



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

Juní 1983

Zur Kenntnis genommen:

Diese Seite sollte gerade in die Druckerei gehen mit einem Bericht über die Regierungserklärung von Bundeskanzler Dr. Kohl, Aussagen von Arbeitsminister Dr. Blüm und neuesten Plänen zur Rentensenkung. Als wir aber am 18. Mai in den großen bayerischen Tageszeitungen Schlagzeilen fanden wie „Mißbrauch mit neuer Gebührenordnung“ („Süddeutsche Zeitung“), „Gibt es verbotene Praxisgespräche zwischen Ärzten?“ („Münchner Merkur“), „Zu viel kassiert“ („Nürnberger Zeitung“) oder „Mediziner greifen bei Beamten in die volle“ („Passauer Neue Presse“), war das Thema für Juni vorgegeben. Die Zeitungsberichte bezogen sich auf eine Sitzung des Landtagsausschusses für den öffentlichen Dienst. Dort haben Vertreter des bayerischen Finanzministeriums und des bayerischen Innenministeriums über erste Erfahrungen mit der neuen Amtlichen Gebührenordnung aus der Sicht der Beihilfestellen berichtet. Anschließend diskutierten die Abgeordneten über dieses Thema. Kritisch vermerkt wurde, daß der Bayerische Finanzminister Max Streibl mir am 3. Mai einen Brief in dieser Sache geschrieben habe, welcher am 17. Mai noch nicht beantwortet sei. Der Brief lag tatsächlich auf meinem Schreibtisch. Er kam unmittelbar vor meiner Abreise zum Deutschen Ärztetag, konnte also noch nicht beantwortet sein. Worum geht es? „Eine Reihe von Mißbräuchen der neuen Gebührenordnung für Ärzte sind das Finanz- und das Innenministerium sowie die Landeskertellbehörde auf die Spur gekommen“, so schreibt die „Süddeutsche Zeitung“. Angeblich hätten die Orthopäden eines Landkreises sich verständigigt, generell nur noch die höchstmöglichen Sätze abzurechnen. Das ist zwar zunächst nur eine Vermutung, aber man ist bereits „auf die Spur“ gekommen. Am meisten empörte man sich darüber, daß einige Ärzte sogar vor Beginn der Behandlung und noch dazu auf eigenen Formularen die privat versicherten Patienten – und damit auch die meisten Beamten – zur Unterzeichnung freier Honorarvereinbarungen brächten („drängen“!). Ein Abgeordneter meinte dazu, es sei „unerträglich“, wenn damit der Patient gezwungen werde, „wie mit dem Mediziner um das Honorar zu feilschen“. Es ist bedauerlich, daß keiner der anwesenden Beamten die Abgeordneten darüber aufklärte, daß die Gebührenordnung den Ärzten genau dies wörtlich vorschreibt:

„§ 2 Abweichende Vereinbarung

(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem ist vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen, das keine anderen Erklärungen enthalten darf. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.“

Die Ärzte sind darüber ebensowenig froh wie die Patienten. Aber es ist halt einfacher, auf die Ärzte zu schimpfen, als die Verordnung zu lesen.

Es ist hier nicht der Platz, alle Mängel dieser Amtlichen Gebührenordnung noch einmal aufzuzählen. Das ist in früheren Ausführungen bereits geschehen.

Auf eine Ursache für Abdingungen sei aber nochmals hingewiesen: Die Gebührenordnung unterscheidet zwischen ärztlichen Leistungen und solchen mit angeblich besonders hohem Sechskostenanteil, kurz „technische“ Leistungen genannt. Während für die erste Gruppe ein Rahmen bis zum 3,5fachen mit Schwellenwert für eine Begründung ab 2,3 vorgesehen ist, kann bei den „technischen“ Leistungen in der Regel nur bis

zur Schwelle von 1,8 verrechnet werden, ausnahmsweise bis 2,5. Diese Regelung ist, worauf wir immer wieder hingewiesen haben, abwegig und für die Ärzte diskriminierend. Auch die automatische Begründungspflicht bei Überschreitung des Schwellenwertes mag Anlaß für Abdingungen sein. Die Vorstellung von Ärzten, sie könnten sich mit der Abdingung die Mühe ersparen, in zutreffenden Fällen eine Begründung zu schreiben, ist allerdings irrig. Zur Klarstellung: Die Abdingung als solche ist eine freie Vereinbarung und bedarf keiner Begründung. Wenn aber die Schwere des Krankheitsfalles oder die Schwierigkeit der Behandlung auch ohne Abdingung einen Multiplikator oberhalb des „Schwellenwertes“ rechtfertigen würde, dann muß dies dem Patienten bestätigt werden – und zwar mit entsprechender Begründung –, damit er die ihm zustehende Rückerstattung erhält. Die Verweigerung dieser Angaben mit Begründung würde dem Patienten gegebenenfalls einen Vermögensschaden zufügen, was sich schon aus dem Dienstleistungsvertrag zwischen Patient und Arzt verbieten muß.

Für Krankenhausärzte ergibt sich noch eine besondere Situation dadurch, daß die Abgaben, welche der Krankenträger von ihnen erwartet, eine Abdingung geradezu erzwingen, wenn dem Krankenhausarzt noch ein angemessener Honoraranteil verbleiben soll. Man kann also nicht einseitig an die Chefärzte appellieren, es muß auch an die andere Seite gedacht werden. Allerdings – und auch dies muß angesprochen werden – gilt diese „andere Seite“ auch im Verhältnis Arzt – Patient. Etwa die Hälfte aller Privatversicherten gehört zum öffentlichen Dienst, meist als Beamte. Etwa drei Viertel davon haben Gehälter, mit denen sie als übliche Arbeitnehmer Pflichtversicherte der gesetzlichen Krankenversicherung wären und mit dem Krankenschein zum Arzt gingen. Dies muß bedacht werden. Die Angabe eines Patienten, er sei privat versichert, darf unter keinen Umständen dazu führen, automatisch die Unterschrift unter eine Abdingungsvereinbarung zu verlangen. Es ist in jedem Fall gewissenhaft zu prüfen, ob sie zumutbar und die Liquidation angemessen ist. Dabei wird sich zeigen, daß dies bei einem guten Teil dieser Patienten nicht der Fall ist. In einer Notsituation des Kranken noch schnell eine Abdingung unterschreiben zu lassen, ist ohnedies eine Unmöglichkeit. Im übrigen ist die ärztliche Berufsvertretung bereit und verpflichtet, Arztrechnungen, welche für unangemessen gehalten werden, sowohl im Interesse des Patienten als auch der Ärzte zu überprüfen und gegebenenfalls Änderungen zu bewirken. Beihilfestellen gegenüber ergibt sich dies schon aus unserer Verpflichtung zur Amtshilfe.

Meine Kolleginnen und Kollegen, ich weiß, daß sich ein Mißbrauch der Abdingung auf einen ganz kleinen Teil der Ärzteschaft beschränkt. Vergessen Sie aber nicht, daß nach alter Erfahrung die Meinungsbildung in der Öffentlichkeit durch Außergewöhnliches und Mißbrauch bestimmt wird und nicht durch normales Verhalten. Dies zu bedenken, bitte ich Sie alle im Interesse des Ansehens und der Glaubwürdigkeit der Ärzte in unserer Bevölkerung.

Professor Dr. Sewering

Rheumatologie: diagnostische und therapeutische Konsequenzen für die Praxis

69. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Unter dem Tagesvorsitz von Professor Dr. H. G. Fassbender, Mainz, wurden in einer Gesprächsrunde aus dem Blickwinkel verschiedener Disziplinen Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Praxis erarbeitet. Es wurden nicht – wie sonst üblich – Einzelreferate gehalten, sondern anhand eines Kataloges von 20 Fragen das Gesamtgebiet der Rheumatologie erörtert. – Teilnehmer an diesem Rundgespräch waren: Professor Dr. G. L. Bach, Bayreuth – Dr. Dipl.-Psych. D. Kallinke, Heidelberg – Professor Dr. L. Mannerfeldt, Villingen – Professor Dr. H. Mathies, Bad Abbach – Professor Dr. F. Schilling, Mainz – Privatdozent Dr. E. Senn, Zürich – Professor Dr. H. Truckenbrodt, Garmisch-Partenkirchen

1. Was versteht man unter Rheuma?

Rheumatische Erkrankungen sind schmerzhafte und die Funktion einschränkende Erkrankungen des Bewegungsapparates unter Einschluß der diese Erkrankungen begleitenden oder gegebenenfalls auch isoliert vorliegenden Vorgänge an anderen Organen oder Organsystemen. In dieser Definition werden die degenerativen Erkrankungen miteingeschlossen, was in Deutschland – auf Wunsch der Orthopäden – in der Regel nicht geschieht.

2. Häufigkeit

Am häufigsten ist sicher die Arthrose, denn alle Menschen über 65 Jahre haben eine Arthrose, allerdings wird nur ein geringer Teil dieser Veränderungen klinisch manifest. Am zweithäufigsten ist die chronische Polyarthritiden, wobei in den verschiedenen europäischen Staaten 1 bis 5,4 Prozent der Bevölkerung als manifest krank angegeben werden. Etwa eine Zehnerpotenz weniger häufig ist die Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew), die mit 0,1 bis 0,2 Prozent angegeben wird. Die Arthritis psoriatica tritt bei 5 Prozent der Patienten mit Psoriasis auf. Der Streptokokken-Rheumatismus ist heute selten geworden und wird unter 0,2 Prozent angegeben.

3. Wer kommt in die Praxis des Praktikers, Internisten, Orthopäden oder Pädiaters?

In der Regel wird ein Patient mit Gelenkschmerzen oder einem „dicken Knie“ seinen Hausarzt aufsuchen, bekommt dann häufig eine Überweisung zum Orthopäden oder wird – auch keineswegs selten – in die

Klinik eingewiesen, insbesondere wenn die Diagnose recht unklar ist. Zum Internisten mit der Teilgebetsbezeichnung Rheumatologie kommt der Patient recht häufig, wenn ein Rheumafaktor positiv ist, mit der Frage, ob es sich tatsächlich um eine chronische Polyarthritiden handelt. Zum Orthopäden kommen Gelenkveränderungen mit Exsudaten, Sehnenenerkrankungen und auch Prodromalstadien einer chronischen Polyarthritiden. Leider ist es noch viel zu wenig bekannt, daß die chronische Polyarthritiden auch bei Kindern auftritt, so daß diese häufig verspätet einer gezielten Behandlung zugeführt werden. Das Problem verstärkt sich dadurch, daß etwa vier Prozent aller Kinder im Laufe ihrer Entwicklung einmal Gelenkschmerzen haben. Im Mittelpunkt dieses Problems steht jedoch der Praktiker, der Hausarzt, der möglichst gezielt und nicht zu spät den Patienten an den Spezialisten überweisen sollte, damit der Kranke dann von dem Hausarzt optimal, meist über lange Zeit, behandelt werden kann.

4. Welche Beschwerden (Symptome) führen den Patienten zum Arzt?

Überwiegend sind es die Gelenkschmerzen, Gelenkschwellungen und Funktionseinschränkungen, die den Patienten zum Arzt führen. Das gilt auch für die Kinder, die z.B. morgens zunächst für einige Zeit nicht auftreten können, während bei Kindern mit Befall der inneren Organe meist das Fieber und Ausschläge im Vordergrund stehen, die dann zur Klinikeinweisung führen. Betrachtet man das Problem etwas differenzierter, so kommen bei der chronischen Polyarthritiden die Patienten wegen Gelenkschwellung, Schmerzen, Mor-

gensteifigkeit, aber auch Kraftlosigkeit in den Händen und gar nicht selten wegen vermehrter Schweißneigung zum Arzt. Bei der Spondylitis ankylosans kommen die Patienten häufig, bevor auf die Wirbelsäule achtgegeben wird, wegen Augenentzündungen, so daß nicht selten diese Patienten vom Augenarzt zum Rheumatologen überwiesen werden. Weitere Symptome sind dann der frühmorgendliche Aufwachsmerz und Atembeschwerden mit Kompressionsgefühl um den Thorax herum. Bei der Gicht führen nicht selten zuerst die Nierensteine zur Diagnose. Bei den degenerativen Erkrankungen, z.B. beim HWS-Syndrom, belasten den Patienten zuerst die Kopfschmerzen, bei Veränderungen im Bereich der Brustwirbelsäule werden nicht selten Herz- oder Lungenkrankheiten angenommen.

5. Problematik der Monarthritis

Monarthritis und Oligoarthritis (bis zu fünf Gelenken) sind symptomatologische Ausdrücke zur mono- bzw. oligotopen Teilcharakterisierung einer entzündlichen Gelenkerkrankung. Dabei sind akute und reaktive Arthritiden in der Überzahl unter Bevorzugung der unteren Extremitäten, vor allem die Gonarthritis. Sie sind in jugendlichen Jahren häufiger, während in mittleren Jahren die Gicht häufiger wird und die Pseudogicht, die Chondrokalzinose, die häufigste Monoarthritis des Seniums darstellt. Die Abgrenzung gegen die entzündlich gereizte Arthrose und die nosologische Unterscheidung akuter und chronischer Arthritiden sind wesentlich. Die Differenzierung dieser Formen ist unter Beachtung der Anamnese, der Untersuchungstechnik, der Palpation, der Analyse des Gelenkpunktes und des Röntgenbildes lehr- und erlernbar. Der Häufigkeit nach werden Knie-, Großzehen- und Fußgelenk betroffen, dann erst das Handgelenk. Vorwiegend als Monarthritis manifestiert sich die eitrige Arthritis, nicht selten durch fehlerhafte Punktion, wenn nicht sauber gearbeitet wird. Der Häufigkeit folgen nach der eitrigen Arthritis die Gicht und die Chondrokalzinose (Pseudogicht) und schließlich die Monarthritis bei der juvenilen chronischen Polyarthritiden. Auch die Reiter- und die Bechterew-Erkrankung manifestieren sich häufig als Oligo- oder Monarthritis an den unteren Extremitäten. Auch die sogenannten postinfektiösen Arthritiden

den nehmen diese Verlaufsform. Als Erreger kommen in Frage Streptokokken, Salmonellen, Versinien, aber auch Chlamydien und schließlich die viralen Infekte, also z.B. auch die Hepatitis. Die Mono- und Oligoarthritiden werden mit zunehmendem Alter seltener, wobei allerdings im Alter die gereizte, aktivierte Arthrose als Differentialdiagnose zu beachten ist.

6. Differentialdiagnostische Maßnahmen in der Praxis

Bei der großen Zahl einer möglichen Ursache der Monarthritis werden Klinik und Verlauf die weitere Differentialdiagnose leiten. Besteht der Verdacht auf einen Morbus Bechterew, wird man z.B. eine Röntgenaufnahme der Ileosakralgelenke veranlassen. Vor allem im jugendlichen Alter gehört zur Differentialdiagnose immer die Bestimmung des HLAB27. Ist dieser Test positiv, beweist er zwar keineswegs einen Morbus Bechterew, gibt aber einen wichtigen Hinweis in diese Richtung. Auch die Gewinnung eines Punktes kann wichtige Hinweise geben, da z. B. Kristalle auf eine Arthritis urica hinweisen und auch zur Diagnose einer Chondrokalzinose führen können. Auch die Zellzahl des Punktes gibt Hinweise darauf, ob es sich nur um einen „arthrotischen Reizerguß“ oder eine entzündliche Arthritis handelt. In der Pädiatrie wird bei einer Monarthritis noch viel zu häufig an eine traumatische Genese gedacht. Sehr häufig sind beim Kind Monarthritis eine beginnende chronische Polyarthritis und ab dem sechsten Lebensjahr bereits ein Morbus Bechterew, aber auch eine Infektarthritis oder eine postinfektiöse Arthritis sind keine Seltenheit. Schließlich muß man auch an aseptische Knochennekrosen und an Blutungskrankheiten denken. Auch primäre Knochentumoren und Metastasen sind zu beachten. Punktiert man ein Gelenk, so sollte man nicht nur eine bakteriologische, sondern auch eine Synovialanalyse veranlassen.

Die Experten waren sich darüber einig, daß eigentlich nur der Gebietsarzt, der diese Untersuchungen täglich durchführt, ein Gelenk punktieren sollte, da die Gefahr der iatrogenen infektiösen Arthritis im allgemeinen unterschätzt wird. Wird aber in der Praxis punktiert, dann sollte das Punktat mit einem Tröpfchen Liquemin rasch zu einer voll-

ständigen Analyse in die nächste Rheumaklinik versandt werden, vorher jedoch die Zellen gezählt werden, da dieser Parameter sich rasch verändert. Als Hinweis: dreistellige Zahlen sind nicht entzündlich, vier- und fünfstelligen Zahlen sind entzündlich; dazwischen liegt eine Grauzone zwischen 2000 und 4000 Zellen. Mit Nachdruck wurde darauf hingewiesen, daß die Anamnese – gerade in der Rheumatologie – von großer Bedeutung ist, da der Verlauf der Erkrankung, aber auch das subjektive Empfinden des Patienten wichtige Hinweise für die Diagnose geben könne. So kann das Befallsmuster oft nur aus der Anamnese erkannt werden, aber auch eine früher abgelaufene Sehnscheidenentzündung kann ein Hinweis auf eine beginnende rheumatische Erkrankung sein. Es wurde deutlich gemacht, daß Anamnese und klinischer Befund wichtiger sind, als Laborergebnisse und Röntgenbefund. Typische Befallsmuster: bei der chronischen Polyarthritis Grund- und Mittelgelenke, bei der Arthritis psoriatica alle Fingergelenke und differentialdiagnostisch bei der Heberden-Bouchard-Polyarthrose die End- und Mittelgelenke. Das Alter des Patienten spielt für die Diagnose eine erhebliche Rolle. So gibt es bereits Kinder von sechs bis acht Jahren, bei denen eine Monarthritis Hinweis auf einen Morbus Bechterew ist. Bei einem Jüngling nach der Pubertät sind rezidivierende Monarthritis nahezu beweisend für einen beginnenden Morbus Bechterew. Ganz besonders wurde hervorgehoben, daß alle Gelenke zu untersuchen sind, denn oft kommt der Patient wegen Beschwerden in einem Gelenk, und bei der gründlichen Untersuchung findet man auch an anderen Gelenken deutliche Veränderungen, d.h. also Schwellung, Überwärmung oder Bewegungseinschränkung. Auch Einzelsymptome geben wichtige Hinweise; so ist der Fersenschmerz besonders verdächtig auf Arthritis psoriatica, Morbus Bechterew und Reiter-Syndrom – dabei handelt es sich um eine Insertionstendinitis. Auch die Familienanamnese ist von erheblicher Bedeutung; so findet man bei Kindern mit einem Morbus Bechterew in einem Drittel der Fälle eine familiäre Belastung. Röntgenbefunde sind sicher eine Sache des Spezialisten, der wissen muß, daß Röntgenaufnahmen in verschiedenen Ebenen sehr unterschiedliche Ergebnisse bringen können. Auf der ande-

Namenskürzung:
DH-Ergotamin-
Tabliten retard

jetzt

DHE-Tabliten[®] retard

Hypotonie
Venen
Migräne



Antihypotonikum,
Venotonikum

Zusammensetzung
1 Tablette enthält
Dihydroergotaminmesilat
2,5 mg.

Indikationen
Hypotonie, Migräne (im
Wechsel mit Migrexa zur
Anfallsbehandlung), venöse
Insuffizienz.

50 Tabl.	22.60
100 Tabl.	38.00
250 Tabl.	90.81

Tablette
zerbeißen – forte
Tablette
schlucken – retard

Namenskürzung:
DH-Ergotoxin
Tabliten
forte

jetzt

DH-Tox-Tabliten[®] forte

Vergeßlichkeit
Schwindel
Migräne



Cerebral-
Therapeutikum

Zusammensetzung
1 Tablette enthält
je 0,67 mg Dihydroergo-
cristinmesilat, Dihydro-
ergocorninmesilat,
Dihydroergokryptin-
mesilat = 2 mg Dihydro-
ergotoxinmesilat.

Indikationen
Cerebralinsuffizienz,
Migräne bei hypertoner
Ausgangslage (im
Wechsel mit Migrexa zur
Anfallsbehandlung),
Schwindel, Ohren-
sausen, Vergeßlichkeit,
Durchblutungs-
störungen.

50 Tabl.	36.52
100 Tabl.	67.00
250 Tabl.	151.34

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

ren Seite ist von großer Bedeutung, daß eine chronische Polyarthritits im Anfang durchaus ohne jeden röntgenologischen Befund sein kann. Deutliche degenerative Veränderungen bedeuten keineswegs den Ausschluß einer beginnenden destruktiven rheumatischen Erkrankung. Auch die Schmerztypen geben wichtige Hinweise. So deuten Belastungsschmerzen auf ein entzündliches Geschehen im oder um das Gelenk herum. Morgendliche Schmerzen vor allem bei Frauen im Daumen, Zeige- und Mittelfinger mit Parästhesien weisen auf ein Karpaltunnel-Syndrom hin, das nicht selten Folge von Veränderungen bei einer chronischen Polyarthritits ist. Die Arthrosen sind charakterisiert durch den Anlauf- und Ermüdungsschmerz, den es bei der chronischen Polyarthritits allerdings auch gibt, aber hier ist die Morgensteifigkeit und -schmerzhaftigkeit besonders typisch. Schmerzen bei der Arthrose treten beim Treppabgehen vor allen Dingen im Knie und Sprunggelenk auf, beim Treppaufgehen im Hüftgelenk. Besonders typisch ist der frühmorgendliche Aufwachschmerz lumbal bei der Spondylitis ankylosans. Ein besonderer Hinweis: die chronische Polyarthritits beginnt nicht selten mit schmerzhaften Veränderungen am ulnaren Processus styloideus oder — auch keineswegs selten — in den Kiefergelenken.

7. Wertigkeit der Labormethoden

Die wichtigste Laboruntersuchung ist die BSG, denn diese ist sowohl bei der chronischen Polyarthritits als auch beim Morbus Bechterew, der Arthritis psoriatica und dem Reiter-Syndrom erhöht. Mit Dauer der Erkrankung und Schwere der Progredienz werden die Werte der BSG höher — sie liegen dann bei Werten über 100 mm Hg in der ersten Stunde, während sie früher bei Werten um 20 bis 50 mm Hg liegen. Aber es muß auch betont werden, daß bei fünf bis sieben Prozent trotz eindeutiger chronischer Polyarthritits die BSG normal ist. Diese negativen Befunde sind aber bei weitem nicht so groß wie bei den sogenannten Rheumafaktoren, denn diese sind bei höchstens 80 Prozent aller Fälle positiv. Auch für den weiteren Verlauf ist die BSG von erheblicher Bedeutung, da diese oft die einzige ist, die Veränderungen anzeigt, während der Rheumafaktor oft nicht mit dem Verlauf der Erkrankung korreliert. Darüber

hinaus muß betont werden, daß bei schweren Lebererkrankungen, wie Zirrhose, Hepatitis, aber auch bei Kollagenosen und bei älteren Leuten ohne Erkrankung gewisse Rheumafaktoren positiv sein können — mit anderen Worten: der Rheumafaktor ist keineswegs spezifisch. Antinukleäre Faktoren sind auch keineswegs spezifisch und sind beim Lupus erythematoses noch am aussagekräftigsten, kommen aber auch bei der chronischen Polyarthritits vor. Kommt der Morbus Bechterew differentialdiagnostisch in Frage, so sollte man das HLA B27 bestimmen lassen.

8. Fragetechnik

Eine gezielte Fragetechnik ist vor allem bei den schwierigen Patienten notwendig, also denjenigen, die ihre gesamte Krankheitsgeschichte erzählen möchten und nicht selten mit schriftlichen Unterlagen erscheinen. Zu diesem Krankengut gehören vor allen Dingen Menschen mit psychosomatischen Beschwerdebildern, bei denen es nicht immer leicht ist, die Art der Schmerzen einem Krankheitsbild zuzuordnen. Zu den Problempatienten könnte man die Gruppe zählen, bei denen eine erhebliche Diskrepanz zwischen subjektiven Klagen und objektiven Befund besteht, aber auch jene Patienten, die über Beschwerden an den unterschiedlichsten Organen klagen. Hier besteht von vorneherein der Verdacht einer psychogenen Überlagerung, was aber durch eine besonders ausführliche Anamnese und einen gründlichen klinischen Befund erhärtet werden muß. Aber gerade diese Patienten wollen als körperlich kranke Menschen akzeptiert werden und hören das Wort Psyche überhaupt nicht gern. Es ist also wichtig, dem Patienten genau zuzuhören, ihn gründlich zu untersuchen und, nachdem man nichts Greifbares gefunden hat, mit ihm eventuell noch einmal die Vorgeschichte durchzugehen, denn nicht selten gibt es dann Hinweise auf auslösende Lebensumstände bei Beginn der Erkrankung.

9. Was ist Chronizität?

Akut und chronisch sind in der Medizin Begriffe, die nur unscharf definiert werden können und meist zeitlich oder durch die Intensität charakterisiert werden. In der Rheumatologie aber gibt es den Begriff der akuten

und chronischen Arthritis, die nosologisch auseinanderzuhalten sind. Die akute Arthritis gleicht einem Geschoß, das eine kinetische Energie bekommt, diese langsam verliert und wieder zum Boden zurückkehrt, d. h., ausheilt. Die Chronizität ist vergleichbar mit einer Rakete, die einen Brennsatz hat, der Schübe machen kann, Abweichungen ermöglicht, im Grenzfall auch einen Stillstand ermöglicht (Remission), um dann wieder mit einem erneuten Schub weiterzufliegen. Im Prinzip — wenn auch mit Ausnahmen — ist der chronische Verlauf nicht ausheilbar, also den Patienten ein Leben lang begleitend. Bei der chronischen Polyarthritits gibt es verschiedene Verlaufsformen mit den Extremen einer stark progredienten Form und einem Schub mit sehr langer Remission.

10. Rheumatische Erkrankung des Kindes

Der Entzündungsprozeß der chronischen Arthritis trifft beim Kind den wachsenden Organismus und die jahrelang dauernde Erkrankung führt zwangsläufig zu einer Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen und psychosozialen Entwicklung. Neben den durchaus vorhandenen Parallelen zu den Erwachsenen gibt es beim Kind doch erhebliche Unterschiede. Das rheumatische Fieber sieht man heute auch in einer Spezialklinik sehr selten und wird eher zu häufig diagnostiziert, am häufigsten ist die chronische juvenile Arthritis und keineswegs selten die postinfektiöse Arthritis, in erster Linie durch Streptokokken, aber auch durch Salmonellen und Yersinien. Bei diesen Erkrankungen ist es besonders wichtig, daß man zu Beginn einer Gelenkerkrankung daran denkt und mit Hilfe von Blutuntersuchungen die Diagnose stellt, weil nach zwei bis drei Monaten die Antikörpertiter abfallen und dann eine exakte Diagnose nicht mehr möglich ist. Auch der Morbus Bechterew ist, wie bereits angesprochen, beim Kind nicht selten und auch die Arthritis psoriatica manifestiert sich bereits im Kindesalter, in 50 Prozent ohne Hautveränderungen.

Um einer postinfektiösen Arthritis auf die Spur zu kommen, muß man bei akuten Gelenkerkrankungen immer nach gastrointestinalen Erkrankungen in den letzten vier Wochen fahnden. So treten z. B. bei den Yersinien

pseudoappendizitische Beschwerden auf, mit Lymphknotenschwellung und Temperaturen, die bald abklingen. Mit dem zweiten Fieberschub tritt dann die Arthritis auf, manchmal begleitet von einem Erythema nodosum und Fersenschmerzen und einer hohen humoralen Aktivität. Auch diese Kinder sind meistens HLA B27-positiv wie die Kinder mit beginnendem Morbus Bechterew.

Bei der juvenilen chronischen Arthritis haben sich in den letzten Jahren einige Subgruppen mit eigenständigem Verlauf herausgebildet, die uns helfen, die Diagnose zu stellen. Man teilt am besten ein nach der Anzahl der Gelenke und nach dem Gelenkmuster. Die Vielgelenkform betrifft meist große und kleine Gelenke und ist weitgehend symmetrisch. Die Oligoarthritis verläuft meist esymmetrisch und bevorzugt die großen Gelenke. Bei der Vielgelenkform wird das Still-Syndrom heute als systemische Form bezeichnet. Es ist durch Fieber und Exanthem charakterisiert und befällt in unterschiedlichem Maße die inneren Organe, wobei in etwa 20 Prozent eine Perimyokarditis auftritt. Diese Kinder sind am schwersten betroffen und durch die spätere Septikämie und Amyloidose gefährdet, die in zehn Prozent auftritt. Die häufigste Erkrankung ist allerdings die seronegative Polyarthrit, die oft schleichend beginnt und in allen Altersgruppen auftritt, während der systemische Verlauf seinen Gipfel beim Kleinkind hat – 50 Prozent schon bis zum dritten Jahr. Nur etwa 10 Prozent entwickeln den Adultentyp – dabei handelt es sich um ältere Mädchen mit der gleichen Verlaufsform wie der Erwachsenen-
typ.

Sehr interessant sind die beiden Weniggelenkformen. Eine für das Kindesalter spezifische Form ist die frühkindliche Form, mit 80 bis 90 Prozent Mädchen in den ersten Lebensjahren, die meistens mit einem Knie-, Sprung- oder Ellenbogengelenk, in jedem Fall aber asymmetrisch, beginnt und deren Besonderheit und Problematik eine chronische Iridozyklitis ist. Diese zeigt keine äußeren Symptome und kann nur durch den Augenarzt mit der Spaltlampe erkannt werden. Kinder mit hohen antinukleären Faktoren sind hier besonders gefährdet. Die zweite Form der Oligoarthritis betrifft größere Kinder mit asymmetrischem Befall der größeren Gelenke, vor allem an den unteren Extremitäten. Nicht

selten zeigt sich, wenn auch oft erst drei bis fünf Jahre später, ein Befall der Ileosakralgelenke, wodurch dann erst die Diagnose eines Morbus Bechterew gestellt werden kann.

Beim Still-Syndrom kommt es bereits durch die Erkrankung zu einem Minderwuchs, der durch die Behandlung mit Kortikoiden leider noch verstärkt wird. Die Diagnosestellung einer juvenilen chronischen Arthritis ist problematisch und eigentlich erst eindeutig, wenn acht und mehr Gelenke betroffen sind. Meistens ist es aber nur ein Gelenk, wobei dann aber eindeutig erthritische Zeichen mit Rötung, Schwellung und Funktionseinschränkung gefordert werden, eine Arthralgie reicht nicht. Die Gelenkveränderungen müssen außerdem mehr als sechs Wochen dauern. Die morgendlichen Beschwerden mit Steifigkeit sind sehr eindrucksvoll. Eine Tendosynovitis als Hinweis auf eine chronische Polyarthrit wird oft verkannt, weil die Schwellung dorsal proximal von den Fingergrundgliedern meist nicht beachtet wird. Es soll hier noch einmal betont werden, daß – vor allem bei Kleinkindern – eine Augenuntersuchung unbedingt erforderlich ist, und bei negativem Ergebnis alle vier bis sechs Wochen eine Nachuntersuchung erfolgen muß, um möglichst frühzeitig eine beginnende Iridozyklitis zu diagnostizieren, weil nur eine frühzeitige und ausreichende Behandlung einen Defektschaden verhindern kann. Heute kommt es noch bei einem Drittel der Kinder zu einem schweren Seh Schaden und bei einem weiteren Drittel zu deutlichen Veränderungen. Ein wichtiger Hinweis: erkrankt ein Auge, so erkrankt in mehr als 50 Prozent auch das andere, und zwar innerhalb von wenigen Monaten.

Ein wichtiger Hinweis des Pathologen: Rheumaknoten beim Kind gibt es praktisch nicht. Es handelt sich fast ausschließlich um ein Granuloma anulare, das völlig harmlos ist. Wird also die Diagnose Rheumaknoten beim Kind gestellt, handelt es sich fast ausschließlich um eine Fehldiagnose. Einzige Ausnahme sind die seropositiven adulten Verlaufsformen.

11. Vermeidbare Fehler bei juveniler chronischer Arthritis

Zunächst sollte betont werden, daß gerade bei der juvenilen chronischen

Amoxi-Tablinen®



neu
von Sanorania

1000 mg Amoxicillin

Infektionen

1. 10. 82:
weitere drastische
Senkung der
Therapiekosten

Zusammensetzung
1 Tablette enthält 1147,6 mg Amoxicillintrihydrat, entsprechend 1000 mg Amoxicillin.

Indikationen
Infektionen mit amoxicillinempfindlichen Erregern, z. B. Infektionen der Atemwege und Lunge, im Magen-Darm-Trakt (einschließlich Typhus), im Urogenital-Trakt, im HNO-Bereich, der Gallenblase und -wege, der Haut und Weichteile.

Kontraindikationen
Penicillinallergie, Mononukleose. Während der Schwangerschaft sollte die Indikation streng gestellt werden. Kreuzallergie mit anderen Penicillinen und Cephalosporinen.

Nebenwirkungen
Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. anaphylaktische Reaktionen), Magenreizungen und Durchfälle, Masernähnliche Hautausschläge in Verbindung mit Juckreiz und Arzneimittelfieber.

Dosierung
Erwachsene und Jugendliche über 14 Jahre: 3 mal täglich 1 Tablette, Schulkinder (6 bis 14 Jahre): 3 mal täglich ½ Tablette.

10 Tabl.

34.95

20 Tabl.

68.-



SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Arthritis eine möglichst frühzeitige Diagnose von großer Bedeutung ist und neben einer medikamentösen Therapie auch die physikalische Behandlung intensiv betrieben werden muß, so daß es in jedem Fall günstig ist, die Kinder so früh wie möglich in eine Spezialklinik zu schicken. Um eine Fehldiagnose zu vermeiden, muß man sich mit diesen Kindern sehr viel Zeit lassen, muß sie von Kopf bis Fuß untersuchen, weil dann zumindest eine Verdachtsdiagnose nicht schwer ist. Ein besonders schwerwiegender Fehler ist die Ruhigstellung eines entzündlichen veränderten Gelenkes, z. B. wenn man an eine Traumafolge denkt. Es muß also gefordert werden, daß, solange die Diagnose nicht feststeht, eine längere Ruhigstellung im Gipsverband unbedingt vermieden werden muß. Ein weiterer entscheidender Fehler ist die Unterlassung häufiger augenärztlicher Untersuchungen, da die Iridozyklitis keine Beschwerden macht und deshalb nur durch häufige augenärztliche Kontrollen erkannt wird.

12. Medikamentöse Therapie

Die Behandlung einer chronischen Erkrankung muß als langfristiges Therapiekonzept geplant werden, aber als Sofortmaßnahmen sind doch Mittel angebracht, die dem Patienten sofort helfen, also bei der chronischen Polyarthritis eine symptomatische Therapie, unter Umständen auch mit Kortison. Allerdings sollte eine intramuskuläre Injektion mit einem Depot-Präparat auf jeden Fall vermieden werden, da diese Behandlung auf Dauer ohne größere Risiken nicht durchgehalten werden kann. Bei der postinfektiösen Arthritis ist eine antibiotische Therapie indiziert, wenn der Erreger noch nachweisbar ist. Ebenfalls antibiotisch wird die eitrige Arthritis behandelt, allerdings vom Orthopäden oder Chirurgen mit der Spülsauginjektion. Um ein Gelenk zu entlasten, kann auch die Gelenkpunktion eine Sofortmaßnahme sein.

