

Das komplette Programm

SCHILDDRÜSEN DIAGNOSTIKA THERAPEUTIKA



Diagnostika:

TSH-RIA, T₃-RIA, T₄-RIA, TBG-RIA
TSH-RIA für neonatales Screening
Antepan® 200 u. 400 (TRH „Henning“)

Therapeutika:

L-Thyroxin 50, 100 u. 150 „Henning“
Prothyrid (T₄:T₃ = 10:1)
Thyroxin-T₃ „Henning“
Carbimazol 10 mg „Henning“

Reinstsubstanzen für die Forschung:

Alle Jodthyronine pro analyse,
darunter die Dijodthyronine
L-3,3'-T₂ und L-3',5'-T₂ sowie Reverse-T₃

Schilddrüsen-Literatur-Dienst:

Aktuelle Information über die
Ergebnisse der Schilddrüsen-
forschung in Labor und Klinik

HENNING BERLIN

Antepan® 200/400 TRH „Henning“

Zusammensetzung: 1 Ampulle Antepan® 200 resp. 400 enthält 200 resp. 400 µg Thyreotropin-Releasing-Hormon (Protirelin) als wäßrige Lösung. **Wirkung:** Antepan® 200 und 400 (TRH „Henning“) bewirkt in der Hypophyse die Freisetzung von Thyreotropin. Voraussetzung hierfür ist ein intakter Regelkreis Hypophyse-Schilddrüse. **Indikation:** Durchführung des TRH-Tests zur Differentialdiagnose von Schilddrüsenfunktionsstörungen. **Kontraindikation:** Bisher keine bekannt. **Hebenerkennung:** Relativ häufig leichte Mißempfindungen wie leichte Übelkeit, Harndrang und Schwindelgefühl, die 1-2 min p. inj. verschwinden. Wie allgemein nach i.v.-Injektionen können Blutdruckschwankungen und in Einzelfällen eine hypotone Kreislaufdysregulation auftreten. **Anwendung:** Intravenöse Injektion von 1 Ampulle Antepan® 200 oder Antepan® 400 (Weiteres s. wissenschaftlicher Prospekt). **Hinweise:** Der TRH-Test sollte besonders in den ersten Schwangerschaftswochen nur streng indiziert angewendet werden. **Handelsformen:** Antepan® 200: 1 Amp. DM 19,50; 5 Amp. DM 81,17; 25 Amp. DM 338,37; 50 Amp. DM 611,52. Antepan® 400: 1 Amp. DM 22,71; 5 Amp. DM 92,53; 25 Amp. DM 399,52; 50 Amp. DM 717,52.

L-Thyroxin „Henning“ - Prothyrid® - Thyroxin-T₃ „Henning“

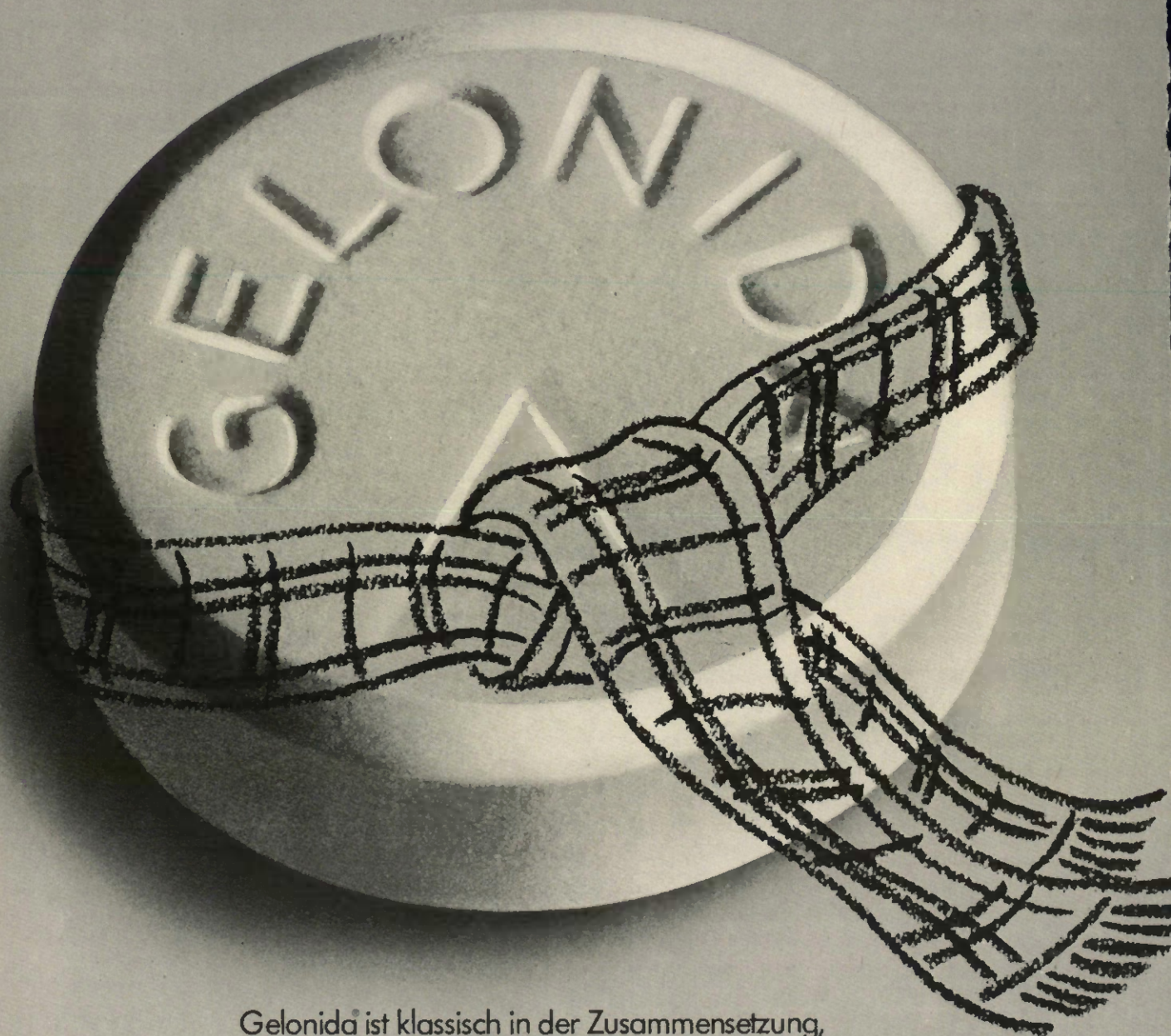
Zusammensetzung: 1 Tablette L-Thyroxin 50, 100, 150 „Henning“: 50, 100 resp. 150 µg Levothyroxin-Na (T₄). 1 Tablette Prothyrid®: 100 µg Levothyroxin-Na + 10 µg Liothyronin-HCl (T₃). 1 Tablette Thyroxin-T₃ „Henning“: 100 µg Levothyroxin-Na + 20 µg Liothyronin-HCl. **Wirkung:** Die Schilddrüsenhormone L-Thyroxin (T₄) und L-Trijodthyronin (T₃) substituieren einen Hormonmangel und supprimieren die Thyreotropin-Sekretion. **Indikationen:** Blande Struma, Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion, Hypothyreose, Zusatztherapie bei thyreostatisch behandelter Hyperthyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom. **Kontraindikationen:** Frischer Myokardinfarkt, Angina pectoris oder Zustand nach Myokardinfarkt bei älteren Strumapatienten. **Hebenerkennung:** Bei Überschreitung der erforderlichen Dosis Tachykardie, Schwitzen, vermehrte Unruhe, Durchfall. Symptome verschwinden nach Herabsetzen der Tagesdosis oder Aussetzen der Behandlung (eventuell Gebe von Propranolol). **Anwendung:** 1/2-2 Tabletten täglich. Eventuell einschleichende Behandlung mit enfangs 1/2 Tablette täglich; in 1-2 wöchigen Intervallen auf die erforderliche Volldosis steigern. **Hinweise:** Behandlung sehr vorsichtig beginnen bei Patienten mit schwerer Hypothyreose, Angina pectoris, Myokarditis und bei tachykarder Herzinsuffizienz (vorher Frequenzreduktion und Rekompensation). Bei gleichzeitiger Behandlung mit Antidiabetika bzw. Antikoagulantien Blutzucker und Quickwert enfangs häufiger kontrollieren. Bei Schwangerschaft Behandlung nicht unterbrechen. **Handelsformen:** L-Thyroxin 50 „Henning“: 100 Tabl. DM 8,55. L-Thyroxin 100 „Henning“: 70 Tabl. DM 10,95 (Wochenplanpackung); 200 Tabl. DM 26,10. L-Thyroxin 150 „Henning“: 70 Tabl. DM 12,64 (Wochenplanpackung); 200 Tabl. DM 28,86. Prothyrid®: 50 Tabl. DM 9,43; 70 Tabl. DM 13,20 (Wochenplanpackung); 200 Tabl. DM 29,95. Thyroxin-T₃ „Henning“: 50 Tabl. DM 10,85; 70 Tabl. DM 14,95 (Wochenplanpackung); 200 Tabl. DM 35,97.

Carbimazol 10 mg „Henning“

Zusammensetzung: 1 Tablette Carbimazol 10 mg „Henning“: 10 mg Carbimazol. **Wirkung:** Carbimazol hemmt die Hormonsynthese in der Schilddrüse. **Indikationen:** Schilddrüsenüberfunktion; thyreostatische Langzeitbehandlung; Vorbereitung von Schilddrüsenoperationen; vor und nach einer Behandlung mit Radiojod. **Kontraindikation:** Stillperiode. **Hebenerkennung:** Vereinzelt können leichtere allergisch-toxische Reaktionen auftreten, z. B. Exanthem, Übelkeit, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen und Ikterus. Schwere Komplikationen sind sehr selten (Fieber, Agranulozytose, Thrombozytopenie). **Anwendung:** Anfangsdosis 3 x 1/2 bis 4-5 x 1 Tabl. täglich. Langzeitbehandlung 1/2 bis 3 x 1/2 Tabl. täglich. **Hinweise:** Während der Schwangerschaft sollte unter strenger ärztlicher Kontrolle versucht werden, die geringste, gerade noch wirksame Dosierung zu wählen. **Handelsformen:** 50 Tabletten DM 12,15. **Preisangaben:** Apotheken-Verkaufspreise mit MWST.



Sie ist nun mal gegen Grippe.



Gelonida® ist klassisch in der Zusammensetzung,
enthält kein Barbiturat und kein Coffein, wirkt zuverlässig rasch und ist gut verträglich.

Zusammensetzung: 1 Tablette: 9,58 mg Codeinphosphat, 250 mg Phenacetin, 250 mg Acetylsalicylsäure. **Anwendungsgebiete:** Schmerzen wie Kopf- und Nervenschmerzen, Zahn-, Hals- und Ohrenschmerzen; Grippe und Erkältungskrankheiten, Fieber; rheumatische und Menstruationsbeschwerden; vor und nach operativen Eingriffen. **Gegenanzeige:** Hämorrhagische Diathese; Magen- und Darmulzera; schwere Nierenschäden; genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase; Anwendung beim Säugling bis zum 3. Monat. **Nebenwirkungen:** Beim bestimmungsgemäßen Gebrauch nach Verordnung und unter Kontrolle des Arztes wurden bisher keine ernsthaften Nebenwirkungen beobachtet.

Hinweise: Da Acetylsalicylsäure bzw. Salicylate das Gerinnungsgeschehen beeinflussen, sollte Gelonida zusammen mit Antikoagulanzen nur unter Kontrolle der Gerinnungswerte gegeben werden. Ferner sollte Gelonida in den letzten vier Wochen der Schwangerschaft nicht angewendet werden. Individuelle Unterschiede in der Wirkung von Gelonida auf den Patienten – besonders in Verbindung mit Alkohol – können das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 10 Tabletten DM 2,99 mit MwSt., Packung mit 20 Tabletten DM 4,70 mit MwSt. Anstaltspackungen. Gelonida ist auch als Saft oder Zäpfchen erhältlich.

GÖDECKE AG
1000 Berlin 10

Stand Oez. '78 441/6



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung

Leitsymptom: Atemnot

Der Notfall: Herzinsuffizienz

bearbeitet von Privatdozent Dr. K. Theisen und Professor Dr. H. Jehrmärker

Symptome:

Prüfen, ob Folge einer akuten oder chronischen Linksherzinsuffizienz, einer pulmonalen Störung, einer Einengung der Trachealwege (z. B. Struma) oder psychisch bedingt. Unterscheidung in der Regel durch Anamnese und klinisches Bild möglich.

Anamnestische Hinweise:

Kardiale Dyspnoe:

In der Regel lageabhängig, Besserung durch Aufsitzen des Patienten. Bei kardialer Dyspnoe häufig ein Vitium bekennt, eine koronare Herzerkrankung, ein Hochdruckeiden, häufig auch Zeichen der Rechtsherzinsuffizienz: Ödembildung an den Beinen, gestaute Halsvenen, große Leber. Chronisches Cor pulmonale mit Verschlimmerung: Anamnese, Emphysem usw.

Pulmonale Dyspnoe:

In der Regel nicht lageabhängig. *Trachealeinengung* meist schon im in- und expiratorischen Stridor über der Trachea erkennbar, Strumaanamnese häufig. *Asthma bronchiale* durch typische Anfallsanamnese, pfeifende Atmung mit vorwiegend expiratorischer Dyspnoe, häufig durch Allergienanamnese gekennzeichnet. *Pneumonie*: Klinisches Bild.

Chronisches Cor pulmonale mit Ateminsuffizienz durch bronchopulmonalen Infekt: Anamnese, Emphysem, klinisches Bild.

Diagnostik:

Kardiale Dyspnoe:

Ausdruck der zunehmenden Druckerhöhung im Pulmonalkreislauf infolge Linksherzinsuffizienz mit Lungenstauung.

Auskultation: Über beiden basalen Lungenpartien feuchte RG, nicht ebhustbar, über dem Herzen häufig dritter Herzton. RR prüfen (Hypertonie?), Auskultation (Klappenvitium?), Anamnese (Herzinfarkt oder koronare Herzerkrankung?), Herzrhythmusstörungen?

Ausschluß eines Pneumothorax durch Perkussion und Auskultation.

**Präklinische
Therapie der akuten
Linksherz-
insuffizienz:**

Beginnendes bis schweres *Lungenödem*. Therapie weitgehend unabhängig von der zugrunde liegenden Ursache:

1. Aufsetzen, Beine aus dem Bett heraushängenlassen oder Lehnstuhl, eventuell heiße Fußbäder oder heiße feuchte Umschläge der Beine.
2. Sofortige Gabe von Nitroglycerin, 2 bis 3 Kapseln Nitrolingual zerbeißen lassen, oder zerstechen und in den Mund träufeln.
3. Sauerstoff, falls vorhanden.
4. Rasch wirkende Diuretika: Lasix 1 bis 2 Ampullen i. v. Voraussetzung ist ausreichender Blutdruck bzw. ausreichend gefüllter Puls.
5. Unterstützend und zur Beseitigung der Begleitastik Euphyllin 1 Ampulle i. v.
6. Bei nicht vordigitalisierten Patienten $\frac{1}{8}$ mg Strophanthin oder $\frac{1}{4}$ mg Digoxin i. v. (bei vordigitalisierten Patienten keine weitere Gabe von Herzglykosiden, da Überdigitalisierung mit Rhythmusstörungen nicht sicher auszuschließen ist).
7. Gegebenenfalls Sedierung, insbesondere bei Erregung, Angst, Tachypnoe. Bei beschleunigter Atmung in Form von Morpholn 5 mg sc.
8. Bei Hochdruckanamnese und hohen Blutdruckwerten ist schnelle Senkung des Blutdruckes entscheidend: Gabe von Nitroglycerin wie oben, Catapresan 1 bis 2 Ampullen i. v. Bei hohen Blutdruckwerten ohne Hochdruckanamnese vorsichtigeres Vorgehen, zunächst nur Nitroglycerin wiederholt und gegebenenfalls Sedierung.

Sofortige Klinikeinweisung! Dort ist durch Überdruckbeatmung, Sauerstoff, überwachten Volumenentzug und vasodilatorische Maßnahmen eine sehr wirksame Therapie möglich. — Präklinisch kommt auch vorsichtige Karotissinus-Massage in Frage, welche vasodilatorisch und frequenz- und blutdrucksenkend wirken kann.

**Therapie der
chronischen
Herzinsuffizienz:**

Da in der Regel schon länger bestehend, ist meist eine Therapie mit Digitalis und Diuretika durch den Hausarzt eingeleitet. Gegebenenfalls ist eine Verschlimmerung durch eine Begleiterkrankung anzunehmen.

Wenn der Patient bereits unter Therapie mit Digitalis und Diuretika steht: Gabe von Nitrolingual-Kapseln und 1 Tablette Lasix oral.

Bei nichtdigitalisierten Patienten 1 bis 2 Ampullen Digoxin i. v. sowie 1 Tablette Lasix oral.

Überprüfung: Suche nach verschlimmernden Faktoren: Rhythmusstörungen? Überdigitalisierung? Elektrolyt- und Wasserhaushaltsstörung? Thromboembolie? Fieberhafte Erkrankung und sonstige Begleiterkrankungen?

Wenn die Therapie offenbar nicht ausreichend wirkt oder eine Verschlimmerung eintritt, sollte in der Regel Klinikeinweisung erfolgen.

**Therapie der
pulmonal bedingten
Atemnot:**

Je nach Grundleiden. Bei allen schweren Formen Klinikeinweisung. Bei Spannungspneumothorax, eventuell mit Schock, sofortige Entlastung durch Punktionen.



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 2

Zur Kenntnis genommen:

In unserer Januar-Ausgabe habe ich versucht, einige Überlegungen zu der so schwierigen Frage „Auswahl der Bewerber für das Studium der Humanmedizin“ beizutragen. Vor allem wollte ich, daß wir die Füße auf dem Boden lassen. Für erste Reaktionen, die mich erreichten, bin ich besonders dankbar. Bei diesem Thema sind wir schließlich alle angesprochen.

Heute wollen wir einen Schritt weitergehen. Es wird so viel über die Ausbildung unserer Medizinstudenten gesprochen und lamentiert. Ist die Ausbildung wirklich so schlecht oder droht sie es zu werden? Wo liegen gegebenenfalls die Ursachen? Bei der Approbationsordnung oder den Studentenzahlen? Diese Frage stellte ich vor vier Wochen.

Die CDU/CSU-Fraktion des Bundestages hat nun einen Gesetzentwurf zur Änderung der Bundesärzteordnung eingebracht. Danach sollen bei einem „mindestens“ sechs Jahre dauernden Studium bis zu 24 Monate auf praktische Ausbildung in Krankenanstalten und Praxen niedergelassener Ärzte entfallen. Von „Insidern“ erfährt man, daß mit dem Wörtchen „mindestens“ in Wirklichkeit eine Verlängerung der Ausbildung auf sieben Jahre gemeint sei. Vor Beginn der praktischen Ausbildung soll eine Prüfung stattfinden, die, wie aus Informationen hervorgeht, so gestaltet werden soll, daß der Student während der praktischen Ausbildung in etwa den Status der früheren Medizinalassistenten hätte. Aus der Begründung zu dem Gesetzentwurf geht hervor, es müsse eine „auch unter den heutigen Verhältnissen der zunehmenden Studentenzahlen ausreichende praktische Ausbildung sichergestellt werden“. Das ist abschlußreich und zugleich beunruhigend. Die Zahl der Studienanfänger in der Humanmedizin liegt bekanntlich bei 12 000! Die Verfasser des Gesetzentwurfes nehmen diese irrsinnige Zahl oder vielleicht sogar ein weiteres Ansteigen offenbar als gegeben hin und suchen einen Weg, diese Massen auszubilden. Das ist bestürzend. Von der CDU/CSU-Fraktion hätte man erwartet, daß sie den Mut besitzt, den Finger in die Wunde zu legen und zu tordern, daß mit der Heilung dort begonnen wird, wo sie allein aussichtsreich wäre, nämlich bei den Studentenzahlen. Also verschärfte Prüfungen mit echtem Auslesecharakter und vor allem eine radikale Reduzierung der Zahl der Studienanfänger! Jeder Einsichtige weiß, daß ein Zugang, der über 5000 pro Jahr liegt, niemals verantwortet werden kann. Die Folge ist eine Zerstörung unseres Gesundheitswesens oder – wenn Barrieren vor der Berufstätigkeit aufgerichtet werden – abertausend arbeitslose Jungärzte. Natürlich wissen wir alle, daß die Begrenzung der Zahl der Neuzulassungen zum Studium nicht mit Bedarfszahlen begründet werden darf. Es ist aber ebenso unbestritten, daß nichts den Staat zwingt, eine unsinnige Zahl von Ausbildungsplätzen bereitzuhalten. Hier aber zeigt sich in voller Deutlichkeit das Groteske unserer derzeitigen Lage: Diese Ausbildungsplätze werden in Wirklichkeit gar nicht bereitgehalten. Wären sie vorhanden, bräuhete man nicht über das Dilemma der ärztlichen Ausbildung zu reden. Am Anfang müßte also eine Ermittlung stehen, wie viele Studenten entsprechend der Approbationsordnung tatsächlich ausgebildet werden können. Der Gesetzentwurf der CDU/CSU zielt somit genau in die falsche Richtung: Er kaschiert das eigentliche Problem und erweckt den mit Sicherheit falschen Eindruck, als ob es gelöst wäre, wenn man nun für zwei Jahre Krankenhäuser aller Art und niedergelassene Ärzte in die praktische Ausbildung einschaltet. Zugleich wird damit ein Beitrag geleistet, die Folgen der verheerenden Bildungspolitik noch für einige Jahre zu verschleiern, indem man die Abiturientenmassen in den Universitäten verschwinden läßt, wohl wissend, daß ein großer Teil von ihnen keine Berufschancen haben wird.

*Es ist nachgerade beklemmend, wie sehr sich der Satz eingebürgert hat, das heutige Ausbildungssystem gewährleiste keine ausreichende praktische Ausbildung. Auch die Begründung zum Gesetzentwurf der CDU/CSU führt aus, der „Mangel an praktischer Ausbildung im Studium der Medizin ist besonders schwerwiegend. Auch die Durchführung des Unterrichts in kleinen Gruppen am Krankenbett ist bis auf Ausnahmen an den medizinischen Einrichtungen der Universitäten nicht erfolgt ...“ Das liegt doch mit Sicherheit nicht an der Approbationsordnung. Würde sie erfüllt, so hätte der Student vor der ärztlichen Vorprüfung 480 Stunden, im klinischen Studium 780 Stunden **praktischen** Unterricht zu absolvieren. Dazu kommen vier Monate Famulatur und „eine zusammenhängende praktische Ausbildung in Krankenanstalten von 48 Wochen“. Zum praktischen Unterricht (insgesamt 1260 Stunden!) schreibt die Approbationsordnung vor, daß der Student seine „regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme“ durch Bescheinigungen nachzuweisen habe. Der für eine kleine Gruppe verantwortliche Lehrer hätte also sowohl die Möglichkeit, sich fortlaufend über den Fleiß seiner Studenten zu orientieren, als auch den*

Lehr- oder Lernertolg durch (mündliche!) Prüfungen testzustellen. Warum geschieht das nicht? Wir stoßen immer wieder auf die gleiche Ursache: Bei den derzeitigen Studentenzahlen ist das einfach nicht durchzuführen. Was geändert werden muß, ist also nicht die Approbationsordnung, sondern die Zahl der Studenten! Würde der Zugang auf ein vertretbares Maß reduziert werden, wäre es bei gutem Willen möglich, die bereits Studierenden durch Übergangslösungen den Anforderungen entsprechend auszubilden.

Die Vorstellungen, welche dem Gesetzentwurf zugrunde liegen, müssen aber auch abgelehnt werden, weil sie allen anerkannten Grundsätzen einer sinnvollen Ausbildung der Medizinstudenten widersprechen. Sind denn die Erfahrungen mit der Bestallungsordnung von 1953 und die heftige Kritik, welche sie auslösten, völlig in Vergessenheit geraten? An die vorwiegend theoretische Ausbildung von fünf Jahren an der Universität schloß sich eine anfangs zweijährige Medizinalassistentenzeit an, welche dann schrittweise auf eineinhalb und dann ein Jahr verkürzt wurde.

Es war einhellige Meinung, daß eine medizinische Ausbildung, welche zuerst jahrelang nur theoretische Kenntnisse und dann außerhalb der Universität nur praktische Übung und Erfahrung vermittelt, nicht sinnvoll und fruchtbar sein könne.

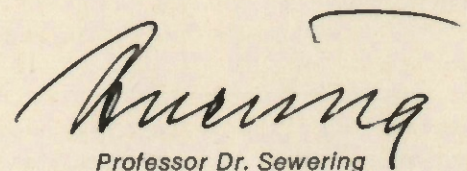
Theoretischer und praktischer Unterricht müßten — so wurde übereinstimmend argumentiert — miteinander verbunden werden, weil eines nicht ohne das andere sinnvoll vermittelt werden könne. Gerade darin lag die Begründung für die neue Approbationsordnung: Der Student soll im theoretischen Unterricht in die Pathophysiologie und Pathologie der Erkrankungen eingeführt werden und zugleich im praktischen Unterricht den Kranken im Bett oder in der Poliklinik erleben.

Die Approbationsordnung von 1970 schuf dazu die Voraussetzungen. Auch die Kritik an den „nur“ schriftlichen Prüfungen übersieht, was die Approbationsordnung in Wirklichkeit vorschreibt. Für jeden Kurs im Rahmen des praktischen Unterrichts müßte (das wurde bereits ausgeführt) nicht nur die regelmäßige, sondern auch die erfolgreiche Teilnahme nachgewiesen werden. Hier wäre der Platz für eine große Zahl mündlicher Prüfungen, hier sollte der Student (in der kleinen Gruppe!) am Patienten zeigen, ob er Kontaktfähigkeit besitzt, eine Anamnese erheben, Auge, Ohr und Hand bei der körperlichen Untersuchung richtig nutzen kann. Die schriftlichen Prüfungen sollten möglichst breit angelegt das theoretische Wissen abtragen. So gesehen und eingeordnet kann ihr Wert nicht bestritten werden. Es mag sein, daß ausländische, vor allem jahrzehntelange amerikanische Erfahrungen nicht ausreichend genutzt wurden und es ist kaum bestreitbar, daß die Art der Bewertung nur als grotesk bezeichnet werden kann. Es ist undenkbar, ein schriftliches Examen bestanden zu haben, obwohl der Kandidat ganze Abschnitte einfach ausgespart hat. Angeblich soll dieser Mangel inzwischen behoben sein. Sicherlich gibt es noch einige andere Anliegen zur Verbesserung der geltenden Approbationsordnung. Dazu zähle ich die Wiedereinführung der großen Vorlesung als Vorbereitung auf den gleichzeitig stattfindenden praktischen Unterricht. Erste Ansätze dazu enthält die Zweite Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte.

Auch die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt im sechsten Studienjahr (trüher oft „Internatsjahr“ genannt) entspricht vom Konzept her der Verbindung theoretischer und praktischer Unterweisung. Man möge die einschlägigen Paragraphen 3 und 4 der Approbationsordnung nachlesen. Die Anforderungen an Krankenhäuser außerhalb der Universität sind hoch: Leistungsfähige Röntgenabteilungen und Laboratorien, tachwissenschaftliche Bibliothek und Prosektur, Räume für Aufenthalt **und Unterrichtung** der Studenten. Es muß eine ausreichende Zahl von Ärzten sowohl für die ärztliche Versorgung als auch für die Ausbildung der Studenten zur Verfügung stehen! Die derzeitige Approbationsordnung ist also darauf ausgerichtet, die Studierenden der Medizin geradezu maßgeschneidert für ihren späteren ärztlichen Beruf auszubilden. Daran ändert auch nichts die fehlende Definition des Ausbildungszieles. Das Modell wurde weggeschwemmt — es sei nochmals betont — durch die Studentenlawine.

Der Gesetzentwurf der CDU/CSU würde nun aber bewirken, daß wir wieder zu dem alten Ausbildungssystem zurückkehren, welches wir vor nicht zu langer Zeit aus voller Überzeugung verlassen haben. Und dies nur deshalb — hier schließt sich wieder der Kreis der Überlegungen —, weil man glaubt, auf diese Weise Studentenzahlen ausbilden zu können, deren gute Ausbildung in keinem System möglich, im übrigen vom Bedarf (und den Kosten!) her gesehen widersinnig und damit unverantwortlich ist.

Wenn ein Flächenbrand eine Siedlung bedroht, dann versucht man den Brand einzudämmen und zu löschen. Kein Mensch würde auf die Idee kommen, die Häuser der Siedlung abzubrechen, damit sich der Brand weiter ausdehnen kann. Genau dies geschähe eben, wenn die Bundesärzteordnung und entsprechend die Approbationsordnung in der geplanten Weise geändert würden.


Professor Dr. Sewering

Neuwahl des Vorstandes und der Ausschüsse der Bayerischen Landesärztekammer

Professor Dr. Sewering erneut zum **Präsidenten** gewählt – **Dr. Hermann Braun** wieder **Vizepräsident** – **Dr. Georg Fuchs** zum weiteren **Vizepräsidenten** gewählt

Am 13. Januar 1979 traten die im Dezember 1978 gewählten Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer im Ärztehaus Bayern, München, zur Wahl des neuen Vorstandes zusammen. Nach Begrüßung der Delegierten durch Professor Dr. Sewering übernahm Dr. Ernst Bauer, Nürnberg, als Alterspräsident die Leitung der Sitzung.

Nach Feststellung der Beschlußfähigkeit rief Dr. Bauer zur Wahl des Präsidenten auf. Aus der Versammlung wurde zur Wahl vorgeschlagen: Professor Dr. Hans J. Sewering, Dachau.

An der schriftlichen und geheimen Wahl nahmen 171 anwesende Delegierte teil. Es wurden 150 gültige Stimmen abgegeben, von denen 130 auf Professor Dr. Sewering entfielen.

Damit wurde Professor Dr. Sewering zum siebten Male zum Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer gewählt. Er dankte den Delegierten für ihr Vertrauen, nahm die Wahl an und erklärte, er werde seine ganze Arbeitskraft für die bayerische Ärzteschaft einsetzen und alles tun, um die ärztliche Versorgung des Freistaates Bayern weiter zu verbessern.

Für die Wahl zum 1. Vizepräsidenten wurden vorgeschlagen: Dr. Hermann Braun, Nittendorf, und Dr. Hans Hege, München.

An der schriftlichen und geheimen Abstimmung nahmen wiederum 171 Delegierte teil. Es entfielen von 166 abgegebenen gültigen Stimmen auf Dr. Braun 99 und auf Dr. Hege 67 Stimmen.

Dr. Braun wurde damit erneut zum Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer gewählt.

Für die Wahl des nach dem Kammergesetz für die Heilberufe vom 9. März 1978 vorgesehenen 2. Vizepräsidenten wurde vorgeschlagen: Dr. Georg Fuchs, Würzburg.

Die schriftliche und geheime Abstimmung, an der 170 Delegierte teilnahmen, ergab für Dr. Fuchs 147 Stimmen von 154 abgegebenen gültigen Stimmen.

Dem **Vorstand** gehören weiter an die Vorsitzenden der Ärztlichen Bezirksverbände, sowie zwölf aus der Mitte der Kammerversammlung gewählte und drei vom Vorstand kooptierte Mitglieder.

Er setzt sich demnach wie folgt zusammen:

Vorstand

Präsident: Professor Dr. Sewering Hans J. Internist – Lungen- und Bronchial- heilkunde Dachau	Professor Dr. Dr. Adam Dieter Oberarzt, Kinderarzt München	Dr. Dehler Klaus Internist Nürnberg
1. Vizepräsident: Dr. Braun Hermann Allgemeinarzt Nittendorf	Dr. Bäcker Gertraud Laborärztin, Kinderärztin München	Dr. Dehmer Kurt Internist Straubing
2. Vizepräsident: Dr. Fuchs Georg Akademischer Oberrat, Kinderarzt Würzburg	Dr. Bauer Ernst Hals-Nasen-Ohrenarzt Nürnberg	Dr. Endsberger Gerhard Oberarzt, Chirurg Bamberg
	Dr. Brendler Fritz Frauenarzt Münchberg	Dr. Friedrich Hans-Joachim Allgemeinarzt Coburg
	Dr. Brückl Bernhard Allgemeinarzt Würzburg	Dr. Gahbauer Alfred Allgemeinarzt Stadtbergen

Professor Dr. Hecker Waldemar Ch.
Klinikdirektor, Chirurg – Kinder-
chirurgie
München

Dr. Hellmann Klaus
Internist – Lungen- und Bronchial-
heilkunde
Augsburg

Dr. Hohenbleicher Rüdiger
Chefarzt, Chirurg
Vilsbiburg

Dr. Holzgartner Hartwig
Internist
München

Dr. Keller Fritz
Chirurg
Aschaffenburg

Dr. Kolb Friedrich
Allgemeinarzt
Nürnberg

Dr. Mayer Ernst Theodor
Ass. Arzt, Nervenarzt
München

Dr. Platiel Anton
Allgemeinarzt
Wolfratshausen

Dr. Rixner Adolf
Allgemeinarzt
Plattling

Dr. Schloßer Otto
Internist
Rosenheim

Dr. Stetter Erwin
Allgemeinarzt
Amberg

Dr. Wündisch Gerhard
Oberarzt, Kinderarzt
München

Finanzausschuß

Dr. Blömer Carl Albrecht
Allgemeinarzt
Kelheim

Dr. Bruckmayer Helmut
Allgemeinarzt
München

Dr. Geißendörfer Erwin
Augenarzt
Wunsiedel

Dr. Hanisch Herbert
Allgemeinarzt
Kaufbeuren

Dr. Horst Heiko
Allgemeinarzt
Bad Windsheim

Dr. Muth Walter
Lungenarzt
Würzburg

Dr. Rechl Christian
Allgemeinarzt
Weiden

Dr. Roth Adolf
Allgemeinarzt
Wolnzach

Ltd. Med. Dir. i. R. Dr. Vierheilig Hugo
Nervenarzt
Würzburg

Hilfsausschuß

Dr. Dr. Grassl Erich
Allgemeinarzt
München

Dr. Heuberger Thomas
Allgemeinarzt
Schwabach

Dr. Kling Maximilian
prakt. Arzt
Augsburg

Dr. Krist Adolf
Allgemeinarzt
Taufkirchen/Vils

Dr. Michel Kurt
Allgemeinarzt
Landshut

Dr. Sebald Klemens
Nervenarzt
Bamberg

Ltd. Med. Dir. i. R. Dr. Vierheilig Hugo
Nervenarzt
Würzburg

Dr. Wartner Hubert
Allgemeinarzt
Regensburg

Die Vollversammlung erklärte sich damit einverstanden, daß der Vorstand über die Zusammensetzung der übrigen bisherigen und weiterer Ausschüsse der Kammer berät, die dem 32. Bayerischen Ärztetag zur Beratung und Beschlußfassung vorgelegt werden sollen.

Neuwahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer

In Ergänzung der namentlichen Bekanntgabe der gewählten Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer in Heft 12/78 des „Bayerischen Ärzteblattes“ haben die Medizinischen Fakultäten der drei Landesuniversitäten und der Technischen Universität München gemäß Art. 11 Abs. 2 KaG folgende Mitglieder als Delegierte zur Bayerischen Landesärztekammer entsandt:

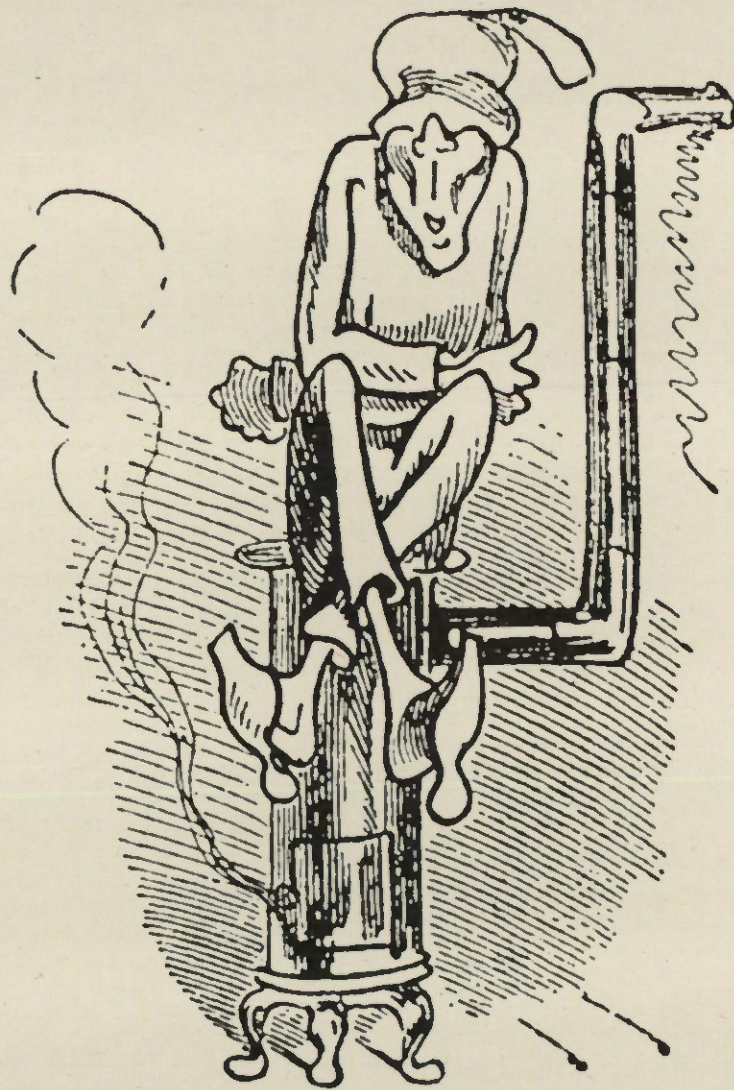
Professor Dr. Dr. Borelli Siegfried
München 40, Biedersteiner Straße 29
Medizinische Fakultät der
Technischen Universität München

Professor Dr. Lissner Josef
München 2, Ziemssenstraße 1
Medizinische Fakultät der
Universität München

Professor Dr. Valentin Helmut
Erlangen, Schillerstraße 25
Medizinische Fakultät der
Universität Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. Gross Wolff
Würzburg, Steubenstraße 7
Medizinische Fakultät der
Universität Würzburg

Vergrippt nochmal!



Herr Böck der klagt gar fürchterlich:
»Ich find das richt'ge Mittel nich.«

»Ich therapier, vergrippt nochmal!
Ab heute mit Kolton grippale.«

Kolton® grippale

Dragees und Saft

Kolton® grippale

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 1 mg, Paracetamol 50 mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50 mg, Ethenzamid 150 mg, Coffein 10 mg. 1 Teelöffel Saft (5 ml) enthält: Piprinhydrinat (Kolton®) 0,5 mg, Paracetamol 50 mg, Ascorbinsäure (Vitamin C) 50 mg, Natriumsalicylat 100 mg, Thymianfluidextrakt DAB6 500 mg, äthanolischer Fluidextrakt aus Eteukraut 50 mg.

Anwendungsgebiete: Erkältungskrankheiten mit Schnupfen, grippale und fieberhafte Infekte der oberen Atemwege. Bei katarrhalischen Reizzuständen und Husten Kolton grippale Saft.

Gegenanzeigen: Schwere Nierentunktionsstörungen. Genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie).

Nebenwirkungen: Bei empfindlichen Patienten können nach Kolton grippale Saft Magen- oder Darmschleimhautreizungen mit Blutungen auftreten. Bei Asthmatikern kann Kolton grippale Saft in seltenen Fällen Asthmaanfälle auslösen.

Promonta · Hemburg


Warnhinweis: Vor der Einnahme über längere Zeit oder in höherer Dosierung ist der Arzt um Rat zu tragen.

Wechselwirkungen: Wechselwirkungen können bei Kolton grippale Saft mit Cumarin-Derivaten, Kortikoiden, Sulfonylharnstoffen, Probenicid, Sulfipyrazon, Spironolacton und Methotrexat auftreten.

Hinweise: Bei der erhöhten Dosierung während der Stoßtherapie ist von Kraftfahrern und Patienten, deren Tätigkeit Aufmerksamkeit erfordert, zu beachten, daß nach Einnahme von Kolton grippale Müdigkeit auftreten kann. Auch muß bei hoher Dosierung mit einer Verstärkung der Wirkung von Alkohol, Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln gerechnet werden.

Für Diabetiker: 1 Teelöffel Kolton grippale Saft (5 ml) enthält 2,8 g Kohlenhydrate. Tagesdosis (3x2 Teelöffel) = 17 g Kohlenhydrate.

Handelstorten:
20 Dragees DM 5,70, 125 g Saft DM 6,55

 PROMONTA
HAMBURG

Gesetze und Pläne der letzten Jahre*

Ihre Auswirkung auf die Zukunft des freipraktizierenden Arztes

von F. Kolb

Ich soll zu Ihnen über die Zukunft des freipraktizierenden Arztes sprechen. Diese Zukunft hängt auch von den Bedingungen der ärztlichen Tätigkeit in Vergangenheit und Gegenwart, sowie der Ideologie, dem gegenwärtigen Handeln und dem zukünftigen Wollen der politisch Verantwortlichen in Staat und Sozialversicherung ab. Erlauben Sie mir deshalb, daß ich — bevor ich mich mit der Zukunft befaße — auf die jüngere Vergangenheit und Gegenwart eingehe und versuche, die erfolgten und geplanten Novellierungen der Reichsversicherungsordnung (RVO) und die bekanntgewordenen Pläne der Bundesregierung und politischer Gruppen zu analysieren und zu werten. Erst die Aufzählung der in den letzten Jahren ergangenen Gesetze und der bekanntgewordenen Pläne läßt den „roten“ Faden erkennen, der sie verbindet. Diese Gesetze und Pläne beweisen meines Erachtens die eindeutige Tendenz des größeren Koalitionspartners der Bundesregierung, der DGB-Gewerkschaften und der Ortskrankenkassen, die Bürokratisierung und Sozialisierung der Krankenversicherung in Etappen herbeizuführen. Was eine solche Zielsetzung für die Zukunft des freipraktizierenden Arztes und den Staatsbürger bedeutet, ist Ihnen allen wohl klar.

DGB

Der DGB stand 1960 bei dem Blanken Reformversuch noch aufseiten der ärztlichen Körperschaften, weil er gegen eine Selbstbeteiligung der Versicherten war (und sie auch heute noch in jeder Form ablehnt). 1971 erschien sozusagen als Auftakt der ideologischen Auseinandersetzungen zwischen linken politischen Gruppen und der Ärzteschaft die WSI-Studie des Gewerkschaftsbundes. In ihr erschien neben vielen

anderen umwälzenden Vorschlägen erstmalig der Begriff des Medizinisch Technischen Zentrums (MTZ). Im September 1977 legte die iG-Metall ihren Plan für eine Einheits-Kranken- und Rentenversicherung für alle Staatsbürger vor, im Oktober folgte die ÖTV mit etwas weniger radikalen Vorstellungen und im November 1977 der DGB. Er beschloß, in Anlehnung an die Studie seines Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) „Sozialpolitik und Selbstverwaltung — zur Demokratisierung des Sozialstaates“, das ÖTV-Programm in etwas abgeänderter Form und fordert:

— die Ausbootung der Arbeitgeber aus der Selbstverwaltung der Krankenversicherung (natürlich bei Fortdauer der teilweisen Finanzierung durch sie),

— die „Gleichschaltung“ der Kassenarten,

— ein Einheits-Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht,

— ein Einheitshonorar,

— ein System „integrierter medizinischer Versorgung“,

— Beteiligung der Gesundheitsämter, Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung und Ausdehnung des Behandlungsrechts der Ärzte auch auf andere Berufsgruppen und

— „Regionale Selbstverwaltung“ mit Drittelparität zwischen Gebietskörperschaften, Versicherten und „Beschäftigten“ im Gesundheitswesen (nicht Ärzten).

