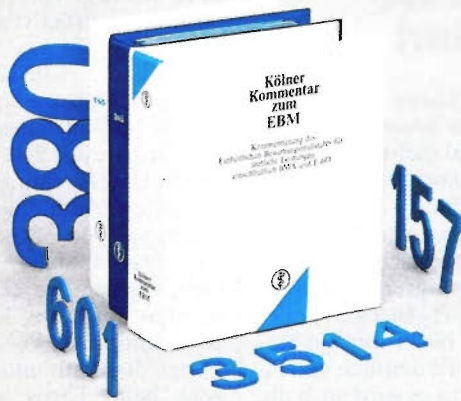


Die kompetente Kommentierung des EBM Kölner Kommentar



Kommentierung des
Einheitlichen Bewertungsmaßstabes
für ärztliche Leistungen einschließlich
BMÄ und E-GO

von

**Dr. med. M. Moewes, Dr. med. E. Effer,
Dr. jur. R. Hess**

Mit der 8. Ergänzungslieferung, Stand 1.7.1992,
Loseblattwerk in einem Ordner mit Griffleistenregister,
744 Seiten, DM 87,- ISBN 3-7691-3049-9

- Zum **Verständnis** der Struktur der Gebührenordnungen
- Zur **Orientierung** für Arzt und Arzthelferin bei den täglichen Abrechnungsfragen
- Zur **Erleichterung** der Zusammenarbeit zwischen dem Arzt und seiner KV
- Zur **Beantwortung** abrechnungsrelevanter Rechtsfragen
... und übrigens auch
- Zur **Ergänzung und Vertiefung** der Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

**Deutscher
Ärzte-Verlag**

Postfach 400265,
5000 Köln 40
Tel.: 0 22 34 /
70 11 - 316

Ja, ich bestelle bei der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH,
Postfach 400265, 5000 Köln 40
Exp. Moewes u.a., **Kölner Kommentar zum EBM**
DM 87,-/Ergänzungslieferungen DM 0,20/Seite

Bei Übernahme eines Loseblattwerkes senden wir Ihnen automatisch die Ergänzungslieferung zu. Der Bezug der Fortsetzungen kann jederzeit durch Mitteilung an den Verlag gekündigt werden.

Widerrufrecht: Die Bestellung des Loseblattwerkes kann ich schriftlich innerhalb von 10 Tagen durch Mitteilung an die Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Postfach 400265, 5000 Köln 40 widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Unterschrift _____
Datum _____
Irrtümer und Preisänderung vorbehalten. (02/94)

Widerrufrecht: Die Bestellung des Loseblattwerkes kann ich schriftlich innerhalb von 10 Tagen durch Mitteilung an die Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Postfach 400265, 5000 Köln 40 widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

DA 41/92

ACE-Hemmer verbessern die Prognose der Herzinsuffizienz

Die Prognose der chronischen Herzinsuffizienz ist schlecht. Die Einjahresüberlebensrate erreicht fünfzig Prozent bei Patienten mit schwerem Stadium. Etwa 35 Prozent aller Patienten mit der Diagnose Herzinsuffizienz müssen jedes Jahr stationär behandelt werden. Die Ergebnisse der Consensus-Studie (Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study) zeigten, daß durch zusätzliche Gabe des ACE-Hemmers Enalapril zu Digitalis und Diuretika bei schwerster Herzinsuffizienz die Letalität um 31 Prozent gesenkt werden konnte. Daß eine Langzeitbehandlung (im Mittel 41 Monate) mit ACE-Hemmern auch bei leichter und mittelgradiger Herzinsuffizienz prognostisch günstig ist, wurde kürzlich durch die SOLVD-Studie (Studies On Left Ventricular Dysfunction) bestätigt.

Bei einem von MSD gesponserten Satelliten-Symposium Mitte Juni in Madrid faßte Prof. James B. Young vom Baylor College in Houston (Texas) die Ergebnisse zusammen. Die Studie sollte – gegliedert in eine Therapie- und eine Präventionsstudie – zwei Fragen beantworten: Wird bei Patienten mit einer Auswurf fraktion von 35

Prozent und einer symptomatischen Herzinsuffizienz durch eine Therapie mit Enalapril die Überlebenszeit verlängert und kann bei asymptomatischen Patienten (ebenfalls mit einer Auswurf fraktion von 35 Prozent) auch präventiv die Überlebenszeit verlängert werden?

