, Per-  
lasberger Straße 41, 8360 Deggendorf,  
Telefon (0 99 1) 34-342

## Notfall- und Katastrophenmedizin 1982

Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

17. Februar 1982

Erste ärztliche Maßnahmen beim Strahlenunfall – Ärztliche Betreuung der Bevölkerung nach einem Reaktorunfall – Diagnose und Therapie von Strahlenschäden

24. März 1982

Schock (Einführung und Film) – Triage (Grundlagen und Übung) – Sanitätsdienstliche Katastrophenschutzkenntnisse in der US-Army Europe

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15 Uhr s. t. bis 18 Uhr

Ort: Auditorium maximum der Sanitätsakademie der Bundeswehr, Neuhofbergstraße 11, München 45

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Urban / Frau Krönauer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-287

## 69. Augsburger Fortbildungskurs für praktische Medizin – Seminar- kongreß

vom 19. bis 21. März 1982 in Augsburg

Programm: EKG-Kurse – Laborkurse – Sonographie – Impfkurs – Sportmedizin – Psychiatrische Untersuchungsmethoden für die Praxis – Vorsorgeuntersuchungen – Praxisrationalisierung – Abrechnungssseminar – Rehabilitation – Technik der Varizenverödung – Arzt und Recht – Röntgenseminar – Ballint-Gruppe  
Ort: Kongreßhalle, Gögginger Straße 10, Augsburg

Auskunft:

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

## 13. Kurs für Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae

am 13./14. Mai 1982 in München

Leitung: Professor Dr. O.-E. Lund, München

Thema: Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae mit Unterstützung des Hermann-Wacker-Fonds

Anmeldung erbeten bis 1. April 1982

Am 13. Mai 1982 besteht die Möglichkeit, an einem Farbsinnkurs, ausgerichtet von der Augenklinik der Universität Heidelberg, teilzunehmen. – Teilnahmebegrenzung, Anmeldung erbeten

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. O.-E. Lund, Direktor der Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (089) 51 60-38 11

## Badgastein 1982 – Der Kongreß vor der Haustüre Bayerns:

### Schwere und chronisch verlaufende Krankheiten in der ärztlichen Praxis

#### XXVII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

vom 7. bis 20. März 1982 in Badgastein

Leitung: Professor Dr. Dr. Dr. h. c. H. E. Ehrhardt, Marburg

In Badgastein war und ist es üblich, den Kongreß unter ein Gesamt- oder Rahmenthema zu stellen, das gleichsam als roter Faden wenigstens für die Hauptreferate, Podiumsgespräche oder Kolloquien dient, die für das tägliche Nachmittagsprogramm bestimmend sind. Das Rahmenthema für 1982 dürfte sich durch besondere Aktualität auszeichnen, obwohl es sich um einen nicht gerade neuen Fragenkomplex handelt.

Auch in Badgastein beherrschen 23 Seminare, die über eine, vereinzelt auch über zwei Wochen laufen, rein quantitativ das Programm. Es haben sich bestimmte Schwerpunkte herausgebildet, also Seminare, die regelmäßig, aber mit stets wechselndem Programm angeboten werden.

#### A. Kongreßeröffnung und Referat zur Einleitung

#### B. Hauptreferate und Podiumsgespräche oder Kolloquien

I. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

II. Onkologie

III. Gastroenterologie

IV. Psychiatrie

V. Neurologie und Neurochirurgie

VI. Rheumatologie

VII. Nephrologie – Urologie

VIII. Gynäkologie – Pädiatrie

IX. Sportmedizin

X. Plebologie – Proktologie

#### C. Seminare

Kardiologie – Autogenes Training – Angiologie – Sportmedizin – Immunologie in der Praxis – Neuropsychiatrie – Ultraschalldiagnostik – Notfälle in der Medizin – Hämatologie in der Praxis – Sexualmedizin – Nuklearmedizin – Rheumatologie – Kinder- und Jugendpsychiatrie „Familiendynamik und kinderpsychiatrische Erkrankungen“ – Klinisch-chemische Untersuchungen in der Praxis – Ophthalmologie – Psychosomatik und Psychotherapie – Dermatologie und Venerologie – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – Geriatrie – Elektrokardiographie – Endokrinologische Therapie in der Praxis – Arzneimitteltherapie

#### D. Veranstaltungen verachledener Thematik

Balneologie – Der Problempatient (Fallbesprechung aus der eigenen Praxis, Selbsterfahrungsgruppen nach Baiint) – Sportmedizin – Berufspolitik in Österreich – Theologie und Medizin – Quellenführungen – Filme gemäß Sonderprogramm – Einfahrten in den Thermalstollen Badgastein-Böckstein

Auskunft und Anmeldung:

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

## Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

13. Februar 1982

8. Mai 1982

3. Juli 1982

18. September 1982

20. November 1982

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

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-788, Frau Klockow, zu richten bis 5. Februar, 30. April, 25. Juni, 10. September und 12. November 1982.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.



## Fortbildung für Notärzte in Bayreuth

Veranstalter: Bezirksstelle Oberfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bayreuth

Leitung: Privatdozent Dr. P. Sefrin, Würzburg

### 27. Februar 1982

Organisation des Notarztdienstes – Elementare Notfalltherapie (Atmung – Kreislauf – Schock) – Retten und Zusammenarbeit mit technischen Hilfsorganisationen – Notfälle in der Augenheilkunde und Neurologie

### 27. März 1982

Verletzungen des Thorax – Neurochirurgische Notfälle – Frakturen und Luxationen – Notfalltherapie bei Rhythmusstörungen – Erstmaßnahmen bei Vergiftungen – Notfälle in der Gynäkologie/Geburtshilfe

### 24. April 1982

Verletzungen des Abdomens – Traumatische Amputationen und Voraussetzungen für Wiederherstellungschirurgie – Verletzungen der Gefäße und Gefäßverschluß – Notfälle in der Inneren Medizin und in der Psychiatrie – Erstbehandlung beim enaphylaktischen Schock

und bei Tauchunfällen – Ertrinken – Luftembolie –

### 22. Mai 1982

Erstversorgung bei Polytrauma, Verbrennungen, Stromunfall und Hitzschlag – Analgesie beim Notfallpatienten – Notfälle in der HNO-Heilkunde und beim alten Menschen – Todesfeststellung am Notfallort

Auskunft und Anmeldung:

Bezirksstelle Oberfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Postfach 2680, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 292-1

## Arbeitstagung „Fortschritte auf dem Gebiet der Neuroorthopädie“

vom 11. bis 13. März 1982 in Erlangen

Veranstalter: Orthopädische Universitätsklinik Erlangen (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann)

Theme: Halswirbelsäulenerkrankungen mit Beteiligung des Nervensystems

Auskunft:

Dr. B. Kügelgen, Universitäts-Nervenlinik Erlangen, Schwebechenlage 6, 8520 Erlangen

## Münchener Ophthalmologen-Praktika

an der Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

### 26. bis 28. April 1982

25. Münchener Ophthalmologen-Praktikum

Programm: Aktuelle Kurse aus den Themenkreisen der bisherigen Veranstaltungen (Glaukom, Neuroophthalmologie, mikrochirurgische Traumatologie) mit neu hinzugenommenen (Strebismologie) aus den Gebieten diagnostischer Methoden und therapeutischer Entwicklungen

### 28. bis 30. April 1982

26. Münchener Ophthalmologen-Praktikum

Thema: Mikrochirurgische Versorgung von Augenverletzungen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V., Wildenbruchstraße 21, 4000 Düsseldorf 11

# TIEFENWIRKUNG

hyperämisiertes Antirheumatikum zur percutanen Schmerz-Therapie

bei rheumatischen Beschwerden, Lumbago, Neuralgien, Prellungen und Verstauchungen, Schmerzen an Muskeln, Sehnen und Gelenken

# Marament<sup>®</sup> Balsam N

mit dem Vorzug der besonderen Wirtschaftlichkeit  
100 ml  
DM 8,94

#### Indikationen:

Bei rheumatischen Beschwerden, Lumbago, Neuralgien, Prellungen und Verstauchungen, Schmerzen an Muskeln, Sehnen und Gelenken.

#### Gegenanzeigen:

Bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern Langzeit-

behandlung auf großen Flächen vermeiden; ebenso bei vorgeschädigter Niere.

#### Zusammensetzung:

100 g enthalten: 2,5 g Campher, 1,0 g Methylsalicylat, 0,15 g Nicotinsäurebenzylester, 30,0 g Isopropanol, 2,0 g Kiefernädelöl.

#### Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:

O.P. Flasche mit 100 ml DM 8,94  
O.P. Flasche mit 250 ml DM 18,27

Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg



## Äskulap und Pegasus

Eines unserer in der letzten Zeit aufgenommenen Mitglieder der Bayerischen Landesgruppe des BDSÄ, Confrère Dr. med. Anton HEBERGER, Arzt für Allgemeinmedizin, Jgnaz-Günther-Straße 5, 8153 Weyarn, ist vielen Lesern der Zeitschrift „Der Hartmannbund in Bayern“ bereits durch seine köstlichen und nachdenklichen Kurzgeschichten bekannt. Auch an den Adventslesungen im Ärztehaus Bayern wirkte er in den Jahren 1979 und 1980 mit. Confrère Heberger wurde am 15. Dezember 1927 in München geboren. Über die Verknüpfung seiner Geburt mit dem späteren medizinischen Staatsexamen und wie er über das „Tintenfaß“ zum Schreiben kam, berichtet er anschließend in launiger Weise. Er hat übrigens ein Essay im Druck mit dem Titel: „Von schreibenden Ärzten – Gedanken eines Schriftstellerarztes“. Heberger hat bisher etwa zwanzig Kurzgeschichten veröffentlicht, die es wert wären, einmal in einem Buche zusammengefaßt zu werden. Bekannt wurde er auch in nichtärztlichen Kreisen durch sein „Tagebuch eines Landarztes“, das vor einigen Jahren im „Münchner Merkur“ in sieben Fortsetzungen erschienen ist.

Wie sehr Confrère Heberger unser ärztlicher Beruf am Herzen liegt, zeigt sich auch dadurch, daß er neben den Mühen einer Landpraxis und seinen schriftstellerischen Arbeiten auch noch als 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Miesbach tätig ist. – Wir bringen nun im folgenden die zwei oben angekündigten Kurzgeschichten aus dem Leben Hebergers.

*Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen*

### Geburt und medizinisches Staatsexamen

Gewisse Gegebenheiten lassen es zu, daß ich in meinem Lebenslauf Geburt und medizinisches Staatsexamen in einem abhandle. Ehe mich nämlich Professor Kaiser von der 1. Universitätsfrauenklinik München beim Examen nach den Grundvoraussetzungen für die Anwendung des Brachtschen Handgriffes auszuhorchen begann, interessierte es ihn,

wo ich geboren bin. Freudig erregt antwortete ich: „Hier in dieser Klinik, Herr Professor“!

Hoffnungsvoll hatte ich mich der Illusion hingegeben, als Kind des Hauses ein Anrecht auf etwas mildere Befragung zu besitzen. Derlei Überlegungen erwiesen sich stets als trügerisch. Prüfer sind unbestechlich und in meinem Falle beeindruckte es den Professor nicht im geringsten, daß ich unter diesem Dache schon einmal beurteilt und gewogen worden war. Professor Kaiser, der gerechte Mann, richtete den Blick zur Decke des Saales und erklärte: „Da Sie also bereits seit 1927 in diesem Hause verkehren, darf ich wohl ein ganz besonderes Wissen voraussetzen!“

Ich habe es ausprobiert, in welcher Entfernung von der bayerischen Landeshauptstadt einer leben kann, der dort geboren und zur Schule gegangen ist, an der Ludwig-Maximilians-Universität Medizin studiert hat, dort promovierte und eine geborene Münchnerin heiratete. Das Maximum sind fünfunddreißig Kilometer, so weit ist Weyarn, der Sitz meiner Landpraxis, von den Frauentürmen entfernt.