Ortskrankenkassen

Die Ortskrankenkassen (OKK) sind mit den Erfolgen, die sie durch das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) und besonders durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) erreicht haben, keineswegs zufrieden. Auf dem gleichzeitig mit den Endberatungen des KVKG ab-

gehaltenen Ortskrankenkassentag in Hamburg stellte der Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO) (nach den „Maximen und Forderungen“ des Vorjahres) allein zur ambulanten Behandlung 64 „Thesen und Forderungen“ auf, die u. a. postulieren:

— „Systematische Planung und Steuerung“; diese Worte werden mehr als zwei dutzendmal wiederholt,

— Zulassungsbeschränkung bei Überversorgung,

— Pauschalelemente der Honorierung, wie Komplex- und Höchstgebühren,

— Kassenambulatorien zur Sicherstellung, Förderung der Konkurrenz und als Modelleinrichtung,

— (Intim)-Daten-Pool,

— Überprüfung der kassenärztlichen Tätigkeit auf Effektivität und Effizienz durch Prüforgane einer gemeinsamen Selbstverwaltung,

— Soziale Dienste bei den Krankenkassen, die neben dem Arzt betreuen, beraten und behandeln, sowie

— Investitionskontrolle beim Kassenarzt (= Kontrolle der „Produktionsmittel“). Ein Geschäftsführer eines Landesverbandes der OKK soll schon vor einigen Jahren geäußert haben: „Wir werden bestimmen, wo künftig ein Röntgenapparat stehen wird.“

Nachdem bereits 1975 auf einem Presseseminar des BdO in Maria Laach die Markierung von der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ gesetzt worden war, begrüßte der BdO in seinem 9. Presseseminar im Dezember 1977 die Empfehlungsvereinbarung von 1976 und ihre kostendämpfende Wirkung (die übrigens lange vor dem KVKG eingetreten war). Gleichzeitig fordert er:

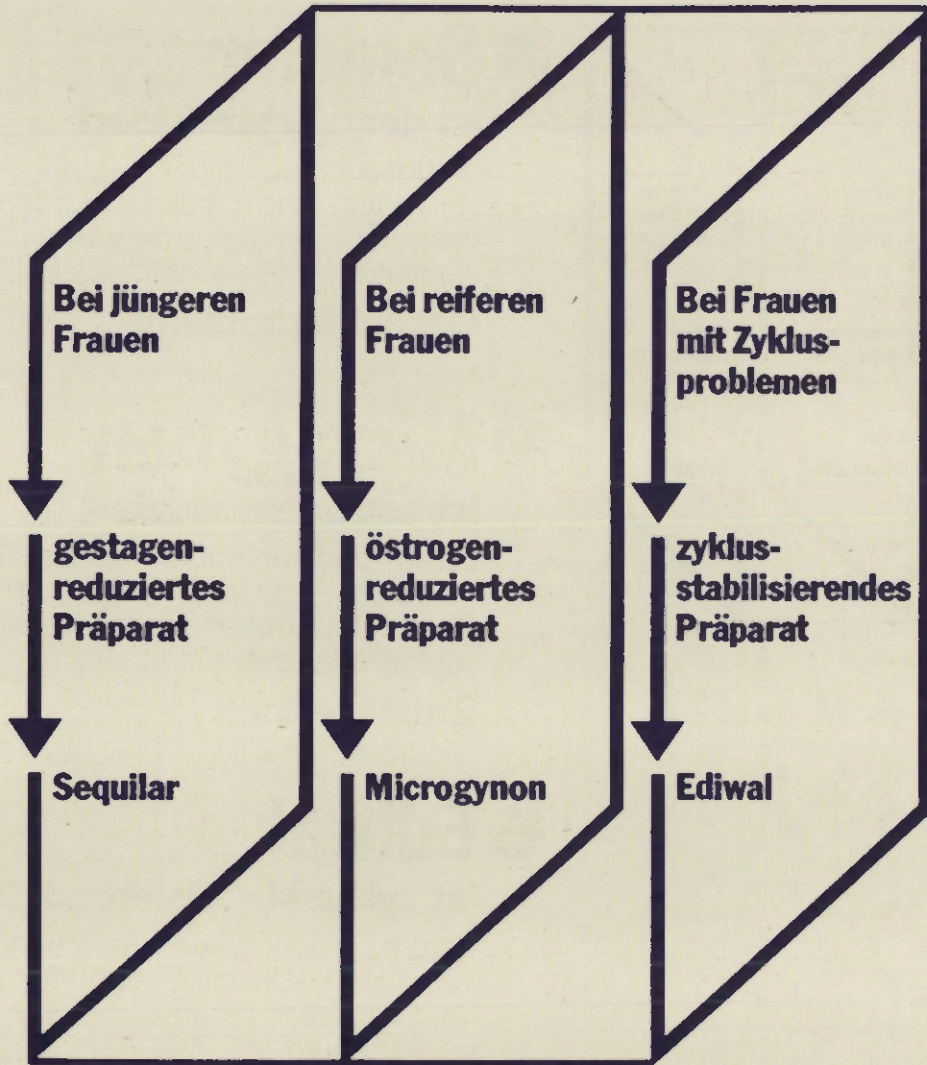
— Bundesempfehlungen für die Veränderung der Gesamtvergütung mit Aufteilung in Menge und Preis (für die einzelne ärztliche Leistung).

Rügenberg sprach davon, über die Honorare Einfluß zu nehmen auf die Menge der ärztlichen Leistungen (in einem Sachleistungssystem mit ungehindertem Zugang zum Arzt, ständig steigender Morbidität und laufende Übernahme moderner medizinischer Technologien!).

— Niederlassungssteuerung und Verklammerung von Zulassungs- und

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

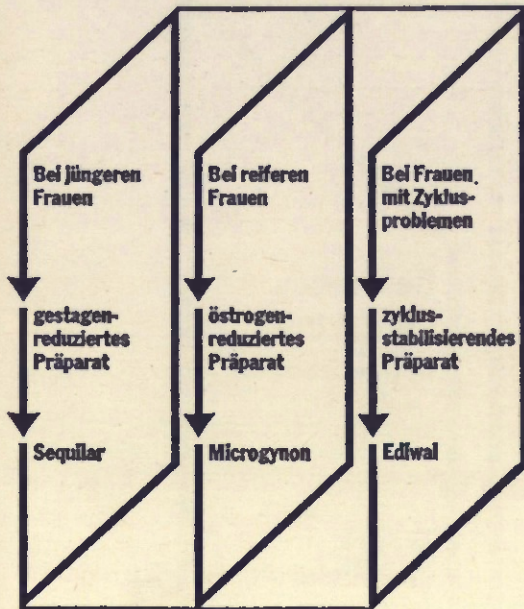
Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



Sequilar Microgynon Ediwal

**...immer gleich die richtige Pille
von Schering**

Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



● Sequilar

ist gestagenreduziert

darum auch für Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Beschwerden kommen, die durch Gestagene hervorgerufen bzw. verstärkt werden können – z.B.

Gewichtsprobleme

● Microgynon

ist östrogenreduziert

darum auch für Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Beschwerden kommen, die durch Östrogene hervorgerufen bzw. verstärkt werden können – z.B.

Brustspannen

● Ediwal

ist zyklusstabilisierend dosiert

darum für die Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Zyklusproblemen kommen, auch für Frauen post partum und post abortum.

Zusammensetzung: 1 Packung Microgynon[®] 21 enthält 21 Dragees zu je 0,15 mg D-Norgestrel und 0,03 mg Äthinylostradiol. Microgynon 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. 1 Packung Ediwal[®] 21 enthält 21 Dragees zu je 0,125 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylostradiol. 1 Packung Sequilar[®] 21 enthält 11 weiße Dragees zu je 0,05 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylostradiol sowie 10 orangefarbige Dragees zu je 0,125 mg D-Norgestrel und 0,05 mg Äthinylostradiol. Sequilar 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. Indikationen: Konzeptionsverhütung. Dosierung: Microgynon 21/Sequilar 21: Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 1.-21. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt. Microgynon 28/Sequilar 28: Ab 1. Zyklustag täglich 1 Dragee; keine Einnahmepause. Ediwal 21: Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 5.-25. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt. Nebenwirkungen: Vereinzelt Spannungsgefühl in den Brüsten, Magenbeschwerden, Übelkeit, Kopfschmerzen, Beeinflussung des Körpergewichts und der Libido, depressive Verstimmungen, Chloasma, Zwischenblutungen. Gründe für das sofortige Absetzen: erstmaliges Auftreten migräneartiger oder häufigeres Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, ekufe Sehstörungen jeder Art, erste Anzeichen von Thrombophlebitiden oder thromboembolischen Erscheinungen sowie geplante Operationen (6 Wochen vorher) und längere Immobilisation (z.B. nach Unfällen), Auftreten von Ikterus, stärkerer Blutdruckanstieg, Schwangerschaft, Kontraindikationen und Risiken: Wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftsruhrus oder schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, Dubin-Johnson- und Rotor-Syndrom, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellenanämie, Mamma- oder Korpuskarzinom (auch nach Behandlung), Fettstoffwechselfstörungen; Herpes gestationis in der Anamnese, Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften. Einfluß auf die Wirkung bei gleichzeitiger Gabe anderer Medikamente siehe Prospekt. Besondere Hinweise: Ausführlichere Informationen zum Präparat enthalten die wissenschaftlichen Prospekte (z.Z. sind folgende Auflagen gültig: Microgynon 3, Auflage vom Oktober 1976. Ediwal 21 2. Auflage vom Juli 1976. Sequilar 3, Auflage vom Januar 1977), u.a. zu folgenden Themen: Notwendigkeit gynäkologischer Kontrolluntersuchungen, Einfluß auf die Scheidenflora, Beeinflussung der Leberfunktion, Thromboserisiko unter der Anwendung, Möglichkeit einer gelingen androgenen Restwirkung, Wirkung auf Nebennierenrinden- und Schilddrüsenfunktion, Einfluß auf klinisch-chemische Normalwerte, Stoffwechselfunktionen und Blutdruck, Krankheiten, die sich wie in der Schwangerschaft verschlimmern können (Otosklerose, multiple Sklerose, Epilepsie, Porphyrie, Tetanie). Packungen und Preise lt. AT. (ab 1.1.1978): Microgynon 21: 1x21 Dragees DM 8,25; 3x21 Dragees DM 22,81; 6x21 Dragees DM 39,38. Ediwal 21: 1x21 Dragees DM 9,27; 3x21 Dragees DM 25,24; 8x21 Dragees DM 42,57. Sequilar 21: 1x21 Dragees DM 8,49; 3x21 Dragees DM 23,25; 8x21 Dragees DM 40,04. Microgynon 28: 1x28 Dragees DM 8,58; 3x28 Dragees DM 23,54; 8x28 Dragees DM 40,41. Sequilar 28: 1x28 Dragees DM 8,81; 3x28 Dragees DM 24,19; 8x28 Dragees DM 41,17.

SCHERING AG
BERLIN / BERGKAMEN

Dez. 77

Vergütungswesen in der Weise, daß in unterversorgten Gebieten höhere Honorare bezahlt werden als in überversorgten.

– Weitere Absenkung der Laborgebühren.

– Eine Zusammenführung der Leistungs-(Intim-)Daten analog dem Vorpellen bayerischer Ortskrankenkassen und

– Transparenzlisten zur Einhaltung des Arzneimittelhöchstbetrages.

In einem *Kolloquium zur Vergütungspolitik*, veranstaltet vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WiDO) im September 1978 wurden die Probleme diskutiert, die sich aus der Strukturumschichtung in der ärztlichen Versorgung, der steigenden Morbidität und insbesondere aus der Entwicklung der Arztlizenzen in den kommenden Jahren ergeben. Dabei wurden folgende *Fragen* aufgeworfen:

– Ob eine Begrenzung der Zahl der Kassenärzte heute noch verfassungswidrig sei,

– ob es möglich wäre, die Gesamteinnahmen der Kassenärzte auf ein A 13- oder A 16-Gehalt (unabhängig von Art und Zahl der erbrachten Leistungen und der unterschiedlichen Praxiskosten der einzelnen Fachbereiche) zu begrenzen und

– ob es durch eine entsprechende Vergütungspolitik gelingen könnte, die Gesamtvergütung (für alle Ärzte) einzufrieren oder so zu begrenzen, daß auch bei einer erheblichen Zunahme der Kassenärzte die Krankenkassen insgesamt keine höhere Summe für ambulante Behandlung ausgeben müßten?

(Der Anteil für ambulante kassenärztliche Behandlung an den Ausgaben der Ortskrankenkassen betrug 1977 16,7 Prozent. DOK 21/78.)

In diesem Kolloquium zur Vergütungspolitik, an dem auch maßgebliche Mitglieder der Kassen-Selbstverwaltung teilgenommen haben, wurden außerdem folgende *Feststellungen* getroffen:

– Die geplante Steuerung der Ausgaben sei kaum gelungen, man brauche dauerhafte Steuerungsinstrumente.

– Die Gesamtvergütung sei nicht zu streng an die Grundlohnsumme zu koppeln, weil dies zu einer ungegerechtfertigten Steigerung führe.

– Die Vergütungspolitik allein führe nicht zum Erfolg; man müsse die Gebührenordnung „weiterentwickeln“, die Wirtschaftlichkeitsprüfung „verbessern“,

die Zahl der Leistungen begrenzen (Geißler, WiDO) und Leistungskomplexe einführen (Rosenberg, Mudra).

– Der Preis richte sich nach Angebot und Nachfrage; man müsse entweder die Zahl der Anbieter oder den Umfang des Angebotes begrenzen (Geißler).

– Das Einkommensgefälle zwischen Zahnärzten, Fachärzten und Allgemeinärzten müsse abgebaut werden und

– überdurchschnittliche Praxisumsätze seien schrittweise zu begrenzen.

Eine abschließende Beurteilung dieser Diskussionspunkte durch den Bundesverband der Ortskrankenkassen steht allerdings noch aus.

SPD

Die *Jugendorganisation der SPD* (Jusos) stellte schon 1969/70 auf ihren Bundeskongressen Forderungen für Vorstufen einer „Verstaatlichung des Gesundheitswesens“ und 1974 für die sofortige Vergesellschaftung des Gesundheitssicherungssystems auf. 1971 folgte die *Gesundheitspolitische Bundeskonferenz* der SPD mit den Anträgen: „Die Bundesregierung wird aufgefordert, zu prüfen, inwieweit schon möglichst bald ... die ärztliche Versorgung bedürfnisgerecht durch einen staatlichen Gesundheitsdienst sichergestellt werden kann“ und „unerlässlich, daß die Gesellschaft Ausbildung und Bezahlung der Ärzte übernimmt.“

Die *Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen* faßte 1973 folgende Entschliebung: „Die ärztliche Betreuung der Bevölkerung in ambulanter und stationärer Form erfolgt als öffentliche Aufgabe durch ein staatliches Gesundheitswesen“, der SPD-Landesverband Schleswig-Holstein erhob in seinem Wahlprogramm 1975 die gleiche Forderung.

1973 lehnten die Delegierten auf dem *Bundesparteitag* der SPD in Hannover die vom Vorstand vorgelegten Gesundheitspolitischen Leitsätze ab, „weil sie hinsichtlich ihres Ansatzes erheblich hinter dem ak-

tuellen Stand der innerparteilichen Diskussion zurückbleiben“; gleichzeitig beauftragte dieser Parteitag die Gesundheitspolitische Kommission, die Leitsätze von 1964 an die Entwicklung anzupassen.

Friedel Läßle, Vorsitzender der Gesundheitspolitischen Kommission der Sozialdemokraten, schreibt 1975 in seinem Buch „Profit durch Krankheit“: „Der Arzt ist seiner gesellschaftlichen Position zu entheben und mit seinen öffentlich finanzierten Fertigkeiten in die Gesellschaft einzubinden.“

Auf dem *Parteitag in Mannheim 1975* erklärte die SPD das Gesundheitswesen als Reformschwerpunkt für die nächsten Jahre. Gleichzeitig wurden die Weichen für die kommenden Gesetze der Bundesregierung gestellt. Der beschlossene Ökonomisch-politische Orientierungsrahmen (OR'85) verdeutlicht die gesellschaftspolitischen Vorstellungen der SPD. Außerdem wurden die Gesundheitspolitischen Leitsätze der Gesundheitspolitischen Kommission der Partei und der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) diskutiert und ein Aktionsprogramm *Gesundheit '76* sowie ein Zehn-Punkte-Programm zur Kostendämpfung beschlossen. Minister Ehrenberg stellte anlässlich der Verabschiedung des sogenannten Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) 1977 fest: „Die Mehrzahl der Forderungen aus dem Zehn-Punkte-Programm der SPD vom Mannheimer Parteitag 75 sind inzwischen erfüllt.“ Der Mannheimer Parteitag lehnte zwar einen Antrag auf „Vergesellschaftung des Gesundheitswesens, Übernahme der Kassenärzte in den öffentlichen Dienst, Errichtung von Ambulatorien als Klinikaußenstellen“ sowie eine Selbstbeteiligung in jeder Form ab, stimmte aber Vorstufen der Sozialisierung zu, nämlich

– der Volksversicherung,

– der einheitlichen Gesamtplanung eines rationellen, ökonomisch und medizinisch effizienten Gesundheitssystems,

– dem integrierten Gesundheitswesen,

– der Investitionslenkung durch öffentliche Mittel, auch im ambulanten Bereich und

– der Selbstverwaltung in regionalen Gebietskörperschaften unter

Mitwirkung der Versicherten (Krankenkassen), der Leistungserbringer (Ärzte und medizinische Assistenzberufe) und des Staates (Vertreter des Bezirkstages) in sogenannter Drittelparität.

Gleichzeitig stellte der Mannheimer Parteitag fest, daß Macht und Einfluß der Krankenkassen zu verstärken seien und die „Privilegien“ der Ärzte und die Ausnutzung der Sozialversicherung durch die Leistungserbringer abgebaut werden müßten.

1976/77 fanden noch mehrere Fachkongresse in Gelsenkirchen, Bremen und Wiesbaden statt, die die bisherigen Aussagen der SPD wiederholten und bestätigten. Auch die beschwichtigende Rede von Bundeskanzler Schmidt auf der Gesundheitspolitischen Fachkonferenz im Mai 1976 und sein Brief vor der Bundestagswahl an alle Ärzte konnten nicht darüber hinwegtäuschen, daß die SPD beim Läßle-Programm bleibt.

Das bestätigte der SPD-Parteitag im November 1977 in Hamburg.

In 40 Sekunden verabschiedete er ohne Diskussion die wegen ihrer systemverändernden Tendenz bemerkenswerten Gesundheitspolitischen Leitsätze seiner Gesundheitspolitischen Kommission. Diese Leitsätze beinhalten u. a.:

- die Volksversicherung,
- die standardisierte medizinische und medizintechnische Gesundheitsvorsorge,
- die „integrierte medizinische Versorgung“ (wie DGB),
- die regionale Selbstverwaltung mit Drittelparität (analog dem DGB-Programm),
- die ambulante vor-, nach- und halbstationäre Versorgung im Krankenhaus (wie DGB),
- ein regionales medizinisches Dokumentationssystem, das persönliche medizinische Daten speichert (wie OKK) und
- die Finanzierung und damit Kontrolle der stationären und ambulanten Versorgung durch die öffentliche Hand (Kontrolle der „Produktionsmittel“ analog den OKK).

Der Vorsitzende der *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen*, unser bayerischer

Kollege Cremer, traf am 30. September 1977 folgende Feststellung:

„Wie auch im Orientierungsrahmen '85 (der SPD) festgehalten, stehen die Grundgedanken der Leitsätze, Selbstverwaltung und Integration auf einer breiten Basis des Konsenses. Diese Basis reicht – unabhängig von Unterschieden im Detail – auch über die Partei hinaus. Sie bezieht die DGB-Gewerkschaften ebenso ein wie die Ortskrankenkassen.“

Der SPD-Bundestagsabgeordnete und Vorsitzende der Untergruppe „Jugend, Familie, Gesundheit“ im Bundestag, Udo Fiebig, erklärte zwar im Frühjahr 1978 in Loccum, daß man die gesundheitspolitischen Vorstellungen, die Friedel Läßle, Landesvorsitzender im Saarland und Linksaußen der SPD, und Professor H. G. Wolters, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, in die offizielle Gesundheitsprogrammatische der SPD hineingebracht hätten, „getrost zu den Akten legen“ könne. Dem entgegneten unwidersprochen der sozialdemokratische Bundestagsabgeordnete und Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) E. Kuhlwein und der bayerische Landtagsabgeordnete und Vorsitzende der ASG, Dr. F. Cremer: Der Hamburger Parteitag habe mit seinen gesundheitspolitischen Leitsätzen das SPD-Programm festgelegt (sic!). Fiebig habe nicht die Legitimation, für die SPD oder ihre Bundestagsfraktion zu sprechen.

Nur scheinbar gibt es hier einen Dissens innerhalb der Partei. Wollte Fiebig nur die Diskussion mit Rücksicht auf die Wünsche der Bevölkerung nach ihrem Hausarzt und auf den Koalitionspartner entschärfen?

Für mich gibt es keinen Zweifel, daß eine Mehrheit der SPD, die durch Nachwuchs jüngerer radikaler Kräfte immer mehr zunimmt, im Bund mit den DGB-Gewerkschaften die Vergesellschaftung des Gesundheitswesens anstrebt, ohne dabei den niedergelassenen Arzt zum Beamten oder Angestellten zu machen. Das wäre wegen der notwendigen Begrenzung der Arbeitszeit, der Vergütung der Bereitschaftsdienste und die auf den Staat dann zukommenden Versorgungsansprüche viel zu teuer. Viel kostengünstiger und erfolgversprechender ist es – schon mit Rücksicht auf den Koalitionspartner

und die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat – in kleinen Schritten vorzugehen, die Ärzte und ihre KV zu entmachten und sogar in Fragen, in denen Kassenangestellte nicht sachverständig sein können unter das Kuratell der Krankenkassen zu stellen und die Honorierung mit Unterstützung der Ortskrankenkassen so zu drosseln, daß dem weiterhin „freiberuflichen“ Kassenarzt unabhängig von seiner Leistung und seinem Einsatz noch das Gehalt eines Angestellten bei vollem Risiko des Selbständigen und der Belastung des Freiberuflers bleibt.

Die drei „K-Gesetze“ der sozialpolitischen Koalition

Zum *Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz* (KVWG), das am 1. Januar 1977 in Kraft getreten ist, gab das Land Bayern mit der Forderung nach Bedarfsplanung den Anstoß. Das dann verabschiedete (Bundes-) Gesetz brachte

- die Verpflichtung zur Rationalisierung und Modernisierung der Praxen mit deutlicher Tendenz zum MTZ,
- die Bedarfsplanung, auch der ambulanten Versorgung, im Einvernehmen mit den Krankenkassen und im Benehmen mit zahlreichen Landes- und Kommunalbehörden,
- Fortbildungsverpflichtung auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit,
- die Beteiligung der psychiatrischen Krankenhäuser (nicht der einzelnen Ärzte) und psychiatrischen Abteilungen als Institution an der ambulanten Versorgung und
- den Wegfall des Nur-Ersatzkassenstatus der neubeteiligten Vertragsärzte als Beginn der Einbeziehung der Ersatzkassen in das Recht der RVO.

Nur ein halbes Jahr später, am 1. Juli 1977, wurde das „Gesetz zur Kostendämpfung und Strukturverbesserung“ (KVKG) wirksam. Der populäre, aber unrichtige und irreführende Name „Kostendämpfungsgesetz“ ist politisches Ablenkungsmanöver zur Vertuschung langfristiger sozialistischer Strategie. Schon eineinhalb Jahre vorher war durch freiwillige Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Ärzten Kostendämpfung auf den Sektoren ärztlicher Behandlung und Arzneimittelverordnung eingetreten.

Das KVKG müßte richtiger Gesetz zur Kostenverlagerung und Strukturveränderung heißen, weil es über die Hälfte der Kosten der Krankenversicherung der Rentner den aktiven Versicherten und ihren Arbeitgebern auflastet. Die vom Bundeskanzler und der Bundesregierung vor der Wahl 1976 geleugnete Misere der Rentenversicherung („Problemchen“) war der wahre Grund für eine überstürzte zweite Novellierung der RVO innerhalb eines halben Jahres. Allein die bayerischen Ortskrankenkassen schätzen für 1978 die Belastung ihrer aktiven Versicherten und Arbeitgeber durch die Krankenversicherung der Rentner auf fast eine Milliarde DM. Trotzdem beträgt 1978 das Defizit der Rentenversicherung insgesamt acht Milliarden DM.

Diese nachweisbaren Tatsachen müssen immer wieder hervorgehoben werden, weil sie die Medien kaum angesprochen haben. Auf die Einzelbestimmungen des KVKG will ich nicht näher eingehen, weil diese sehr oft publiziert wurden, u. a. auch im Mai-Heft 1978 des „Bayerischen Ärzteblattes“. Das KVKG ist die zweite Etappe der bisher leider erfolgreichen Konfliktstrategie der Sozialisten auf ihrem Weg in ein vergesellschaftetes Gesundheitswesen. Hanna Neumeister (CDU), MdB, führte am 27. Juni 1978 vor der Fachschaft Medizin in München aus: „Beunruhigend aber ist, daß in allen Gesetzen, die sich mit der Novellierung der Sozialgesetzgebung befassen, diese (sozialistischen) Vorschläge zwar in etwas gemilderter Form auftreten, im Laufe der Beratungen teilweise weiter entschärft werden können, aber doch letztendlich rudimentär erhalten bleiben und nach und nach fast unmerklich zu einer Systemveränderung führen.“

Das KVKG ist ein Meilenstein auf dem sozialistischen Weg zur Einheitsstaatsbürgerversorgung. Es stellt die Weichen für

- die Institutionalisierung statt dualer Patienten-Arzt-Beziehung,
- die Zentralisierung und Vereinheitlichung,
- die Bürokratisierung und Verplattung,
- die Pauschalierung statt leistungsgerechter Honorierung,
- die Verschlechterung der Versorgung und Einengung der Therapiefreiheit,

– den Einbruch in die Intimsphäre der Versicherten und

– ein Übergewicht der Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Drei Bestimmungen halte ich für rechts- oder verfassungswidrig

– die Einbeziehung der freien Heilfürsorge in das Recht der RVO,

– den Arzneimittelhöchstbetrag und

– die Zwangsfrist von drei bis sechs Monaten bei Niederlegung der Kasenzulassung.

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Zur Zeit ist eine Novelle des 1972 in der Großen Koalition beschlossenen und 1973 in Kraft getretenen KHG in der parlamentarischen Beratung.

Nach § 1 war Zweck des alten KHG „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung im stationären Sektor und sozial tragbare Pflegesätze“. Fast die gleiche Formulierung findet sich in § 1 der Novelle zum KHG.

Sind nun die drei oben genannten Zielsetzungen des § 1 des KHG '72 in den letzten sechs Jahren verwirklicht worden? Das von Politikern als „Jahrhundertgesetz“ bezeichnete KHG unterlag von Anfang an der berechtigten Kritik sachverständiger Gremien.

In der Krankenhausplanung gab es „Wildwuchs“, wie z. B. noch 1975 die „Woythalklinik“ in Hessen. Zehn Millionen DM wurden hier für die Planung eines Klinikprojektes ausgegeben, das dann nicht realisiert werden konnte! Auf der anderen Seite schloß man Krankenhäuser unter 100 Betten entsprechend § 8 KHG aus dem Bedarfsplan aus und entzog ihnen damit ihre Existenzgrundlage. Die Ausschaltung der kleinen freigemeinnützigen oder privaten Krankenanstalten wurde durch den mit dem KVKG in der RVO neu gefaßten § 371 beschleunigt.

Auf Intervention des Bundesrates wurde der Krankenhausteil des KVKG abgekoppelt.

Wollte man hier die Probleme nicht in der gleichen, gefährlichen und schädlichen Hektik erledigen, wie

dies aus politischem Zwang (Rentensanierung) im ambulanten Versicherungsbereich geschah, oder wäre ohne Abtrennung des Krankenhausteils das gesamte KVKG gefährdet gewesen?

Mit einem Diskussionspapier machte der Bundesarbeitsminister im Januar 1978 den Versuch, die Widerstände der Bundesländer, der Krankenhausgesellschaft und anderer Opponenten zu den Plänen seines Hauses gegen Teile des Gesetzes abzubauen. Dieser Versuch ist damals und bis heute nicht von Erfolg gewesen. Am 11. April 1978 legte dann das Bundesarbeitsministerium einen voll ausformulierten *Referentenentwurf*, im Mai 1978 den *Regierungsentwurf* zur Novellierung des KHG vor. Beide Entwürfe unterscheiden sich nur unwesentlich.

Drei Grundsätze sollen aus dem alten KHG übernommen werden:

– Duales Finanzierungssystem durch Förderung der öffentlichen Hand für die Vorhaltekosten und kostendeckende Pflegesätze für die laufenden Betriebskosten,

– sozial tragbare Pflegesätze und

– bedarfsgerechte Versorgung.

Die Novelle hat nach Aussage des Bundesarbeitsministeriums das Ziel:

– „Die Planungs- und Steuerungsinstrumente im Krankenhausbereich zu verbessern,

– die Krankenhäuser in ihren Bemühungen um eine möglichst wirtschaftliche Betriebsführung wirksamer zu unterstützen und

– die Selbstverwaltung im Krankenhausbereich und damit die Initiative der am Krankenhauswesen unmittelbar Beteiligten zu stärken, um alle Möglichkeiten zu einer wirkungsvollen und kostengünstigen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen auszuschöpfen“ (Begründung des Regierungsentwurfs).

Angeblich seien auch „im Interesse einer möglichst einvernehmlichen Regelung mit den Ländern und den übrigen Beteiligten alle Punkte fallen gelassen (worden), die im Rahmen des KVKG auf grundsätzliche Ablehnung gestoßen waren“.

„Schließlich sollten im Zuge der Novellierung, soweit nötig, Mißverständnisse und Verwaltungsschwie-

rigkeiten der bisherigen Gesetzesfassung ausgeräumt werden."

Die wesentliche Änderung gegenüber der Situation bei Verabschließung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Jahre 1972 sei die Aufgabe, *nicht bedarfsnotwendige Betten in einer beträchtlichen Zahl abzubauen* oder anderen Verwendungszwecken zuzuführen. Der Bettenabbau sollte sich (nach Aussage des Bundesarbeitsministers) jedoch nicht einseitig zu Lasten derjenigen Krankenhäuser vollziehen, die bisher nicht in die Krankenhausbedarfspläne aufgenommen sind.

Die Bundesregierung hat im Hinblick auf die bei den Krankenhausträgern entstandene Unruhe erwogen, eine Änderung des § 371 Abs. 2 RVO vorzuschlagen. Sie hat zunächst von entsprechenden Vorschlägen in der Erwartung abgesehen, daß die künftige Anwendung des § 371 RVO sich in einem Rahmen vollzieht, wie er in der Empfehlung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 14. Dezember 1977 aufgezeigt worden ist. Inzwischen haben CDU/CSU und FDP eine Änderung des § 371 verlangt.

Danach wäre eine *Ablehnung von Krankenhäusern* durch die Landesverbände der Krankenkassen nur möglich,

– wenn eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und eine unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wirtschaftliche Krankenhauspflege nicht gegeben ist

– und (statt bisher: oder) die Ziele des Krankenhausbedarfsplanes gefährdet werden.

Die Bedarfsplanung

„soll ausgebaut und verbessert, die Krankenhausträger und Krankenkassen sollen stärker an der Krankenhausbedarfsplanung beteiligt werden.“ Es ist eine „enge Zusammenarbeit“ der Länder mit der Krankenhausesellschaft, den Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden und der privaten Krankenversicherung vorgesehen. Ergibt sich bei der Erörterung des Bedarfsplanes keine Verständigung, ist die *endgültige Entscheidung des Landes* zu begründen. Die Kassenärztliche Vereinigung (bisher die Landesärztekammer), die Verbände

der freien Wohlfahrtspflege und sonstige, vom Land zu bestimmende „wesentliche Beteiligte“ sind anzuhören. Der Bundesarbeitsminister schlägt in der Gesetzesbegründung vor, die Gewerkschaften bei der Anhörung in den Kreis der „wesentlich Beteiligten“ einzubeziehen, ohne die Länder dazu zu verpflichten.

Die Krankenhausbedarfspläne haben die für die Versorgung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Bettenzahl, Fachrichtungen, Aufgaben und durchschnittlicher Belegung auszuweisen und den Versorgungsstufen (Grund-, Regel-, Schwerpunkt und Zentralversorgung) zuzuordnen.

Öffentliche Förderung

Voraussetzung für die öffentliche Förderung ist die Aufnahme der Krankenhäuser in den Bedarfsplan, sowie daß mehr als 40 Prozent der jährlichen Verpflegstage für Sozialversicherte einschließlich der Selbstzahler mit nicht höheren Pflegekosten anfallen. Die alte 100-Betten-Grenze für die Aufnahme in den Bedarfsplan ist gefallen. Von einer Eigenbeteiligung des Krankenhausträgers an den Investitionskosten wurde abgesehen.

Die *Investitions- (Errichtungs- oder Vorhalte-)Kosten* (in der Regel ohne Grundstück) werden von der öffentlichen Hand, zu $\frac{1}{3}$ vom Bund, zu $\frac{2}{3}$ von den Ländern und Gemeinden (Gemeindeverbänden) getragen. Von dem Drittel des Bundes werden 20 Prozent nach Schwerpunkten verteilt, 0,25 bis 0,50 Prozent behält der Bund für Rationalisierungsforschung im Krankenhauswesen. Nach Aussage von Staatsminister Dr. Pirkl war der *Anteil des Bundes* bei gleichlautenden gesetzlichen Bestimmungen in den vergangenen Jahren allerdings auf $\frac{1}{6}$ bis $\frac{1}{10}$ zurückgegangen.

„Die Aufgaben der Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften und die Möglichkeiten von teilstationären Krankenhausleistungen und leistungsfähiger, belegärztlicher Versorgung“ sind zu berücksichtigen. Sie werden ausdrücklich in die Investitionsförderung einbezogen, um „den langjährigen Streit über die Finanzierung der Krankenpflegeschulen endgültig auszuräumen.“

Die Pflegesätze

sollen nach dem zur Zeit in der Diskussion stehenden Regierungsentwurf zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassen unter Beteiligung ihrer Spitzenverbände vereinbart werden. Sie sind von der zuständigen Landesbehörde „unverzüglich“ zu genehmigen, wenn sie den Vorschriften dieses Gesetzes entsprechen. Bei *Nichteinigung setzt das Land die Pflegesätze fest*. Nicht in den Bedarfsplan aufgenommene Krankenhäuser dürfen keine höheren Pflegesätze fordern als vergleichbare geförderte Häuser. Soweit Leistungen von einem Belegarzt oder in anderen Fällen gesondert erbracht und berechnet werden und sich durch die Kostenerstattung der Ärzte die *Selbstkosten des Krankenhauses mindern* (nur wenn die letztgenannte Voraussetzung zutrifft), ist dies bei der Bemessung der Pflegesätze zu berücksichtigen.

Die *Deutsche Krankenhausesellschaft* und die *Spitzenverbände der Krankenkassen* sollen gemeinsam Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und das Nähere zur Durchführung der von der *Konvertierten Aktion* gegebenen Empfehlungen nach § 405a RVO vereinbaren.

Der Bund-Länder-Ausschuß (§ 35)

soll unter Vorsitz des Bundesarbeitsministers eine Abstimmung zwischen Bund und Ländern in allen Angelegenheiten des Gesetzes herbeiführen und insbesondere beraten über

– die Grundsätze für ein bedarfsgerechtes System leistungsfähiger und wirtschaftlicher Krankenhäuser sowie

– über die Gestaltung und Bemessung der Pflegesätze.

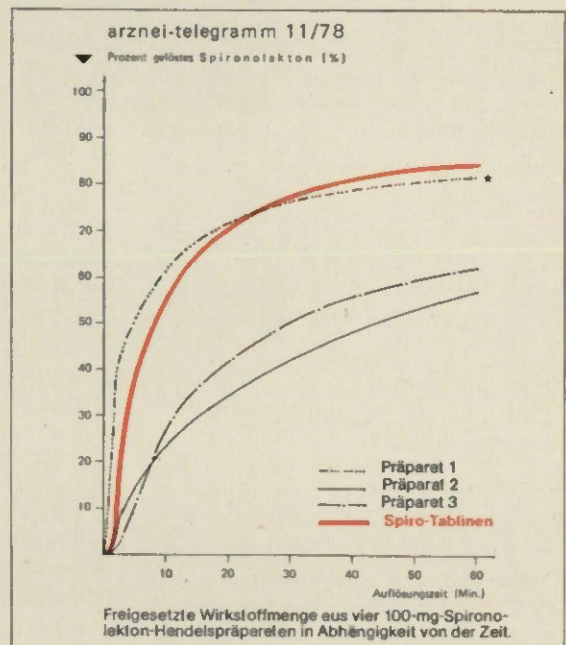
Beirat für Krankenhausfragen

Beim Bundesarbeitsministerium wird ein Beirat für Krankenhausfragen gebildet. Er soll gegenüber der bisherigen Regelung ein „gestärktes Beratungsgremium“ sein, dem Vertreter der Krankenhausträger, der Krankenversicherung, der Arbeitnehmer, der Arbeitgeber, der

„Durch Verordnung der Spiro-Tablinen können die Behandlungskosten, die bei diesem Aldosteronantagonisten erheblich sind, offensichtlich ohne Gefahr für die Therapie um ein Drittel gesenkt werden:

Gemessen am Freisetungsverhalten entsprechen Spiro-Tablinen dem galenischen Qualitätsstandard der 100-Zubereitung.“

Zu diesem Ergebnis kommt der neutrale und unabhängige Informationsdienst für Ärzte „arznei-telegramm“ in seiner November-Ausgabe 1978. Es wurden vier 100-mg-Spironolacton-Handelspräparate untersucht. Die Auflösungsrate wurde graphisch wie nebenstehend dargestellt:



*Zu dieser Kurve muß eine kleine Zeitspanne hinzugerechnet werden, d. h. sie muß etwas nach rechts verschoben werden, weil nur der Kapselinhalt untersucht wurde. Die Auflösungszeit der Kapsel muß also hinzugerechnet werden.

Spiro-Tablinen®

Spironolacton mikron. 100 mg

20 Tabl.

41.-

50 Tabl.

96.-

Indikationen: Primärer Aldosteronismus, wenn eine Operation nicht möglich ist. Bei folgenden weiteren Erkrankungen können Spiro-Tablinen eingesetzt werden: Sekundärer Aldosteronismus bei Leberzirrhose mit Aszites, hydropische Herzinsuffizienz, schwere Hypertonien, nephrotisches Syndrom, idiopathisches Ödem, akutes Hirnödem, wenn eine befriedigende Behandlung mit anderen Mitteln nicht möglich ist.
Kontraindikationen: Schwere Nierenfunktionsstörungen, Hyperkaliämie, Hyponatriämie.
Mögliche Nebenwirkungen: Hyperkaliämie bei Langzeittherapie, Gynäkomastie, Impotenz, Stimmveränderungen bei Mann und Frau, Amenorrhoe, gastrointestinale Störungen, Hautreaktionen.

Führen Sie bitte selbst den Preisvergleich durch und entscheiden Sie, welches Präparat für Ihre Praxis das preiswerteste ist.

Ärzte, der kommunalen Spitzenverbände und der privaten Krankenversicherung angehören sollen.

Der Regierungsentwurf enthält elf *Verordnungsermächtigungen* der Bundesregierung.

Änderungen der RVO

Nach § 184 (neu) kann der Versicherte *unter den zugelassenen Krankenhäusern wählen*. Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächsterreichbaren Krankenhäuser in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen (wiedereingefügte alte Fassung).

Nach § 185 muß die Kasse *häusliche Krankenpflege* gewähren, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist oder dadurch nicht erforderlich wird,

kann die Krankenkasse durch Satzungsbestimmung *häusliche Krankenpflege* finanzieren, wenn dies zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

Nach § 405a hat die *Konzertierte Aktion* im Gesundheitswesen über die angemessene Veränderung ... der Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege Empfehlungen abzugeben.

Dabei sind die Bestimmungen des KHG (kostendeckende Pflegesätze) zu berücksichtigen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen das Nähere zur Durchführung der von der Konzertierten Aktion gegebenen Empfehlungen vereinbaren und diese für den Krankenhausbereich anwendbar machen. Diese Vereinbarung wird – falls sie überhaupt als Gesetz kommt – bei der konträren Interessenlage der beiden Verbände wohl einige Zeit auf sich warten lassen. Bei dieser Sachlage erhebt sich die Frage, ob es auf die Dauer zumutbar ist, daß lediglich die Kassenärzte an Empfehlungen der Konzertierten Aktion gebunden werden, wenn sich herausstellen sollte, daß der größte und am stärksten expandierende Ausgabenblock der stationären Behandlung – aus welchen Gründen immer – nicht in die Kostendämpfung einbezogen werden kann.

Der Bundesrat

hat die Beratungen des KHG am 16. April 1978 aufgenommen. Obwohl im Regierungsentwurf gegenüber dem Referentenentwurf einige Umformulierungen und Abschwächungen vorgenommen wurden, die insbesondere die Einbeziehung der Krankenhäuser in die Konzertierte Aktion modifizieren und das Prinzip der Selbstkostendeckung durch die Pflegesätze betonen, hat der Bundesrat gegen viele Paragraphen und wesentliche Teile des Gesetzes ein *Veto eingelegt und 70 Änderungswünsche angemeldet*.

Im Mittelpunkt seiner Kritik standen insbesondere:

– Die Einbeziehung der Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhauspflege in die Empfehlungen der Konzertierten Aktion und die Erweiterung der Bestimmungen des § 405a RVO, dessen ersatzlose Streichung der Bundesrat empfahl;

– die Kompetenz der Krankenhausgesellschaft und der Krankenkassen, das Nähere zur Durchführung der Konzertierten Aktion zu vereinbaren;

– die von den beiden genannten Verbänden zu erstellenden Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser (§ 26 der Novelle);

– die Bestimmungen über die Bedarfsplanung; (Der Bundesrat fordert den Wegfall des ganzen § 6);

– das Verfahren zur Festsetzung der Pflegesätze, das „die Planungs- und Verwaltungshoheit der Länder in verfassungsrechtlich unzulässiger und verfassungspolitisch bedenklicher Weise einschränke“ (§ 25/1).

Bundesratsgegenvorschläge: „Die Länder stellen Krankenhausbedarfspläne auf. Die Pflegesätze werden von der nach Landesrecht zuständigen Behörde festgesetzt.“ Die ablehnenden CDU/CSU regierten Länder (mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz), aber einschließlich der Stadtstaaten Hamburg und Bremen) befürchten eine Gefährdung der Selbstkostendeckung, die damit „zur Leerformel denaturiert“ wird (Frau Dr. Griesinger).

Der Bundesrat verankerte in der Präambel des Gesetzes eine „*Plu-*

ralitätsformel“. Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Verschiedenartigkeit der Krankenhausträger zu beachten, weil die KHG-Novelle die Pluralität der Krankenhausträger als Spiegelbild unserer freiheitlichen und pluralistischen Gesellschaftsordnung gewährleisten müsse.

Weitere Forderungen des Bundesrates:

– Rotationsstellen an den Krankenhäusern für zukünftige *Allgemeinärzte*;

– die Kosten der *Ausbildungsstätten* an den Krankenhäusern sollen nicht nur bei den Vorhaltekosten, sondern auch bei den Pflegesätzen berücksichtigt werden;

– eine gesonderte Berechnung der *Arzt- oder Nebenkosten* ist bei der Bemessung der Pflegesätze zu berücksichtigen (obligatorischer *Arztkostenabschlag*), den auch die FDP befürwortet;

– Wegfall der Abstimmungskompetenz des *Bund-Länder-Ausschusses* und seiner Beratung durch den Beirat, die eine unzulässige Mischverwaltung darstellten. Dagegen solle der *Bund-Länder-Ausschuß* die Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit anstelle der Spitzenverbände erarbeiten.