Die Ergebnisse der Therapiestudie zeigen, was seit langem vermutet wurde: Bei Patienten, die zusätzlich zur konventionellen Therapie ACE-Hemmer erhalten, werden Mortalität und Anzahl der Krankenhausaufenthalte signifikant gesenkt. Die Gabe von Enalapril reduzierte die Mortalität um insgesamt sechzehn Prozent. Durch die Behandlung der Herzinsuffizienz mit einem ACE-Hemmer über ca. drei Jahre wurden, so Young, bei tausend Patienten etwa fünfzig vorzeitige Todesfälle und 350 Krankenhausaufenthalte verhindert.

Young nahm auch Stellung zu den Ergebnissen der Präventionsstudie, die in Kürze publiziert werden. Die Gesamtmortalität in diesem Teil der Studie lag bei acht Prozent, die Progression der Herzinsuffizienz ließ sich um 29 Prozent vermindern.

Dr. med. C. Herberhold

Chorea Huntington: Weiterhin symptomatische Therapie

Das Thema „Chorea Huntington“ stand im Mittelpunkt eines Satellitensymposiums, das Ende Juni im Rahmen des „Second International Congress of Movement Disorders“ in München stattfand, von der Schürholz Pharma, München, gesponsert. Referenten aus Europa, Kanada und USA berichteten über die neuesten Forschungsergebnisse der relevanten Fachdisziplinen: Neben Neurologen kamen Epi-

demiologen, Physiologen, Genetiker, Pathologen und Neuroradiologen zu Wort. Die Teilnahme namhafter Experten aus solch unterschiedlichen Disziplinen stellte sicher, daß alle wesentlichen Aspekte des Krankheitsbildes von der pränatalen Testung über aktuelle pathophysiologische Modelle bis hin zu neuen Therapieansätzen zur Sprache kamen.

Wie Prof. H. W. Lange, Düsseldorf, ausführte, gestat-

ten klinische Tests mit Huntington-Patienten die Einordnung der Krankheit als gemischte Demenz, die sowohl kortikale als auch subkortikale Anteile aufweist. Neuropathologischer Leitbefund ist die Atrophie des Striatum. Prof. Vonsattel, Harvard, der über 600 Gehirne von Huntington-Patienten untersucht hat, unterscheidet nach den Kriterien Volumenreduktion, Neuronenverlust und Astroglia fünf Schweregrade der striatalen Degeneration, die sowohl makroskopisch als auch histologisch evaluiert werden können. Das Ausmaß der Striatumschäden korreliert dabei mit dem klinischen Stadium der Erkrankung.

Der autosomal dominant vererbte Morbus Huntington zeichnet sich durch eine verzögerte Manifestation im mittleren Lebensalter mit einem Erkrankungsgipfel um das 38. Lebensjahr aus. Die Spannweite des Erkrankungsbeginns reicht jedoch vom 5. bis über das 70. Lebensjahr hinaus. Die Bemühungen um eine Isolierung des genetischen Defekts, der dem Morbus Huntington zugrunde liegt, konzentrieren sich z. Z. auf den kurzen Arm des vierten Chromosoms (4p16.3). Am Göttinger Institut für Humangenetik wurde mit neu entwickelten DNA-Markern bereits eine Risikokalkulation von präsymptomatischen Patienten versucht. Wie Dr. U. Thies, Göttingen, berichtete, stellt sich

diese präsymptomatische Testung jedoch komplexer dar, als zunächst angenommen. Sie sollte auch nur auf dem Boden fest definierter ethischer Richtlinien durchgeführt werden.

Die Pathophysiologie der choreatischen Bewegung ist weiterhin unklar. Tierexperimentelle Untersuchungen, die Prof. Beal, Harvard (USA), vortrug, ergeben Hinweise auf eine wesentliche Rolle des Verlustes inhibitorischer Inputs zum lateralen Globus pallidus. Bis zur endgültigen Abklärung der pathophysiologischen Zusammenhänge bleibt die Therapie weiterhin symptomatisch.

