



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

Juli 1984

Zur Kenntnis genommen:

Runde hundert Milliarden hat die gesetzliche Krankenversicherung im vergangenen Jahr für ihre Versicherten – Allgemeinversicherte und Rentner – und deren Familienangehörigen ausgegeben, davon nicht ganz ein Drittel für Krankenhausbehandlung. Es ist deshalb verständlich, daß die Forderung „nur soviel stationär wie nötig“ immer dringlicher erhoben wird. In Bayern sind die Ausgaben der Ortskrankenkassen für Krankenhausbehandlung 1983 um 5,42 Prozent je Mitglied gegenüber 1982 gestiegen. Es läßt sich jetzt noch nicht übersehen, wieviel davon auf die Anhebung der Pflegesätze entfällt oder auf vermehrte Krankenhauseinweisungen. Dieser Frage wird man nachgehen müssen, wenn die Rechnungsergebnisse aller Krankenkassen vorliegen.

Zwei Anmerkungen müssen aber schon jetzt gemacht werden: Eine Verminderung der Zahl der Krankenhauseinweisungen führt für sich allein noch nicht zu einer fühlbaren Senkung der Ausgaben. Leerstehende Betten kosten fast soviel wie belegte, jedenfalls so lange, wie ein kostendeckender Pauschalpflegesatz zu bezahlen ist. Allein die Personalkosten verschlingen bekanntlich etwa 75 Prozent der Pflegesätze. Einer verminderten Zahl von Krankenhaufällen muß also zwingend der Abbau zu vieler Krankenhausbetten folgen, wenn es billiger werden soll. Hier wird allerdings der Einwand gemacht, daß kürzere Verweildauer, schnellerer Patientenwechsel und Intensivierung der Arbeit am Patienten eher einen höheren Personalbedarf erfordere, eine Kostenminderung trotz Bettenabbaus also nicht erwartet werden könne. Das ist sicher ein ernst zu nehmender Einwand. Um so bedeutsamer wird es deshalb sein, die arbeitsintensive Diagnostik soweit wie möglich ambulant durchzuführen, und zwar nicht in einer Krankenhausambulanz, sondern in der freien Praxis. Schon allein diese Überlegungen zeigen, daß es falsch ist, vorschnell von einem Versagen des „Bayern-Vertrages“ zu sprechen. Auch ein Vergleich des pro-

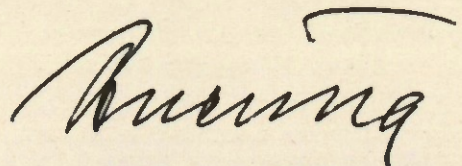
zentualen Kostenanstieges in Bayern mit Bundeszahlen kann zu fehlsamen Ergebnissen führen. Wir liegen nämlich in Bayern in absoluten Zahlen auch mit den Krankenhauspflegesätzen ausgesprochen günstig im unteren Bereich der Kostenskala. Das ist natürlich kein Grund, in unserem Sparwillen nachzulassen, aber immerhin erfreulich.

Die Frage nach der richtigen Form der Krankenhausfinanzierung ist inzwischen ein hochpolitisches Thema geworden. Die Freude am Krankenhausfinanzierungsgesetz hat erheblich nachgelassen. Man erinnert sich daran, daß vor zehn Jahren die Länder gerne Kompetenzen an den Bund abgetreten haben, weil ihnen große Bundeszuschüsse für den Krankenhausbau versprochen worden sind. Nachdem diese Bundesquelle weitgehend versiegt ist, will man nun als ersten Schritt die Bund-Länder-Mischfinanzierung aufgeben. Ob das auch zu einer Neuverteilung der Kompetenzen führen wird, bleibt abzuwarten. Wenn der Bund sich aus der Beteiligung an den Investitionskosten zurückzieht, müßte es eigentlich selbstverständlich sein, daß auch die Zuständigkeit der Länder wieder voll hergestellt wird. Vom dualen Finanzierungssystem abzugehen und den Krankenkassen auch die Investitionskosten aufzubürden, wird nicht ernsthaft erwogen und kann wohl der gesetzlichen Krankenversicherung auch nicht zugemutet werden. Ein Kostenschub wäre die Folge, negative Auswirkungen auf den ambulanten Kostenbereich müßten befürchtet werden. Den voll pauschalierten Pflegesatz durch ein anderes System zu ersetzen, wird immer dringender gefordert, ohne daß bisher ein anderes überzeugendes Modell vorgestellt werden konnte. Man diskutiert die Herausnahme von Leistungskomplexen und deren Bezahlung unabhängig vom Pflegesatz. Dazu gibt es auch bereits einen Entwurf zur „Krankenhausgebührenordnung“. Man sollte besser von einer „Krankenhauskostenordnung“ sprechen. Der Entwurf ist nicht uninteressant. Es zeigt sich nämlich, wie teuer manche Leistungen

werden können, wenn sie – statt in der freien Praxis – im Krankenhaus erbracht werden. Das hat – nebenbei bemerkt – überhaupt nichts mit ärztlichen Honoraren zu tun! Die Arztkosten sind lediglich mit Gehaltsanteilen enthalten. Auch ein amerikanisches Modell ist im Gespräch: Das Krankenhaus bekommt zum Beispiel für die Operation der Gallenblase einen Pauschalbetrag. Wird der Patient rasch entlassen, ergibt sich ein Gewinn, dauert es länger, bleibt das Krankenhaus auf dem Verlust sitzen. Die Risiken dieses Systems sind nicht zu übersehen. Der privatversicherte Selbstzahler wäre einer der ersten Leidtragenden, jedenfalls solange die private Krankenversicherung ihre Tarife nicht auf dieses System umgestellt hätte. Aber gleich, welches Finanzierungssystem man letztlich erprobt, am Bettenabbau führt kein Weg vorbei, wenn auch die Krankenträger nur sehr ungern an diese Aufgabe herangehen. Leider sind auch in Bayern in den letzten Jahren eine Reihe von überdimensionierten Krankenhäusern entstanden, die bei rationeller Krankenhausbehandlung heute nicht mehr ausgelastet werden können. Die Planung dieser Krankenhäuser stammt aus einer Zeit, in der man noch mit anderen Bedarfszahlen gerechnet und die Bevölkerungsentwicklung anders prognostiziert hat. Dies wird noch deutlicher werden, wenn es in naher Zukunft gelingen sollte, das Problem der Pflegefälle zu lösen. Dafür eine gute und finanziell tragbare Regelung zu finden, ist ein schwieriges Unterfangen. Die Holländer haben uns das vorexerziert. Dort wurde vor etlichen Jahren eine recht umfassende Regelung zur Versorgung von Pflegefällen eingeführt, deren Kosten – durch Steuergelder gedeckt – inzwischen geradezu erschreckend angestiegen sind. Ein solches Experiment sollte uns in der Bundesrepublik erspart bleiben. Die Einbeziehung eines dosierten Pflegefallrisikos in die gesetzliche Krankenversicherung dürfte sich wohl als der sinnvollste Weg erweisen. Der pflegebedürftige Mensch ist ja nach der RVO ein „ambulanter“ Patient und fällt damit in die kassenärztliche Versorgung. Dies gilt auch dann, wenn der Patient in einem Pflegeheim untergebracht ist. Es liegen aber zwangsläufig immer noch sehr viele pflegebedürftige Patienten in den teuren Betten der Akutkrankenhäuser, weil es an Unterbringungsmöglich-

keiten in Altenheimen mit Pflegemöglichkeit fehlt. So manches Krankenhaus, dessen Weiterführung trotz Unterbelegung hartnäckig verteidigt wird, wäre sicher gut geeignet, in ein solches Heim mit Pflegemöglichkeit umgewandelt zu werden. Billig wird dies auch nicht, weil der Personalbedarf an Versorgungs- und Pflegekräften in solchen Einrichtungen recht hoch ist. Eine solche Neuregelung darf also nicht dazu führen, daß pflegebedürftige Familienangehörige allzu schnell „abgeschoben“ werden. Man muß die häusliche Pflege fördern, wobei neben finanziellen Anreizen vor allem dem Ausbau der Sozialstationen besondere Bedeutung zukommt. Wenn man sich endlich darauf einigen könnte, die Sozialstationen mit den sogenannten „Psycho-sozialen“ oder zu Unrecht „Sozial-psychiatrisch“ bezeichneten Diensten zu vereinen, dann hätten wir optimale Voraussetzungen für die Versorgung alter Menschen.

Noch eine Randnotiz zur Krankenhausbedarfsplanung: Sozialministerium und Krankenhausplanungsausschuß müssen sich energisch und konsequent dagegen wehren, daß Häuser, die in der Zeit der „Kur-Euphorie“ gebaut wurden und jetzt mangels Bedarfs leer stehen, als „Akutkrankenhäuser“ in den Krankenhausbedarfsplan hineingemogelt werden sollen, um auf diese Weise mit Steuermitteln die bevorstehende Pleite zu verhindern. Krankenhausplanung, Ermittlung des Bettenbedarfs, sinnvolle Gestaltung der Krankenhauspflugesätze und eine finanziell sowohl ausreichende als auch tragbare Regelung des Pflegefallrisikos sind also eng verzahnt. Es wird nicht leicht sein, aber wir müssen eine gute Lösung finden. Das verlangt unsere Verantwortung vor den Mitbürgern, die wir zu versorgen haben, aber nicht minder auch vor denen, die durch ihre Beiträge die finanziellen Mittel dafür aufbringen müssen.



Professor Dr. Sewering

MOBILAT® Salbe/Gel Zusammensetzung: Extract suprarenale 1,0 g · Mucopolysaccharidpolyacrylfeststoffemulsiere 0,2 g · Salicylsäure 2,0 g · Emulsionsalben- bzw. Gelgrundlage ad 100,0 g. **Anwendungsgebiete:** Speziell für Mobilat Gel: Verstauchungen, Prellungen, Zerrungen, Reizgüsse, Bewegungsschmerzen. **Speziell für Mobilat Salbe:** Im Anfangsstadium und zur Zusatz- bzw. Intervallbehandlung bei entzündlichen Gelenkerkrankungen und Arthrosen, Sehnencheidenentzündungen, Schulter, Armsyndrom, Periarthropathia humerocapularis, Tenniselbow, Meniskusläsion, Muskeltraumatismus. **Gegenanzeigen:** Bei Windpocken, Impfraktionen, Pilz- und bakteriellen Hautinfektionen, speziellen Hautreaktionen (z. B. Tbc, Leish) im Anwendungsbereich ist Mobilat nicht angezeigt. Dies gilt auch für die Anwendung auf großen Hautflächen über einen längeren Zeitraum in der Schwangerschaft, bei Säuglingen und Kleinkindern, sowie bei Patienten mit vorgeschädigter Niere. Mobilat Gel soll nicht mit den Schleimhäuten, den Augen, offenen Wunden oder ekzematös gereizter Haut in Berührung kommen. **Packungsgrößen, Preise (inkl. MwSt.):** Mobilat Salbe 50 g DM 11,10 – 100 g DM 19,25 und Klinikpackungen.

LUITPOLD-WERK MÜNCHEN

*beschwerdefrei
beweglich*



Mobilat®

das perkutane Antiphlogistikum
Antitraumatikum



kostengünstig · hervorragend verträglich, auch unter Verbänden

Hypertonie
Ödeme

NEU
von
Sanorania

Die Kalium-
und
Kostensparer

K +

Die sinnvolle
Kombination

**Spiro-50-D-
Tablinen**

20 Tabl.	50 Tabl.
24.—	48.95

**Spiro-100-D-
Tablinen**

20 Tabl.	50 Tabl.
47.—	99.—

Preiswerte Qualität
muß verordnet werden!
Schreiben Sie »Tablinen«
deshalb immer aus.

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 50 bzw. 100 mg Spironolacton, 20 mg Furosemid. Indikationen: Sekundärer Hyperaldosteronismus, bei Ödemen und Azidie infolge von chronischen Lebererkrankungen, Ödemen infolge chronischer Herzinsuffizienz, Ödemen beim nephrotischen Syndrom, Hypertonie, auch in Kombination mit anderen blutdrucksenkenden Arzneimitteln. Kontraindikationen: Schwere Nierenfunktionsstörungen, Nierenfunktionsstörungen bei Vergiftungen, Coma hepaticum, Schwangerschaft, Hyperkaliämie, Hyponatriämie, Hypotonie. Mögliche Nebenwirkungen: Hyperkaliämie bei Langzeittherapie, Gynäkomastie, Impotenz, Stimmveränderungen bei Mann und Frau, Amenorrhoe, Hirsutismus, Brustspannungen, gastrointestinale Störungen, Hautreaktionen. Dosierung: Anfängs 3X1 Tablette, später 1X1 Tablette, bzw. individuell.

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Ausweichmittel und Ersatzstoffe Süchtiger — derzeitige Entwicklungen*

von Wolfram K e u p

Als Suchtmittelersatz kommt eine Fülle von Stoffen in Frage, je nach der mißbrauchten Hauptsubstanz, aber auch je nach der pharmakologischen Wirkung, der Verfügbarkeit usw., der Ersatzsubstanzen. Im Suchtsprachgebrauch hat es sich eingebürgert, zwischen „Ausweichmitteln“ und „Ersatzstoffen“ zu unterscheiden:

Ausweichmittel werden zur Überbrückung einer „Versorgungslücke“ mit dem eigentlichen Suchtstoff eingesetzt; zwar vermögen sie in der Regel nicht die Entzugssymptome völlig zu neutralisieren, haben oft nicht einmal Kreuztoleranz mit dem eigentlichen Suchtmittel, erleichtern aber dennoch in gewisser Weise die Entzugssymptomatik. Sobald der eigentliche Suchtstoff wieder zur Verfügung steht, wird das Ausweichmittel zu seinen Gunsten wieder verlassen. *Ersatzstoffe* dagegen können voll für das eigentliche Suchtmittel eintreten, sie mögen sogar aus irgendeinem Grunde, wie länger anhaltende Euphorie, Sterilität usw., beliebter als der eigentliche Suchtstoff sein, so daß ein voller Ersatz oder sogar ein Umschalten auf Dauer erfolgen kann.

Alkoholranke benutzen seit vielen Jahren als Ausweichmittel Clome-thiazol (Distraneurin). Es besitzt teilweise Kreuztoleranz dem Alkohol gegenüber, hat ein bedeutendes eigenes Suchtpotential und kann, allein genommen, wie Alkohol selbst zum Delirium tremens führen. Distraneurin ist noch immer das bevorzugte Therapiemittel beim alkoholbedingten Delirium tremens. Ist ein Alkoholkranker aber Distraneurin-abhängig, so ist wegen der eingetretenen Distraneurintoleranz die Therapie nicht nur schwieriger, sondern durch die nun notwendigen höheren Dosen steigt auch das Risiko. Prinzipiell und nur von seltenen Ausnahmen abgesehen, sollte Distraneurin nicht ambulant verschrieben werden — dazu ist sein Mißbrauchspotential zu hoch. Dies gilt übrigens auch für die Benutzung als Schlafmit-

tel bei gerontopsychiatrischen Patienten.

Andere von Alkoholkranken bevorzugte Medikamente sind sowohl die Sedativa/Hypnotika als besonders auch die Tranquilizer/Anxiolytika der Benzodiazepinreihe, mit Lexotanil, Tavor, Adumbran, Librium und seinem Mischpräparat Limbatriil, Valium und vielen, zu vielen anderen.

Unerwartet ist, daß Alkoholranke oftmals auch Stimulantien mißbrauchen. Erinnerung sei hier an den übermäßigen Kaffeegenuß, besonders während der Entgiftung, Alkoholkranker, aber auch an den Mißbrauch von Ephedrin, Norpseudoephedrin, Fenetylilin (Captagon) und vielen anderen Psychostimulantien und Anorektika.

Medikamentenabhängige suchen als Ersatzstoffe solche Mittel, die ihrem Grundmißbrauchsstoff gleichwirksam oder doch ähnlich wirksam sind, zuweilen aber auch solche Mittel, die die Wirkung des eigentlichen Suchtmittels kompensieren können. So nehmen Abhängige von Sedativa/Hypnotika morgens Stimulantien, um zur Arbeit einsatzbereit zu sein, und umgekehrt nehmen Stimulantienmißbraucher abends Sedativa, um schlafen zu können. Beides kann zur Mehrfachabhängigkeit, der Polytoxikomanie führen. Die Variabilität der Ausweich- und Ersatzmittel ist so groß wie das Sortiment der abhängigkeitserzeugenden Medikamente selbst. Die Ausweichstoffe zu entdecken, bedarf großer Kenntnis und großen Geschicks im Umgang mit dem Suchtkranken.

Drogenabhängige sollen uns hier vorrangig beschäftigen. Heroinabhängige sind vorsichtig und konservativ in ihren Konsumgewohnheiten. In der Regel bleiben sie bei ihrem Suchtstoff. Wenn es nicht gelingt, eine „steady-state dependence“ einzustellen, muß bei Nachlassen der

*) Vortrag, Modellseminar der Regierung der Oberpfalz zum Thema „Abhängigkeit und Süchte“ in Lambach/Bayerischer Wald

Wirkung die Dosis gesteigert werden, erneut gefolgt von Toleranzausbildung und weiterer Steigerung. Außerhalb der „low-dose-dependence“ steigen mit der Dosis auch die Schwierigkeiten der Beschaffung des Suchtstoffes, der nötige Geldaufwand und zugleich die Gefahren aus der Toxizität des Suchtstoffes, besonders bei Konzentrationsschwankungen des Szene-Heroin bei Nachschubschwierigkeiten im Angebot. Daher versuchen viele Heroinabhängige periodisch einen Selbstentzug, um die Dosis zu senken.

Entstehungsmöglichkeiten des Bedürfnisses für Drogenersatz sind aber vielfältiger als im oben beschriebenen Fall. Andere gängige Mechanismen sind:

Es kann eine „Versorgungslücke“ durch akuten Geldmangel beim Abhängigen oder durch Stoffmangel in der Szene bei wirksamer Angebotsbekämpfung vorliegen. Eine körperliche Erkrankung des Abhängigen, die ihm die Stoffbeschaffung unmöglich macht (und zu der übrigens ein Arzt aus Furcht vor Entdeckung der Sucht oft nicht zugezogen wird), kann ebenfalls eine Versorgungslücke erzeugen.

Bewährungsaufgaben schließen Freiheit vom Suchtstoff ein. Es wird daher ein Ausweichen auf legale Ersatzstoffe, womöglich auf Verschreibung durch einen Arzt, versucht.

Selbstentzugsversuche, bilanzhaft oder auch durch verödete Venen usw. ausgelöst, sind ein weiterer Anlaß, zur Dämpfung der Entzugssymptome Ausweichstoffe heranzuziehen. Zuweilen ist es der Wunsch, sich vor einer stationären Behandlung „herunterzudosieren“, um die spätere Entzugssymptomatik in der Klinik zu dämpfen.

„Überbrückungshilfe“ nennt man auch den Einsatz eines Ersatz- oder Ausweichmittels bis zum Beginn einer stationären Therapie. Diese Hilfe wird oft auch vom Arzt verlangt, wobei diesem suggeriert wird, sterile Substanzen aus der Apotheke seien unreinem Szene-Stoff vorzuziehen, und dies sei eine ärztliche Aufgabe. Der Arzt darf aber nicht zum Handlanger der Sucht werden — die richtige Antwort ist das Angebot der sofortigen Einweisung, die eine Überbrückungshilfe unnötig werden läßt.

Potenzierung der Suchtstoffwirkung, und damit Verbilligung des Konsums, ist nur relativ selten Anlaß dazu, Ausweichmittel zu mißbrauchen.

Analoge Verhältnisse finden sich auch bei Konsumenten anderer Suchtstoffe, von Medikamenten wie von Alkohol.