Zur mittel- und langfristigen Therapie gehört natürlich auch die symptomatische Behandlung, die als Sofortmaßnahme begonnen wurde, wobei Änderungen durch Unverträglichkeit oder auch ungenügende Wirksamkeit selbstverständlich sind. Die eigentliche längerfristige Therapie ist die Basistherapie.

13. Basistherapie

Diese Behandlungsform wird mit Chloroquin, D-Penicillinamin, Goldpräparaten oder Immunsuppressiva durchgeführt. Diese Präparate haben die Eigenart, daß die Wirkung erst nach längerer Zeit eintritt und diese Wirkung nach Absetzen der Präparate auch erst nach einer gewissen Zeit verlorengeht. Die Basistherapie ist natürlich erst dann einzusetzen, wenn die Diagnose gesichert ist. Dann aber so früh wie möglich, da Spätveränderungen nach einer längeren Krankheitsphase nicht mehr zu bessern sind. Die Präparate, mit denen man eine Basistherapie durchführt, sind ursprünglich für völlig andere Erkrankungen entwickelt worden, und bis heute weiß niemand, wo diese Präparate im Krankheitsprozeß eingreifen. Obwohl die Basistherapie durchaus Risiken enthält, muß man betonen, daß unter entsprechenden Laborkontrollen die Gefahr von Nebenwirkungen gering gehalten werden kann. Beim Resochin ist es die Retinopathie, die durch regelmäßige Kontrollen durch den Augenarzt früh erkannt werden muß, da sie in einem späteren Stadium irreversibel ist. Beim Gold ist es die Stomatitis aphthosa, die jedoch nach Absetzen des Präparates rasch reversibel ist. Aber auch Mukosaveränderungen, Dermatitis und – selten – eine Art Immunkomplexnephritis kommen vor. Auch beim D-Penicillinamin gibt es Nephropathien, zum Teil mit erheblichen Proteinurien. Die Nebenwirkungen der Immunsuppressiva liegen auf der Hand, insbesondere die Blutbildveränderungen.

Neurogene Veränderungen gibt es bei Gold und D-Penicillinamin. Während einer Operation wird eine Kortisonbehandlung nach einem bestimmten Schema fortgesetzt. Mehrere Monate vor einer Operation müssen Immunsuppressiva und Zytostatika, wenige Wochen vor der Operation soll D-Penicillinamin abgesetzt werden, da möglicherweise dadurch sonst eine Wundheilungsstörung entstehen könnte. Nicht abgebrochen werden muß Gold.

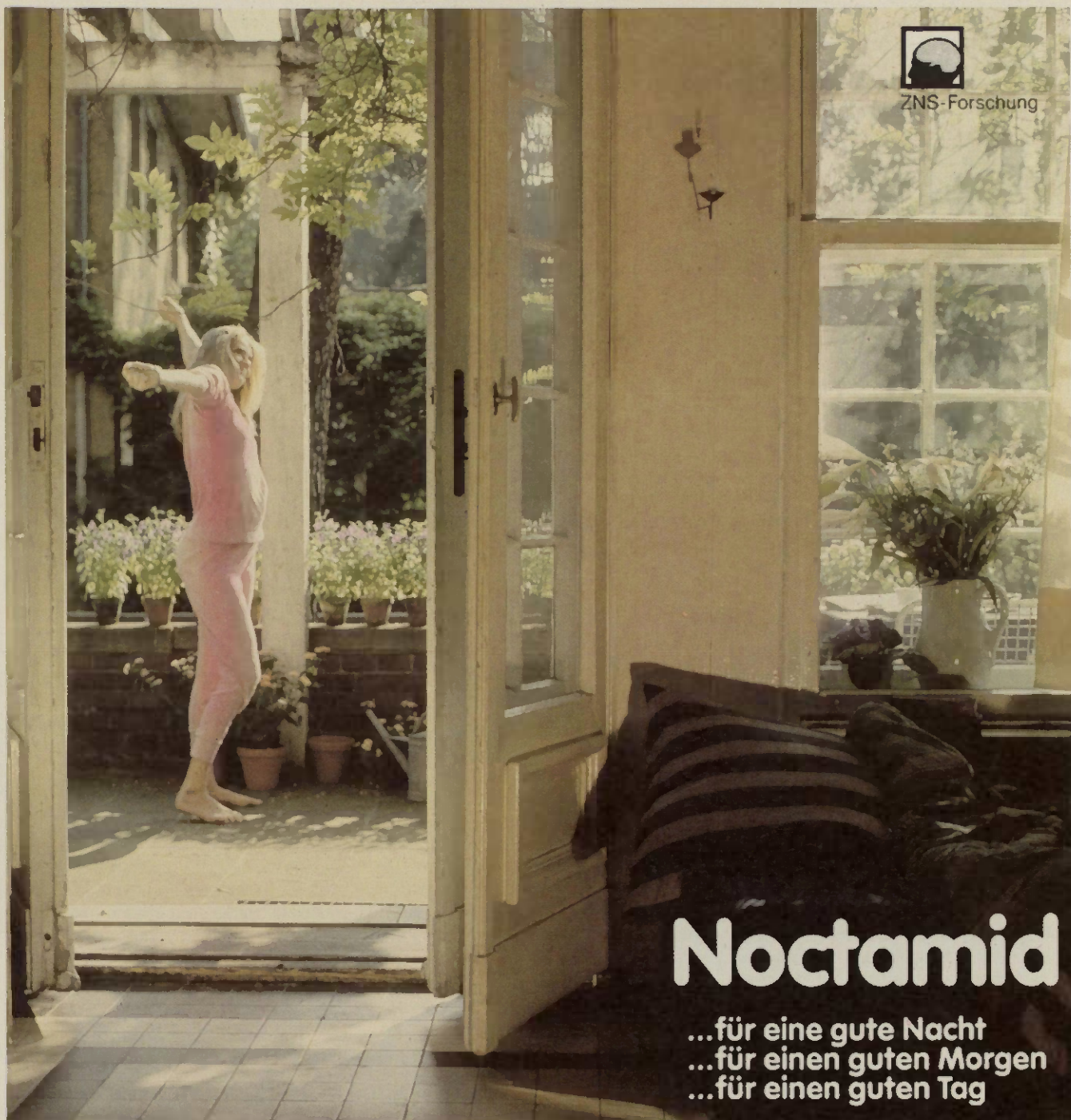
Es wurde betont, daß der Weg des Patienten zur Operation vom Hausarzt über den klinischen Rheumatologen zum Operateur führen sollte, da die Probleme der operativen Vor- und Nachbehandlung einem Spezialisten vorbehalten sein muß, der die Vielzahl der Probleme exakt beherrscht.

14. Antirheumatika

Auch wenn bei den verschiedenen Präparaten unterschiedliche Angriffspunkte diskutiert und von dem Hersteller auch herausgestellt werden, so ist über den Wert dieser Medikamente bei dem einzelnen Patienten noch nicht viel gesagt. Man sollte also bei dem heutigen Stand des Wissens nicht zu viel über diesen Punkt diskutieren. Man kann sagen, daß alle Antiphlogistika sich in ihrer wesentlichsten Wirkungsweise gleichen. Außerdem ist man sich keineswegs darüber im klaren, welche Phase im Rahmen eines Entzündungsprozesses am sinnvollsten und wirksamsten gehemmt werden soll. Grundsätzlich sollte klar sein, daß ein Antiphlogistikum bei einem stark entzündlichen Gelenk am wirksamsten ist und seine Wirksamkeit nachläßt mit dem Chronischwerden der Beschwerden. Antirheumatika wirken antiphlogistisch und analgetisch, wobei die wichtigere Komponente die erstere ist, da sie den eigentlichen Krankheitsprozeß beeinflusst. Für den Patienten ist sicher die analgetische Wirkung bedeutsamer, so daß Antirheumatika mit längerer Anlaufzeit nicht selten abgesetzt werden, falls man den Patienten nicht ausreichend aufklärt.

15. Therapie bei der juvenilen chronischen Arthritis

Die verwandten Medikamente sind die gleichen. Es muß jedoch betont werden, daß Kortikoide bei Kindern viel zu häufig und viel zu früh verwendet werden. Die Kortikoide sollten im wesentlichen nur dann eine Rolle spielen, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, und dann sollten sie niedrig dosiert – unter 0,2 mg/kg Körpergewicht – verwendet werden, und zwar in einer Dosis vor morgens acht Uhr. Ausnahmen werden nur gemacht bei schweren systemischen Verlaufsformen, etwa mit einer Myokarditis. Hat man erst einmal mit einem Kortikoid begonnen, kommt man meistens nicht mehr davon weg; denn reduziert man die Dosis, bekommt man nicht selten einen Reboundeffekt mit einer schwereren Form der Arthritis, als man sie vorher hatte. Es konnte gezeigt werden, daß die Prognose an den Gelenken der unteren Extremitäten durch Kortikoide verschlechtert wird. Vor allem muß man sich darüber klar sein, daß neben den bekannten Nebenwirkungen der Korti-



Noctamid

...für eine gute Nacht
...für einen guten Morgen
...für einen guten Tag

Zusammensetzung: 1 Tablette Noctamid®-0,5/Noctamid®-1 enthält 0,5 mg/1 mg Lormetazepam.

Anwendungsgebiete: Behandlungsbedürftige Ein- und Durchschlafstörungen.

Gegenanzeigen: Myasthenia gravis, akutes Engwinkelglaukom. Bis zum Vorliegen entsprechender Erfahrungen sind Schwangere und Patienten unter 18 Jahren nicht zu behandeln. Dies gilt vorläufig auch noch für stillende Frauen.

Nebenwirkungen: Bei besonders empfindlichen Personen sowie überhöhter Dosierung kann es am Tag nach der Einnahme zu Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Benommenheit, Schwindel und Bewegungsunsicherheit kommen. Es ist vorerst nicht auszuschließen, daß sich bei Patienten im akuten Stadium endogener Psychosen, insbesondere bei schwerer Depression, in Einzelfällen die Krankheits-

zeichen verstärken.

Warnhinweise: Auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden, besonders im Zusammenwirken mit Alkohol. Nach längerfristiger täglicher Anwendung können wie bei anderen Schlafmitteln durch plötzliches Absetzen Schlafstörungen vorübergehend verstärkt wieder auftreten. Wie bei anderen Arzneimitteln dieses Wirkungsstyps ist der Nutzen einer fortgesetzten Anwendung gegen das Risiko von Gewöhnung und Abhängigkeit abzuwägen.

Packungen und Preise lt. A.T.: 10 Tabletten (N1) mit je 0,5 mg/1 mg DM 5,09/6,35. 20 Tabletten (N2) mit je 0,5 mg/1 mg DM 9,63/DM 11,99.

Dosierung: Einzeldosis im allge-

meinen 1 mg. Sie kann je nach Art und Schweregrad der Schlafstörungen verdoppelt oder auch halbiert werden. Besonders ältere Patienten und solche in reduziertem Allgemeinzustand kommen oft mit 0,5 mg aus. Sofern mit Schlafmitteln vorbehandelt wurde, die Barbiturate enthalten, empfiehlt sich für die erste Woche die doppelte Einzeldosis (d.h. 2 mg).

Wechselwirkungen: Bei Kombination mit anderen zentral wirksamen Medikamenten vom Typ der Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika oder Anästhetika ist mit einer Verstärkung des zentral dämpfenden Effekts dieser Präparate zu rechnen. Auch bei Einnahme mit Alkohol muß mit gegenseitiger Wirkungsverstärkung gerechnet werden. Februar 1983

Schering Aktiengesellschaft,
Postfach 65 03 11, D-1000 Berlin 65

Mit Noctamid stimmt der Schlafablauf wieder, und es gibt keinen hang-over, wie kontrollierte Studien zeigten. Noctamid ist das „Wirklich-Nur-Schlafmittel“.

koide bei den Kindern auch das Wachstum erheblich gehemmt wird. Bei den Antiphlogistika gibt es keine wesentlichen Unterschiede zu der Erwachsenentherapie, und bei der Basisbehandlung muß man die Dosen an das Alter und Körpergewicht anpassen. Bei den systemischen Formen brecht man leider häufig die Immunsuppressiva, um die Erkrankung zur Ruhe zu bringen und vor allem auch, um die Amyloidose zu verhindern oder zu beherrschen. Ob Zytostatika kanzerogen wirken, ist bis heute nicht eindeutig geklärt, die Gefahr scheint jedoch geringer zu sein, als bisher angenommen. Die Häufigkeit des Auftretens einer Amyloidose scheint von der humoralen Aktivität abhängig zu sein, die – und das wurde besonders betont – durch Kortikoide nicht beeinflußt wird. Leukeran scheint den Verlauf einer Amyloidose, also vor allem das nephrotische Syndrom und das folgende Nierenversagen, günstig zu beeinflussen.

16. Operative Therapie

Diese Behandlungsform ist keineswegs eine Ultima ratio, sondern muß in das Gesamtkonzept einer Rheumabehandlung einbezogen werden. Man spricht von Frühsynovektomien, Spätsynovektomien und von Rekonstruktionen. Eine Frühsynovektomie sollte z. B. am Handgelenk eines Rheumatikers durchgeführt werden, wenn dieses Gelenk schmerzhaft ist, ein Exsudat aufweist und die Basistherapie nach acht bis zehn Monaten bei gleichzeitiger intensiver antiphlogistischer Therapie kein befriedigendes Ergebnis gebracht hat. Danach werden nahezu alle Patienten schmerzfrei, die Beweglichkeit ist allerdings in 25 Prozent eingeschränkt. Handgelenkssynovektomien bei Kindern sind in ihren Resultaten unsicher. Bei zerstörten Finger- und Handgelenken mit Verlagerung der Sehnen und Ulnardeviation kann man Rekonstruktionsoperationen durchführen, wenn ein Bedürfnis besteht, d. h., wenn die Patienten nicht an diese Situation adaptiert sind. Bei instabilen Gelenken kann man auch eine Arthrodese, d. h., eine Gelenkversteifung durchführen. Die Ergebnisse sind für den Patienten oft befriedigend. Es gibt Kunstgelenke auch für die Hand, aber die Folgezustände sind alles andere als ermutigend. Von internistischer Seite wurde betont, daß eine Frühsynovektomie erst dann durchgeführt werden

darf, wenn zweifelsfrei sicher ist, daß es sich um eine chronische Polyarthritiden handelt, denn die Operation einer akuten Arthritis wäre ein Kunstfehler. Aus diesem Grunde ist die reibungslose, ja freundschaftliche Zusammenarbeit zwischen dem Internistischen und orthopädischen Rheumatologen Voraussetzung. Außerdem sollte die internistische, d. h. medikamentöse Therapie erschöpft, bzw. auf ihre Prognose hin getestet sein. Problematisch ist ein polyartikulärer Befall – wo fängt man an, wo hört man auf? Hat man ein oder mehrere Gelenke, die so aussehen, als hätten sie Schrittmacherfunktion, so wird man diese Gelenke operieren. Bei vielen gleichzeitig befallenen Gelenken gibt es keine verbindliche Regel, die Entscheidung muß individuell zwischen allen Beteiligten getroffen werden. Vor jeder Operation müssen Ziel und Zweck des Eingriffes klar sein. Es muß eine präoperative physikalische Behandlung durchgeführt werden und auch die Nachsorge trägt viel zu einem befriedigenden funktionellen Ergebnis bei.

17. Physikalische Therapie

Bei den Überlegungen zur physikalischen Therapie steht das Gelenk mit seinen Umgebungsgeweben, also dem mesenchymalen und muskulärem Gewebe, im Vordergrund. Immobilisation eines Gelenkes heißt immer Marschrichtung in Richtung Zerfall. Deshalb sollte jede Immobilisation möglichst kurz dauern. Auf der anderen Seite sollte man nicht Immobilisation mit Entlastung verwechseln, denn die letztere ist auch durch aktive Muskelarbeit zu erreichen. Bei akut entzündlichen Gelenken hat die medikamentöse Therapie – auch lokal – den Vorrang. Ein Wort zur Krankengymnastik. Man sollte möglichst von dem dominanten Begriff der Isometrie und der Kraft wegkommen. Es fehlt den meisten Patienten, vor allem denen mit Arthrosen und chronischer Polyarthritiden, nicht an der Kraft, sondern sie weisen eine rasche Ermüdbarkeit auf, die nicht mit Krafttraining und Isometrie behandelt werden kann, sondern mit einem Ausdauertraining. Dieses Training muß mit rhythmisch-dynamischen und nicht mit stabilisierenden Übungen geführt werden. Bei der Verordnung von Krankengymnastik muß man zweigleisig denken – einmal an den lokalen Befund und dann an den gesamten Organismus.

Lokale Behandlung heißt Fehlstellungen behandeln oder verhüten, heißt Beweglichkeit wieder zurückgewinnen oder Beweglichkeit erhalten und heißt vor allem, mechanische Eigenschaften erneut bilden. Ganz wichtig und in den letzten Jahren häufig vernachlässigt ist das allgemeine Körpertraining. Es gibt Beweise dafür, daß ein vernünftiges konstantes Ausdauertraining von dreimal einer Stunde pro Woche Destruktionen verzögern kann. Die Schwierigkeiten sind die Trainingsregeln: jede Sehne, jeder Muskel, jeder Ansatz, jede Kapsel muß dosiert beansprucht werden, um allmählich einen Trainingszustand aufbauen zu können. Wir mißachten dabei oft die zeitlichen Verhältnisse, denn ein Trainingsaufbau bedarf nicht Wochen, sondern Monate. Jede Mißachtung dieser Regel bringt neue Beschwerden. Wir verkennen auch, daß das Laufen auf unseren Straßen nicht geeignet ist, da die Gelenke für diese harte Unterlage nicht gebaut sind; also laufen auf weicher Unterlage. Eine Kontrakturbehandlung ist etwas Langwieriges und Schwieriges und bedarf besonderer Kenntnisse. Zusammenfassend wurde betont, daß Bewegung ein wichtiges, ja ein Wundermittel ist. Von besonderer Bedeutung in der Behandlung sind Ruhephasen, ein richtiger Arbeitsplatz und gezielte Freizeitbeschäftigung.

Die Thermotherapie ist nicht die Hauptbehandlung, kann aber günstige Ergebnisse bringen. Massagen und Elektrotherapie sind immer Sekundärmaßnahmen und stehen nie allein für sich da. Abschließend Eis kontra Wärme: Eis ist Mode, Wärme ist suspekt geworden. Physikalisch gesehen, besteht zwischen beiden kein Unterschied, wohl aber biologisch, denn wir haben getrennte afferente Systeme sowohl für Wärme als auch für Kälte. Aus diesem Grunde sind auch die Reaktionen getrennt zu betrachten. Wärme ist in der Therapie eine Art Bewegungsstarter, die analgetische Wirkung der Wärme ist äußerst komplex und unsicher und braucht sehr viel Erfahrung für ihren Einsatz. Kälte wirkt antispastisch und analgetisch, so daß der kalte Wickel aus diesem Grund häufig angewendet wird. Wärme- und Kältebehandlung schließen sich keineswegs aus, so wird nicht selten eine Wärmebehandlung des ganzen Körpers durchgeführt und dann ganz gezielt eine Kältebehandlung abgeschlossen. Aus dem Gesagten geht

hervor, daß nicht nur die theoretischen Kenntnisse, sondern vor allen Dingen die praktischen Erfahrungen eine große Bedeutung haben.

18. Psychologische Aspekte und psychotherapeutische Maßnahmen

Lange Zeit ist dieses Gebiet stark mystifiziert gewesen, denn es sollte ja die Rheumapersonlichkeit sein, die alle diese Veränderungen bewirken sollte. Inzwischen ist man sich darüber im klaren, daß nur eine kleine Gruppe von rheumatischen Erkrankungen als primär psychogen anzusehen sind. Denken wir an die larvierte Depression, bei denen bis zu 20 Prozent Rücken- und Extremitätenschmerzen auftreten. Die große, für jeden Arzt relevante Gruppe ist jene, die nicht primär psychische Probleme haben und dann rheumatische Beschwerden bekommen, sondern die somato-psychologische Probleme haben, d. h., daß Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen zu psychischen Veränderungen führen. Schmerzen haben etwas Lähmendes, Beschränkungen im Aktionsradius beeinträchtigen das Selbstwertgefühl. Kein Wunder, daß viele, vor allem Frauen, mit rheumatischen Erkrankungen depressive Verstimmungen haben. So ist es aus psychotherapeutischer Sicht wichtig, Lähmungen, Inaktivität und depressive Verstimmung zu überwinden. So ist es vor allem wichtig, durch ein längeres Gespräch, bei dem der Arzt auch zuhört, eine tragfähige Basis aufzubauen, und man wird dann auf die Aktivitäten eingehen, die dem Patienten noch möglich sind, denn man kann auch mit Schmerzen noch Sinnvolles tun. Bei jeder Konsultation ist nicht nur die medikamentöse Therapie zu überprüfen, sondern man sollte auch über die Dinge sprechen, die der Patient trotz seiner widrigen Umstände noch tut oder tun könnte; vor allem braucht er Anerkennung für das, was er noch leistet. Selbstverständlich kann man auch ein Antidepressivum geben, sollte dann aber den Spielraum nützen, um Aktivitäten anzuregen. Wichtig ist das Üben von Entspannungsverfahren, weil der Patient mit seinen Beschwerden besser umzugehen lernt. Zusammenfassend ist also jede Maßnahme wichtig, die Inaktivität und Depression vermindert.

Referent:

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

Berufsgenossenschaftlicher Arbeitsmedizinischer Dienst und Hausärzte*

von C. D. Bloedner

Seit dem 1. Dezember 1974 ist das Arbeitssicherheitsgesetz in Kraft. Es verpflichtet Betriebe, u. a. Arbeitsmediziner zu bestellen. Die Pflichtgrenze und den Umfang der jährlichen betriebsärztlichen Einsatzzeit je Arbeitnehmer legt die Unfallverhütungsvorschrift der zuständigen Berufsgenossenschaft fest.

Dem überbetrieblichen Berufsgenossenschaftlichen Arbeitsmedizinischen Dienst (= BAD) mit seinen 260 Ärzten, 320 MTAs, Arzthelferinnen und Audiometristen und seinen über 100 stationären und seinen 5 mobilen Einrichtungen sind im gesamten Bundesgebiet zur Zeit 6350 Betriebe mit insgesamt ca. 750 000 Arbeitnehmern angeschlossen. In Bayern allein sind es 27 größtenteils hauptamtliche Ärzte, die fast 80 000 Arbeitnehmer betreuen (Stand vom 31. Dezember 1982).

Der BAD ist nicht gewinnorientiert, entsprechend groß ist sein Angebot.

Ärztliche Aufgaben im Berufsgenossenschaftlichen Arbeitsmedizinischen Dienst

Zu den Aufgaben dieser Betriebsärzte gehört es, die Arbeitsplätze der von ihnen Betreuten mit ihren ergonomischen Problemen und Risikofaktoren zu kennen. In unmittelbarer Kenntnis der einzelnen psycho-physischen Belastungen soll er den Arbeitnehmer mit seinem arbeitsmedizinischen Rüstzeug betreuen. Hierzu muß er sich ein Bild vom Gesundheitszustand des Betroffenen beschaffen, um unter Umständen nachteilige Folgen abschätzen und würdigen zu können. Der Arbeitsmediziner unterliegt hierbei — wie jeder andere Arzt auch — dem Berufsgeheimnis. Dies gilt vor allem auch gegenüber dem Arbeitgeber. Bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Berufskrankheit oder eines körperlichen Schadens, der in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz des Betroffenen steht, ist er allerdings — im Interesse des Arbeitnehmers — verpflichtet, gegebenenfalls eine Anzeige an die zuständige Berufsgenossenschaft zu erstatten oder beim Arbeitgeber auf eine Änderung der den Schaden

auslösenden Ursache hinzuwirken. Solche Aktivitäten des Arbeitsmediziners kommen jedoch auch nicht ohne Kenntnis bzw. Zustimmung des Betroffenen in Gang.

Aufgrund seiner Ausbildung ist der Arbeitsmediziner außerdem in der Lage, den Arbeitgeber bei der Arbeitsplatzgestaltung und dem Arbeitsablauf zu beraten (z. B. Einrichtung von Bildschirmarbeitsplätzen, Lärmdämmung, Beleuchtung, Klimatisierung, Pausenregelung usw.).

Für viele Tätigkeiten schreiben die Unfallverhütungsvorschriften oder staatliche Verordnungen Eignungs- und Überwachungsuntersuchungen vor (z. B. beim Umgang mit Benzol und seinen Homologen, Quarzstaub, Asbest, Blei, Strahlenschutz u. v. a.). Der Arbeitsmediziner ist nach entsprechender Ermächtigung durch die staatlichen Stellen oder den Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften autorisiert, die entsprechenden Eignungs- und Überwachungsuntersuchungen durchzuführen.

Zur Erledigung seiner vielseitigen Aufgaben steht dem im BAD tätigen Arzt ein Arsenal von größtenteils transportablen Geräten zur Verfügung (z. B. Hör- und Sehtestgeräte, Apparate zur Lärmpegelmessung, zur Licht- und Staubbmessung, EKG-Gerät, eine fahrbare Röntgeneinrichtung usw.).

Da die Eignung, an einem bestimmten Arbeitsplatz tätig bzw. nicht tätig sein zu können, erst nach genauer Kenntnis des Gesundheitszustandes festgestellt werden kann, kommt es bei der arbeitsmedizinischen Untersuchung nicht selten zur Objektivierung bis dahin noch nicht bekannter und damit auch noch nicht behandelter Krankheiten. Hier ergeben sich Berührungspunkte zu den Hausärzten.

Keine ärztliche Behandlung durch den im BAD tätigen Betriebsarzt

Die im Berufsgenossenschaftlichen Arbeitsmedizinischen Dienst hauptamtlich tätigen Ärzte besitzen keine

Kassenzulassung. Sie dürfen — auch bei Feststellung einer bisher unbekannteren Krankheit — keine Behandlung durchführen. Dies ist ausschließlich Aufgabe der Hausärzte. Wird ein von der Norm abweichender Befund festgestellt, so teilt er diesen — über den Untersuchten — dem Hausarzt mit.

Sollte sich während der Anwesenheit im Betrieb zufällig ein Unfall ereignen oder ein akutes Krankheitsbild eintreten, das sofortige ärztliche Hilfe notwendig macht, so ist selbstverständlich der Betriebsarzt, wie jeder andere Arzt auch, verpflichtet, unmittelbare ärztliche Hilfe zu leisten. Auch in einem solchen Falle wird er den Hausarzt mit der Bitte um Weiterbehandlung oder zur Kenntnisnahme einer notwendigen Krankenhauseinweisung bei bedrohlichen Erkrankungen verständigen.

Sollte sich aus bekannten oder unbekannteren Krankheiten eines Arbeitnehmers arbeitsmedizinisch die Notwendigkeit zu einem Arbeitsplatzwechsel ergeben, so wird — das Einverständnis des Betroffenen vorausgesetzt — der Hausarzt eine entsprechende Information erhalten.

Umgekehrt — so zeigen jedenfalls meine persönlichen Erfahrungen — stellt der Hausarzt, ebenfalls das Einverständnis seines Patienten vorausgesetzt, auch dem Arbeitsmediziner auf seine Anforderung wichtige Befunde und Beobachtungen aus seiner oft jahrelangen besseren Kenntnis seines Patienten zur Verfügung.

Postprandiale Blutentnahme

Die Praxis der arbeitsmedizinischen Untersuchungen bringt es einfach aus terminlichen Gründen mit sich, daß Blutentnahmen auch postprandial entnommen werden müssen. Vor allem bei der Interpretation der so ermittelten Cholesterin- und Triglyzeridwerte bestehen noch unterschiedliche Auffassungen.

Um den Wert dieser postprandialen Blutentnahmen bei der Beurteilung des Fettstoffwechsels besser objektivieren zu können, wurden zwei Studien bei insgesamt 1145 Probanden durchgeführt.

In einer *ersten Studie* wurden 1980 — noch während meiner Tätigkeit als Chefarzt der Kurklinik Lautergrund in Schwabthal/Ofr. — bei 184 Männern im Alter von 26 bis 68 Jahren

am Tage nach der stationären Aufnahme nüchtern 7.00 Uhr und postprandial 14.00 und 17.00 Uhr des gleichen Tages Blutentnahmen vorgenommen. Die — arbeitsfähigen — männlichen Patienten wurden vorwiegend wegen Verschleißerscheinungen des Skelettsystems, unspezifischer Erkrankungen der Atemwege und Herz-Kreislaufkrankheiten zur Durchführung einer stationären Heilbehandlung eingewiesen.

Die Blutentnahmen erfolgten nach Aufklärung über Sinn und Zweck der Studie auf freiwilliger Basis und wurden innerhalb von sieben fortlaufenden Wochen durchgeführt.

Bei diesen Untersuchungen wurden nicht nur Größe, Gewicht und Alter registriert, sondern auch die jeweilige Nahrungsaufnahme (kalorisch einzeln differenziert) festgehalten. Außer dem Cholesterin und den Triglyzeriden wurden bei diesen Untersuchungen noch das Verhalten der Transaminasen, γ -GT und der Harnsäure ermittelt.

Von der am Untersuchungstag aufgenommenen Nahrung praktisch unabhängig zeigte sich das Verhalten der Transaminasen, γ -GT und der Harnsäure.

Es ist beabsichtigt, über die Gesamtergebnisse gesondert ausführlich zu berichten. Im Zusammenhang mit der zweiten Studie an 961 Fällen sollen hier nur bestimmte Aspekte im Verhalten des Fettstoffwechsels beleuchtet werden.

Die *zweite Studie* stammt aus der Praxis der arbeitsmedizinischen Tätigkeit. Beginnend im Januar 1981 wurde bei 961 im Berufsgenossenschaftlichen Arbeitsmedizinischen Dienst Untersuchten systematisch aufgelistet und ausgewertet:

1. Intervall zwischen letzter Nahrungsaufnahme und Blutentnahme

Hierbei wurden differenziert:

- 1.1 0 bis 1 Stunde
- 1.2 1 bis 3 Stunden
- 1.3 3 bis 6 Stunden
- 1.4 6 bis 12 Stunden

2. Art der Nahrungsaufnahme

Besonders bei Ermittlung dieser und der unter 3. genannten Daten waren wir den Unsicherheiten aller persönlichen Angaben unterworfen.

Dennoch haben wir versucht, eine graduelle Einordnung der Nahrungsaufnahme in drei Stufen vorzunehmen. So bedeutet:

2.1 Nahrungsaufnahme entsprechend einem Frühstück mit bis zu zwei Scheiben Brot mit Butter/Margarine und Marmelade. Jede Nahrungsaufnahme, die über dieses Maß hinausging, z. B. zusätzlich Eier, Wurst oder Kuchen, wurde in die nächste Kategorie eingeordnet.

2.2 Gewöhnliches, d. h. von dem Probanden „gewohntes“ Mittagessen. War das Essen besonders reichhaltig, fettreich oder hatte der Proband Nachtisch oder Suppe zusätzlich zu sich genommen, so erfolgte die Eingruppierung in die nächste Stufe (3). Dies galt auch, wenn der Proband z. B. bei einer abgepackten Fernküchenmahlzeit, noch zusätzlich Nahrung aufgenommen oder sich bei den üblichen Kantinenportionen einen Nachschlag genommen hatte.

2.3 Die Einstufung in diese Kategorie ergibt sich aus dem Obengesagten.

3. Alkoholverzehr

Der Genuß von alkoholischen Getränken im Zusammenhang mit der oben erwähnten Nahrungsaufnahme wurde wie folgt festgehalten:

3.0 = kein Alkohol

3.1 = Alkohol entsprechend bis zu $\frac{1}{2}$ l Bier

3.2 = Alkohol entsprechend bis zu 1 l Bier

3.3 = Alkohol entsprechend bis zu $1\frac{1}{2}$ l Bier oder mehr

Von den insgesamt 961 Fällen haben nur 175 vor der Blutentnahme Bier getrunken. Die Aufnahme anderer Alkoholika vor der — am Tage vorher bekanntgemachten — Blutentnahme wurde von den Untersuchten verneint. Ein Untersucher hatte nach seinen Angaben am gleichen Tage bis zur Blutentnahme $1\frac{1}{2}$ Liter und zwölf weitere Untersuchte — ihren Angaben entsprechend — 1 Liter Bier zu sich genommen. Alle anderen Untersuchten gaben an, vor der Blutentnahme am gleichen Tag nur $\frac{1}{2}$ Liter Bier getrunken zu haben. Wegen der Subjektivität dieser Mengenangaben haben wir uns entschlossen bei der statistischen Auswertung nur zwischen „Alkohol“ und „kein Alkohol“ zu unterscheiden.

Kreislauf des Lebens.

48 Jahre.

Segelt meist hart am Wind.

Und irgendwann Ihr Coronar-Patient?

Coronare
Herz-
krankheit
Angina
pectoris

Maycor®

Das Coronar-Programm

Zur individuellen Coronar-Therapie.
Mehr Sicherheit: kanstanter Herz-Schutz -
Tag und Nacht.

Maycor®
5

Maycor®
retard
20

Maycor®
retard
40

Maycor®
retard
60

2 x täglich

GÖDECKE

Zukunft für Herz und Kreislauf

Zusammensetzung: Maycor® 5: 1 Tablette enthält 5 mg Isosorbiddinitrat. Maycor® retard 20: 1 Retardkapsel enthält 20 mg Isosorbiddinitrat. Maycor® retard 40: 1 Retardkapsel enthält 40 mg Isosorbiddinitrat. Maycor® retard 60: 1 Retardkapsel enthält 60 mg Isosorbiddinitrat. **Anwendungsgebiete:** Maycor® 5: Anfallskupierung und Therapie der Angina pectoris bei Koronarsuffizienz, Prophylaxe von Angina-pectoris-Anfällen, z.B. bei vorübergehenden Stressituationen. Maycor® retard 20/40/60: Dauerbehandlung der koronaren Herzkrankheit, Prophylaxe von Angina-pectoris-Anfällen, Nachbehandlung des Herzinfarktes, Dauerbehandlung der chronischen Myokardinsuffizienz. **Gegenanzeigen:** Schock, hypotone Kollapszustände. **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, kurzfristige Hautrötungen, leichter Blutdruckabfall (zusätzlich für Maycor® retard 60: Tachykardie, Schwindel, Erbrechen, Verkehrstüchtigkeit und Fähigkeit zur Maschinenbedienung können beeinträchtigt werden; dies gilt besonders bei Behandlungsbeginn, Präparatwechsel und zusammen mit Alkohol).

Parke, Davis & Company, 8000 München 2 • Gödecke AG, 1000 Berlin 10

Hinweis: Alkohol kann mögliche Nebenwirkungen verstärken. **Handelsformen und Preise:** Maycor 5; Packung mit 30 Tabletten DM 8,35, Packung mit 50 Tabletten DM 11,90, Packung mit 100 Tabletten DM 20,45, Anstaltspackung. Maycor retard 20; Packung mit 30 Retardkapseln DM 13,75, Packung mit 50 Retardkapseln DM 19,70, Packung mit 100 Retardkapseln DM 33,20, Anstaltspackung. Maycor retard 40; Packung mit 30 Retardkapseln DM 19,96, Packung mit 50 Retardkapseln DM 29,40, Packung mit 100 Retardkapseln DM 52,40, Kalenderpackung mit 56 Retardkapseln DM 33,20, Anstaltspackung. Maycor retard 60; Packung mit 30 Retardkapseln DM 27,10, Packung mit 50 Retardkapseln DM 39,20, Packung mit 100 Retardkapseln DM 69,90, Kalenderpackung mit 56 Retardkapseln DM 44,-, Anstaltspackung. Alle Preise mit MwSt.