Etabliert ist die Gabe von Dopamin-2-Rezeptorblockern wie z. B. das Antihyperkinetikum Tiaprid (Tiapridex®) zur Reduktion der Choreasymptomatik. Neuroleptika wirken ebenfalls antidopaminerg, können aber durch Nebenwirkungsprobleme in ihrem Einsatz beschränkt werden. Auch die Dauerapplikation von Benzodiazepinen ist wegen der möglichen Begleiteffekte kritisch zu prüfen. Neue therapeutische Ansätze wie Glutamat-Antagonisten, Antioxidantien oder Kalziumblocker befinden sich in der Entwicklung. Ein Symposiumband mit den vollständigen Referaten kann beim Unternehmen Schürholz Arzneimittel, 8000 München 60, Postfach 60 07 61, angefordert werden. Dr. med. Bernd Kleine-Gunk

Initiative zur Prävention des Schlaganfalls

Das Unternehmen Sanofi Winthrop lädt Ärzte dazu ein, sich der im Mai dieses Jahres ins Leben gerufenen „Initiative Schlaganfall“ anzuschließen, die sich mehr Aufklärung in der Bevölkerung und damit langfristig die Prävention des apoplektischen Insults zum Ziel gesetzt hat. Allen Interessenten wird ein umfangreiches Programm geboten: Informations- und Literaturservice, wissenschaftliche Veranstaltungen, Förderpreise (erstmalig 1993) für besondere Leistungen zur Diagnostik, Therapie und Prävention oder auch zur Patienten-

tenaufklärung und -betreuung, zum Beispiel im Rehabereich.

Sanofi Winthrop knüpft mit dieser Initiative an die Aufklärungsarbeit an, die bereits im vergangenen Jahr mit dem vielbeachteten „Tag des Schlaganfalls“ während der Medica '91 in Düsseldorf begonnen hat. Das umfangreiche Programm wurde von seiten der Ärzte sehr begrüßt, wie das Unternehmen berichtet. Zumal die derzeit laufende Kampagne Erfolg verspricht durch ein ungewöhnliches und provokantes Anzeigenmotiv: ein leerer Rollstuhl plus Aufforderung „Bitte einsteigen!“ Mit solch einem Appell wird sich die „Initiative Schlaganfall“ gewiß durchsetzen und entsprechende Unterstützung finden. r-h

Kurz informiert

Artocoron® – Im September 1992 hat die Knoll AG die bewährte durchblutungsfördernde Substanz Naftidrofuryl unter dem Präparatenamen Artocoron® eingeführt. Die Substanz wird zur Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit im Stadium Fontaine II eingesetzt. Sie steht von Knoll nunmehr als Artocoron® Retard sowie als Artocoron® PI zur Infusionstherapie zur Verfügung. Zugleich hält das Unternehmen eine umfangreiche Arztbroschüre über die

periphere Atherosklerose mit zahlreichen hilfreichen Hinweisen für die Patientenbetreuung bereit. Die Broschüre kann angefordert werden beim Artocoron® Service der Knoll AG, Postfach 210805, 6700 Ludwigshafen. PT

Alimix – Ab September 1992 hat das Unternehmen SmithKline Beecham Pharma, München, den Mitvertrieb des Prokinetikums Alimix 5/10 und Alimix Suspension von der Cilag GmbH, Sulzbach, übernommen. Das Präparat Alimix zur Therapie gastrointestinaler Motilitätsstörungen enthält den Wirkstoff Cisaprid. Za

Bei Reizmagen und Reizkolon



ERSTATTUNGSFÄHIG

IBEROGAST®
Pflanzliches Arzneimittel

Iberogast® Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Alkohol, Frischpflanzenauszug (6:10) aus *Iberis amara totalis*, 15,0 ml alkoholische Drogenauszüge (3,5:10) aus *Angelicae radix* 10,0 ml, *Cardui mariae fructus* 10,0 ml, *Carvi fructus* 10,0 ml, *Chelidonii herba* 10,0 ml, *Liquiritiae radix* 10,0 ml, *Matricariae flos* 20,0 ml, *Melissae folium* 10,0 ml, *Menthae piperitae folium* 5,0 ml. Das Arzneimittel enthält 31 Vol.-% Alkohol. **Anwendungsgebiete:** Funktionelle Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Sodbrennen, Reflux-Oesophagitis, chronische Gastritis, Gastroenteritis, Reizkolon und andere Motilitätsstörungen im Magen-Darm-Trakt). **Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen:** Sind bisher nicht bekannt. **Dosierung und Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, 3mal täglich 20 Tropfen. Kinder 3 mal täglich 10 Tropfen, vor oder zu den Mahlzeiten in etwas Flüssigkeit (empfehlenswert ist lauwarmes Wasser) einnehmen. **Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise:** OP mit 20 ml Tinktur zum Einnehmen DM 8,58; OP mit 50 ml Tinktur zum Einnehmen DM 15,23; OP mit 100 ml Tinktur zum Einnehmen DM 27,52. Stand: März 1992. Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, D-6100 Darmstadt