Meine Generation blickt auf ein halbes Jahrhundert zurück, welches wenig Grund zu heiterer Gelassenheit bot. Ich versuche – handelnd und schreibend – etwas leichter darüber hinwegzukommen, indem ich meinen Beruf als Arzt sehr ernst und mich zuweilen auf den Arm nehme. Ich hoffe immer noch, daß mir beides nicht eines Tages vergeht.

### Das Tintenfaß

Meine Generation tauchte, wenigstens in Ihren Knabenjahren, die Feder noch ins Tintenfaß. In der Schule gab es einen Beauftragten für das Nachfüllen der Behältnisse, die in die Bänke eingelassen waren. Als ich einst im Alter von 13 Jahren mit den 39 anderen im Klassenzimmer saß und einen Aufsatz über „Deutsche Helden“ schreiben sollte, fiel den anderen nichts ein. Sie starrten stumm über ihre vollen Tintenfüßer hinweg in die Luft.

Mir fiel eine ganze Menge ein, aber mein Tintenfaß war leer. Meine allererste Möglichkeit, mich schriftstellerisch zu betätigen, scheiterte an einem leeren Tinten-

faß. Seit jenem Moment, da meine Feder verzweifelt auf dem Boden des ausgetrockneten Tintenfassers herumkratzte, weiß ich, daß es keineswegs nur darauf ankommt, daß einem etwas einfällt.

Der Klassenbevollmächtigte für das Füllen der Tintenfüßer goß nach der Aufsatzstunde höhnlich lächelnd mein Fäßchen bis zum Rande voll.

Das nächste Aufsatzthema lautete: Mein Vorbild.

Ich hatte nun reichlich Tinte und es wäre mir gewiß etwas dazu eingefallen. Die zweite Chance, dichterisch aufzufallen, blieb ungenutzt, weil ich mit mir nicht einig werden konnte, wer mein Vorbild war. Der Lehrer warf einen Blick in mein volles Tintenfaß und gab mir eine fünf. Ich gewann die wertvolle Erfahrung hinzu, daß Ehrlichkeit mit einer fünf belohnt wird.

Ein paar Wochen später ging es wieder an den Start. Mein Nachbar, der Sohn eines reichen Schuhhändlers, schraubte unabhängig vom Tintenfaß seine goldene Füllfeder frei und warf mir einen mitleidigen Blick zu. Ich tauchte ein und brachte zu Papler, was ich empfand. Der Lehrer, für die seltenerzeitigen Verhältnisse sehr fortschrittlich, ließ uns die Auswahl unter den vier Jahreszeiten. Die ganze Klasse entschied sich für den Frühling. Dieser war nämlich soeben eingezogen und vom Herrn Lehrer in Gedichten und auch heimatkundlich und botanisch erläutert worden.

Ich wählte aber den Sommer.

Meine Einfälle über den Sommer leerten das Tintenfaßchen fast bis zum Grunde. Über den Sommer kann man ja nun wirklich literarische Tinte in Wörter und Sätze verwandeln. Mit glücklichem Lächeln trug der Einsamler den Stoß mit Frühlingsaufsätzen nach vorne. Meinen Sommeraufsatz faßte er mit spitzen Fingern an und legte ihn in gebührendem Abstand an den äußersten Rand des Pultes. Der Tintennachfüller bevorratete mich schadenfroh mit einem Achtelliter weiterer blauer Flüssigkeit. In höchster Zufriedenheit mit sich putzte der Schuhhändlerssohn die goldene Feder.

Tags darauf wurde ich zum Vorlesen meines Aufsatzes neben das Pult des Lehrers zitiert. Der Herr Lehrer blickte mit gefalteten Händen zu Boden. Es tut mir leid, daß ich nun etwas unschönes gestehen muß. In der Stunde meines bis dahin größten literarischen Triumphes unterbrach ich meine Rezitation, um scheinbar Atem zu holen. In Wirklichkeit suchte ich die Gesichter des Tintennach-

füllers, des Schuhhändlerserben und des Einsammlers. Daß ich ihnen ein ganz klein wenig zulächelte, zeugt davon, daß es mir noch an charakterlicher Festigkeit und Reife ermangelte. Als mein Blick jedoch auf den Schuhhändlerssohn fiel, der sich schluchzend und bebend in seiner Sitzbank wand, verlas ich den Rest meines Sommeraufsatzes mit getragener Stimme und der Würde eines Grabredners. Der Herr Lehrer glaubte, ich hätte meine Stimme dem Schluß meines Aufsatzes angepaßt, in welchem ich von der Vergänglichkeit auch der Pracht des Sommers bedrückt schien und er nickte in stiller Zustimmung. In Wirklichkeit hatte ich einfach wegen meines Erfolges gegenüber den anderen ein schlechtes Gewissen.

Diese etwas merkwürdige Charaktereigenschaft, anderen niemals in irgend etwas überlegen sein zu wollen, hat mich erstens einmal bis heute begleitet und zweitens davor bewahrt, anderen Menschen etwas zu nelden.

Der Religionslehrer wollte einmal wissen, wer die besten Aufsätze in der Klasse schreibe. Ich deutete ohne eine Sekunde zu zögern auf den Besitzer der goldenen Füllfeder. Sofort schrie die ganze Klasse laut auf und zielte auf mich. Ich duckte mich. Solche Augenblicke mochte ich noch nie. Ich bekam trotz meiner notorischen Unaufmerksamkeit und katechetischen Unwissenheit eine Eins in Religion. Der Religionslehrer kam daraufhin als Vorbildanwärter für Gerechtigkeit in meine engere Wahl.

Der Religionslehrer war der heute berühmte Prälat Anton Maier. Damals wußten wir noch nicht, daß er die schwere Aufgabe zu erfüllen hatte, die zum Tode Verurteilten in der Strafanstalt Stadelheim auf ihrem letzten Gang zu begleit-

ten. Wenn er von der Hinrichtungsstätte zu uns kam, redete er über die einfachsten Dinge des Lebens. Nie habe ich einen besseren Religionsunterricht genossen als den seinen an solchen Tagen.

Im Januar 1945 wünschte der Hauptmann einen Aufsatz über den totalen Krieg. Im Zivilberuf Lehrer, erwartete er, neben einem einwandfreien Deutsch, die tadellose Unterteilung in Einleitung, Hauptteil und Ausblick. Beim Ausblick geriet ich, als ich meinen Aufsatz im Unterrichtssaal der Lenggrieser Kaserne vortrug, ins Stocken. Hilflos blickte ich in den vollen Saal und da sah ich sie alle bedrückt zu Boden blicken, sogar die Offiziere. Der Hauptmann befahl „wegtreten“!

Vier Monate später erlebte ich das fehlende Ende meines Aufsatzes in der Wirklichkeit. Ich lag, zusammen mit 70 000 anderen, hinter Stacheldraht im Lager Bad Aibling. Beim Anblick der geschlagenen Armee sowie der Umgangsformen unserer amerikanischen Bewacher fiel mir eine ganze Menge ein. Ich hatte so viel Zeit wie nie wieder in meinem ganzen Leben. Aber ich besaß nicht einmal einen Fetzen Papier oder einen Bleistiftstummel. Das Tintenfaß war wieder einmal leer. Wieder in Freiheit, verging mir dann für Jahre die Lust am Schreiben, weil ich zuviel las. Meine Entwicklung zum Schriftsteller schien sich bis zu meinem Lebensabend hinzuziehen.

Zum großen Kummer meiner Tante Walburga wurde ich Arzt. Sie gehört zu jenen Tanten, deren heimliches Sehnen nach einem Geistlichen in der Familie sehr stark, aber unerfüllbar bleibt.

Mein Werdegang zum Arzt glich einer kräfteverzehrenden Bergtour, die man mit großer Begeisterung antritt. Oben

angelangt, stellt man dann fest, daß die unendliche Landschaft der Medizin nebelig trübe geworden ist und einem ein scharfer Wind nicht nur aus einer Richtung ins Gesicht bläst. Es ist schwerer geworden, Arzt zu sein. Aber ich möchte trotzdem nichts anderes sein. Meine Tante Walburga freilich trägt ihre Enttäuschung noch immer zur Schau. Als ich einst in ihrem Beisein zu später Stunde zu einem an Brechdurchfall leidenden Bauernknecht gerufen wurde, blitzte es schadenfroh in ihren Augen auf.

„Geschieht Dir ganz recht. Während ich Dir das Tor zum Glück aufstoßen wollte, mußtest Du Dich in der Anatomie herumtreiben!“

Mein Tintenfaß ist seit zehn Jahren stets wohlgefüllt. Wenn es mich dazu drängt, tauche ich meine Feder ein und schreibe Kurzgeschichten. Sie verlieren sich im Blätterwald, ich habe sie noch nicht einmal gezählt und es gibt bis jetzt auch kein Buch von mir. Es macht mir nichts aus. Meine Leser schreiben mir nette Briefe, der Verband der Schriftstellerärzte hat mich liebevoll aufgenommen und möge mir verzeihen, daß ich bei den Dichterlesungen immer meine Zeit überziehe. Aber vielleicht ist dies bei „Spätberufenen“ immer so. Sie möchten manchmal Versäumtes nachholen.

Meine Tante Walburga läßt inzwischen zarte Anzeichen einer Bereitschaft zur Vergebung erkennen. Ich durfte ihr kürzlich ihr Schiefmittel rezeptieren. Sie überwand sich auch und las sogar einmal eine Kurzgeschichte von mir. Als sie das Heft weglegte, seufzte sie erinnerungsvoll:

„Mein Gott, was hättest Du für schöne Predigten geschrieben!“

Na, solche Augenblicke mag ich gar nicht.

# 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 D<sub>3</sub> 15 g, Carbo vegetabilis D<sub>3</sub> 10 g, Silicea D<sub>3</sub> 10 g, Mercur solub D<sub>3</sub> 15 g, Hydrastis D<sub>4</sub> 10 g, Kalium bichromic D<sub>4</sub> 15 g, Thuja D<sub>3</sub> 15 g, Calc. sulfuric. D<sub>4</sub> 10 g.  
**Dosierung:** 3–6 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 Atemwegsentzündungen, die hustenreizfördernde Wirkung erfordern. Reiz-, Krampf- und Keuchhusten, leichte Asthma bronchiale. Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippeartigen Infekten.  
**Wirkweise:** Kalme Beruhigung - keine Oberlippen.  
**Kontraindikationen:** Nicht bekannt.  
**Zusammensetzung:** Saft = 100 ml enthalten: Noscapin 500 mg, Tropfen = 100 ml enthalten: Noscapin hydrochloricum 2,8 g, Cortigonia ad 100 ml.  
**Dosierung:** Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren.  
**Saft:** 3–4 mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel.  
**Tropfen:** Mehrmals täglich 10–20 Tropfen.  
**Dragees:** Mehrmals täglich 1–2 Dragees.  
**Dosierungsanleitung für Kinder (3 bis 12 Jahre) und Kleinkinder (ab 3 Monate) bitte Packungsbeilage entnehmen!**  
**Handelsnamen und Preise:** Dragees: Saft: OP m. 100 ml DM 7,85 OP m. 30 Stück DM 5,90 Tropfen: OP m. 30 ml DM 7,85 OP m. 250 Stück DM 41,15 Klinikpackungen.

## Toxiselect® zur körpereigenen Abwehr akuter und chronischer Infekte

**Indikationen:** Erkältungskrankheiten in den verschiedenen Formen, Grippeinfekte, insbesondere bei begleitenden Schleimhautentzündungen. Bei gynäkologischen und urologischen Befunden. Einige Infektionen oder Genesen, auch zur Prophylaxe bei erkrankten Patienten und bei Rezidiven.  
**Kontraindikationen:** Nicht bekannt.  
**Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Echinaceae purp. s. dryoid. 940 g, Bryonia D<sub>3</sub> 30 g, Apis mellific. D<sub>3</sub> 10 g, Lechitis D<sub>3</sub> 20 g, Sulfur D<sub>3</sub> 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.

DRELUSSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Depotatour 88 Österreich · Magister DOBNER Geo. u. S. H. · Weberstraße 98 · A-1100 WIEN

### Halten Sie Ihr Geld auch im neuen Jahr fest

Wenn Sie vor einem Jahr einen Pfandbrief oder eine Anleihe gekauft haben, die am Jahresende '81 ausgezahlt wurde, hatten Sie damals den höchsten Ertrag gewählt, der Ihnen mit vergleichbarer Sicherheit geboten werden konnte. Sie haben neun bis neunneinhalb Prozent Rendite eingenommen.

Falls Sie Ihr Geld dagegen auf dem Sparkonto mit gesetzlicher Kündigungsfrist faulenz lassen, hat es Ihnen keine fünf Prozent gebracht, denn der Spareckzins dafür wurde erst im Verlauf des letzten Jahres um ein halbes auf fünf Prozent hereaufgesetzt.

Freilich konnten Sie mehr machen. Sie brauchten sich nur mit hohen Festgeldzinsen bis zum Nachsommer heranzuschieben, als die Umlaufrendite festverzinslicher Wertpapiere im September den historischen Höchststand von elfneinhalb Prozent erreichte.

Glückssache. Das bestätigen Ihnen in den Börsensälen ergraute Experten. Freilich ist auch zehn Prozent noch ein Traum-Ertrag. Aber wenn Sie ab einem steuerpflichtigen Jahresinkommen von 60 000 DM ihre Einkünfte aus Kapitalertrag mit dem Fiskus teilen müssen, bleibt Ihnen bei sechsprozentiger Inflationsrate nicht einmal die Kaufkraft Ihres Geldes, als Sie es auf diese Weise einsetzten.

Dennoch, in jedem Fall ein Glücksfall, wenn Sie sich im letzten Jahr für den Zins als Ertrag einer Geldanlage entschieden hatten. Erfolgreicher noch, wer sich vor einem Jahr von Sachwerten ohne Rendite trennte und für den Erlös zinsbringende Papiere erwarb.

Gewiß, übers Jahr gesehen, holten Sie aus Aktien noch ein paar Dividendenprozente, aber im Durchschnitt keine Mark steuerfreien Kursgewinn, denn der Aktienindex schwenkte zwar, doch stellte er sich zum Jahresende '81 in etwa auf die Vorjahresposition ein. Leider kein befriedigendes Resultat – so dringend unsere Wirtschaft über den Aktienmarkt viel mehr Eigenkapital braucht.

Immerhin, Ihnen bleibt noch etwas, wenn Sie günstige Aktien-Nachkäufe durch Bezugsrechte und die Körperschaftssteuerregelung berücksichtigen. Zudem rechnet man sich für die zweite Jahreshälfte

'82 eine positive Belebung des Aktienmarktes aus.

Hoffentlich hatten Sie aus den Anlagen in magischen Werten wie Diamanten, Silber und Gold rechtzeitig die Flucht ergriffen. Andernfalls haben Sie im letzten Jahr an Silber mehr als 50, an Gold bis zu 34 und am Zehn-Russen-Rubel-Tscherwonez, der sowjetischen Goldmünze, sogar über 37 Prozent verloren. Mehr als 50 Prozent Wertverlust hat Sie der Kauf eines einkarätigen Diamanten am Jahresanfang '81 inzwischen gekostet.

Mit anderen Sachwerten sind Sie ebenso baden gegangen. Die Preise für Immobilien hielten sich sehr unterschiedlich entwickelt, abhängig auch von Standort und Art. Mit Eigentumswohnungen beispielsweise war noch immer ein gutes Geschäft zu machen.

Andererseits: Sammeln Sie, was Ihnen Spaß macht. Versuchen Sie aber nicht, ihren Geldaufwand dafür damit zu rechtfertigen, daß Sie steuerfreie Wertzuwächse Ihrer Sammelstücke zu erwarten hätten. Es kommt Sie viel zu teuer, wenn Sie sich so in die eigene Tasche lügen.

Alte Wertpapiere setzten im letzten Jahr bis um 95 Prozent, Sammlerteppiche und andere wie auch goldene Taschenuhren bis um 50 Prozent, Gold- und Silberdosens bis um 30 und auch alte Graphiken, Bücher, Fotos, Skulpturen bis um 30 und mehr Prozent ab.

Eine neue Erfahrung zweifellos. In politischen Krisen schnellen an sich die Sachwerte hoch, eingefangen beim Gold. Und die Polen-Krise geht uns als direkten Anreiner am Eisernen Vorhang viel an, auch in der internationalen Beurteilung unserer Aktien. Dennoch: konjunkturell magere Zeiten – da ist innenpolitisch die Bestrebung nach Existenzstabilisierung durch hohe Zinsen stärker als die Furcht vor Inflation oder gar politischer Übertretung, wenn höchstens der Sachwert noch etwas gilt – unter der Hand.

Ich meine, auch für die jetzt fälligen Zinsgutschriften: Pokern Sie bei vergleichbarer Sicherheit die höchsten Zinszusagen heraus; freilich auf überschaubare Zeiträume.

Horst Beloch

## Sockelstürzer

Ärzte werden von ihren Kritikern und Widersachern als die größten Autoritäten in diesem Lande anerkannt. Sonst würde nicht soviel Scheum vergeudet, sie madig zu machen. Scheint man nicht als der Größere, wenn man jenen Paroli bietet, deren Anordnung – freilich in einem enderen Bereich – widerspruchslos befolgt werden? Politiker- und Publizisten-Profilneurose.

Freilich ist der Arzt ebensowenig wie jeder andere ein Tebu. Nur kostet eine gründliche, objektive Auseinandersetzung mit seinen beruflichen wie sozialen Konditionen und seiner daraus resultierenden finanziellen Situation die Anstrengung, alle jene Einzelheiten zu kennen und sachlich zu würdigen vermögen.

Wer den Arzt an der Elle des Arbeitnehmers, des Beamten oder gar des Politikers zu messen sich anschickt, muß zunächst einmal eine Vergleichbarkeit herstellen. Diese Voraussetzung zur Fairneß ist noch jeder jener vordergründigen Polemiker – welcher Provenienz auch immer – schuldig geblieben, der seine Furchtlosigkeit vor weißmantelbesetzten Thronen demonstrieren wollte.

Effekthascherei, völlig gefahrlos dazu, Ruf-Massenmordversuche, die nicht einmal die Täter zu betriedigen vermögen, weil der Effekt verpufft. Sie werden weder gefeiert noch gefedert. Sie verharren letztlich in der Bedeutungslosigkeit, aus der sie sich auf Kosten der Ärzte herausziehen wollten wie Münchenhausen mit dem Zopt aus dem Morast. Doch hier ist der Stärkere der Sumpft.

Die unengefochtene Position des Arztes auf dem Sockel ist der Dank des Patienten für den Beistand zur Erhaltung seines höchsten Gutes – der Gesundheit. Wer indes die ökonomische Existenz des Arztes zu gefährden trechtet, ist im Begriff, ein Fundament zu zerstören, unter dessen Trümmern die Patienten ihr Wohlergehen zuwerfen lassen müßten.

Sagten Sie Sozialpolitik?

Prosper

## Kurz über Geld

ÜBER 16 PRDZENT bringen zur Zeit noch immer Anlagen in Auslandswährung, u. a. auch dem kanadischen \$ und dem britischen £.

GÜNSTIGER: Hypothekenzinsen der Lebensversicherung. Dazu abzuschließende Lebensversicherungsverträge können bei vielen Gesellschaften unter der Hypothekensumme abgeschlossen werden.

STEUERFREIE KURSGEWINNE durch Bundesobligationen möglich, nicht aber durch Bundesschatzbriefe. Umstelgen in Dbligationen erwägenswert.

ANWALTSHAFTUNG auch für Auskünfte durch Bürovorsteher, urteilte der Bundesgerichtshof (BGH) am 23. Juni 1981 – VI ZR 42/80.

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 3. Vierteljahr 1981

Nr. der ICD 1979 <sup>1)</sup>	Todesursachen	Sterbefälle		
		1980		1981
		Vierteljahresdurchschnitt	3. Vierteljahr	
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten . . . . .	233	216	183
	darunter			
011-018, 137	Tuberkulose insgesamt . . . . .	115	107	98
140-199	Bösartige Neubildungen . . . . .	6 384	6 305	6 465
	darunter			
151	des Magens . . . . .	1 024	976	1 004
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms . . . . .	986	970	994
160-163	der Atmungsorgane . . . . .	941	912	1 008
174	der weiblichen Brustdrüse . . . . .	513	509	520
179-182	der Gebärmutter . . . . .	222	229	247
185	der Prostata . . . . .	330	320	344
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes . . . . .	406	429	440
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinome in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekanntes Charakters . . . . .	441	434	509
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechsellkrenkheiten, Störungen des Immunitätssystems . . . . .	923	818	695
	darunter			
250	Diabetes mellitus . . . . .	785	688	596
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe . . . . .	77	80	79
290-389	Psychiatrische Krenkheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane . . . . .	488	458	540
390-459	Krenkheiten des Kreislaufsystems . . . . .	14 657	13 497	13 620
	darunter			
410	akuter Myokardinfarkt . . . . .	3 121	2 817	2 841
411-414	sonstige ischämische Herzkrenkheiten . . . . .	1 608	1 452	1 501
428, 427	Herz-Reizleitungs- und -Rhythmusstörungen . . . . .	342	325	381
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrenkheiten . . . . .	3 034	2 829	3 120
430-438	Krenkheiten des zerebroveskulären Systems . . . . .	4 476	4 102	4 105
460-519	Krenkheiten der Atmungsorgane . . . . .	1 921	1 605	1 598
	darunter			
480-486	Pneumonie . . . . .	727	603	525
487	Grippe . . . . .	26	10	3
466, 490, 491	Bronchitis . . . . .	560	471	506
520-579	Krenkheiten der Verdauungsorgane . . . . .	1 640	1 571	1 601
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölfingerdarmgeschwür . . . . .	163	164	167
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidebruchs . . . . .	79	72	60
571.2, .5, .6	Leberzirrhose . . . . .	600	567	620
570, R. v. 571 u. 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge . . . . .	328	312	322
580-629	Krenkheiten der Hern- und Geschlechtsorgane . . . . .	584	536	597
	darunter			
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere . . . . .	51	41	57
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett . . . . .	7	7	5
680-739	Krenkheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes . . . . .	146	131	126
740-759	Kongenitale Anomalien . . . . .	132	141	108
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben . . . . .	178	172	170
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen . . . . .	391	348	254
E800-E949	Unfälle . . . . .	1 492	1 518	1 555
	darunter			
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs . . . . .	739	794	789
E850-E869	Vergiftungen . . . . .	12	8	13
E880-E888	Unfälle durch Sturz . . . . .	503	455	501
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung . . . . .	560	581	643
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewelteinwirkungen . . . . .	57	60	44
	Sterbefälle insgesamt	30 715	28 907	29 232

<sup>1)</sup> ICD: internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen.

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

# Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im November 1981\*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Erkrankungen en Salmonellose ging im November, wie alljährlich zu dieser Jahreszeit, zurück. Je 100 000 Einwohner und auf ein Jahr umgerechnet treten im Oktober 92, im November 59 Erkrankungen.

Auch die Häufigkeit von Erkrankungen en Virushepatitis war im Berichtsmonat niedriger als im Monat zuvor; die Erkrankungsziffer sank von 35 auf 26 je 100 000 Einwohner. Dabei nahm sowohl die Ziffer der Hepatitis-A- als auch die der Hepatitis-B-Erkrankungen ab.

Annähernd ebenso häufig wie im Vormonat erkrankten im November Menschen an Meningitis/Enzephalitis, nämlich im Durchschnitt 9 je 100 000 Einwohner.

## Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. November 1981 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen <sup>1)</sup>		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimmbare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	3	—	2	—	7	—	3	—	198	—	2	—	46	—	19	—	10	—
Niederbayern	1	—	5	—	—	—	4	—	36	—	3	—	4	—	4	—	—	—
Oberpfalz	2	—	2	—	—	—	—	—	45	—	4	—	2	—	3	—	4	—
Oberfranken	1	—	2	—	4	—	7	—	28	1	8	—	5	—	8	—	—	—
Mittelfranken	3	—	4	—	1	—	8	—	65	—	13	—	17	—	8	—	4	—
Unterfranken	1	—	1	—	4	—	3	—	64	1	14	—	19	—	15	—	7	—
Schwaben	3	1	2	—	1	—	5	—	64	1	1	—	29	—	9	1	2	—
Bayern	14	1	18	—	17	—	30	—	500	3	45	—	122	—	66	1	27	—
Vormonat	23	1	23	1	18	1	26	1	963	2	288	—	204	—	113	3	49	—
München	1	—	—	—	1	—	—	—	61	—	—	—	23	—	9	—	3	—
Nürnberg	1	—	1	—	—	—	—	—	20	—	4	—	4	—	4	—	2	—
Augsburg	1	—	—	—	—	—	1	—	16	—	—	—	4	—	2	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Würzburg	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	—	—
Fürth	1	—	1	—	—	—	3	—	1	—	1	—	3	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigelienruhr		Malaria		Angeborene				Leptospirose		Q-Fieber		Toitwutverdacht <sup>2)</sup>			
									Listeriose		Toxoplasmosose		Brucellose							
	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	1	—	—	—	22	—	3	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	60	
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3	
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	
Oberfranken	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	14	
Mittelfranken	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	5	
Unterfranken	1	—	—	—	2	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	
Schwaben	1	—	—	—	7	—	1	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	12	
Bayern	4	—	2	—	37	—	5	1	1	—	7	—	2	—	2	—	2	—	116	
Vormonat	17	2	4	—	103	—	7	—	—	—	8	—	1	—	—	—	2	—	145	
München	1	—	—	—	17	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	
Nürnberg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	
Augsburg	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

\*) 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) Toitwutverdacht: Verletzung eines Menschen durch ein toitwutkrankes oder -verdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

## Schnell informiert

### Kongreßbericht aus Rumänien

Der erste rumänische nationale Kongreß über medizinische Funktionsprüfungen wurde unter der Bezeichnung „Prima Conferina Nationala de Explorari Funcionala“ als ein interdisziplinäres Treffen unter Teilnahme zahlreicher namhafter Vertreter von Universitätskliniken und Forschungsinstituten des Landes in Botosani am 6./7. November 1981 abgehalten.

Diese im Ausland nur wenig bekannte romantische Provinzstadt im äußersten Nordosten Rumäniens ist ein wichtiger kultureller Mittelpunkt. Sie verfügt über ein gut eingerichtetes Forschungszentrum und besitzt einflußreiche reziproke Beziehungen zu allen Universitäten des Landes.

Angeregt durch Professor Dr. Doz. Romel Barbu vom IMF der Universität Bukarest und Professor Dr. Doz. f. Haulica vom IMF der Universität Iasi wurde diese als wissenschaftlicher Gedankenaustausch gedachte Veranstaltung zu einem großen Erfolg. Die Schirmherrschaft hatte Dr. Ramiro Crauluc, Direktor der Gesundheitsbehörde Botosani und Leiter des Labors für medizinische Funktionsprüfungen am dortigen Landeskrankenhaus. Die feierliche Eröffnung fand in Anwesenheit von zahlreichen Ehrengästen im Theatersaal „Mihai Eminescu“ statt.

Die anschließende Arbeitstagung behandelte über 60 verschiedene Referate über kardiorespiratorische Probleme, neue Formen von Belastungsuntersuchungen, Ultraschall-diagnostik (insbesondere als Sonokardiographie), angiographische Untersuchungen usw. Den Abschluß bildete ein Rundtischgespräch, wobei neben aktuellen Fragen auch Probleme der Standardisierung besprochen wurden.

Neben den vielen interessanten Beiträgen zu der schwärzpunktmäßig auf moderne Untersuchungsmethoden bei kardiorespiratorischen Erkrankungen angesetzten Thematik war auch ein Vortrag von Professor Dr. Doz. R. Barbu über seine Forschungen auf dem Gebiet der Nierentransplantation bemerkenswert.

Ein spezieller Beitrag kam von der Forschungsstelle der rumänischen Marine-Akademie Constanza über hyperbarische Versuche bei Unterwasserexperimenten in 300 m Tauchtiefe. Als einziger ausländischer Gast und Referent hielt Dr. Michael S. Bake vel Bakin aus München einen Vortrag über das Thema „Leberriß, eine Indikation zur Sonographie“, der mit großem Interesse und Beifall aufgenommen wurde.

Mit einem Konzert der örtlichen Philharmonie und einem Festbankett wurde der Kongreß beendet.

Aufgrund des überaus großen Echos auf diese erste zeichensetzende Begegnung wurde ein erneutes wissenschaftliches Zusammentreffen (voraussichtlich am 28. Mai 1982 in Timisoara/Rumänien) vereinbart.

Für eventuelle Interessanten zur Teilnahme am nächsten Kongreß wird empfohlen, sich zwecks Sicherung des Termins sowie auch wegen der begrenzten Unterbringungsmöglichkeiten am besten mit dem Veranstalter, Conf. Dr. Schnalder Francisc, Rektorat des IMF der Universität Timisoara ins Benehmen zu setzen.

Es ist ferner empfehlenswert, die beim nächsten Kongreß gebrauchte Kongreßsprache zu berücksichtigen, da bei diesem Kongreß von sämtlichen Referenten, inklusive Gastreferent, nur Rumänisch als Vortragssprache benutzt wurde.

— IMC —

### Arzt und Künstler

Vom 27. Januar bis 24. Februar 1982 findet in der University of Maryland in München, in der Drazek Art Gallery auf dem Gelände der US-Mc Graw Kaserna, Tegernseer Landstraße 210, München 90, eine Ausstellung mit Werken der Münchener Ärzte unter dem Motto: „Arzt und Künstler“ statt.

In dem ca. 300 Personen fassenden Saal werden zahlreiche Bilder und Plastiken der Ärzte Dr. M. Bake vel Bakin, Dr. H. Bannaski, Dr. M. Dorn, Dr. P. Kirchgässer sowie Scherenschnitte des unlängst verstorbenen Arztes Dr. J. Schwendy gezeigt.

Für die genannten Ärzte ist bzw. war die intensive Beschäftigung mit bildender Kunst ein kreativer Ausgleich zur täglichen Praxis.

Die Sponsorship hat, wie bei verschiedenen früheren Anlässen, die pharmazeutische Firma UCB-Kerpen übernommen, deren Münchener Repräsentant Herr Fronk, auf der Suche nach geeigneten Ausstellungsräumen, die aufgeschlossene und bereitwillige Unterstützung der University of Maryland erhielt.

Diese Ausstellung, die gleichzeitig eine kulturelle Brücke zwischen Deutschen und Amerikanern darstellt, gibt Gelegenheit zu einer zwanglosen Begegnung und Gedankenaustausch.

Die Schirmherrschaft übernahm der Dekan der University of Maryland.

### Neues Merkblatt des DZK

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (= DZK) hat vor kurzem das Merkblatt „Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen bei Arbeiten mit Tuberkulosebakterien im Laboratorium“ herausgegeben. — Diese Schrift kann zum Selbstkostenpreis von DM 2,50, zuzüglich Porto, in der Geschäftsstelle des DZK, Poppanhusenstraße 14 c, 2000 Hamburg 60, Telefon (0 40) 2 99 30 37, angefordert werden.

### Broschüren der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege

Die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Münchener Straße 48, 6000 Frankfurt, Telefon (06 11) 23 57 61, hat vor kurzem die nachstehend aufgeführten Broschüren herausgegeben, die kostenlos abgegeben werden:

Band 34: Bildungsplanung im Gesundheitswesen — Ein Werkstattbericht — Übersetzung einer WHO-Schrift

Band 35: Die Krankenpflegedienste — Bericht über ein WHO-Symposium — Übersetzung einer WHO-Schrift

Band 36: Die Definition von Effizienz-Parametern in der Primärversorgung und die Rolle der Krankenpflege in der primären Gesundheitsversorgung — Bericht über zwei Arbeitskonferenzen der WHO

### Film: Polyarthritits ausgezeichnet

Der Film „Differentialdiagnose der chronischen Polyarthritits“, vorgestellt durch MSD Sharp & Dohme, München, erhielt am letzten Kongreß für Ärztliche Fortbildung in Berlin den 1. Preis. Er wurde von Dr. N. Schenker, Forschungs- und Dokumentarfilm GmbH, München, produziert.

## Therapeutika

### Maalox® 70

Zusammensetzung: 10 ml entsprechend 11,36 g (= 1 Beutel) enthalten: Magnesiumhydroxid 600 mg, Aluminiumhydroxid-gel 9,0 g (entsprechend 900 mg Aluminiumoxid). Maalox® 70 enthält keine Kohlenhydrate bzw. Zuckereustauschstoffe.

Anwendungsgebiete: Zwölffingerdarm- und Magengeschwür (Ulcus duodeni, Ulcus ventriculi, Ulcus pepticum), Entzündungen der Speiseröhre durch Reflux von Mageninhalt (Refluxösophagitis), Prophylaxe von Streßulzera bei Intensivpflegepatienten, Megenschleimhautentzündung, Sodbrennen, Magenbeschwerden nach Diätfehlern, nach Einnahme von Medikamenten und nach Alkohol-, Kaffee- und Nikotinmißbrauch.

Nebenwirkungen: Bei stark eingeschränkter Nierenfunktion kann die Einnahme von magnesium- und aluminiumhaltigen Medikamenten wie Maalox® 70 eine Hypermagnesiämie und einen Anstieg der Serum-Aluminiumspiegel verursachen. Über die Erhöhung der Serum-Aluminium-Spiegel und dadurch bedingte Gesundheitsstörungen liegen insbesondere für den bestimmungsgemäßen Gebrauch von Antazida keine Ergebnisse vor. Insbesondere bei hoher Dosierung kann es zu erhöhter Stuhlhäufigkeit, Stuhlerweichung und in seltenen Fällen zu Durchfällen kommen. Die in Maalox® 70 zum Schutz der Suspension gegen Verderb enthaltenen Stoffe (Parehydroxybenzoesäuremethylester und -propylester) können entsprechend langjährigen Erfahrungen in Einzelfällen Überempfindlichkeitsreaktionen, insbesondere der Haut, auslösen. Diese klingen nach Änderung der Behandlung, die vom Arzt, sofern erforderlich, veranlaßt werden sollte, ab.

Gegenanzeigen, Wirkungsweise, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Art der Anwendung und Hinweis: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Soweit nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene täglich 4 x 10 ml (1 Beutel) ein, und zwar 1 bis 2 Stunden nach jeder Hauptmahlzeit und unmittelbar vor dem Schlafgehen je 1 Beutel. Die Dosis kann nach Bedarf und Erkrankung (z. B. beim Zwölffingerdarm- und Magengeschwür) durch zusätzliche Einnahme 3 Stunden nach jeder Hauptmahlzeit und darüber hinaus durch Verdoppelung der Einzeleinnahmemenge erhöht werden. Zur Prophylaxe von Streßulzera bei Intensivpflegepatienten: Es werden zu Beginn der Behandlung 20 ml (2 Beutel) Maalox® 70 und nach Ablauf jeder weiteren Stunde erneut 20 ml Maalox® 70 gegeben. Die Instillation des Antazidums erfolgt über eine Magensonde, anschließend sollten zur Sicherstellung einer möglichst vollständigen Passage des Antazidums in den Magen ca. 10 ml Wasser durch die Sonde gegeben werden. Nach Ablauf der auf die Medikation folgenden Stunde wird die während dieser Zeit abgeklemmte Sonde geöffnet und des Mageninhalts auf seinen pH-Wert (pH-Papier) und gegebenenfalls auf Blut untersucht. Liegt der pH-Wert unter 3,5, muß die Dosis der folgenden Maalox® 70-Gabe erhöht werden. Die unter „Gegenanzeigen“ und „Nebenwirkungen“ gemachten Angaben sind zu beachten.