Stand: Febr. 1983 G 646/0

4. Cholesterinwert in mg%

5. Triglyzeridwert in mg%

Alle Blutentnahmen erfolgten mit der Vakuum-Venüle.

Die Laboruntersuchungen fanden sowohl im Berufsgenossenschaftlichen Arbeitsmedizinischen Zentrum in Erlangen als auch im Labor des Kreiskrankenhauses Lichtenfels statt.

Beide Labors unterliegen der Qualitätskontrolle.

Ergebnisse

Studie 1

Bei der Auswertung des Cholesterin-Parameters in dieser Studie haben wir zwischen Fällen unterschied-

den, die einen Nüchternwert von >250 mg% und solchen mit einem Wert ≤ 250 mg% und weniger aufwiesen (Abb. 1). Die Blutentnahmen erfolgten 7.00, 14.00 und 17.00, die Nahrungsaufnahme um 8.00 und 12.00. Bei beiden Gruppen kommt es im Tagesablauf zu keiner wesentlichen Änderung. Impulse für eine Erhöhung um wenige mg% der Werte um 17.00 könnten von der Nahrungsaufnahme um 12.00 ausgegangen sein, um 14.00 jedenfalls kommen sie noch nicht zum Tragen. Die Werte um 14.00 liegen niedriger als um 7.00. Sollten vom Frühstück Impulse für eine Cholesterinerhöhung ausgegangen sein, so müßte der Gipfel – entsprechend einer möglichen Reaktion auf die Mittagsmahlzeit – um 11.00 gelegen haben.

Bei der Auswertung des Triglyzerid-Parameters wurde zwischen Fällen unterschieden, die einen Nüchternwert höher als 175 mg% und 175 mg% und weniger aufwiesen. – Hier kommt es im Gegensatz zum Cholesterin – zu einem deutlichen Ansteigen der Werte. Allerdings steigen die nicht als pathologisch anzusehenden Nüchternwerte in einigen Fällen nur bis 244 mg%, fünf Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme bei einem Mittelwert von 148 mg%. Die über 175 mg% gelegenen Ausgangswerte steigen, bei einem Mittelwert von 284 mg% bis auf Einzelwerte um 480 mg%. Die Überschneidung der postprandialen Werte bei normalem und pathologisch verändertem Nüchternwert im Bereich von 210 bis 244 mg% läßt jedoch den Schluß zu, daß postpran-

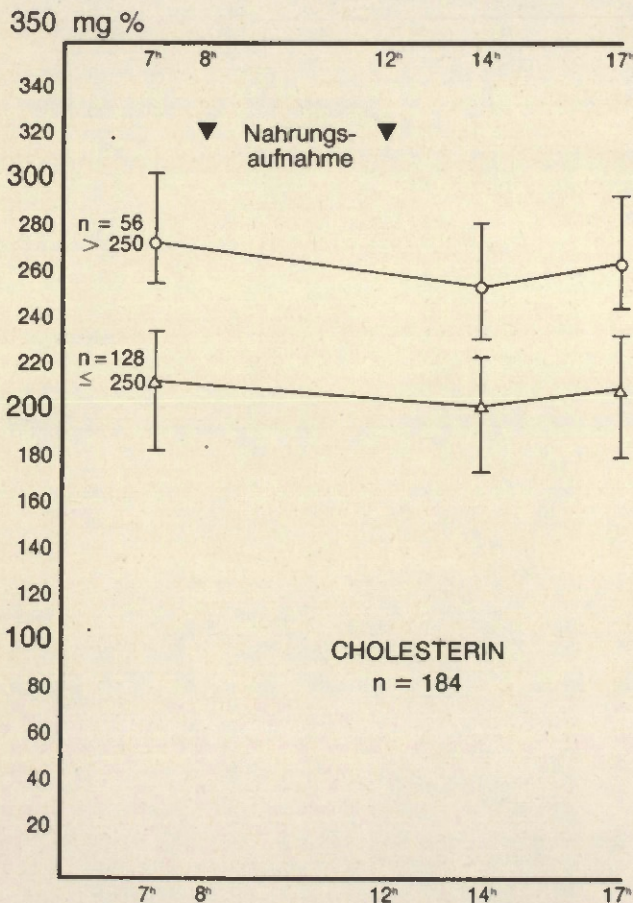


Abbildung 1
Verhalten des Cholesterins bei Nüchtern- und postprandialer Blutentnahme am gleichen Tag

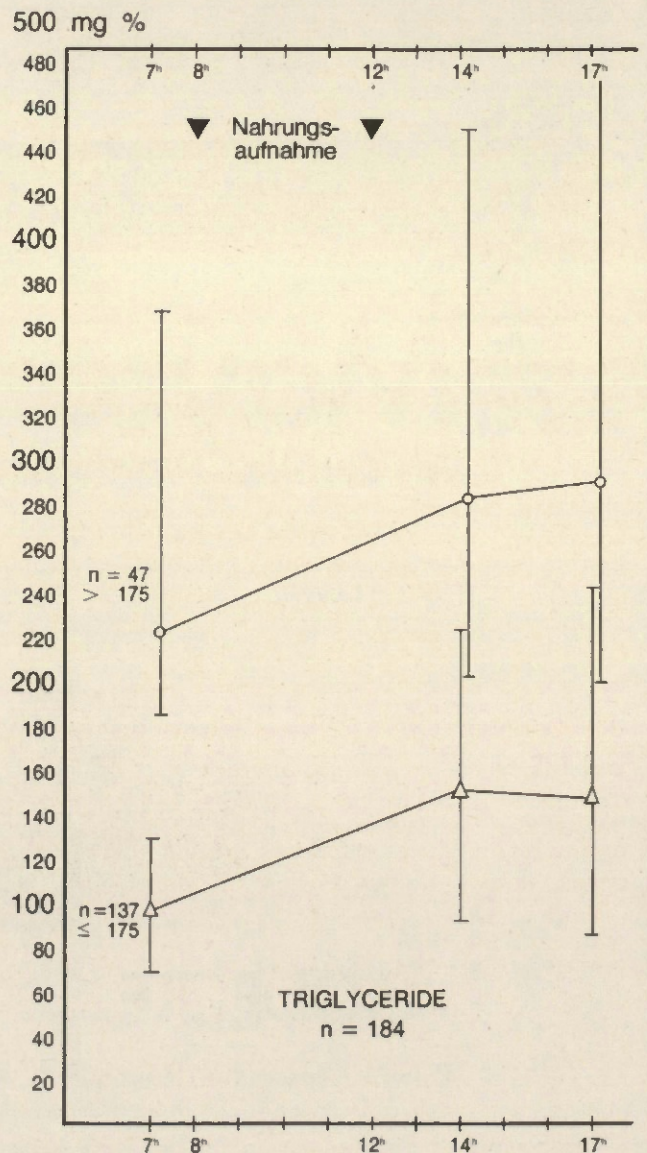


Abbildung 2
Verhalten der Triglyzeridwerte bei Nüchtern- und postprandialer Blutentnahme am gleichen Tag

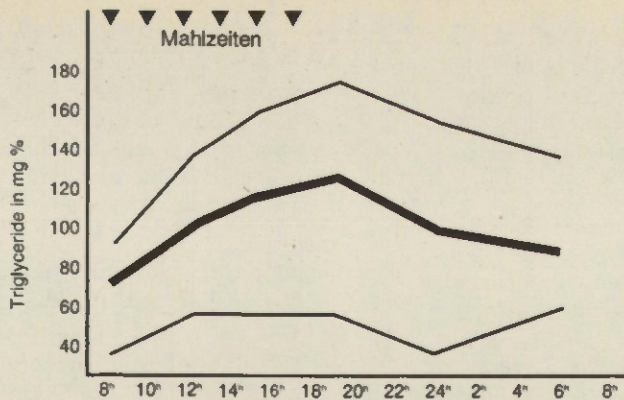


Abbildung 3
Verhalten postprandialer Triglyceridwerte bei gesunden Probanden

diale Werte unter 200 mg % sicher als normale Nüchternwerte und Befunde mit höheren Werten als 250 mg % nicht mehr als normal anzusehen sind (Abb. 2).

Diese Beobachtungen entsprechen den Befunden von Schlierf und Oster.

Im Tagesverlauf schwanken die Triglyceridwerte der untersuchten Probanden, unabhängig von der Nahrungsaufnahme, im Mittelwert zwischen 75 und 130 mg %, bei maximalen Werten unter 180 mg % (Abb. 3).

Studie 2

Die einzelnen Gruppen des Kollektivs waren unterschiedlich besetzt (Abb. 4). 37 Fällen mit Nüchternwerten standen als größte Gruppe 315 Fälle gegenüber, deren „mittelgreidige“ Nahrungsaufnahme ohne Alkoholkonsum zwischen einer bis drei Stunden vor der Blutentnahme lag.

Das *Cholesterin* zeigt im Vergleich der einzelnen Gruppen nur ganz geringe Schwankungen. Entsprechend den Ergebnissen der Studie 1 war auch bei diesem großen Kollektiv keine Beeinflussung des Cholesterinspiegels durch die Nahrungsaufnahme am gleichen Tage der Blutentnahme zu erwarten.

Anders jedoch bei den *Triglyzeriden*. Zwischen den Nüchternwerten und Stufe 1 der Nahrungsaufnahme (Gruppe 1, 2, 3 und 7) zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede in den Mittelwerten. (Der höchste Wert überhaupt wurde als Einzelwert mit 782 mg % bei einem nüchternen Patienten gemessen.) Von allen Werten ohne Alkoholzufuhr weist der Wert mit der Nahrungsaufnahme

Stufe 3 (Gruppe 6) den höchsten Wert auf, dessen Mittelwert allerdings noch unter 170 mg % liegt. Auffällig ist das Verhalten der Triglyceridwerte bei Probanden, welche am Tag der Blutentnahme Alkohol zu sich genommen haben (Gruppe 5 und 9). Hier liegen die Mittelwerte, eber auch die Mehrzahl aller Werte, em höchsten, abgesehen von dem Einzelwert in Gruppe 1 und einem zweiten Einzelwert in Gruppe 6. Diese Feststellung entspricht auch den Erfahrungen von Schlierf und

Oster, wonach der Alkohol als Substrat der Lipogenese die eiimentäre Lipidämie verstärkt.

Diskussion

Die Erhöhung des Cholesterin- und Triglyzeridspiegels im Blut kann allein oder in Kombination mit anderen Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Hyperurikämie) zu Gefäßerkrankungen führen. Durch eine Nahrungszufuhr am gleichen Tag wird der Cholesterinspiegel nicht beeinflusst.

75 Prozent aller in den Studien 1 und 2 untersuchten Probanden (961 + 184 = 1 145) wiesen trotz postprandialer Blutentnahme einen Triglyzeridwert unter 200 mg % auf. Es konnte beobachtet werden, daß Probanden, welche die gleiche abgepackte Mittagsmahlzeit einer Fernküche zur selben Zeit aßen, ohne Alkohol zu trinken, bei gleichem Zeitintervall zur Blutentnahme, ganz unterschiedliche postprandiale Triglyzeridwerte hatten. Diese schwank-

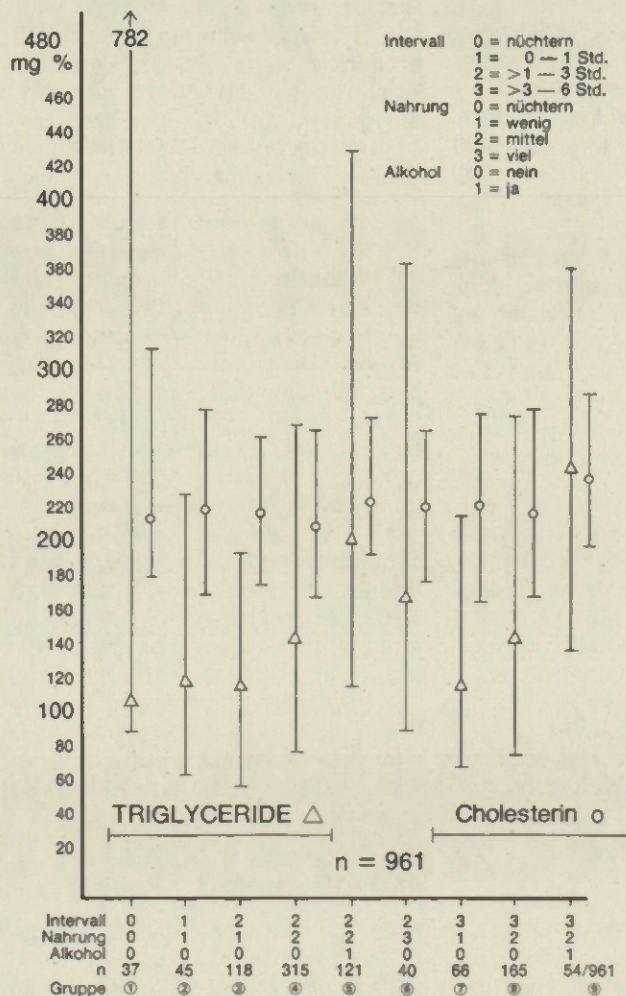


Abbildung 4
Verhalten der Cholesterin- und Triglyzeridwerte bei unterschiedlichem Intervall zwischen Nahrungsaufnahme und Blutentnahme, unterschiedlicher Nahrungsaufnahme und Alkoholbelastung

ten zwischen 184 und 410 mg%. Die Fähigkeit, Triglyzeride abzubauen, ist also offenbar ganz individuell. Je reichlicher die Nahrungszufuhr, vor allem in Kombination mit Alkohol, je größer ist die Wahrscheinlichkeit eines Ansteigens des postprandialen Triglyzeridspiegels in pathologische Bereiche. Wenn also die Art der Nahrungszufuhr und des Alkoholkonsums einen Einfluß auf den Triglyzeridspiegel haben, so ist dieser Einfluß während der gesamten Zeitspanne gegeben, in welcher Nahrung und Alkohol zugeführt werden. Betrachtet man nun die Essens- und Trinkgewohnheiten vieler Menschen, so beginnt die erste kalorienreiche Nahrungszufuhr bereits um 6.00 morgens und endet mit dem letzten Bier und der letzten Hand voll Nüssen oder Knabbergebäck vor dem Fernseher nicht selten erst nach 22.00. Ein „Nüchternwert“ der Triglyzeride unter 175 mg% sagt lediglich, daß der Organismus in der Lage war, in der „essens- und trinkfreien Zeit“ die Triglyzeride abzubauen. Er ist keinesfalls repräsentativ für die 24 Stunden eines Tages, sondern nur für die sechs bis acht Stunden der Nahrungskarrenz.

Läßt man den Probanden künstlich – seinen täglichen Gewohnheiten widersprechend – zehn bis zwölf Stunden vor der Blutentnahme ohne Essen und Trinken, so kann ein „normaler“ Nüchternwert eben für diesen Probanden ein falsch negatives Ergebnis bedeuten. Ein z. B. durch Fehlernährung oder permanente Alkoholfuhr (z. B. regelmäßig täglicher Bierkonsum) üblicherweise erhöhter Triglyzeridspiegel für zwei Drittel oder gar drei Viertel eines 24-Studentages verliert nicht an Relevanz, wenn der Nüchternwert eine geringere Höhe als der postprandiale Wert aufwies.

Standardisierte Fettbelastungsteste zur Aufdeckung von Fettstoffwechselstörungen – entsprechend dem Zuckerbelastungstest zur Diagnostik einer diabetischen Stoffwechsellage – würden eine Reihe von Problemen mit sich bringen. Die „standardisierte“ Nahrungs- bzw. Fettzufuhr könnte weit unter, oder aber über der „üblichen“ täglichen Belastung des gerade untersuchten Probanden liegen. In der Praxis muß jedoch interessieren, wie sich der Fettstoffwechsel eben des gerade untersuchten Probanden unter seinen üblichen täglichen Bedingungen verhält. So betrachtet, hat also der postpran-

diale Triglyzeridwert durchaus seine praktische Bedeutung.

Welche praktischen Überlegungen sollte man also anstellen, wenn ein postprandialer erhöhter Triglyzeridwert festgestellt wird?

In der Studie 1 wiesen nur 7 von 137 Probanden mit einem Nüchternwert unter 176 mg% erhöhte postprandiale Triglyzeridwerte bis maximal 250 mg% auf. In der gleichen Studie wurde bei nur 2 von 47 Probanden mit einem Nüchternwert über 175 mg% ein postprandialer Wert zwischen 200 und 250 mg% festgestellt. Zwischen 200 und 250 mg% scheint also eine „Grauzone“ zu liegen.

Wird also ein postprandialer Triglyzeridwert von über 250 mg% gefunden, so sollte das weitere Vorgehen von den „üblichen“ Essens- und Trinkgewohnheiten des Betroffenen abhängig gemacht werden. Man könnte z. B. bereits bei der Blutentnahme fragen, ob der Proband in den letzten 24 Stunden anders gegessen und getrunken habe wie sonst. Besonders aber, ob sein Alkoholkonsum von seinem üblichen Rahmen abgewichen sei. Hat sich in den letzten 24 Stunden vor der Blutentnahme keine Änderung seiner Ernährungs- und Trinkgewohnheiten gezeigt, und der postprandiale Triglyzeridwert liegt über 250 mg%, so wäre der Hausarzt zu informieren.

Als erster therapeutischer Schritt (der nach dem Arbeitssicherheitsgesetz allerdings nicht in die Zuständigkeit des Betriebsarztes fällt) käme eine ärztliche Beratung des Betroffenen in Frage mit dem Ziel, seine Essens- und Trinkgewohnheiten zu ändern. Zeigen durch Kontrollen diese Bemühungen kein Ergebnis, und man spricht der Erhöhung der Triglyzeridwerte eine pathogene Bedeutung zu, so müßte konsequenterweise eine lipidsenkende Therapie erwogen werden. Man wird sich zu einem solchen Schritt um so eher entschließen müssen, wenn eine Fettstoffwechselstörung vom Typ IIb nach Frederikson vorliegt, je höher der Triglyzeridwert ist, oder weitere Risikofaktoren, wie z. B. Übergewicht und/oder Hyperurikämie, vorhanden sind.

Zusammenfassung

1. Die ärztlichen Aufgaben der im Berufsgenossenschaftlichen Arbeitsmedizinischen Dienst e.V. (BAD) täti-

gen Arbeitsmediziner sind im Arbeitssicherheitsgesetz umrissen.

2. In Kenntnis der ergonomischen und sonstigen Probleme der einzelnen Arbeitsplätze (z. B. Hitze, Kälte, Staub, Lärm, Beleuchtung usw.) werden die dort tätigen Arbeitnehmer betreut.

3. Die nach den Unfallverhütungsvorschriften oder staatlichen Verordnungen vorgeschriebenen Eignungs- und Überwachungsuntersuchungen werden nach einer entsprechenden Ermächtigung von den Arbeitsmedizinern des BAD durchgeführt.

4. Die im BAD tätigen Arbeitsmediziner besitzen keine Kassenzulassung. Eine ärztliche Behandlung dürfen sie nicht durchführen – Notfälle natürlich ausgenommen.

5. Die arbeitsmedizinische Praxis bringt es zwangsläufig mit sich, Blutentnahmen auch postprandial auszuführen.

6. Der „Nüchternwert“ ist nicht repräsentativ für alle 24 Stunden eines Tages. Bei den üblichen Essens- und Trinkgewohnheiten der Durchschnittsbevölkerung sind dem Nüchternwert entsprechende Daten nur für ca. ein Viertel des Tages zutreffend.

7. Cholesterin, Harnsäure, Transaminasen und γ -GT (letztere mit der Einschränkung eines Alkoholkonsums) sind von einer vorherigen Nahrungsaufnahme am Tage der Blutentnahme unbeeinflusst.

8. 75 Prozent aller untersuchten Probanden (1108 Fälle) mit postprandialer Blutentnahme wiesen Triglyzeridwerte unter 200 mg% auf. Alkohol verstärkt als Substrat der Lipogenese die alimentäre Lipidämie.

9. Ein „normaler“ Nüchternwert kann zwar aussagen, daß der Organismus in der nahrungsfreien Zeit in der Lage war, den Fettstoffwechsel zu „normalisieren“. Er läßt jedoch keine Schlüsse zu, wie sich der Fettstoffwechsel unter der täglichen Belastung an ca. drei Viertel des Tages verhält.

Herrn Dipl.-Phys. O. Weitle (Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg, Vorstand: Professor Dr. H. Valentin) bin ich für die Beratung bei der Auswertung der Daten und der Ergebnisse zu großem Dank verpflichtet.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med., Dr. rer. nat. C. D. Bloedner, Leitender Arzt der BAD-Zentren Coburg/Lichtenfels, Kreiskrankenhause, 8620 Lichtenfels

Wir zeigen Ihnen die Basisinformation für Sedalipid[®] ganz groß, weil sie so klein ist.

Damit Sie besser vergleichen können.

Zusammensetzung: 1 Sedalipid-Lacktablette enthält 50,0 mg Magnesium-Pyridoxal-5'-phosphat-glutaminat.

Anwendungsgebiete: Primäre und sekundäre Hyperlipoproteinämien (Typ IIa, IIb und IV), bei denen diätetische Maßnahmen zur Senkung der Blutfettwerte nicht ausreichen.

Fettstoffwechselstörungen mit erhöhtem Risiko von kardialen, zerebralen und peripheren Gefäßerkrankungen. Bereits vorhandene arteriosklerotische Veränderungen von Gefäßen, diabetische Angiopathien und Xanthomatosen.

Kontraindikationen und Nebenwirkungen:

Sind bislang nicht beobachtet worden.

Handelsformen und Preise: OP mit 50 Lacktabletten DM 17,80; OP mit 100 Lacktabletten DM 32,60.

Sedalipid[®]

Die Alternative unter den Lipidsenkern



Steigerwald

Arzneimittelwerk GmbH
6100 Darmstadt

Sportmedizin und niedergelassener Arzt

von E. G o ß n e r

1. Fragen in der Praxis

„Herr Doktor, Sie haben mir Herz-tropfen verordnet, kann ich weiter Tennis spielen? — Welcher Sport ist bei meinem chronischen Gelenkrheumatismus zu empfehlen? Schwimmen? — Mein Kind hat Asthma. Darf es am Schulsport teilnehmen? — Wann darf ich nach der Grippe wieder mit Jogging beginnen? Ist ‚Aerobic‘ gut für mich?“

Fragen, auf die der Patient eine exakte Antwort erwartet.

2. Fakten

Epidemiologie und Bevölkerungsstruktur, soziale Gegebenheiten und Umweltveränderungen haben das Spektrum der Patienten in der Sprechstunde deutlich verändert. Viele Erkrankungen, insbesondere die sozialmedizinisch entscheidenden und wichtigsten beginnen 20 Jahre vorher und bedürfen einer lebenslangen aktiven Betreuung.

Zu dem Behindertensport entstanden in den letzten Jahren zusätzliche therapeutische Gruppen: Rheuma-, Koronar-, Gicht-, Dialyse-, Diabetes-, Atem-, psychosomatische Selbsthilfegruppen. In Sport- und Gesundheitsvereinen die Gruppen bzw. Abteilungen: Schwangerengymnastik, Mutter und Kind, Senioren.

40 Schäden, Behinderungen und chronische Krankheiten sind in dem Heft „Therapeutischer Sport in Augsburg“ registriert, bei denen die Gruppentherapie in der aktiven Langzeittherapie eine entscheidende Rolle spielt.

2,8 Millionen Bürger in Bayern sind Mitglieder in einem Sportverein. Der Arzt ist gefragt bei Sportverletzungen, Beratung der Eltern beim Sport von Kindern und Jugendlichen sowie im Seniorensport. Hier vor allem über die Frage der Belastbarkeit und der Intensität bei den verschiedensten Sportdisziplinen auch im Alter, wenn sich schon mehrere Risikofaktoren andeuten.

Anläßlich der Aktion der Bundesärztekammer und des deutschen Sportbundes „Trimming 130“, begonnen im Januar 1983 und über vier Jahre konzipiert, werden Patienteninformationen an die nieder-

gelassenen Ärzte verschickt. Anzeigen in regelmäßigen Abständen gehen an 700 Zeitungen und Zeitschriften, darunter alle medizinischen Zeitschriften. Viele Fragen werden an den Arzt gestellt werden. Die Pulszahl 130 steht zur Diskussion, aber auch die sportliche Betätigung als solche.

In Bayern werden durch die Beilage „Sportärztliche Mitteilungen im Bayernsport“, in einer Auflage von 24 000, die Vereinsvorsitzenden und Übungsleiter über die Notwendigkeit und die Möglichkeiten einer ärztlichen Beratung in der Praxis informiert.

Über 2000 Ärzte beteiligten sich im Jahr 1982 an den Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen des Bayerischen Sportärzterverbandes und an den sportmedizinischen Seminaren.

3. Folgerungen

Prävention: Primäre Prävention ist die Förderung der Gesundheit durch Erhöhung der Widerstandskraft, Beseitigung individueller Störungsfaktoren.

Sekundäre Prävention: Krankheitsfrüherkennung und Feststellung von Risikofaktoren mit nachfolgender Behandlung.

Tertiäre Prävention: Verhütung des Fortschreitens oder Wiederauftretens einer Erkrankung. In allen diesen Stadien der Prävention hat der Sport durch die Beratung des Hausarztes eine entscheidende Rolle zu spielen. Der Hausarzt kennt die Eigen- und Familienanamnese, kennt die soziale Umgebung und die Möglichkeit in der Region, um einen individuellen Rat zu geben, der eingehalten werden kann und eingehalten wird. Die Sportmedizin (Empirie und Forschung) gibt dem Arzt das Rüstzeug zur Beratung, die Kontakte zu Gruppen, Institutionen und Einrichtungen.

In der Kurativmedizin, der Langzeitbehandlung und der Rehabilitation (individuelles, berufliches, soziales Leben mit dem Schaden) muß der niedergelassene Arzt mit seinem Wissen und seiner Erfahrung der Mittelpunkt sein. Alle übrigen Einrichtungen und Institutionen sind notwendige und nützliche Hilfen, nicht mehr und nicht weniger.

Drei Beispiele

Ischämische Herzerkrankung

Die Erkrankung wird vom Hausarzt diagnostiziert und der Patient eventuell in die Klinik oder eine Kurklinik eingewiesen, in jedem Fall wird ein Therapieplan über längere Zeit entworfen. Bei der Weiterbehandlung spielen die fünf Elemente: psychische Führung, Medikamente, Bewegungstherapie, physikalische Maßnahmen, Ernährung, je nach Diagnose und Stadium, eine Rolle und müssen dementsprechend verordnet werden. Je nach Funktionsdiagnostik können Koronar- und Selbsthilfegruppen vom Arzt herangezogen werden. Ebenso kann eine Beratung über das Freizeitverhalten, die Möglichkeiten in der Umgebung und Urlaubsvorschläge nötig werden. Der Arzt ist zu einer echten Lebenshilfe aufgerufen. Der Zeitkontakt Arzt-Patient wird breiter, intensiver, länger.

Rheuma

Unter diesem Begriff verbergen sich viele Diagnosen. Auch hier ist sicherlich der Ursprung der Erkrankung lange Zeit vor dem ersten Arztbesuch anzunehmen. Der niedergelassene Arzt wird einen Behandlungsplan auf lange Sicht mit dem Patienten und dessen Angehörigen besprechen. In den einzelnen Phasen ist wechselseitig medikamentöse, physikalische oder bewegungstherapeutische Therapie notwendig. Die Gruppentherapie spielt bei einer sehr großen Anzahl von Patienten eine entscheidende Rolle. Am Anfang steht meist die Krankengymnastik, aber auf längere Sicht gesehen ist eine geeignete Art der Sportausübung für den Patienten notwendig und auch möglich.

Sport bei mehreren Risikofaktoren

Ein 50jähriger Mann klagt, er habe in der letzten Zeit eine erhöhte Erkältungsbereitschaft, öfter Grippe, Müdigkeit und manchmal leichtes Stechen in der Brust. Seine Vitalität habe erheblich nachgelassen. Heute komme er wegen eines hartnäckigen Schnupfens. Nach einer exakten Untersuchung und Diagnose werden mehrere mäßig ausgebildeten Risikofaktoren festgestellt. Maßnahmen sind zu beraten, die mit Familie, Beruf und den regionalen Möglichkeiten zu verwirklichen sind.

Der Patient will nach den Untersuchungen, nach der Diagnose umfassende Ratschläge von seinem Arzt.

Verordnung von Medikamenten allein führt oft nicht zum Ziel. Dem Patienten nützt aber auch ein Ratsschlag: „Sie sollten sich mehr bewegen“ wenig. Das, sagt der Patient, wußte ich euch vorher. Ich möchte eingehende detaillierte Ratschläge – Ein grünes Rezept (Gossner).

Daß dadurch auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient deutlich gehoben wird, wissen wir aus jahrzehntelangen Erfahrungen mit den therapeutischen Gruppen und dem Behindertensport.

Auch angesichts der Ratschläge und Empfehlungen in den Massenmedien (keine Frauenzeitschrift ohne Gesundheitsteil) benötigt der Bürger einen Ansprechpartner, der ihn aufgrund seiner exakten Diagnose und frei von kommerziellen Interessen (Gesundheits-, Fitneßzentren) einen vernünftigen Rat geben kann und ihm Möglichkeiten zur Verwirklichung aufzeigt.

Zu der Behandlung akuter und subakuter Erkrankungen in der Sprechstunde kommt die langfristige Beratung bei Schäden, Funktionsminderungen und chronischen Erkrankungen. Die Freizeit (Arbeitszeitverkürzung) und die Urlaubsbe-

ratung sind im Rahmen der Gesamtbehandlung wichtiger geworden.

Der verordnete, dosierte und kontrollierte Sport hat neben der direkten und gezielten Einwirkung auf das geschädigte oder erkrankte Organ auch sekundäre, funktionelle, hormonelle und metabolische Wirkung auf den ganzen Organismus und kann so organische und psychosomatische Zweiterkrankungen (Nervosität, Darmträgheit, Unlustgefühle, Schlaflosigkeit, Vitalitätsverlust) weitgehend verhindern. Neben der Verordnung und exakten Dosierung ist die Überwachung durch Kontrolluntersuchungen notwendig. Diese Aufgabe erschöpft sich nicht in der Abnahme von Funktionstesten, sondern bedingt ein Gespräch in der Sprechstunde, wobei die soziale Umwelt, die Familie und der Beruf eine erhebliche Rolle spielen.

Ein Patient in der City von München benötigt andere Ratschläge und Aufzeigen von Möglichkeiten als der Patient am Alpenrand oder an der Donau.

Der niedergelassene Arzt sollte aber nicht nur durch Hausbesuche und Sprechstunde das Gesundheitsbewußtsein des einzelnen und der Fa-

milie aktivieren, sondern auch in den kommunalen Einrichtungen, Gesundheits- und Sportvereinigungen sich betätigen und Anregungen geben. Die Selbsthilfegruppen (laut „Ärztliche Fortbildung“ 3/1983, Steigerungsrate 1000 Gruppen pro Jahr seit 1970) benötigen, um auf die Dauer nicht Irrwege einzuschlagen, den Rat des Fachmannes – des Arztes.

Zur Bewältigung dieser Aufgaben sollte der Arzt das notwendige Wissen haben. Auf vielen Seminaren und Kongressen sind Themen wie aktive Prävention, Langzeittherapie, Rehabilitation durch gezielte Sportausübung, wenn auch noch nicht optimal, so doch vertreten. Leider noch nicht bei der Universitätsausbildung im gewünschten Umfang als Inhalt bei den Vorlesungen und Seminaren der großen Fächer. An allen Universitäten sind zwar Ringvorlesungen „Sportmedizin“ seit langer Zeit angeboten, aber hier sind nur speziell interessierte Studenten vertreten. Das ist keine Frage der Approbationsordnung, sondern der Einordnung in die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildungsplanung in unserer modernen Industriegesellschaft.

mastodynnon®

bei MASTODYNIE
und fibrozystischer
MASTOPATHIE


bionorica
GmbH

8500 NÜRNBERG 1

Indikationen: Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklusanomalien, zyklisch bedingte Migräne. **Kontraindikationen** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Caulophyllum thalictroides D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatia D 6 10 g, Ins D 2 20 g, Liliun tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Trinctura Condurango 10 g. (Ab D 4 wird mit 15 %igem Ethanol potenziert.) **Dosierung:** 2mal täglich 30 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen:** OP mit 50 ml DM 11,90, OP mit 100 ml DM 18,40; Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml. – Stand bei Drucklegung.

Dr. Thäle, der Vorsitzende der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung auf dem Jahreskongreß des bayerischen Sportärzterverbandes: „Wir sollten die Stunde nützen, sollten zusätzlich zu den bisherigen Aktivitäten klare Forderung an die Ausbildung der jungen Mediziner stellen. Wir sollten dies im Hinblick darauf tun, daß sich nicht in Zukunft ein neben- und außerärztliches Berufsbild eines ‚Sportmediziners‘ etabliert. So wie dies auf anderen Gebieten schon der Fall ist“.

Der niedergelassene Arzt und der Spitzensport: Spitzensport ist Beruf. Beratung durch besonders kundige und erfahrene Ärzte, um Schaden zu verhüten.

Breitensport: Beratung beim Beginn, z. B. im Senioren- oder Kindesalter, bei Auftreten von Klagen, bei Fragen nach der Intensität sowie der Sportdisziplin, Sportschäden, Sportverletzungen, Sportgeräte und Ausrüstungen, Sportbrillen u. a.

Gesundheits- und therapeutischer Sport: Indikation, Verordnung, Kontrolle, Mitwirkung in der Gruppe, entsprechende Anregungen in der Region.

Krankengymnastik und therapeutischer Sport: Krankengymnastik ist gezielte, auch in Einzelheiten dosierte, aktive Bewegung mit physikalische Maßnahmen, individuell, in der Praxis, bei schweren Funktionsschäden, die eine Sportausübung im eigentlichen Sinn nicht oder noch nicht erlauben. Krankengymnastinnen sind in unseren therapeutischen Gruppen z. B. Koronargruppen, als Übungsleiter tätig.

Das Wort „Sport“ und den Rat, sich Sportkleidung anzuschaffen, sollten wir aus psychologischen und praktischen Gründen beibehalten. Ein Kreislaufgeschädigter oder Asthmatiker ist nach der Anschaffung eines schicken Trainingsanzuges mehr motiviert und bereit zur Mitarbeit.

Am Schluß seien auch noch die Sportgruppen mit Gehörlosen, Spastikern, Querschnitts- oder Teilgelähmten, Blinden, Amputierten, Süchtigen und Verhaltensgestörten erwähnt.

Große und viele Aufgaben, die nur der Hausarzt, der niedergelassene Arzt, optimal bewältigen kann.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. E. Göbner, Lehrbeauftragter der Universität Augsburg, Angerstraße 27, 8900 Augsburg 21

16. Kongreß über Fortschritte in Diagnostik und Therapie im Kühltal/Tirol

Auf der von der Internationalen Gesellschaft für ärztliche Fortbildung, Tirol, in Verbindung mit der *Vereinigung der praktischen Ärzte Bayerns* veranstalteten und von C. Böhm, Seeheim/Bergstraße, geleiteten Fortbildungstagung im angeblich höchstgelegenen Kongreßort Europas wurden u. a. Seminare über Themen aus der Angiologie, Neurologie und Pharmakologie geboten.