Charakteristika der Opiatersatzmittel

Substanzen, die als Ausweichmittel, und unter höheren Anforderungen als Ersatzstoffe in Frage kommen, müssen vom Blickpunkt des Abhängigen folgenden Kriterien genügen:

— Sie müssen in ihrer Wirkung analog oder doch sehr ähnlich dem eigentlichen Suchtmittel sein, d. h., sie müssen das Wirkprofil der Opiate bzw. Opioide aufweisen. Dies ist nicht so selbstverständlich, denn es werden z. B. von Heroinabhängigen auch Barbiturate, Alkohol, Tranquilizer usw. zur Deckung der Entzugssymptome mißbraucht. Dies bleibt notgedrungen, wegen fehlender Kreuztoleranz, ein dilettantischer Versuch. Die ausbleibende volle Wirkung treibt zur höheren Dosierung an, mit folgender Toxizität des Ausweichmittels. Die Mischbilder von schwerem Opiatentzug und Ausweichmittelvergiftung sind in der Regel intensivstationspflichtig.

— Das Ersatzmittel soll eine Stabilität in der Dosierung sichern, also möglichst in deklarierter medizinischer Dosierung vorliegen und, wenn möglich, außerdem steril sein, um die Gefahren der intravenösen Applikation herabzusetzen.

— Es soll verfügbar und möglichst ohne Rechtsgefährdung erreichbar sein; es soll also möglichst nicht unter der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung stehen, und möglichst als Ampulle, nicht nur als Tablette, erreichbar sein.

— Die ideale Substanz für den Heroinersatz ist ein Opiat oder ein Opioid, das potent, in wässriger Lösung injizierbar ist, und eine volle Ersatzwirkung des Opiates sichert, und das nicht unter der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung steht und daher über Ärzte und Apotheker leicht beschaffbar ist. Wir haben kürzlich ein solches Mittel, Temgesic, sich in der Szene rasant ausbreiten sehen.

Ersatzmittel für Heroinabhängige unter den Medikamenten

Tilidin, das alte Valoron, war bis zum April 1978 das Hauptersatzmittel der Heroin-Fixer. Um Tilidin unter einfacher Verschreibung durch den Arzt bei der Behandlung von Schmerzpatienten zu erhalten, es aber dennoch der Szene in der Versorgungslücke zu entziehen, haben wir damals in Zusammenarbeit mit dem Hersteller Tilidin Naloxon in geeigneter Dosis beigemischt. Wird das Gemisch, das neue Valoron N, in der Heroin-Versorgungslücke eingenommen, so verdrängt Naloxon das Opiat von den Morphinrezeptoren, entfaltet dort selbst aber keine morphinagonistische, sondern eine antagonistische Wirkung und verstärkt so das Entzugssyndrom. Tilidin selbst kommt dabei nicht lindernd zum Zuge. Die Folge dieser Neuformulierung war, daß der Tilidinmißbrauch in der Szene in wenigen Monaten verschwand, nachdem eine Reihe von Abhängigen diesen Mechanismus, meist in Unkenntnis, ausprobiert hatten. Seitdem ist die Zahl der Mißbrauchsfälle klein geblieben, das Prinzip bewährt sich. Nicht betroffen davon freilich sind Medikamentenabhängige, die weder Morphin noch ein anderes Opiat benutzen und daher keine Naloxonempfindlichkeit besitzen.

Nach dem Unbrauchbarwerden von Tilidin nahm der Mißbrauch anderer Substanzen zu, darunter das unter der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung stehende L-Methadon (Polamidon). Es kam zur Verurteilung von Ärzten, die Polamidon gegen seine zulässige Indikation als Ersatzmittel bei Drogenabhängigen einsetzten, mit Geldstrafen bis zu DM 50 000,—. Die Barbiturate erlebten, wie bisher fast immer nach Neuregelungen, eine Renaissance, besonders aber auch Methaqualon-haltige Präparate (Mandrax usw.), bis dieses im Sommer 1982 unter die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung gestellt wurde. Auch Distra neurin übrigens tauchte in der Drogenszene auf.

Pentazocin (Fortral) ist wegen seiner Natur als teilweiser Agonist/Antagonist anfänglich für suchtfrei gehalten worden, schon 1968 aber tauchten die ersten Suchtfälle auf. Es ist als Ersatzmittel besonders wirksam, wenn es intramuskulär injiziert wird, weniger und mit größeren individuel-

len Unterschieden bei intrevenöser Applikation. Dies hat bewirkt, daß Fortral in der Drogenszene sich nur langsam ausbreitete. Kombination mit anderen Medikamenten (sogenannte „T's and Blues“ in den USA) führte auch zu erstem orelen Mißbrauch. Außerhalb der Gruppe der Drogenabhängigen entwickelte sich ein Fortral-Medikamentenmißbrauch, insbesondere durch Medizinalpersonen (49,1 Prozent aller Mißbraucher). Eine Analyse von 256 Fällen, die wir 1982 unternommen haben, zeigt einen steigenden Mißbrauch unter Drogenabhängigen und eine hohe Abhängigkeitsquote von 79,4 Prozent (Häufigkeit der Abhängigkeit unter eilen Mißbrauchern). Durch Naloxonbelmischung würde der Medikamentenmißbrauchsanteil nicht erfaßt werden, so daß eine solche Maßnahme bei Pentazocin nur bedingt tauglich sein würde.

Buprenorphin (Temgesic) gehört chemisch zur agonistisch/antagonistischen Thebain-Oripavinreihe. Es wurde zunächst in Großbritannien unter „überwachter Zulassung“ auf seine Sicherheit geprüft und, als in einem Jahr keine wesentlichen Nebenerscheinungen und keine Suchtfälle aufgetreten waren, dort endgültig zugelassen und im Ausdient verbreitet. 1982 traten die ersten Mißbrauchsfälle in der Bundesrepublik auf, etwa gleichzeitig auch in Neuseeland und etwas später in Westaustralien und Norditalien.

In der Bundesrepublik begann der Mißbrauch in München, kurz darauf auch in Heidelberg. Er hat sich inzwischen auf die ganze Bundesrepublik ausgebreitet. Wir verfügen derzeit über insgesamt 133 wohldokumentierte Fälle, von denen etwa ein Drittel im Norden, zwei Drittel im Süden der Bundesrepublik zur Untersuchung kamen. Ärzte hatten anfänglich, unter der Vorstellung eines suchtfreien Analgetikums, das Mittel an Suchtkranke bei Schmerzzuständen – oder vorgetäuschten Schmerzzuständen – verschrieben, die Suchtkranken hatten die opiatartige Wirkung entdeckt und sich zunehmend das Mittel über Ärzte und Apotheken, später durch Rezeptfälschungen usw. beschafft. Die durchschnittliche Tagesdosis liegt bei bestehender Abhängigkeit bei 7,1 Ampullen, wir kennen aber einen Medikamentenabhängigen mit einem Konsum von 26 Ampullen pro Tag und einen Drogenabhängigen mit 30 Ampullen pro Tag. Die relative Beliebtheit im Vergleich zu Heroin können wir derzeit bei 19 Patienten beurteilen. Mit der Einschränkung des kleinen Kollektivs war bei rund zwei Drittel der Fälle Heroin beliebter als Buprenorphin, bei rund einem Drittel war Buprenorphin gleichwertig oder beliebter als Heroin. Eine Ampulle Temgesic wurde im Englischen Garten mit bis zu DM 40,- gehandelt (Beer). Delinquenz aller Grade zur Beschaffung von Buprenorphin, einschließlich von Gewaltanwendung,

zeigten, daß es sich beim Buprenorphin um einen vollgültigen Ersatzstoff handelt.

Dementsprechend wird, die Zustimmung des Bundesrates vorausgesetzt, Fortral und Temgesic, wenigstens in Form seiner Ampullen, voraussichtlich im Juli 1984 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung unterstellt werden. Die WHO hatte schon im Februar 1984 Pentazocin einer besseren Kontrolle (Schedule IV) unterstellt.

Eine neue Situation

Die Unterstellung von Pentazocin und Buprenorphin unter die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung wird die Mißbrauchsszene insbesondere auf zwei Ebenen in naher Zukunft in Bewegung setzen:

1. Die Medikamentenmißbraucher von Fortral haben eine Chance, sich behandeln zu lassen oder müssen nach einem Ersatzmittel suchen.
2. Die Mißbraucher von Temgesic, hauptsächlich in der Drogenszene, werden voraussichtlich zunächst die üblichen Ausweichmittel, Sedativa/Hypnotika, Tranquillizer/Anxiolytika, aber auch den Alkohol einsetzen, um die akuten Versorgungsschwierigkeiten zu überbrücken. Danach wird die Suche nach tauglichen Ersatzmitteln einsetzen.

briserin®

wirksam • verträglich • wirtschaftlich



Sandoz AG Nürnberg

Briserin® ohne O Zusammensetzung: 1 Dragée Briserin enthält: 0,58 mg Dihydroergocristinmethansulfonat, 5,0 mg Clepamid, 0,1 mg Reserpin. **A Anwendungsgebiete:** Briserin bei allen Formen der Hypertonie. **Dosierung:** Grundsätzlich wird die Therapie mit 1 Dragée täglich begonnen und nur erforderlichenfalls auf 2 oder maximal 3 Dragées erhöht. In den meisten Fällen genügt jedoch 1 Dragée täglich. Für Patienten, die weniger als 1 Dragée Briserin pro Tag benötigen, ist zweckmäßigerweise Briserin mite empfehlenswert.

Briserin® mite O Zusammensetzung: 1 Dragée Briserin mite enthält: 0,4 mg Dihydroergocristinmethansulfonat, 2,5 mg Clopamid, 0,05 mg Reserpin. **A Anwendungsgebiete:** Briserin mite bei leichteren Formen der Hypertonie und Altershochdruck. **Dosierung:** Auch hier wird die Therapie mit 1 Dragée täglich begonnen und gegebenenfalls auf 2–3 Dragées täglich erhöht. Werden höhere Dosen benötigt, ist der Übergang auf Briserin angezeigt.

Gegenanzeigen: Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, Niereninsuffizienz mit Anurie, frischer Herzinfarkt und Depression in der Vorgeschichte; ferner therapieresistente Hypokaliämie. Bei Patienten mit schwerer Koronarinsuffizienz und schwerer Zerebralklerose kommt es ganz besonders darauf an, den Blutdruck nur allmählich zu senken und die Reaktion des Patienten sorgfältig zu überwachen; deshalb ist hier die Dosierung sehr langsam aufzubauen. **Nebenwirkungen:** Aufgrund des geringen Reserpingehaltes sind Nebenerscheinungen wie depressive Verstimmungen und „verstopfte Nase“ sehr selten. Bei höheren Dosen kann es gelegentlich zu orthostatischen Störungen kommen. Vereinzelt kann Magenunverträglichkeit (Übelkeit, Brechreiz) auftreten. Bei Anwendung von Briserin und Briserin mite gegen Ende der Schwangerschaft und während der Stillzeit kann es unter Umständen zu einer Schwellung der Nasenschleimhaut des Neugeborenen und damit zur Behinderung der Atmung kommen.

Weitere Angaben zu Briserin® und Briserin® mite:

Eigenschaften: Briserin vereint aufgrund seiner Komposition zentrale Blutdrucksenkung mit Adrenosympathikolyse und Natriurase. Durch dieses mehrdimensionale Wirkungsprinzip kommt es zu einer schonenden und dauerhaften Blutdrucksenkung. Gleichzeitig bessert Briserin nachhaltig die typischen Hochdruckbeschwerden wie Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, Schlaflosigkeit und führt zu psychovegetativer Entspannung. Infolge des additiven Effektes der drei Einzelkomponenten auf den Blutdruck konnte die Wirkstoffmenge pro Dragée sehr niedrig gehalten werden. Daraus resultiert die gute Verträglichkeit von Briserin und Briserin mite. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Verstärkend wirken gleichzeitiger Alkoholgenuß oder zusätzliche Verabreichung von Mitteln, die ebenfalls den Blutdruck beeinflussen können. **Hinweise:** Bei längerer Behandlung mit höheren Dosen ist eine kaliumreiche Ernährung (getrocknete Früchte, Gemüse, Obstsaft, Fisch, Magerkäse) oder medikamentöse Kaliumzufuhr empfehlenswert. Bei Diabetes mellitus ist bei längerer Verabreichung der Blutzucker-, bei Gichtkranken der Harnsäurespiegel zu kontrollieren. **Warnhinweise:** Die allgemeine Reaktionsfähigkeit (Straßenverkehr, Maschinenbedienung usw.) kann gelegentlich beeinträchtigt werden. **Handelsformen:** Originalpackungen zu 30 (N1), 50 (N2) und 100 (N3) Dragées DM 20,44; 30,45 und 51,- sowie Anstaltspackungen.

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, April 1984.

Im Trend der Zeit

briserin[®]

- wirksam
- verträglich
- wirtschaftlich



Als Ersatzmittel kommen in Frage: Alle zentral wirksamen Analgetika, die noch auf einfache Verschreibung zu haben sind:

Tramadol (Tramal) ist bisher in der Szene praktisch unbekannt geblieben, wir kennen jedoch einige Fälle von Medikamentenmißbrauch dieses Mittels. Von seinem pharmakologischen Profil her ist die Möglichkeit einer Ersatzfunktion nicht zu leugnen.

Nefopam (Ajan) hat dagegen ein von den übrigen Opiaten/Opioiden abweichendes Wirkprofil, so daß es unwahrscheinlich ist, daß gerade dieses Mittel als Ersatzstoff ausgewählt werden wird. Mißbrauch kommt jedoch ebenfalls vor und die Möglichkeit der Mobilisierung des Mißbrauchspotentials ist immerhin gegeben.

Valoron N, trotz seiner Naloxonbeimischung, könnte von ehemals Pentazocin-abhängigen als Ersatzstoff ausgewählt werden; nach Abklingen der körperlichen Heroin-Entzugerscheinungen ist es sogar durch Drogenabhängige in gewisser Weise einsetzbar. Auch hier besteht also eine Ausbreitungsgefahr.

Dextropropoxyphen (Develin) zeigt derzeit in der Bundesrepublik kaum einen Mißbrauch. Dies ist besonders deswegen erfreulich, weil in anderen Ländern, z.B. den USA, diese Substanz bereits als Suchtstoff weit verbreitet ist. Das Wirkprofil und die Verfügbarkeit unter einfacher Rezeptur, wenn auch mit einer Höchstdosis, macht das Mittel als Ersatzstoff erreichbar. Die Dosisbegrenzung kann durch Einschalten mehrerer Ärzte usw. durch Suchtkranke überspielt werden.

In den USA sind zwei weitere Substanzen, die möglicherweise auf den bundesdeutschen Markt nachdrängen könnten, ebenfalls Mißbrauchskandidaten: **Nalbuphin** (Nubaine/Endo) und **Butorphanol** (Stadol/Bristol-Meyers). Sie haben bereits zu Mißbrauch geführt und sind daher auch bei uns Kandidaten als Ersatzstoffe.

Codein darf in dieser Reihe keinesfalls vergessen werden. In Form der gängigen Hustenmittel Codeinum phosphoricum Compretten, Codipront und Codicaps ist Codein leicht verfügbar; die Dosisbegrenzung kann durch multiple Beschaffungstaktik überspielt werden. Die Wir-

kung des Codeins ist für Opiatabhängige voll akzeptabel, da Codein zu 5 bis 20 Prozent im Stoffwechsel in Morphin umgewandelt wird. Es gibt darüber hinaus zahlreiche Analgetikamischpräparate, die nicht nur Codein, sondern daneben noch andere psychoaktive Stoffe, wie Barbiturate, Coffein, Antihistamina usw., enthalten und die geradezu als „psychotrope Cocktails“ gesucht werden. Codeinpräparate sind sowohl von der Gruppe der Medikamentenabhängigen als auch von den Drogenabhängigen schon heute gesucht. Es könnte eine Ausweitung dieses Mißbrauches als Folge der oben geschilderten Maßnahmen auftreten.

Nicht vergessen werden darf die **Hausepothek** als Quelle aller der oben zitierten Ersatz- und Ausweichmittel. Bekanntlich nehmen nur ein Drittel der Patienten ihre verschriebenen Medikamente den Anweisungen des Arztes entsprechend ein, der Rest nimmt sie unregelmäßig oder niedriger dosiert, auch solche Medikamente mit psychotroper Wirkung. Sie landen dann in der Hausapotheke. Non-compliance liefert hier das Material zu späterem Mißbrauch durch andere Familienangehörige!

Ersatzmittel und Pseudoersatzmittel

Ein so tiefer Eingriff in die Abhängigkeitsszene, wie es die Unterstellung von Fortral und Temgesic gleichzeitig für Medikamenten- wie Drogenabhängige darstellt, wird für die weniger Kundigen auf diesem Gebiet auch den Versuch des Mißbrauches von weniger tauglichen Ausweichmitteln zur Folge haben. Dabei werden auch psychotrope Wirkungen entdeckt werden, die bisher wenig bekannt waren, und es besteht stets die Möglichkeit der Belegung eines bisher wenig genutzten Mißbrauchsgebietes. Prinzipiell werden die Suchtkranken zunächst, sollten derzeit nur die Ampullen der beiden Präparate unterstellt werden, auf die orale Form von Fortral und Temgesic

und die Fortral-Suppositorien ausweichen. Dies ist leicht möglich: Oraler Pentazocinmißbrauch ist uns schon heute, hier wie besonders aus den USA, bekannt, und die Mißbrauchswelle von Temgesic in Neuseeland war allein auf die Sublingualtablets zurückzuführen, die aufgelöst intravenös injiziert wurden. Würde die nach dieser Kenntnis nur sinnvolle gleichzeitige Unterstellung auch der oralen Formen erfolgen, so würden die oben zitierten Ersatzmittel, aber auch erneut Barbiturate, andere Sedativa/Hypnotika usw. mißbraucht werden.

Suchtkrankentherapeuten und ganz besonders die praktizierenden Ärzte sind in dieser Situation zur erhöhten Aufmerksamkeit aufgerufen:

1. Der Arzt soll sich vor jeder Verschreibung eines potentiell psychotropen Stoffes vergewissern, ob bei dem vom Patienten geäußerten Verschreibungswunsch in Wahrheit nicht etwa der Wunsch nach einem Ersatzmittel geäußert worden ist. Eine Verschreibung eines solchen Mittels ist nicht nur unzulässig, sondern in der Regel auch strafbar.

2. Sollten Ärzte Fälle von oralem Mißbrauch der unterstellten Substanzen bzw. Mißbrauch von Ersatzmitteln beobachten, wird um eine kurze Nachricht an den Verfasser gebeten. Diese Meldungen können zu einer raschen Abwehrreaktion gegen neue Mißbrauchsformen führen. Das Instrumentarium des Frühwarnsystems, das wir betreiben, dient gerade diesem Zweck, nämlich der frühzeitigen Unterrichtung, insbesondere des Bundesgesundheitsamtes, um rechtzeitiges adäquates Reagieren zu sichern.