Außerdem wird dem Bundesarbeitsminister das Recht bestritten, *statistische Erhebungen auf Bundesebene* anzuordnen und den Kreis der Auskunftspflichtigen festzulegen.

Nach Ansicht des Bundesrates muß vor dem zweiten Durchgang der Novelle im Bundesrat die Neufassung der *Bundespflegesatzverordnung* vorliegen, damit entschieden werden kann, ob das Kostendeckungsprinzip voll gewährleistet ist. Bis jetzt hat der Bundesarbeitsminister nur einen umfangreichen Fragebogen (Arbeitspapier) zur Pflegesatzverordnung an die Betroffenen versandt.

Die Bundesregierung

hat die verfassungsrechtlichen Bedenken und Änderungsvorschläge des Bundesrates mit wenigen Ausnahmen zurückgewiesen, insbesondere

– die alleinige Zuständigkeit der Länder für Bedarfsplanung und Pflegesätze,

– den zwingenden Arztkostenabschlag,

– den Vorwurf der unzulässigen Mischverwaltung durch den Bund-Länder-Ausschuß und

– die Bedenken des Bundesrates gegen die Einbeziehung der Krankenhäuser in die Konzertierte Aktion.

Am 19. Oktober 1978 hat der *Bundestag* die KHG-Novelle in erster Lesung beraten, anschließend befaßten sich die *Bundestagsausschüsse* mit der Gesetzesmaterie. Schwerpunkt der Ausschußberatung sind die zwischen Bundestag und Bundesrat nach wie vor strittigen Punkte

– Krankenhausbedarfsplan

– Festsetzung der Pflegesätze

– Einbeziehung der Krankenhäuser in die Konzertierte Aktion

– Empfehlungen für Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit,

deren Formulierung im Regierungsentwurf nach Ansicht der Bundesregierung eine den Vorstellungen der Opposition und des Bundesrates weit entgegenkommende Mindestregelung darstellt.

Bei der *Anhörung* von Vertretern der betroffenen Organisationen zum Regierungsentwurf einer Novelle zum KHG begrüßten die *Arbeitgeber* und die Spitzenverbände der *Krankenkassen* die Regierungsvorlage fast uneingeschränkt. Den *Krankenkassen* ging der ihre Machtstellung vergrößernde Entwurf bezüglich der Entscheidung über die Pflegesätze und den Bedarfsplan allerdings nicht weit genug. *Gewerkschaften und Krankenhausträger* lehnten die Einbeziehung der Krankenanstalten in die Konzertierte Aktion ab, weil sie eine Beeinträchtigung der Selbstkostendeckung bzw. der Tarifautonomie befürchten. *Krankenkassen und Gewerkschaften* befürworten eine freie Vereinbarung der Pflegesätze zwischen Kassen und Krankenhäusern und bei Nichteinigung ein Schiedsverfahren anstelle der Festsetzung der Pflegesätze durch die Landesregierung. *Krankenhausträger* und die *CSU* Landesgruppe im Bundestag sehen durch die Anhörung ihre Befürchtung bestätigt, daß es der Bun-

desregierung und „einer bestimmten Verbandsbürokratie“ lediglich darum gehe, „mehr Macht auf sich zu vereinigen“.

Krankenkassen und Krankenhäuser fordern gemeinsam mehr Einfluß auf die Bedarfsplanung. Die *private Krankenversicherung* wünscht Mitsprache bei der Pflegesatzgestaltung und einen obligatorischen Arztkostenabschlag; auch die *Krankenhausesärzte* wollen mehr Mitspracherechte. *Krankenhausgesellschaft und Marburger Bund* warnen vor dem Abbau von 50 000 Betten und einer „Enthumanisierung der gesamten Krankenhausbetriebe“.

Die Bundesärztekammer

– will am Prinzip der Kostendeckung für die Krankenhäuser festhalten,

– spricht sich gegen eine zentrale bundeseinheitliche Planung aus, weil dann die kleinen, frei gemeinnützigen und privaten Krankenhäuser viel eher auf der Strecke bleiben und

– wünscht eine stärkere Verankerung der Mitsprache und eine Einbeziehung des Sachverständigen der Ärzte bei der Planung überregional und vor Ort.

Wie das Ringen um das KHG ausgeht, ob es in einem tragbaren Kompromiß endet, läßt sich nicht vorhersehen. Ohne die Zustimmung des Bundesrates kann die Vorlage nicht Gesetz werden. Jedenfalls wird die Novelle nicht wie geplant zum 1. Januar 1979 in Kraft treten können.

Forschungsprogramm der Bundesregierung

Während der diesjährigen Urlaubsperiode wurde eine Großplanung der Bundesregierung bekannt:

Mit fast einer halben Milliarde DM – genau 450 Millionen – will die Bundesregierung in den Jahren 1978 bis 1981 *Maßnahmen zur Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit* fördern. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, „die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu erhöhen und ausgewogene gesundheitspolitische Ent-

scheidungen zu erleichtern“. Programm und Geldmittel kommen in solidarischer Kooperation aus drei Ministerien: dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, für Forschung und Technologie und für Arbeit und Sozialordnung.

Das 129 Seiten umfassende Programm besteht aus einem „Programmrahmen“ und einem 50 Seiten starken „Aktionsprogramm“. Dieses sieht vor:

– Forschung zur Verbesserung der Prävention (Herz-Kreislauf-System, bösartige Tumoren),

– Entwicklung und Erprobung von Früherkennungsverfahren (Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, bösartige Neubildungen, Mütter- und Säuglingssterblichkeit, rheumatische Erkrankungen),

– Entwicklung und Validierung von Konzepten für Diagnostik, Therapie und Rehabilitation,

– Forschung und Entwicklung zur Verbesserung von Arzneimitteln, Arzneimittelsicherheit und -versorgung,

– Entwicklung und Bewertung fachübergreifender Verfahren und Technologien,

– Forschung zur Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitseinrichtungen,

– Forschung zur Organisation und Funktionserfüllung der gesetzlichen Krankenversicherung,

– Forschung zur Planung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen,

– Forschung zur Verbesserung des gesundheitspolitischen Steuerungsinstrumentariums,

– Forschung und Entwicklung zur Verbesserung der Datenlage, der Information und Dokumentation im Gesundheitswesen.

Der Verdacht ist unabweisbar, daß die beiden ersten Vorhaben, Vorsorge und Früherkennung betreffend, nur als medizinisches Feigenblatt für die sozialpolitisch brisanten übrigen Programmpunkte dienen.

Mit diesem Mammutprogramm wird – ohne Rücksicht auf den persönlichen Bereich des Staatsbürgers und auf die Kosten – versucht, eine weitere Etappe sozialistischer Planung zu erreichen. Ein lang geplanten

ter politischer Maßnahmenkatalog wird gefällig medizinisch verpackt und imponierend wissenschaftlich verbrämt.

Psychotherapeuten-Gesetz

Im Juli 1978 legte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit den Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Psychotherapeuten vor, der neben dem Arzt und dem Heilpraktiker den (nicht-ärztlichen) Psychotherapeuten als dritten Heilberuf gesetzlich verankern soll. Der Entwurf sieht nach abgeschlossenem Psychologiestudium eine dreijährige Ausbildung (Weiterbildung) an einer von der Landesbehörde zu ermächtigende Ausbildungsstätte und eine staatliche Abschlußprüfung vor. Die Weiterbildung kann nicht in einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis abgeleistet werden.

Die Ärzteschaft brachte folgende Bedenken gegen den Entwurf vor:

- Die verantwortliche Mitwirkung eines Arztes vor und während einer Behandlung durch psychotherapeutisch tätige Psychologen ist nicht gewährleistet; nach den Ausbildungsinhalten des Gesetzes ist der Psychologe nicht in der Lage, organische Leiden als Ursache einer psychischen Erkrankung auszuschießen, unterschiedliche seelische Krankheiten zu differenzieren und allein die Indikation zu einer bestimmten psychotherapeutischen Methode zu stellen.
- Die als ein möglicher Schwerpunkt der Ausbildung vorgesehene Gesprächstherapie kann nicht als alleinige Heilmethode angeboten, sie muß immer begleitend neben anderen Verfahren angewendet werden.
- Nicht alle im Gesetzentwurf angesprochenen Formen der Psychotherapie sind allgemein wissenschaftlich anerkannt.

Die Krankenkassen haben – im Zeitalter der Kostendämpfung im Gesundheitswesen – auf die hohe finanzielle Belastung (ein bis zwei Mrd. DM jährlich) hingewiesen, die eintreten würde, wenn im Laufe weniger Jahre bis zu 10 000 Psychotherapeuten in das Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen würden. Am meisten bekämpfen pikanter-

weise linke Gruppen inner- und außerhalb der Psychotherapie den Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums, weil er einen neuen freien Beruf schaffen und eine erfolgreiche Psychotherapie, die nach ihrer Ansicht nur im Team möglich sei, verhindern würde.

Ich brauche wohl nicht besonders zu betonen, daß nach Meinung der Ärzteschaft gerade bei seelischen Krankheiten die unmittelbare Arzt-Patienten-Beziehung und das duale Vertrauensverhältnis unabdingbar sind.

Maßnahmen zur Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit und zur Prävention frühkindlicher Behinderungen

Im Zuge einer *Novellierung des Gesetzes über nichtärztliche Heilberufe* plant das Bundesgesundheitsministerium, die Tätigkeit der Hebammen in der Schwangerenvorsorge und Neugeborenenachsorge zu erweitern. Insbesondere sollen in der ersten Planungsstufe die Hebammen

- bei Schwangeren laufend Vorsorgeuntersuchungen durchführen,
- Risikoschwangerschaften rechtzeitig erkennen und an die geburts-hilfflichen Kliniken weiterleiten,
- die Ausfüllung der Mutterpässe überwachen,
- soziale Risikogruppen, die nicht freiwillig zur Vorsorge kommen, durch Hausbesuche laufend betreuen und
- eine eingehende gesundheitliche Aufklärung der Schwangeren und jungen Mütter durchführen.

In einer zweiten Planungsstufe – nach entsprechender Verbreiterung der Ausbildung – sollen die Hebammen dann auch folgende ärztliche Leistungen erbringen:

- Hämoglobin-Bestimmung und Untersuchung des Urinsediments,
- Fruchtwasserspiegelungen,
- Ultraschalldiagnostik,
- Kardiotokographie.

Die *freiberufliche Tätigkeit* der Hebammen soll *abgebaut werden*. Sie sollen ihre ambulanten Aufgaben „angebunden“ an Kommunen, Kliniken, Sozialstationen und freie Träger erbringen.

Außerdem ist eine *Konzentration und Zentralisierung der Geburtshilfe* in Schwerpunktabteilungen (mindestens 1000 Geburten jährlich) geplant, die in enger räumlicher und fachlicher Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen, insbesondere der Pädiatrie, arbeiten.

Nach Meinung der Ärzteschaft ist die Zentralisierung der Geburtshilfe allenfalls bei Risikoschwangerschaften, Risikogeburten und Risikokindern angezeigt, während die normale Schwangerschaft aus psychologischen Gründen in einer der Wohnung der Familie nahegelegenen Klinik erfolgen sollte.

Man argumentiert, daß mit solchen Maßnahmen die Säuglings- und Müttersterblichkeit gesenkt werden könne; allerdings fehlt bisher zur Untermauerung einer solchen Aussage eine räumlich breit angelegte, statistische Untersuchung der Ursachen der Säuglings- und Müttersterblichkeit. Lediglich die von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam mit engagierten Kollegen im Großraum München durchgeführte Perinatal-Studie hat bisher verwertbare Ergebnisse geliefert. Die dieser Studie zugrunde liegende Erfassung wird nunmehr auf ganz Bayern ausgedehnt werden.

Die Konferenz der für das Gesundheitswesen verantwortlichen Minister und Senatoren der Länder hat sich 1977 dafür ausgesprochen, *Maßnahmen zur Frühbehandlung behinderter Kinder* durch nachgehende Gesundheitsfürsorge besonders zu fördern. Das Bundesgesundheitsministerium plant deshalb ein „*ausreichendes Netz ambulanter Diagnose-, Beratungs- und Behandlungszentren*“ (im Bundesgebiet ca. 300), die an Kinderkliniken zu errichten seien. Die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen würden mangels ausreichender Beteiligung und die „räumlich und fachlich isolierten Angebote“ in der Praxis nicht ausreichen. Vielmehr sei eine integrierte Organisation und eine koordinierte interdisziplinäre Therapie frühkindlicher Behinderungen erforderlich. In diesen sozialpädiatrischen Zentren oder Abteilungen sollten im Team arbeiten:

Ein Kinderarzt mit neuropädiatrischer Zusatz-Weiterbildung, ein Kinderpsychologe, eine Kranken-

Der Langzeit- Husten- Blocker



Rascher Wirkungseintritt.
Lang anhaltende Wirkdauer.
Gute Verträglichkeit.
Saft und Kapseln.

Paracodin®

stoppt Husten
schnell und anhaltend

neu! **retard**

Zusammensetzung: 5 ml Saft (= ca. 1 Teelöffel) enthalten 11,1 mg Dihydrocodein, gebunden an 44,45–55,55 mg Kationenaustauscher Polystyrol-divinylbenzol-sulfonsäure. 1 Kapsel enthält 20 mg Dihydrocodein, gebunden an 90–120 mg Kationenaustauscher Polystyrol-divinylbenzol-sulfonsäure, und 5 mg Dihydrocodeinhydrogentartrat. **Indikationen:** Husten und Lungenreiz jeder Art, insbesondere auch bei entzündlichen Affektionen der Atemwege, wie z. B. Pharyngitis, Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis, Pertussis sowie Husten bei Emphysem und Lungen tuberkulose. **Kontraindikationen:** Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß; Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Paracodin retard – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen:** Paracodin retard kann zu Obstipation führen.

Dosierung und Anwendungsweise: Saft: Kleinkinder nehmen 1/2–1 Teelöffel, ältere Kinder 2 Teelöffel, Erwachsene 1 Eßlöffel voll, jeweils morgens und abends ein. Kapseln: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren nehmen 1 Kapsel morgens und abends ein. In Paracodin retard Saft liegt der Wirkstoff Dihydrocodein, gebunden an Kationenaustauscher, in suspendierter Form vor. Nach längerem Stehen bildet sich ein klarer Überstand. Durch kurzes Schütteln vor dem Gebrauch wird wieder eine gleichmäßige Wirkstoffverteilung erreicht. **Zur besonderen Beachtung!** Paracodin retard Saft ist für Säuglinge bis zu 1 Jahr und Paracodin retard Kapseln sind für Kinder unter 12 Jahren nicht geeignet. Paracodin retard kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen so weit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird; dies gilt im verstärkten Maße im Zusammenhang mit Alkohol. Für Diabetiker sei erwähnt, daß 5 ml (= ca. 1 Teelöffel) Paracodin retard Saft 336 Milligramm Zucker enthalten; dies entspricht ca. 1,4 kcal bzw. 6 Joule. Paracodin retard steht aber auch zuckerfrei in Kapselform zur Verfügung. **Handelsformen:** Originalpackung 100 g Saft 7,96 DM. Originalpackung 10 Kapseln 7,96 DM. Originalpackung 20 Kapseln 14,58 DM.

KNOLL AG 8700 Ludwigsalten



knoll

gymnastin, eine heilpädagogische Therapeutin, eine Logopädin, ein Sozialarbeiter und ein Sonderpädagoge.

Zur „lückenlosen Erfassung aller Risikokinder“ ist eine *Meldepflicht* für Kliniken und Ärzte vorgesehen.

In den beiden genannten Plänen wird wieder einmal die Tendenz zur Zentralisierung, Institutionalisierung, Durchbrechung des ärztlichen Schweigerechts und zur Übertragung ärztlicher Aufgaben an medizinische Assistenzberufe deutlich.

Problempapier für eine Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte

Mit Datum vom 29. Juni 1978 wurde im Bundesarbeitsministerium ein „Problempapier“ für eine Novellierung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte erstellt, dessen Ziel die „Reform des ärztlichen Gebührenrechts“ sein soll.

- Die Gebührenstruktur soll durch Übernahme des im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden einheitlichen (Punkt-)Bewertungsmaßstabes *vereinheitlicht*,
- ein *verstärkter Patientenschutz* für die Selbstzahler bewirkt und
- die ärztlichen Leistungen sollen zur Vermeidung eines weiteren Kostenanstiegs *kostenneutral und leistungsgerecht neu bewertet werden*.

Aufgrund des § 11 der Bundesärzteordnung erläßt die Bundesregierung eine *amtliche Gebührenordnung für Ärzte* mit Zustimmung des Bundesrates. Das ist letztmalig 1965 unter Bundeskanzler Erhard geschehen. Auch damals wurde die E-Adgo (als „Übergangslösung“) unter Ablösung der alten Preugo amtliche Gebührenordnung (GOÄ). Die an die Entwicklung der Medizin laufend angepaßte E-Adgo wurde am 1. Juli 1978 bekanntlich der einheitliche, auch für RVO-Kassen geltende Bewertungsmaßstab auf Punktbasis. Nach dem Willen der Bundesregierung soll er nun auch die Grundlage einer neuen, für die Bereiche außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden, amtlichen Gebührenordnung (GOÄ) werden. Soweit damit nur die Struktur gemeint ist, ist dies Vorhaben unproblematisch und die Vereinheitlichung zu begrüßen.

Nach Ansicht des Bundesarbeitsministeriums darf von der Neuordnung keine negative, präjudizierende Wirkung für den Leistungsumfang und die Vergütungshöhe im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ausgehen, da dort „die ärztlichen Leistungen in der Regel angemessen vergütet werden“.

Deshalb soll die *Gebührensprende* vom Ein- bis Sechsfachen durch einen *Regelpunktwert* ersetzt werden, der durch prozentuale Ab- und Zuschläge differenziert werden kann. Vorher sprach man im Bundesarbeitsministerium von einer *Gebührensprende* vom Ein- bis Dreifachen.

Die *Abdingbarkeit* der GOÄ sollte nur hinsichtlich einer unterschiedlichen Bewertung der Punkte und nur in Schriftform auf einem vorgeschriebenen Formular möglich sein. Der Bezug auf eine andere Gebührenordnung ist unzulässig. Die Berücksichtigung der „örtlichen Verhältnisse“ und „der Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen“ sollen entfallen, weil das zu einer „unsozialen Umverteilung“ führe.

1. Frage:

Treibt die gesetzliche Krankenversicherung, die den Beitrag prozentual nach dem Einkommen der Versicherten bemißt, auch „unsoziale Umverteilung“?

2. Frage:

Ist es unsozial, wenn der Arzt entsprechend der Berufsordnung von einem privatversicherten Rentner weniger Honorar fordert als von einem in Arbeit stehenden, gut verdienenden Patienten?

Eine noch *stärkere Einschränkung des Gebührenrahmens* soll erwogen werden bei

- technischen Leistungen,
- physikalischen Leistungen,
- Wegegebühren,
- Leistungen durch Hilfspersonen und
- „ambulanten Diensten“.

Zur „*Transparenz*“ der Rechnungslegung werden für jede einzelne Leistung folgende Angaben gefordert:

- Datum der Leistungserbringung,
- *Bezeichnung der einzelnen Leistung*,

– Ziffer des Leistungsverzeichnisses und

– Angabe der Punktzahl und des zugrunde gelegten Punktwertes.

Alle Privatrechnungen sollten durch *paritätisch besetzte Gremien* unter Beteiligung der Ärzte, Patienten, der öffentlichen Hand und der privaten Krankenversicherung unentgeltlich (d. h. zu Lasten der Ärzte) *nachgeprüft werden*.

Die *private Krankenversicherung* hat sich gegen den Regelpunktwert und für den bisherigen Gebührenrahmen ausgesprochen. Meenzen schreibt (im „Status“ 30/78): „Es bleibt fraglich, ob sich ein solcher Schritt (zum Regelpunktwert) mit der verfassungsrechtlich garantierten Freiheit der Berufsausübung und mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit der Mittel verträgt, mit dem solche Grundrechtspositionen nur eingeschränkt werden dürfen.“ Das *Bundesarbeitsministerium* ließ die Beteiligten bei einer internen Anhörung wissen, daß das Ehrenbergsche „Problempapier“ keineswegs verbindlich sei und auch nicht dem offiziellen Meinungsstand des Ministeriums entspreche.

„Problempapiere“ ähnlicher und Beteuerungen gleicher Art hat die Ärzteschaft in den letzten Jahren öfter aus dem Bundesarbeitsministerium erhalten, ohne daß schließlich die endgültige Regierungsvorlage sich wesentlich von dem jeweiligen Problempapier unterschieden hat. In jedem Fall bleiben die Absichten und Ziele bemerkenswert. Nach der Zwangsjacke für den Kassenarzt durch das KVKG, die wegen der Hektik seiner Beratung juristisch nicht ganz faltenlos verpaßt werden konnte, drohen nun der Privatpraxis ähnliche rechtliche und materielle Einschränkungen.

Der ärztliche Nachwuchs

(Die sogenannte Ärzteschwemme)

Das *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung* und das *Widow-Institut der Ortskrankenkassen* haben unabhängig voneinander Prognosen der zukünftigen Ärztezahlen vorgelegt, die übereinstimmend zu folgenden Ergebnissen kommen: 1977 sind in der Bundesrepublik 11 500 Bewerber zum Medizinstudium zugelassen worden (in England bei etwa gleicher Bevölke-

rungszahl 5000). Der jährliche Ersatzbedarf unter Einschluß einer (hoch!) angenommenen 20prozentigen Leistungsausweitung beträgt höchstens 7500 Ärzte. Das bedeutet, daß innerhalb von fünf Jahren mindestens 17 500 Ärzte mehr eine ärztliche Tätigkeit suchen, als selbst bei optimistischer Schätzung benötigt werden.

Das Zentralinstitut gab noch eine gravierende Prognose für die Zeit bis 1990 bekannt. Danach steigt die Zahl der approbierten Ärzte von 144 000 (1976) über 180 000 (1985) auf 209 000 (1990). Wird ein Rückgang der Zahl der Krankenhausärzte infolge des im KHG geplanten Bettenabbaus von 62 000 (1976) auf 55 000 (1990) unterstellt, so haben wir 1990 114 000 niedergelassene Ärzte statt derzeit 55 000. Das ist mehr als eine Verdoppelung. Nur etwa 65 Prozent der bis 1990 errechneten 148 000 neu approbierten Ärzte wird eine Gelegenheit zur Weiterbildung an den Krankenhäusern finden. Ein Drittel muß sich als praktischer Arzt nach nur sechs Monaten Tätigkeit in einer Praxis und ab 1980 sofort nach der Approbation niederlassen (Wegfall der sogenannten Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit nach den EWG-Richtlinien), sofern nicht eine Änderung der Zulassungsvoraussetzungen eintritt. Gleichzeitig wird bis 1990 die Gesamtbevölkerung von derzeit 61 Millionen auf 59 Millionen zurückgehen. Zentralinstitut und Wido-Institut haben bis zum Jahre 1990 einen Bedarf an niedergelassenen Kassenärzten von höchstens 30 000 bis 31 000 errechnet; dem steht nach ebenfalls übereinstimmender Hochrechnung ein Netozuwachs von ca. 57 000 bis 58 000 niedergelassenen Ärzten gegenüber.

Die 1970 erlassene Approbationsordnung war für 3500 Studienanfän-

ger geplant. Die vorgesehene praktische Unterweisung der Studierenden am Krankenbett in kleinen Gruppen während der ganzen klinischen Ausbildung und besonders im sogenannten praktischen Jahr am Ende des Studiums ist im Interesse der Patienten bei Studienjahrgängen von 12 000 nicht durchführbar. Die Approbationsordnung von 1970 hat aus diesem Grund zu einer Verschlechterung, insbesondere der praktischen Kenntnisse der frisch approbierten Ärzte geführt. Sie wurde am 1. März 1978 deshalb geringfügig verändert. Vor einigen Wochen hat die Fraktion der CDU einen weitergehenden Novellierungsantrag zur Bundesärzteordnung im Bundestag eingebracht.

Die *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* hat sich in ihrer Sitzung im Oktober 1978 mit dem zu erwartenden Ärzteüberschuß und der Qualität der ärztlichen Ausbildung befaßt und übereinstimmend bis zu einer Änderung der Approbationsordnung eine zweijährige Weiterbildung in Klinik und Praxis vor der Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit empfohlen.


Die „Ärztenschwemme“ ist ein Teil einer gewollten allgemeinen „Akademikerschwemme“. Den Warnungen, die Zahl der Studenten an den Hochschulen nicht weiter zu steigern, wurde entgegengehalten, daß einmal ein entsprechender Nachholbedarf bestünde und daß zweitens ein Überangebot an Akademikern sogar erwünscht sei, da nur dadurch die Vorzugsstellung dieser Gruppe und das „Monopol“ der Ärzte gebrochen werden könnten. Aus dem angeblichen „Bildungsnotstand“ in der Bundesrepublik droht ein Notstand der an den *Hochschulen Ausgebildeten* zu werden. Sicherlich ist eine gute *Allgemeinbildung* für alle erstrebenswert. Die lange, kostspielige und berufsspezifische Ausbil-

dung etwa der doppelten Zahl der benötigten Akademiker jedoch betrachte ich als Zeit- und Geldverschwendung. Sie muß zu einer Frustrierung und Radikalisierung derer führen, die keine Chance haben, ihren erlernten Beruf auszuüben. Aber vielleicht wird auch dies von einigen Bildungspolitikern gewollt.

Noch haben wir sie nicht, die sogenannte Ärzteschwemme, sie ist zwar mit Sicherheit, aber erst in zwei bis vier Jahren zu erwarten. Es bleibt also noch etwas Zeit, die alle Beteiligten, Politiker, Professoren, Studenten und Ärzte zu vernünftigen Regelungen nützen sollten.

Alle die von mir skizzierten Gesetze, Problempapiere, Pläne und Verlautbarungen sind Teile einer *grundsätzlichen Strategie sozialistischer Veränderungen* in Etappen. Wer Veränderungen in Richtung Sozialismus will, muß mit dem Gesundheitswesen beginnen (Lenin), andere Bereiche können dann folgen. In einigen Ländern West- und Nordeuropas lassen sich die Strategie und die „Erfolge“ sozialistischer Gesundheitspolitik gut verfolgen. Ob diese sozialistische Konzeption in der Bundesrepublik gestoppt werden kann, hängt ab

- von der Stärke des linken Flügels in der SPD,
- vom Durchsetzungsvermögen der FDP in der sozialliberalen Koalition,
- vom Einfluß der christlich-sozialen Arbeitnehmerschaft in der CDU/CSU,
- von der Macht des DGB und der Ortskrankenkassen,
- von der künftigen Zusammensetzung des Deutschen Bundestages und des Bundesrates,
- von der Politik der ärztlichen Körperschaften und Verbände und auch
- von der Haltung und Pflichterfüllung jedes einzelnen Arztes.

BAD

FÜSSING
Thermalbad 56°C

Ihr Kur- und Erholungsort im sonnigen Südbayern

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

Prospekte: Kurverwaltung 8399 Bad Füssing, Tel. (0 85 31) 2 13 07

Der *Allgemeinarzt* wird zur Zeit von den Politikern und Medien umworben und umschmeichelt, weil man ihn zur Versorgung der Bevölkerung (noch) nicht entbehren kann. Die Ärzteschaft sollte sich dadurch nicht täuschen lassen und allen Versuchen, eine Front zwischen Fachärzten und Allgemeinärzten aufzubauen, geschlossen Widerstand leisten. Ebenso schädigt jeder Versuch, für die eigene Fachgruppe oder den eigenen Tätigkeitsbereich Vorteile auf Kosten anderer Arztgruppen herauszuschlagen, die ärztliche Position. Nur eine einige Ärzteschaft wird als freier Beruf überleben.

Die Aussichten für die Zukunft und die kommende Ärztegeneration sind nicht rosig.

Es wird sicher keine Ruhe an der sozialpolitischen Front geben. Die rechtliche Position der Ärzteschaft im System der Sozialversicherung ist durch das KVKG bereits deutlich geschwächt. Ortskrankenkassen und DGB werden (mit der Unterstützung der SPD) wie bisher bestrebt sein, ihre Machtposition zu Lasten der Ärzte weiter auszubauen, bis der Rechtszustand wie zu Beginn der Krankenversicherung erreicht ist, der den Krankenkassen ein Vertrags- und Honorardiktat ermöglichte und zur Gründung des alten Hartmannbundes geführt hat. Die Krankenkassen werden außerdem versuchen, massiv mitzureden, wann, wo, mit welcher Ausrüstung und in welchem Fachbereich ein Arzt sich niederlassen darf.

Weitere *dirigistische* Gesetze und Maßnahmen drohen aus dem Bundesarbeitsministerium. Ich möchte nur an die Vertragsschelte nach Abschluß der Honorarvereinbarung zwischen KBV und VdAK im Herbst 1978 und die Drohung Ehrenbergs anlässlich der Entscheidung des Schiedsamtes im Honorarstreit zwischen Zahnärzten und VdAK im Sommer 1978 erinnern. Weitere die freie Niederlassung und die freie ärztliche Entscheidung beeinträchtigende Gesetze sind zu befürchten.

Die *Berufsaussichten* und die finanzielle Situation der jungen Ärzte werden sich durch die übergroße Anzahl der Medizinstudenten erheblich verschlechtern. In anerkannter Solidarität mit dem Nachwuchs hat der Marburger Bund (MB) die Krankenhausträger und

die Krankenhausärzte aufgefordert, durch Verzicht auf Überstunden, vornehmlich im Not- und Bereitschaftsdienst, 20 000 neue Arztstellen am Krankenhaus zu schaffen. Eine weitere Verkürzung der regulären Arbeitszeit im Krankenhaus hat der MB im Interesse der Patienten abgelehnt.

Aber auch die *bereits zugelassenen Ärzte* werden infolge einer großen Zahl von Neuniederlassungen einen *Rückgang ihrer Patientenzahlen* und *materielle Einbußen* hinnehmen müssen. Zudem besteht die Gefahr, daß Teile bisheriger ärztlicher Tätigkeit in Zentren verlagert oder von anderen Berufen übernommen werden.

Ich gebe zu, daß meine Voraussagen für die Zukunft des freipraktizierenden Arztes nicht gerade optimistisch sind. Meine Jahrgänge haben eine ähnliche oder vielleicht eine noch schwierigere Situation bei der Rückkehr aus Krieg und Gefangenschaft erlebt und sie gemeistert. Die mit Sicherheit vorauszusehende Ärzteschwemme wird uns Ältere nicht mehr direkt tangieren, weil die meisten von uns bis dahin wahrscheinlich im Ruhestand sind. Gerade des-

halb und wegen unserer eigenen, oft bitteren Erfahrung zu Beginn unserer Tätigkeit in den Nachkriegsjahren sind wir aufgerufen, mitzuhelfen, daß

– der Gesetzgeber vernünftige ärztliche Tätigkeit nicht weiter erschwert,

– die Studentenzahlen auf die Größe und das Maß zurückgeführt werden, das gut und praxisnahe ausgebildet werden kann,

– die junge, nachrückende Ärztegeneration in unseren Berufsstand integriert wird und nicht verbittert abseits steht und

– die Vergütung für die ärztliche Tätigkeit leistungsgerecht erfolgt.

Dies kann nur gelingen, wenn eine einige Ärzteschaft ihre und ihrer Patienten Rechte elastisch und konsequent verteidigt und allen weiteren, in Etappen vorgetragenen Sozialisierungsbestrebungen der Ideologen und Systemveränderern ein entschlossenes „Bis hierher und nicht weiter“ entgegensetzt.

Anschrift des Verfassers:

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

Absetzbarkeit von Kongreßkosten

Zur Frage der steuerlichen Absetzbarkeit von Kosten, die durch Kongreßbesuche entstanden sind, teilt die Bundesärztekammer folgendes mit:

Die Finanzministerien aus zwei Bundesländern haben in fast gleichlautenden Stellungnahmen bestätigt, daß das von der Bundesärztekammer 1978 zunächst als Modell eingeführte Testverfahren zum Nachweis des Besuches einzelner Kongreßveranstaltungen als Grundlage für die positive Beurteilung der steuerlichen Berücksichtigung von Kongreßkosten geeignet ist. Dieses Testverfahren wird daher von der Bundesärztekammer bei deren Kongressen des Jahres 1979 weiterhin angeboten.

Beide Ministerien haben sich bisher nicht darüber geäußert, wie viele Stunden täglicher Teilnahme durch den Arzt nachgewiesen werden müssen, um die Voraussetzungen für die steuerliche Absetzbarkeit nach den vom Bundesfinanzhof aufgestellten Grundsätzen zu erfüllen. Die Bundesärztekammer hält den Nachweis der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen während fünf Stunden pro Werktag für ausreichend, kann allerdings wegen der fehlenden Aussagen der Finanzbehörden keine Gewähr hierfür übernehmen.

Daneben wird weiterhin die Möglichkeit der Testierung mittels Tagesstempel angeboten.

TENORMIN[®] 100

DER HYPERTONIEBLOCKER

MIT LANGZEITWIRKUNG

1 X 1 TABLETTE TÄGLICH
FÜR IHRE NEUEN HYPERTONIKER

EINFACH:

Leicht zu merken
Leicht zu tun
Eine Tablette am Tag

ÜBERZEUGEND:

Schonende Blutdrucksenkung bei 84 %
aller Hypertoniker um 31/22 mm Hg im Mittel
Senkung des Infarkt-Risikos*

ALLTAGSTAUGLICH:

Blutdruckkontrolle rund um die Uhr
Nebenwirkungsrate auf Placebo-Niveau
Keine Sedierung

Indikation:

Hypertonie.
Dosierung: 1 x täglich 1 Tablette zu 100 mg. Bei nicht ausreichendem blutdrucksenkendem Effekt empfiehlt sich die zusätzliche Gabe eines Saluretikums wie z. B. Sinesaril[®].

Kontraindikationen: AV-Block 2. und 3. Grades, nicht kompensierte Herzinsuffizienz und Bradykardie (Ruhepuls vor Behandlung unter 55 Schläge/Min).

Hinweise: TENORMIN 100 ist ein ausgeprägt kardioselektiver Beta-Rezeptorenblocker. Der Einfluß auf Atemwegswiderstand und Blutzuckerspiegel ist gering. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können durch Bronchodilatoren rasch aufgehoben werden. Bei Diabetikern kann unter Umständen



ICI-Pharma Arzneimittelwerk Plankstadt

eine Anpassung der Diabetesbehandlung notwendig sein. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion wird Dosisanpassung empfohlen. Die Behandlung mit TENORMIN 100 nicht abrupt abbrechen! Bei Schwangerschaft wird die übliche Vorsicht empfohlen.

Nebenwirkungen: Vereinzelt Kältegefühl in den Extremitäten, Muskelermüdung, Bradykardie, selten Schlafstörungen. Antidot: Atropin, Orciprenalin.

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 100 mg 2-[p-(2-Hydroxy-3-isopropylamino-propoxy)-phenyl]-acetamid (Atenolol).

Handelsformen und Preise: Tabletten zu 100 mg. Packung mit 20 Tabletten DM 35,84, Packung mit 50 Tabletten DM 74,91, Packung mit 100 Tabletten DM 138,31, Anstaltspackung.

*Der kardioprotektive Effekt konnte für Atenolol (Tenormin 100) tierexperimentell bereits nachgewiesen werden.

Mitarbeit auswärtiger Krankenhäuser bei der Organbeschaffung zu Transplantationszwecken: eine dringende Notwendigkeit

von W. Land

Der eklatante Mangel an Spenderorganen, insbesondere Nieren, in der Bundesrepublik Deutschland ist bekannt. Die notwendige und zugleich angestrebte Zahl von 1000 bis 1500 Nierentransplantationen pro Jahr in unserem Lande ist daher im Augenblick nicht realisierbar und muß auch für die nahe Zukunft in Anbetracht der wenigen verfügbaren Spenderorgane als utopisch angesehen werden. Der Mangel an geeigneten Spenderorganen läßt derzeit lediglich eine Frequenz von ca. 350 Nierentransplantationen pro Jahr zu. Nach Feststellung von Eurotransplant (Leiden/Holland) besteht zur Zeit nicht nur ein zu geringes Angebot an Spenderorganen, darüber hinaus ist sogar in letzter Zeit die Anzahl von Spenderangeboten aus unserem Lande wieder rückläufig.

Die Ursachen für diesen extremen Mangel an Spenderorganen sind vielfältiger Natur, im wesentlichen sind sie auf folgende Fakten zurückzuführen (Tab. 1):

Mangel an Spenderorganen
Folge von:
1. Mangelnde Bereitschaft der Bevölkerung zur Organspende nach dem Tode
2. Fehlende gesetzliche Regelung der Organentnahme
3. Unzureichende organisatorische Voraussetzungen bei der Organbeschaffung
4. Mangelnde Bereitschaft der Ärzteschaft zur Kooperation

Tabelle 1

1. Mangelnde Aufklärung der Bevölkerung zur Organspende nach dem Tode

2. Fehlende gesetzliche Regelung der Organentnahme

3. Unzureichende ärztliche Organisation der Organbeschaffung

4. Mangelnde Bereitschaft der Ärzteschaft zur aktiven Mithilfe bei der Explantation von Nieren

Es bleibt festzustellen, daß im Hinblick auf die Punkte 1 bis 3 im letzten Jahr erhebliche Fortschritte erzielt wurden.

ad 1.:

Eine effiziente Aufklärung der Bevölkerung zur Organspende nach dem Tode wurde von verschiedenen Stellen im vergangenen Jahr eingeleitet. So haben in Bayern die Politiker (z. B. das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung), die Kirchen (z. B. St. Matthäus-Gemeinde in München), gemeinnützige Körperschaften (z. B. Kuratorium für Heimdialyse e. V., Kuratorium Rettungsdienst Bayern) sowie eine Reihe von Krankenkassenverbänden durch gezielte Aktionen (Herausgabe und Verteilung von Spenderausweisen, Informationsschriften) wirksame Öffentlichkeitsarbeit geleistet. Erste Erfolge dieser Aktionen konnten an unserem Zentrum bereits registriert werden. So ist die Verweigerungsrate bei der Organentnahme durch die Angehörigen des Verstorbenen von 25 Prozent auf unter 10 Prozent gesunken.

ad 2.:

Wenn auch die endgültige gesetzliche Regelung der Organentnahme in Form eines verabschiedeten Transplantationsgesetzes noch nicht erfolgt ist – zur Diskussion steht derzeit die Widerspruchslösung (Bundesregierung) bzw. die Zustimmungslösung mit subsidiärer Befragung der Angehörigen (Bundes-

rat) –, muß festgestellt werden, daß sich die Politiker mit allem Ernst und mit dem notwendigen Eifer sehr darum bemühen, eine allen Belangen gerecht werdende Lösung zu finden.

ad 3.:

Auf dem Gebiet der Organisation der Organbeschaffung ist durch die engagierte Mitarbeit des Kuratoriums für Heimdialyse ein entscheidender Fortschritt in der Bundesrepublik Deutschland erzielt worden. Diese gemeinnützige Körperschaft plant, ca. 10 bis 15 Transplantationszentren in der Bundesrepublik Deutschland in allen organisatorischen Belangen zu unterstützen. So konnten am Transplantationszentrum München, das nun bereits seit über zwei Jahren mit dem Kuratorium für Heimdialyse zusammenarbeitet, dank der Unterstützung durch diese gemeinnützige Körperschaft, die organisatorischen Voraussetzungen zur Organbeschaffung in optimaler Weise gelöst werden.

ad 4.:

Diesen erfreulichen Aktivitäten und Anstrengungen zur Verbesserung der Situation des Organspendermangels auf nichtärztlichem Sektor steht die weiterhin als äußerst reserviert zu bezeichnende Einstellung der Kollegen an den großen Unfallkliniken/Unfallkrankenhäusern, insbesondere mit neurochirurgischen Abteilungen gegenüber, die zum großen Teil eine aktive Mithilfe bei der Organbeschaffung noch ablehnen.

Selbstverständlich müssen die Argumente und Einwände der Kollegen gegen eine Mitarbeit bei der Explantation von Organen voll respektiert werden:

Psychologische Barrieren beim behandelnden Arzt, seinen verstorbe-

Vorschlag zur besseren Zusammenarbeit zwischen Transplantationszentrum und peripheren Krankenhäusern

Potentielle Organspender (klinisch hirntote Patienten mit stabilem Kreislauf)

	1. Phase	2. Phase	3. Phase	4. Phase
Vorgang	Meldung des Spenders	Hirntod-Diagnostik (am Ort)	Todesbescheinigung - Ausstellung	Explantation
Ärzte	Verantwortlicher Assistenzarzt im peripheren Krankenhaus	Neurologe Radiologe	Behandelnder Arzt	Transplantationschirurg

Tabelle 2

nen Patienten als potentiellen Organspender zu melden; Mehrarbeit unter hohem Zeitaufwand beim Arzt- und Pflegepersonal; die Angst, als „Spenderkrankenhaus in Verruf zu kommen“; allgemeine ethisch-moralische Bedenken – um nur einige Einwände zu nennen –, müssen als Argumente gegen eine aktive ärztliche Mithilfe bei der Explantation von Organen durchaus ernst genommen und akzeptiert werden.

Auf der anderen Seite ist jedoch zu bedenken, daß im Hinblick auf die anerkanntswerten Aktivitäten und Anstrengungen von Politikern, Kirchen, gemeinnützigen Körperschaften und Krankenkassenverbänden in jüngster Zeit auch von der Ärzteschaft ein entsprechender Beitrag von der Öffentlichkeit erwartet wird. Eines scheint nämlich festzustehen: Selbst wenn 80 Prozent der Bevölkerung einer Organspende nach dem Tode zustimmt, selbst wenn die Organentnahme gesetzlich geregelt sein wird, selbst wenn die ärztliche Organisation der Organbeschaffung an allen deutschen Transplantationszentren optimallisiert sein wird, wird der extreme Organmangel in unserem Lande weiterhin bestehen bleiben, wenn nicht auch jeder geeignete potentielle Organspender von den unfallchirurgischen bzw. neurochirurgischen Kliniken an das zuständige Transplantationszentrum gemeldet wird. Mit anderen Worten: Die Transplantationsfrequenz wird letztlich von der Einstellung der Kollegen bestimmt, die zu entscheiden haben, ob oder ob nicht hirntote Patienten als Organspender regelmäßig dem nächsten Transplantationszentrum gemeldet werden.

Bei Fortbestehen der erwähnten Reserviertheit in den großen Unfallkliniken in bezug auf die aktive Mithilfe bei der Organbeschaffung könnte die Situation entstehen, daß eine medizinische Behandlungsmethode, die erst realisiert werden kann durch die Bewältigung einer Gemeinschaftsaufgabe der heutigen modernen Gesellschaft – und als solche muß die ganze Problematik der Organspende nach dem Tode verstanden werden –, letztlich von medizinischer Seite blockiert wird.

Im Hinblick auf diese Überlegungen gilt es daher, in konstruktiver Weise für die nächste Zukunft Möglichkeiten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen auswärtigen Unfallkliniken/Unfallkrankenhäusern und dem zuständigen Transplantationszentrum auszuarbeiten.

Unter Berücksichtigung der Erfahrungen, die in der Zusammenarbeit des Münchener Transplantationszentrums mit ca. 20 peripheren Kliniken und Krankenhäusern in den letzten zwei Jahren gemacht wurden, wird daher folgendes in der Tabelle 2 skizziertes Vorgehen vorgeschlagen:

1. Jeder potentielle Organspender (Patient, bei dem klinisch der dringende Verdacht auf Hirntod besteht) wird von einem Kollegen des jeweiligen auswärtigen Krankenhauses dem Transplantationszentrum gemeldet. Die Verantwortlichkeit für die Meldung eines potentiellen Organspenders könnte im Rahmen einer Dienstanweisung den Assistenzärzten vom Chefarzt (z. B. im

Turnus) übertragen werden. Nach Meldung des potentiellen Organspenders ist die Aufgabe dieses Kollegen erfüllt.