In seinem Seminarvortrag über **neue Aspekte in der Diagnostik und Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit** wies Professor H. Hess, München, darauf hin, daß hinter einer akralen Ischämie verschiedene pathophysiologische Mechanismen stecken können. So kann ein kritischer Druckabfall in der akralen Zirkulation durch Strombahnhindernisse ausgelöst werden, die weit proximal gelegen sind. Ein solcher Zustand kann allein auch durch eine hohe Blutviskosität oder durch Thromben in einer Digitalarterie verursacht sein. Weil ein hoher Druckgradient zu einer Verlangsamung der akralen Zirkulation führt und die langsame Blutströmung mit einer Erhöhung der Blutviskosität einhergeht, können diese beiden Faktoren zusammen Prästasen bzw. Stasen und schließlich einen trombotischen Verschuß bewirken.

Schon der zuerst konsultierte Arzt sollte den hinter einer akralen Ischämie sich verbergenden pathophysiologischen Prozeß zu erkennen versuchen, weil er entscheiden muß, ob ein solcher Patient zum Internisten oder zum Chirurgen geschickt werden muß. Wenn es sich dabei um Patienten in jüngeren oder mittleren Jahren handelt, die starke Raucher sind, oder gar um Frauen, die zusätzlich noch Ovulationshemmer einnehmen, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß es sich um eine Thrombangiitis obliterans handelt, die nicht selten als akrales Ischämiesyndrom beginnt. Differentialdiagnostisch kommen auch eine Arteriitis sowie eine Kollagenose in Frage, auch eine obliterierende Arteriosklerose kann zu einem kritischen Blutdruckabfall in der „letzten Wiese“

führen, so daß dort Zehen oder Finger blau werden.

Hess erinnerte daran, daß auch eine versehentliche oder absichtliche intraarterielle Injektion von Medikamenten, die für diese Applikationsform nicht vorgesehen sind, eine schwere akrale Ischämie auslösen und sogar zum Verlust der betroffenen Extremität führen kann. Aus diesem Grund wurde vor einigen Jahren das Kurznarkotikum Estil aus dem Handel gezogen. Ein anderes Kurz-narkotikum, Epontol, ist noch im Handel, eine versehentliche intraarterielle Injektion würde ähnlich schwerwiegende Folgen haben. Da wiederholt beobachtet wurde, daß auch bei vorschriftsmäßig angewandter systemischer Zufuhr von Medikamenten arterielle Gefäßschäden auftreten können, ergibt sich die Notwendigkeit, bei jedem Patienten mit einer akuten akralen Ischämie eine sorgfältige Medikamentenanamnese zu erheben. Ein solcher Patient muß das als verdächtig oder als ursächlich erkannte Medikament für den Rest seines Lebens meiden. Sowohl bei der Thrombangiitis obliterans als auch bei einer medikamentös verursachten akralen Ischämie ist eine sofort eingeleitete Thrombolysie die heute aussichtsreichste Behandlungsmaßnahme.

Trotz teilweise spektakulärer Erfolge konnte sich die bis vor etwa drei Jahren ausschließlich systemisch durchgeführte Thrombolysie mit Streptokinase bzw. Urokinase nicht richtig durchsetzen, was vor allem mit den zahlreich vorhandenen Kontraindikationen zu erklären ist. Hierzu gehören u. a. alle Zustände mit erhöhtem Blutungsrisiko, Hypertonie, höheres Lebensalter. Wenn bei arteriellen Gefäßverschlüssen oder bei der akralen Ischämie eine Streptokinasebehandlung wegen Kontraindikationen nicht möglich ist oder sie nicht zu dem gewünschten Erfolg führt, bieten sich Maßnahmen zur Verbesserung der Blutviskosität an. Hierfür kommt die isovolämische Hämodilution mit niedermolekularem Dextran zur Herabsetzung des Hämatokrit in Frage, die Flexibilität der Erythrozy-

„Dickes Bein“ • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

Venalot®

trifft Stauung • Entzündung • Ödem • Schmerz



beseitigt
Schwere-
gefühl und
Schmerzen

bessert venöse
Zirkulationsstörungen

befreit das Interstitium von
angehäuftem Plasma-Proteinen
mobilisiert den Lymphstrom

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

Dosierung: Venalot®-Depot: 3 × täglich 1–2 Dragées. Venalot®-Kapseln: 3 × täglich 1–2 Kapseln. **Parenteral:** 2–5 ml i.v. oder i.m. Venalot®-Liniment: mehrmals täglich über den erkrankten Stellen einreiben. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Depot-Drugées: 20 St. (N 1) DM 15,75, 50 St. (N 2) DM 34,-, 100 St. (N 3) DM 60,20, AP 500 St. Kapseln: 50 St. (N 2) DM 17,40, 100 St. (N 3) DM 31,50, AP 500 St. Ampullen: 5 × 2 ml DM 9,36, AP 100 × 2 ml; 5 × 5 ml DM 18,84, 10 × 5 ml DM 29,45, AP 100 × 5 ml. Liniment: 40 ml DM 8,95, 70 ml DM 13,90, AP 400 ml.
(Stand: Dezember 1982)



Schaper & Brümmer
3320 Salzgitter 61 (Ringelheim)

Naturstoff-Forschung und -Therapie

ten kann durch Pentoxifyllin (Trental) verbessert werden. Außerdem läßt sich mit Schlangengiftpräparaten, wie z. B. Arwin oder Defibrase, der Fibrinogengehalt des Blutes und damit die Neigung zur Thrombosierung vermindern.

Aus den weiteren Ausführungen von Hess war zu entnehmen, daß in den letzten drei Jahren die lokale Thrombolyse zunehmende Bedeutung erlangt hat. Ihr Vorteil ist vor allem darin zu sehen, daß man hier mit wesentlich geringeren Dosen eines Thrombolytikums auskommt und einige für die systemische Lyse geltende Kontraindikationen, wie z. B. höheres Alter oder Hypertonie, weitgehend vernachlässigt werden können. Voraussetzungen für eine lokale Thrombolyse sind, daß das Obturat lysierfähig ist und der Katheter in das Obturat eingeführt werden kann. Ebenso wie bei der einfachen perkutanen Katheterdilataion besteht auch bei der lokalen Thrombolyse das Risiko einer Embolie in der Peripherie sowie einer Frühthrombosierung infolge des verursachten Gefäßtraumas, die unter Umständen ausgedehnter sein kann als der Verschuß, der beseitigt werden sollte. Zu den Indikationen einer lokalen Thrombolyse gehören u. a. Femoropoplitea-Verschlüsse, segmentale Verschlüsse von mehr als 4 cm mit schlechter Kompensation sowie Embolien, die nicht mehr embolektomiert werden können, weil sie schon länger als eine bis zwei Wochen bestehen.

In einem *neurologischen Seminar* ging Professor W. Firnhaber, Darmstadt-Eberstadt, u. a. auf die **Therapie der multiplen Sklerose** ein. Neuerdings wird hier versucht, bei akuten Schüben der Erkrankung durch Kortikoide das um einen Entmarkungsherd sich bildende Begleitödem zu beeinflussen. Hierzu sind allerdings relativ hohe Dosen von Dexamethason (Decadron, Dexamed, Fortecortin) erforderlich. In den ersten drei Wochen müssen die Patienten stationär behandelt werden, danach ist eine ambulante Weiterbehandlung möglich. Während die Dexamethasonbehandlung innerhalb einiger Wochen ausschleichend abgesetzt wird, muß die zusätzliche immunsuppressive Medikation mit Azathloprin (Imurek), wenn sie einen Sinn haben soll, über mindestens zwei Jahre fortgeführt werden. Durch eine solche Kombinations-

therapie können neue Schübe zwar nicht verhindert, jedoch auf etwa ein Drittel reduziert werden. Wenn es zu einem neuen Schub kommt, kann Dexamethason erneut in den Behandlungsplan aufgenommen werden.

Kritisch-ablehnend äußerte sich Firnhaber zu dem Versuch, die multiple Sklerose durch Implantation von Schweinehirn behandeln zu wollen. Er bezeichnete es als unverständlich, daß trotz des Einspruches von seiten des wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Multiple-Sklerose-Gesellschaft ein jugoslawischer Arzt in Nordrhein-Westfalen eine entsprechende Zulassung erhalten hat. Dieser Therapeut sei nicht in der Lage, die Wirkungsweise seiner Methode zu erklären und könne auch nicht angeben, welche Anteile des Schweinehirns er implantiert. Es bestehe dabei die Gefahr der Auslösung einer Art von experimenteller allergischer Enzephalomyelitis. Inzwischen sei ein Todesfall nach Schweinehirn-Implantation bekanntgeworden, die Berichte über klinische Besserungen nach Anwendung dieser Methode hätten einer kritischen Nachprüfung nicht standhalten können.

In einem mehrteiligen *pharmakologischen Seminar* ging Professor E. Mutschler, Frankfurt/M., auf **einige Arzneimittelinteraktionen** ein, die offenbar weniger bekannt sind. Hierzu gehört u. a. die bei gleichzeitiger Gabe von Schleifendiuretika und Aminoglykosid-Antibiotika ausgelöste Kombinationsototoxizität. Sie läßt sich damit erklären, daß es sich bei den Schleifendiuretika (bei den anderen Substanzen dieser Gruppe ist es weniger ausgeprägt) um membranaktive Substanzen handelt, die auch am Innenohr wirken und so zu einer Schädigung des Hörnerven führen können. Eine Potenzierung der Ototoxizität von Aminoglykosiden und Schleifendiuretika ist besonders dann zu erwarten, wenn eines der beiden Medikamente in ototoxischer Dosis verabfolgt, wenn das Diuretikum zu rasch zugeführt wird, wenn eine ausgeprägte Niereninsuffizienz vorliegt und der zeitliche Abstand zwischen der Applikation beider Pharmaka weniger als eine bis zwei Stunden beträgt. Es scheint auch wenig bekannt zu sein, daß Pyridoxin die durch L-Dopa herbeigeführte Besserung des Parkinsonismus aufhebt. Dies bedeutet, daß Patienten, die unter einer Behandlung mit L-Dopa stehen, Pyridoxin-haltige Arzneimit-

tel, insbesondere Multivitamin-Präparate, nicht einnehmen sollten.

Arzneimittelwechselwirkungen auf der Ebene der Resorption lassen sich durch zeitlich versetzte Einnahme der in Frage kommenden Substanzen vermeiden. Ein typisches Beispiel hierfür sind die Antazida, die grundsätzlich nicht gleichzeitig, sondern in einem Abstand von mehreren Stunden zu anderen Medikamenten eingenommen werden sollten. Anders ist die Situation bei Digoxin, dessen Wirkung durch gleichzeitige Verabreichung von Chinidin oder Verapamil in toxische Bereiche gesteigert werden kann. Hier hilft wegen der langen Halbwertszeit des Herzglykosids keine zeitlich versetzte Medikamenteneinnahme, vielmehr muß die Glykosiddosis entsprechend reduziert werden.

Im zweiten Teil seines pharmakologischen Seminars befaßte sich Mutschler mit den **Beta-Blockern**, wobei er neuere Befunde hinsichtlich ihres unterschiedlichen Wirkprofils vorlegte. Über die bei einigen Substanzen vorhandene intrinsische sympathikomimetische Aktivität, kurz ISA genannt, wird viel philosophiert. Man kann davon ausgehen, daß die blutdrucksenkende Wirkung der Blocker mit ISA nicht ganz so deutlich ausgeprägt ist wie bei den anderen Substanzen, was mit dem Vorhandensein einer sympathikomimetischen Restwirkung gut zu erklären ist. Aus den heute exakt möglichen Bindungsmessungen weiß man, daß die Zahl der Rezeptoren ganz allgemein nicht konstant ist und die Beta-Rezeptoren in einem zirkadianen Rhythmus zahlenmäßig schwanken. Außerdem konnte nachgewiesen werden, daß die Rezeptorenzahl unter dem Einfluß von Antagonisten zunimmt, während sie unter Agonisten geringer wird. Diese Unterschiede bestehen praktisch nicht bei den partiellen Antagonisten, wozu die Beta-Blocker mit ISA gehören, bei ihnen bleibt die Rezeptorenzahl weitgehend konstant. Derzeit läßt sich noch nicht klar übersehen, welche therapeutischen Konsequenzen aus diesen Befunden abgeleitet werden können bzw. sollen. Zu den Beta-Blockern mit ISA gehören u. a. Alprenolol (Aptin), Oxprenolol (Trasicor) und Pindolol (Visken). Die einzig derzeit verfügbare Substanz, die sich sowohl durch Kardioselektivität als auch durch ISA

auszeichnet, ist Acebutolol (Neptal, Prent).

Wenn die Plasmahalbwertszeit oft als besonderes Merkmal herausgestellt wird, so gilt es zu bedenken, daß diese über die biologische Wirkdauer eines Pharmakons nur bedingt etwas auszusagen vermag. Immerhin gibt es unter den Beta-Blockern hier einige deutliche Unterschiede: Oxprenolol (Trasicor) hat eine sehr kurze Halbwertszeit von nur einer bis zwei Stunden, weshalb es zweckmäßigerweise in retardierter Form verwendet werden sollte. Für Atenolol (Tenormin) werden sechs bis acht Stunden angegeben, die längste Halbwertszeit weist Nadolol (Solgol) mit 14 Stunden auf. Eine lange Halbwertszeit macht es möglich, mit einer Dosis pro Tag auszukommen, was die Patienten-Compliance fördert. In diesem Zusammenhang erwähnte Mutschler, daß die kardiale Wirkdauer der Beta-Blocker etwa um den Faktor 3 größer ist, als dies nach der Plasmahalbwertszeit zu erwarten wäre, und daß der blutdrucksenkende Effekt noch deutlich länger anhält.

In den letzten Jahren ist der Indikationsbereich der Beta-Blocker deutlich erweitert worden; Tremor, Migräne und Angstsyndrom sind hinzugekommen. Der Vortragende wies darauf hin, daß beim essentiellen Tremor und auch beim Parkinson-Tremor ausschließlich nicht-kardioselektive Blocker und solche ohne ISA indiziert sind, weil der Tremor Beta₂-abhängig ist. Bei der Migräne ist die Wirkung von Propranolol am besten belegt; in einer entsprechenden Studie zogen mehr als 70 Prozent der Migränepatienten Dociton dem Methysergid (Deseril) vor. Die Vorstellung, daß bei dieser Indikation lipophile Blocker vom Typ des Propranolol besser geeignet sind, weil sie leichter in das Zentralnervensystem eindringen können, ist jedoch korrekturbedürftig. Denn bei der Migräne handelt es sich um einen vaskulären Prozeß, der sich extrazerebral abspielt. Deshalb kann man erwarten, daß auch lipophile Blocker eine Wirkung haben werden; neuere Studien mit Atenolol (Tenormin) weisen jedenfalls in diese Richtung.

Referent:

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

Gesundheits-Sozial-Berufspolitik

Praxisabgabe

Daran sollte man doch schon bei Praxisgründung bzw. in den Folgejahren denken!

von W. Kahlisch

Die Probleme liegen in persönlichen, meist schwierigen Lebensumstellungen, in wirtschaftlicher, steuerlicher und in zivil- und standesrechtlicher Art.

Die folgenden kurzgefaßten Ausführungen mögen zu Gedanken und Gesprächen mit Fachleuten anregen.

Bereits bei der Planung der Praxis gilt es zu berücksichtigen, daß bei Mieträumen nach Beendigung der Mietzeit unter Umständen der alte bzw. ursprünglich geplante Bauzustand wieder hergestellt werden muß. Dies tangiert die Investitionsentscheidungen bei Bauveränderungen und Einbauten. Der Mietvertrag muß eine Übergabe an einen Nachfolger zeitlich und rechtlich zulassen und darf nicht beim Tod des Praxisinhabers erlöschen, sondern muß auf die Erben übergehen können. Ferner soll der Vermieter den Übergang auf den neuen Mieter nicht zu überhöhten Preissteigerungen nutzen können.

Bei der Praxis im eigenen Haus oder Teileigentum wird oft aus Gründen des sofortigen steuerlichen Mehrnutzens eine Zeitbombe gelegt, die erst bei Praxisabgabe oder Auflösung detoniert, da sie zu einer Versteuerung des sogenannten Veräußerungsgewinns führt. Diese kann den Arzt erheblich belasten und sogar noch Probleme für seine Erben bringen. Möglicherweise wird er daran gehindert, die Praxis rechtzeitig abzugeben und ist gezwungen, länger als wünschenswert weiter zu arbeiten.

Der Standort der Praxis ist für die spätere Verwertung sehr wichtig, insbesondere die Vorausschau, wie die Bedürfnisse der Patienten einerseits und die schwieriger werdenden Konkurrenzverhältnisse andererseits sich entwickeln könnten. Dies gilt auch für die Raumaufteilung, die Praxisorganisation, die Zugangsmöglich-

keit zur Praxis, die Pflege der Praxisausstattung und natürlich des Patientenstammes sowie die laufende Anpassung an die Veränderungen der Infrastruktur im Umfeld, wie z. B. Planung neuer Stadtviertel mit „Zentren“, Veränderung der Verkehrsanbindung, Veränderung der Bevölkerung wie höherer Rentner- oder Ausländeranteil und kinderreiche Familien. Diese, im allgemeinen nicht so gut bemittelten Bevölkerungsschichten haben auch nicht die Mobilität, um z. B. zu Gebietsärzten in andere Stadtviertel zu fahren, wie dies bei wohlhabenden eher der Fall ist. Sogenannte Pendler suchen den Arzt tagsüber öfter in der Nähe der Arbeitsstätte auf und nicht im eigentlichen Wohngebiet!

In der Frage der Standortwahl, der Praxisausstattung, des Leistungsspektrums usw. sollte unbedingt die Niederlassungsberatung der für den Niederlassungsort zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (Bezirksstelle) in Anspruch genommen werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen eine sehr intensive Bedarfsplanung durch, die u. a. auch auf die speziellen örtlichen Verhältnisse (Bevölkerungs-, Wirtschafts-, Arztstrukturdaten usw.) abgestellt ist und den Stand der kassenärztlichen Versorgung sowie die absehbare Entwicklung des Bedarfs vermittelt.

Weitere wirtschaftliche Vorgaben sind die Vermeidung schlecht rentabler Einrichtungen, wie z. B. zu luxuriöses und zu großes Wohnungseigentum (die Kinder ziehen irgendwann meist aus), aus denen später erhebliche laufende Belastungen entstehen. Gleiches gilt für Folgebelastungen aus beispielsweise steuerbegünstigten Anlagen, wie Bauherrenmodelle usw. Im Kaulprospekt heißt es hier oft Wertzuwachs, wenngleich dies durchaus zusätzlich aufzubringende Hypothekentilgungsraten bedeuten kann. Diese Hypothekendarlehen haben eine Laufzeit von ca. 30

Jahren, woraus ersehen werden kann, daß Anlagen später nicht die Altersversorgung ergänzen, sondern einschränken. Sollten aus steuerlichen Gründen in Zeiten guten Einkommens derartige Anlagen sinnvoll erscheinen, gilt es daher zu beachten, daß es sich um Gebrauchsobjekte in verwertbaren Lagen handelt, die zu jeder Zeit veräußert werden können. Die Probleme auf dem Immobilienmarkt aufgrund der Konjunktur- und Zinsschwankungen haben sich in letzter Zeit deutlich gezeigt. Es reicht also nicht aus, ausschließlich auf weitere Inflation zu spekulieren. Sollten aber aus durchaus sinnvollen Gründen längerfristige Belastungen, die in das Rentenalter reichen, eingegangen werden, ist es empfehlenswert, zumindest eine fällig werdende Lebensversicherung oder andere Reserve dagegen zu stellen. Dann kann man entscheiden, ob die entsprechenden Schulden zurückgeführt oder die Zins- und Tilgungsleistungen sinnvoller über eine Verrentung der Lebensversicherung ausgeglichen werden sollen. Hierfür ist auch wieder der Steuerberater gefordert.

Bei all diesen Investitionsentscheidungen, die zu nachhaltigen späteren Belastungen führen, sollte daran gedacht werden, daß vorzeitig durch Unfall, Krankheit, Scheidung usw. die Praxis unter Umständen trotz Vorsorgeversicherung aufgegeben werden muß, oder daß möglicherweise der zu erwartende hohe Niederlassungsdruck des heranwachsenden Ärzteüberschusses, abgesehen von politischen Zwängen, weitere Umsatzeinbußen bringen kann und deshalb aus wirtschaftlichen Gründen nicht gewünschte Handlungen notwendig werden können.

Auch kann z. B. das Problem der Kassenzulassungssperre möglicherweise eine Veräußerung, zumindest aber einen guten Veräußerungspreis, beeinträchtigen. Der Zeitpunkt der

Praxisaufgabe soll sich also nach Möglichkeit nach den persönlichen und gesundheitlichen Vorgaben, aber auch nach den zweckmäßigsten wirtschaftlichen Erfordernissen bis hin zum Quartalsende – wegen der KV-Abrechnung – richten.

Die Bestimmungen des Kassenarztes sind auch zu beachten, falls dem Praxisinhaber etwas zustößt und die Hinterbliebenen die Praxis bis zur Veräußerungsmöglichkeit durch einen Vertreter fortführen lassen wollen. Die Fristen hierfür sind nicht sehr lang (meist nur bis zu maximal einem halben Jahr).

Sollte ein Praxisnachfolger nicht gefunden oder eine Praxisabgabe nicht gewollt werden, muß zu gegebener Zeit die Praxis aufgelöst werden. Hier gilt es natürlich auch, sich rechtzeitig um die Veräußerung der Einrichtung zu bemühen, die Mietklauseln zu beachten bzw. die steuerliche Folge aus der Überführung der im Eigentum stehenden Praxisräume in das Privatvermögen.

Als weiterer Stichpunkt seien die Dienstverträge mit den Mitarbeitern genannt. Im Falle der Praxisauflösung müssen die Kündigungsfristen für eine ordentliche Kündigung eingehalten werden. Die Länge der Kündigungsfrist kann von der Dauer der Zugehörigkeit der Mitarbeiter abhängen, so daß die Kündigungen frühzeitig genug vorzunehmen sind.

Im Falle der Praxisübergabe gehen die bestehenden Dienstverträge kraft Gesetzes (§ 613a BGB) auf den Übernehmer über. Der neue Praxisinhaber tritt in vollem Umfang in die Arbeitsverhältnisse ein, die unverändert fortgesetzt werden. Ein Kündigungsrecht anlässlich der Praxisübergabe besteht seitens des Arbeitgebers nicht. Dem einzelnen Arbeitnehmer steht gegen den gesetzlich vorgesehenen Übergang des Arbeits-

verhältnisses ein Widerspruch zu. In diesem Fall kann dem widersprechenden Arbeitnehmer aus betrieblichen Gründen ordentlich gekündigt werden. In der Praxis ist ein derartiger Widerspruch der Ausnahmefall. Der Tod des Praxisinhabers ist ebenfalls kein Grund für eine fristlose Beendigung des Arbeitsverhältnisses, vielmehr sind die Erben an die vertraglichen und gesetzlichen Kündigungsfristen gebunden.

Auch über die Erfordernisse der Abmeldungen bei den Sozialversicherungsträgern bzw. der Lohnsteuer muß sich der Arzt beraten lassen.

Ein weiterer Überlegungspunkt wäre die Verwahrung der Patientenkartei bzw. sonstiger Patientenunterlagen. Sofern diese Arztunterlagen nicht an den Erwerber der Praxis übergeben werden können, müssen die Erben die Aufbewahrung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften vornehmen. Die Aufbewahrungsfristen betragen zehn Jahre nach Abschluß der Behandlung, wobei allerdings Aufzeichnungen über Röntgenstrahlenbehandlung 30 Jahre aufbewahrt werden müssen. Sofern es bei dieser Aufbewahrung unüberwindbare Schwierigkeiten gibt, sollte eine Absprache mit dem zuständigen Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband bzw. mit der Kammer zu einer Lösung führen.

Die zuständige Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung könnte konsultiert werden, sofern Probleme mit der Abrechnung von offenstehenden Honorarforderungen entstehen, die nicht mit dem Übernehmer gelöst werden können.

Für die Praxisabgabe ist natürlich der Verkaufspreis sowohl der Einrichtung (materieller Wert) einerseits als auch speziell des sogenannten Goodwills (immaterieller Wert) andererseits von besonderer Bedeutung, also die Bewertung der Praxis.



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. Corvall. 0,8g.

-Castor. 0,6g. Camph. 1,0g. Menthol. 0,5g. Nicotin. 0,155g. O.R. 30g DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

Deutsche Wellcome GmbH



Wellcome

Postfach 13 52
3008 Burgwedel 1

Telefon (05139) 3001*
Telegramm Tabloid Burgwedel
Telex 0922799 Welco d

Im April 1983

Zovirax (R) gegen Herpes
(zur intravenösen Infusion)

Sehr verehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

seit April 1983 steht für Ihre Patienten mit schweren Herpes-
Infektionen das von Wellcome entwickelte selektive Virustatikum
Zovirax (R) zur Verfügung.

Zovirax (R) (INN: Aciclovir) gibt es vorerst nur zur intravenösen
Infusion; andere für die Anwendung in der Praxis geeignetere
Darreichungsformen sind in Vorbereitung.

Zovirax (R) ist die Vorstufe eines potenten Inhibitors der DNS-
Polymerase von Herpes-Viren. Es wirkt selektiv in Herpes-Virus-
befallenen Zellen, weil es nur dort durch ein Virus-eigenes
Enzym aktiviert wird. Dadurch besitzt es eine hohe Wirksamkeit
in infizierten Zellen, schont dagegen die gesunden Zellen.

Zovirax (R) zur intravenösen Infusion ist indiziert bei primärem
Herpes genitalis und bei durch Herpes simplex-Viren verursach-
ten Infektionen der Haut und der Schleimhäute bei Patienten mit
angeborener Immunschwäche oder sekundären Immundefekten.

In kontrollierten klinischen Studien erwies sich Zovirax (R)
auch bei Varicella/Zoster-Infektionen als wirksam.

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an unsere
Med.-Wiss.-Abteilung.

Mit freundlichen Grüßen
DEUTSCHE WELLCOME GMBH

ppa. Dr. U. Hopf

ppa. F. Frauendorfer

Geschäftsführer Dr. Hans-Günther Beck
Handelsregister Amtsgericht Burgwedel 2 HRB 66
Tochtergesellschaften Impfstoffwerk Friesoythe GmbH Impfstoffwerk Wellcome GmbH
First National City Bank Frankfurt (BLZ 502 109 00) Kto. Nr. 150.383 Deutsche Bank AG Hannover (BLZ 250 700 70) Kto. Nr. 0150425
Postcheckamt Hannover (BLZ 250 100 30) Kto. Nr. 533 83-302

Deutsche Wellcome GmbH, 3008 Burgwedel 1, Zovirax®. **Zusammensetzung:** 1 Durchstechflasche Zovirax® zur intravenösen Infusion enthält: 274,4 mg gefriergetrocknetes Aciclovir-Natrium entsprechend 250 mg Aciclovir. **Anwendungsgebiete:** Primärer Herpes genitalis, durch Herpes simplex-Viren verursachte Infektionen der Haut und der Schleimhäute bei Patienten mit angeborener Immunschwäche oder sekundären Immundefekten, wie sie z. B. im Verlauf immunsuppressiver oder zytostatischer Behandlungen auftreten. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Aciclovir. Obwohl bei Tierversuchen keine keim-schädigende Wirkung beobachtet wurde, sollte die intravenöse Gabe von Zovirax® während der Schwangerschaft nur unter sorgfältiger Abwägung des Nutzens und möglicher Risiken in Betracht gezogen werden. **Nebenwirkungen:** Hautausschläge wurden selten gesehen. Sehr selten wurden kurzfristige reversible Anstiege des Harnstoffes und des Kreatinins im Serum beobachtet. Eine Kontrolle dieser Werte vor und während der Therapie wird deshalb empfohlen. Lokale Reizungen und Entzündungen an der Injektionsstelle sind möglich, wenn Zovirax® in die Vene umgebende Gewebe gelangt. In einigen Tierversuchen und Zellkulturen lief Zovirax® Chromosomenveränderungen hervor.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Probenecid verringert die renale Ausscheidung von Aciclovir. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, erhalten Kinder und Erwachsene mit normaler Nierenfunktion eine Einzeldosis von 5 mg/kg Körpergewicht Zovirax® alle 8 Stunden. Dosierung bei eingeschränkter Nierenfunktion siehe wissenschaftlicher Prospekt oder Gebrauchsinformation. **Handelsform und Preis:** Zovirax® zur i. v. Infusion: 10 Durchstechflaschen DM 568,66 inkl. MwSt.

Der materielle Wert der Praxis dürfte sich durch das Gutachten eines Sachverständigen oder auch spezieller Einrichtungsfirmen usw. ziemlich problemlos feststellen lassen, wobei unter Umständen Käufer und Verkäufer je eine eigene Wertermittlung vornehmen lassen, um sich dann auf der Basis dieser Daten zu arrangieren.

Der materielle Wert kann vereinfacht auch dadurch ermittelt werden, daß die Anschaffungspreise der Praxisgegenstände der steuerlichen Buchhaltung entnommen werden und je nach Alter Abschläge, aber auch Zuschläge für zwischenzeitliche Preissteigerungen gemacht werden.

Anders verhält es sich beim Immateriellen, also ideellen Praxiswert oder Goodwill. Hier werden oft Faustregeln als Basis herangezogen, die besagen, daß dieser Wert bis zu 25 Prozent des durchschnittlichen Jahresumsatzes oder etwa 50 Prozent des durchschnittlichen Jahresgewinnes je der letzten drei Jahre darstellt.

Der exaktere Weg, in der Praxis aber weniger gebräuchlich, geht vom sogenannten Ertragswert aus, der kompliziert unter Einbeziehung vieler Faktoren von einem Wirtschaftsprüfer bzw. gerichtlich vereidigten Sachverständigen im Streitfall ermittelt wird.

Meines Erachtens kann man sich meistens nach der erstgenannten Faustregel mit eventuellen Ab- oder Aufschlägen einigen. Zur Preisfindung gehört neben dem Gesetz von „Angebot und Nachfrage“ auch, wie bereits geschildert, die Beurteilung einiger Zukunftseinschätzungen.

Von Bedeutung ist auch der Mietvertrag, da das Weiterführen der Praxis in angestammter Lage die Chance verbessert, den übernommenen Patientenstamm auf die Dauer zu erhalten.

Bei der Bewertung soll auch überlegt werden, ob dieser Patientenstamm struktur- und altersmäßig für den meist jüngeren Nachfolger geeignet ist. Eine zu erwartende Auflösung der „alten Treue“ würde sich preismäßig natürlich nachteilig auswirken.

Bei den Aufteilungen der Praxis in materielle und immaterielle Werte sind steuerliche Probleme zu be-

rücksichtigen, über die gleich berichtet wird. Wichtig ist ebenfalls die Vertragsgestaltung. Hier gibt es Musterverträge, an denen auch Ärzteverbände mitgearbeitet haben.

Dennoch kann es empfehlenswert sein, auf der Basis dieser Vertragsentwürfe einen Anwalt und einen Steuerberater hinzuzuziehen, um – trotz Mehrkosten – eine individuelle Lösung zu finden (unter Umständen mit Festlegung von Vertragsstrafen für Verletzung von Vereinbarungen, z.B. bei Niederlassungsverbot). Das Einsetzen eines Schiedsgerichts kann im Streitfall zeitliche und finanzielle Vorteile bringen.

Oft ist es so, daß eine Übergangsgemeinschaftspraxis gewählt wird. Auch an eine Einstellung als Assistent und spätere Abgabe kann gedacht werden, was aber viele Gefahren für beide Teile mit sich bringen kann. Wichtig ist, daß beide Partner ihre Ehegatten neben den Steuerberatern (fast überall lauern Steuerfallen!), Juristen oder sonstigen Fach-

leuten der Standeseinrichtungen mit in die Beratung einbeziehen.

Aus diesen wenigen Zeilen ist ersichtlich, wie wichtig der Aufbau einer Altersversorgung ist. Die rasche Innovation bei der ärztlichen Einrichtung mindert einerseits die Wertschöpfung; andererseits kann es möglich sein, einen guten immateriellen Praxiswert aufgrund der immer schwieriger werdenden Standortfindung bei Neugründungen zu erzielen. Wie sehr diese zusätzliche Altersvorsorge doch mit Imponderabilien behaftet ist, sollte auch mit aufgezeigt werden.

Einige zusätzliche Literaturhinweise z. B.:

Sonderdruck der Bayer. Landeszahnärztekammer (Artikel Dr. H. Reisinger) *Arzt und Wirtschaft* 5/82, 3/83 und 7/83
Der praktische Arzt 8 und 9/82
Der niedergelassene Arzt 8/82
Arztezeitung 3. 11. 82/11. 1. 83/2. 2. 83
Ärztliches Management 3/83

Anschrift des Verfassers:

W. Kahlich, Direktor der Deutschen Apotheker- und Ärztebank EG, Niederlassung München, Ottostraße 8, 8000 München 2

Neuberufung des Präsidiums der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin München

Vom Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Fritz Pirkel, wurden die Mitglieder des Präsidiums auf die Dauer von vier Jahren neu berufen. Das Präsidium setzt sich aus je einem Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer, der Landesuniversitäten, des Deutschen Gewerkschaftsbundes, der Vereinigung der Arbeitgeberverbände und des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung zusammen.

Zum Präsidenten der Akademie wurde zum dritten Mal in ununterbrochener Reihenfolge Professor Dr. med. H. Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozial-Medizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, zu seinem Stellvertreter ebenfalls erneut Dr. med. Hermann Braun, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, gewählt.

Dem Präsidium gehören weiter an: I. Liebig, Bezirkssekretärin der IG-Chemie-Papier-Keramik, K. Bayer, Vorstandsmitglied der Krauss-Maffei AG, und Ministerialrat Dr. med.

G. Hall, Referent für Arbeitsmedizin, Umweltmedizin und medizinischen Strahlenschutz im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Im Rahmen der Neukonstituierung des Präsidiums verabschiedete Ministerialdirektor Dr. W. Spaeth das langjährige Präsidiumsmitglied E. Essl (lange Jahre Landtagsabgeordneter).

Wahlen im Bayerischen Sportärzteverband

Anlässlich der Delegiertenversammlung des Bayerischen Sportärzteverbandes e.V. wurde Dr. Eugen Goßner, Augsburg, erneut zum Präsidenten gewählt. Er übt dieses Amt seit über 25 Jahren aus.

Ferner wurden gewählt: Dr. Günter Glatthaar, Nürnberg, zum 1. Vizepräsidenten; Dr. Wolf-Dieter Montag, Weilheim, zum 2. Vizepräsidenten und Schatzmeister; Dr. Peter Konopka, Augsburg, zum 3. Vizepräsidenten und Schriftführer.



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Schwindel

Der Notfall: Der neurologisch bedingte Schwindel

bearbeitet von Professor Dr. H.-H. Meyer, Homburg/Saar

Symptomatik:

„Schwindel“ umfaßt alles, vom leichten Taumeligsein und Unsicherheit bis zur völligen Hinfälligkeit; er ist ein vieldeutiges Erlebnis. Die Bezeichnung „Schwindel“ wird für sehr differente Zustände verwandt und höchst unterschiedlich beschrieben.

Ein neurologisch bedingter Schwindel ist oft felchterer Art als ein vestibulärer Schwindel, der otologischerseits zu beurteilen ist.