Deshalb bitten wir die Kollegen um gesteigerte Aufmerksamkeit und Mitteilung auch von Verdachtsfällen.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med. W. Keup, Josef-Schauer-Straße 16, 8039 Puchheim



Krank im Ausland?
Schwere Unfälle im Ausland oder Erkrankungen fern von der Heimat sind kein Schreckgespenst, mehr! Förder-Mitglieder werden bei medizinischer Notwendigkeit bis zu DM 10 000,- kostenfrei heimgeholt. Weitere Informationen bei
S.O.S.-Flugrettung e.V.
7000 Stuttgart 23 Flughafen Postfach 230 323 Telefon 07 11/ 70 55 55



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Ungewöhnliches Verhalten – Unruhe – Erregung – Bewußtseinsstörung

Der Notfall: Alkoholintoxikation beim Kind

bearbeitet von Professor Dr. F. C. Sitzmann, Homburg

Symptomatik:

Auch beim Kind werden 4 Stadien der Alkoholintoxikation durchlaufen:

1. Exzitationsstadium (solange Alkoholspiegel ansteigt)
2. Hypnotisches Stadium
3. Narkotisches Stadium
4. Asphyktisches Stadium (Tod durch Atemlähmung und Kreislaufversagen). Je nach Alter des Kindes und aufgenommenen Alkoholmenge fällt vorerst ein zunehmend „ungewöhnliches Verhalten“ auf, gefolgt von einem kurzen Exzitationsstadium, das schließlich relativ rasch in Bewußtlosigkeit übergeht. Durch zentrale Ateminsuffizienz und toxisches Hirnödem können Krämpfe ausgelöst werden (insgesamt selten); sie sind Zeichen einer schweren Alkoholintoxikation. Es besteht zudem Areflexie und Tachykardie. Hypoglykämie ist bei Kindern häufiger zu finden als bei Erwachsenen; Azetongeruch in der Ausatemluft. Die Haut kann sich warm und trocken anfühlen, obgleich die Kerntemperatur erheblich abgesunken sein kann. Schulkinder und Jugendliche, die heimlich im Freien (Wald, Wiese) trinken und bewußtlos längere Zeit am Boden liegen, sind meist bedrohlich unterkühlt.

Anamnese:

Bei der Alkoholintoxikation handelt es sich um eine der häufigsten Vergiftungen im Kindesalter. Alkohol- und Azetongeruch in der Ausatemluft und im Erbrochenen, herumliegende Flasche(n) mit Alkoholresten; Angaben der Eltern meist unzuverlässig (gelegentlich wird Alkoholaufnahme sogar verschwiegen). Schwere Alkoholvergiftungen bei Säuglingen durch „Schnapswickel“, bei uns heute kaum mehr anzutreffen (perkutane Resorption). Auch an andere Alkoholintoxikationen denken (Methyl-, Isopropyl-, Äthylenglycol-Alkohol).

Sofortdiagnostik:

Die Diagnose kann meist sofort gestellt werden. Da beim Kind häufiger eine **Hypoglykämie** vorliegt, sollte man mit einem Test-Stäbchen (Hämogluco-Tast) den Blutzucker bestimmen. **Alkoholbestimmung** im Blut meist ohne Zeitverlust für Therapie möglich und sehr aufschlußreich. Die Alkoholkonzentration kann daraus berechnet werden:

$$\frac{\text{Alkoholmenge (g)}}{\text{Körpergewicht (kg)} \times 0,7} = \text{Alkoholkonzentration in mg/100 ml Blut.}$$

Konzentrationen von 1,5–2‰ gehen bei einem Kind fast ausnahmslos mit einem Koma einher. **Blutgasanalysen**, da bei schwerer Alkoholvergiftung erhebliche metabolische Azidosen auftreten. Im Urin **Azetonausscheidung**. Die Ketoseneigung ist beim Kind bekanntlich besonders stark ausgeprägt.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Therapie nicht durch langfristige diagnostische Maßnahmen verzögern. Krampfanfälle müssen unverzüglich unterbrochen werden. Zuerst 20%ige Glukoselösung intravenös, 1 g/kg KG, vorher Blutentnahme für Blutzuckermessung. Im Anschluß daran 10%ige Glukose als Infusion unter Kontrolle des Blutzuckers und der Blutgaswerte. Durch Anstieg des Blutzuckers kann es zu verstärkter Diurese kommen, so daß Elektrolyte zugeführt werden müssen (nach vorherigem Jono-gramm). Falls keine Besserung nach hochprozentiger Glukose-Injektion, kann entweder auf 50%ige Glukoselösung zurückgegriffen werden oder auf Physostigminsalizylat (1 Amp. = 5 ml = 2 mg) als Einzeldosis 0,5–1 mg. Antidot: Atropin. In vielen Fällen können Exzitationsstadium und auch Bewußtlosigkeit sehr rasch behoben werden durch eine einmalige Verabreichung von Physostigmin.

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

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Kontraindiziert sind Barbiturate, Phenothiazine und Morphinderivate, auch zentrale Analeptika werden nicht mehr verwendet. Wärmezufuhr bei Unterkühlung; Wärmeverlust unbedingt vermeiden. Bei noch ansprechbaren Kindern primäre Giftentfernung durch Magenspülung (in Intubation); dies ist nur in der Klinik möglich. Atem- und Kreislauffunktion überwachen.

Kinder mit schweren Alkoholvergiftungen mit Bewußtlosigkeit, Krämpfen, Atemstörungen müssen unverzüglich stationär behandelt werden, um nach primärer Giftentfernung evtl. die sekundären Detoxikationsmaßnahmen ergreifen zu können: **Hämodialyse**, falls dies nicht möglich ist, kann auch **Peritonealdialyse** eingesetzt werden. Auf jeden Fall erforderlich, wenn schwere Störungen der Atem- und Kreislauffunktionen vorliegen. Dies gilt vor allem für Aethylenglycol-Intoxikationen und für Methylalkohol-Intoxikationen.

Bei verstärkter Diurese Elektrolytzufuhr. Säure-Basen-Haushalt durch Blutgasanalysen kontrollieren; Blut und Urin auf Medikamente und -Abbauprodukte untersuchen lassen — EEG-Ableitung. Bei Jugendlichen und älteren Schulkindern, die ansprechbar sind, kann Apomorphin-Novodral i. m. injiziert werden (je $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Amp. als Mischspritze), danach Bauchlage und ununterbrochene Beobachtung. Wenige Minuten nach der Injektion tritt Erbrechen auf, das nur einige Minuten andauert und dann wieder zum Stillstand kommt.

Ein bewußtloses Kind (mit und ohne Krampfanfälle) kann erhebliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten. Neben anderen exogenen Vergiftungen (Medikamente, Lebensmittel, deswegen auch Urin und Blut untersuchen lassen!) ist auch an Hyper- bzw. Hypoglykämie zu denken, weswegen sofort der Blutzucker gemessen werden muß. Toxikose, Urämie und Leberkoma sind weitere differentialdiagnostische Möglichkeiten, können jedoch aufgrund der Anamnese und des klinischen Bildes (Exsikkose, evtl. hohes Fieber bei „hyperpyretischer Toxikose“, Feotor uraemicus, Lebervergrößerung, Ikterus, Hautblutungen infolge Blutgerinnungsstörungen, Azetongeruch in der Ausatemluft, Kussmaul'sche Atmung bei diabetischer Azidose) relativ leicht gegenüber der akuten Alkoholintoxikation abgegrenzt werden. Kreislaufschock kann auch bei schwerer Alkoholintoxikation auftreten, mit schnellem, kleinem Puls, flacher Atmung und Einengung der Blutdruckamplitude. Schwierig ist die Abgrenzung einer Encephalitis bzw. Encephalose, daher auch im Zweifelsfall Lumbalpunktion.

Andere Alkoholvergiftungen kommen im Kindesalter auch vor: Methylalkohol mit verzögerter (12–24 Std.) Giftwirkung und meist folgenden Symptomen: Übelkeit, Erbrechen, Zittern, zunehmende Erregung, starke Kopfschmerzen, Sehbehinderung (vor allem Ferbempfindungen), rasche Erblindung, schwere metabolische Azidose durch Anstau von Ameisensäure; sehr schlechte Prognose. Aethylenglycol (als Frostschutzmittel für Autokühler, aber auch als Hydraulikflüssigkeit) mit schweren gastro-intestinalen und zentral-nervösen Symptomen und starker Azidose; nach 2 bis 3 Tagen Niereninsuffizienz durch Tubuluszellnekrosen. Sofortige Klinikeinweisung in jedem Fall, da Beatmung und Hämodialyse erforderlich sind.

Isopropyl-Alkohol (in Lösungs- und Desinfektionsmitteln, Waschalkohol) als orale, inhalative und perkutane Intoxikation möglich; wird langsamer als Aethylalkohol resorbiert, aber auch eliminiert. Azetongeruch in der Ausatemluft sowie Azetonachweis im Urin und Magenseft. Zudem Hypoglykämie wie bei Aethanolvergiftung. Therapeutisches Vorgehen wie bei Aethylalkoholvergiftung.

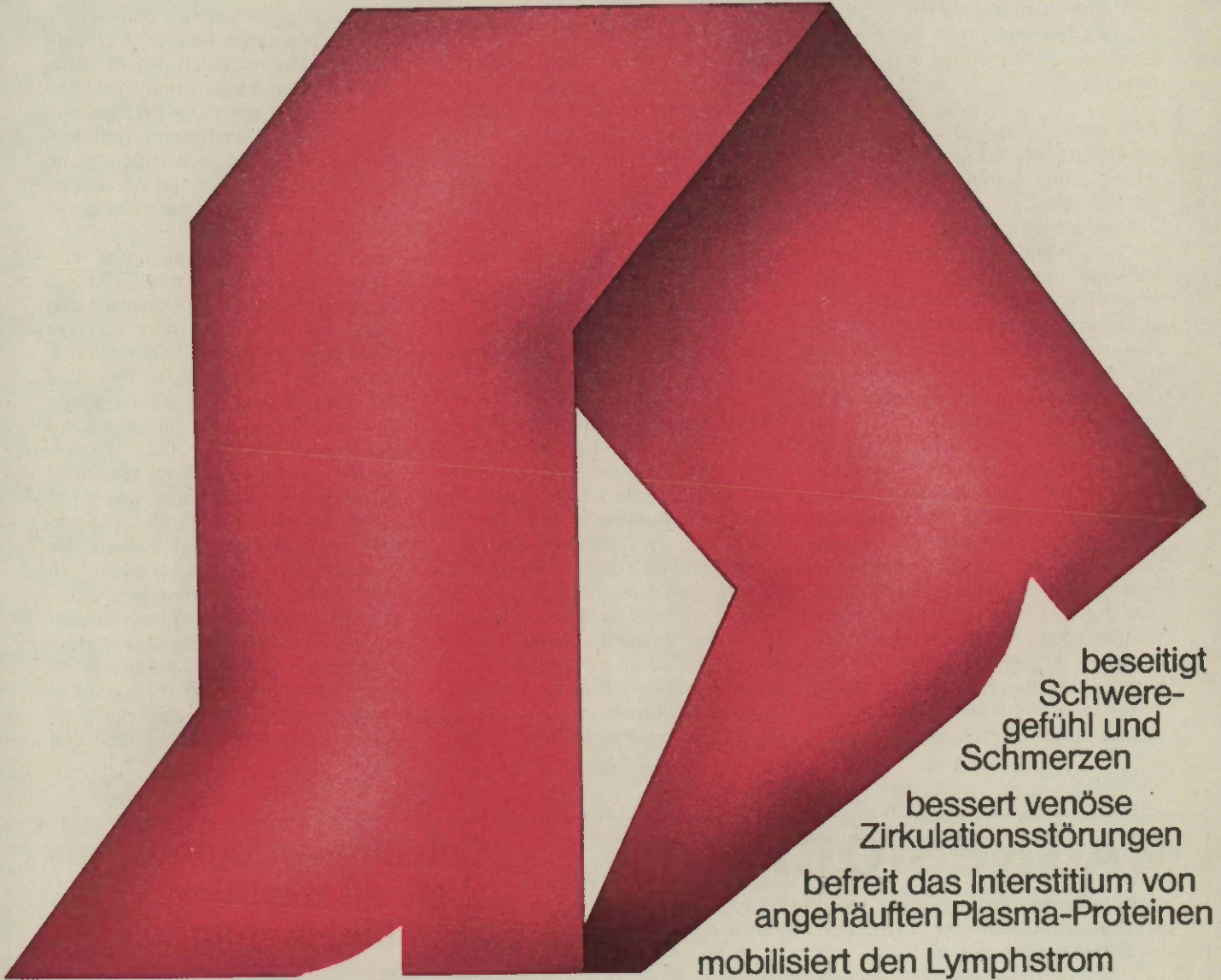
1 g Alkohol pro kg Körpergewicht führt zu einer Blutkonzentration von 1,3‰, bei einem Blutalkoholspiegel von 1,5–2‰ tritt im Kindesalter Koma ein. Der Konzentrationsabfall nach Resorption der getrunkenen Menge beträgt durchschnittlich 0,12–0,13‰/Std., soweit dies aus Verlaufsbeobachtungen bei Kindern bekannt ist. Einige Mengenangaben über den Alkoholgehalt verschiedener Getränke seien nachfolgend angeführt:

Pilsner Bier 3,7–4,2 g/100 ml, Obstwein 4,0–5,0, Weißwein, Rotwein 7,5–9,5, Wermutwein (besonders gern von Kindern getrunken) 12–14 g/l, Eierlikör 15,8–25,3, klare Schnäpse etwa 25, Wodka 31,6, Whisky und Cognac 30–50, Rum 55–63. Weinbrandpralinen etwa 5–6 g/100 g.

„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 16,55, 50 St. (N 2) DM 36,35, 100 St. (N 3) DM 63,75, AP 500 St. Kapseln: 50 St. (N 2) DM 18,05, 100 St. (N 3) DM 32,75, AP 500 St. Ampullen: 5 × 2 ml DM 9,80, AP 100 × 2 ml; 5 × 5 ml DM 19,76, 10 × 5 ml DM 31,-, AP 100 × 5 ml. Liniment: 40 ml DM 9,55, 70 ml DM 14,80, AP 400 ml. (Stand: April 1984)



Schaper & Brümmer

3320 Salzgitter 61 (Ringelheim)

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Ärztliche und pflegerische Unterstützungsmaßnahmen bei Tumorpatienten (Supportivtherapie)

71. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Dr. A. v. Schlichtegroll, Frankfurt, als Vertreter der pharmazeutischen Industrie zur Eröffnung:

Die Tagung befaßt sich wiederum mit moderner und zweckmäßiger Diagnostik und Therapie und vermittelt wichtige Informationen über Nutzen und sinnvollen Gebrauch wichtiger Arzneimittel, besonders bei der konservativen Behandlung von Tumorpatienten.

Eine sinnvolle und objektive wissenschaftliche Information über die neu entwickelten Arzneimittel ist heute um so wichtiger, als seit einigen Jahren immer mehr Arzneimittelverzeichnisse und -listen verschiedener Herkunft und unterschiedlicher Art erscheinen, die alle für sich beanspruchen, Arzt und Patient neutral und objektiv über Wert und Unwert der Medikamente zu unterrichten. Das neueste Literaturerzeugnis dieser Art ist mit einem stattlichen Umfang von 864 Seiten unter dem Titel „Bittere Pillen“ erschienen und befaßt sich mit rund 2300 Medikamenten. Bei der Herausgabe dieses Buches stützte man sich im wesentlichen auf ein bereits vorher in Holland erschienenes Buch über den dortigen Arzneimittelmarkt und wandte sich – Im Gegensatz zu anderen Arzneimittellisten – besonders an den Patienten. Autoren waren, wie bei dem einschlägig bekannten Buch „Gesunde Geschäfte“,

vier Journalisten oder Publizisten aus Soziologie, Politik und Rechtswissenschaft, Pharmazie und Medizinsoziologie. Fachberater wurden nur für Einzelfragen hinzugezogen.

Dieses Buch, in dem wertmäßig etwa 60 Prozent aller Arzneimittel in der Bundesrepublik als „wenig zweckmäßig“ bis „gefährlich“ eingestuft werden, lehnt sich an die beiden bisher publizierten Greiser-Listen an und qualifiziert besonders Kombinationspräparate aller Art ab. Es handelt sich hierbei lediglich um private tendenziöse Ansichten der Autoren ohne jede verbindliche Bedeutung.

Im Kapitel „Zur Methodik“ wird in diesem Zusammenhang auch zugegeben, daß „die Empfehlungen ... letztlich von den Autoren getroffene subjektive Meinungsäußerungen seien“.

Die pharmazeutische Industrie hat sich demgegenüber bei der Beurteilung der Medikamente nach den wissenschaftlichen Ergebnissen der klinischen Forschung und den Erfahrungen der ärztlichen Praxis zu richten und ist auf die Aussagen der zuständigen wissenschaftlichen Behörden unseres Landes angewiesen. Es wäre deshalb hilfreich, wenn diese Behörden in unmißverständlicher öffentlichkeitswirksamer Weise feststellen würden, daß sie allein für die Zulassung, Beurteilung und Kon-

trolle der Arzneimittel in der Bundesrepublik zuständig sind und nicht private Autoren verschiedener, zum Teil nur sehr mittelbar das Arzneimittelwesen berührender Disziplinen.

Professor Dr. H. Senn, St. Gallen:

Einführung in das Tagesthema

In den letzten 20 Jahren ergab sich auf dem Gebiet der Onkologie ein eklatanter Fortschritt. Es ist vieles möglich geworden, was noch vor einer einzigen Generation undenkbar war. Es ist aber in dieser Zeitspanne auch manches nicht erreicht worden, was man sich erhofft hatte. Das hat Spannungen und Probleme geschaffen. Neben die Erfolge sind unerwartete Belastungen getreten. Deshalb ist es heute wichtiger denn je, die Balance zwischen Wirkungen und Nebenwirkungen zum Wohle des Patienten neu zu überdenken. Hinzutreten müssen unterstützende, supportive Maßnahmen, um die Chemotherapie in optimaler Weise für den Patienten nutzen zu können. Was nützt eine erfolgreiche Behandlung, wenn sie unerträglich ist. Das Ziel der Behandlung, eine Heilung oder zumindest eine längerfristige Besserung der Krankheit zu erreichen, darf für den Patienten nicht mit unerträglichen und keum zu verarbeitenden Problemen verbunden sein. Umfeld und Folgen der Behandlung müssen deshalb in den Mittelpunkt rücken. In diesem Zusammenhang kommt dem behandelnden Arzt eine vorrangige Bedeutung bei der Beratung, der Durchführung und Hilfestellung zu. Nimmt er diese nicht wahr, werden die Patienten noch mehr als bisher zu den

MAGNESIOCARD®

Monosubstanz zur gezielten Magnesiumtherapie von Risikofaktoren bei coronaren Herzerkrankungen und Infarktgefährdung

Zusammensetzung

1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i.m. zu 5 ml enthalten:
Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 814,8 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (2,5 mmol)
1 Ampulle i.v. zu 10 ml enthält:
Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 737,8 mg
Magnesium-Gehalt: 8 mval (3 mmol)
5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:
Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 1229,6 mg
Magnesium-Gehalt: 10 mval (5 mmol)
Verdauliche Kohlenhydrate 3,1 g

Indikationen

Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroma, 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-Prophylaxe.

Kontraindikationen

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

Calcium-Antagonismus Streßabschirmung Lipidsenkung

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

Nebenwirkungen

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Handelsformen und Preise

Kaps.: 25 OM 10,34, 50 DM 19,72, 100 OM 35,51
Tabl.: 25 OM 10,09, 50 DM 19,37, 100 OM 34,70
Granulat zum Trinken
Btl.: 20 OM 13,48, 50 OM 30,02, 100 OM 50,39
Amp. i.m.: 2 OM 3,89, 5 OM 8,88
Amp. i.v.: 3 OM 8,91, 10 OM 20,83

VERLA-PHARM · 8132 TUTZING

Ärzten der regionalen Tumorzentren abwandern und der Primärarzt wird mehr und mehr zum Befehlsempfänger von Maßnahmen, die er eigentlich bei geeigneter Motivation und Weiterbildung selbst erfüllen könnte. Bei den nachfolgenden Referaten sollen deshalb nicht die kurativen oder palliativen Behandlungserfolge per se im Vordergrund stehen, sondern die mit diesen Behandlungsmöglichkeiten verbundenen Probleme.

I. Komplikationen bei Tumorkranken

Profassor Dr. P. Drings, Heidelberg:

Fieber bei Tumorkranken: was tun?