2. Die anschließende Hirntoddiagnostik erfolgt durch einen Neurologen und einen Radiologen. Bei personellen Schwierigkeiten können diese Kollegen im Transplantationszentrum angefordert werden (vgl. Schmiedt/Chaussy, Seite 124 f.).

3. Nach Dokumentation des Hirntodes erfolgt die Ausstellung der Todesbescheinigung durch den behandelnden Arzt.

4. Nachdem also drei Ärzte, die keine Beziehung zur Transplantation haben, den Tod festgestellt haben, erfolgt die Explantation der Organe durch die Transplantationschirurgen am Ort in Zusammenarbeit mit den dortigen Kollegen (s. hierzu ebenfalls Schmiedt/Chaussy, Seite 124 f.).

Dieses Vorgehen berücksichtigt weitgehend die bereits oben erwähnten Bedenken und Einwände gegen eine aktive ärztliche Mithilfe bei der Organbeschaffung, insbesondere sieht dieser Plan vor, das ärztliche Personal sowie das Pflegepersonal des auswärtigen Krankenhauses weitgehendst beim Vorgang der Hirntoddiagnostik und der Explantation der Organe zu entlasten.

Ziel dieses Vorschlages ist es, eine Diskussionsgrundlage zu schaffen, um in weiteren folgenden Gesprächen mit den zuständigen Kollegen in den auswärtigen Unfallkrankenhäusern die optimale Form einer Zusammenarbeit auf dem Gebiete der Organbeschaffung zu Transplantationszwecken zu erarbeiten. Nur wenn diese Zusammenarbeit optimal funktioniert, wird sich in Zukunft die Bundesrepublik Deutschland auf dem Gebiete der Organtransplantation vom „Entwicklungsland“ zu einem „progressiven Land“ verbessern können.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. W. Land, Leiter des Transplantationszentrums der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70

Erfahrungen bei der Organbeschaffung im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit

von Ch. Chaussey und E. Schmiedt

Aus der Urologischen Klinik und Poliklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. E. Schmiedt) und dem Transplantationszentrum (Leiter: Privatdozent Dr. med. W. Land) der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. med. G. Hebarar)

Ca. 30 000 Nierentransplantationen sind bisher weltweit durchgeführt worden. Somit kann und muß diese aktive chirurgische Therapie der terminalen Niereninsuffizienz als ein medizinischer Routineeingriff angesehen werden. Um so erstaunlicher ist es, daß sich die Nierentransplantation in Deutschland, verglichen mit anderen Ländern, nur sehr langsam durchzusetzen vermog. Geht man von vergleichbaren medizinischen Standards aus, so muß man schließen, daß bisher in unserem Lande der Frage der organisatorischen und administrativen Problematik bei Nierentransplantation zu wenig Beachtung und investives Engagement entgegengebracht wurde.

Dabei scheint dieses Problem auf dem Papier rechnerisch sehr leicht zu lösen zu sein. Wir beklagen pro Jahr ca. 15 000 Verkehrstote auf unseren Straßen; zum anderen erhöht sich die Zahl terminal niereninsuffizienter Kranker um ca. 800 bis 1000 pro Jahr. So grausam diese Gegenüberstellung klingt, zeigt sich doch, daß eine bedarfsgerechte Versorgung mit Spenderorganen möglich sein müßte. Dies ist jedoch nicht der Fall, und so resultiert, daß nicht einmal einem Viertel der auf ein Transplantat wartenden Patienten geholfen werden kann. Inwieweit man durch Zusammenarbeit der verschiedensten Institutionen diese Statistik zu verbessern erhofft, möchte ich anhand des Münchener Transplantationszentrums an der Chirurgischen Universitätsklinik, an dem seit Wiederaufbau die Urologische Klinik personell fest integriert ist, aufzeigen. Somit soll dieser Vortrag über das Erreichte informieren und zum anderen zu einer verstärkten Unterstützung bei weiteren notwendigen Schritten motivieren.

Zuerst möchte ich auf die innere Struktur des Zentrums eingehen; sie gliedert sich prinzipiell in einen organisatorischen und klinischen Teil. Keimzahlquelle des organisatori-

schen Teiles ist das Organisationsbüro, das personell und apparativ vom Kuratorium für Hemodialyse ausgestattet wurde. Neben der Errichtung eines 24-Stunden-Telefondienstes ist auf personeller Seite die Stelle eines Administrators neu aufgenommen worden. Ihm obliegt die Durchführung aller anfallenden organisatorischen Aufgaben. In sein Aufgabengebiet fällt die Kommunikation mit den nephrologischen Zentren sowie die Kontaktaufnahme mit auswärtigen Krankenhäusern bei der Beschaffung, der Verteilung und dem Transport von Spenderorganen.

Für die klinische Durchführung der Nierentransplantation werden die zentralen Einrichtungen der Chirurgischen und Urologischen Universitätsklinik voll genutzt, wobei die Durchführung der Operationen von den jeweils vier ausschließlich für die Transplantation abgestellten Assistenten vorgenommen wird.

Bei Gründung des Zentrums gingen wir davon aus, daß die Nierentransplantation eine langzeitige Kooperation verschiedener Fachgebiete erfordert. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit bezieht sich im wesentlichen auf drei Phasen:

1. Die Explantation, d. h. die effiziente Beschaffung von Spenderorganen
2. Die eigentliche Transplantation
3. Die Posttransplantationsphase

Während für die Belange des klinischen Teiles durch die langfristige Abstellung von Assistenten der einzelnen Kliniken eine schnelle Integration möglich war, zeigt sich die Organisation der Spenderbeschaffung durch die ineinandergreifenden und sich ergänzenden Tätigkeiten von Kollegen aus verschiedenen Fachgebieten sehr aufwendig. Da es sich gerade bei der Explantation um ein nicht vorhersehbares Ereignis handelt, bot nur die Errichtung eines ständigen Bereitschaftsdienstes von sehr zahlreichen Instituten eine Ga-

rantie für eine adäquate Durchführung der anfallenden Aufgaben.

Wir gingen davon aus, daß die Kapazität eines Transplantationszentrums überstiegen wird, wenn alle potentiellen Organspender in das Zentrum transportiert würden. Somit führen wir die Organentnahme in der Regel in dem jeweiligen peripheren Krankenhaus durch. Allerdings zeigte sich hierbei, daß das Explantationsteam von der Mitarbeit eines unabhängigen zentralen radiologischen und neurologischen Konsiliardienstes für die Festlegung des Todeszeitpunktes bei potentiellen Organspendern abhängig ist, da nicht alle mitarbeitenden auswärtigen Krankenhäuser über jederzeit erreichbare Neurologen und Radiologen verfügen.

Die Komplexität des organisatorischen Ablaufes bei Explantation soll noch einmal schematisch verdeutlicht werden (Abb.). Nach Benachrichtigung des Spenderkrankenhauses fährt der konsiliarische Neurologe und Radiologe mit Einsatzwagen der Feuerwehr in das periphere Krankenhaus. Gleichzeitig beginnen die ersten Gewebetypisierungen, Benachrichtigung der Staatsanwaltschaft und gegebenenfalls der Gerichtsmedizin. Nach Diagnostik des Hirntodes kommt das Explantationsteam, bestehend aus einem Explantationschirurgen und einer MTA und bei Bedarf einem Gerichtsmediziner, zur Durchführung der Explantation in das jeweilige Krankenhaus, während in der Zwischenzeit vom Zentrum die Einbestellung der Empfänger bzw. die Organisation des Transportes der entnommenen Nieren durchgeführt wird.

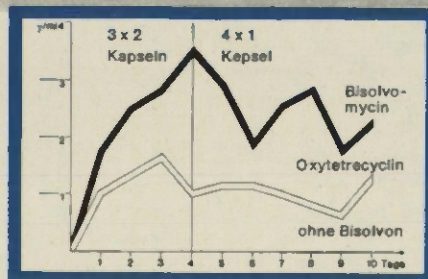
Die folgenden zwei Tabellen geben einen Überblick über die zunehmenden Aktivitäten des Zentrums bei der Organbeschaffung. In Tabelle 1 sind die seit April 1976 erhaltenen Spenderangebote aufgelistet. Hierbei zeigt sich eine ermutigende Tendenz: Erhielten wir im ersten Halbjahr nur 18 Spenderangebote, so steigerte sich die Zahl ständig, so daß wir im letzten halben Jahr bereits 42 Spenderangebote erhielten. Insgesamt bekamen wir in den letzten zweieinhalb Jahren 144 Organspender zur Explantation angeboten. Bei 66 dieser Angebote konnten wir eine Explantation durchführen, wobei auch bei der Anzahl der durchführbaren Explantationen eine deutliche Steigerung seit 1976 fest-

Bisolvomycin®

bekämpft Bronchialinfekte

Bisolvomycin schafft maximale antibiotische Konzentrationen am Ort des Infektgeschehens

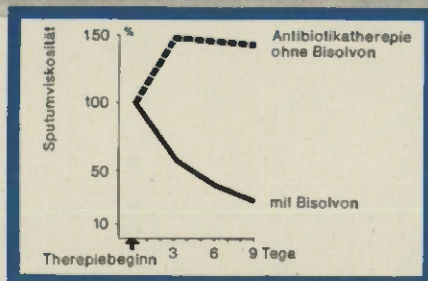
nach Kleber, A. G., Inaug. Diss.,
Bern 1970



Mit Bisolvomycin, der Kombination von Oxytetracyclin mit Bisolvon, werden im Bronchialsekret antibiotische Konzentrationen erzielt, die in den ersten vier Behandlungstagen dreifach höhere Werte aufweisen als bei alleiniger Antibiotika-Verabreichung ohne Bisolvon.

Bisolvomycin verhindert den Sekretstau durch umfassende Sekretolyse

nach Bürgl, H., Schweiz. med. Wschr. 95,
Nr. B, 274-27B (1965)

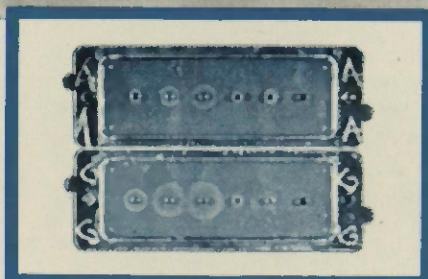


Die Bisolvon-Komponente in Bisolvomycin bricht die dichten Fasergerüste von sauren Mukopolysacchariden auf und rarefiziert sie. Das bewirkt eine drastische Viskositätsenkung des Schleimhautsekrets. Die Bildung eines Sekretstaus wird verhindert und damit der Gefahr von pulmonalen Komplikationen wirksam begegnet, denn persistierenden Keimen ist der Nährboden entzogen.

Bisolvomycin stärkt die immunologischen Abwehrkräfte im Atemwegsbereich

nach Bürgl, H., e. a., Ther. Umsch. 24,
116-11B (1967)

Hyland Immunoplates® Human, oben:
Gamma-A-Immunglobulin-Test,
unten: Gamma-G-Immunglobulin-Test.
Von links nach rechts: Diffusions-



flächen 1 bis 3 von Testseren mit bekanntem Immunglobulingehalt (66, 197, 394 mg IgA/100 ml, 234, 701, 1402 mg IgG/100 ml), Diffusionsfläche 4 von Sputum vor Behandlung, Diffusionsfläche 5 von Sputum desselben Patienten nach Behandlung mit Bisolvon (24 mg p. o. während 3 Tagen). Bisolvon bewirkt eine Erhöhung des Potentials an Gamma-A-Globulinen, von deren Konzentration das Abwehrvermögen der Atemwegsschleimhäute abhängt.

Bisolvomycin®-Therapie senkt das Risiko

Zusammensetzung

1 Kapsel enthält: Bromhexin-hydrochlorid = 4 mg
N-Cyclohexyl-N-methyl-(2-amino-3,5-dibrombenzyl)amin-hydrochlorid = 250 mg
Oxytetracyclin-hydrochlorid

Anwendungsgebiete

Infizierte Bronchitiden, insbesondere deren chronische Formen, Schubprophylaxe chronisch verlaufender Bronchitiden, alle Atemwegserkrankungen auf bakterieller Grundlage, wie z. B. Bronchopneumonien, Pneumonien und Bronchiektasien.

Dosierung und Anwendungsweg

Es empfiehlt sich bei akutem Krankheitsbild die Einnahme von 3 x 2 Kapseln täglich, nach Besserung der Symptome kann auf 4 x 1 Kapseln reduziert werden.

Schulkinder erhalten die halbe Erwachsenen-dosis.

Zur langfristigen Anwendung:

3 x 1 Kapsel täglich.
Auch hierbei ist eine Reduzierung (2 x 1 Kapsel) möglich, über die der Arzt zu entscheiden hat.
Nach Abklingen der Infektion hat sich die Weiterbehandlung mit Bisolvon®-Tabletten als zweckvoll erwiesen.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen

Traten Magen-Darmstörungen auf, so ist je nach Schweregrad die Dosis zu reduzieren oder die Therapie vorübergehend zu unterbrechen.

Während der Schwangerschaft und bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen sollte Bisolvomycin wegen der Tetracyclin-Komponente nur bei strenger Indikationsstellung verordnet werden.

Bei Kindern bis zum 8. Lebensjahr können durch Tetracyclin und damit auch durch Bisolvomycin Schädigungen der Knochen- und Zahntwicklung auftreten; in dieser Altersgruppe ist deshalb die Anwendung von Bisolvomycin nur bei vitaler Indikation anzuraten.

Besondere Hinweise

Die Gefahr eines Rezidivs und damit einer Verschlechterung des Krankheitsbildes ist bei der chronischen Bronchitis besonders groß. Deshalb sollte die sofortige Wiederaufnahme einer Bisolvomycin-Behandlung schon bei den ersten Anzeichen einer neuerlichen Infektion, die sich häufig in einer Verschlimmerung der subjektiven Symptome äußert, erfolgen.

Darreichungsformen und Packungsgrößen

Originalpackung mit 20 Kapseln OM 21,65
Originalpackung mit 40 Kapseln DM 36,30
Klinikpackung
Preisänderung vorbehalten

Auf Bisolvomycin® ist Verlaß.

Thomae

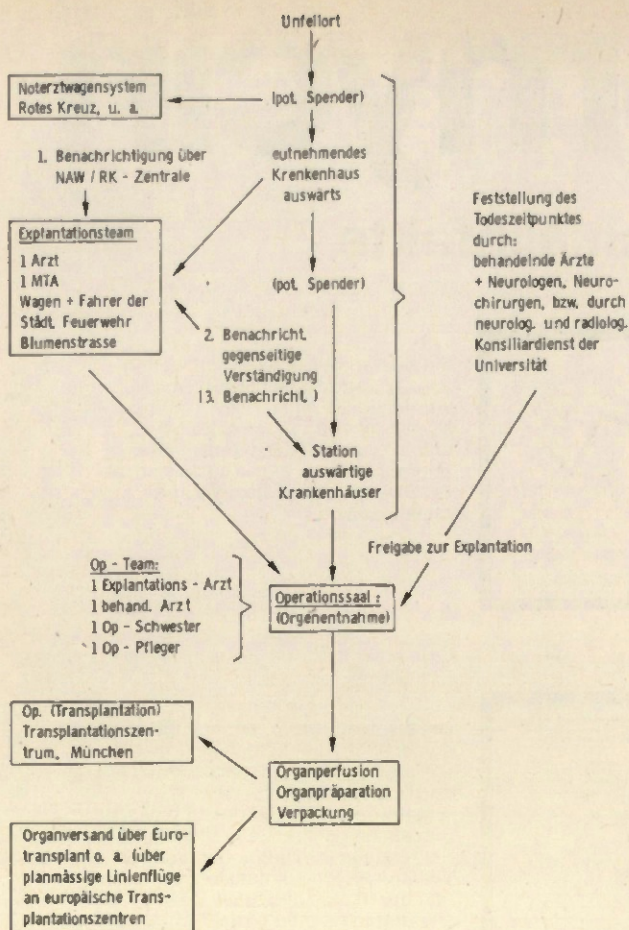


Abbildung Schematische Darstellung des Organisationsablaufes bei Explantation

zustellen ist (Tab. 2). Interessant in diesem Zusammenhang erscheint die Aufschlüsselung der Gründe, die bei erhaltenem Spenderangebot eine Entnahme der Nieren verhinderte. So waren es in 38 Prozent medizinische Kontraindikationen, die einer Entnahme von Spendernieren entgegen standen, während in nur 17 Prozent die Verweigerung

der Angehörigen eine Explantation unmöglich machten.

Sicher läßt sich in naher Zukunft die Zahl der Verweigerungen durch die Angehörigen durch eine zunehmende Aufklärung der Bevölkerung und das Engagement von sozialen Einrichtungen des Staates und der Kirche verringern. Zum anderen muß

man sich eingestehen, daß somit der Engpaß bei der Versorgung mit Spenderorganen nicht, wie so oft behauptet, ausschließlich in der mangelnden Bereitschaft der Bevölkerung zu suchen ist. Es muß vielmehr konstatiert werden, daß eine deutliche Diskrepanz zwischen der Anzahl potentieller Organspender in den peripheren Krankenhäusern und den den Transplantationszentren gemeldeten Spendern besteht. Das Verhalten mag zum Teil erklärbar sein durch die derzeit bestehende Rechtsunsicherheit bei fehlendem Transplantationsgesetz, stellt aber eo ipso einen limitierenden Faktor der Transplantationschirurgie dar.

Zu diesem Thema anhand unserer Erfahrungen einige Zahlen: Bei Gründung des Zentrums schrieben wir 92 periphere Krankenhäuser mit der Bitte um Mithilfe an. Wir besuchten einen Großteil dieser Häuser, um im Rahmen von Kurzvorträgen und Diskussionsabenden unsere Probleme zu schildern. Desweiteren wurden vom Zentrum in regelmäßigen Abständen Vortragsabende zum Thema Nierentransplantation veranstaltet. Zieht man jedoch bei all diesen Bemühungen Bilanz, so ergibt sich, daß von 92 erfaßten Kliniken innerhalb von zweieinhalb Jahren nur 22 einen Spender zur Explantation meldeten.

Abschließend darf ich noch einmal unsere Erfahrungen bei der Spenderbeschaffung zusammenfassen. Dieses Problem läßt sich sicher nicht lösen, wenn man nur vertrauensvoll auf mögliche Schritte des Gesetzgebers und weitere Bemühungen in der Aufklärung der Bevölkerung hofft. Wir glauben, daß es Zeit ist, sich einzugestehen, daß viele dieser Probleme durch eine verbesserte Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Ärzteschaft zu lösen ist, d. h. durch eine engere Verbindung von Transplantationszentrum und peripherem Krankenhaus. An einer Motivation sollte es hierbei nicht fehlen, wenn man bedenkt, daß die Organentnahme der erste aktive Schritt einer therapeutischen Kette zur Behandlung eines niereninsuffizienten Patienten darstellt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Ch. Chaussy und Professor Dr. med. E. Schmiedt, Marchioninistraße 15, 8000 München 70

Spenderangebote (Transplantationszentrum München)

April 1976 bis 1978			pro 1/2 Jahr		
1976	1976/77	1977	1977/78	1978	Total
18	23	28	33	42	144

Tabelle 1

Explantationen (Transplantationszentrum München)

April 1976 bis 1978			pro 1/2 Jahr		
1976	1976/77	1977	1977/78	1978	Total
5	10	13	15	23	66

Tabelle 2

Bedeutung und Feststellung eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalles („Hirn-Tod“)

von H. A n g s t w u r m

Aus der Neurologischen Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. med. A. Schrader)

Definition

Der irreversible Ausfall der Funktion des gesamten Gehirns wird als „Hirntod“ bezeichnet. Im juristischen, theologischen und medizinischen Schrifttum wird der bleibende Funktionsausfall des Gehirns dem Tod des Menschen gleichgesetzt. Dabei ist der Todeszeitpunkt diejenige Uhrzeit, zu der erstmals mit Sicherheit der irreversible Hirnfunktionsausfall festgestellt wird. Diese Diagnose beinhaltet keine Beurteilung einer Prognose bei bewußtlosen und schwer hirnkranke Menschen. Es handelt sich vielmehr um den exakten und überprüfbaren Nachweis eines Sachverhalts.

Pathologisch-anatomischer Befund

Seine Bedeutung besteht auch darin, daß er die reale Existenz des Phänomens „Hirntod“ belegt: Das Gehirn befindet sich bei der Obduktion in einem weiter fortgeschrittenen Stadium der postmortalen Veränderungen als die anderen Organe. Es muß somit eher dem Autolyseprozeß verfallen, eher „abgestorben“ sein. Der Befund entspricht einem anämischen Totalinfarkt des gesamten Gehirns, teilweise mit einer Demarkation, u. a. im hohen Halsmark.

Pathogenese

Eine Steigerung des intrakraniellen Druckes behindert zunächst die Hirndurchblutung und bringt sie schließlich zum Erliegen. Der intrakranielle Druck wird vorwiegend durch ein Hirnödem erhöht bei primär extra- oder intrakraniellen Erkrankungen. Wenn die Hirnperfusion eine bestimmte Mindestgrenze unterschritten hat, kommt es zunächst zum funktionellen, dann rasch zum strukturellen Schaden des Ge-

hirns. Nach der Erfahrung ist eine Erholung nur bei kurzen Ischämiezeiten möglich.

Klinische Diagnose des Hirnfunktionsausfalles

Sie stellt das Fehlen aller spontanen und reflektorischen Funktionen des Gehirns fest. Im einzelnen findet man: Eine Bewußtlosigkeit ohne klinisch und elektroenzephalographisch erkennbare Reaktion auf ekstatische und auf Schmerzreize; keine spontanen und reflektorischen zerebralen Bewegungen, keine epileptischen Anfälle; fehlende Hirnnervenreflexe und komplexe Hirnstammfunktionen (Reflexe der Pupille, Korneal-, Vestibularis- und okulozephaler Reflex, Würg- und Hustenreflex usw.; Apnoe; keine Änderung des Pulses und Blutdruckes auf Bulbus- und/oder Karotissinusdruck usw.; keine zentrale Tonusregulation; keine zirkadiane Temperaturregulation, meistens Absinken der Körpertemperatur). Häufig — aber nicht immer — muß der Kreislauf medikamentös gestützt werden. Der zentrale Diabetes insipidus kann praktisch wegen der besonderen klinischen Situation mit laufenden Infusionen usw. diagnostisch nicht berücksichtigt werden.

Diagnose des Irreversiblen Hirnfunktionsausfalles

Kriterien für den bleibenden Ausfall der Hirnfunktion sind die allgemeine — nicht nur die persönliche — klinische Erfahrung mit gleichartigen Erkrankungen und der Nachweis technischer Untersuchungsbefunde, allgemein das Vorliegen von Beobachtungen und Befunden, bei denen niemals eine auch nur teilweise oder vorübergehende Erholung der Hirnfunktion in der Literatur bekanntgeworden ist. Eine Ver-

besserung der Diagnostik und der allgemeinen Erfahrung sowie der Therapie kann möglicherweise im Laufe der Zeit einzelne dieser Kriterien modifizieren.

Aufgrund der klinischen Feststellungen allein läßt sich nur durch Kontrollen innerhalb der möglichen Erholungszeit des Gehirns ein irreversibler Funktionsausfall belegen. Die Zeit, während der noch eine Erholung erwartet werden kann, hängt von der Grunderkrankung ab. Auch für das Elektroenzephalogramm, das nach den von der Deutschen Gesellschaft für Elektroenzephalographie festgesetzten Bedingungen abgeleitet werden muß, gibt es entsprechende Zeitintervalle, innerhalb derer eine Erholung — wenigstens der bioelektrischen Hirntätigkeit — noch beobachtet worden ist. So hat sich aus der Erfahrung etwa bei Schädelhirntraumen gezeigt, daß eine klinisch und bioelektrisch über 24 Stunden fehlende Hirntätigkeit sich nicht mehr erholt.

Eine sofortige Aussage gestattet momentan nur die angiographische Überprüfung der Hirnzirkulation. Wenn über keinen der vier arteriellen Zuflüsse eine Hirndurchblutung nachweisbar ist, bedeutet dies den funktionellen Stillstand der Hirnzirkulation. Eine Erholung der Hirnfunktion ist nur möglich, wenn die Durchblutung innerhalb weniger Minuten wieder in Geng kommt. Diese Zeit wird bei der selektiven Darstellung beider Karotiden und Vertebralarterien mehrfach überschritten. Folglich wurde niemals eine Erholung auch nur von Restfunktionen des Gehirns oder auch nur für kurze Zeit beobachtet, wenn der angiographische Befund einer extrazerebralen Kontrastmittelstase in allen vier arteriellen Zuflüssen des Gehirns vorlag.

Es ist zu hoffen, daß durch weniger aufwendige Untersuchungen in gleicher Weise eine sofortige Feststellung ermöglicht wird.

Bei Säuglingen und Kleinkindern vor Verschuß der Fontanellen sowie bei ausgedehnten offenen Hirnverletzungen mit Verlust größerer Mengen von Hirngewebe und Ausbildung eines Hirnprolapses steigt der intrakranielle Druck nicht so stark, daß die Hirnperfusion zum Erliegen kommt. In diesen Situationen kann die Angiographie nicht zur Dia-

gnose des Irreversiblen Hirnfunktionsausfalles dienen.

Praktisches Vorgehen

Die dem Hirnfunktionsausfall zugrunde liegende Erkrankung sollte bekannt, eine tiefe Narkose, eine Intoxikation und eine Unterkühlung ausgeschlossen sein. Der klinische Befund wird überprüft. Wenn eine möglichst rasche Klärung erforderlich ist, wird eine selektive Angiographie der Hirngefäße durchgeführt. So lange eine wenigstens bioelektrische Hirntätigkeit im EEG nachweisbar bleibt, muß die Hirnperfusion erhalten sein. Eine Angiographie zum Nachweis der erloschenen Hirndurchblutung ist dabei also verfrüht. Wenn die Diagnose des Hirntodes nicht eilt, werden der klinische und der elektroenzephalographische Befund bei Schädelhirntraumen oder ischämisch-hypoxischen Hirnschäden in den nächsten 24 Stunden dreimal kontrolliert. Für Vergiftungen, besonders mit Barbituraten, gibt es bisher keine allgemeine Übereinstimmung über die erforderliche Zeit der Weiterbeobachtung.

Der Weltärztebund hat u. a. gefordert, daß der Tod des Organspenders für Transplantationen durch zwei Ärzte festgestellt werden soll, die nicht zur Gruppe der an der Organverpflanzung beteiligten Chirurgen gehören. Diese Forderung ist dadurch erfüllt, daß entweder der Neurologe und der Radioiologe oder der Neurologe und der behandelnde Stationsarzt die diagnostisch entscheidenden Feststellungen treffen. Die schriftliche Fixierung des neurologischen Befundes, die Aufbewahrung der EEG-Kurven und der Röntgenbilder der selektiven Serien-Angiographie gestatten jederzeit eine spätere Nachprüfung der Diagnose einer Irreversibel erloschenen Hirnfunktion.

Literatur kann auf Anforderung zur Verfügung gestellt werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H. Angstwurm, Neurologischer Konsiliardienst der innenstadt-Kliniken, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, Oberarzt der Neurologischen Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Merchloniinstr. 15, 8000 München 70

Organtransplantationen bei Säuglingen und Kleinkindern

Teil II: Problematik der Organspende

von F. A. Zimmermann und W. Ch. Hecker

Aus der Kinderchirurgischen Klinik (Direktor: Professor Dr. med. W. Ch. Hecker) der Kinderklinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Die bekannten Schwierigkeiten, in ausreichendem Maße für erwachsene Transplantations-Patienten Organe bereitzustellen, sind für die kindliche Transplantationschirurgie noch um vieles größer.

In der Regel sind es im Falle der Erwachsenenpende jüngere Personen, die einem schweren Schädel-Hirn-Trauma erliegen. Die Zahl derartiger Spender im Säuglings- und Kleinkindesalter ist so gering, daß für die Organspende ein weiterer Spenderkreis gesucht werden muß.

Angeborene Dysgenesien von Organen sind oft nicht mit einer längeren Lebenserwartung vereinbar. Somit ergibt sich die Notwendigkeit, bereits im Säuglings- und frühen Kindesalter Transplantationen durchzuführen. Für die drei kinderchirurgisch bedeutsamen Transplantationen (Nieren-, Leber- und Dünndarmersatz) ist es wünschenswert, bei der Leber unbedingt notwendig, daß Spender- und Empfängerorganismus in etwa eine gleiche Größe haben.

Nach unseren Erfahrungen kann man in der Neugeborenenzeit mit einer nicht unbedeutenden Zahl von potentiellen Organspendern rechnen. Es sind dies Kinder mit Anenzephalus, exzessivem Hydrozephalus ohne Cortex oder asphyktische Kinder.

Im Vergleich zum Erwachsenenalter ergeben sich für die Definition des Hirntodes im Neugeborenen- und Säuglingsalter ungleich größere Schwierigkeiten.

Am problemlosesten ist die Situation bei Kindern mit Anenzephalus, die ohne intensive Betreuung in der Regel nur wenige Stunden leben. Im Raum München sind es im Jahr nach unseren Erfahrungen etwa 15 bis 20 Kinder mit derartigen Mißbildungen, die wenigstens zum Teil als potentielle Spender angesehen werden können, wenn sie für eine ausreichende Zeit durch intensive medi-

zinische Betreuung am Leben erhalten werden können.

Äußerst schwierig ist dagegen die Entscheidung eines Hirntodes bei asphyktischen Kindern oder Patienten mit exzessivem Hydrozephalus ohne computertomographisch nachweisbarem Hirnmantel.

Den „Hirntod“ des Erwachsenen als Folge einer ischämischen Totalnekrose gibt es beim Neugeborenen oder jungen Säugling nicht, da die Schäeldurakapsel mit offenen Fontanellen jedem malignen Ödem nachgeben kann, so daß ein Sistieren der Blutzirkulation nicht auftritt. Somit ist es nicht möglich, durch Angiographie der Hirnarterien eine ischämische Totalnekrose nachzuweisen. Auch das EEG kann aus dem gleichen Grund keine endgültige Aussage ermöglichen, da der Hirnstamm selbst bei schwerster Schädigung mit späterem Exitus noch ableitbare Potentiale liefern kann und die geforderte isoelektrische Linie nicht erreicht wird.

Mit der Bolus-Angiographie konnten nur in 80 Prozent der Fälle eine Korrelation mit den Befunden des EEG und klinischen Kriterien erreicht werden.

Der Wert der anerkannten Zeichen für den Hirntod ist um so begrenzter, je jünger das Kind ist, da in frühen Lebensabschnitten die Wiederbelebungszeit durch die Möglichkeit anaerober zerebraler Energiebereitstellung größer ist.

Die Diagnose „Hirntod“ als irreversiblen Funktionszusammenbruch des Hirns läßt sich im jungen Kindesalter nur stellen, wenn die einzelnen Kriterien, die ein Postulat „Hirntod“ zulassen, in ihrer Gesamtheit vorhanden sind. Dazu gehören der Ausfall der Basisfunktionen, Spontanatmung, Temperaturregulation und eine zerebrale und spinale Areflexie. Wegen der höheren Wiederbelebungszeit wird von Habel und Schneider bei Säuglingen eine Wartezeit von mehr als drei Tagen,

Consoliplast®

Zusammensetzung: 100 g Consoliplast® enthalten: Rad. Symph. pulv. 17,0 g, Mucllago Rad. Symph. 50,0 g, Extr. Symph. e fol. equos. 5,0 g, Cholinum chlor. 0,11 g, Camphora 0,10 g, Ol. Junip. 0,02 g, Ol. Thymi 0,01 g, Ol. Rosmar. 0,02 g, Ol. Lavand. 0,015 g, Ol. Eucalypt. 0,05 g, Ol. Terebinth. 0,05 g, Ol. Pini pum. 0,11 g, Salbengrundlage ad 100 g. **Indikationen:** Stumpfe (unblutige) Sport-, Arbeits- und sonstige Unfallverletzungen, Verstauchungen, Verrenkungen, Zerrungen, Prellungen, Quetschungen, Schwellungen, Hämatome, Blut- und Reizergüsse, Epicondylitis, Sehnen-, Sehnencheiden- und Schleimbeutelentzündungen, Phlegmonen, Panaritien, Furunkel, Phlebitiden, Thrombophlebitis. **Dosierung und Anwendungsweise:** Consoliplast® bleistift dick auf Verbandkomresse bzw. Mull, Leinen, Tuch o. dgl. auftragen und – mit der Paste gegen die Haut – auf die schmerzende Stelle auflegen. Anschließend den Umschlag entweder mit einer Binde fixieren oder mit Zellstoff, Tuch bzw. einer sonstigen dichten Auflage rutschfest abdecken. Umschlagdauer bis zu 18 Stunden. **Darreichungsform, Packungsgrößen und Preise:** Consoliplast® Tube zu 250 g 6,55 DM Consoliplast® complet. Diese Packung enthält: Tube zu 100 g, Verbandkomresse, Elastikbinde, Belestigungsklammer, Spatel zum Auftragen der Paste, 6,85 DM.

fink

Arzneimittel 7033 Herrenberg



Consoliplast®
stillt stumpfe Traumen
über Nacht

bei Kleinkindern bis zu drei Tagen und bei Schulkindern ein Sistieren der erwähnten Funktionen bis zu 48 Stunden gefordert.

Eine Objektivierung der Diagnose „Hirntod“ mittels einer bestimmten Meßmethode ist derzeit noch nicht möglich.

Organspende zur Nierentransplantation im Kindesalter

Es ist zwar möglich, in den Körper eines Kleinkindes die Niere eines Erwachsenen einzusetzen. Dennoch ist es vorteilhafter, wenn ein kleines Organ zur Transplantation zur Verfügung steht. Möglicherweise können Blutdruckkomplikationen, die bei Kindern mit implantierten Erwachsenenieren beobachtet wurden, mit einer notwendigerweise verminderten Organdurchblutung in Zusammenhang gebracht werden.

Für die Nierentransplantation beim Kind wird insbesondere in den USA die Organspende von einem Elternteil oder volljährigem Geschwister favorisiert. Die Risiken für den Spender sind vertretbar und die Erfolgschancen bei guter Histokompatibilität der Kadaverspende überlegen. Es erscheint daher durchaus berechtigt, die bei uns bislang geübte Zurückhaltung langsam aufzugeben und die Indikationsstellung zur Verwandtentransplantation zu erweitern.

Organspende zur Lebertransplantation im Kindesalter

Die Notwendigkeit zur Lebertransplantation kann sich in jedem Le-

bensabschnitt, vom Säugling- bis zum Jugendlichenalter, ergeben. Es besteht die absolute Notwendigkeit, daß Empfänger- und Spenderorganismus annähernd gleich groß sind, um einerseits keine Raumprobleme bei einem zu großen Organ zu haben und andererseits bei einem zu kleinen Organ keine Schwierigkeiten bei der spannungsfreien Gefäß-anastomosierung zu bekommen. Die größten Probleme in der Organbeschaffung dürften sich im Empfängeralter von fünf Monaten bis zu drei Jahren ergeben. Dies ist der Lebensabschnitt, in dem ein großer Teil der Gallengangsatresie-Patienten zur Transplantation ansteht. Ein positiver Aspekt für die Organspende bei Lebertransplantationen ergibt sich allerdings: Es ist nicht notwendig, daß Spender und Empfängerorganismus histokompatibel sind. Im allgemeinen genügt eine Kompatibilität im ABO-System.

Organspende zur Dünndarmtransplantation

Während für die Organspende für Nieren- und Lebertransplantationen ein zumindest hinreichender Wissensstand erreicht wurde, gibt es hinsichtlich besonderer Erfordernisse für eine Dünndarmspende noch kaum Erfahrung. Die Empfänger werden in der Regel Säuglinge und Kleinkinder sein. Durch das Fehlen des Darms ist die Abdominalhöhle klein, so daß die Implantation eines kindlichen Darmsegmentes vorzuziehen wäre. Ob man mit einem kürzeren, in das Abdomen passenden Erwachsenen Darm, dessen Resorptionsoberfläche dafür wieder größer ist, erfolgreich sein kann, ist derzeit noch offen.

Die Lebendspende eines Elternteiles oder Geschwisters ist hier noch problematischer als bei der Nierenspende und sicher kontraindiziert, wenn nicht sehr begünstigte Histokompatibilitätsverhältnisse vorliegen.

Experimentell ist die Abstoßung eines Dünndarmtransplantates schwierig zu verhindern. Mit der Standardimmunsuppression läßt sich nur eine begrenzte Verlängerung der Überlebenszeit der Transplantate erzielen.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß bei der Organspende für Transplantationen im Kindesalter die Probleme durch die Knappheit der Organe und der besonderen Schwierigkeiten, die sich bei der Todeserklärung ergeben, noch größer als bei der Erwachsenenspende sind.

Eine Objektivierung einer erloschenen Hirnfunktion ist im jungen Kindesalter nur bei der Gesamtbeurteilung aller Hirntodkriterien möglich.

Literatur

- ASHWAL, S. et al.: Radionuclide bolus angiography. *J. Ped.* 91 (1977), 722.
HABEL, O. und I. Schneider: Feststellung des Hirntodes unter besonderer Berücksichtigung des jungen Kindesalters. *Zbl. Chir.* 100 (1975), 421.
MÖLLER, D.: Zur Frage des sogenannten Hirntodes bei Neugeborenen und im frühen Kindesalter. In: Die Bestimmung des Todeszeitpunktes. Wien, 1973.
WEIL, R. C. and T. E. STARZL et al.: Transplantation in children. *Surg. Clin. N. Americ.* 56 (1976), 457.
ZIMMERMANN, F. A. und R. Y. CALNE: Problematik von Lebertransplantationen im Kindesalter. *Z. Kinderchir.* 24 (1978), 106.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. F. A. Zimmermann und Professor Dr. med. W. Ch. Hecker, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2



NEPHROLOGIKUM zur spezifischen Langzeittherapie von NEPHROPATHIEN

Indikationen: Basistherapeutikum bei Nierenerkrankungen; chronische Pyelonephritis; chronische Interstitielle Nephritis; chronische Glomerulonephritis; Schwangerschaftsnephropathie; Nephrolithiasis; Zystitis. • **Kontraindikationen** und **Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt.

Zusammensetzung: 100 g antheilen 29 g Mazerat aus: Herb. Centaur. 0,6 g, Fruct. Cynosbat. 1,0 g, Rad. Levistic. 0,6 g, Fol. Rosmarin. 0,8 g. - 1 Dragée enthält: Herb. Centaur. 18 mg, Fruct. Cynosbat. 30 mg, Rad. Levistic. 18 mg, Fol. Rosmarin. 18 mg. • **Dosierung:** 3mal täglich 1/2 bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Handelsformen:** Canephron OP mit 100 ml DM 8,55, OP mit 60 Dragées DM 8,55, OP mit 240 Dragées DM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Niederländisches Gesundheitswesen: Trotz „Seelenpauschale“ Sorgen mit den Krankheitskosten

von Harald C l a d e

Auch die Niederlande, von vielen Sozial- und Gesundheitspolitikern hierzulande als nachahmenswertes Vorbild hingestellt, klagen über einen wachsenden Kostendruck im Gesundheitswesen. Trotz „Seelenpauschale“ und einer klaren Trennungslinie zwischen der Zuständigkeit der Allgemeinärzte einerseits und den Krankenhausverbundenen, meist freiberuflich tätigen Fechärzten andererseits ist die Krankenbehandlung in unserem Nachbarland keineswegs „preisgünstiger“ als in der Bundesrepublik Deutschland.

Während die Ausgaben für die Gesundheitssicherung (ohne Umweltschutz, Forschung und Lehre) 1963 noch bei 4,3 Prozent des Bruttosozialproduktes lagen, erreichten sie 1975 nach Angaben einer kürzlich erschienenen OECD-Studie „Public expenditure on health“ die Rekordmarke von 8,33 Prozent (Bundesrepublik Deutschland 1975: 7,92 Prozent). Die Niederlande haben damit heute bereits, was die Kosten der Gesundheitssicherung betrifft, die Bundesrepublik Deutschland überholt. Und ein Ende der Kostenexpansion ist nicht abzusehen: Offizielle Schätzungen gehen davon aus, daß die Ausgaben für die Gesundheitspflege im Jahre 1980 etwa 12,5 Prozent des Bruttosozialproduktes verschlingen werden, wenn die geplanten kostendämpfenden Maßnahmen noch lange auf sich warten lassen (Tab.).

Einen wesentlichen Ansatzpunkt sieht die Haager Regierung darin, die primärärztliche Versorgung, d. h. die Position der Haus- bzw. Allgemeinärzte, intensiver als bisher zu fördern. Mit der Politik der Verstärkung der „ersten Linie“ (so das gängige Schlagwort der holländischen Gesundheitspolitiker) korrespondieren die Bemühungen, die Ausbildung zum Hausarzt an den acht Uni-

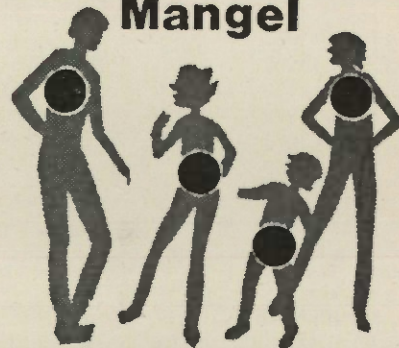
versitäten in die gesamte ärztliche Ausbildung zu integrieren und eine praxisnahe Aus- und Weiterbildung in Allgemeinmedizin während des Medizinstudiums zu gewährleisten. Weitere Maßnahmen der offiziellen Gesundheitspolitik: Zusammenschluß von Hausärzten in Gemeinschaftspraxen, Aufbau sogenannter interdisziplinär zusammengesetzter *Gesundheitszentren* (sogenannte Home Teams) in Problem- und Neubaugelieten sowie eine koordinierende Krankenhaus-Regionalplanung mit dem Ziel, den auch in den Niederlanden beklagten Krankenhaus-Bettenberg (rund 10 000 Betten zuviel) rasch abzubauen und die durchschnittliche Verweildauer von 15,5 Tagen weiter zu drücken. Die offizielle Devise im Haager Ministerium lautet: „Wir wollen die Patienten einfach nicht kasernieren! Sie sollen solange wie möglich zu Hause versorgt werden, in ihrer normalen Umgebung bleiben und dort gesund werden.“

Im Mittelpunkt steht der Hausarzt

Nach diesem Prinzip ist das gesamte holländische Gesundheitswesen organisiert, in dessen Mittelpunkt immer noch der Hausarzt (Huisarts) steht. Dies ist ein praktischer Arzt, bei dem sich der Bürger einträgt und damit dokumentiert, daß er im Krankheitsfall seine Dienste in Anspruch nehmen will. Für jedes eingetragene Krankenkassenmitglied (70 Prozent der Bevölkerung sind pflichtversichert; 27 Prozent freiwillig, drei Prozent überhaupt nicht) kassiert der Allgemeinarzt im Jahr 70 Gulden, unabhängig von der Inanspruchnahme. Das sind etwa 68 DM. Sind bei einem Hausarzt mehr als 1800 Patienten eingeschrieben, so reduziert sich der Pauschbetrag auf 50 Gulden. Es wird unterstellt, daß die Praxiskosten bei 1800 Patienten (Grundklientel) bereits

Viele Symptome -eine Ursache:

Magnesium- Mangel



MAGNESIUM VERLA®

verhindert Mangel-Zustände bei einseitiger Ernährung, Diäten, chronischem Alkoholabusus, während Schwangerschaft, Stillzeit,

bei Einnahme von Kontrazeptive.

zur Therapie bei Präeklampsie, Eklampsie, vegetativer Dystonie mit spasmothem Symptomenkomplex, latenter Tetanie, Myalgie, nächtlichen Wadenkrämpfen, Spasmen zerebraler und peripherer Gefäße, Migräne.

als Adjuvans bei Cephalalgie, stenokardischen Beschwerden, essentieller Hypertonie.

zur Prophylaxe bei Calciumoxalatstein-Diathese, Thrombosegefährdung, metaboisch bedingten Myokardnekrosen.

als Zusatztherapie bei Pankreatitis, Leberzirrhose, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose.