Der neurologisch bedingte Schwindel, meist ein „Schwankschwindel“, kann von Funktionsstörungen oder -Ausfällen von Teilen des ZNS, wie z. B. Nystagmus, Blickparesen o. a. begleitet sein. Bei Störungen im Vestibulariskerngebiet oder ihrer zentralen Verbindungen sieht man häufig einen unerschöpflichen auch seitendifferenten Blickrichtungsnystagmus. Tritt ein Nystagmus bei Seitenblick auf dem abduzierten Auge stärker auf als auf dem adduzierten, so handelt es sich um einen sog. dissoziierten Nystagmus, den man vor allem bei Hirnstammschäden oder anderen zentralen Störungen beobachtet. Daneben kennen wir auch einen blickparetischen Nystagmus, der bei unvollständiger Blickparese bei Bußbuswendungen in Richtung der Lähmung auftritt und bei dem es zu einer langsamen Rückbildung zur Mittellinie nachfolgend zu raschen Rückwärtsbewegungen in die ursprüngliche Blickrichtung kommt.

Schwindel als Folge allgemeiner Störungen mit Beeinträchtigung cerebraler Funktionen findet man als begleitende Symptome z. B. bei vasculären, entzündlichen, raumfordernden, posttraumatischen, toxischen oder anderen Veränderungen. Diese können direkt oder indirekt in die cerebralen Funktionen eingreifen und diese erregen oder vermindern. So kommt es z. B. bei cerebralen Durchblutungsstörungen unterschiedlicher Genese neben Schwindel zu Lähmungen einzelner Hirnnerven oder auch den langen Bahnen. Bei entzündlichen Veränderungen findet man oft begleitend Fieber, Nackensteifigkeit, Hirnnervenausfälle, Extremitäten-Paresen und Bewußtseinsveränderungen sehr unterschiedlicher Schwere. Häufig sind Klagen über Schwindel, gerade bei der Encephalitis disseminata (Multiple Sklerose), sowohl bei Herden im Klein- oder Stammhirnbereich vor allem bei foudroyanten Verläufen, aber auch als Allgemeinsymptom, häufig vermischt mit Folgezuständen lokaler Natur. Auch nach Schädeltraumen ohne nachweisbare Gehirnschäden wird häufig Schwindel angegeben, besonders bei Lagewechsel, beim Bücken und Wiederaufrichten sowie beim Blick nach oben oder unten. Hier muß an eine vasculäre Dysregulation, Oedem u. a. gedacht werden. Bei Hirncontusionen und anderen organischen Prozessen wie atrophische oder degenerative oder raumfordernden (besonders der hinteren Schädelgrube) mit Innendrucksteigerung oder direktem Betroffensein der Vestibulariskerne oder deren Verbindungen findet man stets Klagen über Schwindel. Es ist ein wichtiges Zeichen als Allgemeinsymptom bei Intoxikationen durch Alkohol oder Drogenmißbrauch, dabei häufig mit Bewußtseinsveränderung.

Anamnese:

Eine möglichst exakte Erhebung der Vorgeschichte mit Fragen nach vorausgegangenen Erkrankungen sowie dem Beginn und bisherigen Verlauf des Schwindels und begleitenden Funktionsänderungen oder -Ausfällen des ZNS,

aber auch von solchen ophthalmologischer und otologischer Art muß vom Betroffenen und seiner näheren Umgebung erhoben werden, wodurch diagnostisch Irrtümer vermieden werden. Hierbei muß auch nach einem Abusus oder psychischen Alterationen gefragt werden. Stets ist an einen raumfordernden Prozeß im Kleinhirn-Brückenwinkel zu denken. Wichtig ist eine Analyse des Phänomens „Schwindel“. Es ist für den Arzt wichtig zu erfahren, ob es sich um Schwindelattacken, einen Dauerschwindel, Lage- oder Lagerungsschwindel handelt und ob unter Umständen weitere Anzeichen neurologischer Ausfälle angegeben werden, z. B. Hör- und Sehstörungen oder psychische Veränderungen.

Sofortdiagnostik:

Als erste diagnostische Maßnahme bei Schwindel müssen Erkrankungen von seiten der Ohren ausgeschlossen werden, ehe man nach anderen organischen Erkrankungen des ZNS, wie raumfordernde, entzündliche, vasculäre, posttraumatische Zustände oder Anfallsleiden u. a. m. sucht. Sehr wichtig ist die Erfassung von Kreislaufstörungen (wie z. B. zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, zu langsamer Puls, Arrhythmien, cardiale Insuffizienz o. a.). Gelegentlich wird die Gehirndurchblutung bei extremen Halsbewegungen durch eine passagere Vertebralisinsuffizienz bei engem Foramina transversaria oder erheblichen arteriosklerotischen Veränderungen der Vertebralisarterien gestört.

Es muß auch stets nach Allgemeinstörungen, wie Intoxikationen, Infektionen, Sonnenstich, Hitzschlag geforscht werden.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

An erster Stelle steht — wenn erkennbar — die Behandlung des Grundleidens, das primär oder sekundär den Schwindel hervorgerufen hat. Symptomatisch sind dämpfende und beruhigende Medikamente zu verordnen, wie z. B. Valium®, Haloperidol®, Psyquil®, Torecan® oder ähnliches.

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

Sie ist gegeben, wenn die Schwindelzustände ein erhebliches Ausmaß haben, sich häufig wiederholen und über längere Zeit anhalten oder wenn gleichzeitig neurologische Symptome nachweisbar werden, die den Verdacht einer Erkrankung des ZNS erwecken oder wenn Anhaltspunkte für eine Intoxikation infolge Mißbrauchs oder in suizidaler Absicht besteht.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Kranke mit heftigem Schwindel sollten liegen. Fachärztliche Untersuchungen sollten sich möglichst rasch anschließen (Otologie, Ophthalmologie, Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie, Innere Medizin, u. a.).

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Die diagnostische Beurteilung von Schwindelzuständen macht fast stets Schwierigkeiten und erfordert in den meisten Fällen die Untersuchung durch verschiedene Fachärzte (s. oben) (Wieck, H. H.: Schwindelzustände. Schattauer Praxis-Bücherei Bd. 19, 1977). Das allein zeigt schon die Kompliziertheit der Differentialdiagnose, die nicht nur wegen der Gefahr, daß eine intracerebrale Veränderung übersehen wird (Tumor, Encephalitis, evtl. disseminata, Blutung o. a.), die zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen können, sondern auch wegen des Versäumens einer gezielten Therapie, die oft den Kranken von diesem sehr quälenden Leiden befreien kann. Apparative Diagnostik ist meist notwendig (Elektroencephalographie, Rheographie, Liquoruntersuchung, neuroradiologische Untersuchungen o. a.). Auszuschließen sind: Erkrankungen von seiten der Ohren, insbesondere des Nervus vestibularis (Neuronitis vestibularis, Labyrinthitis, Contusio labyrinthi, Morbus Menière), Allgemeinstörungen wie Intoxikationen (Drogen, Schlafmittel, Alkohol, Psychopharmaka, Antibiotika u. a.), cerebrale Durchblutungsstörungen (primäre oder sekundäre), Reise-, Luft-, Seekrankheiten, Sonnenstich oder Hitzschlag und alle cerebral lokalisierten Veränderungen, wie raumfordernde Prozesse, Entzündungen des Gehirns und seiner Häute, Traumafolgen, vasculäre Veränderungen u. a.

Nach Ausschluß organisch bedingter Störungen (intra- oder extracerebral lokalisiert) ist auch an psychisch bedingten Schwindel zu denken.

Personalia

Paracelsus-Medaille für Dr. Erwin Stetter

Auf der Eröffnungsveranstaltung des 86. Deutschen Ärztetages in Kassel am 10. Mai 1983 überreichte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Vilmar, die Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft an Dr. med. Erwin Stetter, Allgemeinarzt, Wichernstraße 7, 8450 Amberg. Die Medaille wurde ihm auf Antrag des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Sewering, verliehen.

Dr. Stetter wurde am 13. Juli 1915 in Kronach/Ofr. geboren. 1934 hat er das Gymnasium mit einem so hervorragenden Abitur abgeschlossen, daß er in das Maximilianeum aufgenommen wurde. Er leistete dann seinen Wehrdienst ab und entschloß sich aufgrund der damaligen Verhältnisse, aktiver Soldat zu werden. Im zweiten Weltkrieg war er Kompaniechef, Bataillons- und Kampfgruppenführer, zuletzt Major im Generalstab. Er wurde fünfmal verwundet, wobei die letzte Verwundung zur Amputation des linken Beins im Oberschenkel führte. Er wurde mit dem EK 1, dem Deutschen Kreuz in Gold, dem Infanteriesturmabzeichen und dem Verwundetenabzeichen in Gold ausgezeichnet. Nach dem Krieg studierte er Medizin in Bonn und Erlangen und legte 1950 das medizinische Staatsexamen ab. Seine Promotion über Phantomglieder wurde im Januar 1951 in Bonn mit Auszeichnung bewertet. Neben Medizin studierte er auch Philosophie und Psychologie.

Am 1. Januar 1954 übernahm Dr. Stetter als Praktischer Arzt die Praxis seines Schwiegervaters in Amberg, die er bis Oktober 1980, zuletzt in Gemeinschaftspraxis mit seinem Sohn, geführt hat. Während dieser langen Zeit hat er sich außerordentlich hohes Ansehen bei der Bevölkerung der Stadt Amberg erworben. Dabei wurde immer wieder besonders hervorgehoben, daß dieser Arzt trotz seiner körperlichen Behinderung bei Tag und Nacht stets für seine Patienten, auch am Krankenbett, zur Verfügung stand, wenn er gerufen wurde.

Dr. Stetter hat sich unmittelbar nach seiner Niederlassung in Amberg auch für die Arbeit in der ärztlichen Berufsvertretung zur Verfügung gestellt. Er wurde bereits 1955 Delegierter und Mitglied der Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer. Von 1958 bis Ende 1982 gehörte er dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer an. Daneben hat er auch in den Vorständen des Ärztlichen Kreisverbandes Amberg und des Bezirksverbandes Oberpfalz ohne Unterbrechung gearbeitet.

Auch in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erfüllte er wesentliche Aufgaben: Von 1956 an war er Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, von 1975 bis Ende 1981 Vorsitzender der Bezirksstelle Oberpfalz der KVB und damit Mitglied des Vorstandes. Von 1973 bis 1981 gehörte er auch der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an.

In diesen langen Jahren hat sich Dr. Stetter besonders um die Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Regierungsbezirk Oberpfalz verdient gemacht.

Neben dieser umfangreichen ärztlichen und berufspolitischen Tätigkeit fand Dr. Stetter auch noch Zeit für seine Lieblingsbeschäftigung, die Schriftstellerei. Neben seinem Buch „Ein Menschenleben“ schrieb er zahlreiche Gedichte und Kurzgeschichten. Im Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte wirkt er als Mitglied und Sekretär der Landesgruppe Bayern deutscher Schriftstellerärzte. Ihm ist es zu verdanken, daß seit Jahren während der Adventszeit im Ärztehaus Bayern eine Lesung bayerischer Schriftstellerärzte stattfindet, zu der vor allem alte Ärzte und zahlreiche Arzttwitwen eingeladen werden. Das große Echo dieser Veranstaltung zeigt sich an den von Jahr zu Jahr zunehmenden Zuhörerzahlen.

Dr. Erwin Stetter hat sich aus der aktiven ärztlichen Tätigkeit und Berufspolitik zurückgezogen, weil die schweren Verwundungen seinen Gesundheitszustand nunmehr doch erheblich beeinträchtigen.

Während seiner jahrzehntelangen Tätigkeit war er nicht nur ein Vorbild der Einsatzbereitschaft, sondern auch ein leuchtendes Beispiel für gute ärztliche Haltung.

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Professor Dr. Jürgen Probst

Professor Dr. med. Jürgen Probst, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau, 8110 Murnau, erhielt anlässlich der Unfallmedizinischen Tagung des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften am 14./15. Mai 1983 in der Kongreßhalle in Augsburg aus der Hand des Vorstandsmitglieds der Bayerischen Landesärztekammer Dr. Otto Schloßer die Ernst-von-Bergmann-Plakette überreicht.

Professor Dr. Probst hat sich selbst und seine Mitarbeiter seit zwei Jahrzehnten bereitwilligst für die Fortbildung niedergelassener Ärzte zur Verfügung gestellt, als Referent bei Ärztlichen Kreisverbänden, Bezirksverbänden und auf den großen Kongressen der Bayerischen Landesärztekammer ebenso wie im Notfall- und Katastrophenmedizinischen Seminar. Die Zahl der von ihm verfaßten Bücher und Buchbeiträge in nichtperiodischen Druckwerken beträgt 175, in rund 200 Referaten hat er aus seiner reichen Erfahrung als Unfallchirurg bei Fortbildungsveranstaltungen jeglicher Art mitgewirkt und bei 24 Fachtagungen war ihm die Leitung übertragen.

60 Jahre Dr. med.

Dr. med. Wilhelm Rother, Frauenarzt, Steinbergweg 17, 8562 Hersbruck, konnte vor einiger Zeit sein 60jähriges Doktorjubiläum feiern.

Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft

Auf der Eröffnungsveranstaltung des Bayerischen Zahnärztetages 1983 am 13. Mai in München überreichte der Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, Dr. Pillwein, die Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft an Ministerialdirigent Dr. jur. Heiner Reiter, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Winzerstraße 9, 8000 München 40, und Leitenden Ministerialrat Georg Scholz, Bayerisches Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Lorenz Amann, Chefarzt, St. Anna-Haus, 8222 Ruhpolding;

Dr. med., Dr. phil. Manfred Lindner, Nervenarzt, Labenwolfstraße 5, 8500 Nürnberg;

Professor Dr. med. Hans Wolfgang Opderbecke, Vorstand des Instituts für Anästhesiologie des Klinikums der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg;

Dr. med. Otto Renner, Medizinischdirektor a.D., Stintzigstraße 29, 8520 Erlangen;

Dr. med. Otto-Peter Schmidt, Chefarzt, Langenfeldstraße 2, 8230 Bad Reichenhall;

Dr. med. Ludwig Tieber, Obermedizinaldirektor a. D., Mondstraße 13, 8300 Landshut-Aldorf;

Dr. med. Erich Tritschler, Medizinischdirektor a. D., Niederhedernstraße 5 b, 8000 München 70;

Verdienstmedaille

Mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet:

Dr. med. Brigitte Becker, Nervenärztin, Bruckbergerheime, 8802 Bruckberg;

Dr. med. Heinz Marhoffer, praktischer Arzt, Karwinkel 13, 8706 Höchberg.

Professor Dr. med., Dr. rer. nat. Dieter Adam, Kinderklinik der Universität München im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, wurde als stellvertretender Bundesvorsitzender des Verbandes Hochschule und Wissenschaft im Deutschen Beamtenbund wiedergewählt.

Privatdozent Dr. med. H. Böhles, Kinderklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Loschggestraße 15, 8520 Erlangen, wurde für seine Arbeit „Tierexperimentelle Untersuchungen über Veränderungen des Lipid- und Proteinstoffwechsels bei L-Carnitin supplementierter totaler parenteraler Ernährung“ der Erlanger Förderungspreis 1982 (zur Hälfte) verliehen.

Verdienstmedaille des Hartmannbundes

Mit der Verdienstmedaille des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes wurden ausgezeichnet:

Dr. med. Helmut Fischer, Lungenarzt, Münchner Straße 44, 8120 Weilheim;

Dr. med. dent., Dr. med. Franz Hochreiter, Mund-Kiefer-Gesichtschirurg, Landwehrstraße 9, 8000 München 2;

Medizinaldirektor Dr. med. Hermann Mühleisen, Margaretenweg 1, 8450 Amberg;

Dr. med. Christian Rechl, Allgemein- arzt, Kettelerstraße 3, 8480 Weiden;

Dr. med. Otfried Reithinger, Urologe, Bahnhofstraße 13, 8017 Ebersberg;

Dr. med. Gustav A. Schleicher, Haut- arzt, Frohsinnstraße 13, 8750 Aschaf- fenburg.

Professor Dr. med. Erwin A. Lauschn- er, Generalarzt a. D., Ludwig-Weiss- Straße 6, 8080 Fürstenfeldbruck, wurde anlässlich der 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Luft- und Raumfahrtmedizin der Hubertus- Strughold-Preis verliehen.

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Bestellungen von Broschüren können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühl- baurstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 5,- in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band gerichtet werden.

Band 56 „Magen-Duodenalulcus – Gastroösophageale Refluxkrankheit – Schilddrüsenerkrankun- gen – Praktische Fragen aus der Geriatrie – Aktuelle Probleme in der Kardiologie – Dia- gnostische Möglichkeiten und Grenzen bei der Anwendung moderner Untersuchungs- methoden“

(Vorträge des 31. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekam- mer, 1980)

Band 57 „Notfall-Medizin in Stichwörtern (II)“

Band 58 „Katastrophenmedizin 1981“

(Zehnteiliges Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr)

Band 59 „Therapeutische Fortschritte bei inneren Erkrankungen – Aktuelle Gastroenterologie – Fortschritte und Kontroversen in der Kardiologie“

(Vorträge der 21. Bayerischen Internistentagung, 1981)

Band 60 „Entzündliche Erkrankungen des Kolons-Kolorektale Tumoren – Allergische und immuno- logisch-bedingte Erkrankungen, Immuntherapie – Die Nachbehandlung des Krebskran- ken“

(Vorträge des 32. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekam- mer, 1981)

Wachstumsphase?

Zwei Themen beherrschen die sozialpolitische Diskussion: die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit, insbesondere der Jugendarbeitslosigkeit, und die Sanierung der Rentenversicherung. Beide Themen sind miteinander verknüpft. Die finanzielle Misere der Rentenversicherung geht zum Teil auf die hohen Arbeitslosenzahlen zurück, seitdem die Nürnberger Bundesanstalt für die Arbeitslosen erheblich niedrigere Beiträge an die Rentenkasse abzuführen hat. Früher wurden diese Rentenbeiträge nach dem vorherigen Brutto-Arbeitsverdienst bemessen, heute ist das Arbeitslosengeld die Bemessungsgrundlage, das nur etwa 45 Prozent des früheren Brutto-Arbeitsverdienstes entspricht. Daraus ist abzuleiten, daß ein Abbau der Arbeitslosigkeit auch zu einer Stabilisierung der Rentenfinanzen führen müßte.

Für die Politik kommt es damit in erster Linie darauf an, die Arbeitslosen wieder in den Arbeitsprozeß einzugliedern. Kurzfristig wird dies nicht zu erreichen sein. Da in den nächsten Jahren noch immer starke Jahrgänge in das Erwerbsleben drängen, wäre es schon ein Erfolg, wenn es gelänge, die Zahl der Arbeitslosen nicht weiter ansteigen zu lassen. Eine Chance dazu gibt es nur, wenn es gelingt, die Wirtschaft wieder auf den Wachstumspfad zu bringen und dort zu halten. Wachstum setzt Investitionen voraus. Diese sind nur zu errreichen, wenn sich die Unternehmen an die Rentabilität ihrer Investitionen ausrechnen können. Jede neue Kostenbelastung verschlechtert die Ertragswertungen der Unternehmen und damit auch die Chancen, den sich abzeichnenden Aufschwung in eine nachhaltige Wachstumsphase überzuführen und die Arbeitslosigkeit abzubauen zu können.

Aus diesen Überlegungen kann nur die Schlußfolgerung gezogen werden, daß es falsch wäre, die Rentenversicherung mit Beitragserhöhungen sanieren zu wollen. Die Erfolgsaussichten wären nicht sonderlich hoch zu veranschlagen. Dennoch sind neue Beitragsbelastungen nicht zu vermeiden. Allenfalls gibt es die Hoffnung, daß die Beitragserhöhungen in der Rentenversicherung durch Beitragssenkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung kompensiert werden können. Feststeht, daß zum 1. September 1983 der Rentenbeitrag von 18 auf 18,5 Prozent angehoben wird. Das bringt Mehraufnahmen von knapp 3,5 Milliarden DM.

Der Gesetzgeber hat darüber hinaus beschlossen, daß der Krankenversicherungsbeitrag der Rentner, der zum 1. Juli mit einem Beitragssatz eingeleitet wird, bei der übernächsten Rentenanpassung auf 3 Prozent erhöht wird. Die Rentenerhöhung zum 1. Juli um 5,6 Prozent wird damit auf 4,6 Prozent und die dann folgende Rentenerhöhung um zwei Punkte gekürzt.

Trotz dieser Belastungen der Beitragszahler und der Rentner, die 1983 ein halbes Jahr auf die Rentenerhöhung warten müssen, ist in diesem Jahr mit einem Defizit von rund 8 Milliarden DM und 1984 mit einem weiteren Defizit von 5 bis 6 Milliarden DM zu rechnen. Im laufenden Jahr kann die Rentenversicherung noch auf ihre Rücklage zurückgreifen; 1984 aber sind die liquiden Mittel verbraucht. Es sind also weitere Sanierungsmaßnahmen unausweichlich. Darüber wird derzeit in Bonn gestritten, auch innerhalb der Koalition. Weder die Koalitionsvereinbarung noch die Regierungserklärung haben über die künftige Rentenpolitik endgültig Klarheit geschaffen. Dies liegt daran, daß Bundesarbeitsminister Blüm die in den Koalitionsvereinbarungen vorgesehene neuerliche Verschiebung der Rentenanpassung vermeiden möchte, während die Minister Lembsdorf und Stoltenberg diese Verschiebung für unvermeidlich halten.

Über eine Reihe von Konsolidierungsmaßnahmen besteht jedoch Einvernehmen in der Koalition. Dazu gehört die Aktualisierung der Rentenanpassung. Gegenwärtig folgen die Renten den Löhnen im zeitlichen Abstand von dreieinhalb Jahren. Dieser bei der Rentenreform eingeführte „time-lag“ sollte zur Glättung der Konjunkturbewegungen beitragen. Die tatsächlichen konjunkturellen Wirkungen dürften gering gewesen sein; die Nachteile überwogen. Das Nachhinken der Renten führte nämlich zeitweise zu hohen rechnerischen Überschüssen in der Rentenbilanz, was die Politiker veranlaßte, finanziell nicht gedeckte Leistungsverbesserungen zu beschließen. Es ist daher wohl richtig, die Renten künftig „aktuell“ an die Löhne zu binden. Dies würde langfristig sowohl zur Stabilisierung des Rentenniveaus als auch der Rücklage beitragen und kurzfristig der Rentenversicherung eine Entlastung bringen. Wenn sich nämlich die Rentenerhöhung 1984 nach der Lohnentwicklung von 1983 richten würde, so verringerte

sich die Zuwachsrata der Renten von etwa 5 Prozent nach geltendem Recht auf 3 bis 3,5 Prozent. Davon wären dann noch 2 Prozent Krankenversicherungsbeitrag abzuziehen, so daß den Rentnern eine Erhöhung um 1 bis 1,5 Prozent bliebe.

Hier setzt nun Blüm mit seiner Argumentation an. Würde man die Rentenerhöhung zur Jahresmitte 1984 noch einmal verschieben, so brächte dies allenfalls eine weitere Entlastung von 1,2 Milliarden DM, da dann auch die Aktualisierung und die Beitragserhöhung in der Rentner-Krankenversicherung verschoben werden müßte. Dieser finanzielle Erfolg rechtfertigt nach Blüm den mit einer weiteren Anpassungsverschiebung verbundenen möglichen Vertrauensverlust bei den Rentnern nicht. Dem wird man nur schwer widersprechen können, zumal der geplanten Aktualisierung damit der strukturelle Effekt genommen würde. Die politische Entscheidung dürfte am Ende davon abhängen, wie sich die finanzielle Lage der Rentenversicherung Anfang 1984 darstellt.

Dies hängt freilich auch davon ab, welche weiteren Konsolidierungsmaßnahmen beschlossen werden. So sollen die Voraussetzungen für die Gewährung von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten, deren Zahl sprunghaft ansteigt, verschärft werden. Von finanziell größerem Gewicht ist jedoch die Absicht der Regierung, Sonderzahlungen, wie dreizehnte Gehälter und Urlaubsgelder, mehr als bisher in die Beitragsbemessung einzubeziehen. Sonderzahlungen sollen „gewöhnlich“ und gleichmäßig auf alle Monate des Jahres verteilt werden. Der Rentenversicherung bringt das gut 2 Milliarden DM, der Krankenversicherung 1 Milliarde DM und der Arbeitslosenversicherung etwa 600 Millionen DM. Dies bedeutet eine indirekte Beitragserhöhung, die zudem verwaltungsaufwendig wäre und die Rentenversicherung mit neuen Ansprüchen konfrontieren würde, was den Konsolidierungseffekt zeitlich begrenzen müßte. Außerdem gehen die Gelder erst Ende 1984/Anfang 1985 ein. In der kritischen Phase 1984 fehlen die Mittel.

Die Selbstverwaltung der Rentenversicherung — Arbeitgeber und Arbeitnehmer — hat daher vorgeschlagen, auf die Erweiterung der Beitragsbemessung zu verzichten und stattdessen den Beitragssatz auf 19 Prozent anzuheben. Offenbar ist dies der einzige Weg, die Finanzierung der Renten 1984 zu gewährleisten. Für die Bundesregierung stellt sich nun die schwierige Frage, wie sie von einer solchen Entscheidung wekommt, ohne das Gesicht zu verlieren. Die neue Regierung hat noch keine Übung darin. *bonn-mot*

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Seele:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Döhlen, Lkr. Hof/Seele:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronech:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mitwitz, Lkr. Kronech:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Teuschnitz, Lkr. Kronech:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Micheleu, Lkr. Lichtenfels:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:

1 Augenarzt

Rehau, Lkr. Hof/Seele:

1 Augenarzt

Rehau, Lkr. Hof/Seele:

1 Frauenarzt

Coburg:

1 HNO-Arzt

Beyreuth:

1 Heuterzt

Coburg:

1 Heuterzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Wunsiedel:

1 Heuterzt

Münchberg, Lkr. Hof/Seele:

1 Internist

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Hof/Seele:

1 Lungenarzt oder Internist mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

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

Mittelfranken

Fürth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt (Praxisübernahmemöglichkeit)

Stein b. Nürnberg, Lkr. Fürth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt (Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg-Reichelsdorf/Mühlhof/Krottenbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schoppershof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-St. Johannis:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Planungsbereich Ansbach,

Lkr. Ansbach/Ansbach:

1 Augenarzt

Planungsbereich Gunzenhausen,

Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen/Gunzenhausen:

1 Augenarzt

Planungsbereich Weißenburg,

Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen/Treuchtlingen:

1 Frauenarzt

(Praxisübernahmemöglichkeit)

Planungsbereich Ansbach,

Lkr. Ansbach/Dinkelsbühl:

1 Hautarzt

Planungsbereich Weißenburg-Gunzenhausen, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen/Gunzenhausen:

1 Hautarzt

Planungsbereich Weißenburg,

Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen/Weißenburg:

1 Kinderarzt

Planungsbereich Ansbach,

Lkr. Ansbach:

1 Nervenarzt

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

25. Juni 1983

24. September 1983

26. November 1983

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 17. Juni, 16. September und 18. November 1983.

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

Planungsbereich Roth, Lkr. Roth:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27 - 528.

Unterfranken

Weibersbrunn, Lkr. Aschaffenburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Laudenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mittelsinn, Lkr. Main-Spessart:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Gochsheim, Lkr. Schweinfurt:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Gemünden, Lkr. Main-Spessart:
1 Augenarzt

Erlenbach oder Kilgenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:
1 HNO-Arzt

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

Elsenteid, Lkr. Miltenberg:
1 Hautarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Hautarzt

Eisenfeld, Lkr. Miltenberg:
1 Internist

Erlenbach oder Kilgenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Bad Kissingen, Lkr. Bad Kissingen:
1 Kinderarzt

Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Kinderarzt

Bad Neusiedt, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Nervenarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Nervenarzt

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

Oberpfalz

Furth i. Wald/Waldmünchen, Lkr. Cham:
1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Cham:
1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:
1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Cham:
1 HNO-Arzt

Lkr. Tirschenreuth:
1 HNO-Arzt

Stadt Cham, Lkr. Cham:
1 Hautarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Stadt Weiden:
1 Hautarzt

Furth i. Wald, Lkr. Cham:
1 Kinderarzt

Kötzting, Lkr. Cham:
1 Kinderarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:
1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorcksstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 2002-0.

Niederbayern

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Hautarzt

Lkr. Rottal-Inn:
1 Hautarzt

Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lillienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09 4 21) 2 30 61.

Schwaben

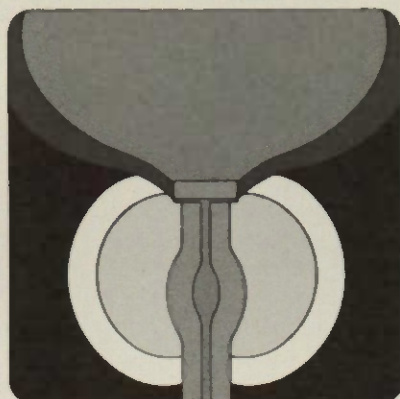
Thierhaupten-Unterbaar, Lkr. Augsburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weißenhorn, Lkr. Neu-Ulm:
1 Augenarzt

Gerslohofen, Lkr. Augsburg:
1 Kinderarzt

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

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



PROSTAMED®

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

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

Dosierung: 3mal täglich 2 - 4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 60 St. DM 8,45; 120 St. DM 14,48; 360 St. DM 34,78.

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



Entwicklungsplan neu aufgelegt

Mit einem parlamentarischen Novum wird das Landesentwicklungsprogramm (=LEP) gegenwärtig neu aufgelegt. Zum erstenmal beteiligt die Staatsregierung den Landtag förmlich bei der Fortschreibung des LEP, das gegenwärtig die Fachausschüsse im Maximilianeum durchläuft. Das Programm – so heißt es in seiner Präambel – ist ein langfristiges Entwicklungskonzept, dessen Ziele für alle öffentlichen Planungsträger verbindlich und für jeden Bürger eine zuverlässige Orientierungshilfe seien. Es soll den Entscheidungsspielraum des Bürgers und der privaten Planungsträger erhalten und erweitern, nicht aber deren Entscheidungen ersetzen.

Im Gegensatz zum ersten Landesplan, der 1976 in Kraft trat, geht die Neuauflage bereits im Vorwort ausführlich auf die Risiken ein, die sich gegenwärtig der Landesentwicklung entgegenstellen können: „Das Landesentwicklungsprogramm unterliegt dem Vorbehalt seiner Finanzierbarkeit. Zeitpunkt und Umfang der Verwirklichung der Planungen und Maßnahmen bemessen sich nach den verfügbaren öffentlichen Mitteln. Die öffentlichen Mittel sind aufgrund der Stagnation der Wirtschaft stark zurückgegangen und haben den Handlungsspielraum des Staates eingengt. Dies bedeutet Einschränkungen und zeitliche Verzögerungen bei der Verwirklichung vieler Maßnahmen. Die Knappheit der öffentlichen Finanzen zwingt damit noch stärker als bisher zu einer konsequenten Landesentwicklungspolitik. Hauptaufgabe des Landesentwicklungsprogramms ist dabei im Interesse einer ausgewogenen Entwicklung des Landes und eines effizienten Mitteleinsatzes die Koordinierung der raumbedeutsamen Planungen und Maßnahmen. Diese Koordinierung ist nicht an zunehmende Staatseinnahmen gebunden, sondern gerade in Zeiten der knappen Mittel zwingender geboten als früher.“

Das Programm gliedert sich in mehrere Teile. Im Teil A, den „überfachlichen Zielen“, werden gewissermaßen

Ben programmatisch die Richtlinien der Landesentwicklungspolitik formuliert. Im Gegensatz zum alten Plan wurden neue Akzente gesetzt: So heißt es beispielsweise bei den „übergeordneten Zielen“ nicht mehr nur, daß die Wirtschaftskraft des Landes und seiner Teilräume zu erhalten und zu stärken sei. Ausdrücklich wird jetzt auf die Umwelt im Verhältnis zur Wirtschaft Bezug genommen, denn „die wirtschaftliche Entwicklung darf nicht zu Lasten gesunder Umweltbedingungen gehen. Bei Konflikten zwischen ökologischer Belastbarkeit und ökonomischen Erfordernissen ist den ökologischen Belangen Vorrang einzuräumen, wenn eine wesentliche und langfristige Beeinträchtigung der natürlichen Lebensgrundlagen droht“.

Bei der Einbringung des überarbeiteten Landesplans im zuständigen Fachausschuß des Landtags stellte Staatsminister Alfred Dick das Leitziel heraus, nämlich die Schaffung gleichwertiger Lebens- und Arbeitsbedingungen in allen Landesteilen. Hierzu würden sämtliche raumbedeutsame staatlichen Aktivitäten zu einem Gesamtkonzept zusammengefaßt und die Weichen für die Entwicklung der nächsten Jahrzehnte in Bayern gestellt. Die Entwicklung des ländlichen Raumes, die bereits bisher der zentrale Schwerpunkt der Landesentwicklung gewesen sei, müsse noch deutlicher gewichtet werden. Dies betreffe insbesondere die Bereitstellung von Arbeitsplätzen, den Ausbau der Infrastruktur, den öffentlichen Personennahverkehr und den Bildungssektor. Gleichzeitig sei es aber unverzichtbar, die Funktionsfähigkeit der Verdichtungsräume zu erhalten. Das erfordere in erster Linie eine angemessene Entwicklung bei den Arbeitsplätzen und auf dem Wohnungssektor. Weitere wichtige Leitlinien der Fortschreibung seien die Stärkung der Eigenständigkeit der regionalen Planungsverbände sowie die herausragende Bedeutung der Gemeinden bei der Entwicklung des Landes. Der Landesentwicklungsminister bezeichnete den neuen Plan

als ein griffiges und zeitgerechtes Planungswerk und betonte, daß die kommunalen Spitzenverbände, Bezirke und regionale Planungsverbände die Fortschreibung begrüßt hätten. Allerdings bedauerte er die Verschiebung der Volkszählung, weil man dadurch gezwungen sei, bestimmte Instrumentarien beizubehalten, die eigentlich ebenfalls angepaßt hätten werden müssen. Dies sei nicht möglich gewesen, weil die dazu notwendigen objektiven Daten fehlten.

Zwischen Regierungspartei und Opposition ist das Landesentwicklungsprogramm fast schon traditionell umstritten. Bereits bei der Verabschiedung des ersten Landesplans war es damals zu heftigen Kontroversen im Landtag gekommen. Herbe Kritik übten Oppositionssprecher auch jetzt wieder bei der Vorlage im Landesentwicklungsausschuß. Durch die Neuauflage, so wurde von der SPD erklärt, würde das bisherige Programm verwässert. Es werde auf jede Andeutung von fachlichen, räumlichen und zeitlichen Prioritäten in der Landesentwicklung verzichtet. „Es klingt zwar alles rhetorisch schön, aber inhaltlos“, hieß es. Im Grunde könne dem Programm jeder zustimmen, weil es einem Warenhauskatalog sehr ähnlich sei. Insgesamt sei es ein Maximalkatalog an Versprechungen, ein Märchenbuch ohne Haushaltsabgleichung und inhaltsleere Politlyrik.