Handelsformen und Preise: Maalox® 70 Suspension Beutel: 20 Stück à 10 ml DM 14,71; 50 Stück à 10 ml DM 31,95; Anstaltspackungen

Hersteller: Arznei Müller-Rorer GmbH, 4800 Bielefeld 1

### Somnibel® N Tabletten

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 5 mg Nitrazepam.

Anwendungsgebiete: Behandlungsbedürftige Ein- und Durchschlafstörungen

Gegenanzeigen: Myasthenia gravis, Engwinkelglaukom, Schwangere und stillende Frauen sollen damit nicht behandelt werden. — Jugendliche unter 14 Jahren sollen Somnibel N nicht einnehmen.

Nebenwirkungen und Hinweis: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Soweit nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene 1/2 bis 1 Tablette ein; bei stärkerer Schlafstörung können nach Rücksprache mit dem Arzt 1 1/2 oder 2 Tabletten genommen werden. — Jugendliche von 14 bis 18 Jahren erhalten 1/2 bis 1 Tablette.

Handelsformen: 20 Tabletten DM 7,25; 200 Tabletten DM 55,20

Hersteller: UCB Chemie GmbH, 5014 Kerpen

### Neo-Östrogynel®

Zusammensetzung: Die Kalenderpackung enthält: 21 Dregees zu je 1 mg Estradiol-17 $\beta$ -valerat und 2 mg Estriol.

Anwendungsgebiete: Beschwerden der Wechseljahre nach Erlöschen der Monatsblutungen oder Ausfallerscheinungen nach operativer Entfernung der Eierstöcke bzw. Strahlentherapie wie Hitzewellungen, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, nervöse Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl.

Außerdem lassen sich mit Neo-Östrogynel die im Klimakterium recht häufig bestehenden Reizzustände der Harnblase mit Neigung zu Hamnräufeln, die normalerweise im Alter eintretenden Rückbildungerscheinungen der Haut und der Schleimhäute (besonders im Bereich der Geschlechtsorgane) sowie die Osteoporosebeschwerden günstig beeinflussen.

Nebenwirkungen: Neo-Östrogynel ist sehr gut verträglich, es kann vereinzelt, wie bei allen östrogenhaltigen Medikamenten, zu Spannungsgefühl in den Brüsten, Magenbeschwerden, Übelkeit, Kopfschmerzen und Gewichtszunahme kommen. Wenn in seltenen Fällen Gebärmutterblutungen auftreten, ist der behandelnde Arzt einzusuchen. Gründe für das sofortige Absetzen von Neo-Östrogynel: erstmaliges Auftreten migräneartiger oder häufiges Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, akute Sehstörungen (z. B. Flimmern vor den Augen), erste Anzeichen von Venenentzündungen mit Blutgerinnselbildung (z. B. ungewohnte Schmerzen oder Schwellungen in den Beinen), stechende Schmerzen beim Atmen oder Husten unklarer Ursache, Schmerz- und Engegefühl im Brustraum sowie geplante Operationen (6 Wochen vorher) und längere Bettruhe (z. B. nach Unfällen). In allen diesen Fällen kann eine erhöhte Thrombosegefahr bestehen. Auch beim Auftreten von Gelbsucht und bei stärkerem Blutdruckanstieg soll Neo-Östrogynel abgesetzt werden.

Gegenanzeigen, Eigenschaften, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und besondere Hinweise: siehe Gebrauchsinformation für Fachkreise.

Dosierungsanleitung: Mit der Einnahme von Neo-Östrogynel kann an jedem beliebigen Tag begonnen werden. Wenn nach 21 Tagen die Packung aufgebraucht ist, soll eine mindestens einwöchige Einnahmepause folgen, bis die Anwendung aus der nächsten Packung begonnen wird.

Handelsformen und Preise: Kalenderpackung zu 21 Dregees DM 10,80; 3 x 21 Dregees DM 28,—

Hersteller: Asche AG, 2000 Hamburg 50



# Wenn Sie auch noch nach Jahren Ihre



**System-Beispiel 1:**  
Vom einladenden  
Empfang...

# Einrichtung ergänzen wollen, dann



**System-Beispiel 2:**  
...erstreckt sich die freundliche Umgebung...

# holen Sie sich schon heute durch das



**System-Beispiel 3:**  
... bis ins Behandlungszimmer...

# Programm Bulthaup Medicine Schreiner



**System-Beispiel 4:**  
... wo die gute Form  
die maßgeschneiderte  
Funktion bis ins kleinste  
Detail begleitet.

# mit System. München. Ludwigstraße 6.

**bulthaup**  
medicine

Wie unendlich variabel das Bulthaup-System ist, eröffnen Ihnen unsere Ausstellungsräume in der **Ludwigstraße 6/Von-der-Tann-Passage** in München. Besuchen Sie uns und überzeugen Sie sich selbst an Ort und Stelle. Damit wir auch richtig Zeit für Sie haben, rufen Sie uns am besten vorher an: **089/288437**. Fordern Sie Prospektmaterial und Preislisten an.

P.S.: Bitte sehen Sie in uns nicht nur den zuverlässigen Lieferanten, sondern auch den individuellen Planer und den akkuraten Schreiner - für Ihre gesamte Praxis.

**Die gute Form  
für Patient und Arzt.**

## Buchbesprechungen

### Unbegreifliches Geheimnis

*Wissenschaft als Kampf für und gegen die Natur*

Verf.: E. Chargaff, 226 S., Leinen, DM 32,—. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart.

Der Autor, ein vielfach ausgezeichnete Biochemiker, der mit seinem Buch „Das Feuer des Heraklit“ auch allgemein bekannt wurde, legt hier acht neuere Aufsätze vor. Chargaffs Hauptanliegen ist der Zustand der modernen Naturwissenschaft. Die Überspezialisierung der Wissenschaft, der Verlust des Ideals der Forschungsfreiheit, der Fatalismus gegenüber dem technisch Möglichen und die Begleiterscheinungen des akademischen Wissenschaftsbetriebes werden anschaulich problematisiert. Die daraus resultierenden moralischen Herausforderungen an den Naturforscher werden deutlich aufgezeigt. Diese Philippika des mit der ebendländischen Kultur sehr vertraut wirkenden Autors, mit trockenem Witz geschrieben, ist nie langweilig, aber auch nicht immer leicht zu verstehen.

Dr. med. J. Hasford, München

### Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

Herausgeber: Prof. Dr. A. Eser/Prof. Dr. H. A. Hirsch, 320 S., kart., DM 58,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Das vorliegende Buch befaßt sich eingehend sowohl mit der medizinischen und psychologischen Frage als auch mit der rechtlichen. Nämhafte Fachgelehrte referieren in ihren fundierten Beiträgen auf allgemein verständliche Weise. In einem umfangreichen Anhang sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die Ausführungsbestimmungen der Bundesländer zum 5. Strafrechtsreformgesetz, in übersichtlicher Weise zusammengestellt.

### Anfallskrankheiten

*Ein Leitfaden für alle Betroffenen*

Herausgeber: L. Meyer-Wehl, 137 S., 14 Abb., 2 Tsb., Taschenb., DM 12,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart — New York.

Das Taschenbuch gehört zur Reihe: „Ärztliche Ratschläge“ und stellt einen Leitfaden für alle Betroffenen dar. Aufgabe des Büchleins ist es, die Patienten über ihr Krankheitsbild aufzuklären, ihnen die Angst vor ihrer Krankheit zu nehmen und ihnen eine Hilfestellung zu bieten, um im täglichen Leben besser zurecht zu kommen. Zunächst werden Erscheinungsbilder der „Epilepsie“ anschaulich dargestellt, dann aber auch therapeutische Möglichkeiten erklärt. Besonderer Wert wird aber auch darauf gelegt, dem Kranken Fragen zu beantworten, wie er sich in Familie, Beruf und am Arbeitsplatz verhalten soll, wo die Schwierigkeiten liegen und welche Lösungsmöglichkeiten es gibt. Er wird hingeführt zu vernünftigen Lebensgewohnheiten und entsprechender Freizeitbeschäftigung. Wertvoll sind auch die Hinweise über die Hilfen durch die soziale Gesetzgebung sowie eine Reihe wichtiger Adressen von Selbsthilfegruppen und Ambulanzen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, an die sich der Patient mit seinen Fragen wenden kann. Für den Arzt ist es sicherlich eine große Hilfe, wenn er seinen Anfallskranken diese Schrift empfehlen kann.

Dr. med. R. Zenglein, Bayreuth

### Gesundheitsökonomik

Herausgeber: Prof. Dr. P. Herder-Dorneich, 204 S., 67 Abb., 1 Tsb., kart., DM 44,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Der Verfasser ist für gesundheitspolitisch interessierte Ärzte kein Unbekannter. Gesundheitsökonomik ist ein noch junges Fachgebiet. Als der Verfasser 1966 seine ersten Veröffentlichungen herausbrachte, war er ein Außenseiter. Viele werden sich die Frage stellen, was ist Gesundheitsökonomik.

„Wer vor dem Problem steht, einen grundsätzlich unendlich großen Bedarf nicht voll (des wäre unmöglich), sondern optimal zu befriedigen, muß dieses Optimum bestimmen. Mit knappen Mitteln einen größtmöglichen Erfolg zu erzielen, das ist das immer und überall auftretende ökonomische Problem. — Gesundheit unter dem Aspekt der Knappheit betrachtet — das ist Gesundheitsökonomie“ (Zitat).

Der Verfasser legt in diesem Buch die Grundlagen und Vorstellungen zu diesem Problem ausführlich dar und versucht, sie auch für den Nichtfachmann überschaubar zu machen. — Das Schwergewicht liegt hierbei auf der Darstellung der Probleme im ambulanten Sektor der medizinischen Versorgung. Ein sehr interessantes Buch für jeden Arzt, aber auch für jeden Politiker, der vernünftig — und nicht nur ideologisch — in der Gesundheitspolitik mitreden will.

Dr. med. J. Mertens, Fürth

### Genzeltherapie bei Augenkrankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Neurotherapie

Herausgeber: Dr. H. Plotrowski, 152 S., 28 Abb., kart., DM 30,—. Karl F. Haug Verlag GmbH & Co. KG, Heidelberg.

Mit diesem Buch wird der Versuch unternommen, dem Augenarzt Gesichtspunkte genzeltlicher Therapie nahezubringen und dem Allgemeinerzt Wege aufzuzeigen, bei besonders erwähnten Augenerkrankungen einfache Untersuchungen und differenzierte Behandlungen selbst durchzuführen. Neben der üblichen ophthalmologischen Behandlungsweise sind Therapievorschläge aus Homöopathie, Phytotherapie und vor allem aus der Neurotherapie nach Huneke aufgeführt und erläutert. Besondere Bedeutung wird dabei der Herd- und Störfeldsanierung und dem Konzept des Grundsystems nach Pischinger beigegeben.

Dr. med. K. Jungkind, München

### Die Krankenbataillone

*Sondarformationen der deutschen Wehrmacht im Zweiten Weltkrieg*

Herausgeber: Dr. R. Velentin, 252 S., Paperback, DM 48,—. Droste Verlag GmbH, Düsseldorf

Der Verfasser, Arzt und Volkswirt Jahrgang 1917, war als junger Sanitätsoffizier in sogenannten „Magenbataillonen“ tätig. Im Gegensatz zum ersten Weltkrieg waren in diesen Einheiten chronisch Kranke zusammengefaßt, der dauernde Verbleib in diesen Sonderformationen war zum Prinzip erhoben. Mit großem Fleiß und Spürsinn hat es der Verfasser zahlreicher medizinischer Veröffentlichungen verstanden, aufgrund der Auswertung von Archivmaterial und der Aussage von Augenzeugen ein noch weithin unbekanntes Kapitel der Medizinalgeschichte aufzuzeigen. Mehr als 10000 Personen waren unter gezielter ärztlicher Betreuung für beschränkte Kriegseinsätze zusammengefaßt. Dieses in der Medizin — wie Militärgeschichte einzigartige Phänomen spricht jeden Leser an, der sich beruflich oder aus persönlichem Interesse mit Randerscheinungen seines Gebietes beschäftigt.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

### Hans Carossa: Briefe III (1937 bis 1956)

Herausgeberin: E. Kampmann-Carossa, 834 S., Leinen, DM 88,—. Insel Verlag, Frankfurt.