Kontraindikationen: Ausscheidungshemmung bei schwerer Niereninsuffizienz, Anurie.
Mg-Ampullen: Myesthenie gravis. Chronische Myokardschäden mit verlängerter Oberleitungszeit, AV-Block. Mg hemmt die Reizleitung, deshalb ist die Injektion von MAGNESIUM VERLA bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

Zusammensetzung: Dregées: mono-Magnesium-L-diglutemat 100,0 mg, Magnesiumcitrat tert. · 3 H₂O 230,0 mg, Magnesiumnikotinat 6,0 mg, Magnesiumgehalt: 3,3 mveI (40 mg). Konzentrat (ein Beutel): mono-Magnesium-L-diaspartat 1.803,0 mg, Aneurinnitrat (Vit. B 1) 2,0 mg, Riboflavin (Vit. B 2) 3,0 mg, Pyridoxinhydrochlorid (Vit. B 6) 3,0 mg, Magnesiumgehalt: 10 mveI (121,56 mg). Ampullen zu 10 ml: mono-Magnesium-L-diglutemat 1,0 g, Magnesiumgehalt: 6,3 mveI (77 mg).

Handelsformen und Preise:
50 Dregées DM 6,12, 150 Dregées DM 15,36,
3 Ampullen DM 4,40, 10 Ampullen DM 13,55
Konzentrat 20 Beutel DM 8,90, 50 Beutel DM 19,96

VERLA-PHARM TUTZING

Tabelle: **Kosten des niederländischen Gesundheitswesens**
(Quelle: Niederländisches Krankenhausinstitut)

	in Millionen Gulden	In Prozent des Nationaleinkommens
1953	754	3,1
1958	1 330	3,7
1963	2 177	4,2
1968	5 002	5,5
1970	ca. 6 971	ca. 8,0
1972	ca. 9 969	ca. 6,7
1975	ca. 18 000	ca. 9,0
1980	●	ca. 12,5

gedeckt sind. Die Kopfpauschale wird jährlich um einen Teuerungszuschlag von 10 bis 15 Prozent aufgestockt.

Zur Zeit gibt es in den Niederlanden rund 20 000 praktizierende Ärzte, darunter 5000 Hausärzte und mehr als 7000 Fachärzte an den Krankenhäusern. Die übrigen epprobiierten Ärzte arbeiten als Behörden-, Betriebs- oder als Assistenzärzte. Die Arztdichte liegt zur Zeit bei 675 Einwohnern je Arzt (Bundesrepublik Deutschland: rund 460 Einwohner je Arzt).

Trotz der relativ guten Verdienstmöglichkeit und dem hohen Ansehen der Hausärzte (mit einem durchschnittlichen Patientenstamm von 2500 bis 3000 Patienten erzielt der Praktiker ein Jahressalär zwischen 161 000 und 186 000 Gulden brutto; Spitzensteuersatz bei einem 100 000-Gulden-Einkommen: 72 Prozent!) leidet auch Holland unter einem Mangel an Allgemeinmedizinern. Die Behörden streben eine Relation von 2000 Patienten je Hausarzt an. Dazu ist es erforderlich, die Zahl der Hausärzte in den nächsten Jahren von 5000 auf 6500 zu steigern. 1985 will Holland über 8000 Hausärzte verfügen.

Domnanz der Einzelpraxis

Gegenwärtig dominiert immer noch die Solopraxis, deren Klientel zwischen 2000 und mehr 4000 *Listenpatienten* schwankt. Daneben sind 150 bis 200 Hausärzte in einer sogenannten Duo-Praxis tätig, einer mittelgroßen Hausarztpraxis, die etwa unserer Gemeinschaftspraxis entspricht. Die Ärzte arbeiten meist nach Dienstplan, so daß sich der Pe-

tient danach richten und entscheiden kann, welchen Arzt er konsultieren möchte; allerdings klappt der Plan nicht immer. Stark im Kommen sind sogenannte *Gruppenpraxis-häuser*, das sind Praxisgemeinschaften unter einem Dach, von denen es in den Niederlanden bereits 70 bis 80 gibt und in denen sich drei bis maximal sieben Hausärzte zusammengeschlossen haben, um im gleichen Gebäude mit gleichem Personal jeweils ihre eigene Klientel freiberuflich zu versorgen. Somit ist hier die freie Arztwahl gesichert, und die Ärzte können die organisatorischen Vorzüge der Teamarbeit und der zentralisierten kaufmännischen Praxisführung nutzen, für die ein geschulter Praxismanager verantwortlich ist. In den Gruppenpraxis-Häusern arbeiten meist noch von der Gemeinde angestellte Sozialarbeiter, Psychologen, Krankenschwestern, Therapeuten und die Hebamme, die mit den Ärzten eng kooperieren.

Die Teamarbeit des Arztes mit paramedizinischen Berufen ist auch gang und gäbe bei den etwa 15 Gesundheitszentren, die vom Staat vor allem in Problemgebieten (so im Polderland und in Neubaugebieten) gefördert werden und in denen teils freiberufliche, teils festangestellte Ärzte praktizieren. Die Gesundheitszentren werden von der offiziellen Ärzteorganisation als notwendiges Übel respektiert, aber doch mit einiger Distanz skeptisch beobachtet.

Hausarzt als Patientenvertreter

Die ärztliche Versorgung in dem relativ kleinen, dicht besiedelten Land bereitet zur Zeit offenbar keine Schwierigkeiten. Offiziellen Anga-

ben zufolge, gibt es gegenwärtig noch keine unterversorgten Regionen; die Wartezeiten – außer bei Zahnärzten – sind minimal. Augenfällig für deutsche Beobachter ist die strikte Trennung der Tätigkeitsfelder zwischen Allgemein- bzw. Hausärzten einerseits und Fachärzten andererseits sowie das traditionell zweigeteilte Honorarsystem. Ähnlich wie in Großbritannien erhält der Hausarzt eine *Kopfpauschale*, was sicherlich auch in der Leistung der Praktiker und deren Praxisausstattung seinen Niederschlag findet. Nur wenige praktische Ärzte besitzen ein EKG, fast nie ein Röntgengerät. Mehr als 50 Prozent haben einen angestellten Assistenten, der nach Tarif bezahlt wird und der im ersten Jahr nach der Approbation etwa 36 000 Gulden Jahressalär erhält.

Die Laborleistungen werden fast ausnahmslos von Instituten, Stiftungen oder Krankenhäusern erbracht. In der Praxis werden nur ganz einfache Laboruntersuchungen durchgeführt. Lediglich in ländlichen Bereichen ist das Labor des Hausarztes etwas größer. Für wenige Spezialleistungen ist die vorherige Genehmigung der Krankenkasse nötig. Die freie Arztwahl ist insofern eingeschränkt, als der Patient in der Regel den Facharzt nur auf Überweisung des Hausarztes konsultieren kann. Extremes Beispiel: Auch wenn man eine Brille braucht, muß der Hausarzt Patientenvertreter spielen. Die Einschränkung der freien Arztwahl – ein hierzulande selbstverständliches Patientenrecht – macht quasi die Existenzgrundlage des niederländischen Allgemeinmediziners aus! Auch hierzulande gibt es Befürworter dieses absoluten Hausarzt-systems.

Freiberufliche Fachärzte am Krankenhaus

Mehr als 90 Prozent der Fachärzte (Specialist) sind am Krankenhaus selbstständig tätig. Manche Ärzte derselben Fachrichtung bilden am Krankenhaus eine Gruppenpraxis, wo sie auch ihre Sprechstunden abhalten. Der überwiesene Patient kann den Facharzt sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Behandlung im Krankenhaus frei wählen, doch hält er sich meist an die Empfehlung, die ihm sein Hausarzt mitgibt. Der Patient wird vor, während und nach einer notwendigen stationären Behandlung vom selben Facharzt so-

wohl in der Poliklinik als auch in der Klinik behandelt. Die Fachärzte werden in den operativen Fächern nach Einzelleistungen bezahlt, die mit den gesetzlichen Kassen zentral ausgehandelt werden. In den nicht-operativen Fächern gelten degressiv gestaffelte Komplexgebühren.

Bettengeld für die Benutzung der stationären Einrichtung muß der Facharzt nicht zahlen. Jedoch lauten die Pflegesätze (zwischen 240 und über 300 Gulden, einschließlich Investitionskosten!) bereits entsprechend höher. Für die ambulato- rische Tätigkeit am Krankenhaus zahlt der Facharzt eine Praxismiete und einen Personalkostensatz.

Den Fachärzten stehen auch Krankenhausbelegbetten zur Verfügung. Nur wenige Fachärzte, meist in den Großstädten, haben außerhalb des Krankenhauses eine Praxis. Oftmals sind dies ältere Ärzte oder besondere Spezialisten, wie z. B. Augenärzte oder Psychiater. Von den freiberuflich bzw. als Belegarzt am Krankenhaus tätigen Fachärzten arbeiten 60 Prozent an Allgemeinkrankenhäusern, elf Prozent an den acht Universitätskliniken, der Rest an Sonderkrankenhäusern.

Unterschiedliche Facharztliche

Die Facharztliche ist sehr unterschiedlich, bedingt durch die Bevölkerungsstruktur und auch durch die Zahl der Krankenhäuser: 1972 kamen 34 Fachärzte auf 100 000 Einwohner, in der Gegend um Maastricht aber nur 22, in den Universitätsstädten Utrecht und Amsterdam dagegen 50 und in Leiden sogar 57. Für 1982 rechnet man mit 58 Spezialisten auf 100 000 Einwohner. Nach anfänglichen Startschwierigkeiten heben sich offenbar die ärztlichen Selbstverwaltungsstäbe und das Arbeiten im Team selbständiger Krankenhausfachärzte (Assoziation) bewährt.

Trotz eines relativ höheren Grades der „Integration“ von ambulanter, stationärer und semistationärer Versorgung und eines konkurrenzfreien Raumes zwischen Fach- und Hausärzten, der extensiven belegärztlichen Tätigkeit und der geregelten interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen ist die Gefahr einer Übernahme freiberuflicher Ärzte in ein Angestellten- bzw. Beamtenverhältnis mit Weisungsbindung nicht von der Hand zu wel-

sen. Auch ist nicht zu übersehen, daß die auch in Holland viel beschworene Verzahnung nur von ambulanter und stationärer Versorgung noch zu wünschen übrig läßt. Die zementierte Trennungslinie zwischen Hausärzten und Spezialisten ist nicht unproblematisch.

Praxisorientierte Ausbildung zum Hausarzt

Großer Wert wird in den Niederlanden seit einigen Jahren auf eine praxisorientierte Ausbildung zum Hausarzt gelegt; die Bezeichnung „Allgemeinarzt“ kennt man in unserem Nachbarland noch nicht. Die Ausbildung dauert an sämtlichen acht Medizinischen Fakultäten der niederländischen Hochschulen sechs Jahre. In den ersten vier Jahren wird ein grundlegendes theoretisches Wissen vermittelt und durch zwei Examina geprüft. Im fünften und sechsten Jahr soll die Ausbildung durch das Bedside-Teaching oder andere praxisrelevante Lernsysteme erfolgen.

In diesem Abschnitt ist auch die Lehre der Hausarztmedizin (Allgemeinmedizin) mit 15 Semesterstunden im Studienplan fest verankert. Das Fach Allgemeinmedizin ist im Gegensatz zur bundesdeutschen Regelung Prüfungsfach. Der Unterricht geschieht freiwillig, z. B. durch Teilnahme in der Sprechstunde des Hausarztes oder mit Hilfe audiovisueller Systeme. Zusätzlich wird der Student in den Gebieten Physiotherapie, Onkologie und Sozialmedizin geschult. Im sechsten Jahr der Ausbildung, also kurz vor dem Examen, muß er eine dreiwöchige Famulatur bei einem Hausarzt ableisten. Diese wird von den Universitätsinstituten für Hausarztmedizin überwacht; die Studenten kommen am Ende jeder Woche in ihre Universität zurück und diskutieren das Gesehene. Der Student erhält von seinem Universitätslektor dann einen speziellen Studienauftrag für die nächste Woche.

Das Institut für Allgemeinmedizin der Erasmus-Universität Rotterdam beispielsweise hat die allgemeinärztliche Ausbildung seit 1974 in zwei Etappen organisiert:

- Im ersten Halbjahr arbeitet der junge Arzt in einer Hausarztpraxis.
- Im zweiten Halbjahr leistet er ein viermonatiges Praktikum entweder

in einem Krankenhaus, in einer Pflegeanstalt oder in einer zweiten Hausarztpraxis ab. Zwei weitere Monate verweilt der engehende Allgemeinmediziner in einem sozialmedizinischen oder sozialpsychiatrischen Institut.

Während des Ausbildungsjahres übernimmt das Institut für Hausarztmedizin eine kursorische Betreuung. Dafür kommen die zukünftigen Hausärzte einen Tag pro Woche in das Institut zurück. Sie werden in Gruppen von acht bis zwölf Mitgliedern eingeteilt, die unter Leitung eines Hausarztbegleiters stehen.

Jede Gruppe stellt zusammen mit dem Hausarztbegleiter ein eigenes Lern- und Arbeitsprogramm auf. Dabei werden auch die Ausbildungswünsche des Institutes mitberücksichtigt.

Überall Lektoren für Hausarztmedizin

In den Niederlanden sind jetzt in allen acht Fakultäten Lehrbeauftragte für Hausarztmedizin tätig. In Rotterdam, Leiden und in Utrecht sind spezielle Lehrstühle errichtet worden. Wie in der Bundesrepublik Deutschland werden auch in unserem Nachbarland erfahrene Praktiker zunehmend als Lektoren für Hausarztmedizin an die Universitäten berufen. Gute Erfahrungen hat man inzwischen in der im vergangenen Jahr eröffneten Reichsuniversität Limburg in Maastricht gemacht, einer Hochschule, in der das Medizinstudium abweichend von der traditionellen Hochschulmedizin im Seminar- und Kursbetrieb durchgeführt wird. In der Experimentierfakultät ist die klassische Vorlesung abgeschafft; die rund 100 Studenten werden von 100 Lektoren (!) in Studiengruppen unterrichtet, die in größeren Zeitabständen wechseln. Es gibt spezielle programmierte Lehrbücher, nach denen Lektoren und Medizinstudenten arbeiten. Sie ermöglichen es, sich weitgehend anhand von Fallbeispielen einen praxisorientierten Wissensstand anzueignen. Diese Methode bringt zwar einige Schwierigkeiten mit sich, motiviert jedoch die Medizinstudenten, vermehrt in die Hausarztpraxis zu gehen, denn die „Arbeitsbücher“ und die Studienlehrgänge sind ganz auf die tägliche Praxis der Gesundheitspflege abgestellt.

Wenn der junge, approbierte Arzt sein Pflichtweiterbildungsjahr in der freien Praxis absolviert hat, kann er sich als Hausarzt mit Kassenzulassung niederlassen. Die Kassensitze werden in der niederländischen Ärztezeitung offiziell ausgeschrieben oder von den Gemeindeverwaltungen als dringend zu besetzen nachgewiesen.

Es gibt keine Facharztprüfung

Die fachärztliche Weiterbildung entspricht weitgehend der unseren. Die durchschnittliche Weiterbildungszeit in den zur Zeit 28 Fachrichtungen beträgt fünf bis sechs Jahre in Vollzeitätigkeit. Eine Facharztprüfung gibt es nicht. Dem in der Weiterbildung stehenden Arzt wird am Ende jedes Weiterbildungsjahres eine schriftliche Beurteilung seiner Leistung ausgehändigt. Am Ende der Weiterbildungszeit erhält der Arzt einen Befähigungsnachweis seiner Ausbildungsstätte (Allgemeinkrankenhaus oder Universitätsklinik). Ein zentrales Kollegium, bestehend aus Vertretern des Gesundheitsministeriums, der Krankenhäuser, der medizinischen Fakultäten und Assistenzärzten erteilt dem „vollendeten“ Facharzt das Facharzt Diplom. Nach der Registrierung kann sich der Arzt als Mitglied einer Ärzte-Assoziation einer Abteilung bewerben (zwei bis zehn Internisten oder Chirurgen arbeiten in einem solchen Team) oder – was nur wenige tun – in freier Praxis niederlassen.

Die Qualität der Facharztweiterbildung wird ständig durch ein Komitee überwacht; der weiterbildende Facharzt muß jährlich Rechenschaft über die Tätigkeit und die Fortschritte seiner weiterzubildenden Ärzte geben. Der ausbildende Arzt muß vom zuständigen Ärzteverein und der Regierung eine Ausbildungsgenehmigung besitzen.

Der Facharzt, der nur auf Überweisung des Hausarztes tätig wird, genießt ebenso wie der Hausarzt ein hohes Ansehen in der Bevölkerung. Infolge der Sieb- und Verteilerfunktion des Hausarztes sind die Fachärzte weitgehend von Bagatellfällen entlastet und behandeln fast ausnahmslos Problemfälle.

Anschrift des Verfassers:

Dr. rer. pol. Harald Clade, Haedenkampstraße 5, 5000 Köln 41

Personalia

Dr. Freytag 70 Jahre

Dr. med. Blasius Freytag, Obermedizinaldirektor a. D., Savoyenstraße 13, 8000 München 19, vollendete am 4. Februar 1979 sein 70. Lebensjahr.

Nach Ende des zweiten Weltkrieges bekleidete er von 1945 bis 1947 das Amt des kommissarischen Leiters der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern.

Von 1948 bis zu seiner Versetzung in den wohlverdienten Ruhestand im Jahr 1974 war er Leiter der Bakteriologischen Untersuchungsanstalt in München. In dieser Eigenschaft hat er den Gesundheitsämtern, aber auch den niedergelassenen Ärzten seine Kenntnisse und großen Erfahrungen, insbesondere in epidemiologischen Fragen, zur Verfügung gestellt. Auch in der Fort- und Weiterbildung von Amtsärzten sowie in der Ausbildung von Desinfektoren und Gesundheitsaufsehern war er maßgeblich beteiligt.

Bereits kurz nach seiner Pensionierung hat er sich dem Verein zur Förderung der Aus- und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e. V., dem Träger der Walner-Schulen, für die Leitung der in dieser Schule geführten staatlichen Schule für technische Assistenten in der Medizin, Fachrichtung Labor, wie auch der Privatschule für Arzthelferinnen zur Verfügung gestellt. In diesem neuen Wirkungskreis hat Dr. Freytag an der Ausarbeitung der Unterrichtspläne und der Prüfungsordnung im Zuge der Durchführung des Gesetzes über die technischen Assistenten in der Medizin maßgeblich mitgewirkt. Die dabei geschaffenen Regelungen sind Grundlage des Unterrichtes und der Prüfung an den übrigen Schulen für technische Assistenten in der Medizin in Bayern.

Unter seiner äußerst engagierten Leitung hat er den Walner-Schulen in Bayern zu großem Ansehen innerhalb der Ärzteschaft, der Institute und der Krankenhäuser verholfen. Seine beruflichen Leistungen und seine Mitwirkung bei der Leitung

der genannten Schulen fanden 1978 ihre Anerkennung durch die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am Bande.

Professor Witt 65 Jahre

Am 7. Februar konnte Professor Dr. med. Alfred Nikolaus Witt, Ordinarius für Orthopädie an der Universität München und seit 1968 Direktor der Orthopädischen Klinik und Orthopädischen Poliklinik der Universität München, Harlachinger Straße 51, 8000 München 90, seinen 65. Geburtstag feiern.

Professor Witt, ein Schüler von Professor Dr. Max Lange, war zunächst Ordinarius für Orthopädie an der Universität Berlin und kehrte 1968 nach München zurück, wo er den Lehrstuhl seines Lehrers übernahm. Professor Witt ist Ehrenmitglied zahlreicher ausländischer wissenschaftlicher Gesellschaften. Er war zweimal, zuletzt 1977/78, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie.

Ad multos annos!

o. Professor Dr. med. Otto Braun-Falco, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München, Frauenlobstraße 9, 8000 München 2, wurde in Seoul mit der OH-Gedächtnis-Medaille ausgezeichnet. Er wurde ferner zum Ehrenmitglied der Koreanischen Dermatologischen Gesellschaft, der European Society for Comparative Skin Biology und der Academia Mexicana de Dermatologia gewählt.

Dr. med. Hans Hilpoltsteiner, Stadtplatz 22, 8340 Pfarrkirchen, beendete am 1. Januar 1979 seine seit 1922 bestehende kassenärztliche Tätigkeit als praktischer Arzt in Pfarrkirchen. Nach dem zweiten Weltkrieg wirkte er beim Wiederaufbau der ärztlichen Standesorganisation mit und war auch vorübergehend Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksvereins.

Dr. med. habil. Eugen Lederer zum Gedächtnis

Am 5. Dezember 1978 ist Ministerialrat a. D. Privatdozent Dr. med. habil. Eugen Lederer plötzlich verstorben. Am 21. Juli 1978 hatte er sein 80. Lebensjahr bei bester Gesundheit vollendet. Als langjähriger und anfangs einziger Mitarbeiter des Pioniers der deutschen Arbeitsmedizin und Begründers des gewerbeärztlichen Dienstes in Bayern, Professor Dr. med. Franz Koelsch, war er einer der Männer der ersten Stunde beim Aufbau arbeitsmedizinischer Institutionen im staatlichen und im universitären Bereich, ein Mann der Wissenschaft und Praxis zugleich. Seine hervorragenden Fachkenntnisse wurden international anerkannt und führten zu seiner Berufung in zahlreiche Gremien auf Bundes-, Landes- und internationaler Ebene, wie Bundesgesundheitsrat, Deutsches Zentralkomitee und Internationale Union zur Bekämpfung der Tuberkulose, Deutsches Kuratorium für Aerosolforschung, Ständiges Internationales Komitee für Arbeitsmedizin, Obermedizinalausschuß in Bayern. Im Jahre 1964 wurde er mit dem Bayerischen Verdienstorden ausgezeichnet.

Am 21. Juli 1898 in Bad Aibling geboren, trat Dr. Lederer nach dem Besuch des humanistischen Gymnasiums in Rosenheim, Medizinstudium in München, Staatsprüfung, Promotion und zweijähriger Assistentenzeit an einer Münchener Universitätsklinik im Jahre 1927 beim Bayerischen Landesgewerbearzt in den Staatsdienst ein. 1941 verlieh ihm die Medizinische Fakultät der Universität München den akademischen Grad eines Dr. med. habil.

1936 wurde Dr. Lederer zum Vertreter des Landesgewerbearztes bestellt und 1950 mit der Leitung der Abteilung „Arbeitsmedizin“ im Bayerischen Arbeitsministerium betraut. Bei der Einrichtung des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin, der Dienststelle des Staatlichen Gewerbearztes in Bayern, im Jahre 1953 übernahm er die Leitung dieser dem Arbeitsministerium nachgeordneten Behörde. 1960 wurde er

als Referent für Arbeitsmedizin wieder an das Ministerium berufen und zum Ministerialrat befördert.

Dort erwarteten ihn neben der Fachaufsicht über das Institut vielfältige Aufgaben, wie die Mitwirkung an der sein Fach betreffenden Gesetzgebung, die wissenschaftliche Auswertung der arbeitsmedizinischen Entwicklung und Forschung im In- und Ausland u. a. m.; Aufgaben, die er bis zu seinem Ausscheiden aus dem Staatsdienst wegen Erreichens der Altersgrenze im Jahre 1963 mit dem ganzen Gewicht seines umfassenden Wissens und seiner reichen Erfahrung wahrnahm.

Aus den vielseitigen Aktivitäten, die Dr. Lederer in Erfüllung der gewerbeärztlichen Aufgaben entfaltete und die der arbeitenden Bevölkerung ebenso zugute kamen wie der arbeitsmedizinischen Wissenschaft, seien nur wenige Beispiele hervorgehoben. So war er maßgeblich an den Sondererhebungen beteiligt, die Professor Koelsch in gesundheitsgefährdenden Betriebszweigen veranlaßt hat; u. a. im Malergewerbe, im keramischen Buntdruck, in der Säureindustrie, den Glasfabriken, der Metallfarbenherstellung, in der Pinsel- und Bürstenindustrie sowie den Gerbereien, wo der Umgang mit Häuten, Fellen, Haaren und Borsten seinerzeit noch eine erhebliche Infektionsgefahr durch den Erreger des Milzbrandes mit sich brachte.

Reihenuntersuchungen an staubexponierten Arbeitern, die sich über Jahrzehnte hinzogen, führten zu grundlegenden Erkenntnissen über die unterschiedlichen Modifikationen der Staublungenkrankung. Besonders aufschlußreich waren die Recherchen in den verschiedenartigen Staubbetrieben Bayerns, vor allem in der ausgedehnten heimischen Porzellanindustrie. Hinzu kamen umfangreiche Untersuchungen über die Gefährdung durch Kohlenmonoxid in Industrie und Bergbau und die Erforschung anderer toxiologischer Probleme, wie die Gesundheitsschäden durch Kalkstickstoff und aromatische Nitroverbindungen.

Diese Beobachtungen und Erfahrungen aus Praxis und Forschung legte Dr. Lederer in zahlreichen Veröffentlichungen nieder; sie waren auch Gegenstand seiner breit gestreuten Vortrags- und Lehrtätigkeit. So erhielt er von der Technischen

Hochschule, von der Ludwig-Maximilians-Universität und vom Oskar-von-Miller-Polytechnikum in München Lehraufträge über sein Arbeitsgebiet. Außerdem war ihm der Unterricht über „Grundzüge der Gewerbehygiene“ in den Amtsarztkursen anvertraut.

Nicht weniger produktiv waren seine Aktivitäten auf dem administrativen und organisatorischen Sektor. Seine Vorstellungen von einer den Anforderungen der modernen industriellen Arbeitswelt angemessenen Strukturierung des gewerbeärztlichen Dienstes erwiesen sich als realistisch und vorausschauend. Mit seinem Lehrer Franz Koelsch kämpfte er um eine ihrer Bedeutung entsprechende Etablierung der Arbeitsmedizin als selbständiges Lehr- und Prüfungsfach sowie für die Errichtung arbeitsmedizinischer Lehrstühle an den Hochschulen. Den späten Erfolg ihrer Bemühungen durften beide noch erleben; er erfüllte sie mit Genugtuung.

Die Muße des Ruhestandes — 15 Jahre waren ihm vergönnt — nutzte Dr. Lederer zu einer regen fachlichen literarischen Tätigkeit. Eine medizinische Wochenschrift gab ihm seit Mitte der Sechzigerjahre Gelegenheit, sein Fachgebiet in Form von Referaten über die rezente Literatur und von Berichten über einschlägige Tagungen darzustellen. Gleichzeitig betreute er für das Reallexikon der Medizin das Stichwort „Arbeitsmedizin“ bis zum Abschluß dieses enzyklopädischen Werkes.

Wer Umgang mit Dr. Lederer hatte, dienstlich oder privat, begegnete einer lebensvollen Persönlichkeit von eigenwilliger Prägung, einem Wissenschaftler mit klarem, kritischem Verstand und einem Arzt mit zutiefst sozialer Einstellung. Seinen Mitarbeitern war er ein gerechter, hilfsbereiter Vorgesetzter und ein verständnisvoller Lehrer, Vorbild in allen Bereichen der gemeinsamen Obliegenheiten von der korrekten Amtsführung bis zur intellektuellen Redlichkeit des Forschers und medizinischen Gutachters. Bis ins hohe Alter bewahrte er sich seine erstaunliche Vitalität. Die bayerische Ärzteschaft hat einen hervorragenden Fachkollegen verloren; mit ihm ist den Werkträgern ein unermüdlicher Sachwalter des medizinischen Arbeitsschutzes dahingegangen.

MR Dr. med. Hall

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.

Oberbayern

Titting, Lkr. Eichstätt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der Allgemein-/Praktischen Arztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 3500 Einwohnern.

Altmennsteln, Lkr. Eichstätt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-296.

Oberfranken

Thierstein, Lkr. Wunsledel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des wegen Ablebens des Stelleninhabers verfallenen Einzelarztsitzes für ein Einzugsgebiet von ca. 2800 Einwohnern.

Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsledel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronech:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb-Erkersreuth, Lkr. Wunsledel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Töpen, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weidhausen, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Marktredwitz, Lkr. Wunsledel:

1 HNO-Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Bürgerreuther Straße 7 a - 9, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 2 30 32.

Mittelfranken

Ansbach:

1 Chirurg mit Unfallbehandlung (D-Arzt-Tätigkeit)

Wiederbesetzung der Chirurgenstelle in der Regierungshauptstadt Ansbach mit ca. 39 000 Einwohnern, wo derzeit kein Chirurg in freier Praxis niedergelassen ist.

Ehingen oder eine der umliegenden Gemeinden im Bereich der Verwaltungsgemeinschaft Hesselberg, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Vorre, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 4 96 21 - 24.

Unterfranken

Bischofsheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Besetzung der dritten Kassenarztstelle bei einem Einzugsgebiet von 6000 Einwohnern und erheblichem Fremdenverkehr.

Geiselbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bei einem Einzugsgebiet von 2500 Einwohnern ist die frei gewordene Kassenarztstelle erneut zu besetzen.

Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Erstbesetzung bei einem Einzugsbereich von 2500 Einwohnern.

Bergheimfeld, Lkr. Schweinfurt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Gräfendorf, Lkr. Main-Spessert:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Erfolgreiche Forschung
führt zu wirksamen Präparaten.
Wirksame Präparate
machen die Therapie kostengünstig.

Gastrozepin

Spezifischer Magensekretionshemmer

- Eine Monosubstanz.
Bei Ulcus und Gastritis.
- Sekretionshemmend, soviel wie nötig.
Auch während der Nacht.
- Keine Blockierung physiologischer
Regulationen im Gastrointestinaltrakt.
- Keine Kontraindikationen bekannt.
- Kurze Heilungszeit.
Bei nur zweimal 1 Tablette täglich.
- Die kostengünstige Therapie.
Ergebnis der Thomae-Forschung.

Zusammensetzung:

1 Tablette enthält: Pirenzepin-dihydrochlorid = 5,11-Dihydro-11-[(4-methyl-piperazin-1-yl)acetyl]-6H-pyrido[2,3-b][1,4]benzodiazepin-6-on-dihydrochlorid 25 mg.

Anwendungsgebiete:

Akute und chronische Formen von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, hyperzider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden.

Dosierung und Anwendungsweise:

Zu Beginn der Therapie sind einmalig 2 Tabletten, dann jeweils morgens und abends 1 Tablette einzunehmen. Nach Eintritt der Beschwerdefreiheit, die mit Gastrozepin in der Regel schon nach wenigen Tagen erreicht wird, soll bis zur völligen Ausheilung noch 2 - 3 Wochen (je 1 Tablette morgens und abends) weiterbehandelt werden. Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Flüssigkeit.

Unverträglichkeiten und Risiken: Bisher keine bekannt.

Besondere Hinweise:

Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetitanregung bewirken. Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist als wünschenswerter Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werden. In Tierversuchen wurde festgestellt, daß Gastrozepin auch bei hoher Dosierung keine teratogenen Eigenschaften besitzt. Trotzdem wird, wie bei allen neuen Arzneimitteln, von der Anwendung während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate abgeraten.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Originalpackung mit 20 Tabletten DM 13,50, Originalpackung mit 50 Tabletten DM 29,25
Klinikpackung. - Preisänderung vorbehalten.

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

Großlanghelm, Lkr. Kitzingen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Knetzgau, Lkr. Haßberge:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

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

Sulzfeld, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

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

Aizenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Schweinfurt:
1 Augenarzt

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:
1 Frauenerzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 HNO-Arzt

Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Kinderarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

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

Oberpfalz

Neukirchen, Lkr. Amberg-Sulzbech:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt
Nachfolgebesetzung für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Plößberg, Lkr. Tirschenreuth:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt
Nachfolgebesetzung für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Waldthurn, Lkr. Neustadt/WN:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt
Nachfolgebesetzung für ein Einzugsgebiet von ca. 2500 Einwohnern.

Bärneu, Lkr. Tirschenreuth:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Sulzbach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wackersdorf, Lkr. Schwandorf:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:
1 Anästhesist

Stadt Sulzbach-Rosenberg, Lkr. Amberg-Sulzbach:
1 Augenarzt

Amberg:
1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:
1 Hautarzt

Weiden:
1 Heuterzt

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

Niederbayern

Bad Abbach, Lkr. Kelheim:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Halbach, Lkr. Straubing-Bogen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hunderdorf, Lkr. Straubing-Bogen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Jandelsbrunn, Lkr. Freyung-Grafeneu:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ohu, Lkr. Landshut:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rein, Lkr. Straubing-Bogen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Roßbach, Lkr. Rottal-Inn:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stallwang, Lkr. Straubing-Bogen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Regen-Stadt:
1 Augenarzt

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Deggendorf-Stadt:
1 Hautarzt

Dingolfing-Stadt:
1 Hautarzt

Regen-Stadt:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-7, 8440 Straubing, Telefon (09 42 1) 70 53.

Schwaben

Rain am Lech, Lkr. Donau-Ries:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung einer durch Unfalltod verwaisten Allgemeinpraxis.

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

Unzulässige Werbung

I.

Neben dem grundsätzlichen Verbot — das den Arzt wie jeden freiberuflich Tätigen trifft —, nämlich jegliche Werbung und Anpreisung zu unterlassen, steht auch die Pflicht des Arztes, die Veröffentlichung von Berichten werbenden Charakters über seine ärztliche Tätigkeit unter Namens- oder Anschriftsangabe zu vermeiden. Diese Pflicht bleibt unberührt durch die Bestimmung in der Berufsordnung in der seit 1. Januar 1978 geltenden Fassung (BayÄBl. 1977, Heft 12, S. 22 ff.) in § 22 Abs. 2 unter der Überschrift „Arzt und Öffentlichkeit“:

„Die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen medizinischen Inhalts in Presse, Funk und Fernsehen ist zulässig, wenn und soweit die Mitwirkung des Arztes auf sachliche Informationen begrenzt und die Person des Arztes nicht werbend herausgestellt wird.“

Sehr deutlich werden hier Grenzen gezogen. Gerade für den Arzt, welcher der Presse Informationen liefert, ist die vorgenannte Pflicht von besonderer Aktualität. Er muß sich dessen bewußt sein, daß seine Äußerungen sehr wohl in einem Sinne verwertet werden können, der berufsrechtlich zu beanstanden ist. Der Arzt muß hier rechtzeitig und wirkungsvoll auf seinen Partner einwirken, um eine unzulässige Werbung zu unterbinden.

Zu diesem Thema hat das **Landesberufsgericht für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht** als letzte Instanz im Urteil vom 17. Oktober 1978 (LBG — Ä — 2/1978) grundsätzliche Ausführungen gemacht.

Der betroffene Arzt hatte anlässlich eines Kongresses zur Thematik „plastische Chirurgie“ Journalisten

eines Boulevardblattes ein Interview gegeben. Der Arzt hatte dabei, obwohl das Blatt noch dazu an seinem Niederlassungsort erschien, die nötige Vorsorge unterlassen, eine Werbung für seine Praxis zu verhindern. Das Berufsgericht erkannte deswegen gegen ihn auf eine Geldbuße von DM 1000,—; die Berufung des Arztes dagegen hat das Landesberufsgericht als unbegründet verworfen.

Aus den Gründen: ...

IV.

„1. Der Beschuldigte hat in objektiver und subjektiver Beziehung gegen § 19 Abs. 1 und 4 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (BO) in der ab 1. Januar 1971 geltenden Fassung (BayÄBl. 1970, Heft 11, S. 989 ff.) verstoßen. Diese Bestimmungen decken sich nahezu wörtlich mit § 21 Abs. 1 und 4 BO in der ab 1. Januar 1978 geltenden Fassung (BayÄBl. 1977, Heft 12, S. 22 ff.). Danach ist dem Arzt jegliche Werbung und Anpreisung untersagt. Er darf auch nicht dulden, daß Berichte und Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit angefertigt und mit Verwendung seines Namens oder seiner Anschrift veröffentlicht werden. Allerdings können Zuwiderhandlungen gegen die Bestimmungen der BO berufsgerichtlich nur geahndet werden, wenn sie schuldhaft, also zumindest fahrlässig begangen worden sind. Fahrlässigkeit setzt eine Verletzung der gebotenen Sorgfaltspflicht und die Voraussetzbarkeit der Tatbestandsverwirklichung voraus (Lackner StGB 12. Aufl. § 15 Anm. III 1).

Daß der im „...“ vom ... unter der Überschrift „Ein Chirurg von Format“ erschienene Bericht eine geradezu aufdringliche Werbung für den Beschuldigten und seine Klinik darstellt, liegt auf der Hand: Die Klinik

Der Codein-Typ

Jedes Analgetikum wirkt — aber nicht bei jedem Patienten gleich gut.



Der Codein-Typ ist aktiv, dynamisch, von leicht reizbarer Grundstimmung und neigt zum hyperkinetischen Syndrom. Erst der analgetische, schwach sedierende Codeineffekt führt bei ihm zur gewünschten Dämpfung der Schmerzrezeptoren.

Er braucht ein Analgetikum mit Codein.

Contraneural

Analgetikum und Antipyretikum mit Codein

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält Acid. acetylsalicylicum, 250 mg, Phenacetin, 250 mg, Codain. phosphoric, 9,6 mg, 1 Supp. für Erwachsene enthält Acid. acetylsalicylicum 400 mg, Phenacetin 400 mg, Codain. phosphoric, 19,2 mg, 1 Supp. für Kinder enthält Acid. acetylsalicylicum, 100 mg, Phenacetin, 100 mg, Codain. phosphoric, 4,8 mg, 1 Supp. für Säuglinge enthält Acid. acetylsalicylicum, 50 mg, Phenacetin, 50 mg, Codain. phosphoric, 2,4 mg. **Anwendungsgebiete:** Schmerzen verschiedener Ätiologie wie Kopf- und Zahnschmerzen, Schmerzen bei Menstruationsbeschwerden und klimakterischen Beschwerden, Schmerzen nach Operationen, Muskel- und Nervenschmerzen sowie rheumatische Beschwerden: zur Fiebersenkung und Linderung der Beschwerden bei Grippe, Erkältungskrankheiten und lieberhaltenen Erkrankungen. **Nebenwirkungen:** Okkulte Gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmaanfälle, Obstipation, Nierenschäden (Langzeitverbreitung), hämolytische Anämie, Methämoglobinämie bei Neugeborenen. **Gegenanzeigen:** Anwendung beim Säugling bis zum dritten Monat, genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie), hämorrhagische Diathese, Schäden des hämoleptischen Systems, Magen- und Darmulcera, schwere Nierenfunktionsstörungen, Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverbreitung bei chronischer Obstipation, Salicylallergie. **Hinweis:** Anwendung im ersten Trimenon und in den letzten vier Wochen der Gravidität vermeiden. **Warnhinweis:** Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen sowie verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Erwachsene bis zu 4mal täglich 1 Tablette oder bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Erwachsene, Kinder bis etwa zum 6. Lebensjahr bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Kinder, Schulkinder bis etwa zum 10. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Kinder oder bis zu 3mal täglich 1/2 Tablette, Schulkinder bis etwa zum 14. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1/2 bis 1 Tablette, Säuglinge nach dem 3. Lebensmonat bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Säuglinge. Die Tabletten sind möglichst nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einzunehmen. Bei magenempfindlichen oder zu Brechreiz neigenden Patienten empfiehlt sich die rektale Anwendung von Suppositorien. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 20 Tabletten DM 4,10 m. MWST., Packung mit 5 Suppositorien für Erwachsene DM 3,24 m. MWST., Packung mit 5 Suppositorien für Kinder DM 2,74 m. MWST., Packung mit 10 Suppositorien für Kinder DM 4,37 m. MWST., Packung mit 5 Suppositorien für Säuglinge DM 2,30 m. MWST. Anstaltspackungen.



Dr. R. Pfleger
Chemische Fabrik GmbH, Bamberg

des Beschuldigten wird in dem Artikel als „zu den ersten Adressen in der deutschen Schönheitschirurgie gehörend“ und als „besonders imposantes Haus, das fest an einen kleinen Pelast erinnert“ bezeichnet. Es wird über die gründliche fachliche Ausbildung des Beschuldigten und über seinen regelmäßigen Besuch der großen Fachkongresse berichtet, ebenso darüber, daß er eine neue Methode zur „Verschönerung der weiblichen Formen“ entwickelt habe. Es werden Äußerungen des Beschuldigten über die Möglichkeiten und Erfolge seiner ärztlichen Tätigkeit wiedergegeben und der Beschuldigte wird als „bekannter Chirurg, der bundesweit als einer der Besten seines Faches gilt“ mit Namen genannt. Der werbende Charakter der Darstellung wird durch die beigegebenen Fotos noch unterstrichen.

Dem Beschuldigten wird nicht vorgeworfen, diesen Artikel bewußt und gewollt veranlaßt zu haben; vielmehr ist ihm zu glauben, daß er von der Darstellung, als er sie las, selbst peinlich berührt war. Es ist ihm aber anzulasten, daß er die Veröffentlichung des Berichtes geduldet, d. h. keine genügenden Maßnahmen dagegen getroffen hat, obwohl er nach Sachlage mit dem Erscheinen einer solchen Darstellung hätte rechnen müssen.

2. Das in der BO verankerte Verbot, die Veröffentlichung von Berichten mit werbendem Charakter unter Namens- oder Anschriftangabe zu dulden, verpflichtet den Arzt, das Erscheinen solcher Berichte nach Möglichkeit zu verhindern und im Einzelfall alles ihm Zumutbare zu tun, um eine Werbung für sich zu unterbinden. Die Pflicht zum Tätigwerden ergibt sich für den Arzt immer dann, wenn er damit rechnet oder rechnen muß, daß ein derartiger Bericht über ihn erscheinen könnte. Diese Gefahr ist insbesondere gegeben, wenn der Arzt etwa en läßlich seiner Neuniederlassung, der Errichtung einer Klinik, eines ärztlichen Kongresses o. ä. auf seine Person bezogene Interviews gibt und das Fotografieren seiner Person und seiner Praxisräume zuläßt. Welche Maßnahmen der Arzt treffen muß, um das Erscheinen eines Berichtes mit werbendem Charakter zu verhindern, richtet sich nach den Erfordernissen des Einzelfalles; des Verlangens nach Vorlage des Manu-

skripts der geplanten Veröffentlichung kann ebenso dazu gehören wie das Verbot, ein Interview überhaupt zu veröffentlichen (Narr, Ärztliches Berufsrecht, 2. Aufl., RdNr. 1183). Vor allem aber muß sich der Arzt, ehe er sich Interviewen läßt, vergewissern, in welcher Zeitung oder Zeitschrift der Bericht erscheinen soll und welchen Zuschnitt dieses Blatt hat; handelt es sich etwa um eine große Tageszeitung, so wird der Arzt eher davon ausgehen dürfen, daß sich der Berichterstatter einer sachlichen Darstellungsweise befleißigen werde, als wenn der Artikel für eine Zeitung oder Zeitschrift vorgesehen ist, die im Hinblick auf ihr Leserpublikum darauf angewiesen ist, Berichte mit entsprechenden Ausschmückungen zu versehen und ihnen einen sensationellen Charakter zu verleihen (vgl. Urteil des Landesberufsgerichts vom 29. März 1978, LBG - Ä - 3/77, BayÄBl. 1978, Heft 7, S. 782 ff.). Es kann auch eine Rolle spielen, ob es sich um ein am selben Ort oder auswärts erscheinendes Blatt handelt; denn ersterenfalls können - wie gerade der vorliegende Fall zeigt - in den Bericht lokalpatriotische Gesichtspunkte einfließen, die letztlich auf eine Werbung für den betreffenden Arzt hinauslaufen.