Die Körpertemperatur ist ein einfacher und objektiver Indikator des physiologischen Status eines Menschen und wesentlich weniger durch externe und psychogene Faktoren beeinflussbar als andere vitale Symptoma (Pulsfrequenz, Atemfrequenz und Blutdruck). Deshalb liefert die Bestimmung der Körpertemperatur wichtige Informationen zum Schweregrad und Verlauf der Krankheit, der Wirksamkeit einer Therapie und zur Unterscheidung zwischen vegetativen Störungen und organischen Veränderungen. Die diagnostischen Überlegungen des Arztes orientieren sich am Fiebertyp (intermittierend, remittierend, rezidivierend, Continua), an der epidemiologischen Situation, an der Dauer des Fiebers und eventuellen Begleitsymptomen. Neben anderen Erkrankungen wie Infektionen, Autoimmunerkrankungen, metabolischen Störungen und einer Vielzahl heterogener Krankheitsbilder können auch Neoplasien Fieber verursachen.

Das Fieber ist bei Tumorkranken ein häufiges Symptom. Sowohl die Tumorerkrankung selbst (Tumornekrose, Paraneoplasie) als auch die Therapie (Operation, Radiotherapie, Chemotherapie) können das Fieber hervorrufen.

Bei einigen malignen Erkrankungen wird Fieber besonders häufig als paraneoplastisches Syndrom beobachtet. So hat es neben Nachtschweiß und Gewichtsabnahme beim Morbus Hodgkin und den Non-Hodgkin-Lymphomen prognostische Bedeutung. Es kann sogar bei den Formen mit abdomineller und retroperi-

tonealer Beteiligung das einzige klinische Symptom sein. Wie andere paraneoplastische Syndrome korreliert das Fieber direkt mit dem Tumorstadium, es verschwindet in der Remission und erscheint wieder beim Rezidiv. Persistierendes Fieber weist bei einem Tumorkranken (wenn andere Ursachen ausgeschlossen sind) auf ein unkontrolliertes Tumorstadium hin. Die Ätiologie dieses Tumorfiebers als Paraneoplasie erklärt man sich mit Pyrogenen, die von Tumorzellen, normalen Leukozyten oder einer Vielzahl verschiedener normaler Zellen freigesetzt werden.

Neben dieser Pyrogenproduktion als möglicher direkter Einfluß des Tumors auf die Thermoregulation des Organismus verursachen vielfältige Begleitsymptome und Komplikationen des Tumors sowie die Therapie selbst Fieberreaktionen. Tumornekrosen führen zu Fieber und Leukozytose und begünstigen Infekte, die wiederum das Fieber unterhalten. Tumorbedingte Obstruktionen der Gallenwege, der ableitenden Harnwege und des Bronchialsystems können lebensbedrohliche Infekte mit Fieber hervorrufen. Thrombosen und in deren Folge Embolien, begünstigt durch die Hyperkoagulabilität im Rahmen eines Tumorleidens, unterhalten das Fieber.

Neben Anamnese und physikalischer Untersuchung sind laborchemische Untersuchungen bei der Suche nach der Fieberursache sehr hilfreich. Eine Leukozytose weist auf einen Infekt hin, wenn sie von einer Linksverschiebung begleitet wird. Reifzellige Leukozytosen sind jedoch eher als paraneoplastisch anzusehen. Häufig sind bakteriologische Zusatzuntersuchungen erforderlich.

Auch wenn ein Infekt die häufigste Ursache für das Fieber bei Tumorkranken ist, sollte man nicht sofort mit einer Antibiotikabehandlung anfangen. Dies ist nur in der lebensbedrohlichen Phase einer Granulozytopenie erforderlich. In dieser Situation therapiert man sofort mit einer Zweier- oder Dreierkombination, bestehend aus einem Breitbandpenicillin, Cephalosporin und/oder Aminoglykosid. Beim nicht-immunkompromittierten Patienten ist – abhängig vom klinischen Bild – eine eher abwartende Haltung angezeigt. Paraneoplastisches Tumorfieber läßt

sich wirkungsvoll mit Prostaglandin-hemmern (wie Azetylsalicylsäure und Indomethazin) behandeln.

Professor Dr. G. Mauret, Ravensburg:

Anämie und Blutersatz bei Krebskrankheiten

Bei neoplastischen Erkrankungen kommen immer wieder eine Reihe charakteristischer hämatopoetischer Störungen vor, von denen an erster Stelle die Anämien zu nennen sind.

Es werden drei Anämieformen unterschieden: die unspezifische Tumoranämie, die Anämie durch Unterproduktion von Erythrozyten und die Anämie durch einen vermehrten Erythrozytenverlust. Am häufigsten ist die chronische unspezifische Tumoranämie mit mäßig hypochromen Erythrozyten, reduzierter Eisenbindungskapazität und vermindertem Serumeisenspiegel sowie einer auffallenden Erhöhung des Ferritins. Letztere hängt mit der tumorbedingten Stimulation des Makrophagensystems zusammen. Dort wird die Bildung des eisenbindenden Proteins Lactoferrin gefördert, das Eisen aufnimmt und in den Makrophagen einlagert. Dadurch verschieben sich die Eisenspeicher, dem Blut wird Eisen entzogen, es kommt zur Hyposiderinämie und zum Anstieg des Ferritins im Serum. Dieses ist der sensitivste Parameter zum Nachweis einer solchen Tumoranämie.

Anämien mit einer Unterproduktion von Erythrozyten werden ausgelöst durch eine großzellige Knochenmarkbestrahlung, durch eine intensive Chemotherapie oder durch eine Verdrängung der Hämatopoese durch das Eindringen von Tumorzellen ins Knochenmark. Bei Leukämien entstehen die Anämien durch einen Defekt auf der Stufe der omnipotenten hämatopoetischen Stammzelle. Bei diesen Anämieformen sind sowohl die Erythrozyten als auch die Retikulozytenzahlen erniedrigt.

Bei erhöhtem Erythrozytenverbrauch durch Hämolyse, Sequestation der Erythrozyten in einer vergrößerten Milz oder durch Blutungen sind im Labor verminderte Erythrozytenzahlen, aber gleichzeitig gesteigerte Retikulozytenzahlen nachweisbar. Die Blutung entsteht meist durch Schleimhautläsionen, die der Tumor im Gastrointestinal- oder Urogenital-

trakt verursacht. Der chronische Blutverlust geht immer mit einem Eisenmangel einher, den man durch das gleichzeitige Auftreten von Hyposiderinämie und ein ebfallendes Ferritin im Blut diagnostizieren kann.

Bei Männern sind Eisenmangelanämien ein sehr schwerwiegendes Symptom, wenn es sich nicht um fenatische Vegetarier handelt. Es muß immer ein okkultes Blutverlust angenommen werden, die Hämoiyse tritt am häufigsten bei den Lymphomen auf. Oft ist der Coombs-Test positiv, was zeigt, daß Autoantikörper vorliegen, die gegen die eigenen Erythrozyten gerichtet sind.

Zur *Behandlung der Anämieformen* stehen Erythrozytenkonzentrate, Frischblut und gewaschene oder tiefgefrorene Erythrozyten zur Verfügung. Praktisch sind nur die Erythrozytenkonzentrate und das Frischblut von Bedeutung. Erstere sind fast immer indiziert, während Frischblut nur bei ekuten Blutungen eingesetzt werden sollte. Die Transfusionsbehandlung chronischer Anämien ist in der Regel nur sinnvoll, wenn die Hämoglobinwerte unter 8 g/ml absinken, weil erst dann mit spezifischen Anämiesymptomen zu rechnen ist. Oberhalb dieser Marke besteht die Indikation zur Erythrozytenkonzentretgabe bei bevorstehenden operativen Eingriffen oder bei Verschlechterung der kardialen, pulmonalen und zerebralen Leistungsfähigkeit in Verbindung mit arteriosklerotischen Veränderungen.

Die *Thrombozytopenie* beruht entweder auf einer Unterproduktion oder einem erhöhten Zellverlust. Die Unterproduktion wird wieder durch eine Verdrängung der Hämatopoese durch Stammzelldefekte bei Radio- oder Chemotherapien ausgelöst. Der gesteigerte Thrombozytenverbrauch ist meist Folge einer intravasalen Gerinnung. Die Gefahr einer Blutung nimmt drastisch zu, wenn die Thrombozytenzahlen 20 000/ μ i unterschreiten. Das Risiko wird durch Fieber noch verstärkt. Akute Thrombozytopenien sind in der Regel gefährlicher als chronische. Zur Therapie kommt etwa dreimal wöchentlich eine prophylaktische Thrombozytentransfusion in Betracht, um die Plättchenzahlen von unter 20 000 auf über 50 000/ μ i zu erhöhen.

Neutropenien werden bei malignen Erkrankungen fast immer durch eine

Unterproduktion hervorgerufen. Sie bedingen eine erhöhte Infektanfälligkeit (besonders unter 1000 Neutrophile/ μ i und ganz evident bei Zahlen von unter 100/ μ i). Längerfristig ist hier eine Behandlung meist nicht möglich, so daß ein letaler Ausgang erwartet werden muß. Relativ häufig kommen Neutropenien im Rahmen der Chemotherapie vor. Hierbei werden meist kurzfristig wirksam myelodepressiv wirkende Zytostatika eingesetzt. Die Leukozytenzahlen durchlaufen in diesem Zusammenhang ein meist nur wenige Tage dauerndes Minimum (das in der Regel um den zwölften Tag nach der Medikamentengabe zu erwarten ist). Die hierbei ebenfalls auftretenden Thrombozytopenien werden schneller erreicht (um den neunten Tag). Bei der Beobachtung einer klinischen Situation mit sehr niedrigen Leukozytenzahlen, bei der die Thrombozytenwerte bereits wieder im Steigen begriffen sind, ist davon auszugehen, daß die Reparationsphase der Neutrophilen unmittelbar bevorsteht. Die Substitution von Neutrophilen wirft erhebliche technische Probleme auf. Die zur Transfusion erforderliche Leukozytenzahl ist sehr hoch und muß wegen der nur kurzfristigen Wirksamkeit täglich wiederholt werden. Daraus ergibt sich eine sehr beschränkte Einsatzmöglichkeit. Wird bei einem Tumorpatienten eine hämorrhagische Diathese beobachtet, so sollte auch an die Möglichkeit einer bestehenden Verbrauchskoagulopathie bei einer intravasalen Gerinnung gedacht werden.

*Professor Dr. W. Galfmeier,
Nürnberg:*

Stoffwechselzwischenfälle bei Tumorkranken: Erfassung und Therapie

Maligne Tumoren haben nicht nur negative Auswirkungen auf den Tumorträger durch lokales, destruirendes, infiltrierendes und obstruktives Wachstum, sondern bewirken oft auch systemische Erscheinungen und Fernwirkungen, die den Patienten entscheidend treffen können. Solche systemischen Veränderungen können von der Tumorkrankheit selbst, aber auch durch die Therapie entstehen und werden unter dem Schlagwort der Stoffwechselkatastrophen oder -zwischenfälle zusammengefaßt. Hierzu gehören Hyperkalzämien, Hypoglykämien, Hyperurik-

ämien, Hyponatriämien, Laktatazidosen, hypokelzämische metabolische Alkalosen sowie Hyperglykämien (bei Kortikoldtherapie) bis hin zum Koma. Es handelt sich hierbei um eine große Reihe von Komplikationen, die zum Teil sehr häufig, zum Teil aber auch sehr selten sind. Sie werden oft verkannt, mißgedeutet, sind in der Regel lebensbedrohend, andererseits jedoch durch eine rasche Diagnose und Therapie zu korrigieren.

Die *Hyperkalzämie* tritt auf bei Patienten mit soliden Tumoren – häufig mit, selten ohne Knochenmetastasen – sowie bei Patienten mit hämatologischen Neoplasien (besonders mit Plasmozytomen). Die häufigste Ursache für diese Störung ist eine vermehrte Mobilisation von Kalzium aus den Knochen durch Parathormoneinwirkung, durch eine Prostaglandinwirkung oder durch einen osteoklastenaktivierenden Faktor. Das Ausmaß der Hyperkalzämie ist nicht für die Ausprägung der Krankheits-symptome entscheidend, vielmehr spielt auch die Schnelligkeit des Kalziumanstieges eine große Rolle. Es kommt zur Polyurie, Polydipsie, einer langsam zunehmenden Müdigkeit und depressiven Verstimmung bis hin zu allgemeiner Schwäche und Stupor. Bei der hyperkalzämischen Krise entwickeln sich die vorbeschriebenen Beschwerden sehr rasch und münden in eine Anurie, Somnolenz und komatösen Zustand. Zur Therapie gehören Allgemeinmaßnahmen mit reichlicher Flüssigkeitszufuhr (bis zu 6 l täglich), Natrium- und Kaliumsubstitution und die Gabe von Schleifendiuretika. Hinzu kommen spezielle medikamentöse Maßnahmen wie die Gabe von Kortikosteroiden, Phosphaten und Calcitonin sowie die Gabe von osteoklastenhemmenden Zytostatika. Als Langzeitmedikation ist eine spezifische, gegen den Tumor gerichtete Chemotherapie anzustreben.

Lebensbedrohliche Zustände durch Nierenversagen können sich auch unter rasch ansprechender zytostatischer Behandlung durch *Hyperurikämien* entwickeln, wenn entsprechende Laborkontrollen unterbleiben und die fortgesetzte Chemotherapie bis zu toxischen Nebenwirkungen kumuliert. Die Therapie besteht in einer reichlichen Flüssigkeitszufuhr, Steigerung der Diurese über drei Liter täglich und Gabe von 300 bis 900 mg Allopurinol per die. Durch

eine Alkalisierung des Urins kann eine Auskristallisation der Harnsäure verhindert werden. Bei bereits bestehender Urämie kommt die Hämodialyse zum Einsatz. Da es sich bei der Harnsäurenephropathie in der Regel um eine therapiebedingte Komplikation handelt, kommt der Prävention eine entscheidende Bedeutung zu.

Der bei zahlreichen Tumorerkrankungen notwendig werdende längerfristige Einsatz von Kortikosteroiden birgt die Gefahr eines sich manifestierenden Diabetes mellitus und einer Schwächung der Infektabwehr in sich. Bei Nichtbeachtung dieser Problematik kommt es — insbesondere bei älteren Patienten mit einer von Haus aus bestehenden latenten Kohlenhydratstoffwechselstörung — zu schweren Hyperglykämien bis hin zum Coma diabeticum und zu septischen Komplikationen. Deshalb ist bei einer Kortikosteroidlangzeitbehandlung eine regelmäßige Überwachung der entsprechenden Stoffwechselfparameter unumgänglich. Eine derartige Therapie sollte nur bei begründeten Fällen erfolgen; der Einsatz eines „unspezifischen Anabolikum“ ist nicht gerechtfertigt.

A. Gleus, Oberschwester am Kantonsspital St. Gallen:

Prophylaxe von Chemotherapie-induzierter Neusea/Emesis und Alopezie bei Tumorpatienten

Der mit einer malignen Erkrankung konfrontierte Patient steht vor verschiedenen schwerwiegenden Problemen. Neben der sich aus der Lebensbedrohung entwickelnden psychischen Alteration beeinflusst das Tumorgeschehen und die mehr oder weniger aggressive Therapie das Allgemeinbefinden. Heute geht es nun darum, standardisierte Chemotherapieprogramme durch standardisierte Programme zur Verhütung von Nebenwirkungen zu ergänzen, damit die Therapie nicht zu einer zusätzlichen Bedrohung der Patienten wird. Übelkeit und Erbrechen sowie Haarausfall sind häufige, sehr unangenehme Nebenwirkungen, die des Krankheitsgefühl der Betroffenen intensivieren.

Neben dem bisher üblichen Einsatz von Thietylperazin (Torecan®), Haloperidol oder Chlorpromazin als Antiemetika trat in den letzten Jahren in zunehmendem Maße das Metoclo-

pramid (Paspertin®). Dieses wurde in einer speziellen Untersuchung am Kantonsspital St. Gallen in einer Dosierung von 50 mg p.o. mit 25 mg Prednisolon p. o. kombiniert und konnte auch bei langfristiger Chemotherapie Übelkeit und Erbrechen bei der Mehrzahl der Patienten zufriedenstellend unterdrücken.

Der besonders unter einer Adriblastinbehandlung auftretende Haarausfall wurde durch eine neuentwickelte Skalp-Hypothermie eingedämmt. Dabei wurde ein speziell hergestelltes Gel-Cap auf -13°C tiefgekühlt und jeweils 10 Minuten vor Verabrei-

chung des Adriblastins dem Patienten aufgesetzt. Es wurde jeweils möglichst 30 Minuten über die Medikamentenapplikation hinaus belassen. Dadurch gelang es, bei etwa 50 Prozent der Patienten den Haarausfall zu verhindern. Auch bei einem Versagen dieser Maßnahme wurde in der Regel eine Besserung der psychischen Situation und eine Intensivierung der Beziehungen zwischen Patient und Betreuer erreicht.

(Fortsetzung folgt)

Referent:

Dr. med. A. Peetzke, Behringersdorfer Straße 5 A, 8501 Schweig

Fakultäten

Universität Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. med. Bernhard Neundörfer, bisher Universität Lübeck, wurde zum ordentlichen Professor für Neurologie ernannt.

Professor Dr. med. Günter Willital, bisher Chirurgische Klinik, wurde zum Professor an der Universität Münster ernannt.

Privatdozent Dr. med. habil. Jobst Thürauf, bisher Institut für Arbeits- und Sozialmedizin und Poliklinik für Berufskrankheiten, wurde an die Universität Freiburg umhabilitiert.

Dr. med. Hans-Joachim Thiel, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, wurde in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit berufen.

Dr. med. Hendrick Flügel, Medizinische Klinik mit Poliklinik, wurde zum Akademischen Oberrat ernannt.

Dr. med., Dr. med. dent. Josef Dumbach, Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie, wurde zum Akademischen Rat ernannt.

Privatdozent Dr. med. Dietmar Sailer, Medizinische Klinik mit Poliklinik, wurde zum Akademischen Rat z. A. ernannt.

Dr. med. habil. Axel Herrlinger wurde die Lehrbefugnis für Urologie erteilt, damit ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden.

Universität München

Professor Dr. med. Thomas Brandt, Neurologische Klinik und Poliklinik (bisher Universität Essen), wurde zum Professor — C 4 ernannt.

Professor Dr. med. Joest Martinius, bisher Max-Planck-Institut für Psychiatrie, wurde auf den neugeschaffenen Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie berufen.

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. habil. Rolf Castell, Kinderpoliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Hans Müller-Fessbender, II. Medizinische Klinik des Rheumazentrums Bad Abbach.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. Werner Albrich für Gynäkologie und Geburtshilfe; Dr. med. Heinz Angstwurm für Neurologie; Dr. med., Wolfgang Eiermann für Gynäkologie und Geburtshilfe; Dr. med. Gert Lipowsky für Kinderheilkunde; Dr. med. Klaus Mees für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde; Dr. med. Heiner Rinke für Innere Medizin; Dr. med. Tilman Sauerbruch für Innere Medizin; Dr. med. Reinhard Teichmann für Chirurgie.

Dr. med. dent. Cornelia Müller, Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie, wurde zum Akademischen Oberrätin ernannt.

Gefährliche Lücken im Versicherungsschutz

von W. Lossos

Ärzte ohne Versicherungsschutz gegen Berufshaftpflichtschäden haben leider wiederholt die Schlichtungsstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer beschäftigt. Daß ein Arzt aus falscher Sparsamkeit bewußt keinen Versicherungsvertrag abschließt und sich damit weitreichenden Forderungen aussetzt, kommt glücklicherweise nur ganz ausnahmsweise vor. Häufiger bleibt ein Arzt aus Unkenntnis oder Unachtsamkeit ohne Versicherungsschutz. Vor Gefahren, die übersehen werden können, muß deshalb gewarnt werden.

1.

Erweitert ein niedergelassener Arzt seine Tätigkeit, z. B. auf operative Behandlung als Belegarzt in einem Krankenhaus, sollte er prüfen, ob er damit die Grenze des von ihm versicherten Risikos überschreitet und seine Versicherung erweitern muß. Bekanntlich sind die Versicherungsprämien je nach Art der ausgeübten ärztlichen Tätigkeit unterschiedlich gestaffelt. Es liegt auf der Hand, daß bei einer Änderung dieser Tätigkeit auch der Versicherungsschutz der neuen Gefahrenlage angepaßt werden muß. Andernfalls läuft der Arzt Gefahr, bei einem kleinen, aber folgenschweren Versehen den Schaden selbst tragen zu müssen.