Mit diesem vorzüglich ausgesfaffeten dritten Band ist die mehr als 1500 Seiten umfassende Edition der Briefe Carossas abgeschlossen. Damit liegt ein monumentales Werk aus der privaten Sphäre eines berühmten Dichters vor, wie man es in dieser Gründlichkeit nur bei wenigen anderen finden kann. Die Bearbeitung und Kommentierung der Briefe durch die Tochter des Dichters ist auch bei diesem Band umfassend und gründlich mit 300 Seiten. Diese „Anmerkungen“ zu den Briefen geben dem Leser erst das richtige Verständnis zu den Briefaussagen des Dichters. Sie sind auch beim Blättern im Buch leicht durch eine übersichtliche Nummernbeschriftung aufzufinden. Die Zeit, die dieser dritte Band von Carossas Briefen umfaßt, war in jeder Beziehung eine schwere. Wer sie selbst mit kritischem Verstand miterlebt hat, wird in Carossas Briefen manche Parallelen entdecken, wer sie nur aus Geschichtsbüchern kennenlernen wird, dem werden sie ein Mahnmal und ein Zeugnis dafür sein, wie schwierig es selbst für eine bekannte und anerkannte Dichterpersönlichkeit war, einen anständigen Weg durch die Wirren der geschichtlichen Ereignisse zu finden. Carossa hatte in Bayern viele Leser und Freunde. Wer seine Werke liebte, wird auch Gewinn aus der Lektüre seiner Briefe ziehen. Vielleicht fragen sie auch dazu bei, eine Carossa-Renaissance hervorzu-rufen. Das wäre wohl das schönste Ergebnis seiner Briefe.

Dr. med. R. Paschke, Emskirchen

### Rudolf Dreikurs zur Psychotherapie in der Medizin

#### Ausgewählte Aufsätze

Übersetzung der amerikanischen Originalbeiträge von G. Chafik/J. Rogner, 175 S., geb., DM 32,—. Ernst Reinhardt Verlag, München.

Dieses Buch ist in zweierlei Hinsicht bemerkenswert: Es macht bekannt mit Rudolf Dreikurs, 1897 bis 1972, er kam schon früh, bereits als Medizinstudent in Wien, in Berührung mit dem Begründer der Individualpsychologie Alfred Adler. Er führte bald Kinder- und Elternberatungen durch, hielt Vorlesungen über Sozialhygiene und Individualpsychologie und war wesentlich beteiligt bei der Gründung der ersten österreichischen Vereinigung für seelische Gesundheit. Er verließ dann Wien und übersiedelte nach Amerika, bedingt durch das Anwachsen nazistischer Umtriebe in Österreich und die von ihm vermutete drohende Kriegsgefahr. Ein wichtiges Motiv, von Österreich in die Vereinigten Staaten umzusiedeln, war auch, daß Alfred Adler seinen Hauptwohnsitz in die Vereinigten Staaten verlegt hatte.

Nach dem Tod von Alfred Adler war Rudolf Dreikurs über längere Zeit hinweg der einzige Adleriener, ihm gelang es aber bald, die Individualpsychologie in wenigen Jahren in Chicago zur führenden tiefenpsychologischen Schule zu machen. Die Individualpsychologie fand Eingang in die Psychiatrie. Er gewann Ärzte für die Individualpsychologie und bildete eine Vielzahl von Lehrern in dieser tiefenpsychologischen Richtung aus. — In diesem Buch sind die wichtigsten Arbeiten von Rudolf Dreikurs zusammengefaßt, sie betreffen hauptsächlich tiefenpsychologische Diagnostik und die Psychotherapie aus der Sicht der Adlerschen Individualpsychologie. — Das Buch ist speziell für eingehende Psychotherapeuten von Bedeutung.

Dr. med. S. Maier, Regensburg

### Dachauer Maler

#### Der Künstlerort Dachau von 1801 bis 1946

Herausgeber: Prof. Dr. O. Thiemann-Stoedtner/K. Kiermeier, 280 S., davon 68 S. 4farb., 304 Abb., davon 73 in Farbe, Leinen, DM 125,—. Verlagsanstalt „Bayerland“, Dachau.

Die Geschichte des Künstlerortes Dachau wird hier überschaubar. Neben Beiträgen über die bekannte Künstlerkolonie Dachau werden anschauliche Einzelporträts und Kurzmographien sehr populärer und auch bisher kaum gewürdigter Dachauer Maler im Zusammenhang veröffentlicht. Namen wie Simon Warnberger, Carl Spitzweg, Georg von Dillis, Christian Morgenstern, Adolf Hölzl, Ludwig Dill, Artur Langhammer, Hans von Hayek, Carl Thiemann u. a. geben Zeugnis von einer fast 150 Jahre dauernden Kunstepoche, die an ihren Höhepunkten deutsche, ja europäische Kunstgeschichte war.

Eine große Zahl hochwertiger farbiger und schwarzweißer Gemäldeproduktionen ergänzt den Textteil.

### Die Alpen in der Malerei

Herausgeber: N. Rasmø / M. Roethlisberger / B. Weber / A. Wied / E. Ruhmer, 336 S., davon 92 S. Text, 111 Farbtafeln, 140 s/w-Abb., 30 S. Anh. und Künstlerreg., Leinen, DM 120,—. Rosenheimer Verlagshaus A. Förg, Rosenheim.

Dieser Bildband erschließt die Alpen in all ihren Regionen und vielfältigen Stimmungen. Er bietet mit seiner Auswahl berühmter Meisterwerke und wenig bekannter Bilder aus einem weit verstreuten Bestand einen Einblick in die Entwicklung der Alpenmalerei. Diese Dokumentation umspannt einen Zeitraum von sechs Jahrhunderten. Für das Vorhaben konnten international anerkannte Kunstexperten aus der Schweiz, Österreich, Frankreich, Italien und der Bundesrepublik gewonnen werden.

### Das Schicksal der Lena Christ

Verf.: G. Goepfert, 144 S., zahl. Abb., Leinen, DM 24,—. Ehrenwirth Verlag, München.

Lena Christ schied, kaum 39 Jahre alt, freiwillig aus dem Leben. Sie gilt als eine der bedeutendsten Dichterinnen Bayerns. — Tief beeindruckt von der Dichterin und ihrem Schicksal war der Autor schon in seiner Jugend. Später dann zeichnete er ihren Lebensweg objektiv und sorgfältig nach Dokumenten und authentischen Berichten auf.

### Quellen der Sympathie

Ringheftung: DM 6,40 — Luxusausgabe in Seide: DM 12,80. Verlag Leobuchendlung, St. Gallen.

Seit Jahren sind diese Bändchen beliebte Geschenke zu allen Anlässen. Die „Quellen der Sympathie“, eine Sammlung schöner Gedanken und Gedichte zum Thema Freundschaft und Liebe, mit sechs farbigen Blumenbildern, bereiten dem Mitmenschen Freude.

## 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.

### März 1982

- 1.-12. **München:** Einführungslehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit zum Erwerb der arbeitsmedizinischen Fachkunde (E-Kurs II). — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
3. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Ralsch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.
- 3.-6. **München:** 16. Deutscher Krebskongreß. — Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e. V., Innere Klinik (Tumorforschung) im Klinikum Essen, Hufelandstraße 55, 4300 Essen.
- 4.-18. **Puerto de la Cruz/Teneriffa:** 12. Internationaler Fortbildungskongreß. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Alter Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
- 5.-7. **Saarbrücken:** XXVI. Saarländisch-Pfälzischer Internistenkongreß. — Auskunft: Professor Dr. P. G. Scheurle, Medizinische Universitätsklinik und Poliklinik, 6650 Homburg.
- 6.-7. **Bernried:** Einführungs- und Fortbildungsseminar in M-Mode-Echokardiographie. — Auskunft: Dr. A. Schinz, Klinik Höhenried, 8139 Bernried.
- 7.-13. **Bad Kleinkirchheim:** Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Kongreßbüro, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.
- 7.-20. **Badgastein:** XXVII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 8.-12. **Bad Berleburg:** Kurs über Grundlagen und Techniken der Physikalischen Medizin zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“. — Auskunft: Professor G. Hildebrandt, L. R. Grote Institut, 5920 Bad Berleburg.
- 8.-20. **Davos:** XXX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 9.-12. **Berlin:** Arbeitsmedizinisches Fortbildungsseminar für Führungskräfte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 9.-12. **Gießen:** Frühjahrstagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. — Auskunft: Physiologisches Institut der Universität, Aulweg 129, 6300 Gießen.
- 9.-12. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
10. **München:** 7. Onkologisches Seminar für niedergelassene Ärzte. — Auskunft: Privatdozent Dr. R. Hartenstein, Marchioninstraße 15, 8000 München 70.
- 11.-13. **Erlangen:** Arbeitstagung „Fortschritte auf dem Gebiet der Neuroorthopädie: Wirbelsäulenerkrankungen mit Beteiligung des Nervensystems“. — Auskunft: Dr. B. Kügelgen, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen.
- 13.-14. **Bad Nauheim:** Notfalldienstseminar. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, 6350 Bad Nauheim.
- 13.-14. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 13.-16. **Bad Abbach:** Seminar über die psychische Führung des Rheumakranken. — Auskunft: Fortbildungsakademie des Standing Committee „Education“ der Europäischen Rheuma-Liga, Rheuma-Zentrum, I. Medizinische Klinik, Sekretariat E. Wolff, 8403 Bad Abbach.
- 13.-21. **Freudenstadt:** 62. Ärztlicher Fortbildungskongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. — Auskunft: Geschäftsstelle des Zentralverbandes für Naturheilverfahren e. V., Eichelbachstraße 61, 7290 Freudenstadt-Kniebis.
- 14.-19. **Orlando/USA:** 6. Internationaler Glaukom-Kongreß. — Auskunft: Dr. J. G. Bellows, 6 North Michigan Avenue, Chicago, Ill. 60602, USA.
- 14.-27. **Pontresina:** Fortbildungsseminar des Bayerischen Sportärzteverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 15.-16. **München:** Internationaler Kongreß der Deutschen Herzhilfe e. V. — Auskunft: Kongreßbüro der Deutschen Herzhilfe e. V., Clemensstraße 86, 8000 München 40.
- 15.-18. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 15.-18. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 15.-20. **Tokio:** Deutsch-Japanischer Kongreß für Angiologie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.

- 18.-21. **Rinteln:** 32. Seminar „Autogenes Training“ – Intensivkurs. – Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörlishofen.
- 18.-21. **Wien:** Internationales Symposium über pulmonale Hypertension. – Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Abteilung Kongresse, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 19.-20. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs in Sonographie. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80.
- 19.-21. **Augsburg:** 69. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin – Seminarekongreß. – Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 19.-21. **Erlangen:** 10. Fortbildungsveranstaltung für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete. – Auskunft: Frau K. Paschke, Universitäts-Nervenklinik mit Poliklinik, Schwabachenlege 6, 8520 Erlangen.
20. **München:** Symposium „Hyperlipidämie“. – Auskunft: Kochs + Kochs Public Relations GmbH, Goebenstraße 3, 5000 Köln 1.
20. **Bad Nauheim:** Notfalldienstseminar. – Auskunft: Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7, 6350 Bad Nauheim.
- 20.-26. **Bad Hofgastein:** II. Österreichischer Geriatriekongreß. – Auskunft: Universitätsprofessor Dr. W. Dobrauer, Postfach 58, A-1140 Wien.
- 22.-25. **Erlangen:** 27. Kurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschalldiagnostik (Anfänger). – Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schett, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 22.-25. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz in der Therapie mit Röntgenstrahlen, Gamma-Bestrahlungen und beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
22. 3.- 2. 4. **Bad Neuheim:** Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs (Kurs C 2). – Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terrassenstraße 2-4, 6350 Bad Nauheim.
24. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreiverbandes Bayreuth. – Auskunft: Medizinalklinik Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.
24. **München:** Fortbildungsseminar „Notfall- und Katastrophenmedizin“. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Urban, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80.