Vielfach wird sich der Arzt genötigt sehen müssen, ihn interviewende Journalisten ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß es ihm berufsrechtlich untersegt ist, die Veröffentlichung von Berichten werbenden Charakters über seine ärztliche Tätigkeit unter Namens- oder Anschriftenangabe zu dulden, und daß ihm deshalb, sollte ein solcher Bericht

über ihn erscheinen, hieraus berufliche Schwierigkeiten erwecken können. Die Kenntnis des für Ärzte bestehenden Werbeverbots darf bei Journalisten nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden. Sie sind mitunter sogar der Auffassung, sie würden dem Arzt einen besonderen Dienst erweisen, wenn sie sich über ihn und seine Praxis in lobender Weise äußern.

Der Gefahr, daß ein über ihn zu veröffentlichender Artikel werbenden Charakter trägt, sieht sich der Arzt in um so stärkerem Maße ausgesetzt, je mehr er aus irgendwelchen Gründen - sei es etwa im Hinblick auf eine ihm zuteil gewordene öffentliche Ehrung, in seiner Eigenschaft als Leiter eines gerade stattfindenden Kongresses oder schon angesichts seiner besonderen ärztlichen Tätigkeit - damit rechnen muß, daß sich ihm das Interesse des breiten Publikums zuwendet. Zu den ärztlichen Fachgebieten, denen die Öffentlichkeit gerade in den letzten Jahren ihr besonderes Augenmerk widmet, gehört erfahrungsgemäß die plastische Chirurgie, vielfach auch als „Schönheitschirurgie“ bezeichnet. Gewisse Presseorgane nehmen sich daher in ihrer Berichtserstattung dieses Teilgebiets der Chirurgie mit besonderer Vorliebe und in großer Ausführlichkeit an. Für Ärzte, die auf diesem Gebiet tätig sind, ist daher besondere Vorsicht im Umgang mit Presseberichterstattern und Vertretern der sonstigen Medien angezeigt.

Daß Fotos, die in Zeitungen oder Zeitschriften im Zusammenhang mit einem Bericht wiedergegeben werden, diesen besonders anschaulich machen und ihm daher u. U. einen werbenden Charakter verleihen können oder geeignet sind, den schon der Darstellung enhaftenden werbenden Charakter noch zu verstärken, ist allgemein bekannt (vgl. Berufsgericht für die Heilberufe beim OLG München, Urteil vom 30. August 1961, BG - Ä - 12/60, Sammlung von Entscheidungen der ärztlichen Berufsgerichte, Bd. 1, Nr. 126). Der Arzt, der der Presse Informationen liefert, wird es daher im allgemeinen ablehnen müssen, ihn selbst, seine Klinik, sein Wohnhaus o. ä. darstellende Fotos mitzuliefern oder solche Aufnahmen durch Bildberichterstatter anfertigen zu lassen. Denn die Gefahr, daß solche Bilder - sei es auch im gutem Glau-



ben – für werbliche Zwecke verwendet werden, ist besonders naheliegender.

3. Gegen seine Sorgfaltspflichten, wie sie vorstehend umrissen sind, hat der Beschuldigte in grober Weise verstoßen.“ ...

II.

Urteil des Landesberufsgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht vom 17. Oktober 1978 (LBG – Ä – 3/78)

Leitsätze:

1. Auch das im Fahrstuhl des Praxisgebäudes neben dem Druckknopf für das betreffende Stockwerk befindliche, auf die Arztpraxis hinweisende Schild darf keinen Zusatz (hier: „Rheumatologie“) enthalten, wie er für ein Praxisschild untersagt ist.
2. Zweck einer berufsgerichtlichen Verurteilung ist es auch, den Beschuldigten vor weiteren berufsrechtlichen Verstößen gleicher oder ähnlicher Art zu warnen. An seine Sorgfaltspflicht hinsichtlich der Verhinderung derartiger Verstöße sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen.

Poellinger, München

Kongresse

Onkologische Fortbildungsveranstaltung
am 17. Februar 1979 in Erlangen

Leitung: Privatdozent Dr. G. Hartwich
Thema: Aktuelle Therapie maligner Tumoren
Ort: Großer Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Auskunft:
Privatdozent Dr. G. Hartwich, Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, Postfach 3560, Telefon (0 91 31) 85 - 33 98

Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.
vom 24. Februar bis 10. März 1979
in San Martino di Castrozza

Leitung: Professor Dr. P. Bennett, München
Themen: Sicherheit beim Bergsport im Sommer und Winter – Breitensport aus internistischer und orthopädisch-traumatologischer Sicht

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

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 15. Februar 1979 in München

Thema: Rechtsverhältnis aus dem Dienstverhältnis der Betriebsärzte mit besonderer Berücksichtigung der versicherungsrechtlichen Probleme – Diskussion

G. Busse, Hauptbereich Sozialpolitik der Siemens-AG

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

Frühjahrskongress für Ganzheitsmedizin

vom 25. Februar bis 3. März 1979
in Garmisch-Partenkirchen

Themen: Rheumatismus – Problemerkreis: Alkohol und Drogen – Grenzen der ärztlichen Tätigkeit – Diagnostik: Röntgen, EKG, Laboratorium – Spezielle naturgemäße Heilverfahren – Das praxisnahe Seminar – Kurse und wissenschaftliches Filmprogramm

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


Infekte u. Kosten beherrschen

Antibiocin[®] 1 Mega

Kapseln

1 Mill. I.E. Phenoxymethylpenicillin-Kalium
hochdosiertes Oral-Penicillin

Indikationen:
Infektionen mit Penicillin-empfindlichen Erregern; z. B. bei Angina, Tonsillitis, Sinusitis, Bronchitis, Bronchopneumonie, Otitis media, Abszesse, Furunkel, Phlegmone, Erysipel.
Zusammensetzung:
1 Kapsel enthält 1 Million I.E. Phenoxymethyl-Penicillin-Kalium (entspr. 653,6 mg, entspr. 589,5 mg Gesamtpenicillin nach Ph. Eur. II).
Dosierung:
Für Erwachsene und Schulkinder in der Norm 3 x 1 Kapsel täglich.
Kontraindikationen:
Penicillinüberempfindlichkeit, Vorsicht bei Patienten mit allergischer Diathese!

 DORSCH & CO. KG
8 MÜNCHEN 70

20 Kaps. **17,25**

Duobiocin[®]

Co-trimoxazol-480 mg Tabletten
Breitband-Bakterizidum

Zusammensetzung:
1 Tablette enthält: 80 mg Trimethoprim, 400 mg Sulfamethoxazol.
Indikationen:
Infekte der oberen Luftwege, der Nieren- und Harnorgane, des Magen-Darm-Traktes und der Haut, bei postoperativen Infekten.
Kontraindikationen:
Sulfonamidallergie, schwere Leber- und Nierenschäden, Blutbildveränderungen, Schwangerschaft und Stillzeit, erster Lebensmonat, Folsäuremangelzustände.
Hinweis:
Selten sind allergische Reaktionen, Hauterscheinungen und Magenbeschwerden. Bei Langzeittherapie Blutbildkontrollen! Nicht gleichzeitig Procain, Hexamethylentetramin-Präparate, para-Amino-benzoesäure-haltige Medikamente geben.
Bei eingeschränkter Nierenfunktion ist eine Dosisreduktion notwendig!
Standarddosis:
für Kinder über 12 Jahre und Erwachsene: Morgens und abends je 2 Tabletten.

20 Tabl. **8,60**

50 Tabl. **18,45**

Unter uns sind Menschen

Lesung der Landesgruppe Bayern des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer am 13. Dezember 1978, 16 Uhr, im Ärztehaus Bayern in München

Auf Einladung unseres Präsidenten, des von Anfang an verständnisvollen Förderers der bayerischen Schriftstellerärzte, Professor Dr. med. H. J. Sewering, fand eine vorweihnachtliche Lesung im Ärztehaus Bayern statt. Diese stand ganz unter dem gedanklichen Leitbild des Vorsitzenden der bayerischen Schriftstellergruppe, Professor F. Schmid, nämlich daß unter uns Menschen sind, für die das Weihnachtsfest noch ein Erlebnis bedeutet, „um unter uns wieder Menschen zu sein“. Wie gut den Veranstaltern die Ausführung ihrer Konzeption gelungen war, zeigte uns dann der Ablauf der Lesung.

Der große Saal im fünften Stock des Ärztehauses war von den Angestellten der Landesärztekammer weihnachtlich geschmückt. Mikrophone auf den erhöhten Tischen der Lesenden gaben Gewähr für eine gute Akustik. Propagandistisch war die Veranstaltung von der Landesärztekammer sorgfältig vorbereitet worden. Im „Bayerischen Ärzteblatt“ und im „Münchener Roten Blatt“ war sie laufend angekündigt worden. Außerdem hatte die Bayerische Ärzteversorgung einen Monat vorher noch 500 Einladungen an von ihr betreute Kollegen und Kolleginnen im Münchener Raum versandt. Für diese besonderen Bemühungen sind wir Frau Horn, Professor Adam und Ltd. Regierungsdirektor Albrecht sehr zu Dank verbunden. Als die Lesung begann, waren etwa 90 Gäste im Saal. Gewiß, es hätten bei der ausgezeichneten und gezielten Propaganda noch mehr sein können, aber wenn man bedenkt, daß sogenannte prominente Schriftsteller oft vor nur 20 bis 30 Zuhörern lesen, so kann man zufrieden sein. Und das Publikum war dankbar und sparte nicht mit Beifall.

Professor Sewering begrüßte eingangs als Hausherr die Schriftstellerärzte, die Hausmusikgruppe und die erschienenen Gäste in seiner liebenswürdigen Art sehr herzlich. Er wies darauf hin, daß die Musen heute in einem Saale zu Wort kommen, in dem oft schon harte Diskussionen stattgefunden haben, würdigte dann aus der Sicht der Landesärztekammer die Arbeit der bayerischen Schriftstellerärzte und erklärte in dankenswerter Weise seine weitere Bereitschaft zur Förderung unserer Arbeit. Confrère Professor Schmid dankte ihm für sein großes Verständnis und seine tätige Hilfe, besonders auch bei der permanenten Ausstellung im Ärztehaus und der Ermöglichung der Spalte „Äskulap und Pegasus“ im „Bayerischen Ärzteblatt“. Er dankte weiterhin Frau Horn ebenfalls sehr herzlich für ihre stets gezeigte Unterstützung unserer Wünsche. Beide bekamen signierte Bücher der Lesenden. An Frau Horn wurde außerdem ein Zinnkrug überreicht. Zum Schluß dankte Confrère Professor Schmid dem Betreuer des „Äskulap und Pegasus“ für seine unermüdete Tätigkeit. Confrère Paschke überreichte daraufhin unserem Präsidenten Professor Sewering die in einem Bande vereinigten Sonderdrucke des „Äskulap und Pegasus“ aus den Jahren 1969 bis 1977, wobei er dankend hervorhob, daß der Umfang, der dieser Spalte vom „Bayerischen Ärzteblatt“ zugestanden wird, einmalig in der Bundesrepublik Deutschland ist und weswegen wir Bayern beneidet werden.

Das Programm der Lesung war unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Zeit und des thematischen Angebotes vom Vorsitzenden der Landesgruppe Confrère Professor Schmid unter Beratung

seitens des Sekretärs der Landesgruppe Confrère E. Stetter so zusammengestellt worden, daß möglichst viele etwas lesen konnten. Dies ist ihnen hervorragend gelungen, sowohl was die Qualität der vorgetragenen Gedichte und Kurzgeschichten als auch deren Vielfalt in der Auswahl der Thematik und der Vortragenden betrifft. Es lasen zwölf Kolleginnen und Kollegen, die insgesamt in den 90 Minuten 41mal zu Wort kamen. Die Lesung stand also ganz unter dem Goethewort: „Wer vieles bringt, wird manchem etwas bringen.“ Die sympathisch aufspielende Hausmusikgruppe (Zither, Hackbrett und Baß) fügte sich gefühlvoll zwischen die Rezitationen ein.

An die Lesung schloß sich ein Imbiß im Kasino des Ärztehauses an, die Stimmung dabei war als Folge der harmonischen Lesung ausgezeichnet, die Anwesenden hatten nun Gelegenheit, sich persönlich kennenzulernen und menschlich näherzukommen. Auch hier war der äußere Rahmen warm und gemütlich, so daß man sich wie in einer großen Familie fühlen konnte. Der Frage von begeisterten Zuhörern, ob ihnen die Beiträge auch schriftlich zugänglich gemacht werden könnten, schlossen sich Gespräche an, deren Ergebnis war, daß uns Frau Horn und Geschäftsführer Detsch zusage konnten, daß die Lesung gedruckt wird und dann an die Mitglieder der Landesgruppe und die Zuhörer verteilt werden kann. Beiden sei dafür unser herzlichster Dank gesagt.

Die Meinung von Zuhörern und Lesenden war abschließend, man solle doch versuchen, solche Nachmittage wieder einmal durchzuführen. Manche wünschten sich sogar eine regelmäßige Wiederkehr. Nun, diesen spontanen Wünschen hat in der Zwischenzeit unser Präsident Professor Sewering bereits Rechnung getragen und an Confrère Stetter geschrieben, daß er für eine Wiederholung im nächsten Jahr bereit ist. Wir danken ihm dafür und werden sein Angebot gerne annehmen.

Als dann gegen 20 Uhr für viele die Stunde für eine längere Heimfahrt schlug und man sich gegenseitig frohe Festtage und ein glückliches Neues Jahr gewünscht hatte, da gab es wohl niemand, der nicht das Ge-

(Fortsetzung Seite 157)

Bilanz zum „Jahr des Kindes“

Die neuesten Zahlen der Bundesstatistik weisen als „Erfolgs“-Bilanz der Reform des § 218 im Jahr 1977 insgesamt 55 000 „legale“, gemeldete Abtreibungen aus, etwa 65 000 Frauen sollen dazu ins Ausland gefahren sein, eine Anzahl im Inland durchgeführter Abtreibungen blieb ungemeldet: Gesamtzahl im Jahr 1977 über 120 000 Abtreibungen. Die Hochrechnung aus den Meldungen für das dritte Quartal 1978 läßt für 1978 einen Anstieg erwarten: ca. 70 000 gemeldete Abtreibungen. Die inländische Dunkelziffer nicht gemeldeter Abbrüche wird kaum sinken, weil diese Meldung mit Recht als Beeinträchtigung empfunden wird, die Reisen ins Ausland halten an.

In zwei Jahren gehen demnach mindestens ¼ Million nicht geborener Kinder zu Lasten dieses Gesetzes und seiner diffusen Indikationsstellung. Denn nicht nur eine zwingende medizinische Indikation, sondern bekanntlich auch die soziale Indikation bei zu erwartenden familiären oder wirtschaftlichen Schwierigkeiten wiegt schwerer als der Schutz des ungeborenen Lebens. Von den gemeldeten 55 000 Abbrüchen im Jahr 1977 erfolgten 50 Prozent aus sozialer Indikation, die jüngste Statistik gibt hierfür bereits 60 Prozent an, für ungemeldete und im Ausland vorgenommene Abbrüche kann ohnehin fast ausschließlich eine soziale Indikation angenommen werden. Das besagt, daß die medizinische Indikation etwa ¼ bis ⅓ aller Abbrüche ausmacht und die Häufigkeit weitgehend gleichbleibt, während 80 bis 85 Prozent der ungeborenen Kinder ihre Verhinderung einer „sozialen Notlage“ der Schwangeren in unserer Gesellschaft verdanken müssen.

Diese soziale Notlage scheint regional unterschiedlich ausgeprägt zu sein: auf 10 000 Geburten entfallen z. B. in Berlin 2672 und in Hamburg 2580 Abbrüche und besonders deutlich ist ein Nord-Süd-Gefälle: Schleswig-Holstein 1500, Nordrhein-

Westfalen 619, Bayern 553 und Rheinland-Pfalz 166 Abbrüche. Bestrebungen sind bekannt, die vor allem von Arbeitskreisen sozialdemokratischer Frauen ausgehen, die für die „Gewissensfreiheit der Frauen“ eintreten und die völlige Freistellung des Abbruches von jeder Indikation anstreben, die ambulanten Schwangerschaftsabbrüche an „Beratungsstellen“ zu binden und zu zentralisieren: *contra familiam* sozusagen.

Angesichts des rapiden Bevölkerungsverlustes muß dem Gesetzgeber wohl Angst werden, diese Entwicklung einer „de facto-Fristenlösung“ durch weitere Maßnahmen zu unterstützen. Ein Blick nach Osten, wo die Fristenlösung seit 20 Jahren besteht, spiegelt wider, welche permanenten Schwierigkeiten die Vergeudung menschlichen Potentials heraufbeschwört. Selbst in der UdSSR sind ungeheuerere Anstrengungen und finanzielle Aufwendungen aus dem Sozialprodukt nötig, um das Bevölkerungswachstum zu stabilisieren. Rumänien hat die Freigabe des Abbruches zurückgenommen, Ungarn steckt alle verfügbaren Mittel in den Kindersegen, offenbar mit Erfolg. Hierzulande wurden 9,68 Mrd. DM jährlich errechnet, wenn alle Mütter über angemessene Zeit mit einem Erziehungsgeld unterstützt würden. Für die Bereitstellung dieser Summe wird vorgeschlagen, den Subventionsdschungel zu durchmustern. Aber Kindersegen wird noch nicht als Alternative zum Butterberg akzeptiert.

Was aber sind die Hintergründe für die soziale Indikation der Frauen, die selbst von verheirateten Frauen als Notlage geschildert wird? Es scheint nicht abwegig, hierfür das brutalisierte Klima in der Familie durch die Gesetzgebung im neuen Ehe-, Familien- und Sorgerecht mit anzuschuldigen, denn wirtschaftliche Schwierigkeiten können in dieser Wohlstandsgesellschaft kaum ausschlaggebend sein. Eine Gesetz-

gebung, die Gleichberechtigung am Arbeitsplatz und eigenständige Sicherung anvisiert, die ein Arbeitskräftepotential aus dem Boden stampft, das tatsächlich gar nicht gebraucht wird, Frauen schafft, über deren Familienstand nur noch das „Zerrüttungsprinzip“ entscheidet, muß den Frauen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren die Angst vor dem Beruf „Mutter“ in die Knochen jagen. Die Ergebnisse antiautoritärer Kindererziehung und der Schulreformen am laufenden Band, die Volljährigkeit mit 18, die den Politikern Wähler und den Eltern Gläubiger beschert hat, müssen Mut- und Lustlosigkeit für diese Aufgabe schaffen. Möglicherweise wird auch noch daran gedacht, 14jährige über eine „Heilbehandlung“ selbst entscheiden zu lassen. Darunter könnte sehr wohl auch eine „psychosoziale Therapie“ im Konfliktfall zu verstehen sein. Damit wäre die Familie und die Eltern auch noch dem „Psychiatrieren“ ausgeliefert. Und die Frauen im Zustand eingetretener Schwangerschaft werden zum Gegenstand von Nötigung von seiten der Familie und des Partners, auch des Ehepartners. Kein Wunder, daß sie in dieser Not des Verhalten der Nötigung weiterspielen, wenn sie den Arzt aufsuchen. Er muß nach dem Gesetz die „Notlage“ entscheiden und hat weder Zeit noch Möglichkeit, die Wahrheit und die Realität zu prüfen. Die ersten Gerichtsurteile liegen vor und belasten Ärzte bei zu leichtfertigen Umgang mit dem Begriff der Notlage. So gerät der Arzt zwar nicht mehr unter Strafe wegen Abtreibung, aber wegen einer ihm aufgezwungenen Entscheidung, die er nicht verantworten kann.

Wenn es allein die „Konkurrenz der Werte“ dieser Gesellschaft wäre, die sich gegen das Kind stellen, wie sich Wissenschaftler ausdrücken, müßte der Hebel für das Kind an der Gesellschaft ansetzen. Dies macht nicht deutlich, daß dieser Verlust der moralischen Werte der Gesellschaft die Folge von Gesetzen ist und eine Sanierung der Verhältnisse undenkbar ist ohne eine Rückbesinnung auf die familientragenden ethischen Normen in diesen Gesetzen. Ohne diese Erkenntnis droht das „Jahr des Kindes“ ein Spektakel zu werden.

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

Landtag 30 Jahre Mieter im Maximilianeum

Seit 30 Jahren ist der bayerische Volkssouverän zwar Herr im eigenen Land, aber nicht im eigenen Haus. Am 11. Januar 1949 zog der Landtag in „Europas schönstes Parlamentsgebäude“, in den als Abschluß der Maximilianstraße gedachten Prachtbau, das Maximilianeum, hoch über der Isar. Eine jahrelange Wanderschaft war damit beendet, das Maximilianeum wurde zum Synonym für die bayerische Volksvertretung, den Landtag und den Senat.

Von außen zwar ein imposanter Repräsentativbau, ist es im Innern als parlamentarischer Arbeitsplatz längst zu eng geworden. Die chronische Raumnot wird seit Jahren beklagt, immer wieder tauchen Pläne und Vorschläge auf, in einen größeren, leistungsfähigeren Bau oder einen Neubau überzusiedeln.

Hierin unterscheidet der heutige Landtag sich nicht von seinem Vorgänger vor dem zweiten Weltkrieg. Vor 1933 wollten die bayerischen Volksvertreter ebenfalls das Parlamentsgebäude damals in der Prannerstraße verlassen und visierten einen Neubau auf dem Gelände des heutigen Haus der Kunst an. Am Kriegsende lag dieser Bau in Trümmern, die ersten Gehversuche bayerischer Demokratie gerieten den Volksvertretern zur Wanderschaft zwischen den Sitzungssälen: die ersten drei Landtagssitzungen nach dem demokratischen Wiederbeginn Mitte Dezember 1946 fanden in der Aula der schwer beschädigten Münchener Universität statt. In Mänteln gehüllt bei Außentemperaturen von minus 20 Grad bestimmten die damals 180 Abgeordneten nach einem dramatischen Tauziehen Dr. Hans Ehard zum ersten frei gewählten Ministerpräsidenten. Im Januar fand der Landtag dann Unterschlupf im Brunnenhoftheater, dem einzigen noch überdachten Teil der Münchener Residenz, ehe er im Mai für fast zwei Jahre in den Sophiensaal der Oberfinanzdirektion zog.

Schon 1946 hatte die Staatsregierung das Maximilianeum als Sitz für

den Landtag angepeilt, das im Besitz der 1852 ins Leben gerufenen Stiftung Maximilianeum war. Den Bau hatte Friedrich Bürklein zwischen 1857 und 1874 für eine Gemäldesammlung und als Studentenheim für die besten Abiturienten Bayerns errichtet, wie es König Maximilian II. als Stifter bestimmt hatte. Nachdem das Stiftungsvermögen von 800 000 Gulden im Jahr 1923 durch die Inflation dahingeschmolzen war und die Stiftung sich mit Eintrittsgeldern aus der Sammlung, die im Krieg dann zerstört wurde, und Zuwendungen des Kultusministeriums über Wasser hielt, planten die NS-Machthaber das Maximilianeum in eine Parteizentrale umzufunktionieren. Im zweiten Weltkrieg beherbergte es dann neben den „Einser-Schülern“ Flakstäbe und -einheiten, Teile des Statistischen Landesamtes und die Akademie für Tonkunst. Durch Brandbomben wurde es 1943 zu 60 Prozent zerstört, nur der Wohntrakt war noch benutzbar.

Dem Einzug des Landtages gingen zähe Verhandlungen zwischen Staatsregierung und Stiftung voraus: Man bot den Maximilianeern tauschweise das Gebäude der Akademie des deutschen Rechts in der Ludwigstraße, man suchte Tauschobjekte in der Nachbarschaft oder bot behelfsmäßige Studentenunterkünfte auf dem Gelände der Akademie der bildenden Künste verbunden mit einer Nutzungsentschädigung an. Dem Landtag übrigens erschien das Gebäude schon damals zu klein, hatte es doch 2000 Quadratmeter weniger als das 6300 Quadratmeter große alte Parlamentsgebäude. Die teilweise unter Druck gesetzte Stiftung blieb jedoch hart. Man wollte sich nicht aus dem Stiftungsgebäude vertreiben lassen und bestand auf gemeinschaftlicher Nutzung von Studenten und Parlamentarlern.

Mit Erfolg: Im 1947 geschlossenen Vertrag erhält der Landtag ein unkündbares Mietrecht und zahlt da-

für jährlich 70 000 Mark. Außerdem verpflichtet er sich, die Kosten für den Wiederaufbau in Höhe von damals 3,5 Millionen Mark zu übernehmen. Fast zwei Jahre brauchte die Wiederinstandsetzung, die oft unter Schwierigkeiten vorstatten ging: Stromsperren, Geldnot, Materialmangel – Marmor war leichter zu bekommen als Holz – behinderten den Wiederaufbau. Am 11. Januar 1949 konnte Ministerpräsident Dr. Hans Ehard bei der feierlichen Eröffnung in Anwesenheit des Präsidenten des parlamentarischen Rats, Dr. Konrad Adenauer, und zahlreicher Präsidenten anderer Länderparlamente feststellen: „Der Bayerische Landtag hat mit dem heutigen Tag einen äußeren Rahmen erhalten, der eines Parlamentes würdig ist und es ermöglicht, dem Parlamentsbetrieb auch wieder jene äußere Form zu geben, deren aufgezogene Vernachlässigung dem Ansehen der Volksvertretung nicht günstig ist.“ Landtagspräsident Dr. Michael Horlacher ergänzte: „Das Parlament im ‚Umherziehen‘ hat sein Ende gefunden.“

Am Platz für die Parlamentarier sollte es schon bald zu mangeln beginnen, beherbergte das Haus doch neben Studenten und Abgeordneten auch den Senat und das Landesamt für Kurzschrift. Verborgen hinter der prächtigen Fassade entstanden 1959 zwei Flügelbauten, Mitte 1976 wurde das für 1,3 Millionen Mark umgebaute ehemalige Hotel „Raab“ in der Ismaninger Straße bezogen, das der Landtag zum Preis von 120 000 Mark jährlich angemietet hatte. Doch die zusätzlichen 38 Zimmer mit 69 Abgeordneten-Arbeitsplätzen und drei Sitzungssälen brachten den Parlamentariern zwar etwas Entlastung, verbunden aber mit 200 Meter langen Fußmärschen ins Stammhaus. Raumnot kennzeichnet weiterhin die Parlamentsherberge: Kein Platz für zusätzliche Sekretärinnen, für wissenschaftliche Mitarbeiter oder einen entsprechenden parlamentarischen Hilfsdienst, wie ihn andere Parlamente besitzen. Nur weichen wollen weder Stiftung noch die 204 Abgeordneten oder 60 Senatoren. Sie hängen an „ihrem Maximilianeum“, und Umzugspläne, etwa in ein wiederaufgebautes Armeemuseum, blieben bisher allenfalls Wunschvorstellungen.

Michael Gscheidle

NEU
VON WELLCOME:

RÖTELN- IMPFSTOFF WELLCOME

STAMM WISTAR RA 27/3

- HOHE TITER
- GERINGE ALLERGIERATE

HILFT
EMBRYOPATHIEN VERHINDERN

Indikationen:

zur aktiven Immunisierung gegen Röteln, zur Verhinderung der Röteln-embryopathie.

Zusammensetzung:

Abgeschwächter, gefriergetrockneter Röteln-Lebendimpfstoff aus dem Virusstamm Wistar RA 27/3. Das Virus wird aus Gewebekulturen menschlicher Zellen gewonnen. Eine Dosis (0,5 ml) des gelösten Impfstoffes enthält mindestens 1000 GKID50. Der Impfstoff enthält geringe Mengen Neomycin und Polymyxin.

Nebenwirkungen:

Selten regionale Lymphknotenschwellungen, Exantheme, Gelenkschmerzen und Unwohlsein.

Kontraindikationen:

Schwangerschaft, Allergie gegen Neomycin und Polymyxin, gestörte Immunreaktionsfähigkeit.

Vorsichtsmaßnahmen:

Frauen im gebärfähigen Alter müssen nach der Impfung 3 Monate lang für strikte Kontrazeption sorgen (s. auch Packungsbeilage).

Dosierung:

Eine Einzeldosis wird subkutan verabreicht und genügt für eine vollständige Immunisierung.

Handelsform:

Packung enthält Trockensubstanz und Lösungsmittel (aq. pro inject.) in Durchstechflaschen und eine sterile Einmalspritze. Preis: DM 23,65.



Wellcome

Deutsche Wellcome GmbH
3006 Burgwedel 1

Röteln-Impfstoff
Wellcome
Für subkutanen Einsatz
1000 GKID50

PRAKTIKUM
DES IMPFSTOFFS- UND
IMPFSCHUTZES

Handwritten notes on a form, including the name "Roth" and the date "1.11.80".

Frostige Aussichten

Das neue Jahr begann nicht gut. Schnee, klirrender Frost, Sturm und Glätte zeigten den Menschen die Grenzen ihrer Macht und der Technik sowie die Anfälligkeit der zivilisatorischen Errungenschaften. In der Stahlindustrie regierte mehr als 40 Tage die Unvernunft, ehe sich die Tarifparteien auf einen Kompromiß einigten, der mehr Bedenken als Begeisterung auslösen muß. Frost, Streik und neue Kostenbelastungen für die Wirtschaft eber könnten die Konjunktur, die gerade in Schwung gekommen war, wieder bremsen.

Auch die internationale Szene dämpft die wirtschaftliche Zuversicht. An den Devisenmärkten stiftet der Dollar weiterhin Unruhe, und zwar trotz des internationalen Stützungsprogramms für den Dollar und trotz des amerikanischen Anti-Inflationsprogrammes. Die Ölscheichs haben ihre Rechnung präsentiert; sie wird euch von uns zu bezahlen sein. Sollte der Schah stürzen und der Iran längerfristig als Öllieferant ausfallen, so wird dies mit Sicherheit auf die deutsche Wirtschaft negativ durchschlagen, ganz abgesehen von den dramatischen Verschiebungen der weltpolitischen Kräfteverhältnisse, die sich ankündigen, bei uns eber kaum zur Kenntnis genommen werden. Und in Kambodscha liefern sich Moskau und Peking einen „Stellvertreter-Krieg“.

Schmidt und Giscard wollten Europa mit einem neuen Währungssystem wirtschaftlich und politisch stabilisieren. Nur die politische Perspektive ließ die ökonomischen Risiken vertretbar erscheinen. Die Briten eber bleiben auf Distanz zu Europa. Und Frankreich hat zum Jahreswechsel das ganze System festerer Wechselkurse zunächst einmal auf Eis gelegt, weil Paris und Bonn über die Agrarprivilegien streiten. Vor den harten nationalen Interessen erstarrt der europäische Elan, noch ehe er wirklich Bewegung und dauerhafte Fortschritte gebrecht hat.

Was kann 1979 bringen? Vor zu hohen Erwartungen muß wohl gewarnt werden. Die Regierung hatte ursprünglich gehofft, einen gänzlich unproblematischen Jahreswirtschaftsbericht vorlegen zu können. Fast alle Sachverständigen sagten einen enthaltenden Aufschwung der Konjunktur voraus. Ein reales Wachstum von vier Prozent schien gesichert. Die ökonomischen und politischen De-

ten der letzten Wochen lassen es nun aber geraten erscheinen, die Prognose-
daten für 1979 vorsichtig zu setzen. In den bisherigen Prognoserechnungen war unterstellt worden, daß die Einkommensentwicklung in etwa der des abgelaufenen Jahres entsprechen werde. Im Schnitt hatte es 1978 bei Tarifabschlüssen von etwas über fünf Prozent gut sechs Prozent mehr Lohn und Gehalt als 1977 gegeben. Entsprechend fiel die Kostenbelastung der Unternehmen aus.

Für 1979 wurde bisher mit ähnlichen Zahlen gerechnet. Aber der Abschluß in der Stahlindustrie hat hier neue Daten gesetzt. Der neue Tarifvertrag bringt den Unternehmen Mehrbelastungen von mehr als sieben Prozent – Lohnerhöhungen und Arbeitszeitverkürzung zusammengekommen. Auf das Jahr 1979 bezogen, dürfte die Mehrbelastung bei etwa 5,5 Prozent liegen. Dieser Abschluß gilt für einen Wirtschaftszweig, der seit vier Jahren in den roten Zahlen steckt. Wenn sich die Tarifparteien in den übrigen Wirtschaftszweigen an diesem Abschluß orientieren, so könnte das Ergebnis nur ein verlangsamtes Wirtschaftswachstum und ein beschleunigter Preisanstieg sein.

Eine andere Zahl hat für den Sozialbereich Gewicht. Die Löhne der Stahlarbeiter werden für einen Zeitraum von 15 Monaten um vier Prozent aufgebessert. Für die Jahresfrist gerechnet, sind das 3,2 Prozent. Es bestätigt sich damit die alte Erfahrung, daß Arbeitszeitverkürzungen stets mit Abschlägen bei den Lohnzuwächsen bezahlt werden müssen. Dies schlägt denn auch auf die Sozialbeiträge und damit auf die Einnahmen der Sozialversicherung durch. Sollten alle Gewerkschaften – so wie die IG-Metall beim Stahl – die Arbeitszeitverkürzung zum Programm erheben, so werden alle Zweige der Sozialversicherung ihre Finanzschätzungen korrigieren müssen. Die günstigere Einnahmewicklung im abgelaufenen Jahr sollte nicht zu dem Fehlschluß verleiten, daß die Gefahren für die finanzielle Stabilität der Sozialversicherung für eine Zeit besetigt seien.

Trotz der schwierigen Finanzlage des Bundes bleibt die Bundesregierung entschlossen, das Mutterschutzgesetz zu verbessern. Sie hat den entsprechenden Gesetzentwurf kurz vor Weihnachten auf den Weg der Gesetzgebung gebrecht.

Die jährliche Belastung ist mit einer Milliarde DM zu veranschlagen. Der Bund wird einen zusätzlichen viermonatigen Mutterschaftsurlaub finanzieren. Das Mutterschaftsgeld richtet sich nach dem vorherigen Nettoverdienst; es soll jedoch monatlich 750 DM nicht übersteigen. Für die berufstätige Mutter verlängert sich die Schutzfrist vor und nach der Geburt des Kindes auf insgesamt sieben Monate. Während des Mutterschaftsurlaubs bleibt die Mutter in der Sozialversicherung. Der Bund zahlt die Beiträge, und zwar 18 Prozent des Mutterschaftsgeldes – und nicht des vorherigen Arbeitsverdienstes – an die Rentenversicherung und ein Prozent an die Krankenversicherung. Die Arbeitslosenversicherung geht leer aus. Diese Finanzierungsregelung wird bis 1981 befristet; daneben soll diese Belastung wohl auf die Sozialversicherung übertragen werden. Bis zur nächsten Bundestagswahl will sich der Bund also großzügig zeigen.

Die Neuregelung gilt für berufstätige und arbeitslose Mütter. Die Bundesregierung hat Forderungen aus den Parteien, den Mutterschaftsurlaub auch auf die Ehemänner übertragen zu können, nicht entsprochen. Die CDU hat kritisiert, daß die Mutterschaftsleistungen nur den berufstätigen Frauen zugute kommen sollen. Die CDU/CSU-Fraktion will daher im Bundestag den Antrag einbringen, nach der Geburt eines Kindes ein Familiengeld von 3000 DM zu zahlen. Der Mehraufwand im Jahr ist mit 900 Millionen DM zu veranschlagen. Der CDU-Abgeordnete Franke hat erklärt, daß es keine Rechtfertigung dafür geben könne, Hausfrauen prinzipiell auszuschließen und die aus Steuermitteln finanzierten Leistungen ausschließlich berufstätigen Frauen zuzubilligen. Dennoch will die Opposition das Gesetz nicht scheitern lassen, denn immerhin bringe auch das von der Regierung vorgesehene Mutterschaftsgeld den Familien eine Hilfe, in denen das erste Kind geboren werde. Verheiratete Frauen seien heute vor der Geburt des ersten Kindes fast ausnahmslos berufstätig, sagt die Opposition, die offensichtlich in den Regierungsplänen einen Ansatz sieht, ihre eigenen kosten-trächtigen Vorstellungen über ein Erziehungsgeld vorzubringen. Bislang haben weder Regierung noch Opposition erkennen lassen, wie dies alles auf Dauer und ohne Steuererhöhungen finanziert werden kann.

Der gute Zweck, nämlich die jungen Mütter länger an ihre Kinder zu binden, heiligt auch in diesem Fall nicht die Mittel und Wege der Politik. Eine langfristig angelegte soziale und familienpolitische Maßnahme sollte nicht im Rahmen eines auf kürzere Fristen angelegten Konjunktur- und Wachstumsprogrammes eingetührt werden. Am Ende wird nur viel Geld für eine halbe Sache verplempert.

bonn-mot

fühl hatte, einen besinnlichen Nachmittag frei vom Stress unserer Tage in der vorweihnachtlichen Zeit erlebt zu haben.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Im folgenden einige Proben aus der Lesung, wer mehr erfahren will, möge das oben erwähnte Büchlein bestellen bei Geschäftsführer Rudolf Detsch, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-321.

F. X. Mainau 1969 (Pseudonym):

Unter uns

Unter uns sind Menschen, die die Stille der Nacht nicht ertragen, ohne engstvoll zu fregen, warum es so still.

Unter uns sind Menschen, die spüren im Klang der Glocken kein festliches Frohlocken, sondern metallenen Lärm.

Unter uns sind Menschen, die quält der Kinder sorgloses Lechen ahnend im Selbsterwachen ihre Innere Not.

Unter uns sind Menschen, die erregt der Kerze flackerndes Licht der metten Konturen; neon-erpicht heischen sie nach Kontrasten.

Unter uns sind Menschen, die leiden, sobald sie mit sich allein, bar der Grelle, des Lärms, ohne Schein, elleine afein.

Unter uns gibts Menschen, die breuchen die Stille der Nacht, der Kerze bescheidene Pracht, den Klang der Glocken und der Kinder Frohlocken,

um unter uns wieder Menschen zu sein.

Otto Molz:

Menschen gibt's, die sollte es im Leben überhaupt nicht geben: Menschen, die den Menschen scheuen, Menschen, die sich über gar nichts freuen, Menschen, die über alles klagen, Menschen, die niemals „danke“ sagen, Menschen, die alles besser wissen, Menschen, die anderen weh tun müssen.

Menschen gibt's, die sollte es im Leben überhaupt nicht mehr geben ... aber es gibt sie eben.

Hans Spiecker:

Auch Helfer sind Menschen

Manchmal sind euch Chefärzte müde, Schwestern einsam, Sanitäter erschüttert, Polizisten erbittert, Assistenten verliebt und Pfleger betrübt.

Sie kennen Freude, Enttäuschung, Geduld.

Sie haben Sorgen, Familie und Schuld.

Sie gleichen Dir sehr.

Ernst Rossmüller:

Engel

Ich will dich halten in unsäglicher Not, ich fürchte dich nicht und halte dich fest.

Du bist von weither gekommen um die Fesseln zu lösen, vieläugig glühend, sechsflügelig gewaltig.

Zwischen den Welten findest du die Seele. Unter Welten voll Farben und Stimmen liebst du das Einfache, ist dir alles gleich.

Du führst mich, wenn die Steine schreien durch deine Welt, durchsichtig und durch-mit kosmischer Gewalt [dringend, und ich habe dich gefunden.

Robert Teischinger:

Qualitäts-Kontrolle

Der Staat schreibt jedem Arzte vor Er habe täglich im Labor Mit Formeln, Wurzeln und Quedriren Die Qualität zu kontrollieren.

Ich denke umgekehrt: es solle Die *Arbeits-Qualitäts-Kontrolle* Politikern befohlen werden. Dann säh' es besser aus auf Erden!

Robert Paschke:

Nächtlicher Geng des alten Arztes

Es febt noch in den alten Gassen wie einst vor längst entschwundenen Jahren, wenn sie im Mondschein nun sind auch verfassen, sie konnten doch Vergangenes bewahren.

Siehst du das Häuschen dort im fahlen Schein?! Du kannst fest trinken eus des Daches Treufe, dort lag ein Weib einstmels in schwerer Pein, doch ging sie stolzen Hauptes dann zur Taufe.

Und hier warst du und dort, Tote bekommen Leben, du hörst das Schreien wieder, siehst die Wunden von neuem — Hilfe hast du dann gegeben soweit du konntest, wenn du sie gefunden.

Depressionen,
psychische
und nervöse
Störungen,
Migräne.

HYPERFORAT®

vegetativ stabilisierend, frei von Nebenwirkungen.

Zusammensetzung: Tropfen: 100 g enthalten: Extr. ff. Herb. Hypericid perf. 100 g stand. auf 2 mg Hypericin pro ml.
Kontraindikationen: Photosensibilisierung.
Dosierung: Tropfen: 2–3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

Handelsformen und Preise (Incl. MWST):
Tropfen: 30 ml DM 7,95, 50 ml DM 12,45, 100 ml DM 20,95
Dragees: 30 Drag. DM 6,50, 100 Drag. DM 16,60
Ampullen á 1 ml: 5 Amp. DM 9,95, 10 Amp. DM 17,90.



Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung,
7615 Zeff-Harmersbach/Schwerzwald

Du wandelst weiter wie Im Traume,
ein jedes Haus wird dir lebendig nun,
befreit von Zeit stehst du im alten Raume
und denkst wehmütig-dankend
an vergangnes Tun.

Marla Bednara:

Und wir nahmen
sie mit –
ihre Hände
flatterten
wie Vögel
an der Schulter,
kein Arm
schmückte
ihren Körper
dann zeigte sie
den Kindern
wie gut sie
mit dem Pinsel
im Mund
malen konnte –
und die
neuen Geschwister
faßten ihre Hände
und küßten
ihren Mund

Alfred Rottler:

Der Denkkettel

Einen weisen Richter, wie man ihn derzeit nur selten enttrifft, weil auch dieser ehrenwerte Beruf gesellschaftspolitisch recht abhängig geworden ist, fand Gustl Stark, der ihn mit einer sehr geringen Geldbuße formal bestrafte, indem er einen erheblichen materiellen Schaden gegen einen hohen ideellen kompensierte.

Der Angeklagte soll Mitte August dieses Jahres an einem Werktag während seiner Arbeitszeit einen nagelneuen, blitzsauberen Sportrennwagen der teuersten Marke mit der von ihm gesteuerten Betonmischmaschine ebsichtlich gerammt

und dann voll Zement laufen haben lassen. Bis der Besitzer erschien, war der Brei bereits steinhart.

Wer diesen Tetbestand unbefangen liest, wird nicht wenig erstaunt sein über den milden Richterspruch, sondern eher erbost und völlig eingenommen sein gegen den Mann auf der Anklagebank, der als rabiater Schläger und bösartiger Zerstörer aufgefaßt werden könnte.

„Sie gestehen also, Herr Stark, Herr Gustav Stark, diese Tat unumwunden ein? Wir haben die Aufgabe, dem Hergang des Geschehens und den Beweggründen eines Mannes nachzuforschen, der, wenn man ihn vor sich sieht, eher den Eindruck eines besonnenen, als gedankenlosen oder jähzornigen Menschen macht, den man sich sehr wohl auf einem verantwortungsvollen Posten in einem Verein oder in der Kirchengemeinde vorstellen könnte. Also schildern Sie uns bitte, was los war! Bleiben Sie sitzen.“, sagte er noch, als sich jener ehrerbietig erheben wollte.

Die ersten Worte des Beschuldigten krächzten etwas heiser aus einem gepreßten Hals, aber schnell hatte er sich freigeredet, und je mehr er berichtete, um so mehr gewann er bei den recht zahlreich erschienenen Neugierigen im Saal. Geradezu sympathisch wurde er, während die Meinung über den Besitzer des Angeberwagens ziemlich ins dunkle Licht geriet.