2.

Ruheständler, die nur vorübergehend einen aktiven Kollegen vertreten, sind durch dessen Versicherung nicht

ohne weiteres gedeckt, zumal wenn sie selbst für ihre Tätigkeit liquidieren können. Rechtlich ist dann der „Vertreter“ Vertragspartner des Patienten und haftet allein für die Verletzung des Vertrages durch Behandlungsfehler. Für solche nur zeitweilig tätigen Ärzte gibt es besondere Tarife mit einer geringeren Prämie. Man kann sich viel Ärger und Sorgen ersparen, wenn man davon Gebrauch macht.

3.

Den bestehenden Versicherungsschutz kann im Einzelfall ein Arzt verwirken, wenn er nämlich von einem Patienten in Anspruch genommen wird, diesen Vorgang seiner Versicherung nicht anzeigt und damit die von ihm mit dem Versicherungsvertrag übernommene Obliegenheitspflicht verletzt. Auch wenn der Arzt die Forderung des Patienten für frivol hält, soll er die Versicherung einschalten. Sie hat ihrerseits die vertragliche Pflicht, unberechtigte Ansprüche von dem Versicherungsnehmer abzuwenden. Sie hat dann den zeitraubenden Schriftwechsel mit dem Patienten zu führen und auch die Kosten eines Gerichtsverfahrens zu tragen, wenn diese zwar dem unterlegenen Anspruchsteller vom Gericht auferlegt werden, aber bei der Vollstreckung des Urteils von dem zahlungsunfähigen Gegner nicht beigetrieben werden können. Im übrigen können die erfahrenen Sachbearbeiter einer Versicherung besser als der Versicherungsnehmer be-

urteilen, ob der Arzt nicht nur tatsächlich im Recht ist, sondern sein Recht auch beweisen und vor Gericht durchsetzen kann.

4.

Zuweilen werden Schadensersatzansprüche erst lange Zeit nach einer Behandlung geltend gemacht, z. B. wurde in einem von uns bearbeiteten Fall erst mehr als 20 Jahre nach einem Eingriff die dabei im Körper des Patienten zurückgebliebene Kompressen gefunden. Der schon längst im Ruhestand lebende Arzt oder gar dessen Witwe wußten, wie es auch schon vorgekommen ist, gar nicht mehr, mit welcher Versicherung ein Vertrag abgeschlossen war. Sie besaßen darüber auch keine Unterlagen mehr. Diese Versicherungsunterlagen gehören zu den wichtigen Urkunden, die jedenfalls über die allgemeine Verjährungsfrist von 30 Jahren nach § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuches hinweg aufbewahrt werden sollten.

5.

Eine Lücke im Versicherungsschutz hat sich dadurch ergeben, daß die Rechtsprechung den Unterhalt für ein nach einer fehlerhaften Sterilisation geborenes Kind und den erhöhten Unterhaltsaufwand für ein nach einer nicht erkannten Rötelerkrankung der Mutter geborenes behindertes Kind als Schaden beurteilt, den der Arzt ersetzen muß. Dieser Schaden wird als ein Vermögensschaden gewertet, der nach den üblichen Versicherungsverträgen nur bis zu Höchstbeträgen von etwa DM 25 000 gedeckt ist. Die für Behandlungsfolgeschäden vereinbarten Höchstsummen liegen demgegenüber wohl meist bei einer Million. Mir scheint es nicht sinnvoll zu sein, eine Diskussion darüber zu entfachen, ob solche Unterhaltsverpflichtungen nicht doch als Behandlungsfolgeschäden gewertet werden könnten. Vielmehr sollten von derartigen Risiken be-

Preisvergleich lohnt

50 Tabl. DM 16.04 300 mg
100 Tabl. DM 29.71

Allopurinol von Tempelhof



Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 300 mg 1-H-Pyrazolo (3,4-d) pyrimidin-4-ol
Anwendungsgebiete: Hyperurikämie, Gicht
Gegenanzeigen: Schwangerschaft, Stillzeit
Nebenwirkungen: Überempfindlichkeitsreaktionen, Übelkeit, Brechreiz, Blutbildveränderungen
Hinweis: Wechselwirkungen mit Ampicillin, Saluretika, 6-Mercaptopurin, Azathiopurin, Antikoagulantien beachten
Dosierung: Initialbehandlung 1-3 Tabl. allopurinol 300 mg/Tag
Darreichungsform: Tabletten

drohte Ärzte beschleunigt entsprechende Vertragsergänzungen mit ihren Haftpflichtversicherern vereinbaren. Der Aufwand für ein behindertes Kind kann außerordentlich hoch sein. Für einen nicht ausreichend versicherten Arzt ist dieses Risiko untragbar; die Unsicherheit des Arztes schadet auch seinen Patienten.

Abschließend sei darauf hingewiesen, daß der Arzt nach der Bestimmung des § 8 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern hat. Diese Vorschrift dient gleichermaßen dem Wohl der Ärzte wie der Patienten.

Anschrift des Verfassers:

W. Lossos, Präsident des Oberlandesgerichtes e. D., Juristischer Geschäftsführer der Schlichtungsstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80

Die wachsende Problematik meistern: Herausforderung an den Bayern-Vertrag

„Wollte Gott, ihr schwieget: so wäret ihr weise“ (Hiob 13,5). Mindestens einer war es nicht. Er hatte den Inhalt eines KVB-Briefes mit der Mahnung, den Bayern-Vertrag als Maxime ärztlicher Handlungsweise zu beachten, ausgeplaudert. Daher klagte ein Blatt bereits vor der Pressekonferenz über das Ergebnis des Bayern-Vertrages '83, es sei zum Haare raufen, der Bayern-Vertrag laufe nicht mehr.

Weil ein Unkundiger geredet hatte, mußte in der Interpretation des Bayern-Vertrags-Verlaufes ein defensiver Klang mitschwingen. Da war ein Ergebnis vorweggenommen worden, ohne daß zugleich die Ursachen genannt werden konnten. Sie mußten jetzt einem Auditorium nachgeliefert werden, das sie ohne die Voreingenommenheit durch jene Alarmmeldung bereitwilliger aufgenommen hätte.

So wurde eine Momentaufnahme aus einem Entwicklungsverlauf zu einem zufälligen Zeitpunkt als fait accompli mißdeutet. „Der ‚Bayern-Vertrag‘ zwischen den Kassen und der Kas senärztlichen Vereinigung ist praktisch gescheitert“, behauptete dreispaltig eine Überschrift im „Handelsblatt“. Im ersten Satz des darunter stehenden Beitrages hieß es indes „droht zu scheitern“.

Diese Formulierungen sind nicht etwa durch Böswilligkeit motiviert. An anderer Stelle heißt es vielmehr sehr positiv: „Das Schlagwort des Bayern-Vertrages (Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig) gilt mittlerweile bundesweit als wirksamste und patientenfreundlichste Kostendämpfungsmethode.“ Aber zur Deutung der Gründe, warum beispielsweise erstmals seit dem Bayern-Vertrag-Start 1979 im Jahr 1983 den Mehrausgaben für die ambu-

Zur perkutanen Rheuma-Therapie

Marament[®] Gel

50 g
9,30
DM

**Marament[®] ist zuverlässig
und besonders wirtschaftlich.**

Marament[®] Gel
Zusammensetzung: 100 g Gel enthalten: 2,5 g Campher, 1,0 g Methylsalicylat, 0,15 g Benzylnicotinat, 2,0 g Kiefern- nadelöl in 2-propanolhaltiger Gelgrundlage.

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

Gegenanzeigen: Bei Schwangeren und Kleinkindern sowie bei vorgeschädigter Niere ist eine Langzeitbehandlung auf großen Flächen zu vermeiden.

Anwendung: Marament[®] Gel mehrmals täglich auf die schmerzenden Stellen – bei intakter Haut – auftragen und leicht einmassieren.

Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise:

Marament [®] Gel 50 g	DM 9,30
Marament [®] Gel 100 g	DM 15,13
Marament [®] Balsam N 100 ml	DM 10,40
Marament [®] Balsam N 250 ml	DM 21,10

**Dr. Wider GmbH & Co.,
Postfach 1862, 7250 Leonberg**

lante Behandlung keine Einsparungen im stationären Bereich durch Einweisungsrückgang gegenüberstanden, kam es erst, als so mancher Journalist längst zum nächsten Termin hatte aufbrechen müssen.

Im übrigen verlief der Bayern-Vergleich 1983 nicht so nachteilig, wie es in der Kürze der Berichterstattung so manches Mal schien. „Ein noch zufriedenstellendes Ergebnis“, qualifizierte Hans Sitzmann, Geschäftsführer des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern (LdOib).

Immerhin konnten die Beitragssätze im bayerischen Durchschnitt eb 1. Januar 1984 auf 11,15 Prozent und somit noch etwas unter das Beitragsniveau von 1981 mit 11,21 Prozent gesenkt werden. Mit 11,83 Prozent war der Bundesdurchschnitt um 6,1 vom Hundert höher.

Die Aufwendungen für die kassenärztliche Gesamtervergütung lagen mit 7,39 Prozent mehr als 1982 über dem der vorläufigen Bundeserhebung KV 45 mit 4,9 Prozent. Die Kosten für die Arzneimittelversorgung erhöhten sich um 6,78 Prozent gegen 5,63 Prozent im Bundesdurchschnitt. Für Heil- und Hilfsmittel wurden in Bayern 4,06 Prozent, im Bund 6,65 Prozent mehr ausgegeben. Rückläufig war das Krankengeld in Bayern um 1,69 Prozent gegen 3,11 Prozent im Bund. Im Durchschnitt dieser vier Positionen wurde in Bayern 5,34 Prozent, im Bund 4,1 Prozent mehr aufgewendet.

Diese Vergleiche sind vordergründig errechnet und objektiv unrichtig. Als Beispiel dazu das der Krankenhausausgaben. Zunächst die Gegenüberstellung:

	Aufwand/ Mitglied 1982 DM	Aufwand/ Mitglied 1983 DM	+ In DM	+ In %
Bund	909,53	954,54	45,01	4,95
Bayern	723,38	762,62	39,24	5,42
Bund	+ 186,75	+ 191,92	+ 5,77	- 0,47

Im Bund wurden also 1982 genau 25,73 Prozent mehr als in Bayern, 1983 noch 25,17 Prozent je Mitglied mehr als in Bayern für das Krankenhaus ausgegeben. Und nun die Besonderheit: Die Steigerung im Bund macht absolut 45,01 DM, relativ aber nur 4,95 Prozent aus. Dagegen äußert sich die um 5,77 DM niedrigere Erhöhung in Bayern relativ durch ein Plus von 5,42 Prozent. Bei einem Vergleich der Prozentsätze schneidet

Bayern also schlechter ab, obwohl der Aufwand absolut geringer war.

Die Ursache: Von dem niedrigeren Basiswert aus wirkt sich für Bayern eine selbst kleinere absolute Steigerung relativ höher als im Bund aus. Umgekehrt macht wegen des höheren Ausgangswertes im Bund eine höhere absolute Steigerung als in Bayern prozentual weniger aus. Ein Vergleich ist nur bei gleichwertigen Basiswerten zulässig.

Dazu die beiden Rechnungen: Vom Basiswert Bund 1982 aus gesehen, fällt die Steigerung in Bayern mit 39,24 DM um 4,31 Prozent höher aus, liegt also unter dem relativen Bundeswert. Andererseits ergibt die Bundeserhöhung um 45,01 DM, vom Basiswert Bayern 723,38 DM errechnet, eine Steigerung im Bund um 6,22 Prozent, also höher als die in Bayern.

Diese Betrachtungsweise gilt für die Vergleiche der anderen Kostenbereiche ebenso. Das ist der schwerer wiegende Fehler. Der zweite liegt in der Gewohnheit, Bundeszahlen einschließlich den bayerischen den Bayern-Ergebnissen gegenüberzustellen. Richtig wäre, den Bund ohne Bayern zu berechnen und dann mit Bayern zu vergleichen. Weil Bayern in die Bundesrechnung niedrige Zahlen einbringt, fällt der Bundesdurchschnitt ohne Bayern höher aus.

Schließlich ist im ambulanten Bereich der Aufwand an Positionen in Bayern ungleich höher als in den anderen Bundesländern. So finanziert die KVB einen fast flächendeckenden ärztlichen „Blaulichtdienst“. Die ursprünglich öffentlich durchgeführten Impfungen wurden von den Kassenärzten übernommen und wer-

den durch die Kassen bezahlt. So stieg die Zahl der Impfungen von 764 994 im Jahr 1981 auf 1 413 657 im Jahr 1983, also um 84,79 Prozent. In der Qualitätssicherung der Geburtshilfe nähert sich Bayern einem Optimum durch ein Minimum der Neugeborenensterblichkeit. Alle diese Kostenfaktoren, die in anderen Bundesländern nicht entstehen, müssen bei einem Vergleich berücksichtigt werden.

Einer Zunahme der Zahl der Kassenärzte und einer Mengenexpansion im medizinisch-technischen Bereich folgte die der Kostensteigerung je Arzneimittel um 17,86 Prozent. Dabel war ein Rückgang der Rezepte pro AOK-Mitglied um 4,17 Prozent und der Anzahl der Arzneimittel je Mitglied um 7,92 Prozent sowie der Arzneimittel je Rezept um 3,94 Prozent zu beobachten, doch die Kosten je Rezept stiegen um 13,23 Prozent und je Arzneimittel eben um 17,86 Prozent.

Sitzmann lieferte als Analyse dieser Entwicklung:

- teurere Darreichungsformen,
- größere Peckungen,
- Verordnung neuer Arzneimittel vermehrt und
- Verordnung teurerer Arzneimittel.

Zur Frage nach den Gründen dieser und der anderen Entwicklungen Professor Dr. Hans Joachim Sewering, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns:

Von den Kassenärzten zu Beginn des Bayern-Vertrages arbeiten nur noch ca. 57 Prozent. Seit dem 1. Januar 1979 hat außerdem die Zahl der an der kassenärztlichen Versorgung in Bayern teilnehmenden Ärzte um netto 1609 oder 14,39 Prozent zugenommen. Sie betrug am Jahresende 1983 genau 12 788 gegen 11 179 am Jahresanfang 1979.

Mehr diagnostischer Aufwand und größere Bereitschaft zur Krankenhausbehandlung kennzeichnet die Übergangszeit der 43 Prozent jungen Ärzte vom Krankenhaus in die eigene Praxis und ihre Umstellung zur persönlichen Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Gleichzeitig, so Sewering, regen sie durch ihre Anwendung neu entwickelter Methoden vor allem in der Diagnostik die älteren Kassenärzte zu erneuter Investition für entsprechende Verfahren an.

Als Beispiel zitierte Sewering die Zunahme der Ultraschalluntersuchungen von 1980 bis 1983 um 446,73 Prozent bei den Allgemeinärzten, bei den Internisten um 202,97 Prozent und um 142,98 Prozent bei den Frauenärzten. Freilich erübrigen sich dadurch verschiedene Röntgenuntersuchungen.

Immerhin wird die Preiserhöhung der pharmazeutischen Industrie um 5,9 Prozent im Jahr 1983 durch die ausgabensteigernde Strukturkomponente von 11,96 Prozent (17,86 - 5,9)

fast genau zu den Kosten je Arzneimittel von plus 17,86 Prozent rund verdreifacht. Als Ansatzpunkt für eine Rückentwicklung stellte Sitzmann Gedanken über eine Strukturveränderung vor. Seine Maxime:

Jeder Versuch einer Problemlösung durch ein Einvernehmen der Sozialpartner ist einer Regelung durch den Gesetzgeber mit seinen Vorstellungen von einer Erweiterung der Negativliste, von einer Positivliste und auch einer Deckelung der Arzneimittelausgaben vorzuziehen.

Die pharmazeutische Industrie könne, warf Sitzmann in die Debatte, auch einen Beitrag zur Dämpfung der eigenen Kosten leisten und somit Zurückhaltung bei den Preissteigerungen üben. Dazu brauche sie nur die „Plage der 15 000 Pharmavertreter“ und den sehr teuren, zweiten Vertriebsweg der Ärztemuster abzuschaffen. Sewering wollte indes die Ärztemuster auf Neueinführungen beschränkt wissen.

Bayerns KV-Vorsitzender erklärte seine Bereitschaft, auf die Kassenärzte mit dem Ziel preiswerterer Verordnungen einzuwirken, in die ärztliche Fortbildung diese Problematik aufzunehmen und Ärzte einzuladen, deren Rezeptur-Usancen deutlich von denen ihrer Kollegen abweichen.

Über Sitzmanns sehr konkrete Vorstellungen zur Einsparung bei den Arzneimitteln werden die Partner der Selbstverwaltungen der Ärzte und der Krankenkassen in den nächsten Monaten sicherlich noch sehr eingehende Gespräche zu führen haben. Nach Sitzmanns Vorstellung ist der Arzt überfordert, preisbewußt zu handeln. Also müsse sich eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen dem Arzt und dem Apotheker entwickeln.

Nach Sitzmanns Vorschlag soll der Apotheker als Partner des Arztes bei

der Arzneimittelauswahl ständig zur Verfügung stehen. Der Arzt solle dem Apotheker Wirkstoff, Dosierung, Darreichungsform und Dauer der Arzneimitteltherapie nennen, und der Apotheker habe nach diesen Angaben das preisgünstigste Arzneimittel auszusuchen. Dem Arzt fehle es an der Zeit, sich mit solchen Einzelheiten zu beschäftigen.

Diese zusätzliche Leistung werde dem Apotheker so honoriert: Er berechne einen Mittelwert aus dem Preisspektrum der jeweiligen Medikamentengruppe, auch wenn er tatsächlich häufig Arzneimittel unter dieser Preis-Größenordnung abgebe.

Professor Sewering hatte aus ärztlichen Gründen eine Anzahl Einwände gegen Sitzmanns schon sehr konkrete Gedanken vorzubringen. Er wird sie in die Arbeit einer Expertenkommission einbringen, die sich mit dieser Problematik in den nächsten Monaten befassen wird.

Zum Bereich Arzneimittel fügte Sewering hinzu, daß die Negativliste nicht selten die Verordnung teurerer Präparate ausgelöst habe und sich sicherlich so mancher Arzt scheue, das Verhältnis zum Patienten durch Privatrezepte für Bagatellfälle zu belasten. Schließlich haben neue, aufwendige Arzneimitteltherapien einen kostspieligeren Aufwand durch andere Behandlungsmethoden erübrigt.

Gemeinsam streben KVB wie der LdOib einen weiteren, sinnvollen Abbau von Krankenhausbetten und eine gegliederte Versorgungsstruktur der Krankenhäuser nach den unterschiedlichen Versorgungsstufen an. Zuviele Patienten belegen noch Betten für eine Akutbehandlung, obwohl sie lediglich Nachsorge und Pflege brauchen.

Professor Sewering warf schließlich noch das kaum lösbare Problem des vehementen Ärztenachwuchses von 12 000 pro Jahr im Bundesgebiet auf und zitierte den nordrhein-westfälischen Arbeits- und Sozialminister Professor Farthmann, wonach pro Jahr nicht mehr als 3700 Ärzte gebraucht würden. Es grenze schon an Utopie, bei einer Verkürzung der Arbeitszeit und unterstellten 30 bis 35 Berufsjahren die Unterbringung von 6000 jungen Ärzten im Jahr für denkbar zu halten.