- 24.-27. **Berlin:** 19. Fortbildungsseminar des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen – Auskunft: Dr. H. Walther, Westliche 32, 7530 Pforzheim.
- 26.-27. **Erlangen:** Symposium „Therapie postoperativer Störungen des Gastrointestinaltraktes“. – Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 26.-28. **Bad Wiessee:** Ärztekongreß „Bewegung als Element in Prävention und Therapie – Neue praxisrelevante Möglichkeiten verschiedener Naturheilverfahren“. – Auskunft: Kneipp-Bund, Jaudesring 16, 8939 Bad Wörlishofen.
27. **Lindau:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. – Auskunft: Dr. H. Hauptmann, Ulmer Straße 150, 8900 Augsburg.
27. **Niederrettich:** Fortbildungsveranstaltung der niederbayerischen Urologen. – Auskunft: Privatdozent Dr. P. Carl, Perlaserger Straße 41, 8360 Deggen-dorf.
- 28.3.- 3.4. **Davos:** 14. Internationaler Diagnostikkurs. – Auskunft: IDKD 14, Postfach 2132, CH – 8028 Zürich.
- 29.3.- 2.4. **Berlin:** Lehrgang über die Problematik der Staub-einwirkung. – Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.

„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. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den Inhalt: Rlia Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaurestraße 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 8 1/2 % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postcheckkonto Nr. 52 52-802, Ami München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., Augsburg StraÙe 9, 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikroreproduktion 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 gegenläufige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126



## Chirurgische Weiterbildungsmöglichkeit zum Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin im Kreiskrankenhaus Waldkirchen

Wenn Sie eine chirurgische Basisausbildung anstreben und möglichst bereits Innere Medizin gemacht haben, nicht nur im Operationsaal stehen wollen, sondern auch Patientenversorgung auf Ihrer Station lieben, im übrigen Wert legen auf Teamarbeit, dann könnten wir Sie gut gebrauchen und Sie könnten gewiß einiges lernen.

Wir arbeiten in einem Kreiskrankenhaus der Fachrichtung Chirurgie, betreuen durchschnittlich über 70 Patienten, sind insgesamt 6 Kollegen, der Chef ist zur 4-jährigen Weiterbildung für Chirurgie ermächtigt.

Wir bieten ein gutes kollegiales Klima, Bezahlung nach BAT (je nach Weiterbildung und Dienstzeit) und zusätzliche Vergütung der Bereitschaftsdienste.

Waldkirchen ist eine kleine Stadt in wunderbarer Landschaft. Badesee, Hallenbad und Skilifte sowie alle Schulen am Ort. Die Hochschulstadt Passau in 25 km Entfernung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die Krankenhausverwaltung, 8392 Waldkirchen, z. Hd. von Herrn Chefarzt Dr. Bauer, Telefon (065 81) 8 66.

## Akademie für Neuraltherapie Korporatives Mitglied in der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik e. V. — Medica — Speyerer Tage 1982

der Akademie für Neuraltherapie vom 30. April bis 2. Mai 1982 unter der Schirmherrschaft von Herrn Staatsminister Rudi Gell, Minister für Gesundheit Rheinland-Pfalz, im Kloster St. Dominikus in Speyer — mit Rahmenprogramm—.

### NEURALTHERAPIE

— Diagnostische-therapeutische Lokalanästhesie — Herd — Stürfeld gaschehen —

**Ousrtleranmeldung:** Curt Schimshelmer, Mühlturnstr. 5, 6720 Speyer, Telefon (062 32) 2 41 66.

### KURSE FÜR NEURALTHERAPIE finden statt in:

**Speyer:** Kurs A am 27./28. Febr. 1982 — Kurs B am 5./6. Juni 1982 — Kurs C am 23./24. Okt. 1982.

**München:** Kurs A am 6./7. März 1982 — Kurs B am 19./20. Juni 1982 — Kurs C am 16./17. Okt. 1982 — Kurs A am 27./28. Nov. 1982.

**Bad Rappenau:** Kurs A am 23./24. Jan. 1982 und am 25./26. Sept. 1982 — Kurs B am 20./21. März 1982 und am 30./31. Okt. 1982 — Kurs C am 24./25. April 1982 und am 4./5. Dez. 1982.

**Fulda:** Kurs A am 30./31. Jan. 1982 — Kurs B am 20./21. März 1982 — Kurs C am 16./17. Okt. 1982.

**Hamburg:** Kurs A am 13./14. Febr. 1982 — Kurs B am 27./28. März 1982 — Kurs C am 18./19. Sept. 1982.

**Hannover:** Kurs A am 6./7. Febr. 1982 — Kurs B am 13./14. März 1982 — Kurs C am 11./12. Sept. 1982.

**Malente:** Kurs A am 27./28. Febr. 1982 — Kurs B am 6./9. Mai 1982 — Kurs C am 6./7. Nov. 1982.

**Malnz:** Kurs am 30. Okt. 1982, interdisziplinäres Schmerz-Seminar — Prof. Gerbarshagen

**Homburg/Saar:** Kurs am 13. Nov. 1982, Zahnärztliches Seminar — Prof. Schmelzner

**Anmeldung:** Sekretariat Akademie für Neuraltherapie, Postfach 722, 6520 Worma, Telefon (062 41) 66 34.

**Auskunft:** Dr. R. Selthel, St. Guidostiftsplatz 6, 6720 Speyer, Telefon (062 32) 7 63 63.

**Montreux:** MEDICA '82, internationaler Kongreß — Kongreß-Zentrum — Kurs A vom 26. bis 30. Juli 1982 — Kurs B vom 2. bis 6. Aug. 1982.

**Düsseldorf:** MEDICA '82, internationaler Kongreß und Ausstellung — Kongreß-Center — Kurs A am 20. Nov. 1982.

**Anmeldung:** Deutsche Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik e. V., Jahnstr. 32, 7000 Stuttgart 70, Telefon (07 11) 76 14 54.

**Kurs A** = für Anfänger — **Kurs B** = für Fortgeschrittene — **Kurs C** = für Fortgeschrittene mit Prüfung.

Am Kreiskrankenhaus 8483 Vohenstrauß/Opf.  
Landkreis Neustadt a. d. Waldnaab

ist auf der Chirurgischen Abteilung ab sofort die Stelle eines(r)

## Assistenzarztes (-ärztin)

zu besetzen.

Die Bezahlung erfolgt nach Verg.-Gruppe II BAT einschließlich aller im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen sowie Bereitschaftsdienstvergütung.

Der Chefarzt ist zur Weiterbildung für zwei Jahre ermächtigt. **Vohenstrauß** liegt in reizvoller Lage im Oberpfälzer Wald. Hallenbad am Ort, beste Skimöglichkeiten in allernächster Umgebung. Hoher Freizeitwert der Umgebung im Sommer und Winter. Moderne Wohnung vorhanden.

Bewerbungen bitte an den Chefarzt Dr. Heinz Lang, Kreiskrankenhaus, 8483 Vohenstrauß/Dpf., Telefon (09 561) 14 51.

Betriebsmed. Zentrum sucht zur nebenberuflichen Betreuung von Firmen im süddeutschen Raum (Bayer. Allgäu),

## Mediziner- und innen

mit Interesse an Arbeitsmedizin.

Anfragen unter Chiffre 2064/40.

## Gynäkologin sucht Kollegin

die möglichst **sofort** längerfristige Vertretung, für mittelgroße Frauenarztpraxis am Tegernsee, wegen schwerer Erkrankung, übernehmen kann. Praxisübernahme nicht ausgeschlossen.

Dr. med. Helge Credé, Schwaighofstr. 13, 8180 Tegernsee, Tel. (080 22) 41 33.

## Klinikum Großhadern

Arbeiten für Menschen

Die HNO-Universität-Klinik, Dir. Prof. Dr. Naumann sucht an wissenschaftl. Arbeit interessierte

## Audiologisch-technische Assistentin

(Audiometristin)

oder

## Physikalisch-technische Assistentin

ggf. auch halbtags

Wir bieten Ihnen Verg. gr. Vb BAT sowie alle Vergünstigungen des Öffentlichen Dienstes wie sicheren Arbeitsplatz, 13. Monatsgehalt, Verpflegungszuschuß.

Richten Sie Ihre Anfragen und Bewerbungen bitte an:  
Frau Prof. Dr. Schorn

Ludwig-Maximilians-Universität  
Marchioninistraße 15  
8000 München 70  
Telefon: (0 89)  
70 95-38 60 oder -38 66

Welcher

## Bayerische Augenarzt

möchte 1983 eine eingeführte Praxis in Nähe Münchens übernehmen?

Anfragen unter Chiffre 2064/38.

## Arzt

für Allgemeinmedizin, 34 fundierte Ausbildung, sucht Praxisübernahme III oder IV/82.

Anfragen unter Chiffre 2064/21.

## Allgemeinarzt

35 Jahre, langjährige klinische Weiterbildung, sucht Übernahme einer Landpraxis im Raum Nieder-, Oberbayern zum baldmöglichsten Termin.

Anfragen unter Chiffre 2064/16.

## Volljurist und approb. Mediziner

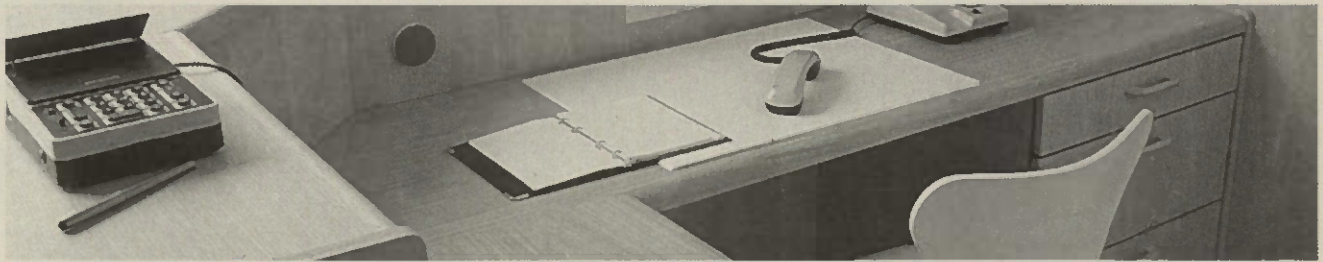
klinische und praktische Erfahrung sucht neuen Wirkungskreis, möglichst Behörde.

Anfragen unter Chiffre 2064/49.

Der große Empfang! Wie individuell es



weitergeht, zeigt Ihnen das Einrichtungs-

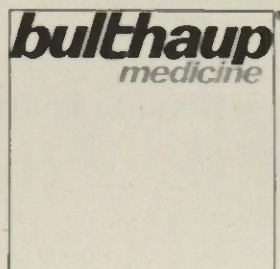


System Bulthaup Medicine. Im Haus:



Die gute Form. München. Ludwigstraße 6.