„Sie geben zu, und das dürfte strafverschärfend gegen Sie ins Gewicht fallen, daß Sie bewußt einen anderen Weg wählten, als den direkten zu Ihrer Baustelle, um zu dem Renneuto zu gelangen.“

„Jawohl, Herr Rat, das stimmt.“ „Ja, was um alles in der Welt beabsichtigten Sie?“

„Hatten Sie sich vorgenommen, diesen wertvollen Wagen total zu demolieren?“

„Nein, Herr Rat. Ich wollte nur mal sehen, wo er steht.“

„Kannten Sie den Eigentümer, waren Sie mit ihm verfeindet? Kannten Sie das Auto?“

„Nein, Herr Rat. – Das heißt, man hette mir vom Wagen und seinem Halter erzählt.“

„Na, dann in drei Teufels Namen, tragen Sie uns Ihr Mißgeschick oder den Zufall vor, oder wie Sie sich sonst herausreden wollen. Das sieht doch verdächtig nach Vorsatz aus!“

„An dem Tag haben mich meine Kameraden, wie schon früher gehänselt, ich sollte mir doch selber solch ein Superauto anschaffen, wie es öfter vor meinem Haus gesehen worden sei, wenn ich nicht daheim wäre. Ich stellte mich, als würde ich nichts begreifen. Aber ich kochte. Dann bekam ich vom Polier den Auftrag. Nur einen geringen Umweg mußte ich machen. Und er stand da! Blitzender Chrom! Weißgelackt. Wunderbar. Es versetzte mir einen wahnsinnigen Stich da drin. Aber was sagte das schon. Ich wollte mich beschwichtigen. Was sagt ein Auto, das da steht.“

„Nun, Herr Stark, es wäre doch das Leichteste, das Bequemste und Einfachste gewesen, hinaufzugehen in die Wohnung und nachzusehen. Bei dem Umweg, den Sie sowieso zugegeben haben! Auf die paar Minuten wäre es auch nicht mehr angekommen.“

„Sehr wohl, Herr Rat, Sie haben sicher recht, wenn Sie meinen, es wäre das Einfachste und Bequemste gewesen. Jawohl, aber nicht des Leichteste! Sehen Sie, ich liebe meine Frau, wir sind gut zurechtgekommen. Ich verdiene sehr ordentlich. Wir haben ein feines Häuschen. Daran habe ich denken müssen. Ich habe gezögert. Ich habe überlegt. Da hätte es zwei Möglichkeiten gegeben, oder drei. Gesetz, ich hätte die beiden vorher oder nachher angetroffen, dann hätte mich dieser Playboy beschwafelt, er wäre Versicherungsagent oder Waschmaschinenvertreter, oder von einem Geldanlegerinstitut oder sie hätten sich innerlich schief gelacht. Oder ich hätte sie im Bett erwischt, dann hätte ich die Zwei erschlagen. Ich würde jetzt wegen eines ganz bösen Doppelmords, zumindest Totschlags verhandelt.

Beides wollte ich nicht. – Leicht ist es mir nicht gefallen, die Mischmaschine anzuwerfen und zu betonieren. Herr Rat, oftmals trifft man so einen Kerl mehr mit seinem Auto als an seiner Ehre.“

Andreas Schuhmann:

Advent

Daxen und Kerzenschei',
de ghörn jetzt zamm.
Ruhsam und friedli sei',
des wolln ma ham.

Nachbar, geh, sei so guat,
geh, schaug ma ins Gesicht
wieder mit söllan Muat,
wann d'Liab eußaspricht.

Bi nimmer harb euf di,
sollst es aa du net sei'.

Aufruf zur Beteiligung an dem deutschen Ärzte-Schriftsteller-Almanach 79

Der Herausgeber von acht Anthologien deutscher Ärzte Armin Jüngling, Unterwössen, beabsichtigt, im Herbst 1979 wieder einen Almanach deutscher Ärzte-Schriftsteller herauszugeben.

Die Beteiligung setzt nicht die Mitgliedschaft im Verband deutscher Schriftsteller-Ärzte voraus.

Es sind vielmehr alle schriftstellerisch tätigen Ärzte und Zahnärzte aufgerufen, sich durch Einsendungen von Lyrik, Essays und Kurzgeschichten zu beteiligen.

Einsendungen bis **spätestens 15. März 1979** an Dr. Armin Jüngling, 8211 Unterwössen.

Bitte Rückporto beilegen! – Ferner werden alle Schriftstellerkollegen gebeten, ihre im Jahre 1978 erschienenen belletristischen Werke mit Verlagsangabe, Seitenzahl und Preis dem Herausgeber des Almanachs zur Veröffentlichung mitzuteilen.

Zusammensetzung

Es enthalten
Nifuratel (INN) 1 Dragee 1 Stäbchen 1 g Salbe
 200 mg 250 mg 100 mg

Anwendungsgebiete

Ausfluß und Scheidenentzündungen bei vaginalen Infektionen durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien einschließlich aller Mischformen.

Entzündungen der äußeren weiblichen Geschlechtsteile. Durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien bedingte Entzündungen der Eichel, des männlichen Gliedes und der Vorhaut.

Gleichartige Infektionen der ableitenden Harnwege bei Mann und Frau.

Dosierung

inimur Dragees: 7 Tage lang 3mal täglich 1-2 Dragees nach dem Essen einnehmen.

inimur Vaginalstäbchen: 10 Tage lang abends 1 Stäbchen, bei flächenhaften Soor-Kolpididen 10 Tage lang je 1 Stäbchen morgens und abends tief in die Scheide einführen.

inimur Salbe: 2-3mal täglich dünn auf die betroffenen Hautpartien auftragen. Die intravaginale Anwendung erfolgt 1-2mal täglich über 10 Tage.

Kontraindikationen und Hinweise

Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt. Während der oralen Behandlung ist, wie bei allen Nitrofurantol-Derivaten, Alkohol zu meiden. Bei einer bestehenden Schwangerschaft können inimur-Vaginalstäbchen und inimur Salbe verordnet werden. Eine orale Anwendung von inimur bei bestehender Gravidität, insbesondere im ersten Trimenon, wird im Sinne der heute anerkannten Richtlinien nicht empfohlen. inimur ist nicht vorgesehen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten.

Packungsformen und Apothekenverkaufspreise

21 Dragees	DM 19,40
10 Vaginalstäbchen	DM 11,35
Kombipackung mit 21 Dragees 10 Vaginalstäbchen	DM 28,25
50 ml Salbe	DM 22,65

inimur®

zur umfassenden Therapie genitaler Infektionen

wirkt trichomonazid – antimykotisch – antibakteriell
bewirkt raschen Breitbandschutz
verhindert Reinfektionen durch wirksame Partnerbehandlung
erfaßt gleichartige Infektionen der ableitenden Harnwege
schützt bei Trichomoniasis-Therapie vor Erregerwechsel
vereinigt alle Vorzüge einer Monosubstanz-Therapie
Das breite antimikrobielle Spektrum von inimur erfaßt
die gängigen Erreger genitaler Infektionen

inimur® salbe

mit Vaginalapplikatoren für Erwachsene und Kinder

Woelm Pharma
GmbH & Co. Eschwege



Söll Liecht kummt übroi hi,
laßt ma's nur rei'.

Erich Weiß:

Adventseinkehr

Der Schnee rieselt leise im Baum,
Deckt Furchen der Erde
So kleidsam, weiß-linnen ganz zu.
Und Orgel ertönt im Klang
Weit über das murmelnde Lend.
Stille kann klingen,
Leidend und froh.
Wir sind die Menschen
Der Erde und leben
Von heute auf morgen,
Vom Morgen so weiter.
So weiter im Leben,
Im Geben und Nehmen.
Advent ist Besinnung,
Einkehr – Bestimmung.

Erwin Stetter:

„Zur Jahreswende“ (1977/78)

Wie elt die Zeitenuhr euch sei –
es dreht sich immer neu der Tag.
Geändert wird so nebenbei
das Hergebrachte Schlag um Schlag.

Das „Schlag um Schlag“, es ist ein Wort,
das Wirklichkeit geworden ist.
Ein jeder Schlag schafft vieles fort,
ganz plötzlich, ohne eine Frist.

Das Überkommene nicht mehr gilt,
nur noch Erdachtes – ganz allein.
Probiert wird heute nach dem Bild
der Theorie: Das Sein wird Schein.

Wo gibt es noch das echte Sein,
verwurzelt fraglos tief im Grund,
des sichere Gebundensein
ans innere Muß zu jeder Stund –

Im Glück und Schmerz und manchem
doch auch dem Tege zugestellt, [Leid,
zu hohem Einsatz stets bereit
und aufgeschlossen ganz der Welt?

Zu Gegenwart Vergangenheit
muß zukunftsweisend ständig sein.
So tief ist die Verbundenheit –
Erdachtes ist oft falscher Schein.

Kongresse

XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

vom 11. bis 24. März 1979 in Badgastein

Wissenschaftliche Kongreßleitung: Professor Dr. Dr. Dr. h. c. Helmut E. Ehrherdt,
Marburg

Gesemthema: Der Mensch ist so alt wie seine Blutgefäße

A. Kongreßeröffnung 11. März 1979:

Professor Dr. H. J. Sewering, München
Festvortrag: Kinderprobleme im Jahr
des Kindes
Professor Dr. H. Wallis, Hamburg

B. Hauptreferate und Podiumsgespräche oder Kolloquien

- I. Grundlagen und Grundfragen
- II. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche
Berufspolitik
- III. Hochdruck
- IV. Angiologie
- V. Kardiologie I
- VI. Kardiologie II
- VII. Rechtsfragen
- VIII. Hirnkreislauf
- IX. Geriatrie
- X. Phlebologie, Proktologie

C. Seminare

Kardiologie – Neurologie und Neuro-
chirurgie – Sportmedizin – Hämatologie
– Autogenes Training, Eintührungskur-
sus – Gastroenterologie – Angiologie
in der Praxis – Elektrokardiographie I –
Andrologie und Sexualmedizin – Psycho-
somatik – Rheumatologie – Kinder-
und Jugendpsychiatrie – Geriatrie –
Ophthalmologie – Autogenes Training,

Autbaustufe – Dermatologie und Vene-
rologie – Labordiagnostik und -technik
– Elektrokardiographie II – Psycho-
therapie – Arzneimitteltherapie

D. Veranstaltungen verschiedener The- matik, u. a. Eintagsveranstaltungen

Balneologie – Der Problempatient – Be-
rufspolitik in Österreich – Katastrophen-
medizin – Theologie und Medizin – Vor-
führung wissenschaftlicher Filme gemäß
Sonderprogramm – Quellentührungen –
Einfahrten in den Thermalstollen Bad-
gastein-Böckstein

Auskunft:

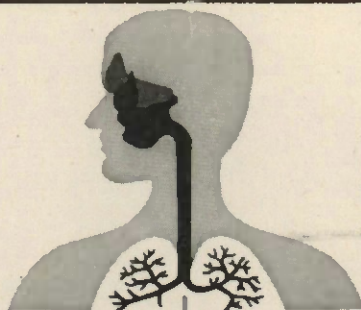
Bundesärztekammer, Kongreßbüro, Post-
fach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon
(02 21) 40 04 - 234 und 235

XII. Kongreß der Deutschen Gesell- schaft für Endoskopie e. V. und IV. Kurs für Endoskopieschwestern und -pfleger

vom 15. bis 17. März 1979 in Erlangen

Auskunft:

Privatdozent Dr. med. W. Rösch, Medi-
zische Universitätsklinik, Krankenhaus-
straße 12, 8520 Erlangen



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, sinogene Kopfschmerzen, hartnäckige Rhinitiden, Tuberkatarrh, zur Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazarat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. 0,8 g, Herb. Rumic. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,8 g - 1 Dragée

enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich $\frac{1}{2}$ bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Hendelstformen:** Sinupret DP mit 100 ml DM 8,55, OP mit 60 Dragées DM 8,55, DP mit 240 Dragées DM 25,95; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbaursstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 294

1. Notfall- und Katastrophenmedizin 1979

Fortbildungsseminar für niedergelassene Ärzte

in Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr

Ort: Sanitätsakademie der Bundeswehr, Infanteriestraße 17, 8000 München 40

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

14. Februar 1979

Katastrophenmedizin II
Der Reaktorunfall

14. März 1979

Katastrophenmedizin III
Allgemeine Katastrophenmedizin

18. April 1979

Katastrophenmedizin IV
Der Massenunfall

6. Juni 1979

Der Schock
Anästhesiologie – Chirurgie – Innere Medizin

20. Juni 1979

Toxikologie und Psychiatrie
Vergiftungen: Medikamente – Pilze – Rauschgifte – Der Suchtkranke

4. Juli 1979

Der psychiatrische Notfall
u. a. Zwangseinweisung

25. Juli 1979

Der orthopädische Notfall
Die ekute Bandscheibe usw.

12. September 1979

Chirurgie I
Der Polytraumatisierte – Bauchverletzungen – Schuß-, Stich- und Schlagverletzungen

3. Oktober 1979

Chirurgie II
u. a. der akute Verschluss – Gefäßverletzungen usw.

24. Oktober 1979

Der neurologische Notfall
u. a. Querschnittssyndrome – Krampfanfälle usw.

21. November 1979

Rundtischgespräch
Notfall- und Katastrophenmedizin
Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vorher

Begrenzte Teilnehmerzahl

2. Echokardiographie

Stiltsklinik Augustinum München
Direktor: Professor Dr. D. Michel

Einführungs- und Fortbildungskurs in die Klinische Echokardiographie (UKG) am 6./7. April 1979

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Zeit: Freitag, 6. April, 9.00 Uhr – Ende 17.00 Uhr – Samstag, 7. April, 9.00 Uhr – Ende 12.00 Uhr

Stiltsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,-

Letzter Anmeldetermin: 28. März 1979

3. Ergometrie

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern
Chefarzt: Dr. H. Holmann

Ergometriewochenende am 23./24. Juni und am 27./28. Oktober 1979

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 60,-

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Chefarzt Dr. H. Holmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24-369 oder 24-370

Februar bis Oktober 1979

10. Februar
Pädiatrie, Würzburg

30. März bis 1. April
Neurologie und Psychiatrie, Erlangen

30./31. März
Phonokardiographie, Teil I, München

6./7. April
Echokardiographie, München

6. bis 8. April
Praktische Elektrokardiographie (Teil I), München

20. bis 22. April
Praktische Elektrokardiographie (Teil II), München

28. April
Innere Medizin, Oberammergau

5. Mai
Gynäkologie, München

23./24. Juni
Ergometrie, Höhenried

14./15. September
Sonographie, München

26./27. Oktober
Phonokardiographie, Teil I, München

27./28. Oktober
Ergometrie, Höhenried

Notfallmedizin – München

14. Februar 1979

14. März 1979

18. April 1979

6. Juni 1979

20. Juni 1979

4. Juli 1979

25. Juli 1979

12. September 1979

3. Oktober 1979

24. Oktober 1979

21. November 1979

4. Gynäkologie

II. Frauenklinik der Universität München
Direktor: Professor Dr. K. Richter

6. Semestergeseminar am 5. Mai 1979

Thema: Kreuzschmerzen der Frau
Beginn: 10.00 Uhr c. t. – Ende: ca. 17.00 Uhr

Letzter Anmeldetermin: 25. April 1979

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. H. J. Kümper, II. Frauenklinik der Universität, Lindwurmstraße 2a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 27 60

und Bayerische Landesärztekammer

5. Innere Medizin

Rheumaklinik Oberemmergau
Leitung: Dr. H. J. Albrecht

Fortbildungstagung am 28. April 1978

Thema: Aktuelle Arthrosenprobleme in der Praxis — Pathogenese — Diagnostik und Differentialdiagnostik — Medikamentöse und operative Therapie — Physikalische Therapie

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 17.00 Uhr

Teilnehmerkarte: DM 20,— vor Beginn

der Tagung im Tagungsbüro erhältlich
Letzter Anmeldetermin: 18. April 1979

6. Neurologie und Psychiatrie

Universitäts-Nervenkrankheiten Erlangen

Direktor: Professor Dr. H. H. Wieck

7. Fortbildungstagung Neurologie und Psychiatrie für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete vom 30. März bis 1. April 1979

Themen: Neurologische und psychiatrische Symptome bei Allgemeinerkrankungen — Arzt-Patient-Recht

Ort: Städtische Erlangen, Kongreßzentrum, Neuer Markt

Auskunft und Anmeldung:

Organisations- und Tagungsbüro, Frau B. Heerklotz, Universitäts-Nervenkrankheiten, Schwebachanlage 6 und 10, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 30 01

7. Pädiatrie

Universitäts-Kinderklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. J. Ströder

Fortbildungsveranstaltung für Kinder- und Allgemeinärzte am 10. Februar 1979

Themen: Epilepsien im Kindesalter, Einteilung nach den Vorstellungen der Internationalen Liga — Film über Anfallsleiden im Kindesalter — Diagnostik, Therapie und Therapieüberwachung von Anfallsleiden — Führung und Betreuung des epileptischen Kindes mit Hinweisen auf spezielle Hilfsorganisationen

Beginn: 9.15 Uhr — Ende: ca. 12.30 Uhr

Josel-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg

Anmeldung nicht erforderlich

8. Phonokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München
Direktor: Professor Dr. D. Michel

Fortbildungskurs für Phonokardiographie Teil I am 30./31. März 1979 und nochmals am 26./27. Oktober 1979

Beginn: Freitag, 9.15 Uhr — Ende: Samstag, 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vor Kursbeginn

9. Praktische Elektrokardiographie

I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

Leitung: Professor Dr. C. S. So, Cheferzt der Inneren Abteilung am Kreiskrankenhaus Plattling

Fortbildungsseminar I vom 8. bis 8. April 1979 (Einführungsseminar)

Fortbildungsseminar II vom 20. bis 22. April 1979 (Seminar für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag, 18.00 Uhr — Ende: Sonntag, 12.00 Uhr

Ort: Hörsaal B, Ismaninger Straße 22

Letzter Anmeldetermin: Teil I: 28. März 1979, Teil II: 10. April 1979

10. Sonographie

Stiftsklinik Augustinum

Direktor: Professor Dr. D. Michel

Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie am 14./15. September 1979

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

Letzter Anmeldetermin: 4. September 1979

Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.

am 31. März 1979 in Bad Wlessee

Leitung: Dr. H. Gellii, München

Thema: Sportmedizin in der täglichen Praxis

Auskunft:

Dr. Hans Galll, Fromundstraße 29, 8000 München 90, Telefon (0 89) 6 91 52 57

29. Lindauer Psychotherapiewochen 1979

vom 23. April bis 5. Mai 1979 in Lindau

Leitung: Dr. P. Buchheim, H. Remmier, Dr. T. Seifert

Programm: Vorträge — Seminare — Kurse — Übungen

Für die Teilnahme ist eine vorherige Anmeldung erforderlich.

Auskunft und Anmeldung:

Lindauer Psychotherapiewochen, Sekretariat, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2, Telefon (0 89) 22 39 96

Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

11. bis 24. März 1979 in Badgastein:

Thema: Der Mensch ist so alt wie seine Blutgefäße

12. bis 24. März 1979 in Davos:

Thema: Der Mensch ist so alt wie seine Blutgefäße

9. bis 21. April 1979 in Meran:

Thema: Stoffwechselfragen in der Praxis

14. bis 19. Mai 1979 in Nürnberg:

82. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm

2. bis 16. Juni 1979 in Gredos:

Thema: Die Sinnesorgane und ihre Erkrankungen in der Allgemein- und Fachpraxis

23. Juli bis 4. August 1979 in Davos:

Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

19. August bis 1. September 1979 in Grado:

Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

27. August bis 8. September 1979 in Meran:

Thema: Pharmakotherapeutische Aspekte der Sexualhormone, ihrer Stimulatoren und Inhibitoren

21. bis 23. September 1979 in Augsburg:

VIII. Zentralkongress für Medizinische Assistenzberufe

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 234/235

soviel wie nötig – sowenig wie möglich



BLEMINOL® 200

nur 1 Tablette täglich = nur 200 mg Wirkstoff
(d. h. 1/3 weniger Wirkstoff als üblich)

**bei Hyperurikämie · Gicht
Harnsteinleiden · Gichtniere**

zuverlässig wirksam

Bleminol® 200 hemmt das Enzym Xanthinoxidase und verringert dadurch die Bildung von Harnsäure. Wegen seiner zuverlässigen Wirkung, guten Verträglichkeit und seines breiten Indikationsspektrums wird Allopurinol – z. B. Bleminol® 200 – heute zunehmend in der Literatur als Mittel der ersten Wahl genannt. Durch das Enzym Xanthinoxidase wird Bleminol® 200 rasch zu Alloxanthin metabolisiert. Alloxanthin hat eine etwa gleich starke Hemmwirkung auf die Harnsäurebildung, seine Halbwertszeit beträgt 18-30 Std.! Diese substanzeigene Doppel- und Retardwirkung ermöglicht daher anstelle höherer Dosierungen für die Dauertherapie nur 1 Tablette Bleminol® 200 täglich = d. h. nur 200 mg Wirkstoff pro die.

ausgewogen niedrig dosiert

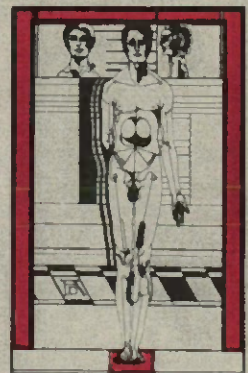
Kontrollierte Studien mit Bleminol® 200 haben bewiesen, daß bereits mit 1 Tablette Bleminol® täglich = nur 200 mg Wirkstoff pro die pathologisch erhöhte Harnsäurewerte innerhalb weniger Tage auf die angestrebte Normgrenze von weniger als 6 mg% (= 357 µMol/l) zuverlässig gesenkt werden.

D. KLINGER, Therapiewoche 15, 36, 1935 (1975)

F. MATZKIES, G. BERG, H. KÖNIG, Fortschr. Med. 93, 959 (1975)

gut verträglich

Grundsatz einer jeden Dauertherapie muß es sein, die kleinstmögliche wirksame Dosis zu verordnen; deshalb: Bleminol® 200 – entwickelt für die Dauertherapie.



Desitin-Werk Carl Klinke GmbH · 2000 Hamburg 63

Zusammensetzung: 1 Tablette Bleminol® 200 enthält 200 mg Allopurinol.

Anwendungsgebiete: Hyperurikämie. Alle Formen der primären und der sekundären Gicht. Bei Nephrolithiasis: zur Verhütung und Auflösung von Harnsäuresteinen, zur unterstützenden Therapie bei Calciumoxalatsteinen.

Dosierung und Anwendungsweise: Bleminol® 200 ist als Tagestablette für die Dauerbehandlung gedacht, d. h. sofern nicht anders vom Arzt verordnet, wird 1 Tablette Bleminol® 200 pro Tag nach einer Mahlzeit mit genügend Flüssigkeit eingenommen. Die Anfangsdosis kann je nach Krankheitsbild auch auf 2-3 Tabletten (400-600 mg) erhöht werden. Zur abgestuften Dosierung stehen zusätzlich Bleminol® Tabletten (100 mg) zur Verfügung. Kinder erhalten ca. 8 mg/kg/Tag.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen: In den empfohlenen therapeutischen Dosen wird Bleminol® 200 im allgemeinen gut vertragen. Bei Einnahme der Tabletten nach den Mahlzeiten mit ausreichender Flüssigkeit treten im allgemeinen keine Magen- und Darmstörungen auf. Sellen und gelegentlich zu Beginn der Behandlung kann es zu Überempfindlichkeitsreaktionen mit Juckreiz, Exanthembildung und leichtem Temperaturanstieg kommen. Die Nebenwirkungen klingen nach Absetzen des Präparates rasch ab. In diesen Fällen soll vor weiterer Einnahme der Arzt verständigt werden. Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat darf bei Schwangeren und stillenden Müttern nicht angewendet werden.

Besondere Hinweise: Die tägliche Harnmenge soll bei der Behandlung der Gichtniere und der Harnsäuresteine mindestens 2 Liter betragen, wobei man den Ham gleichzeitig auf einen pH-Wert von 6,4-6,8 einstellt. Wird neben Bleminol® 200 gleichzeitig mit dem Zytostatikum Puri-Nethol® (6-Mercaptopurin) oder dem Immunsuppressivum Imurek® (Azathioprin) behandelt, muß deren Dosierung auf 25% gesenkt werden. Handelsformen und Preise (AVP incl. 12% MwSt.): Bleminol® 200: 50 Tabl. DM 29,25, 100 Tabl. DM 54,35. Klinikpackungen mit 500 und 1000 Tabl. Bleminol® (100 mg): 50 Tabl. DM 16,-, 100 Tabl. DM 29,80. Klinikpackungen mit 500, 1000 und 3000 Tabl. Verschreibungspflichtig.

63. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 23. bis 25. März 1979 in Augsburg

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Kongreßplanung: Collegium Medicum Auguatum

Themen: Rationalisierung in der Praxis heute – Veränderungen im Bereich der Hüfte und des Knies

Freitag, 23. März 1979

Seminar über Rationalisierung im Labor (Rationelle Auswahl der Geräte – Arbeiten an den Geräten)

Seminar über Praxisrationalisierung (Büro-rationalisierung – EDV in der Arztpraxis – Karteisystem – Befunderhebung, -übertragung, -vermittlung)

Laborkurs für Arzthelferinnen
Firmabend

Samstag, 24. März 1979

Ärztliche Berufsausübung in der Zukunft unter besonderer Berücksichtigung der freien Praxis

Dr. Schwartz, Köln

Moderne Praxisführung

N. N.

Planung und Einrichtung einer neuen und Rationalisierung einer bestehenden Praxis

Dr. Mader, Nittendorf

Formen moderner ärztlicher Zusammenarbeit (Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Laborgemeinschaft usw.)

N. N.

Sonntag, 25. März 1979

Vorsitz: Professor Dr. W. Mohing, Augsburg

Thema: Hüftschmerz

9.00 – 11.00 Uhr:

Grundlagen des Hüftschmerzes

Professor Dr. Otte, Mainz

Hüftschmerz im Kindesalter

Professor Dr. Puhl, Heidelberg

Differentialdiagnose Koxarthrose – Koxitis

Dr. Albrecht, Oberammergau

Pathologische Frakturen

Dr. Thiemel, Augsburg

Konservative Behandlung der Schmerzzustände im Hüftgelenksbereich

Dr. Schmidt, Bad Nauheim

Operative Behandlungsmöglichkeiten einschließlich der Alternativen zum konventionellen Hüftgelenkserersatz

Professor Dr. Rüther, Heidelberg

Hüftgelenksprothetik unter besonderer Indikation (vorläufige Erfahrungen mit Keramikprothesen)

Dr. Gradl, Augsburg

11.00 – 13.00 Uhr:

Vorsitz: Professor Dr. Baumgartl, Augsburg

Thema: Veränderungen im Bereich des Kniegelenks

Einleitung

Professor Dr. Baumgartl, Augsburg

Das Femoropatellargelenk und seine klinische Bedeutung

Professor Dr. Baumgartl, Augsburg

Bänderverletzungen im Kniegelenk (Entstehung, Diagnostik, Therapie, Ergebnisse)

Professor Dr. Weller, Tübingen

Meniskuszerreibungen und -erkrankungen (Entstehung, Einteilung, Diagnostik, Differentialdiagnostik, Therapie)

Professor Dr. Rehn, Bochum

Brüche der am Kniegelenk beteiligten Knochen (Entstehung, Diagnostik, konservative und operative Therapie)

Professor Dr. Probst, Murnau

Rheumatische Erkrankungen des Kniegelenkes (Klinik, Diagnostik, Therapie)

Professor Dr. Mohing, Augsburg

14.30 – 16.00 Uhr:

Podiumsdiskussion mit den Referenten

des Vormittages

Auskunft und Anmeldung:

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

Fortbildungsprogramm des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth 1979

21. Februar 1979

Moderne Aspekte der medikamentösen Ulkustherapie

Privatdozent Dr. W. Domschke, Erlangen

21. März 1979

Die Behandlung klimakterischer Beschwerden in der Praxis

Professor Dr. G. Döring, München

25. April 1979

Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung mit Beta-Blockern

Privatdozent Dr. Dietz, Würzburg

16. Mai 1979

Elektrolyte und Herzmedikation

Professor Dr. L. Lossnitzer, Sulzbach

20. Juni 1979

Das bronchitische Syndrom

Privatdozent Dr. G. Siemon, Donaustauf

19. September 1979

Besonderheiten des Altersherzens

Professor Dr. R. Heinecker, Kassel

14. November 1979

Rehabilitation in der Geriatrie

Dr. E. Volles, Seesen-Schildautaf

12. Dezember 1979

Degenerative Formen der rheumatischen Erkrankungen

Professor Dr. Mathies, Bad Abbach

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

17. Februar 1979

28. April 1979

23. Juni 1979

22. September 1979

24. November 1979

im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, zu richten bis 9. Februar 1979, 20. April 1979, 15. Juni 1979, 14. September 1979 und 16. November 1979.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im Monat August 1978

Nr. der ICD 1968 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1977		1978
		Monets- durchschnitt	August	August
000-136	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	82	77	75
	darunter			
010-019	Tuberkulose insgesamt	51	45	47
140-199	Bösartige Neubildungen	2 122	2 292	2 065
	darunter			
151	des Magens	382	419	337
160-163	der Atmungsorgane	317	353	304
174	der Brustdrüse	157	166	145
180-182	der Gebärmutter	88	90	79
185	der Prostata	108	110	113
200-209	Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe	127	141	121
210-239	Gutartige Neubildungen und Neubildungen unbekanntes Charakters	140	141	138
240-279	Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	407	407	352
	darunter			
250	Diabetes mellitus	340	348	302
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	19	16	16
290-389	Seelische Störungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	184	156	200
	darunter			
290	senile und präsenile Demenz	5	1	3
390-458	Krankheiten des Kreislaufsystems	4 351	4 216	4 022
	darunter			
410	akuter Herzmuskelinfarkt	911	940	850
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	803	794	768
425, 428	chronische nicht-rheumatische Herzkrankheiten	549	546	494
429	mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	22	18	13
430-438, 400.2	Hirngefäßkrankheiten	1 368	1 270	1 219
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	648	540	562
	darunter			
470-474	Grippe	17	4	3
480-486	Pneumonie	231	202	200
466, 490, 491	Bronchitis	194	166	161
520-577	Krankheiten der Verdauungsorgane	569	556	532
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	48	43	47
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	32	41	25
571	Leberzirrhose	225	236	217
570, 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und der Gallengänge	110	91	103
577	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse	30	21	31
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	203	203	206
	darunter			
580-584	Nephritis und Nephrose	31	33	31
600	Prostatahypertrophie	31	30	14
630-678	Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	3	3	4
680-738	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	47	56	34
740-759	Angeborene Mißbildungen	44	45	38
760-779	Bestimmte Ursachen der perinatalen Sterblichkeit	76	91	62
780-796	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	262	225	258
	darunter			
794	Altersschwäche ohne Angabe von Psychose	61	67	46
800-949	Unfälle und Vergiftungen	536	565	530
	darunter			
810-823	Kraftfahrzeug-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	264	294	279
850-877	Vergiftungen	5	4	9
880-887	Unfälle durch Sturz	184	184	141
950-959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	201	187	179
960-999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	21	12	18
	Sterbefälle insgesamt	10 041	9 929	9 412

¹⁾ ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im November 1978 *)
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie bereits im Oktober nahm auch im Berichtsmontat die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen ab. Die auf 100 000 der Bevölkerung berechnete Erkrankungsziffer sank von 76 auf 48, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung),

die im Oktober angestiegen war, ging im November wieder etwas zurück, und zwar von 39 auf 35 Fälle je 100 000 der Bevölkerung. Mit sieben Erkrankungen je 100 000 Einwohner war die Erkrankungsziffer an bakterieller Ruhr im November etwas niedriger als im Vormonat.

Höher als im Vormonat war im November dagegen die Zahl der gemeldeten Scherlechlafälle; die Erkrankungsziffer stieg von 32 auf 47 je 100 000 Einwohner. An übertragbarer Hirnhautentzündung erkrankte im Berichtsmontat annähernd die gleiche Anzahl von Menschen wie im Oktober.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Oktober bis 26. November 1978 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scherlechlaf		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Meningokokken-Meningitis								übrige Formen		Gehirnentzündung				Salmonellose	
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	1	-	190	-	-	-	4	1	14	-	-	-	2	-	1	-	46	-	153	-	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	5	-	-	-	1	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	19	-	-	-	2	-	8	-	1	-	-	-	-	-	3	-	26	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	37	-	-	-	1	-	7	-	2	-	-	-	-	-	1	-	25	-	8	-	-	-
Mittelfranken	-	-	54	-	-	-	2	-	4	-	4	1	-	-	1	-	5	-	55	-	-	-	-	-
Unterfranken	-	-	34	-	-	-	5	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	-	4	-	1	-
Schwaben	-	-	49	-	-	-	2	-	6	-	-	-	-	-	-	-	2	-	54	-	4	-	-	-
Bayern	1	-	388	-	-	-	17	2	47	-	7	1	2	-	2	-	57	-	397	-	16	-	1	-
München	-	-	92	-	-	-	2	-	4	-	-	-	2	-	1	-	6	-	57	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	29	-	-	-	1	-	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	5	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	2	-	-	-
Fürth	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	10	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidie		Brucellose (übrige Formen)		Leptospirose (übrige Formen)		Malaria				Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾			
			Psittacose		übrige Formen								Erst-erkrankung		Rück-fall									
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	106	1	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	23
Niederbayern	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Oberpfalz	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	27
Oberfranken	29	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Mittelfranken	40	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	5
Unterfranken	32	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Schwaben	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Bayern	287	2	-	-	-	-	9	-	4	-	1	-	3	-	1	-	5	-	1	2	-	-	-	73
München	43	1	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Nürnberg	18	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Augsburg	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Regensburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Erlangen	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.
¹⁾ „E“ = Erkrankungen (einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitstfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.
²⁾ „ST“ = Sterbefälle.
³⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Glurenorm macht einen Bogen um die Niere.

darum Glurenorm®

das nicht harnpflichtige Antidiabetikum

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Glucidon – 1-Cyclohexyl-3-[(p-12-(3,4-dihydro-7-methoxy-4,4-dimethyl-1,3-dioxo-2(1H)-isochinolylo-ethyl)phenyl)sulfonyl]harnstoff 30 mg.

Anwendungsgebiete: Diabetes mellitus im mittleren und höheren Lebensalter, sofern diätetische Maßnahmen allein nicht ausreichend sind, den entgleisten Kohlenhydratstoffwechsel des Diabetikers zur Norm zurückzuführen.

Dosierung und Anwendungswiese: Glurenorm besitzt den besonderen Vorteil eines relativ großen Dosisspielraumes, der von 1/2 Tablette (15 mg) bis zu 4 Tabletten (120 mg) pro die reicht. Üblicherweise genügen im Mittel 45 mg Glurenorm am Tag. Wenn im allgemeinen auch mit 2 Glurenorm-Gaben pro Tag ausgekommen wird, so kann doch in besonders gelegerten Fällen eine 3malige Applikation pro die zum besseren Ausgleich und zur optimalen Stabilisierung des Blutzucker-Tagesprofils führen. Erfahrungsgemäß sollte bei täglich mehrmaliger Applikation die größte Glurenorm-Einzelgabe am Morgen verabreicht werden, wobei – wenn erforderlich – bis zu 2 Tabletten (60 mg) Glurenorm auf einmal zum Frühstück gegeben werden. Die Einnahme von Glurenorm sollte zu Beginn der Mahlzeiten erfolgen.

Neueinstellungen: Im allgemeinen beginnt die Glurenorm-Behandlung mit 1/2 Tablette (15 mg) zum Frühstück. Wenn diese Dosierung für eine befriedigende Einstellung nicht ausreicht, so wird eine stufenweise Erhöhung um jeweils 1/2 Tablette vorgenommen. Einzeldosen von mehr als 2 Tabletten (60 mg) sowie Tagesdosen über 4 Tabletten (120 mg) Glurenorm führen in der Regel nicht mehr zu einer Verbesserung der Blutzuckersituation.

Umstellung: Bei der Umstellung von anderen, gleichartig wirkenden oralen Antidiabetika kann man im allgemeinen davon ausgehen, daß eine

Tablette Glurenorm einer Tablette anderer Sulfonharnstoff-Präparate entspricht. Die Wirkungsstärke einer Tablette Glurenorm (30 mg) ist etwa 1000 mg Tolbutamid vergleichbar. Aus dieser Dosisrelation läßt sich die jeweilige Anfangsdosierung von Fall zu Fall ableiten. Eventuell erforderlich werdende Dosisänderungen sind auch hier in Stufen à 15 mg (1/2 Tablette Glurenorm) empfehlenswert.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen: Glurenorm ist sehr gut verträglich. Im Verlauf einer Glurenorm-Behandlung kommt es nur sehr selten zu hypoglykämischen Reaktionen, allergischen Hauterscheinungen oder Unverträglichkeiten von seiten des Magen-Darm-Traktes.

Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat darf nicht angewandt werden bei: Insulinmangeldiabetes; Coma und Praecoma diabeticum; erheblicher Stoffwechsellageleistung mit Azidoseineigung; Schwangerschaft.

Besondere Hinweise: Glurenorm wird in Form seiner Metaboliten im Mittel nur zu 5 % durch die Nieren ausgeschieden und daher auch von nierengeschädigten Patienten im allgemeinen gut vertragen. Liegt jedoch ein schwerer Nierenschaden vor, so ist natürlich die übliche sorgfältige Überwachung des Patienten erforderlich.

Wie bei jeder medikamentösen Dauerbehandlung sollten in gewissen Abständen routinemäßig Laborkontrollen durchgeführt werden.

Um das bei Diabetikern gegebene Risiko von Herz- und Kreislaufstörungen zu vermindern, sollte der Patient auf die strikte Einhaltung der vorgeschriebenen Diät hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht werden, daß diese diätetischen Maßnahmen keinesfalls durch eigenmächtige Veränderung der verordneten Glurenorm-Dosierung ersetzt oder ausgeglichen werden dürfen. Wie bei allen Arzneimitteln, die zur Tabletten-Behandlung des Diabetes mellitus benutzt werden, kann die

Aussparung einer der üblichen Mahlzeiten oder die Nichteinhaltung der ärztlichen Dosierungsvorschrift den Blutzucker verästärkt senken und damit zu einer Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit führen. Die Behandlung der Zuckerkrankheit mit diesem Arzneimittel bedarf der regelmäßigen Kontrolle. Bis zur optimalen Einstellung bzw. bei Präparatwechsel sowie durch unregelmäßige Anwendung dieses Arzneimittels kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden.

Sollte es zu einem hypoglykämischen Zustand kommen, so kann dieser meistens vom Patienten selbst durch Würfelzucker, Süßwaren oder zuckerhaltige Getränke behoben werden. Körperliche Anstrengung, Alkoholgenuß oder Einnahme bestimmter Medikamente, wie Salicylate, Sulfonamide, Phenylbutazon-Präparate, Tuberkulostatika, Chloramphenicol, Tetracyclinverbindungen, Cumarin-Derivate, Cyclophosphamid, MAO-Hemmer und β -Rezeptorenblocker, können die blutzuckersenkende Wirkung oraler Antidiabetika vom Sulfonharnstoff-Typ verstärken. Andererseits ist eine Abschwächung der blutzuckersenkenden Wirkung von Sulfonharnstoffen u. a. möglich bei gleichzeitiger Gabe von oralen Kontrazeptiva, Chlorpromazin, Sympathikomimetika, Kortikoiden, Schilddrüsenhormonen und nikotinsäurehaltigen Präparaten. Hier kann eine Erhöhung der Glurenorm-Dosis erforderlich werden.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: OP mit 30 Tabletten DM 17,90, OP mit 60 Tabletten DM 31,70, OP mit 120 Tabletten DM 52,90. Klinikpackung. – Preisänderung vorbehalten.

Dr. Karl Thomae GmbH
Biberach an der Riss

Thomae

Sicherheit und Kapital für die Kinder

Von der Zeit an, in der die Kinder selbständig zu werden beginnen bis zu einer späteren Besinnung auf die Notwendigkeit einer Überbrückung denkbarer finanzieller Schwächeperioden und der Vorsorge herrscht zumeist eine Periode reiner und häufig genug enttäuschender Zufälligkeiten in diesem Bereich.

So vergehen im allgemeinen etwa zehn bis fünfzehn Jahre, die für die Sicherung von Ansprüchen wie für die Bildung eines Vermögens unwiderbringlich sind. In der Altersstufe zwischen zwanzig und dreißig sind noch die niedrigsten Beiträge für Vorsorge- und Risikomaßnahmen zu sichern. In diesem Alter liegt das Einkommen im allgemeinen auch noch innerhalb der Grenzen, die für die Zuerkennung der Sparszulage nach dem 624-Mark-Gesetz über die Vermögensbildung der Arbeitnehmer und der Spar- oder der Bausparprämie gezogen sind.

Schon mit 18 darf der junge Mensch einen prämiengünstigen Bausparvertrag oder Ratensparvertrag selbständig abschließen. Bis dahin war ihm das verwehrt, wenn das Einkommen der Eltern die entsprechenden Limits überstieg, oder aber die Eltern ohne diese Voraussetzung die Prämien-gewährung selbst ausschöpften. Der junge Mensch darf die Beiträge sogar aus geschenkten Mitteln bestreiten, wenn daran keine Auflagen geknüpft sind.

In der ersten Sechsjahres-Sparperiode dürfte ein prämiengünstiger einem Bausparvertrag vorzuziehen sein, weil er eine höhere Rendite abwirft und der besondere, zweifellos große Vorteil des Bausparens, der Rechtsanspruch auf ein zinsgünstiges Baudarlehen, im Alter der Fälligkeit des ersten Vertrages mit etwa Mitte Zwanzig noch gar nicht gebraucht, sondern besser erst Eigenkapital auch für eine spätere Bauabsicht, verzinslich angesammelt und aufbewahrt wird.

Diesem Zweck können auch Auszahlungen dienen, die als Vorleistungen eines Lebensversicherungsvertrages besonderer Konstruktion in bestimmten Abständen während der

Vertragsdauer, erstmals nach zwölf Jahren, fällig werden.

Ein solcher Lebensversicherungsvertrag kann mit den Vorteilen des 624-Mark-Gesetzes unter den entsprechenden Prämissen und mit dem Zuschuß des Arbeitgebers abgeschlossen werden, soweit er im entsprechenden Unternehmen oder auch Krankenhaus eingeführt ist. Darüber hinaus ist ein zweiter solcher Vertrag einzugehen, weil die 52 DM monatlich nach dem 624-Mark-Gesetz lediglich eine Versicherungssumme von knapp 17 000 DM bezahlen.

Als Konstante ohne Zwischenauszahlungen von je 20 Prozent der Versicherungssumme nach 12, 15, 20, 25 und 30 Jahren, wie sie die genannten Vorleistungsverträge bieten, dient letztlich ein Lebensversicherungsvertrag mit dynamischer Beitragsleistung, voller Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit ab 50 Prozent und in diesem Fall zugleich einer Berufsunfähigkeitsrente, die die Weiterzahlung der bisher genannten Verpflichtungen ermöglicht.

Nach diesem Verfahren setzen die Zwischen-Auszahlungen bereits nach dem siebenten Jahr ein und setzen sich in unterschiedlichen Abständen zwischen einem bis zu fünf Jahren in den folgenden 23 Jahren achtmal fort. Zugleich ist vom ersten Tage an eine Mindestauszahlung bei normalem Todesfall von rund 43 000 DM und bei Unfalltod von ca. 69 000 DM gesichert.

Ein solches Kapital- und Vorsorgepaket kostet monatlich etwa zwischen 160 bis 185 DM bei einem Alter zwischen 25 und 30 Jahren und verbilligt sich um die Vorteile des 624-Mark-Gesetzes — gegebenenfalls — sowie um die Steuerermäßigungen für Vorsorgeleistungen bis zu den entsprechenden Höchstbeträgen. Es kann im Zusammenwirken mit Lebensversicherungsgesellschaften und Bausparkassen selbst zusammengeschnürt, es kann auch vorgefertigt durch entsprechende Vermittlungsfirmen ohne höhere Kosten bezogen werden.

Horst Beloch

Import med.

Die professionelle Vermittlung Freiberuflicher darf in der Bundesrepublik Deutschland nur betreiben, wer von der Bundesanstalt für Arbeit dafür zugelassen ist.

Die Ärzte- und Zahnärztekammern als staatsautorisierte Wähler des ärztlichen Ethos haben staatsgebilligte Regeln für den Tätigkeitsbereich des Berufsstandes aufgestellt. Ein solcher Kodex wird fortgeschrieben.