Demgegenüber meinten Vertreter der CSU, daß in der Neufassung die Vielfalt Bayerns gut zum Ausdruck komme und den Regionen und Gemeinden noch genügend Raum für eigene Entscheidungen bleibe. Im Gegensatz zur SPD sehe die CSU in der Planung kein Allheilmittel, das Programm sei vielmehr ein vernünftiger Handlungsrahmen, der in den nächsten Jahren durch realistische Entscheidungen der Legislative und Exekutive ausgefüllt werden könne. Besonders begrüßte die Regierungspartei, daß die Vorlage mit Detailregelungen äußerst sparsam umgehe. Oft seien gerade sie in der Praxis durch unvorhergesehene Entwicklungen überholt worden. Angesichts der Fehlschläge der Entwicklungsprognosen aus den sechziger Jahren müsse das Programm jetzt permanent angesichts einer sich ständig ändernden Wirklichkeit konkretisiert werden.

Michael Gscheidle

Trotzdem heiter!

Fünfte Lesung der Bayerischen Landesgruppe des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte auf Einladung der Bayerischen Landesärztekammer am 8. Dezember 1982, 16 Uhr, im Ärztehaus Bayern in München

Wieder, wie auch schon bei den vorhergehenden Adventslesungen, begann nach Öffnung des großen Saales dieser sich schnell zu füllen. Man konnte dabei manche freundschaftliche Begrüßungsszenen von älteren Damen, Arztlwitwen und Arztfrauen, beobachten, die in den vorhergehenden vier Lesungen sich zusammengefunden hatten und sich nun über ihr gesundes Wiedersehen freuten. Bei Beginn der Veranstaltung war der Saal fast bis auf den letzten Platz besetzt.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. H. J. Sewering, eröffnete die Veranstaltung mit herzlichen Worten der Begrüßung. Die Adventslesung der bayerischen Schriftstellerärzte, die in diesem Jahre bereits zum fünften Male stattfindet und die sich in erster Linie an unsere Ruheständler und Arztlwitwen richtet, sei nun schon zur vorweihnachtlichen Tradition der Landesärztekammer geworden. Er freue sich, daß so viele Ärzte und Arztlwitwen der Einladung der Landesärztekammer gefolgt seien; sie alle hätten nach der Lesung im gemütlichen Beisammensein Gelegenheit, miteinander zu reden. Professor Sewering fand dann noch anerkennende und ehrende Worte für die Arbeit der Schriftstellerärzte, indem

er sagte, er freue sich, zuhören zu dürfen und lese oft in den Büchern, die er gelegentlich der Adventslesungen überreicht bekomme.

Sodann nahm der Präsident die seltene Ehrung einer Arztfrau vor. Cfr. Stetter würdigt diesen Vorgang in seinem Rundschreiben vom 17. Dezember 1982 wie folgt: „Eine besondere Note erhielt die Veranstaltung dadurch, daß zum ersten Mal eine Arztfrau das ‚Goldene Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft‘ überreicht bekam. Frau Pauline Studemann, Vorsitzende des ‚Verbandes der Arztfrauen e.V.‘ wurde diese hohe Auszeichnung vom Vorstand der Bundesärztekammer für ihre großen Verdienste verliehen. Man hält es kaum für möglich, daß diese charmante und noch sehr aktive Arztlwitwe bereits 84 Jahre zählen soll. Wir freuen uns sehr, daß unsere Lesung jedes Jahr von so vielen Arztfrauen und Arztlwitwen besucht wird, da wir Schriftstellerärzte – wie ja auch die gesamte Ärzteschaft – stets besonderen Wert darauf gelegt haben, die wichtige Rolle unserer Frauen immer wieder in Erinnerung zu rufen und auch die alten Ärzte und die Arztlwitwen nicht zu vergessen, die wir doch als weiterhin zugehörig zu unserer großen Arztfamilie in Ehren

halten. Ich darf dabei auch an die großen Leistungen unserer Wohlfahrts- und Versorgungswerke erinnern.“ Die Bayerische Ärztesversorgung besorgte auch – wie immer – die Einladung zu diesem Nachmittag an ihre Mitglieder in München und Umgebung; auch dafür besten Dank!

Cfr. Stetter, der in Vertretung des auf einer wissenschaftlichen Vortragsreise durch Australien befindlichen Vorsitzenden Cfr. Professor Schmid die Moderation übernommen hatte, dankte dem Präsidenten Professor Sewering für seine ständige Gesprächsbereitschaft, wobei den Gesprächen immer auch Taten folgten. Er übergab ihm wieder neu herausgekommene Bücher der bayerischen Schriftstellerärzte als äußeres Zeichen des Dankes. Ebenso dankte er Frau Horn und Herrn Geschäftsführer Detsch für ihre vielfachen Verdienste durch Überreichung einer Ehrengabe.

Die diesjährige Lesung stand unter dem von Cfr. Stetter initiierten Thema „Trotzdem heiter“, „weil auch in schweren Zeiten die Heiterkeit für den Menschen unverzichtbar ist. Sie hat existentielle Bedeutung“. Es lasen folgende Consoeurs und Confrères: Maria Bednara, Walter Fick, Peter Hümmer, Friedrich Lackner, Walter Ladisch, Günter Last, Otto Molz, Robert Paschke, Wilhelm Reger, Ernst Rossmüller, Alfred Rottler, Eberhard Schaetzing, Andreas Schuhmann, Hans Spiecker, Erwin Stetter, Robert Teischinger, und Erich Weiß. Die Lesenden bekamen großen Beifall. Auf die einzelnen Gedichte und Kurzgeschichten näher einzugehen, erübrigt sich,

Cholezystitis • Hepatopathien • Gastritis

Galloselect

- entzündungshemmend
- spasmolytisch
- sedativ
- mild-abführend

Indikationen: Entzündliche Erkrankungen der Gallenblase, der Leber (Hepatitis aller Art) und deren degenerative Erkrankungen, Steinkügel, Dyskinesen, Stauungen in der Gallenblase im Pfortadergebiet mit Folgeerscheinungen.
Kontraindikationen: Bei Gallenblatzen (ist Vorsicht geboten)!
Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: Extr. Chamomillae 5 mg, Extr. Cardui marianae 5 mg, Extr. Chelidoni 5 mg, Extr. Taraxaci 25 mg, Extr. Cydoniae 30 mg, Extr. Rivi 50 mg, Fel Tauri 50 mg, Öl. Menthae piperitae 0,5 mg, Öl. Carni 0,5 mg, Vitamin-B-Komplex 1 mg.
Dosierung: 3–4 mal täglich 1 Tasse bis 1/2 Liter voll in einer Tasse heißer Flüssigkeit vor den Mahlzeiten. Die Mischung kann auch unverdünnt eingenommen werden. Dragées: 3 mal täglich 1 Dragée. **Handelsformen:** Dragées. Packung mit 50 Stück DM 11,25. Packung mit 100 Stück DM 18,75. Auch als Liquidum im Handel.

Hepaselect

- regenerierend
- entspannend
- abschwellend

Indikationen: Lebererkrankungen und Erkrankungen des Gallensystems. **Kontraindikationen:** Schwere Leberfunktionsstörungen, Gallenweg-Verschluß, Gallenblasenentzündung, Coma hepaticum.
Zusammensetzung: In 100 ml sind enthalten: Lycopodium D. 20 ml, Chelidonium D. 20 ml, Carduus marianus 50 ml, Colocynthis D. 20 ml, Taraxacum D. 30 ml.
Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, 3–4 mal täglich 5–10 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen. **Handelsformen:** Tropfflasche mit 30 ml DM 7,15; Tropfflasche mit 100 ml DM 18,95.

Gastriselect®

- reizhemmend
- krampflösend
- beruhigend
- antigastritisches

Indikationen: Reizzustände der Magenschleimhaut, Gastritis, Duodenitis, Ulcus ventriculi und duodeni, Krampfzustände im Bauchraum, Nervösen, verestete Störungen, gastrische Obstipation. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Zusammensetzung:** In 100 ml sind enthalten: Nux vomica D., Alumina D., Aescul. D., Plumbum acet. D., Colocynthis D. à 20 ml. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, 3–4 mal täglich 10–20 Tropfen in etwas Wasser zwischen den Mahlzeiten einnehmen. **Handelsformen:** Tropfflasche mit 30 ml DM 7,15; Tropfflasche mit 100 ml DM 18,95.

ORELUSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Hessisch-Oldendorf 1

weil der Verlag der Bayerischen Landesärztekammer in dankbarer Weise auch diesmal wieder alle Vorträge in einem Büchlein zusammenfassen wird, das den Essentien auf Anforderung kostenlos zugesandt wird, solange Vorrat reicht. Die Bestellung ist zu richten an: Geschäftsführer Rudolf D. Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-321. Mir mein bedauert wurde es, dass unser Vorsitzender Professor Schmid nicht in unserer Mitte sein konnte.

Musikalisch umrahmt wurde die Veranstaltung durch die Mangfall-Musikanten, die ebenfalls großen Beifall fanden. Nach der Lesung saßen die Teilnehmer noch gemütlich beisammen zu einem schmackhaften Imbiß, der das frühere unbequeme kalte Büfett mit seinen Anstrengungen ersetzte und von den gestellten Damen des Ärztehauses Bayern in schmucker Dirndl-Unterleitung von Frau Hornberger serviert wurde. Auch unseren besten Dank! Das Lokal war viel zu klein für alle Teilnehmer und so wurde wieder im Saale geschaffen. Dort spielte auch längere Zeit die Musik. Die ernste, teils heitere Unterhaltung ließ die letzten Teilnehmer erst am Abend aufbrechen und jedermann hatte das Gefühl, die schönen Stunden im Ärztehaus B verbracht zu haben, die trotz der Unbilden unserer Atomzeit auch ein wenig heiter waren.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Wir bringen nun im folgenden kleine Proben aus der Lesung

Erwin Stetter:

„Trotzdem heiter“

Das hat nichts mit Galgenhumor zu tun
Oder mit übermütiger und
überschäumender Ausgelassenheit
Die Heiterkeit ist das harmonische
In-sich-Ruhn,
Im Frieden der Seele, in innerer
Ausgeglichenheit.

„Trotzdem“ besetzt, daß Gefahr, Leid
und Verbrechen
Und die schreckliche Drohung der
Atombombenzeit
Niemals vergessen wird. Aber das
zu zerbrechen – Das wäre falsch;
denn in der ganzen Vergangenheit
Gab es genauso Gefahren
in Hülle und Fülle,
Wie Krieg und Seuchen
und entsetzliche Hungersnot.

Esberitox®

unspezifisches Immunstimulans

*stärkt die körpereigene Abwehr
hemmt die Viren - fördert die Heilung*


*verkürzt die Ausheildauer
eindrucksvoll*

*bessert rasch
lästige Begleiterscheinungen*

*verringert
die Rezidivhäufigkeit*

*Der natürliche Weg
Herpes labialis zu behandeln!*

Zusammensetzung: 100 mg Esberitox® (Liquid) enthalten: Herb. Thujae occid. rec. 1 ml Perc. 1-5, Rad. Bapiv. 1-2, Rad. Echin. ang. et purp. 1+13 ml Perc. 1-10; Apib. mellif. D 4 2 ml, Cröbel. D 6 2 ml, Lach. D 4 3 ml, Laches. D 6 6 ml. 1 Tablette entspricht 0,5 ml Liquidum mit einem Vitamin-C-Gehalt von 0,02 g/Tabl. 2 ml Ampullenflüssigkeit entsprechen 1 ml Liquidum, 1 Suppositorium entspricht 0,5 ml Liquidum. **Indikationen:** Esberitox wird eingesetzt zur Therapie akuter und chronischer Infekte (viral oder bakteriell bedingt) wie grippaler Infekt, Bronchitis, Angine, Laryngitis, Otitis, bakterielle Heutinfektionen. Therapie der Infektenfälligkeit aufgrund einer temporären Abwehrschwäche, Begleittherapie zu einer Antibiotika-Behandlung bei schweren bakteriellen Infekten, Behandlung von Leukopenien nach Strahlen- und Zytostatika-Therapie. **Kontraindikationen:** Bisher keine. **Nebenwirkungen:** Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind spezifische Nebenwirkungen bisher nicht aufgetreten. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Liquidum 20 ml DM 6,70, 50 ml DM 13,80, 100 ml DM 21,35, AP 500 ml; Tabletten 50 St. (N 2) DM 6,70, 100 St. (N 3) DM 12,85, AP 1000 St.; Ampullen 5 x 2 ml DM 9,50, AP 100 x 2 ml; Suppositorien 10 St. DM 6,70, AP 100 St. (Stand: Dezember 1982)

 **Schaper & Brümmer**
3320 Salzgitter 61 (Ringelheim)
Naturstoff-Forschung und -Therapie

8. Oberstaufer Symposium für praktische Onkologie

am 25. Juni 1983 in Obersteufen

Veranstalter: Regionale Fortbildungszentrum Oberellgäu (Ärztlicher Kreleverband Oberellgäu), Schloßbergklinik Obersteufen in Verbindung mit dem Tumorzentrum München und der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebeerkenkung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V.

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Themen: Vorträge zur Diagnostik — Therapie und Necheorge melligner Erkrankungen — Onkologisches Seminar mit praktischen Übungen

Ort: Kurhaus, Obersteufen/Allgäu

9.00—13.00 Uhr:

Perspektiven der internistischen Tumorbehandlung

Professor Dr. U. Fink, München

Wertigkeit von Tumormarkern HCG und AFP bei Tumorerkrankungen

Privatdozent Dr. K. Menn, München

Schmerzbekämpfung bei Tumorerkrankungen

Professor Dr. A. Struppler, München

Programmierte Nachsorge bei gastrointestinalen Tumoren

Dr. K. Zellmann, Obersteufen

Erkennung, Verlaufsbeobachtung und Therapiekontrolle von Knochenmetastasen durch das Skelettszintigramm bei Mammakarzinom

Dr. G. Sondershaus, Oberaudorf

Erkennung, Verlaufsbeobachtung und Therapiekontrolle von Knochenmetastasen durch das Skelettszintigramm bei Prostatakarzinom

Dr. L. Schmid, Oberstauten

Knochenmarkstransplantation: Möglichkeiten und Risiken in der Behandlung der Leukämien

Privatdozent Dr. H. J. Kolb, München

14.30—16.00 Uhr:

Methoden und Techniken in der hämatologischen Diagnostik (Mikroskop-Punktion-Färbung-Betundung)

Dr. W. Kleibert, München

Alternativ (14.30-16.00 Uhr)

Klinische Visite mit den Chefärzten der Schloßbergklinik Obersteufen

Dr. M. Locher, Dr. V. Bryxi, Dr. L. Schmid, Dr. K. Zellmann und den Konsilienten des Tumorzentrums München, Professor Dr. H. R. Lenghemmer, Professor Dr. W. J. Stelter, Dr. K. Possinger

Auskunft:

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebeerkenkung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-268

16. Bad Reichenhaller Kolloquium

vom 17. bis 19. Juni 1983 in Bad Reichenhall

Leitung: Professor Dr. D. Nolte

Veranstalter: Bad Reichenhaller Forschungsinstitut für Krankheiten der Atmungsorgane im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer

Ort: Staatliches Kurhaus, Bad Reichenhall

Freitag, 17. Juni 1983

Thema: Antiepileptische/Antiobstruktive Therapie durch Mastzellenprotektion

Vorsitz: Dr. O. P. Schmidt, Bad Reichenhall

Samstag, 18. Juni 1983

Thema: Hypoxie — Pathophysiologie, Klinik und Therapie

Vorsitz: Professor Dr. S. Deum, München

Sonntag, 19. Juni 1983

Thema: Hypoxie in speziellen Situationen
Rundtischgespräch: Therapie der erterlierten und der Gewebephypoxie

Moderator: Professor Dr. S. Deum, München

Auskunft:

Professor Dr. D. Nolte, Cheferzt der II. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krenkenhauses, Riedelstraße 5, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (0 86 51) 7 22-207 oder 7 22-283

35. Deutsche Therapiewoche

vom 27. August bis 2. September 1983 in Karlsruhe

Auskunft:

Dr. P. Hoffmann, Wissenschaftliches Kongreßbüro, Keiserallee 30, 7500 Karlsruhe 21, Telefon (07 21) 84 30 21

Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin

vom 4. bis 17. September 1983 in Velden/Wörthersee

Auskunft: Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bemberg, Telefon (09 51) 2 66 08

23. Bayerische Internistentagung

vom 18. bis 20. November 1983 in München

Themen: Aktuelle Probleme der Diagnostik und Therapie innerer Erkrankungen — Prophylaxe und Therapie von gastroenterologischen Erkrankungen und Stoffwechselstörungen — Fortschritte in der praktischen Onkologie

Auskunft:

Professor Dr. E. Wetzels, 2. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V., Medizinische Abteilung I, Städtisches Krenkenhaus, 8200 Rosenheim, Telefon (0 80 31) 39 52 98

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

1. Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“

B-Kurs für Arbeitsmedizin: 20. Juni bis 15. Juli 1983

C-Kurs für Arbeitsmedizin 3. bis 28. Oktober 1983

A-Kurs für Arbeitsmedizin vom 6. Februar bis 2. März 1984

B-Kurs für Arbeitsmedizin vom 25. Juni bis 20. Juli 1984

C-Kurs für Arbeitsmedizin vom 1. bis 26. Oktober 1984

2. Einführungslehrgänge in die betriebsärztliche Tätigkeit zum Erwerb der arbeitsmedizinischen Fachkunde nach § 4 Arbeitssicherheitsgesetz in Verbindung mit § 3 Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte“. Zum Erwerb der arbeitsmedizinischen Fachkunde müssen beide Teile absolviert werden.

E-Kurs I: vom 21. November bis 2. Dezember 1983

E-Kurs II: vom 18. bis 27. Januar 1984

Die Lehrgänge sind gebührenpflichtig. — Für die Teilnahme wird um rechtzeitige schriftliche Anmeldung gebeten.

Tagungsort: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, München 22

Zimmerbestellungen: Verkehrsamt der Stadt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (0 89) 2 39 11

Auskunft:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84-259 und 21 84-260

7. Fortbildungstage für praktische Sexualmedizin

vom 16. bis 19. Juni 1983 in Heidelberg

Leitung: Privatdozent Dr. V. Herms, Heidelberg, Professor Dr. W. Eicher, Dr. H.-J. Vogt, Dr. F. Conrad, Dr. I. Schmid-Tenwald, München

Themen: Gewalt zwischen den Geschlechtern — Sexualmedizinische Aspekte der Prostata — Vortrag: Machtkampf und Versöhnung zwischen den Geschlechtern — Nichtthormonale Kontrazeption — Anamnese und Diagnostik bei Sexualstörungen — Vorgehen des Praktikers bei sexuellen Dysfunktionen

Am Samstag, 18. Juni 1983 findet die 4. Wissenschaftliche Sitzung der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin (GPS) statt.

Ort: Stedthalle, Heidelberg

Auskunft:

Privatdozent Dr. V. Herms, Vo8stre8e 9, 6900 Heidelberg, Telefon (06221) 56 50 56

32. Internationaler Seminar-Kongress für ärztliche Fortbildung

vom 27. August bis 10. September 1983 in Pörschach/Wörthersee

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

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

Auskunft und Anmeldung:

Kongressabteilung des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden, Telefon (06121) 30 60 28

Klinische Fortbildung in Bayern

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

Augenheilkunde

Fortbildungsveranstaltungen am
6. Juli, 12. November, 17. Dezember
1983 und 14. Januar 1984 in Erlangen

Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Kopfklinikum

Direktor: Professor Dr. G. Naumann

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen

6. Juli 1983:

Thema: Genetische Katarakte und genetische Mißbildungen (Kolobome, Mikrophthalmus)

Beginn: 18.00 Uhr c. t.

12. November 1983:

Thema: Morphologische Differentialdiagnose Intraokularer Entzündungen

Beginn: 9.30 Uhr c. t.

17. Dezember 1983:

Thema: Allgemeine Pathologie im ophthalmoskopischen Bild

Beginn: 9.30 Uhr c. t.

14. Januar 1984:

Thema: Diagnostik und Therapie bei der endokrinen Orbitopathie

Beginn: 9.30 Uhr c. t.

Auskunft:

Professor Dr. H. E. Völcker, Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Telefon (09131) 85-3001

Orthopädie

Symposium „Der retroperitäre Knorpelscheiden“ am 25. Juni 1983 in Würzburg

Orthopädische Universitätsklinik, König-Ludwig-Haus, Würzburg

Direktor: Professor Dr. A. Rütt

8.30–12.20 Uhr:

Alter und Beruf — Biomechanik — Ätiologie

14.00–18.00 Uhr:

Diagnostik — Therapie

Veranstaltungsort: Kongreßzentrum auf der Festung Marienberg, Würzburg

Teilnehmergebühr: DM 30,— (für Assistenten DM 20,—)

Anmeldung und Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. W. Küßwetter, Orthopädische Universitätsklinik, Brettreichstraße 11, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 803-215

Alle Teilnehmer an der Klinischen Fortbildung in Bayern erhalten auf Wunsch am Ende der Veranstaltung eine Bescheinigung, ausgestellt von der Bayerischen Landesärztekammer und dem Veranstalter

Monosubstanz zur gezielten Magnesiumtherapie von Risikofaktoren bei coronaren Gefäßerkrankungen und Infarktgefährdung

Zusammensetzung

1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i. m. zu 5 ml enthalten:

mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	814,8 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (80,78 mg)	
1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:	
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	737,6 mg
Magnesium-Gehalt: 8 mval (72,94 mg)	
5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:	
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	1229,8 mg
Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,58 mg)	
Verdauliche Kohlenhydrate 3,1 g	

Indikationen

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

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie. **MAGNESIOCARO®-Ampullen** sollen nicht angewandt werden bei AV-Block, Myasthenia gravis.

MAGNESIOCARO®

Therapeutisches Prinzip:
Streßabschirmung,
Calcium-Antagonismus, Lipidsenkung

Die Injektion von MAGNESIOCARO® bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmia angezeigt.

Nebenwirkungen:

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Handelsformen und Preise

Kaps.: 25 OM 10,25, 50 OM 19,55, 100 DM 35,20
Tabl.: 25 OM 10,—, 50 DM 19,20, 100 DM 34,40
Granulat zum Trinken
Btl.: 20 DM 13,35, 50 DM 29,75, 100 DM 49,95
Amp. i. m.: 2 DM 3,85, 5 OM 8,80
Amp. i. v.: 3 DM 8,85, 10 OM 20,45

VERLA-PHARM · TUTZING/OBB.

Nach drei Jahren unwiderlegbar: Bayern-Vertrag – der richtige Weg

Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch Kooperation zwischen den Kassenärzten und den gesetzlichen Krankenversicherungen, das ist das Ziel des Bayern-Vertrages vom 3. September 1979. Sein Motto: Soviel ambulant wie möglich. Nur soviel stationär wie nötig. Ein nunmehr dreijähriger Überblick berechtigt zur Feststellung, daß es sich bewährt hat.

„Die Ergebnisse des Bayern-Vertrages ermuntern die Bundesregierung, in ihrer weiteren Gesetzgebung der ambulanten ärztlichen Versorgung Vorrang gegenüber dem stationären Bereich einzuräumen und so im Gesundheitswesen das ‚mehr Selbstverwaltung – weniger Staat‘ zu realisieren.“ So der Geschäftsführer des Landesverbandes der Ortskrankenkassen, Hans Sitzmann, auf der überfüllten Pressekonferenz über drei Jahre Bayern-Vertrag im Ärztehaus Bayern Anfang Mai.

Im Vergleich von 1979 zu 1982 sind in den Kostenzielbereichen des Bayern-Vertrages, nämlich kassenärztliche Gesamtvergütung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld und Krankenhauspflege, die Beitragszahler einschließlich Rentner je Mitglied um 29,77 DM weniger als die Beitragszahler im Bundesgebiet belastet worden. Ausgegangen von den 3 383 193 Mitgliedern der Bayerischen Ortskrankenkassen am Jahresende 1982, sind das 100,72 Millionen DM.

Tatsächlich hat der Bayern-Vertrag die Kostenverschiebung bewirkt, die Bayerns KV-Vorsitzender Professor Dr. Hans Joachim Sewering und Hans Sitzmann bei der Vertragsformulierung beabsichtigt hatten. Für die ersten vier Positionen, also ohne Krankenhaus, wurden in Bayern je Mitglied 149,83 DM mehr im Jahr 1982 als 1979 gebraucht. Im Bundesdurchschnitt machte dieser Betrag lediglich 135,97 DM aus, lag also um 13,86 DM unter dem bayerischen Wert.

Andererseits: Die Mehrkosten für die Krankenhauspflege machten in

Bayern 1982 gegen 1979 genau 136,84 DM je Mitglied aus. Im Bund kletterten sie auf 180,47 DM. Das sind 43,63 DM mehr als im weißblauen Freistaat.

Die Differenz von 29,77 DM zugunsten der bayerischen Beitragszahler ist also erzielt worden, weil ein größerer Teil der Behandlung auf die erheblich kostengünstigere Kassenarzt-Praxis verlagert wurde. Ihre durch die Mehrleistung entsprechend gestiegene Honorierung erbrachte, wie erwartet, per saldo den finanziellen Vorteil, weil dadurch der Posten für die ungleich kostenaufwendigere Krankenhausbehandlung viel stärker vermindert werden konnte.

Dabei blieben noch unberücksichtigt im Vergleich die Mehrkosten für die Ärzte durch die nur in Bayern eingeführten Schutzimpfungen und Rachitisprophylaxe in der Arztpraxis als Kassenleistung und nicht, wie anderswo, im Gesundheitsamt, dort staatlich finanziert, aber viel zu wenig wahrgenommen. Nicht einbezogen in den Vergleich ist außerdem die Frühförderung behinderter Kinder, ebenfalls von den Krankenkassen bezahlt und ohne Beispiel in der Bundesrepublik.

Das Ergebnis wäre noch viel höher im Sinne des Bayern-Vertrages ausgefallen, hätten sich nicht die Patienten-„Selbsteinweisungen“ durch die Krankenhäuser im Jahr 1982 gegen 1980 um 31,4 Prozent erhöht und die Kurzaufnahmen ins Krankenhaus bis zu einem Tag von 1979 auf 1982 um 75,7 Prozent, bis zu zwei Tagen um 39,0 Prozent und bis zu drei Tagen um 46,0 Prozent gesteigert.

Eine Gegenüberstellung macht diese Kostenverteuerung deutlich: Für ein Mitglied war 1982 in Bayern aufzuwenden für

1. die ambulante ärztliche Behandlung	390,76 DM
2. die Arzneimittelversorgung	<u>345,19 DM,</u>
insgesamt also	735,95 DM.

Ein Krankenhaustag kostete in Bayern im Jahr 1982 im Durchschnitt 171 DM. Nur etwas mehr als vier Krankenhaustage sind somit so teuer wie die gesamte jährliche ambulante Behandlung einschließlich Arzneimittelversorgung. Das Problem ist nur, daß die Krankenkassen letztlich auch für die durch den Bayern-Vertrag auf Dauer freiwerdenden Krankenhausbetten immer noch bezahlen müssen.

Der Bayern-Vertrag hat seine Absicht verwirklicht, „die Kostenentwicklung für die gesundheitliche Betreuung im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zu halten“. Für eine Beurteilung darf lediglich von den unmittelbar beeinflussbaren Kostenbereichen ausgegangen werden. Das sind die kassenärztliche Vergütung, die Arzneimittelversorgung, die Heil- und Hilfsmittelversorgung und das Krankengeld.

Die Ausgaben dafür sind in Bayern gestiegen:

je Mitglied einschließlich	
Rentner von 1979	872,36 DM
auf 1982	<u>1022,17 DM,</u>
also um	149,81 DM.

Das sind 17,2 Prozent mehr. In der gleichen Zeit ist die Grundlohnsumme um 17,8 Prozent angehoben worden. So blieb die Kostensteigerung unterhalb der wirtschaftlichen Entwicklung. Sie stützte zugleich den Trend zur Minderung der Inflationsrate.

An einer Position in der Ausgabenentwicklung ist im übrigen nachzuweisen, wie fehlerhaft es ist, Veränderungen in reinen Prozentsätzen der verschiedenen Landesverbände der Ortskrankenkassen oder auch vom Bundesdurchschnitt zu den Ländern zu bemessen. Die Arzneimittelausgaben stiegen nämlich von 1979 bis 1982 im Bundesdurchschnitt wie in Bayern um 64,53 DM. Das bedeutet für den Bund eine Erhöhung um 19,51 Prozent, für Bayern aber um 22,99 Prozent, immerhin eine Differenz um über ein Sechstel zum Nachteil Bayerns.

Diese falsche Lesart kommt zustande, weil der Ausgangspunkt im Bund 1979 bei 330,76 DM, in Bayern aber bei 280,66 DM liegt. Die gleiche absolute Veränderung macht bei niedrigerer Basis natürlich einen höheren Prozentsatz als bei höherer aus, wie dieses Beispiel eindeutig beweist.

Horst Beloch

Ist unsere Gesundheit noch bezahlbar? Eine rhetorische Frage blieb unbeantwortet

Das „Gesundheitsforum der Süddeutschen Zeitung“ stellte die Frage aus der Überschrift in einer nicht-öffentlichen Sitzung im Ärztehaus Bayern 18 Teilnehmern aus jenen Kreisen, die auch die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ beschicken. Sie provozierte weniger Rhetorik als vielmehr Polemik.

Nur wenige sprachen zueinander. Viele Äußerungen zielten offenbar auf Wirkung in der Sonderseite ab, die die „Süddeutsche“ über solche Mammutsitzungen zu veröffentlichen pflegt. Festival von Ungereimtheiten. Wiederholung von Schlagworten, die dem Unkundigen wohl, dem Kundigen hohl klingen.

Dazwischen Äußerungen von Neuigkeits- und von bleibendem Wert. Gedanken, die ein Gespräch sehr wert gewesen wären. Doch man blieb beim Babylon der Monologe. 13,33 Minuten Brutto-Redezeit durchschnittlich für jeden Teilnehmer, Begrüßung, Moderation, Abgesang noch abzuziehen. Da wurde die Proklamation der eigenen Meinung doch wichtiger, als das Thema eines anderen zu vertiefen. Verpaßte Gelegenheiten.

So mancher Widerspruch in sich selbst. Da sang Anke Fuchs, Kurzzeit-Gesundheitsministerin in der verdämmenden sozial-liberalen Koalition, das hohe Lied von der reinen Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung – aber forderte eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze nur um ein Drittel auf die der gesetzlichen Rentenversicherung.

Makellose Solidarität, wenn der 5000-DM-Verdiener zusammen mit seinem Arbeitgeber zwölf Einkommensprozente oder 600 DM, der weiterversicherte 8000-DM-Verdiener absolut ebensoviel, relativ indes nur 7,5 Einkommensprozente als Beitragszahlung in die gemeinsame Kasse leisten muß?

Oder: Für Frau Fuchs kommt eine Selbstbeteiligung nicht in Frage – aber was ist die von ihr geforderte Ausklammerung der sogenannten Bagatell- wie der ebenso wenig exakt definierten Hochleistungsmedizin aus der Behandlung auf Krankenschein denn anderes? Und als sie über die pillenschluckenden

Deutschen klagte, fand sie auf die Erwiderung durch Bayerns Apothekerkammerpräsidenten Dr. Hermann Vogel doch keine Antwort. Seit der Contergan-Affäre fürchteten die Deutschen die Tabletten mehr als den dritten Weltkrieg, und es sei vielmehr an der Zeit, eine Arzneimittelphobie zu bekämpfen, konterte der kundenkundige Praktiker.

Mehr Geld für die Gesundheit, das indes nicht mehr Gesundheit gebracht habe, ließ BdO-Vorsitzender Willi Heitzer eine seiner wiederholten Bedenken auch da anklingen. Mehr nicht, nachdem beispielhaft Dr. Genzel als Erfolg der Mehrausgaben für die Dialyse eine erhöhte Lebenserwartung der Patienten von 4,5 Monaten 1970 auf 15 Jahre 1983 ins Treffen führte und Moderator Professor Dr. Hans Joachim Sewering die stark verminderte Säuglingssterblichkeit zitierte.

Unbeantwortet Heitzers nächster Einwand: Wenn die in jenem Kreise fast einmütig postulierte Informationsverstärkung über vernünftiges gesundheitliches Verhalten der Bundesbürger realisiert werde, dann wisse der einzelne viel wirksamer in sich hineinzuhorchen, argwöhne eine somatische Störung um so eher, bemühe also öfter als zuvor einen Arzt und belaste die Kassen höher. Ihm war eine Überraschung gelungen.

Für den Bund in dieser Runde: Heinrich Franke, parlamentarischer Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium. Seine Definition von Selbstbeteiligung als Kostenverschiebung, doch nicht Kostendämpfung, rief den Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Helmut Zedelmaier, auf: Selbstbeteiligung verlagere nicht, sondern biete – mit sozialer Komponente – anspruchsenkende Steuer.

Schnell und intensiv solle sich die Bundesregierung vielmehr damit befassen, welche der vielen Arten der Selbstbeteiligung sich für welchen Bereich eigne. Erläuternd stieß Erich H. Müller, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB), nach: Selbstbeteiligung auch in Form von Ausgrenzungen. Verhaltensänderungen müßten er-

möglicht werden. Der finanzielle Verschiebebahnhof vom Aufkommen der gesetzlichen Kranken- zu den anderen, bedrängten Sozialversicherungen, wie Renten- und Arbeitslosenversicherung, nütze den Krankenkassen nichts.

Zwischendurch eine Feststellung mit Nachrichtenwert: Eingehend und ohne Tabus werde man sich im Arbeits- und Sozialministerium in diesem Jahr mit der Krankenhausfinanzierung und im nächsten ebenso energisch mit der gesetzlichen Krankenversicherung beschäftigen, sagte Staatssekretär Franke verbindlich zu.

Noch eine Nachricht: Der Sprecher der Krankenhäuser erklärte seine Bereitschaft, eine Selbstverwaltung unter Beteiligung der Krankenkassen zu installieren. Dann würden die Versichertenvertreter immerhin die Verwendung von rund 65 Prozent der Beiträge zu beeinflussen vermögen. Zur Zeit haben sie sich mit einer Mitsprache über 35 Prozent zu begnügen, denn die restlichen 35 Prozent werden par ordre du Moufti vom Gesetzgeber für Fremdverwendungen, wie u. a. die Krankenversicherung der Rentner, abgezweigt.

Gesetzlich verordnete Ohnmacht, also letztlich von Politikern gemacht. Politiker aber sind es, die auf ihr ceterum censeo „Beitragsstabilität“ ein freundliches Echo vom Wähler erhoffen. Wie so zwei Seelen in Politikerbrüsten miteinander auszukommen vermögen.

Vier Diskussionsstunden mit unterschiedlichen Spannungstärken. Ein nächstes Mal sollte es geben. Aber der modus procedendi sollte den Berichterstatter der veranstaltenden Zeitung entlasten. So wird er überfordert.

Sachlich falsche Aussagen dürfen nicht nur vielleicht, und wenn, dann sehr viel später erst, durch den elften oder vierzehnten anschließenden Diskussionsbeitrag beantwortet werden. Das ermöglicht letztlich nur eine kleinere Besetzung des Podiums. So würde die Gesamtaussage verdichtet und mehr Rede und Gegenrede unmittelbar ermöglicht. Das ist indes kaum zu erwarten, wenn der Moderator skeptisch die Uhr verfolgen muß in der Hoffnung, jedem so vieler Teilnehmer wenigstens eine Gelegenheit zur Äußerung zuordnen zu können.

Horst Beloch

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im März 1983 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Salmonellosa wurden im März etwas häufiger als im Februar gemeldet. Die Erkrankungs-ziffer stieg von 23 auf 28 je 100 000 Einwohner, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Geringfügig sank die Erkrankungshäufigkeit

an Virushapatitis, nämlich von 21 Fällen im Februar auf 20 im März, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen.