DIE GUTE FORM

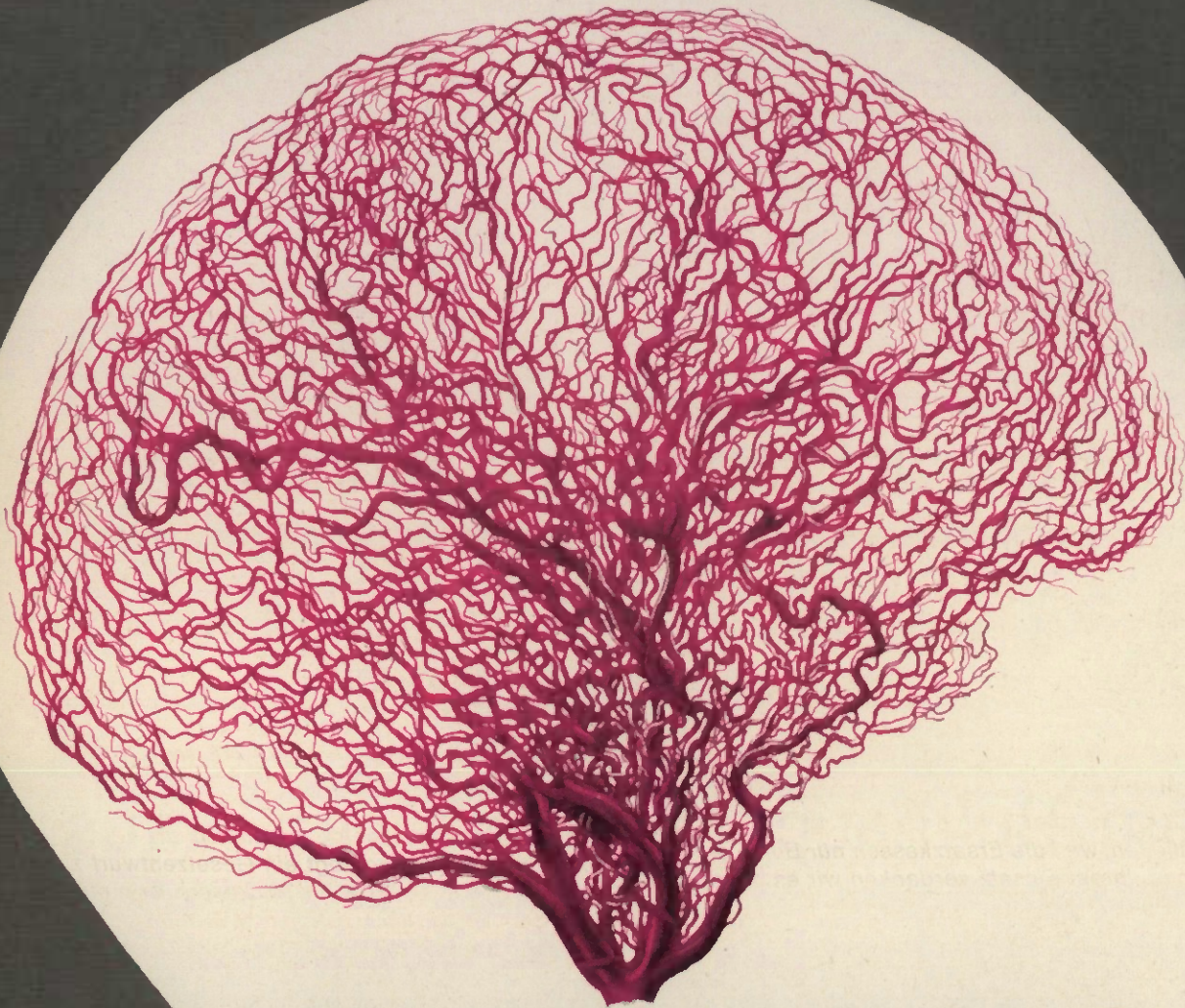


Wie unendlich variabel das Bulthaup-System ist, eröffnen Ihnen unsere Ausstellungsräume in der **Ludwigstraße 6/ Von-der-Tann-Passage** in München. Besuchen Sie uns und überzeugen Sie sich selbst an Ort und Stelle. Damit wir auch richtig Zeit für Sie haben, rufen Sie uns am besten vorher an: **089 / 28 84 37**. Fordern Sie Prospektmaterial und Preislisten an.

PS.: Bitte sehen Sie in uns nicht nur den zuverlässigen Lieferanten, sondern auch den individuellen Planer und den akkuraten Schreiner – für Ihre gesamte Praxis.

Die gute Form  
für Patient und Arzt.

# 12 Milliarden Zellen brauchen Sauerstoff



## Nehydrin<sup>®</sup> sorgt für das Gehirn

**Zusammensetzung:** 1 ml Tropflösung bzw. 1 Dragee enthält: 1 mg Dihydroergocristin-methansulfonat. 1 ml Injektionslösung enthält 0,3 mg Dihydroergocristin-methansulfonat.

**Anwendungsgebiete:** Cerebrale Stoffwechselstörungen und deren Folgen, wie Schwindel, Kopfschmerzen (incl. Intervall-Behandlung der Migräne), Schieflosigkeit, Konzentrationsschwäche, Ohrensausen, Vergeßlichkeit, Affektlabilität und psychomotorische Unruhe.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Dragees: 3 mal täglich 1 Dragee vor dem Essen einnehmen. Bei magenempfindlichen Patienten kann die Einnahme zu den Mahlzeiten oder nach dem Essen erfolgen. Tropfen: 3 mal täglich 20 Tropfen. (1 ml = 20 Tropfen). Bei Bedarf kann die Dosierung bis auf 3 x 2 Dragees bzw. 3 x 40 Tropfen erhöht werden. Ampullen: 1-2 mal täglich 1 Ampulle intramuskulär injizieren. Kurmäßige Behandlung über mehrere Wochen ist angezeigt.

**Begleiterscheinungen, Nebenwirkungen:** Nehydrin ist bei oraler Gabe (Dragees, Tropfen) sehr gut verträglich. Bei parenteraler Gabe (Ampullen) kann es gelegentlich zu einer Blutdrucksenkung kommen. Daher ist nach der Injektion eine Blutdruckkontrolle angezeigt.

**Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Dragees: OP mit 30 Dragees DM 16,32; OP mit 100 Dragees DM 46,10; Tropfen: OP mit 30 ml DM 16,32; OP mit 100 ml DM 46,10; Ampullen: OP mit



Pharmazeutisches Werk GmbH  
Cuxhaven





## Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

# Leitsymptom: Lähmungen

## Der Notfall: Die idiopathische Fazialislähmung (Bellsche Lähmung)

bearbeitet von Professor Dr. W. Schätzle, Homburg/Saar

### Symptomatik:

Plötzliche (sozusegen über Nacht) auftretende Fazialislähmung ohne erkennbare äußere Ursache (kein Unfall, kein Infekt, keine otogene Ursache, kein Tumor)

Bei kompletter Lähmung kann Stirn nicht gerunzelt, Auge nicht geschlossen werden. Naserümpfen unmöglich, ebenso Mundspitzen. Der Mundwinkel hängt bei dem Versuch, die Zähne zu zeigen. Speisen (besonders Getränke) können aus dem hängenden Mundwinkel hereustießen.

Bei inkompletter Lähmung zeigen nur einzelne Nervenäste Funktionsausfall.

Meist homolaterale Geschmacksstörungen und Sekretionsstörungen der Glandula submandibularis und sublingualis. Je nach Lokalisation Hyperakusis, vermehrtes Tränenträufeln oder seltener Verminderung der Tränensekretion. Keine Schmerzen oder (selten) bohrende Schmerzen in der Tiefe des Ohres. Keine Absonderung aus dem Ohr, keine Schwerhörigkeit, kein Schwindel. Keine sonstige Hirnnervenbeteiligung

### Anamnese:

Frühere Gesichtsnervenlähmung? Infekte oder vorausgehende Abkühlung (Erkältung bzw. „rheumatische“ Lähmung). Zusammenhang mit Schädelunfall? Akute oder chronische Otitis media?

Schmerzen im Ohr, Absonderung aus dem Ohr, Bläschenbildung im Gehörgang, an der Ohrmuschel oder der Ohrumgebung, Blutung aus dem Ohr? Schwerhörigkeit oder Schwindel?

Geschmacksstörungen, Störung des Tränenflusses?

Tumorbildung vor und unter dem Ohr (Parotisregion)?

### Sofortdiagnostik:

Inspektion mit Tonusprüfung der betroffenen Gesichtshälften (verstrichene Stirnfalten, Tieferstehen der Augenbraue und des Unterlides, meist weite Lidspalte, tiefer stehender Mundwinkel, verstrichene Nasolebalfalte)

Einfache Prüfung der motorischen Funktion der Äste des Nervus facialis (Stirnrunzeln, Augenschluß, Naserümpfen, Mundspitzen, Zähne zeigen)

Geschmacksprüfung der homolateralen vorderen zwei Drittel der Zunge, Prüfung der Tränenabsonderung (Schirmer-Test)

Inspektion der Ohrmuschel und der Ohrumgebung, Palpation der Parotis

**Therapeutische  
Sofortmaßnahmen:**

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

**Zusätzliche  
Maßnahmen bzw.  
Anordnungen:**

**Differential-  
diagnostische  
und andere  
Erörterungen:**

Ohrspiegelung zum Ausschluß einer Otitis externa sowie einer akuten oder chronischen Otitis media

Hörprüfung und wenn möglich Audiogramm, Vestibularisprüfung (in der Praxis wenigstens Suche nach Spontennystagmus)

Röntgeneufnahmen nach Schüller-Stenvers bei Verdacht auf entzündlichen Prozeß oder Tumor bzw. laterale Schädelbasisfraktur

Antiphlogistika (z. B. *Aspirin* o. ä.) und insbesondere abschwellende Mittel (z. B. *Tenderil*, *Tantum* o. ä.), fibrinolytisch wirksame Substanzen (z. B. *Varidase* o. ä.), Corticoide, anfangs in hoher, dann in absteigender Dosierung (Kontraindikationen beachten). Infusionstherapie mit niedermolekularen *Dextranen* und *Novocain* (entsprechendes Schema beachten) muß möglichst bald begonnen werden (sollte nur unter stationären Bedingungen durchgeführt werden).

Schwere, d. h. klinisch komplette Lähmungen insbesondere mit völligem Tonusverlust. Schmerzen besonders bei Verdacht auf Virusinfekt (z. B. Herpes zoster oticus). Beteiligung anderer Hirnnerven (insbesondere des Nervus stato-acusticus mit Schwindel und Hörstörungen). Inkomplette Lähmungen bei Verschlechterung des klinischen Bildes oder bei ungenügendem Ansprechen auf die Therapie.

Falls möglich Elektrodiagnostik: Nervenregbarkeitstest nach Cawthorne-Jongkees. Die Erregbarkeitsschwelle der Nervenmuskeleinheit wird mit galvanischen Rechteckimpulsen von 0,3 bis 1 msec Dauer bei steigender Milliampèrezahl bestimmt. Bei Seitendifferenzen über 3,5 mA Gefahr der tiefergreifenden Nervenschädigung mit Markscheidenzerfall und späterer Defektheilung oder bleibender Lähmung.

Das Elektromyogramm (EMG), im Frühstadium nur bedingt verwertbar, dürfte meist der Klinik vorbehalten sein. Gleiches gilt für sonstige Elektrodiagnostik (z. B. Neuronographie).

1. Ausschluß von traumatischen und iatrogenen Lähmungen: Anamnese mit Schädelunfall bzw. Perotis-, Ohr- oder Hirnoperationen. Ohrbefund, Röntgenbilder, Audiogramm, Vestibularisbefund
2. Ausschluß von otitischen Lähmungen bei akuter Otitis media, Mastoiditis, chronischer Otitis media: Anamnese, Ohrbefund und Röntgenbilder des Ohres, Audiogramm und Vestibularisprüfung
3. Ausschluß von entzündlichen Lähmungen durch Viruserkrankungen, besonders Herpes zoster oticus: Anamnese mit starken Schmerzen (Trigeminus), Bläscheneusschlag (kann bei 10 Prozent fehlen), sonstige Hirnnervenbeteiligung, insbesondere des Nervus stato-acusticus
4. Ausschluß eines Melkersson-Rosenthal-Syndroms: Anamnese mit rezidivierender Fazialislähmung, manchmal Familienanamnese. Rüsselförmige Schwellung der Oberlippe oder sonstige zuerst rezidivierende, später permanente ödematöse Schwellungen im Gesichts- oder Mundrechenbereich. Konstitutionelle Stigmata wie Faltenzunge (in 40 Prozent)
5. Ausschluß von Tumoren: Mittelohrkerzinome und Gehörgangskerzinome sind selten, maligne Perotistumoren häufiger. Beim Akustikusneurinom ist die Fazialislähmung ein Spätsymptom.