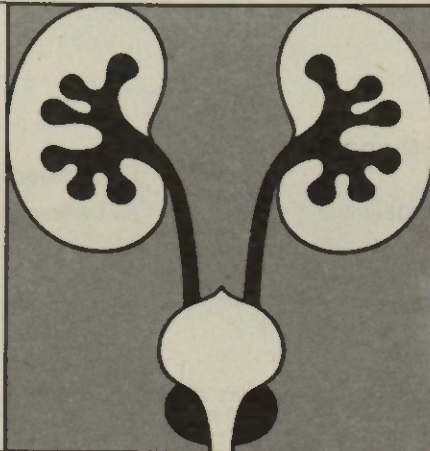
Eine Überfüllung der Kassenarztpraxis, so sorgt sich Sewering, gefährde nicht nur die Existenz der Kassenärzte, sondern auch die Qualität der kassenärztlichen Versorgung. Als Ausweg wies Sitzmann die Wiedereinführung einer Zulassungsbegrenzung an. Es drohe sonst die Aufgabe der Einzelvergütung, also die Rückkehr zum Kopfpauschale. Damit habe man allerdings, warnte Sewering, einen Qualitätsverlust der ärztlichen Leistungen in Kauf zu nehmen.

Der Gesprächsstoff der Bayern-Vertragspartner vermehrt sich eher, als daß er abnimmt. Beide erkennen sie die Probleme und ihre Ursachen. Beide wissen, daß eine verständnisvolle Kooperation im Sinne jenes Vertrages der einzige Weg ist, im Interesse der Versicherten und der Ärzte wie der anderen Angehörigen der Heilberufe zuträgliche Lösungen herbeizuführen.

Eines ist nach dieser Bayern-Vertrag-Bilanz sicher: Trotz der Dämpfung der Entwicklung, oder eben deshalb, wird der Geist dieses Vertrages eher noch mehr Einfluß auf das Gesundheitswesen in Bayern gewinnen, als daß der Vertrag seinen Geist aufgibt.

Horst Baloch, München

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



SOLIDAGO® Dr. Klein

die Kapillarpermeabilität normalisieren, die Kapillarresistenz erhöhen.

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

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

Handelsformen und Preise incl. MWST.: Tropfen: Flasche 20 ml DM 7,48, 50 ml DM 14,95, 100 ml DM 25,43.



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

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Hof/Seele:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:

1 Augenerzt

Rehau, Lkr. Hof/Saale:

1 Augenerzt

Lichtenfels:

1 Augenarzt

Bayreuth:

1 Hauterzt

Coburg:

1 Hauterzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Wunsiedel:

1 Hautarzt

Wunsiedel:

1 Internist

Marktredwitz, Lkr. Wunsiedel:

1 Kinderarzt
(Praxisübernahme)

Coburg:

1 Nervenarzt

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

Mittelfranken

Heroldsberg, Lkr. Erlangen-Höchstadt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(Praxisübernahmefähigkeit)

Nürnberg-Gostenhof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(Praxisübernahmefähigkeit)

Erlangen:

1 Augenerzt
(Praxisübernahmefähigkeit)

Gunzenhausen:

1 Augenerzt

Nürnberg:

1 Augenarzt
(Praxisübernahmefähigkeit)

Fürth:

1 Chirurg
(Praxisübernahmefähigkeit)

Erlangen:

1 HNO-Arzt
(Praxisübernahmefähigkeit)

Nürnberg:

1 Hauterzt
(Praxisübernahmefähigkeit)

Nürnberg:

1 Internist
(Praxisübernahmefähigkeit)

Lkr. Ansbach:

1 Nervenarzt

Gunzenhausen:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-529 (Herr Moritz).

Unterfranken

Gochshelm, Lkr. Schweinfurt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Erlenbach/Klingenberg,

Lkr. Miltenberg:
1 Augenerzt

Gemünden, Lkr. Main-Spessart:

1 Augenarzt

Haßfurt, Lkr. Haßbarga:

1 HNO-Arzt

Karlstadt/Marktheidenfeld,

Lkr. Main-Spessart:
1 HNO-Arzt

Kitzingen, Lkr. Kitzingen:

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßbarga:

1 Hauterzt

Planungsbereich Obernburg,

Lkr. Miltenberg:
1 Internist

Haßfurt, Lkr. Haßbarga:

1 Nervenarzt

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

Oberpfalz

Kötzting, Lkr. Cham:

1 Augenerzt

Vohenstrauß, Lkr. Naustadt/WN:

1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Cham:

1 HNO-Arzt

Lkr. Tirschenrauth:

1 HNO-Arzt

Stadt Chem, Lkr. Chem:

1 Hautarzt

Stadt Tirschenrauth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Hauterzt

Stadt Weiden:

1 Hauterzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 20 02-0.

Niederbayern

Pfarrkirchen/Egganfalden, Lkr. Rottal-Inn:

1 Hauterzt

Landkreis Kelheim:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9, 8440 Streubing, Telefon (09 421) 230 61.

Schwaben

Bad Wörthshofen, Lkr. Unterallgäu:

1 HNO-Arzt

Gersthofen oder Maitingen,

Lkr. Augsburg:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 3256-0.

Sozialpolitik des BdO

Die Presseseminare des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen haben Tradition. Da wurden schon häufiger Akzente für die gesundheits- und sozialpolitische Diskussion gesetzt und politische Initiativen vorbereitet. Da wurde die Strategie der Kostendämpfungspolitik vorgetragen und zum ersten Mal über die Verzerrungen in der Risikostruktur der Kassenarten gesprochen. Das jüngste Treffen in Maria Leach dürfte jedoch der Sozialpolitik kaum neue Impulse geben. Auch der Bundesverband der Ortskrankenkassen leidet offensichtlich an einem Mangel an neuen und überzeugenden Ideen. Das soll kein Vorwurf sein. Aber wenn sich in der Politik nichts bewegt und Chancen für Reformen und Veränderungen nicht zu erkennen sind, dann muß das auch lähmend auf die Vordenker in den Verbänden wirken, ganz abgesehen davon, daß der Bundesverband der Ortskrankenkassen erst einmal die Interessengegensätze von Gewerkschaften und Arbeitgebern, also den Partnern der Selbstverwaltung, zu überwinden hat, ehe er in die Öffentlichkeit tritt.

Ein wenig überraschend war, daß ausgerechnet der Mann der Gewerkschaften in der Führungsspitze des Verbandes, Wilhelm Heitzer, ein Referat über „Marktsteuerung im Gesundheitswesen“ hielt. Wer jedoch anhand der Themenstellung erhofft oder befürchtet hatte, daß sich Heitzer für mehr Markt im Gesundheitswesen aussprechen würde, der konnte schon bald erkennen, daß es Heitzer nicht um eine Auflockerung des Sachleistungssystems, sondern um dessen Stabilisierung ging. Heitzer strebt eben nicht „Marktsteuerung im Gesundheitswesen“ an: er will sie verhindern. Damit bewegt sich der Bundesverband weiterhin auf der seit Jahren vertretenen Linie. Alles andere wäre auch eine Überraschung gewesen. Überraschend ist eigentlich nur, daß es zwischen der Gewerkschaftsseite und der Arbeitgeberseite in der Selbstverwaltung keinerlei Meinungsverschiedenheiten zu geben scheint.

Heitzer nannte vier „Leitvorstellungen“, die für eine leistungsfähige Krankenversicherung unverzichtbar seien: Das Solidaritätsprinzip mit Finanzierung durch Umlagen nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Das Sachlei-

stungsprinzip mit vollwertigem Krankenversicherungsschutz und Einwirkungsmöglichkeit auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sowie die Eigenverantwortung aller Beteiligten. Orts-, versicherten- und betriebsnahe paritätische Selbstverwaltung durch Versicherte und Arbeitgeber. Lebenskräftige Ortskrankenkassen als Grundlage des gegliederten Systems der Krankenversicherung. Diesen Grundsätzen, das scheint hier, entspricht nur das bestehende System der gesetzlichen Krankenversicherung. Heitzer sprach aber auch davon, daß Gesundheit ein „soziales Gut“ sei. Der einzelne Versicherte dürfte das anders sehen: er wird Gesundheit als ein individuelles Gut empfinden. Heitzer folgert aus seiner Vorstellungswelt, daß dem Staat die Gesamtverantwortung für die Krankenversicherung auch weiterhin zukommen müsse, was eigentlich niemand ernsthaft bestreitet. Die Beschränkung auf das reine Versicherungsprinzip sei für die Ortskrankenkassen angesichts der Bedeutung des Gutes Gesundheit ausgeschlossen.

Der Sprecher der Ortskrankenkasse nutzte die Gelegenheit, sich mit den neoliberalen Gesundheitsökonomien auseinanderzusetzen. Einig sei man sich mit den Ökonomen noch über die Tatsache, daß Krankheitsfolgen im marktwirtschaftlichen Verteilungsprozeß vernachlässigt würden. Der Kranke falle schlicht aus dem Marktprozeß heraus. Daraus zieht Heitzer die Schlußfolgerung, daß das Gesundheitswesen staatlich organisiert sein muß. Im übrigen vertraue kein einziges entwickeltes Industrieland allein auf die Leistungsfähigkeit eines privaten Systems. Heitzer sieht das Interesse betroffener Gruppen, sich der solidarischen Absicherung zu entziehen. Das gelte zum Beispiel für den alleinstehenden Bezieher eines überdurchschnittlichen Einkommens oder für denjenigen, der seinen Gesundheitszustand für gut halte. Auch sei die Vorliebe der Anbieter von Gesundheitsleistungen für ein gegliedertes System konkurrierender Krankenkassen unübersehbar. Der Gesundheitsmarkt sei – ökonomisch gesprochen – ein Verkäufermarkt: die Entstehung von Nachfragemacht werde wirksam durch eine zersplitterte Nachfrage verhindert.

Die Marktgesetze hält Heitzer in der medizinischen Versorgung für nicht funktionsfähig, weil es den informierten Konsumenten nicht gebe. Die Medizin sei ein Bereich, der mit Marktwirtschaft nur wenig zu tun habe. Marktwirtschaftliche Prinzipien könnten nicht funktionieren, weil ein wichtiger Marktpartner, der Patient, in wesentlichen Fragen nicht in der Lage sei, sich marktwirtschaftlich zu verhalten. Da es im Medizinbetrieb den kritischen Verbraucher nicht gebe, habe der Medizinbetrieb eine „natürliche Tendenz zur Ausuferung“, folgert Heitzer aus seiner Einschätzung des Patienten. Auch konkurrierende Krankenversicherungsunternehmen könnten dieses Gegengewicht kaum schaffen. Damit macht Heitzer deutlich, daß die Ortskrankenkassen von konkurrierenden Krankenkassen nichts hätten. „Die hochgezogene Augenbraue des Arztes in bezug auf eine bestimmte Krankenkasse genügt, damit der Versicherte sich unwohl fühlt. Und wer sich unwohl fühlt, geht lieber woanders hin“, meint Heitzer. Der Wettbewerb würde die Zugangsbarrieren zur Inanspruchnahme von Leistungen beseitigen.

Die Vorschläge der Gesundheitsökonomien führten in die Sackgasse. Die Ausuferung der Gesundheitskosten werde nicht verhindert, die Qualität des Angebotes nicht verbessert, ein Prozeß der Entsolidarisierung sei unausweichlich. Als sozialpolitischen Unfug bezeichnete es Heitzer, die Leistungen in Grund- und Zusatzleistungen aufzuspalten. Des wäre der konsequente Weg in eine Zwei-Klassen-Medizin. Die gesetzliche Krankenversicherung müsse auch weiterhin einen vollwertigen Versicherungsschutz anbieten. Auch von Selbstbeteiligung halten die Ortskrankenkassen nichts. Davon gingen keine sinnvollen Steuerungswirkungen aus. Mit zunehmender Selbstbeteiligung finde eine Umverteilung statt, bei der Gesunde zu Lasten Kranker profitieren und Arbeitgeber zu Lasten der Arbeitnehmer. Aus sozialpolitischen Erwägungen könne auf Härtefallregelungen für Einkommensschwache nicht verzichtet werden, was die einzelnen Kassenarten unterschiedlich treffe und damit wettbewerbsverzerrend wirke.

Unausgesprochen blieb, daß diese KrankenversicherungsideoLOGIE eben zwangsläufig zur Verschärfung der Kostendämpfungspolitik, des Dirigismus bei Leistungsanbietern und Patienten und zu mehr bürokratischen Kontrollmechanismen führen wird. Aber die Kassenfunktionäre braucht diese Perspektive ja nicht zu schrecken.

bonn-mot

Neue Genehmigung für München 2

Mehr als drei Jahre nach dem sensationellen Baustopp, den der Bayerische Verwaltungsgerichtshof am 16. April 1981 für den Flughafen München 2 verordnet hatte, gab jetzt die Planfeststellungsbehörde, die Regierung von Oberbayern, eine neue Genehmigung für das Projekt bekannt: einen sogenannten Planänderungsbeschuß, mit dem die reduzierten Flughafenpläne rechtlich abgesichert werden sollen und mit dem die Flughafenplaner auf einen baldigen Wiederbeginn der Bauarbeiten im Erdinger Moos hoffen. Mit dem Planänderungsbeschuß sollen alle jene Bedenken ausgeräumt werden, die der 20. Senat des Verwaltungsgerichtshofs in der Begründung für seinen Beschluß angedeutet hatte, mit dem die erst fünf Monate zuvor begonnenen Bauarbeiten im Erdinger Moos eingestellt wurden. Die Richter betonten zwar in ihrem Baustoppbeschuß die Notwendigkeit eines neuen Flughafens für München und äußerten keine Einwände gegen den gewählten Standort im Erdinger Moos. Ausdrücklich betonten sie, daß die Kapazität des Flughafens München-Riem für die Zukunft nicht ausreicht, der wegen bestehender Sicherheits- und Umweltprobleme ersetzt werden müsse. Gleichwohl stellten sie die Bauarbeiten ein, weil sie verfahrensrechtliche Mängel zu entdecken glaubten und ihnen die planfestgestellte Fläche des neuen Flughafens zu groß erschien.

Der Bauherr des neuen Airports, die Flughafen München GmbH, zog die Konsequenzen aus dem Baustoppbeschuß und reduzierte mit einer Umplanung das Flughafengelände von rund 2000 Hektar auf 1500 Hek-

tar. In diesem Zusammenhang wurde auch eine eigene Start- und Landebahn für die Allgemeine Luftfahrt, also dem Verkehr mit Kleinflugzeugen, gestrichen. Mit den reduzierten Plänen stellte die Flughafengesellschaft bei der Regierung von Oberbayern den Antrag, ein Verfahren zur Änderung des bereits planfestgestellten Projekts einzuleiten. Erneut folgte die öffentliche Auslegung der neuen Pläne in den betroffenen Gemeinden, wobei insgesamt von 23 000 Betroffenen Einwendungen erhoben wurden. Für sie wurde eine öffentliche Anhörung abgehalten, die allerdings von den Flughafengegnern boykottiert wurde. Im Rahmen des Prüfungsverfahrens untersuchte die Regierung von Oberbayern auch alternative Figurationen des Start- und Landebahnsystems, kam aber jetzt zu dem Ergebnis, daß das bereits gewählte Bahnsystem allen anderen vorzuziehen sei, weil es einen optimalen Lärmschutz garantiere. Die Regierung schrieb u. a. auch die Luftverkehrsprognosen fort, die nach wie vor von deutlichen Zuwächsen ausgeht. Schließlich erklärte sie wie schon im Jahre 1979 beim Planfeststellungsbeschuß jetzt auch den Planänderungsbeschuß für „sofort vollziehbar“, d. h., im Falle der Aufhebung des Baustopps kann der Bau des Flughafens München 2 weitergeführt werden, ohne daß der endgültige Ausgang von Klagen gegen das Projekt abgewartet werden muß.

Die Gründe für den Sofortvollzug sind: Aufgrund seiner Stadtnähe stelle der Flughafen München-Riem ein nicht zu verantwortendes Sicherheitsrisiko für den Fall eines Absturzes, wie er sich beispielsweise 1960

an der Münchener Paulskirche ereignet hatte, dar. Weiter sei die Belastung durch Fluglärm für 300 000 Einwohner unter den An- und Abflugschneisen von Riem nicht mehr länger zu verantworten. Und schließlich sei der Flughafen angesichts eines wachsenden Verkehrsaufkommens mit seiner zu geringen Kapazität nicht mehr in der Lage, die steigenden Flugbewegungs- und Passagierzahlen zu verkraften.

Mit dem Planänderungsbeschuß mußten die Flughafenplaner allerdings auch eine bittere Pille schlucken: Zwar begrüßte der Münchener Flughafenchef, Hermann Reichart, ausdrücklich die Bekanntgabe des Planänderungsbeschlusses mit den Worten: Sie sei ein wichtiger Schritt nach vorne, in Richtung Wiederaufnahme der Bauarbeiten. Positiv sei auch, daß die Regierung den eingebrachten Plänen im wesentlichen entsprochen habe. Doch eine weitere, von der Regierung vorgenommene Verkleinerung des Flughafengeländes bedauerte er mit den Worten: Nun sei man auf dem absoluten Flächenminimum für einen zukunftsgerichteten Flughafen angelangt.

Große Bedenken äußerte er gegen die jetzt erheblich verschärften Nachtflugbeschränkungen: Die Regierung hat nämlich angeordnet, daß zwischen 24.00 und 5.00 Uhr nur in besonders begründeten Ausnahmefällen geflogen werden darf. Für die Zeit zwischen 22.00 Uhr und Mitternacht sowie 5.00 Uhr und 6.00 Uhr morgens, wurde die Zahl der Starts und Landungen von 38 auf 28 herabgesetzt. Reichart: „Damit wird uns ein enges Korsett aufgezwungen. Unser großes Problem wird sein, insbesondere im interkontinentalen Luftverkehr den Anschluß nicht zu verlieren.“

Der Münchener Flughafendirektor kündigte an, daß man mit dem Planänderungsbeschuß, der den Abschluß des behördlichen Prüfungsverfahrens darstellt, sobald als möglich beim Verwaltungsgerichtshof die Aufhebung des Baustopps beantragen werde. „Regierung und Flughafenplaner haben jetzt alles getan, um die Voraussetzung für eine Inbetriebnahme des Flughafens München 2 im Jahr 1990 zu schaffen. Es liegt nun an den Richtern, grünes Licht für den Weiterbau des dringend benötigten Flughafens zu geben.“

Michael Gscheidle

Personalia

Professor Dr. med. Kay Brune, Leiter des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsstraße 22, 8520 Erlangen, wurde in die Aufarbeitungskommission B 2 (Antirheumatika) des Bundesgesundheitsamtes berufen.

Professor Dr. med. Rudolf Fahlbusch, Direktor der Neurochirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, erhielt von der Royal Society of Medicine (Section of Endocrinology) den „Pharmacia Lecture Award“.

Professor Dr. med., Dr. phil. h. c. Theodor Hellbrügge, Vorstand des Instituts für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München, Leiter des Kinderzentrums und der Aktion Sonnenschein, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2, wurde zum Ehrenmitglied des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands e.V. ernannt.

Privatdozent Dr. med. habil. Peter Seifrin, Institut für Anästhesiologie der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde zum Vorsitzenden der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands gewählt.

Dipl.-Chem., Dr. med. Gerhard Triebig, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin und Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Schillerstraße 25 und 29, 8520 Erlangen, wurde für seine Arbeit „Neurotoxische Arbeitsstoffe und periphere Nervenfunktionen“ der E. W. Baader-Preis verliehen.

Professor Dr. med. Eugen Wannewetsch, Medizinaldirektor, Thanellerstraße 5, 8900 Augsburg-Hochzoll, und Dr. med. Edzard Ernst, Klinik für Physikalische Medizin der Universität München, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, erhielten (ungeteilt für die gleichwertigen Arbeiten) den Sebastian-Kneipp-Preis 1984.

Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft für Walter Albrecht

Auf der Eröffnungsveranstaltung des diesjährigen Bayerischen Zahnärztes-tages in München erhielt Abteilungs-direktor Walter Albrecht, Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Den-ninger Straße 37, 8000 München 80, die Ehrennadel der deutschen Zahn-ärzteschaft für sein langjähriges En-gagement und seine Erfolge für die berufsständische Altersversorgung.