Die Erkrankungsziffer an Meningitis/Enzephalitis, im Vormonat auf dem vergleichsweise recht niedrigen Stand von 4 Fällen, stieg im März auf 8 Fälle, wiederum stets auf 100 000 Einwohner bezogen.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. Februar bis 3. April 1983 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectioea				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen 1)		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimm-bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	10	1	7	—	10	1	1	—	110	—	22	—	28	—	44	2	14	—
Niederbayern	3	—	2	—	—	—	1	—	36	1	9	—	5	—	7	—	4	—
Oberpfalz	1	—	1	—	1	—	1	—	27	—	10	—	2	—	3	—	3	—
Oberfranken	6	1	4	2	—	—	2	—	12	—	14	—	12	—	4	—	6	—
Mittelfranken	3	—	—	—	—	—	—	—	48	—	31	—	11	—	18	—	2	—
Unterfranken	3	—	2	—	3	—	—	—	36	—	5	—	6	—	7	—	7	—
Schwaben	9	2	7	1	1	1	3	—	28	1	3	—	9	—	16	—	5	—
Bayern	35	4	23	3	15	2	8	—	297	2	94	—	73	—	99	2	41	—
Vormonat	11	—	10	1	4	—	6	1	192	—	79	—	72	—	75	1	30	—
München	2	—	3	—	5	1	—	—	40	—	16	—	16	—	31	1	8	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	6	—	5	—	9	—	1	—
Augsburg	—	—	2	1	1	1	—	—	9	—	—	—	2	—	6	—	2	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—
Würzburg	1	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Fürth	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	1	—	1	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	4	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellen-Ruhr		Malaria		Botulismus		Ornithose		Angeborene				Sterbefälle an Influenza		Tollwutverdacht 2)	
													Zyto-megeie		Toxoplas-mose		O-Fieber			
	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	—	—	—	7	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	35
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3	1
Oberpfalz	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	17
Oberfranken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	27
Mittelfranken	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Unterfranken	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	18
Schwaben	—	—	—	—	6	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	25
Bayern	1	—	—	—	15	—	3	—	3	—	2	—	1	—	5	—	1	—	9	123
Vormonat	2	—	2	—	27	—	8	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	1	—	77
München	1	—	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Augsburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

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

St = Sterbefälle.

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

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

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

Schnell informiert

Besetzung des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht

Bei dem Landesberufsgericht für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht wurden vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz mit Wirkung vom 1. Juni 1983 auf die Dauer von fünf Jahren neu bestellt:

1. Vizepräsident am BayObLG Johann Zitzmann zum Vorsitzenden
2. Vorsitzender Richter am BayObLG Welter Hueber zum Stellvertreter des Vorsitzenden
3. Richter am BayObLG Bruno Romanovszky zum berufsrichterlichen Beisitzer
4. Richter am BayObLG Friedrich Mößner zum Stellvertreter des berufsrichterlichen Beisitzers
5. Richter am BayObLG Dr. Erich Uschold zum weiteren Stellvertreter des berufsrichterlichen Beisitzers

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Bekanntmachung der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 6. April 1983 (Nr. I E 1 - 5126 - 1/9/83)

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom **26. September 1983 bis zum 30. März 1984** in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst (Amtsartztlehrgang) abhalten. Die Teilnahme daran ist Voraussetzung für die Zulassung zur Amtsarztprüfung.

Zu dem Lehrgang können 30 Ärzte zugelassen werden. Zulassungsgesuche müssen bis spätestens 1. Juli 1983 bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, eingehen. Dem Gesuch sind beizugeben

1. die Approbation als Arzt in Urschrift,
2. die Promotionsurkunde in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift,
3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit.

Eine Lehrgangsgebühr wird nicht erhoben.

Bereits im emtsärztlichen oder landgerichtsärztlichen Dienst des Freistaates Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich entsandt.

LDL-Cholesterin - In der Routine jetzt direkt zu bestimmen

Mit der Entwicklung eines Verfahrens zur selektiven Fällung der Low Density Lipoproteine (LDL) kann nun auch in der Routine der Risikofaktor für atherosklerotische Erkrankungen direkt bestimmt werden. Diese Bestimmung ist indiziert zur Abschätzung des Risikos im Verdachtsfall. Häufig erleuben die Bestimmungen des Gesamtcholesterins und der Triglyzeride keine abschließende Aussage über das Vorliegen einer Hyper- bzw. Dyslipoproteinämie oder es wird ein Atherosklerose-Risiko aufgrund anemnestischer Erhebungen vermutet. Mit dem neuentwickelten Reagenz ist die direkte Bestimmung des LDL-Cholesterins auf einfache Weise jetzt durch eine spezifische Fällung der Low Density Lipoproteine möglich.

Sommerkonzerte in Schloß Schleißheim

vom 1. Juli bis 7. August 1983

Durchführung der Konzerte: Bayerische Konzertdirektion

Verantwortlich für das Programm: Dr. med. Peter Clemente, Bendelstraße 10, 8000 München 19

Diese Konzertreihe wird in Verbindung mit dem Bayerischen Volksbildungsverbund e.V. München veranstaltet. - Das reichhaltige Programm enthält bekannte Namen großer Interpreten.

Der Münchener Augenerzt Dr. Peter Clemente tritt auch dieses Jahr als Solist (Hammerflügel) auf, und zwar am **3. Juli 1983** zusammen mit A. Grumiaux und M. Lesueur; am **23. Juli 1983** im Orchesterkonzert der Münchner Kemmersolisten und am **7. August 1983** zusammen mit Solobläsern der Bayerischen Staatsoper.

Musiksommer zwischen Inn und Salzach

vom 11. Juni bis 27. August 1983

Veranstalter: Musiksommer zwischen Inn und Salzach e.V.

Sekretariat: Dr. med. Franz Zech, Rosengasse 10, 8217 Grassau, Telefon (086 41) 35 08

Juni 1983

11. 6., 19 Uhr: Rott am Inn

Festakt zur 900-Jahr-Feier der Gründung der Benediktinerabtei Rott am Inn mit Vokalensemble und Kemmerorchester Musice Bevarica

11. 6., 20 Uhr: Seon

1. Serenade mit Collegium Musicum Pregense

12. 6., 20 Uhr: Bad Reichenhell

Serenade mit Münchner Philharmonische Solisten

18. 6., 20 Uhr: Rott am Inn

Kirchenkonzert mit Regensburger Domspatzen

19. 6., 19.30 Uhr: Grassau

Kirchenkonzert mit Regensburger Domspatzen

24. 6., 20 Uhr: Kraiburg

Militärmusikkonzert mit Musikkorps des Grenzschutzkommandos Süd, München

26. 6., 20 Uhr: Halsbach

Kirchenkonzert mit Solisten, Kemmerchor Altötting, Das Haydn-Ensemble München

Juli 1983

2. 7., 20 Uhr: Rosenheim

Kirchenkonzert mit Solisten, Chor und Orchester St. Quirinus, Rosenheim

2. 7., 20 Uhr: Ising

Kirchenkonzert mit Solistin, Musica Rinata München

3. 7., 20 Uhr: Reisch

Kirchenkonzert mit Kemmerchor der Hochschule für Musik, München

8. 7., 20 Uhr: Leufen

Orchesterkonzert mit Solistin und Münchner Kammerorchester

8. 7., 20 Uhr: Seon

Kirchenkonzert mit Tölzer Knabenchor und Convivium Musicum München

9. 7., 20 Uhr: Inzell

Kirchenkonzert mit Tölzer Knabenchor und Convivium Musicum München

10. 7., 20 Uhr: Rosenheim

Oretorium „Der Messias“ mit Solisten, Chor und Orchester des Musikvereins Rosenheim

10. 7., 18 Uhr: Baumburg
Oratorium „Der Messias“ mit Solisten, Kantorei Traunstein, Ansbacher Kammerorchester und Augsburger Trompeten-Ensemble

18. 7., 20 Uhr: Endorf
Kammerkonzert mit Solistin und Keller-Quartett, München

23. 7., 20.15 Uhr: Tittmoning
Burghofserenade mit Solist, Bayerisches Orchester unter der Leitung von Dr. med. Reinhard Steinberg, München

30. 7., 20 Uhr: Seon
2. Serenade mit Camerata musicale München

31. 7., 20 Uhr: Ruhpolding
Kirchenkonzert mit Solistin und Collegium musicum St. Michael, München

August 1983

26. 8., 20 Uhr: Tittmoning
Kirchenkonzert anlässlich der 300-Jahr-Feier der Klosterkirche mit Solisten, Chor der Volkshochschule München, Chor der Münchner Sängerrunde, Die Camerata München

27. 8., 20 Uhr: Seon
3. Serenade mit Münchner Flöten-Quartett/Musice per Salterio

Konzerte auf Schloß Amerang in der Zeit vom 25. Juni bis 20. August 1983

Hier wird besonders auf die Veranstaltungen am 24. Juli (Matinee) und am 13. August hingewiesen, bei denen Dr. med. Peter Clemente, München, als Solist auftreten wird.

— Näheres bei den örtlichen Vorverkaufsstellen —

Film: Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Dieser 20-Minuten-Film (Video 2000, VHS, Beta oder als 16 mm Tonfilm) gibt einen Überblick über Ätiologie, Klinik, Epidemiologie und die Möglichkeiten der Prophylaxe. Er wird an Fachkreise kostenlos ausgeliehen von: Immuno GmbH, Postfach 10 30 80, 6900 Heidelberg 1, Telefon (0 62 21) 397-1, Telex 04 - 61 591

Apotheker- und Ärztekasse im neuen Haus in München

Die Niederlassung München der Deutschen Apotheker- und Ärztekasse bezog ein neues Bankgebäude. Vom 30. Mai 1983 an steht sie den Heilberufsangehörigen unter folgender Anschrift zur Verfügung:

Ottostraße 8
8000 München 2
Telefon (0 89) 5 51 12-0

Die Deutsche Apotheker- und Ärztekasse, seit nunmehr 25 Jahren in der bayerischen Metropole präsent, hat auch bei dieser Standortwahl der Nachbarschaft zu Landesorganisationen besonderes Gewicht beigemessen und ihr neues Domizil in der Nähe der Kassennärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle München Stadt und Land, errichtet. Dieses Prinzip der Standortverknüpfung, das zusammen mit der räumlichen Erweiterung den Heilberufsangehörigen die Inanspruchnahme der berufsbezogenen Bankdienstleistungen weiter erleichtert, wurde auch bei den Münchener Zweigstellen der Niederlassung im Ärztehaus Bayern und im Zahnärztehaus verfolgt. Eine dritte Stadtzweigstelle wird im ehemaligen Bankgebäude in der Goethestraße eingerichtet, um jenen Kunden entgegenzukommen, die das Serviceangebot der Bank am bisherigen Sitz der Niederlassung wahrnehmen möchten.

Betriebliche Früherkennungsaktionen des „Münchner-Blutdruck-Programms“

Ein Beitrag zur Bluthochdruckbekämpfung

Mit einer dreiwöchigen freiwilligen betrieblichen Blutdruckmeßaktion hat die Bayerische Versicherungskammer die Zusammenarbeit mit dem „Münchner-Blutdruck-Programm“ (=MBP) begonnen.

Das MBP ist eine Initiative der Münchener Ärzteschaft in Zusammenarbeit mit dem Medis-Institut der GSF, Neuherberg, zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes. Schlaganfall, Herzschwäche, Herzinfarkt und chronische Nierenerkrankungen sind die häufigsten Folgen eines langfristig unbehandelten Bluthochdruckes.

Jährlich führt die Gruppe dieser Erkrankungen zu ca. 40 Prozent aller Frühberentungen bei Arbeitern und Angestellten. Nur durch Blutdruckmessungen kann Bluthochdruck frühzeitig erkannt und dann auch erfolgreich ärztlich behandelt („kontrolliert“) werden. Diesem Vorsorgegedanken des MBP folgten rund 1300 Mitarbeiter der Bayerischen Versicherungskammer, von diesen mußte 96 (7,4 Prozent) wegen hoher Blutdruckwerte ein baldiger Arztbesuch empfohlen werden.

Das Ergebnis bestätigt die Notwendigkeit und den Nutzen betrieblicher Früherkennungsaktionen zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes.

Begutachtung von Praxisrechnern

Die zwischen Kassennärztlicher Bundesvereinigung und Ersatzkassen getroffenen Regelungen über den Einsatz von Praxisrechnern zur Quartalsabrechnung der niedergelassenen Ärzte sieht die Begutachtung durch die KBV vor. Bereits die ersten Prüfungen zeigten, daß die überwiegende Mehrzahl der zur Zeit angebotenen Systeme im Bereich der kassennärztlichen Leistungsabrechnung nicht fehlerfrei im Sinne der Richtlinien arbeitet. Bisher konnten sieben Systeme aufgrund entsprechender Nachbesserung begutachtet werden. Insgesamt liegen der Kassennärztlichen Bundesvereinigung gegenwärtig 62 Anträge für die Begutachtung unterschiedlicher Systeme vor.

Preise: Ausschreibungen

Homburg-Preis 1983 — Das Kollegium für ärztliche Fortbildung Regensburg zur Förderung der medizinischen Forschung schreibt alle zwei Jahre den von der Homburg Degussa Pharma Gruppe gestifteten Homburg-Preis aus. Es werden drei Arbeiten aus dem Gebiet der Inneren Medizin oder einer Disziplin, die als Grundlagenforschung die Innere Medizin wesentlich zu fördern imstande ist, prämiert. — Einsendeschluß: 1. Oktober 1983. Weitere Auskünfte erteilt das Sekretariat des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 5 07-2183.

Johann-Georg-Zimmermann-Förderpreis für Krebsforschung — Die Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover e.V. schreibt hiermit diesen Förderpreis für das Thema „Malignes Melanom — Diagnostik und Therapie“ aus. Es können sich alle Wissenschaftler aus dem In- und Ausland bis zum vollendeten 40. Lebensjahr beteiligen. — Einsendeschluß: 31. Januar 1984. Weitere Auskünfte erteilt die Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover e.V., Theaterstraße 14, 3000 Hannover 1.

Buchbesprechungen

Bücher zur Rezension

Die folgenden Bücher wurden uns zur Besprechung zur Verfügung gestellt. Ärztinnen und Ärzte, die besonders sachkundig und interessiert sind, können diese Bücher zur Besprechung im „Bayerischen Ärzteblatt“ von uns erhalten. Wir bitten um Benachrichtigung unter der Telefonnummer (089) 4147-274.

1. Assmann: Lipidstoffwechsel und Atherosklerose
2. Ammon: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie
3. Bachmann: Die Funktionsdiagnostik der behinderten Nasenatmung
4. Biermann: Das kranke Kind und seine Umwelt
5. Biniek: Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln
6. Botsford/Wilson: Das Akute Abdomen
7. Brenner/Adelhardt: Rechtskunde für das Krankenpflegepersonal
8. Burgerstein: Heilwirkung von Nährstoffen (Richtlinien für gute Gesundheit und Leistungsfähigkeit)
9. Ciompi: Affektlogik (Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung)
10. Conrad: Eine Gesellschaft verdirbt ihre Kinder
11. Drewermann: Psychoanalyse und Moreltheologie (Band 1: Angst und Schuld)
12. Denk/Kerrer: Präkanzerosen
13. Dress/Gebhard/Luban-Plozza: Sprache des Kranken – Sprache des Arztes (Die therapeutische Übersetzung)
14. Engl/Kotten/Ohlendorf/Poser: Sprechübungen zur Aphasiebehandlung
15. Ewerbeck: Säuglingsernährung heute
16. Eid/Vaskovics: Wandel der Familie – Zukunft der Familie
17. Feß: Lehrbuch der Chirurgie für Unterricht und Praxis in der Krankenpflege
18. Fechner/Telchmann: Medikamentöse Augentherapie
19. Fenta: Augen-Erkrankungen
20. Freye/Lemmers: Radiologisches Wörterbuch
21. Gall/Groißl: Entzündliche Erkrankungen des Dünn- und Dickdarmes
22. Heitland: Ergebnisse der Chirurgischen Onkologie
23. Hobsley: Arbeitsdiagnose (Neue Wege der chirurgischen Diagnose und Therapie)
24. Hertl/Kornhuber/Landbeck: Ergebnisse der Pädiatrischen Onkologie 6
25. Hüllemann: Präventivmedizin
26. Junge/Kimbel: Betäubungsmittel (Pharmakologie und Verordnung)
27. Käfer: Diagnostik – Differenzialdiagnose
28. Käfer: Der Heilpraktiker in Theorie und Praxis (Loseblatts Ausgabe, juristischer und medizinischer Teil)
29. Klaus: Nephrologische Erkrankungen
30. Knörr/Knörr-Gärtner/Beller/Lauritzen: Lehrbuch der Geburtshilfe und Gynäkologie
31. Kochen, Kewitz, Härter: Arzneimittel in der allgemeinärztlichen Praxis
32. Krause/Rothauge: Andrologie
33. Leydhecker: Augenheilkunde
34. Loeweneck: Diagnostische Anatomie (Eine Hilfe zum ärztlichen Handeln)
35. Lukas: Von der Tiefen- zur Höhen-Psychologie (Logotherapie in der Beratungspraxis)
36. Magin: Ethos und Logos in der Medizin
37. Meyer-Hofmann/Kentschew: Einführung in die praktische Elektrokardiographie
38. Meinecke: Die Wirbelbogengelenke ausschließlich der Okzipito-Zervikalregion
39. Mumenthaler: Didaktischer Atlas der klinischen Neurologie
40. Naber/Adam: Chemotherapeutika im Vergleich
41. Ott: Spondylosis hyperostoffica
42. Poock: Neurologie (Lehrbuch für Studierende und Ärzte)
43. Poeffgen: Die ungewollte Schwangerschaft (Eine entropologische Synopsis)
44. Sporken: Was Sterbende brauchen
45. Schmähl: Krebsmetastasen
46. Schneider/Schorer: Klinische Transfusionsmedizin
47. Schrey: Die koronere Herzkrankheit
48. Stamm/Müller: Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett
49. Stieve/Schoen: Strahlenschutzkurs für Ärzte – Strahlentherapie (Teil I und II)
50. Strubelt: Elementare Pharmakologie
51. Stux/Jeyesuriya: Atlas der Akupunktur
52. Tölle: Seelische Krankheiten und psychosomatische Störungen
53. Vojta: Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter
54. Winkler: Proktologische Indikationen und Therapie
55. Englisch für Mediziner (2 Tonbandkassetten und Textbuch)
56. Wegweiser „Medizinische Katastrophenhilfe“ – Handbuch für den Katastrophenschutz

Traumee1®

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

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100 g enth.: Arnica ϕ 1,5 g; Calendula ϕ , Hamamelis ϕ ana 0,45 g; Echinacea angustifolia ϕ , Echinacea purpurea ϕ , Chemomilla ϕ ana 0,15 g; Symphytum ϕ , Bellis perennis ϕ ana 0,1 g; Hypericum ϕ , Millefolium ϕ ana 0,09 g; Aconitum D1, Belladonna D1 ana 0,05 g; Mercurius solubilis Heilmann D1 0,04 g; Hepar sulfuris D1 0,025 g.

DOSIERUNGSANLEITUNG Salbe: Morgens und abends, bei Bedarf auch öfters auf die betroffenen Stellen auftragen bzw. einreiben, ggf. auch Salbenverband.

DARREICHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖßEN (Stand Februar 1983)
Salbe: Tuben mit 20 g DM 4,55, mit 80 g DM 13,75.

WEITERE DARREICHUNGSFORMEN

Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

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

Arzt und Recht

Herausgeber: Dr. G. Brenner/M. Adelhardt/Dr. I. Reichert, 391 S., DM 64,—. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart—New York.

Bei diesem Nachschlagewerk dominieren Klarheit und Übersicht. Die für den Mediziner an sich fremde Materie der Jurisprudenz wird in einer auch für juristische Laien verständlichen Weise dargestellt. Der Verfasser versucht mit Erfolg, die täglichen Probleme der ärztlichen Praxis auf dem Hintergrund gerichtlicher Entscheidungen zu erläutern. Da alle Bereiche medizinischen Wirkens, Verantwortungsbereiche des Krankenhausträgers, des leitenden Krankenhausarztes und des freipraktizierenden Arztes einschließlich des hier auch wesentlichen Bereiches des Arbeitsrechts (Arzt — Arzthelferin) angesprochen werden, ist dieses Buch zu Recht „Leitfaden und Nachschlagewerk des medizinischen Rechts für die ärztliche Praxis“ überschrieben.

Das gastroenterologische Gutachten

Herausgeber: P. Frührnorgen, 88 S., 6 Abb., 19 Tab., Leinen, DM 24,50. Verlag Gerhard Witzstrock, Baden-Baden.

Die Qualität der medizinischen Begutachtung in der Praxis ist sehr unterschiedlich. Einerseits besteht von seiten des Patienten ein nicht zu unterschätzendes Anspruchsdenken, andererseits kann eine nicht ausreichende Qualifikation des Gutachters zu irreparablen Schäden im Verlauf einer Erkrankung und in der beruflichen Situation des Patienten führen. Besonders bei der Beurteilung chronischer Erkrankungsverläufe kann der Gutachter bei Beachtung der Vielzahl der Befunde (Klinik, Biochemie, Sonographie, Röntgenuntersuchung, Endoskopie, Histologie), dem Verlauf der Erkrankung und eventueller vorausgegangener Therapie ein gutachtliches Urteil, frei von Willkür, erstellen. Die dem Patienten zugemutete Diagnostik muß sinnvoll sein, die Besonderheit des Einzelfalles muß Berücksichtigung finden. Nicht jeder kann und darf zu einem Gutachten herangezogen werden, er muß entsprechende Qualifikationen aufweisen, die Beurteilungskriterien sind von der anfordernden Institution abhängig. — Das Compendium ist für die Erstellung eines fachinternistischen Gutachtens eine wertvolle Hilfe. Neun Autoren belassen sich mit der Begutachtung gastroenterologischer Erkrankungen (auch aus rechtlicher Sicht) und geben Antwort auf praxisrelevante Fragen.

Dr. med. H.-K. Goischke, Bad Brückeneu

HNO Praxis Heute: Band 2

Herausgeber: H. Ganz/W. Schätzle, 175 S., 45 Abb., 10 Tab., geb., DM 60,—. Springer-Verlag, Berlin-Heldelberg-New York.

Dieser Band setzt die Reihe mit praxisnahen Informationen fort, die besonders dem niedergelassenen HNO-Arzt und dem Klinikassistenten modernes Fachwissen vermitteln. Neben Beiträgen über traumatische Hörstörungen und Sportverletzungen enthält dieser Band u. a. eine kritische Stellungnahme zu den Septumoperationen in der Praxis sowie zum Wert der Sialographie bei chronischen Schwellungen vor dem Ohr.

Die künftig jährlich erscheinenden Bände bieten somit eine praxisbezogene Fort- und Weiterbildung.

Glücklicher ohne Angst

Herausgeber: Dr. R. Sharpe/D. Lewis, 168 S., Paperback, DM 19,80. Ehrenwirth Verlag, München.

Angst lähmt, Angst blockiert Gedächtnis und Reaktion, Angst bedrückt, Angst macht krank. In diesem Buch werden Methoden vorgestellt, die jeden in die Lage versetzen sollen, Ängste zu bewältigen und zu überwinden.

Obstruktive Atemwegserkrankungen

Herausgeber: H. Herzog/D. Nolte/O. P. Schmidt, 264 S., 138 Abb., 78 Tab., Leinen, DM 39,—. Verlag Gerhard Witzstrock, Baden-Baden.

Die beträchtliche sozialmedizinische Bedeutung der obstruktiven Atemwegserkrankungen bildete den Hintergrund eines internationalen Symposiums, das drei Hauptthemen gewidmet war: I. Pathophysiologie — Epidemiologie — Sozialmedizin; II. Diagnostik — Klinik — Prognose; III. Therapie. — Die Referate der führenden Pulmologen bringen jedem Arzt — ob in Klinik oder in der Praxis erwerbend — eine Fülle von wertvollem Wissen.

Dr. med. K. Pollek, München

Wörterbuch der Neuraltherapie

Herausgeber: Dr. H. Huneke, 264 S., DM 48,—. Karl F. Haug Verlag GmbH & Co., Heidelberg.

Die von den Brüdern Ferdinand und Walter Huneke erarbeitete Neuraltherapie hat inzwischen eine weite Verbreitung gefunden. Gerade um den neu sich dieser Behandlungsform zuwendenden Kollegen eine Möglichkeit zur schnellen Orientierung zu geben, hat der Sohn F. Hunekes sich bemüht, das notwendige Grundwissen in diesem Wörterbuch zusammenzutragen. — Er definiert jedoch die Begriffe nicht nur, sondern ergänzt sie gewöhnlich durch Hinweise zur neuraltherapeutischen Diagnostik und Behandlung. Dabei werden jedoch leider in vielen Fällen die Schlagworte nur recht oberflächlich umrissen, so daß der kritische Leser sich fragen muß, ob die sich daran gegebenenfalls anschließenden Therapiehinweise nicht ebenfalls als wenig fundiert anzusehen sind. Auch kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß manche Begriffe, die absolut keine direkte Beziehung zur Neuraltherapie haben, lediglich als Zellenfüller aufgenommen wurden („Ambu-Atmungsbeutel; Gebräuchlicher Atmungsbeutel zur Wiederbelebung“. „Appendicitis acuta; Akute Blinddarmentzündung, die üblicherweise chirurgisch durch die Appendektomie versorgt werden muß“). — Dieses Buch kann zwar dem der Neuraltherapie zugewandten Kollegen manche Empfehlungen geben, es erschwert jedoch andererseits gewiß vielen kritisch eingestellten Ärzten den Zugang zu dieser so oft erfolgreichen Behandlungsweise.

Dr. med. W. Rulffs, Nürnberg

Maligne Hirntumoren

Herausgeber: P. C. Potthoff, 98 S., 41 Abb., 22 Tab., kart., DM 42,—. Verlag Hans Huber, Bern.

Das gut gegliederte Büchlein mit einem Gesamtumfang von nur 93 Seiten bringt im wesentlichen alles, was über den modernen Stand der Pathologie, der Diagnostik und der Therapiemöglichkeiten bei malignen Hirntumoren gesagt werden kann. Besonders attraktiv sind die gut ausgewählten, sehr eindrucksvollen Bilder sowie die übersichtlichen Tabellen. Erfreulich auch der Hinweis, daß trotz aller epperativen Möglichkeiten die Kunst der neurologischen Untersuchung und die Erhebung der psychopathologischen Befunde von wesentlicher Bedeutung für die Erstellung der Diagnose eines malignen Hirntumors sind. Etwas zu kurz scheint mir der Abschnitt „Rehabilitation maligner, operierter und konservativ behandelte Hirntumoren“ weggekommen zu sein. Hier vermisse ich als in einem Krankenhaus tätiger Arzt, der gerade mit den posttherapeutischen Problemen befaßt ist, eine ausführlichere Würdigung. Möglicherweise hätte eine Kürzung im Abschnitt „Dokumentation“ zugunsten der „Rehabilitation“ noch mehr Freunde gefunden. — Insgesamt aber ein Buch, das wegen seiner Prägnanz und Übersicht jedem neurologisch und neurochirurgisch tätigen Kliniker bekannt sein sollte.

Dr. med. Deininger, Haer

Augenärztliche Fortbildung

Jahreskurse für die praktische Augenheilkunde

Herausgeber: Prof. Dr. H.-J. Merté, Band 6, Teil 4, 152 S., 71 Abb., DM 40,—; Band 7, Teil 1, 129 S., 44 Abb., DM 44,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Schon mehrfach wurde diese Serie für Augenärzte und andere interessierte Kollegen empfohlen. In den neuen Bänden wird besonders auf einen interessanten Artikel zur Pupillendiagnostik (Huber) hingewiesen. In einem anderen Referat wird das wichtige Problem der Sehschärfeprüfung bei Kindern (Hedin) abgehandelt. Augenärzte und Eltern versuchen, ja möglichst frühzeitig von Kindern verlässliche Visusangaben zu erhalten, um sofort therapeutische Maßnahmen einleiten zu können. Dem Thema Medikamentenanwendung am Auge, besonders bei Glaukom, sind eine Symposium-Wiedergabe und drei weitere Arbeiten gewidmet.

Professor Dr. med. W. D. Schäfer, Würzburg

Der blaue Spiegel

Verfasser: Dr. F. Schedel, 280 S., farb. u. s/w-Abb., DM 32,—. Verlag Morsak, Grafenau.

Dieses Buch dürfte vor allem für die jüngere Ärztegeneration interessant sein, da es den Lebenslauf eines Chirurgen des Jahrgangs 1915 schildert. Auch werden die Verhältnisse an der Münchener Chirurgischen Klinik nach dem Kriege und der Aufbau des Krankenhauses Passau sowie die medizinische Geschichte dieses Raumes beschrieben.

Die ambulante Herzuntersuchung

Kardiologische Basisdiagnostik für die Praxis

Verfasser: J. Schmidt-Voigt, 158 S., 49 Abb., geh., DM 48,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Das Buch behandelt die ambulante Herzuntersuchung in der Sprechstunde. Damit soll mit möglichst geringem Aufwand an personellen und technischen Hilfen ein möglichst großes Maß an Sicherheit und Umfang der diagnostischen Erkenntnisse beim Patienten gewonnen werden. Es bietet dem Medizinstudenten Hilfe beim Studium, dem praktizierenden Arzt Rekapitulation für die Erfüllung der täglichen kardiologischen Aufgaben.

Das neue Kochbuch für Diabetiker

Herausgeber: L. Nassauer/A. Fröhlich-Krauel/R. Petzoldt, 132 S. mit 12 Farbfotos und Zeichn., Glanzleinband, DM 29,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Dieses Kochbuch — von einem Spezialisten und zwei Ernährungsberaterinnen aus der Praxis für die Praxis entwickelt — macht es einfach, die individuell richtige Diät zu ermitteln und auch einzuhalten. Ferner findet der Diabetiker praktischen ärztlichen Rat, viele Küchentips, die gerade für ihn besonders wichtig sind, dazu Zeichnungen und Tabellen.

Der rechte treue Belernspegel — Josef Schlicht

Herausgeber: R. Sigl, 304 S., 16 S. Bildteil, Leinen, DM 39,80. Rosenheimer Verlagshaus Alfred Förg, Rosenheim.

Der Herausgeber läßt, wo immer möglich, Schlicht selbst zu Wort kommen. Er zeigt uns aber ebenso auch den Zeit- und Sozialkritiker. Bis heute ist Schlichts Werk, das er nur für das Volk, nicht für Gelehrte schrieb, als Selbstdarstellung der bayerischen Seele unübertroffen.

Das archäologische Jahr in Bayern 1981

Herausgeber: Dr. R. Christlein u. a., 204 S., 171 teils farb. Tafeln und Pläne, geb., DM 38,—. Konrad Theiss Verlag, Stuttgart.

Den zahlreichen Beiträgen aus der Feder bekannter Landesarchäologen zu den wichtigsten Grabungen und Grabungsergebnissen ist ein Überblick „Landesarchäologie in Bayern 1981“ von Hauptkonservator Dr. R. Christlein vorangestellt. Eine Übersichtskarte mit nicht weniger als 192 auf das ganze Land verteilten Grabungs- und Fundplätzen in Bayern 1981 und ein ausführliches chronologisches Verzeichnis von der Altsteinzeit bis zur Neuzeit mit 266 Nummern geben Aufschluß über Umfang und Schwerpunkte der aktuellen archäologischen Arbeit in Bayern.

Elisabeth, Kelslerin wider Willen

Verfasserin: B. Hamann, 660 S., 32 Abb., Leinen, DM 44,—. Verlagsgruppe Langen-Müller/Herbig, München.

Das übliche süße Sisi-Klischee wird man in dieser Biographie vergeblich suchen. Elisabeth war unbestritten eine der gebildetsten und interessantesten Frauen ihrer Zeit — vor allem aber eine Frau, die sich von den Vorurteilen ihres Standes und ihrer Zeit zu befreien vermochte. — Die Autorin hat zum ersten Mal Elisabeths Nachlaß sichten und für diese Biographie auswerten dürfen. Neben anderen bisher unbekanntem Quellen sind sie die Grundlage dieses wissenschaftlich dokumentierten Lebensbildes einer begabten und scharfsichtigen Frau, der erst mit den Maßstäben unserer Zeit Gerechtigkeit widerfahren kann.

Unterwegs nach Santiago

Auf den Spuren der Jakobspilger

Verfasser: P. Barret/J.-N. Gurgand, aus dem Französischen von A. Himmelsbach, 313 S., geb., DM 36,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Im Mittelalter waren die heute so berühmten Wallfahrtsorte Lourdes und Fatima noch völlig unbekannt. Damals wallte „man“ aus ganz Europa nach Spanien, und zwar ins galicische Santiago de Compostela, wo das Grab des Apostels Jakobus des Älteren Ziel der verehrenden Christenheit war. Beide Autoren haben in diesem Buch Augenzeugenberichte aus 700 Jahren über das Kommen und Gehen auf dem „Jakobspfad“ zusammengestellt und bewältigten sogar 1977 den Weg von Burgund bis Galicien auf Schusters Reppen; ihr Wallfahrts-Tagebuch ist dem Band beigegeben.

Wunderwelt der Käfer

Herausgeber: B. Klausnitzer, 212 S., 211 Fotos und dokumentarische Abb., sowie über 150 Strichzeichnungen, Leinen, DM 54,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Die Vielgestaltigkeit dieser Insektengruppe, ihr Farben- und Formenreichtum haben die Menschen von jeher fasziniert. Ausgehend vom Körperbau, den „Spitzenleistungen“ und dem Verhalten der Käfer, über die Stammesgeschichte und systematische Einteilung der Käfer, über ihre Ernährung, Vermehrung, ihren Nutzen und Schaden führt der Autor den Leser bis hin zum Käfer als künstlerischem Motiv in Malerei und Plastik, im Kunstgewerbe und im Kult der Völker. Zuletzt wird sogar von einem Denkmal für den Baumwollkapselkäfer in der Stadt Enterprise/Alabama berichtet.

Therapeutika

Lipanthyl® 250

Zusammensetzung: 1 Retardkapsel enthält 250 mg Fenofibrat.

Anwendungsgebiete: Zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen, die weder durch eine Änderung der Ernährung noch andere Verhaltensänderungen (z. B. körperliche Aktivität, Gewichtsabnahme, Einstellen des Rauchens) ausreichend beeinflusst werden können. Fettwechselstörungen, die durch Grundkrankheiten, wie Zuckerkrankheit, Gicht oder andere, bedingt sind und trotz konsequenter Behandlung dieser Grundkrankheit weiterhin bestehen.

Gegenanzeigen: Lipanthyl® 250 sollte nicht angewendet werden bei schweren Leber- und Gallenblasenerkrankungen mit und ohne Gallensteinleiden, eingeschränkter Nierenfunktion, Schwangerschaft und in der Stillzeit. Bei Kindern sollte die Indikation für eine Behandlung mit Lipanthyl® 250 besonders streng gestellt werden.

Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: Soweit nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene morgens 1 Retardkapsel zum Frühstück unzerkaut mit etwas Flüssigkeit.

Handelsformen: Packungen mit 30 (N2) und 100 (N3) Retardkapseln

Hersteller: Holphar, 6670 St. Ingbert

Slimin®

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 50 mg Triamteren, 25 mg Hydrochlorothiazid

Anwendungsgebiete: Zur Initial- und intermittierenden Therapie von krankhaften Flüssigkeitsansammlungen (Ödeme) in den Beinen, besonders vor und während einer Kompressionsbehandlung, z. B. bei Stauungsbeschwerden infolge chronischer Erkrankungen des Venensystems, insbesondere beim postthrombotischen Syndrom.