Ministerialdirigent Dr. Reiter Präsident des Bundessozial- gerichts

Ministerialdirigent Dr. jur. Heinrich Reiter, Bayerisches Staatsministe-rium für Arbeit und Sozialordnung, Schellingstraße 155, 8000 München 40, wurde zum Präsidenten des Bun-dessozialgerichts ernannt.

Professor Dr. med. Josef Zander, Direktor der I. Frauenklinik der Uni-versität München, Maistraße 11, 8000 München 2, wurde anlässlich des 32. Annual Clinical Meeting des Ameri-can College of Obstetricians and Gynecologists zum Honorary Fellow ernannt.

sinupret®

bei
Sinusitiden und
Sinobronchitiden

Zusammensetzung: 100 g enthalten 29 g Ma-zoriat (Auszugsmittel 58,9 V/V Ethanol) aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. cum Calyc. 0,6 g, Herb. Runic. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,6 g. - 1 Dragée enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Rimul. cum Calyc. 0,018 g, Herb. Runic. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vita-min C 0,010 g. **Indikationen:** Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis,

Sinobronchitis, Infektprophylaxe beim bron-chitischen Syndrom, sinogener Kopfschmerz. **Kontraindikationen** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Dosierung:** 3mal täglich, 10 bis 50 Tropfen oder 1 bis 2 Dragées. **Handels-formen:** OP mit 100 ml DM 9,80, OP mit 50 Dra-gées (N2) DM 9,50, OP mit 100 Dragées (N3) DM 16,05. Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées. - Stand bei Drucklegung



bionorica
Nürnberg 1

Asklepios' Poeten im „Boot“

Auf Wellen sich schaukelnd schwankt es dahin, das Boot. Het nicht immer gleich ein Ziel. Mitunter läßt es sich treiben auf glitzernder Wasserfläche. Schön ist so eine Bootsfahrt. Und das gemeinsame Genießen verbindet all die, die mitfahren.

Sei es lebensvoll-hingegeben im großen breiten Strom, sei es heiter-gelassen auf der ruhig glänzenden Fläche des stillen Sees, sei es erregend-wild im unruhigen, gar stürmischen Gewoge des Meeres, hier mit dem Kitzel des Wagnisses ... das „Boot“ bietet Ansichten und Ausichten, Überraschungen und Einfälle auf seinem Weg. Und das Gestade wandelt sich sanft kommend, sanft gehend, ohne Eile, immer gut für Neues, Anderes, Unbekanntes.

Ich weiß nicht, ob Robert Grabski, dem schlesischen Dichter und Verleger von Zeitschriften, dieses Bild einer Bootsfahrt vor Augen schwebte, als er 1955 seiner Zeitschrift für Lyrik der Gegenwart den Namen „Das Boot“ gab. Fast möchte es mir aber so scheinen. Grabski hat ja Erfahrung mitgebracht in der Herausgabe literarischer Periodika. In Italien gründete er die Literaturzeitschrift „L'arco letterario“. Ein Bogen soll sich spannen. Und diesen Bogen läßt er auf heimischem Boden mit einem Boot ebfahren, er als Bootsmann. In seinem Impressum zu seinen „Lyrischen Blättern der Gegenwart“ – im 22. Jahrgang steht diese renommierte Lyrikzeitschrift schon – meint Grabski: „Das Boot erscheint viermal im Jahr. Es bietet in seinen schmucken Heften einen literarischen Querschnitt durch das poetische Schaffen unserer Zeit. Fern aller Ismen pflegt es das gute Gedicht.“

Beim Durchblättern der letzten Jahrgänge finde ich euch Beiträge schreibender Ärzte aus Bayern, die dem Bund Deutscher Schriftstellerärzte angehören. Es ist mir eine Freude, dem Leser des „Bayerischen Ärzteblattes“ eine Auswahl von Gedichten dieser Kollegen vorstellen zu können. Vertreten sind in dieser Literaturzeitschrift: Maria Bednare, Walter

Fick, Robert Paschke, Alfred Rottler, Andreas Schuhmann und Klaus Simon

„Das Boot“ möge noch viele interessante Reisen in schöne bekannte und unbekannte Gefilde des Fühlens, des Denkens, des Verwandels ... und der Phantasie unternehmen. Bootsmann, Ahoi!

Dr. med. Andreas Schuhmann
Grünwalder Straße 106
8000 München 90

Maria Bednare

Die Senduhr

Kein gleiches Maß
an beiden Polen,
denn jede Hälfte
füllt sich niemals
gleich

in gleicher Zeit,
so ungleich wie
die eine Hälfte
sich vergibt
so ungleich
wird die andere Hälfte
sich vertun,

wenn Du die Körnchen zählst
wirst Du erstaunt
die Masse meinen müssen.

Vielleicht

So ausgegraben
sind manche Dinge,
die hilflos
auf dem Pflaster liegen –
entblößt
der schützenden Erde,
preisgegeben
dem Licht
das erbarmungslos

brennt ...
vielleicht ist es das,
was wir bekennen
nennen

Wind im Frühling

Geht an den Mandelbäumen vorbei
der, der blütenschonende,
er wird erst kühn auf den Rasenplätzen,
die duften ... , so gelb weht er
die Krokusspitzen an, dann violett,
er taucht bis in die letzte Erde,
die übrig blieb
woll sie kein Samen traf
zum Grünen oder Blühen,
und wirbelt er, der Wind
die Erde und den Staub
in alles Blau, das ihm zu eigen ist,
der Wind,
der anspruchsvollen Anbeginn
für sich besitzt.

Welter Fick

Rote Rosen

in einer grünen Keramikvase

Ein Liebesgruß verfließt in Blättern rot,
geformt in Farben wie von Künstlerhand,
in sich verschwungen zärtlich
und verwandt,
so zwischen Schicksal, Leben,
Lieb und Tod,

und Boten wie aus einem fernen Land.
So wie Rosetten, die in Domen dunkeln
und die sich neigen, wenn ein Beter naht,
um zu erfragen einen lichten Rat, –
und in dem Glanz des Sonnendämmers
funkeln
und in den Herzen sind wie eine Saat.
Wie eine Saat aus Quellen, die verloren,
und aus der Blüten goldenrot entstehn,
als wären sie schon tausendmal geboren,
und ein Geschick tritt aus der Zukunft
Toren,
wie Wanderer, die rasch vorübergehn.

Lied einer Flöte

Einer Flöte Lied
in der blauen Nacht
klettert auf silbernen Stufen
glücklich empor
und wlegt sich
in den Wipfeln der Bäume.

Dichterlesung

veranstaltet von der Landesgruppe Bayern des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

am 19. Dezember 1984

16.00 Uhr – Ärztehaus Bayern, München

Bayerische Schriftstellerärzte lesen in Lyrik und Prosa aus eigenen Werken unter dem Motto:

„Des Lebens bunter Bogen“

Anmeldungen der Zuhörer mit Angabe der Teilnehmerzahl erbitten an Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Stichwort „Adventlesung“.

Die Welt ist nun stille,
und die sanften Hände
der Nacht
löschen den Lärm
und die Torheit des Tages.

Robert Peschke

Frege die Toten

Frege die Toten!
Sie können loten
den schwersten Fell.
Sind nicht gebunden,
haben verwunden
die Schwere des All.
Schweben im Raume
frei wie im Treume,
sind überall.

Sind nicht Gestalten,
die man kenn halten,
haben nur geistige Form.

Wirst du sie fragen,
werden sie sagen
dir die ewige Norm.

Gesichte sind's

Gesichte sind's, die mich bedrängen,
den Einsamen so manche Nacht,
skurril oft wie aus fernen Sängen
verwirren sie den Geist mit Macht.
Ist das denn wirklich meine Seele,
die hier aus ihren Tiefen spricht,
mit der ich mich gottsuchend quäle? –
Was soll das denn? – Ich weiß es nicht!

Der Zeiten Lauf

Ewig gestern, ewig morgen
und wir stehen mitten drin,
kämpfen gegen manche Sorgen
ewig jetzt so für uns hin.
Ewig wird es immer bleiben
dieses Jetzt im Kampf ums Sein,
und was wir auch immer treiben,
morgen wird es gestern sein.

Alfred Rottler

Zwei auf der Bank

Hinter Friedhofgittern
Schauen bunte Blumen her,
Alte Steine wittern,
Ruh'n wie Tote schwer.

Drüber dehnt der schöne
Seidenhimmel sich;
Ferbig die Fontäne
Klare Strehlen bricht.

Auf der Bank die beiden
Achten kaum gestorbnen Leids;
Wunder, Liebe, Freuden
Zwischen Grab und Kreuz.

Erkenntnisse

Wär der Schrei des Todes nicht so laut,
schöb der Wildwuchs noch mehr ins Kraut,
Von den großen Sommerfesten
sitzen wir auf letzten Resten.
Das winzige Inselchen Wahrheit
treibt mitten im Ozean des Irrtums.
Die Sonne, die dir den Rücken wärmt,
hält dir deinen Schatten vor Augen.

Alfred Rottler

Pferde in der Camergue Sommeranfang 1981

Überall grollt das Meer,
Hufe dröhnen und stampfen
voll ungebärdiger Kraft.
Wiehern, wehende Mähnen –
Nüstern schnauben und dampfen
hintern kühnen Mustang her.
Mutiger! Fenge, bändige
ihn nach deinem Willen
und versuch ihn zu zähmen,
nicht mit Zwang, Gewalt!
Strafen kann nur lähmen –
Guardian, leit' ihn mit Liebe
und versammle das Tier, –
Wucht und Anmut verschmelzen.

Klaus Simon

Meinst du diese Freiheit?

Das Reh, das dort am Waldrand steht
Das weiß noch nichts vom Haß
Es geht dort, wo sein Rehbock geht
Und frißt das grüne Gras
Es wärmt sich, wenn die Sonne scheint
Der Regen mecht es naß
Und wenn sich's mit dem Bock vereint
Dann hat es seinen Spaß
In grenzenloser Freiheit streift
Das Reh durch seinen grünen Wald
Im Sommer und im Winter

Weil's Hunger nicht eis Zweng begreift
Noch auch der Liebe Urgewalt
Und Bitten seiner Kinder

Andreas Schuhmann

Stundenglas

Die grauen Schläfen
An die Kühle der Nacht
Gelehnt
Wachenden Auges
Schlaflos
Hörst du des Zirpen
Der Zeit
Sirrende Stunde
Des Verlustes
Taktlos
Schwindet sie hin
Nimmt dir
Den Mut zum Jetzt
Demit erst
Verspielst du
Die Zeit.

Werum nur ...

Vom Himmel greu
sinkt
schütterer Schnee.
Flocken der Kälte fallen
tanzend
dir ins Gesicht.
Die eine Flocke
hängt
an deiner Wimper dir
verschleiern den Blick der
unserer Liebe galt.
Warum nur
ließ ich in Kälte dich
stehn?

Menschsein

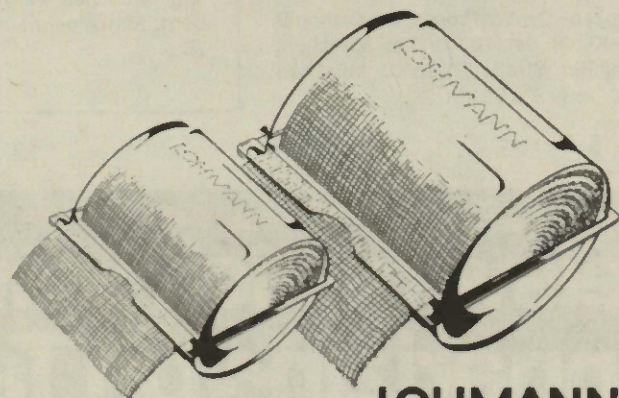
Wandel und wagendes Werden
Lessen uns nimmer in Ruh
Wir sind gebennt auf Erden
Und träumen der Ewigkeit zu.
Träumen von fernen Dingen
Die uns das Jetzt versagt
Was wird uns noch gelingen
Wenn keiner nach Höherem fragt?
Bleiben wir treu unserem Streben
Himmelwärts erdenah frei –
Wenn euch ein lautlos Entschweben
Verwehen Vergehen – vorbei!

Gazin[®] der Praxis-Mull

10 m Rolle im Klarsichtspender,
40 m (2 Rollen à 20 m) in Folienbeutel.

Gazin – hygienisch und hendlich auch für den Patienten:
1 m, 2 m, 5 m und 10 m gerollt im Klarsichtspender.

Gazin – Ph. Eur., VM 20 DIN 6163D-Bw
80 cm breit, 8fach gelegt auf 10 cm



LOHMANN

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

32175/0584

Kongresse: Allgemeine Fortbildung

Leo-von-Zumbusch-Gedächtnisvorlesung

am 9. Juli 1984 in München

Thema: Das maligne Melanom als Krebsmodell (Professor Dr. E. Macher, Münster)

Zeit und Ort: 12.15 Uhr – Großer Hörsaal der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, München 2

17. Sportmedizinisches Seminar am 14. Juli 1984 in Waldkirchen

Thema: Fußball

Ort: Hotel Post, Waldkirchen

Auskunft:

Dr. E. Rössler, Ringmauerstraße 3, 8392 Waldkirchen, Telefon (085 81) 12 33

Mitgliederversammlung 1984 des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

am 28. Juli 1984 in München

Themen: Probleme der neuen GOÄ – Novellierung der Bundespflegesatzverordnung

Zeit und Ort: 9.30 Uhr – Sheraton-Hotel, Arabellastraße 6, München 81

Auskunft:

Professor Dr. H. W. Opperbecke, Obere Schmiedgasse 11, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 33 32 41

18. Internationaler Fortbildungskongress für Sportmedizin

vom 18. bis 26. August 1984
in Velden/Wörthersee

Veranstalter: Österreichischer Sportärzterbund in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzterverband

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. W. Pförringer, Orthopädische Klinik der Universität München, Harlachinger Straße 51, 8000 München 90, Telefon (089) 6 21 11

33. Internationaler Seminar-Kongress für ärztliche Fortbildung

vom 25. August bis 8. September 1984 in
Pörtlach/Wörthersee

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

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

Auskunft und Anmeldung:

Kongressabteilung des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden, Telefon (081 21) 30 60 28

Klinische Fortbildung in Bayern

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

Frauenheilkunde

4. Fortbildungsseminar der Technischen Universität München am 7. Juli 1984

Frauenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

Direktor: Professor Dr. H. Graeff

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 12.00 Uhr

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

Thema: Reisen, Tourismus und Ernährung in der Schwangerschaft

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. R. Schröck, Frauenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 4140-1

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Fortbildungsveranstaltung der Münchener Universität am 18. Juli 1984

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. H. H. Neumann

Leitung: Professor Dr. F. Martin

Ort: Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München im Klinikum Großhadern, Merchioninistraße 15, München 70

Beginn: 15.00 Uhr c. t. – Ende: 17.00 Uhr

Thema: Differentialdiagnostik und Therapie der Funktionsstörungen des Innenohres

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München im Klinikum Großhadern, Frau Schäfer, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 7095-38 50

Innere Medizin

Fortbildungsveranstaltung der Erlanger Universität am 14. Juli 1984

Abteilung für Stoffwechsel und Ernährung in der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. L. Demling

Leitung: Privatdozent Dr. D. Sailer

Beginn: 8.30 Uhr – Ende: 13.00 Uhr

Ort: Meistersingerhalle Nürnberg, kleiner Saal, Münchener Straße 21, Nürnberg 50

Thema: Diabetologie 84

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. D. Sailer, Abteilung für Stoffwechsel und Ernährung in der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-33 96

Preisvergleich lohnt
Cinnarizin von Tempelhof

50
Tabl. DM 6,73

100
Tabl. DM 11,71

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 75 mg Cinnarizin

Anwendungsgebiet: cerebrale und periphere Durchblutungsstörungen

Dosierung: 1 - 3 Tabletten/Tag

Nebenwirkungen: Zu Beginn der Therapie kann das häufigste Nebenwirkungssymptom Schwindel auftreten, das bei der Weiterentwicklung des Arzneimittels abklingt, jedoch ohne Desorientierung meist nach wenigen Tagen abklingt

Unverträglichkeiten und Risiken: keine bekannt

Hinweis: cinnarizin forte Tabletten während der Schwangerschaft nur auf ärztlichen Rat

Darreichungsform: Tabletten



Pharm. & Chem. Dr. Tempelhof

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern 1983

Nr. der ICD 1979 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle			
		männlich	weiblich	zusammen	
		Zahl			auf 100 000 d. Bevölk.
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	436	372	808	7,4
	darunter				
011-018,137	Tuberkulosa insgesamt	208	108	316	2,9
140-199	Bösartige Neubildungen	12 953	13 088	26 041	237,5
	darunter				
151	des Magens	1 780	1 798	3 578	32,6
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms	1 841	2 095	3 936	35,9
160-163	der Atmungsorgane	3 239	670	3 909	35,7
174	der weiblichen Brustdrüse	—	2 270	2 270	39,7 ²⁾
179-182	der Gebärmutter	—	887	887	15,5 ²⁾
185	der Prostata	1 511	—	1 511	28,8 ³⁾
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	849	914	1 763	16,1
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekanntes Charakters	776	1 068	1 844	16,8
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems	1 046	1 824	2 870	26,2
	darunter				
250	Diabetes mellitus	872	1 572	2 444	22,3
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	150	243	393	3,6
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1 228	1 193	2 421	22,1
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	27 154	34 877	62 031	565,8
	darunter				
410	akuter Myokardinfarkt	7 890	5 276	13 166	120,1
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	3 559	4 420	7 979	72,8
426, 427	Herz-Reizleitungs- und Rhythmusstörungen	667	543	1 210	11,0
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	4 676	8 431	13 107	119,5
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	6 975	11 487	18 462	168,4
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	4 410	3 394	7 804	71,2
	darunter				
480-486	Pneumonia	1 184	1 545	2 729	24,9
487	Grippe	65	133	198	1,8
466, 490, 491	Bronchitis	1 559	669	2 228	20,3
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	3 656	2 836	6 492	59,2
	darunter				
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	327	277	604	5,5
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	103	221	324	3,0
571.2, .5, .6	Leberzirrhose	1 766	678	2 444	22,3
570, R.v. 571 u. 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	608	660	1 268	11,6
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	916	905	1 821	16,6
	darunter				
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfnieren	63	87	150	1,4
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	—	11	11	9,8 ⁴⁾
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	149	432	581	5,3
740-759	Kongenitale Anomalien	255	217	472	4,3
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	278	190	468	4,3
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	455	885	1 340	12,2
E800-E949	Unfälle	3 251	2 368	5 619	51,2
	darunter				
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	1 864	712	2 576	23,5
E850-E869	Vergiftungen	25	18	43	0,4
E880-E888	Unfälle durch Sturz	783	1 354	2 137	19,5
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	1 533	808	2 341	21,4
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	134	108	242	2,2
	Sterbefälle insgesamt	59 629	65 733	125 362	1 143,4

1) ICD Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen. — 2) Auf 100 000 der weiblichen Bevölkerung. — 3) Auf 100 000 der männlichen Bevölkerung. — 4) Auf 100 000 Lebendgeborene.

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im April 1984 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Salmonellose wurden im April etwas weniger häufig als im März gemeldet. Die Erkrankungsziffer sank von 28 auf 22 je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Geringfügig stieg dagegen gleichzeitig die Erkrankungshäufigkeit an übrigen

Formen der Enteritis intactiosa (übertragbare Darmentzündung), nämlich von 23 auf 24 Fälle je 100 000 Einwohner.

Die Zahl der Erkrankungen an Virushepatitis nahm im April ebenfalls nur

leicht zu, und zwar von 17 im März auf 18 je 100 000 Einwohner.