Gegenanzeigen: Slimin darf nicht verwendet werden bei Sulfonamidüberempfindlichkeit, Leberkoma, schweren Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin im Serum über 2,5 mg% entsprechend 220 µmol/l) und Kaliumüberschuß im Blut (Hyperkaliämie). — Während Schwangerschaft und Stillzeit sollte Slimin wegen der Triamteren-Komponente nicht eingesetzt werden.

Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Eigenschaften: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierungsanleitung, Art und Dauer der Anwendung: Soweit nicht anders verordnet, zu Beginn der Behandlung täglich 1 Tablette (mittags); falls der Arzt es für erforderlich hält, kann die Dosis auf 2 x 1 Tablette (morgens und mittags) erhöht werden. Die weitere Dosierung richtet sich nach dem Grad der Ödemausschwemmung. Zur Erhaltung der Wirkung genügt im allgemeinen 1 Tablette jeden zweiten Tag. Die Tabletten sollten nach dem Essen mit etwas Flüssigkeit unzerkaut eingenommen werden. Die Dauer der Behandlung sollte normalerweise 14 Tage nicht überschreiten. Bei späterem Wiederauftreten von Ödemen ist eine erneute Kurzzeitbehandlung mit Slimin zur Unterstützung der Basistherapie zweckmäßig.

Handelsformen: Originalpackung zu 20 Filmtabletten/N 1; Anstaltspackung

Hersteller: Zyme GmbH, 8000 München 70

H-Insulin Hoechst®

Depot-H-Insulin Hoechst®

Zusammensetzung:

Human-Insulin Hoechst ist hochgereinigt und pH-neutral. Im Verzögerungsinsulin dient kristallines Humaninsulin — in Isophanam Verhältnis an Protamin gebunden — als Verzögerungskomponente.

Human-Insulin Hoechst enthält 40 I. E. pro ml.

Pro 1 ml sind enthalten in *H-Insulin Hoechst*® 40 I. E. Humaninsulin (galöst) und 2,7 mg m-Cresol als Konservierungsmittel.

Depot-H-Insulin Hoechst®: 10 I. E. Humaninsulin (galöst); 30 I. E. Protamin-Humaninsulin (kristallin) in Isophanam Verhältnis mit 0,0989 mg Protaminsulfat, 0,017 mg Zinkchlorid (H₂O-frei) sowie 1,5 mg m-Cresol und 0,6 mg Phenol als Konservierungsmittel.

Indikationen:

H-Insulin Hoechst ist als Normal-(Alt)insulin wegen seiner schnellen und starken Wirkung als Notfallinsulin einzusetzen, d. h., es ist bei schweren Stoffwechsellagestörungen, wie Koma, Pankoma und Ketoazidose, indiziert oder bei Gefahr ihres Auftretens, z. B. bei schweren Infekten, Unfällen und Operationen. — Erst- oder Neueinstellungen vor dem Übergang auf ein Humaninsulin vom Verzögerungstyp (z. B. *Depot-H-Insulin Hoechst*) sowie eine besonders strenge Stoffwechselführung (z. B. während Schwangerschaft und Entbindung) können mit *H-Insulin Hoechst* vorgenommen werden. Durch Zumischung zu Humaninsulin vom Verzögerungstyp (z. B. *Depot-H-Insulin Hoechst*) kann dessen Wirkungseintritt beschleunigt werden. Dabei verkürzt sich der empfohlene Spritz-EB-Abstand des Verzögerungsinsulins. — Für alle z. Z. gebräuchlichen Kolbenpumpen ist *H-Insulin Hoechst* geeignet und kann subkutan, intramuskulär und intravenös appliziert werden. In Peristaltikpumpen darf *H-Insulin* nicht verwendet werden. *Depot-H-Insulin Hoechst* ist wegen seines raschen Wirkungseintritts und seiner mittellangen Wirkungsdauer geeignet für die Dauertherapie — von Erwachsenen diabetikern, die mit oralen Antidiabetika nicht oder nicht mehr zufriedenstellend behandelt werden können — von juvenilen Diabetikern, ferner zur Ersteinstellung und zur notwendigen Umstellung von anderen Insulinpräparaten, z. B. wegen allergischer Reaktionen, Insulinresistenz (antikörperbedingt), Lipodystrophie sowie unbefriedigender Stoffwechsellage.

Kontraindikationen:

Absolute Kontraindikationen für die Insulintherapie gibt es nicht; Insulin kann relativ kontraindiziert sein bei schwerer Insulinallergie vom Soforttyp und starker körperlicher Behinderung unter sehr ungünstigen sozialen Bedingungen.

Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Wirkungen und Hinweise: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung:

Individual entsprechend den speziellen Anforderungen des einzelnen Patienten. Normal-(Alt)insulin — *H-Insulin Hoechst*: Einzeldosen bei Erwachsenen im allgemeinen zwischen 8 und 24 I. E., im Kindesalter und bei ausgeprägter Insulinempfindlichkeit auch geringere Dosen. Bei herabgesetzter Insulinempfindlichkeit können höhere Dosen benötigt werden. Intermediärsinsulin — *Depot-H-Insulin Hoechst*: Die durchschnittliche Einzeldosis liegt meist unter 40-50 I. E. Höhere Dosen nur bei herabgesetzter Insulinempfindlichkeit. Intermediärsuline sind zur Kombibehandlung nicht geeignet.

Handelsformen:

Packung mit 1 Flasche zu 10 ml (= 400 I. E.); Packung mit 5 Flaschen zu 10 ml; Krankenhauspackung

Hersteller: Hoechst Aktiengesellschaft, 6230 Frankfurt 80

Levothym® Plus – Oxazepam

Zusammensetzung: 1 Kapsel Levothym enthält 100 mg L-5-Hydroxytryptophan. 1 Tablette Oxazepam enthält 10 mg Oxazepam (INN)

Anwendungsgebiete: Levothym dient dem natürlichen Ausgleich des Serotonin-Defizits, zum Beispiel bei endogener Depression mit vital depressiver Verstimmung, Involutionen-depression, Altersdepression, larvierter Depression, deren depressive Symptomatik durch körperliche Beschwerden (Magen-Darm-Störungen, Herzbeschwerden, Kopfschmerzen) maskiert wird, bei körperlich begründbarer Depression, Verstimmungszuständen; bei Schlafstörungen; bei psychischen Begleitwirkungen der L-Dopa-Behandlung und bei spezifischen neurologischen Erkrankungen.

Oxazepam dient der Behandlung von akuten und chronischen Angstneurosen mit folgender Leitsymptomatik: Angst, Spannungszustände, Erregung oder innere Unruhe. Oxazepam ist auch angezeigt bei behandlungsbedürftigen Schlafstörungen. – Nicht alle Schlafstörungen bedürfen der Anwendung von Schlafmitteln. Schlafstörungen sind häufig Folgeerscheinungen körperlicher oder seelischer Erkrankungen und können durch gezielte Behandlung der Grundkrankheit behoben werden.

Gegenanzeigen: Levothym soll nicht angewendet werden bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz. Tierversuche haben zwar keinerlei Hinweise auf fruchtschädigende Eigenschaften des Arzneimittels gegeben, vor der Anwendung von Levothym in der Schwangerschaft – besonders in den ersten drei Monaten – sollten jedoch der zu erwartende Therapienutzen und die möglichen Risiken einer Levothym-Behandlung sorgfältig abgewogen werden. Oxazepam soll nicht angewendet werden bei bestimmten Formen von Muskelschwäche (Myasthenia gravis) und bei akutem Engwinkelglaukom. Während der Frühschwangerschaft und Stillzeit darf Oxazepam nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt eingenommen werden. Kinder unter 14 Jahren dürfen Oxazepam nur auf ausdrückliche Anweisung des Arztes einnehmen. Oxazepam darf nicht eingenommen werden bei akuten Vergiftungen mit Alkohol, Schlafmitteln sowie bei Vergiftungen mit Präparaten zur Behandlung gelstig-seelischer Störungen (Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium).

Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Art und Dauer der Anwendung und Eigenschaften: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierungsanleitung:

Durch die individuelle Reaktionslage wird eine Anpassung der Dosis in den Einzelfall erforderlich. Darauf ist vor allem bei der Einleitung der Behandlung zu achten. Soweit vom Arzt nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene und Jugendliche über 14 Jahre morgens und abends jeweils 1 Kapsel Levothym und 1 Tablette Oxazepam ein. Dazu wird zweckmäßigerweise ein durch Perforation gekennzeichnetes Feld von Blisterstreifen abgetrennt: es enthält 1 Kapsel Levothym und 1 Tablette Oxazepam, also die richtige Dosis für den Morgen oder den Abend. Bei Kindern unter 14 Jahren wird die Dosis durch den Arzt festgesetzt. Für Patienten mit Niereninsuffizienz muß die Dosis individuell reduziert werden.

Handelsformen:

Originalpackung mit 10 Kapseln Levothym und 10 Tabletten Oxazepam (N1);

Originalpackung mit 20 Kapseln Levothym und 20 Tabletten Oxazepam (N2);

Originalpackung mit 50 Kapseln Levothym und 50 Tabletten Oxazepam (N3).

Hersteller: Karlspherme GmbH, 8011 Kirchheim

Gefäßlehre Taf. III.

Fig. II.

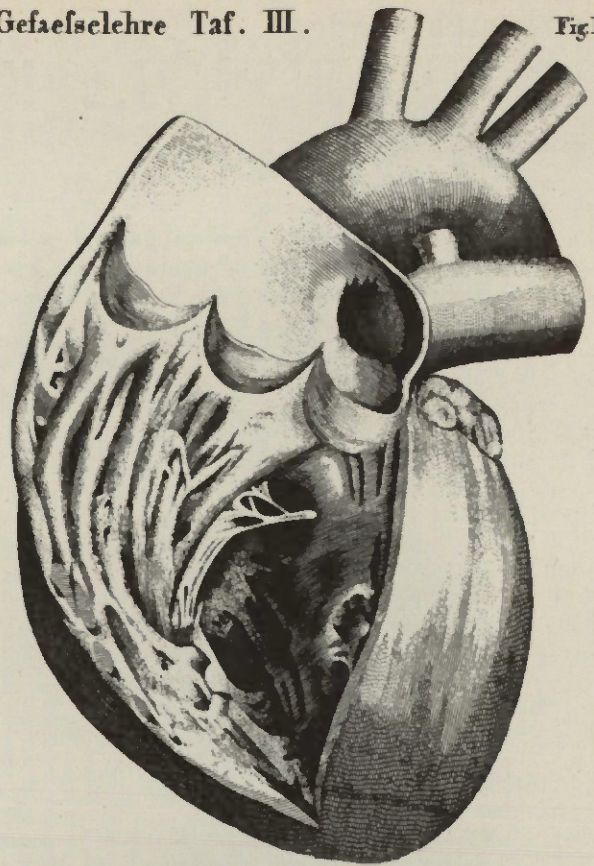


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1829.

KORODIN®

für Herz und Kreislauf



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

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



Handelsformen und Preise:

OP Tropfflasche mit 10 ml DM 4,70
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 11,55
Großpackung mit 100 ml DM 29,80

ROEUGEN GMÖH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

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.

Juli 1983

- 1.-3. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte. — Auskunft: Fräulein Bergmann, Medizinische Poliklinik der Universität, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen.
- 4.-7. **Lausanne:** 7. Kongreß der Europäischen Union für Kinderpsychiatrie. — Auskunft: Professor Dr. W. Bettchart, Pres. Serv. Medico-Pedagogique, Avenue de la Chablère 5, CH-1004 Lausanne.
6. **Erlangen:** Augenärztliche Fortbildungsveranstaltung. — Auskunft: Professor Dr. H. E. Vöfcker, Schwabeckenlage 6, 8520 Erlangen.
- 8.-12. **Düsseldorf:** IX. Europäischer Kongreß für Kardiologie. — Auskunft: IX. Europäischer Kongreß für Kardiologie 1984, COC Kongreßorganisation GmbH, Berliner Straße 175, 6050 Offenbach 4.
9. **Waldkirchen:** 15. Niederbayerisches Sportmedizinisches Seminar. — Auskunft: Dr. E. Rössler, Ringmauerstraße 3, 8392 Waldkirchen.
- 11.-16. **Wien:** 7. Weltkongreß für Psychiatrie. — Auskunft: Österreichische Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie, Währinger Gürtel 74-76, A-1090 Wien.
- 13.-31. **Spitzbergen:** 46. Kongreß-Schiffsreise. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Alter Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
- 18.-22. **Grünwald:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. H. Pebst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 21.-23. **München:** 60. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e. V. — Auskunft: Professor Dr. W. Ch. Hecker, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2.
- 25.-29. **München:** X. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie. — Auskunft: Professor Dr. G. Burg, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2.
25. 7.-5. 8. **Davos:** XIII. Internationaler Seminerkongreß für praktische Medizin der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
25. 7.-5. 8. **Montroux:** 10. Internationaler Seminerkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jahnstraße 12, 7000 Stuttgart 70.

August 1983

- 21.-27. **Kyoto:** 5. Internationaler Kongreß für Immunologie. — Auskunft: Professor Masao Hanaoka, Kyoto Int. Conf. Hall Tekare-ike, Sakyo-ku, Kyoto 606, Japan.
21. 8.-2. 9. **Grado:** XVII. Internationaler Seminerkongreß für praktische Medizin der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
27. 8.-2. 9. **Karlsruhe:** 35. Deutsche Therapiewoche und 35. Heilmittelausstellung. — Auskunft: Dr. P. Hoffmann, Keiserallee 30, 7500 Karlsruhe 21.
27. 8.-10. 9. **Pörschach:** Internationaler Seminkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten, Kongreßabteilung, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.
28. 8.-3. 9. **Wien:** 13. Weltkongreß für Chemotherapie. — Auskunft: Professor Dr. K. Karrer, Alserstraße 4, A-1090 Wien.
29. 8.-2. 9. **Hennover:** 6. Weltkongreß über Nierenerkrankungen im Kindesalter. — Auskunft: Professor Dr. J. Brodehl, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61.
29. 8.-9. 9. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Kurs A 2. — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Carl-Oefemann-Weg 4, 6350 Bad Nauheim.
29. 8.-9. 9. **Meran:** XXXI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer (Lahrgang für praktische Medizin). — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

September 1983

- 1.-3. **Budapest:** 10. Europäischer Kongreß für Klinische Gerontologie. — Auskunft: Interpress Export-Department, Tenacs krt. 11, H-1075 Budapest.
- 1.-3. **Lübeck:** Lübecker Notfallsymposium. — Auskunft: Professor Dr. P. C. Scriba, Ratzeburger Allee 160, 2400 Lübeck 1.
- 4.-10. **Brighton:** Tagung der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie. — Auskunft: Dr. H. E. Kufbertuz, Eur. Soc. of Cardiology, P. O. Box 23102, NL-3001 KC Rotterdam.
- 4.-17. **St. Moritz:** V. Internationaler sportärztlicher Fortbildungskongreß. — Auskunft: Dr. K. Weber, Klosterstraße 23, 4970 Bad Oeynhausen 1.
- 4.-17. **Velden:** Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin. — Auskunft: Dr. V. Herth, Hainstraße 9, 8800 Bamberg.
- 5.-10. **Bordeaux:** 5. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Radiologie. — Auskunft: Professor Broussin, Service de Radiologie-Tripode, Place Amélie Reba Leon, F-33076 Bordeaux Cedex.

- 7.-9. **Hannover:** 13. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen. — Auskunft: Professor Dr. A. Berger, Podbielskistraße 380, 3000 Hannover 51.
- 7.-10. **Freudenstadt:** 25. Kongreß der internationalen medizinischen Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke e.V. — Auskunft: Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e.V., Eichelbachstraße 61, 7290 Freudenstadt-Kniebis.
- 8.-9. **Schloß Nordkirchen/Münsterland:** 4. Fortbildungseminar der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. — Auskunft: Professor Dr. E. Nieschlag, Steinfurter Straße 107, 4400 Münster.
- 10.-16. **Spiekeroog:** 11. Spiekeroogar Woche für Homöopathie. — Auskunft: Dr. M. Tiedemann, Osterloher Landstraße 13, 3100 Celle.
- 10.-17. **Saenen-Gstaad:** XX. Europäischer Fortbildungskongreß des Europäum Medicum Collegium. — Auskunft: Professor Dr. K. D. Bock, Hufalandstraße 55, 4300 Essen.
- 10.-18. **Freudenstadt:** Kurs in Neuraltherapie nach Huneke. — Auskunft: Internationala medizinische Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke a.V., Eichelbachstraße 61, 7290 Freudenstadt-Kniebis.
- 10.-24. **Sant'Angelo/Ischia:** 16. Internationales Rheuma- und Vorsorge-Symposium. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassanarztverband, Alter Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
- 11.-17. **London:** 6. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Nuklearmedizin. — Auskunft: Institut für Nuklearmedizin, 2. Medizinische Universitätsklinik, Garnisonsgasse 13, A-1090 Wien.
- 12.-15. **München:** 79. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Dr. P. Schwaier, Kölner Platz 1, 8000 München 40.
- 12.-16. **Erlangen:** Fortbildungslahrgang des Bayerischen Sportärztfverbandes. — Auskunft: Dr. K. J. Heck, Gabbartsstraße 123, 8520 Erlangen.
- 15.-17. **Graz:** 15. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Internistische Intensivmedizin. — Auskunft: Univ.-Professor Dr. W. Klein, Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz.
- 16.-17. **Klagenfurt:** Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie. — Auskunft: Dr. H. L. Seewann, Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz.
- 16.-17. **München:** Wochenendsminar zur Weiterbildung in der abdominalen Sonographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 16.-18. **Bad Nauheim:** Einführungskurs in die genetische Beratung. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim.

Ein Laxans soll nur hier wirken

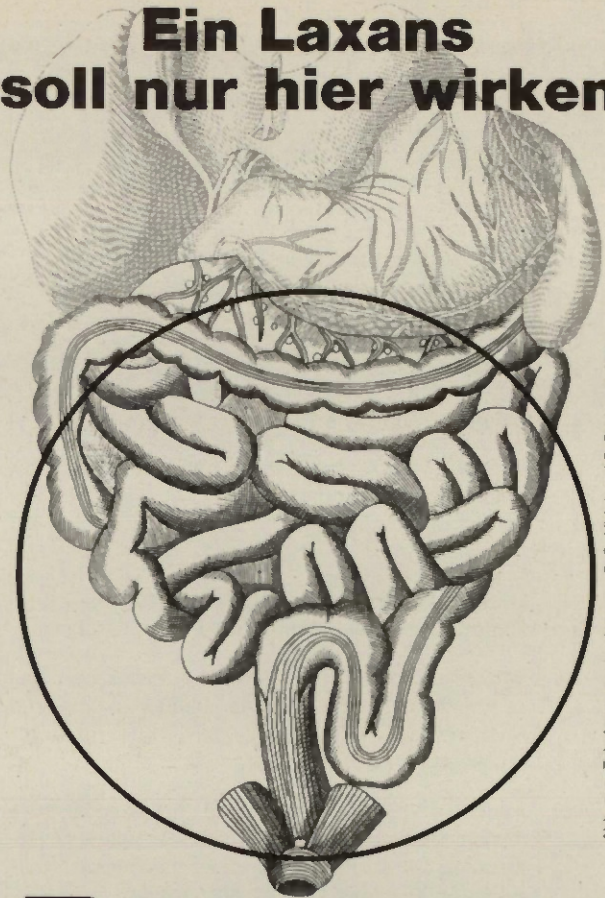


Abb. aus "Tabularum anatomicarum", B. S. Albini und B. Eustachii, 1761.

Rheogen®

Rein pflanzliches Abführmittel

tut es!

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlregulierung bzw. eine gründliche Darmentleerung erwünscht ist; bei langer Bettlägerigkeit, nach Operationen.

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

Rheogen eignet sich durch den Zusatz von Belladonna besonders bei spastischer Obstipation.

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei)

80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.

Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens, Kontraind. der Tropa-Alkaloide.

Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Oragees.



Handelsformen und Preise:

OP mit 30 Oragees OM 3,40

OP mit 75 Oragees OM 5,85

AP mit 250, 1000, 5000 Oragees

9 28827 D

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

- 17.-18. **Fellbach:** Sportreumatologisches Gespräch. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 18.-23. **Freudenstedt:** 40. Arbeitstagung der Psychotherapie-Seminare e.V. — Auskunft: Dr. I. Keeser, Postertstraße 12, 8000 München 80.
19. 9.-24. 10. **Berlin:** Strehlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 19.-24. **Klegenturt:** 31. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. — Auskunft: Sekretariat der SIMG, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 20.-24. **Essen:** 70. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. — Auskunft: Professor Dr. K. F. Schlegel, Hufelendstraße 55, 4300 Essen.
- 22.-24. **Münster:** Symposion für Intraokulare Linsen. — Auskunft: Dr. R. Grewe, Bogenstraße 3, 4400 Münster.
- 22.-24. **Selzburg:** Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin, Rheumatologie und Nuklearmedizin. — Auskunft: Univ.-Professor Dr. S. Seiler, Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz.
- 23.-25. **Augsburg:** XII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Bundesärztekammer, Kongreßbüro, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 23.-25. **Augsburg:** 72. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Augsburg, Frau Botzenhart, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
24. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit. — Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 24.-25. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung (Kurs C). — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 25.-28. **Erlangen:** 7. Dreiländertreffen der österreichischen, schweizerischen und deutschen Gesellschaften für Ultraschall in der Medizin. — Auskunft: Professor Dr. H. Lutz, Postfach 35 60, 8520 Erlangen.
28. **München:** Fortbildungsseminar „Notfall- und Katastrophenmedizin“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Scheitzenhemmer, Mühlbaustraße 16, 8000 München 80.
28. 9.-1. 10. **Heidelberg:** X. Internationaler Kongreß für Präventiv- und Sozialmedizin. — Auskunft: Privatdozent Dr. U. Laaser, Postfach 10 14 09, 6900 Heidelberg 1.
29. 9.-2. 10. **Freudenstedt:** XVIII. Wissenschaftliche Tagung und Mitgliederversammlung des Deutschen Ärztinnenbundes. — Auskunft: Dr. E. Baumgartner-Feldhaus, Ludwig-Finckh-Weg 25, 7250 Leonberg.
30. 9.-1. 10. **Bad Neuenahr:** 4. Fortbildungskongreß des Hartmannbundes und der Deutschen Krebshilfe. — Auskunft: Hartmannbund, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2.

- 1.-2. **Bernried:** 5. Höhenrieder Echokardlographie-Seminar. — Auskunft: Dr. A. Schinz, Klinik Höhenried, 8139 Bernried.
- 1.-2. **Hennef:** Sportärztlicher Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 1.-8. **Bad Abbach:** Rheumatologisches Fortbildungsseminar. — Auskunft: Sekretariat E. Wolff, Rheumezentrum, I. Medizinische Klinik, 8403 Bad Abbach.
- 3.-4. **Hannover:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. H. C. Kellfetz, Konstanty-Gutschow-Straße 9, 3000 Hannover 61.
- 3.-9. **Bad Nauheim:** 2. Bad Nauheimer Psychotherapiewoche. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
- 3.-14. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Kurs B 2. — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e.V., Carl-Oelemann-Weg 4, 6350 Bad Nauheim.
- 3.-28. **München:** C-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
5. **Burghausen:** Herbstfortbildungstagung des Kreiskrankenhauses Burghausen. — Auskunft: Sekretariat Privatdozent Dr. A. Dietz, Kreiskrankenhause, 8263 Burghausen.
- 6.-8. **Ulm:** Herbstkongreß der Deutschen Gesellschaft für Herz- und Kreislauforschung. — Auskunft: Privatdozent Dr. H. Sigel, Steinhövelstraße 9, 7900 Ulm.
- 6.-9. **Regensburg:** 71. Regensburger Fortbildungskongreß. — Auskunft: Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5, 8400 Regensburg.
- 6.-10. **Feldkirch:** 15. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie. — Auskunft: Dr. G. Weimann, Carinegasse 47, A-6807 Feldkirch-Tisis.
- 7.-8. **Berchtesgaden:** 1. Fortbildungstagung für Notfallmedizin der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte. — Auskunft: Privatdozent Dr. P. Selrin, Josel-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 8.-9. **München:** Sportärztliche Fortbildungsveranstaltung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 8.-9. **Wildbad:** 14. Wildbader Ärztetage. — Auskunft: Kurverwaltung, 7547 Wildbad.
- 10.-12. **Selzburg:** 16. Symposion der Gesellschaft für Nephrologie. — Auskunft: Sekretariat der Universitätsklinik für Innere Medizin, Frau Pangrazzi, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck.
- 10.-13. **Erlangen:** 30. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschalldiagnostik. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.

- 10.–21. **Isny-Neutrauchburg:** Kurs I für Manuelle Medizin zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin, Dr. Kerl-Sell-Ärztseminar, 7972 Isny-Neutrauchburg.
- 11.–15. **Homburg:** 22. Fortbildungsseminar des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. — Auskunft: Dr. H. Walther, Westliche 32, 7530 Pforzheim.
- 12.–13. **Salzburg:** 16. Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Nephrologie. — Auskunft: Professor Dr. E. Wetzels, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim.
- 13.–14. **Mannheim:** 57. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und Jahrestagung 1983 der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie. — Auskunft: Deutsche Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie, Theodor-Kutzer-Ufer, 6800 Mannheim.
- 13.–14. **Wien:** Fortbildungskongreß „Hepatology 1983“. — Auskunft: Felk-Foundafion e. V., Habsburger Straße 81, 7800 Freiburg.
- 13.–15. **Wien:** 4. Gemeinsame Jahrestagung der Angiologischen Gesellschaften der Bundesrepublik Deutschland, der Schweiz und Österreich. — Auskunft: Reisebüro INTROPA, Kärntner Straße 38, A-1010 Wien.
- 14.–15. **Erlangen:** 18. Erlanger Tagung für praktische Gastroenterologie. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Freu Schatt, Klinikstraße 12, 8520 Erlangen.
- 14.–15. **Innsbruck:** Gemeinsame Arbeitstagung der Europäischen Gesellschaft für Kardiovaskuläre Chirurgie, der Europäischen Vereinigung der Internationalen Gesellschaft für Kardiovaskuläre Chirurgie und der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie. — Auskunft: I. Chirurgische Universitätsklinik, Anichstraße 31/54, A-6020 Innsbruck.
- 14.–17. **Bad Hofgastein:** Internationaler Kongreß „Stress und Stressbewältigung“. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.
- 17.–22. **Bad Orb:** 11. Herbst-Seminar-Kongreß des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands e. V. — Auskunft: Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands e. V., Bergisch-Gladbacher Straße 735, 5000 Köln 80.
- 17.–22. **Freiburg/Bad Krozingen:** I. Weiterbildungskurs für Physikalische Medizin, Balneologie und Bioklimatologie. — Auskunft: Verband Deutscher Badeärzte e. V., Elisabethstraße 7, 4970 Bad Oeynhausen.
- 18.–21. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 20.–21. **Baden-Baden:** Jahreshauptversammlung 1983 des Hartmannbundes. — Auskunft: Hartmannbund, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2.
- 20.–22. **Frankfurt:** 2. Symposium der Sektion für klinische Geriatrie der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. — Auskunft: Dr. H. Werner, Gotensfreße 6-8, 6230 Frankfurt 80.
- 21.–22. **Gießen:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Plastische- und Wiederherstellungschirurgie. — Auskunft: Professor Dr. H. Reftig, Freiligrathstraße 2, 6300 Gießen.
- 21.–22. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs in die klinische Echokardiographie (UKG). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Freu Wanger, Mühlbaursfreße 16, 8000 München 80.
- 21.–23. **München:** EKG-Fortbildungstagung (Teil I). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Freu Wanger, Mühlbaursfreße 16, 8000 München 80.
24. 10.–18. 11. **Berlin:** Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang (Stoffpln I). — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorsfreße 84, 1000 Berlin 19.
- 24.–26. **Erlangen:** Kurs für Funktionsassistentinnen und medizinisch-technisches Personal. — Auskunft: Medizinische Poliklinik, Freu E. Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen.
- 24.–27. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 24.–28. **Venedig:** 35. Generalfversammlung des Weltärztebundes. — Auskunft: Bundesärztekammer — Auslandsdienst, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 24.–29. **Wien:** 37. Österreichischer Ärztekongreß — venswieten-Tagung. — Auskunft: Dr. K. Steltemor, Sekretariat van-Swiefen-Tagung, Weihburggasse 10-12, A-1011 Wien.

(Fortsetzung folgt)

„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: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaursstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47 - 1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 55 17 71, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke. Druck: Druckerei und Verlag Hena Zauner jr., Augsburg, Straße 9, 8060 Dachau.

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

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

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e. V.

IA-MED



Stadt Krankenhaus MEMMINGEN

ALLGÄU

Am Stadt Krankenhaus Memmingen (381 Planbetten – Krankenhaus der Versorgungsstufe II) mit Hauptabteilungen Chirurgie, Intern, Gynäkologie, Urologie, Pathologie und Anästhesie sowie den Belegabteilungen HNO, Augen und Orthopädie sind zum nächstmöglichen Dienstbeginn folgende Stellen zu besetzen:

1 Assistenzarzt für die Chirurgische Abteilung
(130 Betten)

1 Assistenzarzt für die Urologische Abteilung
(50 Betten)

Beide Abteilungen haben volle Weiterbildungsbefugigung.

Vergütung nach BAT. Sämtliche Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes. Daneben Bereitschaftsdienstvergütung, Unterrichtsvergütung etc.

Für die chirurgische Stelle wollen sich nur deutsche Ärzte bewerben, die bereits über eine 1-2jährige operative Tätigkeit verfügen.

Bewerbungen oder Rückfragen an:

Ärztlicher Direktor Dr. Parhofer, Chirurgie
Prof. Dr. Faul, Urologie
Stadt Krankenhaus Memmingen
Blamarcstraße 23, 8940 Memmingen, Telefon (08331) 603-1

oder an die Krankenhausverwaltung.

An der Kinderklinik Bad Reichenhall, (Träger: Katholische Jugendfürsorge der Erzdiözese München und Freising e.V.) sind ab sofort

zwei Assistenzarztstellen

zu besetzen. Schwerpunkt der Tätigkeit soll auf dem Gebiet der bronchopulmonalen Erkrankungen liegen. Anstellung und Vergütung erfolgt nach den AVR des Deutschen Caritasverbandes.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an **Herrn Chelarzt Priv. Doz. Dr. Joppich, Kinderklinik Bad Reichenhall Kurfürstenstraße 26, 8230 Bad Reichenhall.**

Deutscher Internist

sucht vor eigener Niederlassung, nach langjähriger in- und ausländischer Universitäts-Tätigkeit **Vertretung** in anerkannter Landpraxis, Juli bis September 1983.

Anfragen unter Chiffre 2064/196 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Kleinstadt Nähe Ulm sucht dringend einen Augenarzt (Niederlassung wird von KVB als **dringend** belürwortet).

Praxisräume in Zentrumslage

110 qm, 1. Obergeschoß stehen sofort für 5 Jahre kostenlos zur Verfügung. Nach 5 Jahren wird lediglich eine allgemein übliche Wohnungsvermietung erhoben. Ein- und Umbaukosten werden zu 1/3 übernommen bis zu einem Höchstbetrag von DM 45 000,-. Wohnräume können eventuell im selben Gebäude ca. 80-110 qm je nach Wunsch sehr preisgünstig zur Verfügung gestellt werden.

Anfragen unter Chiffre 2064/188 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Zentrum Bamberg (Am Rande der Fußgängerzone)

Praxis-Räume ab sofort zu vermieten.

Kontaktannahme Telefon (09 51) 2 53 97-96

Nach einem Auslandsaufenthalt suche ich eine Stelle als

Assistenzärztin für Pathologie

mit eventueller Aufstiegsmöglichkeit zur Oberärztin. Ich bin Deutsche, 37 Jahre alt, ledig, katholisch, mit 3 Jahren Berufserfahrung in Deutschland (darunter 15 Monate TU München) und ausgebildete Ärztin für Pathologie in Brasilien. Ich bevorzuge ein zur vollen Weiterbildung berechtigtes Institut, nach Möglichkeit in einer größeren Stadt.
Anfragen unter Chiffre 2064/195 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Aus Nechleß zu verkaufen

Steindorff-Mikroskop, 1 Kanal-EKG, Seca Laufgewichtswaage, Maßlatte für Wand, Brillenkasten, Lupenlampe, Instrumententisch.

Anfragen unter Chiffre 2064/183 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Für alteingeführte

Allgemeinpraxis

In Niederbayern wird Nachfolger gesucht. Besonders für Arzthepaar geeignet.

Anfragen unter Chiffre 2064/189 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Für internistische Praxis

In südbayerischer Großstadt Praxisnachfolger eventuell nach vorheriger mehrjähriger Assoziation gesucht (Röntgen-, Endoskopie-, Sonographiekennnisse erwünscht).

Anfragen unter Chiffre 2064/180 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Frauenarzt, Deutscher, 37 Jahre, versierter Gynäkologe – Geburtshelfer, seit 10 Jahren an großer Münchner Klinik (zur Zeit Oberarzt), sucht

Praxisübernahme

oder Assoziation in München oder südliche Umgebung.

Anfragen unter Chiffre 2064/179 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Fraundliche, zuverlässige

Arzthelferin

(22 Jahre, Abitur) zur Zeit ungekündigt bei Allgemeinarzt, sucht zum 1. 9 oder 1. 10. 1983 neue Stelle in München.

Anfragen unter Chiffre 2064/176 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Praxis- und Laboreinrichtungen

RO-Kelle, Ouader, Turnmatten, Polybinden zur druckstellenneutralen Gipspolsterung

Schaumgummi Thomas jun.

Aldegreverstraße 17, 8000 München 2, Telefon (089) 56 22 48

Erwin Heinse & Karl Ziller GmbH & Co. KG.

Labortechnik

Vollständige Praxiseinrichtungen, Ärzte- und Krankenhausbedarf, Chemikalien, Diagnostica, Röntgenbedarf.

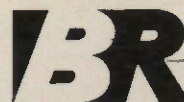
8700 Würzburg 1

Zweierweg 5, Postfach 5726, Telefon (09 31) 7 40 41, Telex 6-8 673

Haben Sie schon ...

den passenden Grundriß, den richtigen Ablauf, die detaillierten Pläne, den für Sie günstigsten Hersteller, ein preisgünstiges Angebot, den langjährigen Service?

Wir haben das alles – für Sie!



Beratungs- und Rationalisierungs GmbH für Arztpraxen

8400 Regensburg 1, Sedanstraße 5, Postfach 133, Telefon (09 41) 554 50

COMPUR Anrufbeantworter
Werkstattvertretung
zu günst. Abholpreisen
DEISS ELEKTRONIK
Oleesstr. 81, 8500 Nürnberg, Tel. 0911/68088

**Anzeigenschluß
für das Juli-Heft
ist der 9. Juni.**

Lagerung von Krankenblättern/Röntgen- unterlagen etc.

Zentral-Archiv München-Ottobrunn. Wir lagern Unterlagen von Ärzten aus der gesamten BRD.

Bitte fragen Sie an:
Registrator + Archiv-Gesellschaft
Otto-Hahn-Straße 15-17
8012 Ottobrunn
Telefon 089/6 09 50 28/29