Die Erkrankungsziffer an Meningitis/Enzephalitis ging von 7 Fällen im Vormonat auf 5 im April je 100 000 Einwohner zurück.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. April 1984 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen 1)		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimm- bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	2	1	4	—	2	—	—	—	68	1	66	—	14	—	38	1	15	—
Niederbayern	—	—	1	—	—	—	1	—	21	—	21	—	—	—	4	—	3	—
Oberpfalz	1	—	7	—	2	—	6	—	26	—	32	—	1	—	8	—	1	—
Oberfranken	1	—	1	1	2	—	1	—	19	—	6	—	—	—	3	—	5	—
Mittelfranken	1	—	2	—	—	—	—	—	16	—	51	—	5	—	15	2	5	—
Unterfranken	4	1	—	—	1	—	2	—	17	—	20	—	1	—	6	—	2	—
Schwaben	1	—	3	—	—	—	—	—	22	—	7	—	8	—	17	—	2	—
Bayern	10	2	18	1	7	—	10	—	189	1	203	—	29	—	91	3	33	—
Vormonat	20	1	28	4	8	2	16	4	295	2	247	—	50	—	100	—	32	1
München	—	—	2	—	1	—	—	—	27	—	19	—	6	—	27	1	3	—
Nürnberg	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	2	—	2	—	6	1	4	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	3	—	5	—	1	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	2	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	1	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Pere-typhus A, B und C		Shigellen-Ruhr		Orni-those		Angeb. Toxo-plas-mose		Q-fieber		Sterbe-fälle an Virus-grippe						Toll-wut-ver-decht 2)		
	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	—	1	—	14	—	1	—	—	—	—	—	—	1					35		
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					11		
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					9		
Oberfranken	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—					23		
Mittelfranken	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—					4		
Unterfranken	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—					4		
Schwaben	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—					15		
Bayern	1	—	1	—	19	—	4	—	2	—	1	—	—	1					101		
Vormonat	3	—	2	—	27	—	4	—	1	—	—	—	—	1					239		
München	—	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	1					13		
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—					1		
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					7		
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					—		
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					—		
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					—		
Erlangen	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—					1		

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

E = Erkrankungen, einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitstfälle, unter Ausschluß der Verdachtstfälle.

St = Sterbefälle.

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

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

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

Schnell informiert

Wahl im Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner

Anlässlich der diesjährigen Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Deutscher Nuklearmediziner e.V. wurde der bisherige Vorstand für die nächsten vier Jahre in seinem Amt bestätigt, und zwar:

- Dr. Dagobert W. Nitz, München, Vorsitzender
Dr. Arnold Lewetz, Augsburg, Kassenwart
Dr. Dietrem Picker, Ingolstadt, Schriftführer

Wahl im Landesverband der Deutschen HNO-Ärzte

Innerhalb der Landesgruppe Bayern des Berufsverbandes der Deutschen Hals-, Nasen-, Ohrenärzte e.V. wurden für die nächsten vier Jahre gewählt:

- Dr. Gert Blenias, München, Landesobmann und zugleich Obmann für München-Land und Oberbayern
Dr. Franz-Josef Krüger, München, stv. Landesobmann und zugleich Obmann für München-Stadt
Dr. Hans-J. Klein, Coburg, Obmann für Oberfranken
Dr. Georg Wüstmann, Rothenburg o.T., Obmann für Mittelfranken
Dr. Fritzheinz Sprenger, Würzburg, Obmann für Unterfranken
Dr. Ernst Wunderle, Sulzbach-Rosenberg, Obmann für die Oberpfalz
Privatdozent Dr. Oskar Bandtlow, Pesseu, Obmann für Niederbayern
Dr. Wolfgang Erber, Augsburg, Obmann für Schwaben

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Bekanntmachung der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 16. April 1984 - Nr. I E 1 - 5128 - 1/13/84

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom **1. Oktober 1984 bis zum 29. März 1985** in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst (Amtsarztlehrgang) 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 1984 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 amtsärztlichen oder landgerichtsärztlichen Dienst des Freistaates Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich entsandt.

Gefäßlehre Taf. III.

Fig II.

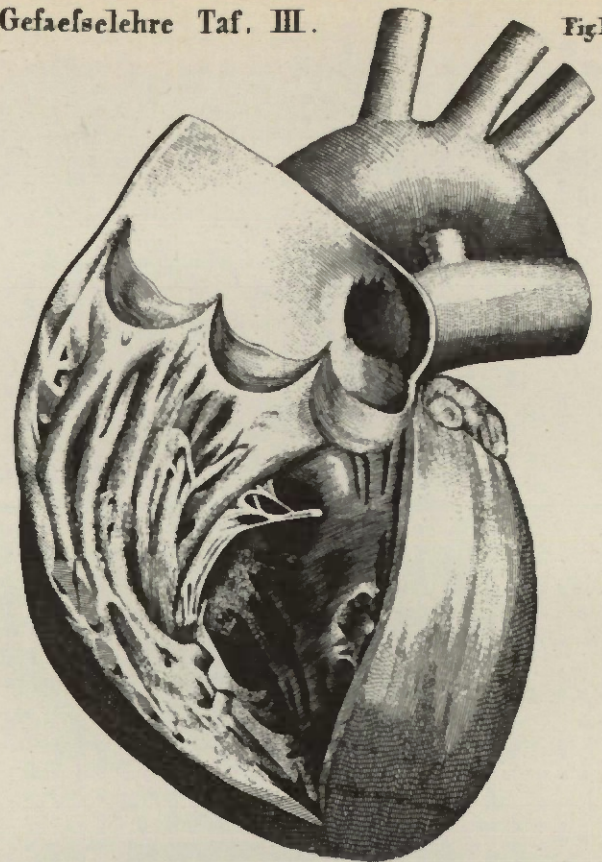


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“ - 1829.

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 verreibt man 10 Tropfen unter der Nase.
Zusammensetzung: Extr. Cretaegi fluid. 55,0 g, Menthol. 0,2 g, Camphor. 2,5 g, Tinct. Convall. 0,4 g, Tinct. Val. 2,0 g, Exclp. ad 100 g.
Kontraindikationen: keine bekannt.



Handelsformen und Preise:

- OP Tropfflasche mit 10 ml DM 5,10
- OP Tropfflasche mit 30 ml DM 12,30
- Großpackung mit 100 ml DM 31,95

Bei Hyperhidrosis

besonders an den Füßen und damit in Zusammenhang stehende Hauterkrankungen

Antihydral

Antihydral®

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

Antihydral »M«®

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

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

Zusammensetzungen:

Antihydral enthält 18% Hexemethylen-tetramin in fettfreier, abtrocknender Selbstgrundlage.
Antihydral »M« enthält 10% Sulfur praec. und 10% Hexemethylen-tetramin in fettfreier, abtrocknender Selbstgrundlage.

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Zur Beachtung: Nicht auf offene Wunden auftragen!

Preise: Tuben mit 70 g DM 6,20

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N



Stellenausschreibung für den landgerichtsarztlichen Dienst

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 16. Mai 1984 – Nr. IZ4-5135/1-2/84

Gesucht werden Ärzte (Ärztinnen) mit der Gebietsbezeichnung *Psychiater* oder *Rechtsmediziner* für folgende Dienstorte:

Chefstellen (Alleinärzte): Ansbach – Beyreuth – Coburg – Deggendorf – Kempten – Schweinfurt – Traunstein – Weiden – Würzburg

Mitarbeiterstellen: Augsburg – München – Regensburg – Nürnberg – Würzburg

Die Landgerichtsarzte sind Sachverständige für die ordentlichen Gerichte und Staatsanwaltschaften. Sie begutachten – in der *forensischen Psychiatrie*: die Schuldiähigkeit von Tätern eller Altersgruppen, einschließlich drogenabhängiger Jugendlicher, bei Straftatbeständen jeder Art sowie die Geschäfts- und Testierfähigkeit und die Voraussetzungen für die Entmündigung oder für die Pilegeschaf;

– in der *Rechtsmedizin*: hauptsächlich die Auswirkungen von Alkohol, Medikamenten und Drogen auf die Fehrtüchtigkeit; richterliche Leichenöffnungen und Leichenscheuen führen sie dort durch, wo kein rechtsmedizinisches Universitätsinstitut damit betraut ist;

– in der *Allgemeinmedizin*: die Verhandlungs-, Haft- und Reisefähigkeit von Angeklagten; während der Hauptverhandlung überwehen sie gesundheitlich gefährdete Personen und sie beraten die Gerichte auch in allen sonstigen medizinischen Fragen.

Bewerber, die schon Beamte sind und die *Amtsarztprüfung* nachweisen, werden als solche übernommen. Die übrigen Bewerber werden zunächst als Angestellte beschäftigt. Die Teilnahme am *Amtsarztlehrgang* ist kostenlos. Für die Übernahme in das *Beamtenverhältnis* gilt eine Altersgrenze von 45 Jahren.

Die Weiterbildung als „Arzt für öffentliches Gesundheitswesen“ ist möglich.

Die Fortbildung in Fechttagungen und sonstigen wissenschaftlichen Veranstaltungen wird großzügig gefördert.

Alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes werden gewährt.

Bewerbungen werden erbeten an: Bayerisches Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, Teieion (089) 2192-6655 oder 2192-6795

Buch: Mammekerkzinom

In diesem Buch werden die Grundsätze der Früherfassung, die Indikation zur Systemtherapie, die psychologische Führung der Kranken sowie die Aspekte der Rehabilitation und der Berentung dargestellt. Diese von Dr. H.-E. Wender und Professor Dr. G. A. Nagel, beide Göttingen, herausgegebene Schrift kann somit auch als eine Einführung in die Onkologie am Beispiel des *Mammakarzinoms* angesehen werden. – Interessierte Ärzte können das Buch kostenlos bei der Farmitalla Cerlo Erbe GmbH, Merzhauser Straße 112, 7800 Freiburg, Teieion (0761) 40130 anfordern.

Autogenes Training mit Musik

Herausgeber: Dr. J. Müller, Kessette (Nr. C-8223), DM 20,—, AGM-Schalplatten A. Graul, Mühlacker.

Diese Kassette eignet sich zum Üben und Vertiefen des autogenen Trainings und dient der körperlich-seelischen Entspannung sowie der Konzentrationsförderung.

Kongreßkalender

Rückfragen nur bei den jeweils angegebenen Auskunftstellen. — Angaben im Kongreßkalender ohne Gewähr.

August 1984

- 6.—14. **Bed Abbech:** Rheumatologisches Seminar für Medizinstudenten. — Auskunft: Fortbildungsekademie der Europäischen Rheuma-Liga, I. Medizinische Klinik, Rheuma-Zentrum, 8403 Bad Abbach.
- 6.—17. **Bed Neuhelm:** Arbeitsmedizinischer Kurs (A 1). — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin, Terrassenstraße 2-4, 6350 Bad Nauheim.
- 18.—26. **Velden:** 18. Internationaler Fortbildungskongreß für Sportmedizin. — Auskunft: Privatdozent Dr. W. Pförringer, Harlachinger Straße 51, 8000 München 90.
- 20.—31. **Meran: XXXII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer.** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 23.—30. **Brixen:** 12. Internationaler und interdisziplinärer Seminerkongreß für Sozialpädiatrie. — Auskunft: Professor Dr. Dr. h. c. Th. Hellbrügge, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.
25. 8.—
8. 9. **Pörschech:** 33. Internationaler Seminarskongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten, Kongreßbüro, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.
26. 8.—
7. 9. **Grado: XVIII. Internationaler Seminarskongreß für praktische Medizin der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer.** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
31. 8.—
7. 9. **Westerland:** Fortbildungskongreß über Pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung der Depression heute. — Auskunft: Dr. R. Matthies, Wilhelmstraße 52, 6200 Wiesbaden.

„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. Klaus Dehler, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 55 177 -Ü, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke. Druck: Druckerel und Verlag Hans 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 Umschlag mit Rückporto beiliegt.

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse medizinischer Zeitschriften e. V.

IA-MED

Landesversicherungsanstalt Oberbayern Zentralkrankenhaus Gauting

Am Institut für Gefäßerkrankungen:

(Chefarzt Prof. Dr. med. H. Böhme) ist die Stelle eines

Oberarztes

ab 1. 9. 1984 neu zu besetzen.

Das Institut verfügt über 114 Betten mit 2 Oberarzt-Planstellen (70 für akute, 44 für rehabilitative Angiologie) sowie eine umfangreiche Gefäßambulanz. Es wird die gesamte konservative Diagnostik und Therapie arterieller und venöser Gefäßerkrankungen im Rahmen eines internistischen Krankengutes in enger Zusammenarbeit mit der Gefäßchirurgie im Hause durchgeführt.

Das Zentralkrankenhaus Gauting umfaßt insgesamt 540 Betten mit den weiteren Schwerpunkten Pneumologie, Onkologie, Rheumatologie, Gefäß- und Thoraxchirurgie sowie dem Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, Laboratoriumsdiagnostik und Pathologie.

Gesucht wird ein Internist mit breiter, auch intensivmedizinischer Ausbildung, der sich in die speziellen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Angiologie einarbeitet. Interesse für wissenschaftliche Tätigkeit erwünscht.

Vergütung nach BAT. Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich. Zusatzverdienste durch Rufbereitschaft und Beteiligung an Nebeneinnahmen des Chefarztes.

Gauting (S-Bahn) liegt zwischen München (15 km) und Starnberg (10 km) und besitzt mit seiner Lage im Vorarlpenland einen hohen Freizeitwert. Weiterführende Schulen am Ort.

Bewerbung erbeten an:

Professor Dr. med. H. Böhme, Zentralkrankenhaus Gauting, Unterbrunnerstraße 95, 8035 Gauting/München, Telefon (0 89) 557 91-370

Das Kreiskrankenhaus Fürstfeldbruck

(380 Betten)

sucht zum 1. 4. 1985 wegen Berufung des bisherigen 1. Oberarztes zum Chefarzt einen

Oberarzt

als Chefarztstellvertreter für die Innere Abteilung. Die Abteilung verfügt (mit interner Intensivstation) über 137 Betten.

Der Bewerber sollte eine mehrjährige Tätigkeit als Internist und eine sehr breite Weiterbildung vorweisen können. Kardiologische Kenntnisse sind besonders erwünscht.

Organisatorische Fähigkeiten zur Unterstützung und Entlastung des Chefarztes sind Voraussetzung.

Die Innere Abteilung ist apparativ auf das modernste ausgestattet und kann sämtliche, derzeit gängigen diagnostischen Maßnahmen durchführen (Endoskopie mit Ausnahme der ERCP, Sonografie, 1- und 2-dimensionale Echokardiografie, Ultraschall-Doppler-Untersuchungen, Lungenfunktion, Langzeit-EKG).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und Lichtbild erbitten wir an das

Kreiskrankenhaus Fürstfeldbruck, Dachauer Str. 33
— Personalverwaltung — 8080 Fürstfeldbruck

Die Anästhesieabteilung der
Chirurgischen Klinik Dr. Rinecker
(264 operative Betten)

in

MÜNCHEN

sucht zum 1. 9. 1984 einen

ARZT/ÄRZTIN FÜR ANÄSTHESIE

Operationen:

Alle Eingriffe der Allgemein-, Unfall- und Gefäß-
chirurgie sowie in beschränktem Maße der
Thoraxchirurgie.

Anästhesien:

ca. 3800 pro Jahr, davon 40% Regionalanästhesien.
Der Abteilung angegliedert ist ein
computergesteuerter Lungenfunktionsmeßplatz.

Intensivstation:

8 Betten, ca. 10 000 Beatmungstunden/Jahr,
Hämodialyse, Hämofiltration,
Pulmonalkathetermeßplatz.

Rufbereitschaft:

Abwechselnd mit 2 anderen Gebietsärzten (Eurofunk).
Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten
an die Abteilungsleiterin
Dr. Birgitt Bartels

CHIRURGISCHE KLINIK DR. RINECKER
ISARTALSTRASSE 82
8000 MÜNCHEN 70

Der Landkreis Straubing-Bogen

sucht für das Kreis Krankenhaus Mallersdorf
(212 Betten), ab sofort

1 Oberarzt

für die Urologische Abteilung (Leiter der Abteilung: Chefarzt
Dr. Albescu).

Der Bewerber muß Arzt für Urologie sein und gute Kennt-
nisse in Ultraschall-Diagnose und endoskopischen Opera-
tionen haben.

Wir bieten tarifgemäße Vergütung (einschließlich Rufbereit-
schaft) zuzüglich Chefarzt-Vertretungspauschale, Zulage
vom Chefarzt selbst, Unterbringungsmöglichkeiten im
modernen Appartement des Personalwohnheims.

Der Markt Mallersdorf-Pfaffenberg (Gymnasium am Ort) liegt
verkehrsgünstig zwischen der Universitätsstadt Regensburg
und den Städten Straubing und Landshut, 100 km nordöst-
lich von München. Reichliche Freizeiteinrichtungen sind
vorhanden.

Schriftliche Bewerbungen sind an die Verwaltung beim
Kreis Krankenhaus, 8304 Mallersdorf (Telefon 087 72/50 419) zu
richten, die auch Auskünfte erteilt.

Akademie für Neuraltherapie e. V.

München Kurs C am 20./21. 10. 1984, Kurs A am 1./2. 12. 1984

Ulm Kurs A am 22./23. 9. 1984, Kurs B am 17./18. 11. 1984

Pontresina (Schweiz) Kurs A + B vom 27. 12. 1984 - 8. 1. 1985
im Hotel Walter. Baldige Anmeldung erbeten.

Anmeldung: Sekretariat AKADEMIE für NEURALTHERAPIE e. V.

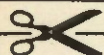
6720 Speyer, St. Guldostiftsplatz 8, Tel. (062 32) 777 20

Auskunft: Dr. R. Seithel, 6720 Speyer, St. Guldostiftsplatz 6,
Telefon (062 32) 763 663

Allgemeinmediziner oder Internist als Partner

für bereits bestehende Gemeinschaftspraxis (Ausscheidung eines Kollegen
aus Altersgründen) im Raum München ab Anfang - Mitte 1985 gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/216 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29,
8000 München 2



BESTELLSCHEIN

Suchen Sie gerade eine Praxis? Oder wollen Sie Ihre Praxis verkaufen oder vermieten? Sind Sie auf Stellensuche oder haben Sie eine Stelle anzubieten? Mit diesem Bestellschein können Sie ganz einfach Ihre Anzeige im BAYERISCHEN ÄRZTEBLATT bestellen. Sie brauchen nur den ausgefüllten und unterschriebenen Coupon in ein Kuvert stecken und an folgende Adresse schicken:
Atlas Verlag und Werbung GmbH, Postfach 200101, 8000 München 2

Meine Kleinanzeige soll in der nächsterreichbaren Ausgabe des BAYERISCHEN ÄRZTEBLATTES folgendermaßen erscheinen:

- ohne Rand - Preise wie angegeben
 mit Rand zzgl. DM 15,20/11,20*
 mit Schlagzeile zzgl. DM 11,40/ 8,40*
 mit Kennziffer zzgl. DM 6,-- Chiffregeb.

Der Normalpreis gilt für Praxisvermietung, -verkäufe, -gesuche und
Stellenangebote, der ermäßigte Preis nur für Stellengesuche.

Der Betrag liegt als Scheck bei.
 soll abgebucht werden.

Name, Vorname _____ Straße _____

PLZ, Ort _____ Tal. _____

Normal DM	Geldinstitut			BLZ	Kto.-Nr.	Ermäßigt* DM
	(Schlagzelle)					
7,60						5,60
15,20						11,20
26,60						19,60
34,20						25,20
41,80						30,80
49,40						36,40
60,80						44,80
68,40						50,40
79,80						58,80
87,40						64,40
95,--						70,--

Max. 30 Buchstaben (Druckbuchstaben) pro Zeile,
halbfette Worte bitte unterstreichen.
Alle Preise zzgl. gesetzliche Mehrwertsteuer.

Datum _____ Unterschrift _____