So werden sich die Kammern wohl mit der Frage beschäftigen, ob eine aktive oder passive Beteiligung von Ärzten an einer Einwanderungsagentur für ausländische Mediziner, vor allem aus Ländern mit öffentlichen Gesundheitsdiensten mit Berufsauffassung wie zu goutierenden Einkommensquellen des Arztes vereinbar ist.

Prosper

Kurz über Geld

UNSICHERHEIT über Zinssatz-Entwicklung besteht weiterhin. Entsprechende Engagements sollten noch kurzfristig bleiben.

IN UNBESCHRÄNKTER HÖHE kann über Zinserträge auch von Sparkonten mit vereinbarten Kündigungsfristen noch bis Februar bar verfügt werden.

FÜNFMARK-SONDERMÜNZEN zur Erinnerung an Otto Hahn und den 150. Gründungstag des Archäologischen Instituts in Berlin werden als einzige in diesem Jahr erscheinen. Wegen extrem hoher Auflagen kaum gewinnträchtig.

HEISSE SPEKULATION mit Devisen auf dem International Money Market (IMM) in Chicago möglich. Zugang über in USA zugelassene Wertpapiermaklern mit Niederlassung in Deutschland.

SCHWEIZER GRUNDSTÜCKSMARKT für Ausländer künftig enger. Bewilligungsbeschränkungen geplant.

NEUES AUTO vor möglicher Teuerungswelle bestellen. Festpreis von heute vertraglich vereinbaren.

Schnell informiert

Parkerleichterungen für Ärzte zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat zum Vollzug der Straßenverkehrs-Ordnung mit Bekanntmachung Nr. I C/II D - 2504 - 611/10 die Parkerleichterungen für Ärzte in der Ausübung ihres Berufes wie folgt neu geregelt:

Parkerleichterungen für Ärzte zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung

Die Parkraumnot in den Gemeinden, insbesondere in den größeren Städten, zwingt dazu, den Ärzten im Interesse der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung Parkerleichterungen zur Ausübung ihres Berufes einzuräumen. Für das Parken von Arztfahrzeugen innerhalb geschlossener Ortschaften wird daher folgende Regelung getroffen:

i.

Art und Umfang der Parkerleichterungen

1. Parken bei dringenden Krankenbesuchen

Ärzte, die dringende Krankenbesuche zu machen haben, finden in zumutbarer Nähe oft keinen erlaubten Parkplatz. Um ihnen solche Krankenbesuche zu erleichtern, kann ihnen die Straßenverkehrsbehörde durch eine Ausnahmegenehmigung gemäß § 46 Abs. 1 StVO gestatten zu parken

a) an Stellen, an denen durch Verkehrszeichen 283, 286 und 290 das Halten verboten ist,

b) in Parkzonen ohne Entrichtung einer Gebühr,

c) in Parkscheibenzonen ohne Benutzung einer Parkscheibe.

Die Ausnahmegenehmigung kann auf bestimmte Gemeinden oder Gemeindeteile beschränkt werden. Auch können einzelne Straßen oder Straßenteile von der Ausnahmegenehmigung ausgeschlossen werden. Die Ausnahmegenehmigung gilt nur für dringende Krankenbesuche, wenn in zumutbarer Nähe keine andere Parkmöglichkeit zur Verfügung steht.

2. Parken vor oder in der Nähe der Praxis

Ärzte, die häufig während der Sprechstunde von ihrer Praxis zur Soforthilfe am Krankenbett in die Wohnung eines Patienten oder zu unaufschiebbaren Eingriffen in Krankenhäusern oder Kliniken abberufen werden, müssen ihr Kraftfahrzeug vor oder in unmittelbarer Nähe ihrer Praxis abstellen können. Des gleichen gilt für Ärzte, die im Notarztdienst nach dem Bayerischen Gesetz über den Rettungsdienst mitwirken.

Fehlt eine solche Abstellmöglichkeit, kann die Straßenverkehrsbehörde dem betreffenden Arzt gestatten, an geeigneter Stelle sein Kraftfahrzeug auf einer bestimmten abmarkierten Stellfläche mit dem Zusatz „Arzt“ auf dem Gehweg zu parken. Fußgängerzonen oder -straßen kommen hierfür nicht in Betracht.

Voraussetzung für die Gewährung der Parkerleichterung ist außer der aufgabenbedingten Art der ärztlichen Tätigkeit das Fehlen einer gesicherten Möglichkeit zum Parken während der Sprechstunden vor oder in der Nähe der Praxis. Als Parkmöglichkeit im näheren Umkreis gilt die Verfügbarkeit von Parkstellen (insbesondere in Garagen, Parkhäusern, auf Einstellplätzen oder bewachten Parkplätzen), die nicht mehr als 200 m im Umkreis (Wegstrecke) von der Praxis entfernt sind.

Soll die Parkerleichterung ausschließlich wegen der Mitwirkung im Notarztdienst nach dem Bayerischen Gesetz über

den Rettungsdienst gewährt werden, ist sie auf die Zeiten der Einsatzbereitschaft zu beschränken.

ii.

Verfahren

1. Vorbereitung der Entscheidung

Die Straßenverkehrsbehörde hat die Notwendigkeit einer Ausnahmegenehmigung in dem jeweils beantragten Umfang sorgfältig zu prüfen.

a) *Parkerleichterungen für Krankenbesuche* sind nur Ärzten zu erteilen, die häufig zu dringenden Krankenbesuchen in verkehrsreiche Gemeindegebiete gerufen werden (insbesondere praktische Ärzte, Allgemeinärzte und Ärzte für Innere Krankheiten und für Kinderkrankheiten). Dem Antrag des Arztes ist eine Bestätigung des Ärztlichen Kreisverbandes beizufügen.

b) Soweit *Parkerleichterungen vor oder in unmittelbarer Nähe der Praxis* beantragt werden, hat die Straßenverkehrsbehörde zunächst zu prüfen, ob der antragstellende Arzt häufig während der Sprechstunde von seiner Praxis zur Soforthilfe am Krankenbett in die Wohnung eines Patienten oder zu unaufschiebbaren Eingriffen in Krankenhäusern oder Kliniken abberufen wird oder ob er im Notarztdienst nach dem Bayerischen Gesetz über den Rettungsdienst mitwirkt.

Dem Antrag des Arztes ist eine Bestätigung des Ärztlichen Kreisverbandes beizufügen. Von Ärzten, welche die in Frage stehende Parkerleichterung unter Hinweis auf Notfälligkeiten in einem Krankenhaus oder einer Klinik erstreben, ist eine entsprechende Bestätigung des Krankenhauses oder der Klinik beizubringen. Ärzte, die im Notarztdienst nach dem Bayerischen Gesetz über den Rettungsdienst mitwirken, haben eine Bestätigung des zuständigen Rettungszweckverbandes beizubringen.

Zur Prüfung der Frage, ob der antragstellende Arzt keine gesicherte Parkmöglichkeit vor oder in der Nähe seiner Praxis hat, sind die notwendigen Feststellungen an Ort und Stelle zu treffen. Dabei ist die Prüfung auch darauf zu erstrecken, wo der antragstellende Arzt bisher sein Fahrzeug abgestellt hat. Kernesfalls darf die begehrte Parkerleichterung zum Ergebnis haben, daß ein Arzt eine gesicherte Parkstelle in einem in der Nähe der Praxis befindlichen Parkhaus, in einer Garage oder auf einem in Praxisnähe vorhandenen bewachten Parkplatz aufgibt.

Die Abmarkierung der Stellfläche setzt voraus, daß der Gehweg so breit ist, daß keine Fußgänger gefährdet oder unzumutbar behindert oder belästigt werden; auch sonst dürfen keine schwerwiegenden Verkehrsbehinderungen auftreten. Die Parkflächenmarkierung und das Abstellen des Kraftfahrzeugs auf ihr müssen auch unter dem Gesichtspunkt des Städtebaus und der Ortsgestaltung unbedenklich sein.

Die Markierung geschieht im Einvernehmen mit dem Straßenbeulaträger. Sie darf nicht über Schachtdeckeln (Abdeckung von Kanälen, Kabelschächten, Hydranten) oder anderen Verschlüssen sowie vor Grundstücksein- und -ausfahrten angebracht werden.

Die Benutzung des Gehweges als Parkfläche stellt eine Sondernutzung dar. Die Straßenverkehrsbehörde hat vor ihrer Entscheidung die zuständige Straßenbaubehörde zu hören. Die von dieser geforderten Bedingungen, Auflagen und Sondernutzungsgebühren sind dem Antragsteller in der Ausnahmegenehmigung aufzuerlegen.

2. Genehmigungsbescheid

a) Die Ausnahmegenehmigungen sind durch *Bescheid* nach dem Muster 1 zu erteilen.

b) Geltungsdeuer

Die Ausnahmegenehmigungen sind widerruflich zu erteilen. Sie sind zu widerrufen, wenn der Grund für sie entfällt, wenn sie mißbraucht werden oder wenn es die Verkehrsverhältnisse zwingend erfordern.

c) Perkschild

Der Genehmigungsempfänger erhält ein *Perkschild* nach dem Muster 2.

Das Perkschild ist doppelseitig beschriftet. Auf der einen Seite (vgl. Muster 2 A) befindet sich die Beschriftung „Dringender Arztbesuch“, auf der anderen Seite (vgl. Muster 2 B) die Beschriftung „Arzt Rufbereitschaft“. Ist die Parkerleichterung auf das „Parken bei dringenden Krankenbesuchen“ beschränkt, so wird das Schild nur einseitig beschriftet.

Während des Abstellens des Fahrzeugs ist je nach dem in Frege stehenden Bedarfsfall (Dringender Arztbesuch / Arzt Rufbereitschaft) das Perkschild hinter der Windschutzscheibe im Innenspiegel so einzubringen, daß die betreffende Seite des Perkschildes von außen gut lesbar ist.

d) Kosten

Für die Ausnahmegenehmigungen ist eine angemessene Gebühr nach § 1 Abs. 1 GebOST in Verbindung mit Nr. 285 Gebührentarif für Maßnahmen im Straßenverkehr (GebTSt) zu erheben, wobei insbesondere die Aufwendungen für das ausgegebene Perkschild und eine etwaige Ortsbesichtigung zu berücksichtigen sind (§ 9 Abs. 1 VwKostG). In der Regel wird für Ausnahmen nach Abschnitt I Nr. 1 ein Betrag von 30 DM und nach Abschnitt I Nr. 2 von 100 DM angemessen sein. Die Auslagen bemessen sich nach § 2 GebOST.

Parkerleichterungen für Ärzte im Notfall-Einsatz

Die allgemeine Notstandsregelung für Ärzte in der Vwv zu § 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO (§ 16 des Ordnungswidrigkeitengesetzes – OWiG) setzt vor allem voraus, daß eine „gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr für Leben, Leib ...“ gegeben ist, deckt also nur echte Notfall-Einsätze des Arztes, die zur Abwehr eines unmittelbar drohenden Schadens für einen Verunglückten oder einen Patienten erforderlich sind.

1. Das Schild „Arzt-Notfall“ (Muster 1) wird auf Antrag von den Ärztlichen Kreisverbänden und zwar nur an solche Ärzte ausgegeben, die häufig in Notstandsfällen Hilfe leisten müssen.

2. Das Schild selbst verleiht dem Arzt keine Rechte. Wird es hinter der Windschutzscheibe geführt, so weist es nur darauf hin, daß der Arzt nach seiner Auffassung im Rahmen der Vorschrift über den rechtfertigenden Notstand (§ 16 OWiG) handelt. Diese Vorschrift lautet, soweit sie die ärztliche Tätigkeit betrifft, wie folgt:

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib ... eine Handlung begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Handlung ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

3. Die allgemeine Notstandsregelung des OWiG rechtfertigt daher das Abstellen eines Kraftfahrzeugs im Halt- oder Parkverbot nur, wenn eine akute Gefahrenlage gegeben ist, wenn zur Abwehr der Gefahr das Abstellen des Fahrzeugs gerade

en dieser Stelle unerlässlich ist und wenn nicht die sich daraus ergebende Beeinträchtigung der Sicherheit und Ordnung des Verkehrs im Einzelfall schwerer wiegt. Die Inanspruchnahme der Notstandsrechte ist im übrigen nicht abhängig vom Führen des „Arzt-Notfall-Schildes“. Das Schild gibt jedoch der Polizei und den anderen Verkehrsteilnehmern einen Hinweis.

Medizinische Hilfe für Einreisende aus der DDR und Berlin (Ost)

Die nachstehend wiedergegebene Information der KVB an die über diese Körperschaft abrechnenden Ärzte wird dem Ersuchen des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung entsprechend auch den übrigen niedergelassenen Ärzten hiermit bekanntgegeben.

Behandlung von Einreisenden aus der DDR – Neuregelung ab 1. Oktober 1978

Ab 1. Oktober 1978 ist die von der Bundesregierung erlassene „Allgemeine Verwaltungsvorschrift über medizinische Hilfe für Einreisende aus der DDR und Berlin (Ost)“ vom 25. Juli 1978 in Kraft getreten.

Als wesentliche Neuerung gegenüber der bisherigen Regelung ist besonders zu beachten, daß Einreisende aus der DDR im Krankheitsfall nunmehr einen Arzt ihrer Wahl unmittelbar – ohne Vorschaltung einer Behörde, die bisher den Berechtigungsschein ausstellte – in Anspruch nehmen können.

Im einzelnen gelten folgende Bestimmungen:

1. Berechtigungsscheine

Die Berechtigungsscheine werden den Ärzten, die zur Behandlung von Einreisenden aus der DDR bereit sind, von dem für den Arztsitz zuständigen Landratsamt bzw. der kreisfreien Stadt (auch auf telefonische Anforderung) zur Verfügung gestellt.

Die Berechtigungsscheine enthalten auf der Rückseite die ausstellende Behörde, das Aktenzeichen und eine laufende Nummer.

2. Ausstellung des Berechtigungsscheines

Bei Behandlungsbeginn hat sich der Einreisende dem Arzt gegenüber durch Vorlage seines amtlichen Personaldokumentes als Einwohner der DDR oder von Berlin (Ost) auszuweisen.

Der Arzt händigt daraufhin einen Berechtigungsschein aus, den der Einreisende auf der Vorderseite vollständig auszufüllen und zu unterschreiben hat.

Der Arzt oder sein Beauftragter hat durch Stempel und Unterschrift zu bestätigen, daß der Einreisende sein amtliches Personaldokument der DDR vorgelegt hat und die Angaben des Einreisenden auf dem Berechtigungsschein mit diesem amtlichen Personaldokument übereinstimmen.

3. Berechtigungsschein für Einreisende aus Drittländern

Die vorstehend unter 2. aufgezeigte Regelung gilt nicht für Einreisende aus sogenannten Drittländern. Darunter sind zu verstehen Angehörige eines dritten Staates, die (aus der DDR) in das Bundesgebiet einreisen und durch eine amtliche Bescheinigung nachweisen, daß sie für die DDR oder Berlin (Ost) eine Aufenthaltsgenehmigung für länger als drei Monate besitzen.

Diese Personen sind an das Sozialamt bzw. an die Gemeindeverwaltung zu verweisen und erhalten von dort den Berechtigungsschein.

4. Anspruch auf medizinische Hilfe

Einreisende aus der DDR haben Anspruch auf kostenfreie ambulante oder stationäre medizinische Hilfe entsprechend dem Grad der jeweiligen Gesundheitsschädigung

- bei allen akuten Erkrankungen,
- bei Unfällen,
- bei akuter Verschlimmerung älterer, insbesondere chronischer Krankheiten,
- für medizinische Hilfe, die zur Verhütung einer Verschlimmerung oder zur Schmerzlinderung notwendig ist,
- für Wiederholungsuntersuchungen, die aus dringenden medizinischen Gründen in der Einrichtung der Erstbehandlung notwendig sind.

5. Umfang der medizinischen Hilfe

Die den Einreisenden aus der DDR zu gewährende medizinische Hilfe umfaßt

- die im Rahmen der vorstehend unter 4. aufgeführten Gesundheitsschädigungen erforderliche ärztliche Hilfe,
- die ärztlich angeordnete Unterbringung in Krankenhäusern,
- Wiederholungsuntersuchungen, die aus dringenden medizinischen Gründen in der Einrichtung der Erstbehandlung erforderlich sind, aufgrund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung dieser Einrichtung oder des behandelnden Arztes,
- die Versorgung mit Arzneimitteln aufgrund ärztlicher Verordnung,
- die Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln, Brillen, Hörgeräten oder vergleichbaren Hilfsmitteln, auch bei Verlust oder Beschädigung eines solchen Hilfsmittels seit der Einreise, wenn nach ärztlicher Feststellung das Hilfsmittel während des Aufenthalts unabweisbar notwendig ist,
- Krenkentransporte, wenn der Arzt bescheinigt, daß der Transport im Krankenkraftwagen, Taxi oder Mietwagen zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus oder zum behandelnden Arzt und gegebenenfalls zurück erforderlich ist.

6. Kennzeichnung der Verordnungen von Überweisungen

Der Arzt muß auf alle Verordnungen, Überweisungen und Bescheinigungen, die er aufgrund eines Berechtigungsscheines ausstellt, die auf dem Berechtigungsschein angegebene Behörde, das Aktenzeichen und die laufende Nummer des Berechtigungsscheines übertragen.

7. Honorierung der ärztlichen Behandlung

Die ärztliche Behandlung für Einreisende aus der DDR wird nach den Sätzen honoriert, die von der Allgemeinen Ortskrankenkasse für ihre Mitglieder gezahlt werden.

Auf der Rückseite des Berechtigungsscheines sind deshalb für die Abrechnung die Gebührennummern des BMÄ '78 einzutragen.

8. Abrechnung der Berechtigungsscheine

Der Arzt kann den Berechtigungsschein direkt bei der Stelle einreichen, die ihm die Berechtigungsscheine zur Verfügung gestellt hat.

Der Berechtigungsschein soll in diesem Fall sofort nach Abschluß der Behandlung, möglichst aber nach zwei Monaten Behandlungsdauer eingereicht werden.

Zu diesem Zweck ist neben der Art der ärztlichen Leistungen (Nummern des BMÄ '78) auch der dem Arzt zustehende Erstattungsbetrag anzugeben.

Gründung eines Traumatologischen Zentrums an der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München beschlossen

Ganz ohne Zweifel ist die Traumatologie zu einer multidisziplinären Angelegenheit geworden, und zwar in einem Umfang, der es notwendig erscheinen läßt, koordinierende Strukturen für Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu entwickeln, ähnlich wie sich dies bei der Onkologie abzeichnet. Die Fakultät für Medizin der Technischen Universität München hat daher die Gründung eines „Traumatologischen Zentrums“ beschlossen. — Aufgabe des traumatologischen Zentrums ist die Förderung und Koordination in der Erforschung traumatologischer Fragestellungen bei den beteiligten Disziplinen, Erfassung und Auswertung traumatologischer Fälle, Erarbeitung von Strategien bei der Behandlung mehrfach Verletzter im Normal- und im Katastrophenfall. Zur Durchführung dieser Zielsetzung wird u. a. die Errichtung von entsprechenden Dateien, die regelmäßige Abhaltung multidisziplinärer traumatologischer Konferenzen, die Förderung und Erleichterung der Zusammenarbeit von beteiligten Kliniken und Instituten angestrebt.

Dem Gründungskomitee, das nun eine Satzung erarbeiten wird, gehören die Vertreter aller an traumatologischen Fragestellungen interessierten Fächer an. Es ist vorgesehen, auch Institutionen bzw. Personen außerhalb der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München auf Wunsch in das Traumatologische Zentrum aufzunehmen.

Kontaktanschrift: Professor Dr. Ernst Kolb, Dekan der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-4020/4021

Landesbeusparkasse und Versicherungskammer erbelten zusammen

Die Bayerische Landesbeusparkasse und die Bayerische Versicherungskammer haben ein Vermittlungsabkommen vereinbart, demzufolge die Außendienstmitarbeiter der Versicherungskammer in Zukunft Beusparkverträge für die Landesbeusparkasse vermitteln können. Die Landesbeusparkasse mißt dieser Vereinbarung auch deshalb besondere Bedeutung zu, weil damit die Beziehungen innerhalb der öffentlich-rechtlichen Institute in Bayern vertieft werden.

Stipendien der Vereinigung Bayerischer Chirurgen für Studienreisen an Chirurgische Kliniken oder Institute des In- und Auslandes

Die Vereinigung Bayerischer Chirurgen hat beschlossen, an jüngere Mitglieder zur Fortbildung an Kliniken des In- und Auslandes ein Stipendium zu vergeben. In Frage kommen Bewerber, die spätestens bis 1. Mai des Kalenderjahres einen Antrag an die Vereinigung (Schriftführer: Professor Dr. F. Holle, Direktor der Chirurgischen Poliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8 e, 8000 München 2) richten, in welchem der Aufenthalt ausführlich begründet wird. Besondere Antragsformulare werden nicht benötigt, doch sollte der Antrag folgende Einzelheiten enthalten:

1. Kurzer Lebenslauf und Einzelheiten über die derzeitige berufliche Stellung
2. Beabsichtigtes Aufenthaltsprogramm einschließlich Einzelheiten über Land (Länder) und Hochschule(n), die besucht werden, Dauer des Aufenthaltes und voraussichtliche Höhe der Reisekosten

3. Begründung des Aufenthaltes unter Angabe seines Zweckes und der späteren Verwendung der so gewonnenen Erfahrungs- und Informationen

4. Angabe über Kenntnisse in der (den) Sprache(n) des (der) zu besuchenden Landes (Länder)

5. Erklärung, daß die zu besuchende(n) Hochschule(n) mit dem beabsichtigten Studienaufenthalt einverstanden ist (sind)

Der Antrag wird von einer Auswahlkommission (falls nötig unter Zuziehung von Fachgutachtern) begutachtet und in der Jähresausschußsitzung entschieden. Die Auswahlkommission hat die gleiche Zusammensetzung wie die Kommission für die Vergabe des J.-N.-Nußbaum-Preises. Der Zuschuß deckt in der Regel die Fahrtkosten und einen Tagessatz für Unterkunft und Verpflegung. Für besonders aufwendige (eußereuropäische) Reisen können Ausnahmen gewährt werden. In der Regel sollen die Zuschüsse 2500 europäische Rechnungseinheiten nicht überschreiten. Versicherungskosten werden nicht gedeckt.

Eichgebühren

Die für die Eichung von Waagen und sonstigen dem Eichgesetz unterworfenen Meßgeräten von den Eichämtern erhobenen Gebühren sind immer wieder Gegenstand von Rückfragen und Beschwerden bei der ärztlichen Berufsvvertretung.

Aus der Stellungnahme des Bayerischen Landesamtes für Maß und Gewicht zu einem konkreten Vorgang werden folgende Ausführungen zur Information wiedergegeben:

„Die von den Eichämtern zu erhebenden Gebühren richten sich nach der Kostenordnung für Amtshandlungen der nach dem Eichgesetz zuständigen Behörden der Länder (Eichkostenordnung) vom 26. Juni 1978 (BGBl. I S. 804). Für Meßgeräte, die in der Heilkunde verwendet werden, gilt Abschnitt 1 Nr. 15 des Gebührenverzeichnisses der Anlage zu

o. e. Eichkostenordnung. Für Waagen wird hinsichtlich der Höhe des Gebührenbetrages dahingehend eine Unterscheidung getroffen, daß für Eichungen oder Prüfungen am Gebrauchsort eine höhere Gebühr anzusetzen ist als für Eichungen und Prüfungen in Amtsstellen. Diese Differenzierung ergibt sich aus dem unterschiedlichen Aufwand der Eichbehörde, da bei Eichungen am Gebrauchsort neben den üblichen Kosten u. e. noch die Kosten für den Transport der Normgewichte und den größeren Zeitaufwand anfallen. So ergibt sich für die Eichung einer Personenwaage am Gebrauchsort ein Gebührenbetrag von DM 50,—, während an der Amtsstelle hierfür nur DM 15,— eingesetzt werden.

Da es sich bei Personenwaagen um transportable Meßgeräte handelt, wäre die Eichung grundsätzlich in einer Amtsstelle durchzuführen (Nr. 4.4.2 der Eichweisung, Allgemeine Vorschriften vom 12. Juni 1973, Beilage zum Bundesanzeiger Nr. 117 vom 28. Juni 1973). Die Praxis hat aber ergeben, daß ein Großteil der Ärzte aus verschiedenen Gründen einer Vorladung zu den in den Gemeinden von den Eichämtern abgehaltenen Amtstagen nicht nachkommt. Die Eichämter sind in diesen Fällen von sich aus dazu übergegangen, diesbezügliche Eichungen am Gebrauchsort durchzuführen.“

Film: „Die unsichtbaren Verbündeten“

„Die unsichtbaren Verbündeten“ sind die Hauptdarsteller eines neuen Films von Höchst. In nur 30 Minuten schildert dieser in seiner Art einzigartige Film in einer auch für Laien verständlichen Sprache das Leistungsvermögen unseres Immunsystems, der Abwehrkräfte unseres Körpers. Dieser Film bringt einem breiten Publikum ein auf den ersten Blick überaus kompliziertes Thema in verständlicher Weise nahe. Er macht auch deutlich, was in den Labors der forschenden pharmazeutischen Industrie geschieht, wie intensiv dort gearbeitet wird, neue Möglichkeiten gegen Krebs und vorzeitigen Tod zu finden.

Badgastein — moderner Kongreß

Ideal ist Badgastein als Kongreßort für die ärztliche Fortbildung durch die Kombination eines modernen Kongreßzentrums und den auf der ganzen Welt einmaligen Thermal-Heilstollen von Badgastein-Böckstein. Praxisnah fassen sich so die Probleme der täglichen Sprechstunde diskutieren und im Hinblick auf die Rehabilitation Unfallverletzter zu entsprechenden Ergebnissen führen.

Vom 11. bis zum 24. März 1979 ist Badgastein wieder einmal Tagungsort des traditionellen, doch erstmalig gemeinsam von der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer veranstalteten Fortbildungskongresses, der wie in den 23 Jahren zuvor an diesem Vorzug Gesteins partizipiert. Aus der k. u. k. Zeit ist bis auf die bekannte gastfreundliche Art der Österreicher nur wenig geblieben. Badgastein ist ein moderner Welt-Kongreß-Kurort geworden, der es dem Besucher an nichts fehlen läßt. Der Ort verfügt über eine hervorragende Hotellerie, die bis auf wenige alle eigene Thermalbäder und Kurabteilungen unterhalten. Das Felsenbad, eine architektonische Attraktion, bei dem eine Wand aus natürlichem Fels den Abschluß bildet, verfügt neben dem Hallenbad über zwei Freibäder, welche auch im Winter (34° und 24° Celsius) benutzt werden können.

Skigebiete gibt es um Brandalm, Schloßalm, Stubnerkogel, Grau- und Kreuzkogel. Wem weniger am Abfahrtslauf liegt, auf den warten Skiloipen. Der Ausbau der Wintersportanlagen in den letzten Jahren hat ebenfalls dazu beigetragen, daß der Ort nicht nur dem Kurgast, sondern auch den Anforderungen des modernen Skisportlers gerecht wird. Neu in dieser Wintersaison ist der „gastein-super-ski-schein“, welcher für sämtliche Anlagen von Hofgastein bis Sportgastein, inklusive Benutzung der Bus- und Bahnverbindungen (ÖBB) zwischen diesen Orten Gültigkeit hat.

Nicht akut entzündliche Formen der rheumatischen Erkrankungen, der primär-arterielle Hochdruck, Störungen der peripheren Durchblutung, Potenz- und Fertilitätsstörungen sowie präklimakterische und klimakterische Beschwerden gehören zur Indikation der Gasteiner Kur. Als kleiner Beweis für die Wirksamkeit der Gasteiner Kur sei hier nur anzumerken, daß sie die einzige Kur im Ausland ist, die von den deutschen Krankenkassen bezahlt wird. Übrigens: Gastein ist gegenüber dem Vorjahr nicht teurer geworden.

M. Doetsch

Preise

Verleihungen

E. K. Frey-Preis 1978 – Der von der Beyer AG für grundlegende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der internistischen Intensivmedizin gestiftete und mit DM 10 000 dotierte E. K. Frey-Preis wurde Professor Dr. Stefan Okonek, Mainz, verliehen.

Gottron-Just-Wissenschaftspreis – Der erstmals von der Universität und Stadt Ulm auf dem Gebiet der vorwiegend genetisch bedingten Heuterkrankungen gestiftete und mit DM 10 000 dotierte Gottron-Just-Wissenschaftspreis wurde Frau Ursula Feldmann, Münster, Dr. Thomas Krieg, München, und Dr. Peter K. Müller, München, verliehen.

Arthur-Peppenheimer-Preis 1978 – Der von den Nordmark-Werken unterstützte Arthur-Peppenheimer-Preis wurde Privatdozent Dr. W. Tillmann, Göttingen, verliehen.

Herbert Schober-Preis – Der erstmals von der Sektion Medizin der Deutschen Gesellschaft für Photographie gestiftete Herbert Schober-Preis wurde Dr. Heide-Marie Blunk, Uelzen, und Rainer Mühlbayer, Gießen, verliehen.

Wolf-Boas-Preis 1978 – Der von den Nordmark-Werken gestiftete Wolf-Boas-Preis wurde Dr. Klaus Hertmann, Würzburg, verliehen.

Ausschreibungen

Preis der Deutschen Therapiewoche 1979 – Das Kuretorium der Deutschen Therapiewoche, die Stadt Karlsruhe und die pharmazeutischen Firmen Dr. W. Schwebel und Pfizer GmbH schreiben wiederum diesen mit DM 15 000 dotierten Preis aus. Ziel des Preises ist die Förderung therapeutischer wissenschaftlicher Arbeiten. – Einsendeschluß: 1. Mai 1979. Weitere Auskünfte erteilt Dr. P. Hoffmann, Ärztlicher Geschäftsführer der Deutschen Therapiewoche, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 1, Telefon (07 21) 84 30 21.

Paul-Martini-Preis 1979 – Die Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V. (Frankfurt) und die Deutsche Ge-

sellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e. V. schreiben zur Förderung klinisch-pharmakologischer Methodenforschung und zur Entwicklung einer wissenschaftlichen Therapiebeurteilung den mit DM 20 000 dotierten Paul-Martini-Preis aus. – Einsendeschluß: 30. April 1979. Weitere Auskünfte erteilt die Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V., Humboldtstraße 94, 6000 Frankfurt, Telefon (06 11) 55 09 70.

Herbert Schober-Preis 1979 – Die Sektion der Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Photographie e. V. schreibt diesen mit DM 2000 dotierten Preis aus. Ausgezeichnet werden medizinisch-wissenschaftliche Arbeiten, deren Erkenntnisse durch methodisch engwandte Photographie erlangt wurden, oder Einzelbilder (bis zu sechs Bilder) in technisch einwandfreier Ausführung von medizinischen Befunddokumentationen (Bildformat 30 x 40 cm). – Einsendeschluß: 31. Mai 1979. Teilnahmebedingungen bei der Deutschen Gesellschaft für Photographie e. V., Neumerkt 49, 5000 Köln 1, Telefon (02 21) 21 44 10, erhältlich.

Preis der Rudolf-Schülke-Stiftung 1979 – Die Rudolf-Schülke-Stiftung (Sitz Kiel) schreibt zum zweiten Mal einen Preis von DM 10 000 für die beste Arbeit aus dem Gebiet der äußeren Infektionsprophylaxe im Krankenhaus aus. – Einsendeschluß: 1. Juli 1979. Weitere Auskünfte erteilt die Rudolf-Schülke-Stiftung, Ulzburger Straße 310, 2000 Norderstedt, Telefon (0 40) 5 21 00 52.

Eugen-Werle-Preis 1979 – Die Boehringer Ingelheim Diagnostika GmbH schreibt euch dieses Jahr den mit DM 10 000 dotierten Eugen-Werle-Preis aus. Ziel des Preises ist die Förderung der Diagnostik auf dem Gebiet der Klinischen Chemie und der Klinischen Mikrobiologie. – Einsendeschluß: 31. März 1979. Weitere Auskünfte erteilt Dr. H. Berensmann, Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik, Jehnstraße 32, Ärztehaus, 7000 Stuttgart 70, Telefon (07 11) 76 50 24.

Film- und Fernsehpreis 1979 des Hartmannbundes – Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands – schreibt diesen Preis aus. Prämiert werden ein Film oder ein Fernsehbeitrag, der in der Zeit vom 1. August 1978 bis 31. Juli 1979 erstaufgeführt oder gesendet wird und der die Beziehungen zwischen Patient und Arzt in objektiver und verständlicher Form wirklickeitsnah schildert. – Auskünfte erteilt die Pressestelle des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2, Telefon (0 22 21) 37 30 45.

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg, Conium D3, Ambra D8, Petroleum D8 ana 30 mg.
Tropfen: 100 ml enthalten: Cocculus D4 70 ml, Conium D3, Ambra D8, Petroleum D8 ana 10 ml.
Injektionslösung: 100 ml enthalten: Cocculus D3 0,7 ml, Conium D2, Ambra D8, Petroleum D7 ana 0,1 ml, Meerwasser 32 g, Aqua pro inject. ad 100 ml.
DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen: 3–4 mal täglich 1 Tablette lutschend bzw. 8–10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und bei Überkeit initiale Stichtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5–10 Tropfen.
Injektionslösung: Bei anfallsweisem Schwindel und Überkeit täglich, sonst 3–1 mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., s.c., i.c.
DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖSSEN (incl. MwSt.)
Packungen mit 50 Tabletten DM 4,14, mit 250 Tabletten DM 13,75. Tropfflaschen mit 30 ml DM 8,50, mit 100 ml DM 18,14.
Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 7,88, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 13,83. 1/79

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

Vertigoheel®

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

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

-Heel

Buchbesprechungen

Chirurgie der frischen Verletzung

Herausgeber: Prof. Dr. G. Börgar, 94 S., 47 Abb., 23 Tab., kart., DM 40,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Unter der Federführung von Gisbert Börgar hat eine Reihe international bekannter Autoren anlässlich einer Arbeitstagung in Bad Nauheim sich mit der Problematik der Chirurgie der frischen Verletzungen insgesamt 16 Einzelthemen befaßt. Es handelt sich um einen kurzen, auf den neuesten Stand gebrachten Abriss des Gesamtgebietes der Chirurgie einschließlich der speziellen Fachgebiete der Neurochirurgie, Urologie, Anästhesie sowie Unfallchirurgie. Die reich bebilderte Broschüre mit ausgezeichneten röntgenologischen Abbildungen und schematischen Darstellungen gibt auch zahlreiche Hinweise auf weiterführende Literaturangaben. Ein gesondeter Abschnitt ist der Extremitätentraumatologie gewidmet, wobei auch auf die Chirurgie der frischen Gefäßchirurgie eingegangen wird. Eine ausgezeichnete Bearbeitung findet auch das Thema des Polytraumas mit der Unterteilung in anästhesiologische und chirurgische Behandlungsgrundsätze.

Dr. med. W.-F. Persch, Gunzenhausen

Heimdialyse

Anleitung — Training — Behandlung

Verf.: G. Gahl / H. Kessel, 185 S., 22 Abb., 17 Tab., geh., DM 21,80. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

In einer übersichtlichen und allgemein verständlichen Art gibt das Buch einen Überblick der gesamten Heimdialyse-Behandlung.

Neben Funktion und Aufbau der gesunden Niere werden die Ursachen der chronischen Niereninsuffizienz geschildert. Über das Prinzip der Dialyse, die verschiedenen Dialysatoren sowie über Wasseraufbereitung, Dialysezusammenstellung und Monitoring wird die praktische Durchführung der Hämodialyse in anschaulicher und bildreicher Form herausgearbeitet. Die medizinischen und technischen Komplikationen während der Dialyse sowie deren Beseitigung werden erörtert. Weiterhin wird das gesamte Verfahren der Heimdialyse-Behandlung mit Lebensweise, Diät, Langzeitkomplikationen und sozialen Fragen besprochen. Ausblicke auf Peritonealdialyse sowie Transplantation sind eingefügt.

Das Buch kann allen an dieser Therapieform beteiligten Personen nachhaltig empfohlen werden.

Dr. med. M. Herrmann, München

Diabetologie für die Praxis

Verf.: Priv.-Doz. Dr. L. Hausmann / Prof. Dr. H. Katfarnik, 240 S., 31 Abb., 40 Tab., kart., DM 23,—. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

In dem neuen, recht umfangreichen Taschenbuch wird die Diabetologie für den Arzt und den Patienten klar gegliedert mit entsprechenden Diät-, Therapie- und Verhaltensvorschlägen dargestellt. Klar und verständlich sind die einzelnen Kapitel eingeteilt, die Tabellen und Skizzen übersichtlich gegliedert, so daß das vorliegende Werk als ein Standardwerk für die Diabetologie angesehen werden kann.

Dr. med. V. Pürckhauer, Oberhaching

Wie finde ich medizinische Literatur

Verf.: Chr. Jung, 107 S., Snolin, DM 18,80. Berlin Verlag, Berlin.

Jadar, der schon einmal wissenschaftlich gearbeitet hat, weiß, wie schwierig es gerade für den Ungewöhnlichen sein kann, die richtige Literatur zu beschaffen. Dieses Buch beantwortet alle diesbezüglichen Fragen vollständig. Besonders gut, daß viele Tipps für Leser gegeben werden, die nicht in der Nähe einer großen wissenschaftlichen Bibliothek wohnen (Informationsdienste, Fernleihen usw.).

Das Büchlein ist durch seine vielseitigen Informationen unentbehrlich für Studenten, Doktoranden, junge Ärzte und Wissenschaftler, die noch nicht „ausgefuchste Informationsspezialisten“ sind. Auch demjenigen, der bereits wissenschaftliche Veröffentlichungen gemacht hat, bietet das Buch von Christian Jung sicherlich noch einige, bisher ungenutzte Wege der Information.

Dr. med. M. Dosch, München-Grünwald

Herzinfarkt und Psyche

Verf.: Prof. Dr. W. J. Revers / R. Revers / H. Wideuer, 143 S., kart., DM 24,—. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien.

In dem Buch werden die Untersuchungen an 19 Herzinfarkt-Patienten, die während eines Regenerationsaufenthaltes in einer Kurklinik erfolgten, zusammengefaßt.

Es wurden jeweils eine eingehende biographische Anamnese und Lebenslaufanalyse durchgeführt. Im Mittelpunkt stehen dann die Ergebnisse des thematischen Apperzeptionstestes (TAT). Dazu werden einzelne Kasuistiken ausführlich vorgestellt. Die Autoren sind sich der Problematik bewußt, die in der Auswertung dieser Tests liegt. Eine Psychopathologie des Herzinfarkt-Patienten können diese Untersuchungen nicht begründen. Die Ergebnisse verstanden sich als ein Versuch, die Persönlichkeitsstruktur von Herzinfarkt-Patienten zu erforschen. Durch dieses Buch wird die Problematik der psychologischen Erfassung einer sogenannten „Infarktpersönlichkeit“ deutlich.

Dr. med. M. Thiel, Bernried

Pharmakokinetik von Pentobarbital bei Leberschäden

Verf.: Ossenberg, 80 S., 10 Abb., 17 Tab., flex. Einb., DM 23,50. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Kernpunkt der Monographie von Ossenberg ist der experimentelle Nachweis, daß Barbiturate bei Leber-Kranken langsamer als bei Gesunden aus dem Plasma eliminiert werden. Diese Tatsache wurde anhand der Verteilungs- und Ausscheidungskinetik von Pentobarbital tierexperimentell und klinisch erarbeitet. Die Untersuchungen sind nicht zuletzt deshalb von großem Wert, da zwar bekannt ist, daß Patienten mit schweren Leberschäden gegenüber bestimmten Pharmaka empfindlicher sind, jedoch bislang wenig Kenntnis über den exakten Modus solcher Überreaktionen besteht. Hier schließt das lesenswerte Büchlein eine Lücke, wenn auch nicht im Sinne einer verbindlichen Hypothese, so doch als logischer Dankstoß.

Dr. med. J. F. Riemann, Erlangen

Des echte Kneipp-Kochbuch

Herausgeber: A. Hagganmillar, 1561 originelle Rezepte, 334 S., Leinan, DM 19,80. Ehrenwirth Verlag, München.

Diese Faksimile-Ausgabe enthält in mehreren Kapiteln Anweisungen über die besten Bezugsquellen der Rohprodukte sowie eine Aufstellung von Speisezetteln in der von Sebastian Kneipp besonders hervorgehobenen reichhaltigen Abwechslung der Speisen und deren Kochrezepte.

Gewichtskontrolle leicht gemacht

Verf.: Dr. M. J. G. Radke, Sonderpreis DM 6,95 einschl. MWSt., zuzügl. Porto und Verpackung. Verlag moderna Industria, München.

Durch die Aufzeichnung aller täglich eingenommenen Nahrungsmittel und Getränke in Ernährungskontrollblätter kann der ernährungsmotivierte Verbraucher – und nur er wird es tun – anhand beigefügter Tabellen den Ernährungswert (eingenommenes Gramm Lebensmittel x Tafelwert x 0,01) der jeweiligen Lebensmittelart errechnen. Der Verfasser verzichtet somit auf die üblichen Zubereitung- und Spaiselungsvorschläge, appelliert vielmehr an die ehrliche Mitarbeit des Konsumenten, auf diese Art zwischen Soll und Ist die Auswirkungen des Essens auf das eigene Körpergewicht zu kontrollieren. Fein nuanciertes Wissen wird in komprimierter Form dargeboten, der Druck leider etwas klein.

Eine gute Unterlage für den ernährungswissenschaftlich Informierten und den, der von emtswegen Nährwertberechnungen erstellen muß. Für die Hausfrau in der Küche bei der Zubereitung der Mahlzeiten etwas zu aufwendig.

Dr. P. E. v. E.

Antibiotics and Chemotherapy – Bd. 25: Pharmacokinetics

Herausgeber: H. Schönfeld, 320 S., 58 Abb., 70 Tab., geb., DM 159,-. S. Karger Verlag, Basel.

Die Literatur über Antibiotika und Chemotherapie ist kaum mehr überschaubar. Die einschlägigen Fachbücher sind – was die Neuentwicklungen anbelangt – meist schon bald erschienen veraltet.

Der Band 25, der in der Reihe „Antibiotics and Chemotherapy“ erscheinenden Serie im Karger Verlag gibt einen aktuellen Überblick über die Pharmakokinetik der wichtigsten Antibiotika und Chemotherapeutika. Dabei finden auch die Neuentwicklungen aus der Reihe der Penicilline, Cephalosporine und Aminoglykoside gebührende Beachtung. Ein besonderes Kapitel ist der Gruppe der bei Pilzen wirksamen Antibiotika gewidmet, ein weiteres dem sehr aktuellen Thema möglicher Interektionen bei gleichzeitiger Anwendung anderer Medikamente.

Das Buch ermöglicht eine rasche und aktuelle Information, allein die englische Sprache wird ohne Wörterverbreitung in unserem Sprachraum verhindern.

Privatdozent Dr. med. G. Hartwich, Erlangen

Klinische Physiologie

Band 1: Zelle und Stofftransport im zellulären Bereich. Herausgeber: Bleifeld / Kramer / Meyer-Hartwig, 144 S., 52 farb. Abb., 9 Tab., DM 20,-.

Band 2: Datenblatt des Herzens und das Gefäßsystems. Herausgeber: Bleifeld / Meyer-Hartwig, 146 S., 46 farb. Abb., 9 Tab., DM 20,-. Verlag Gerhard Witzstrock, Baden-Baden.

Die beiden Bände der „Klinischen Physiologie“ geben dem Studenten in Vorklinik und Klinik eine gute Übersicht in die Hand, die ein rasches Lernen und Verstehen biologischer Vorgänge ermöglicht. So bietet der erste Band eine Übersicht der Vorgänge in der Zelle und stellt den Stofftransport im zellulären Bereich dar. Der zweite Band widmet sich der Physiologie des Herzens und des Gefäßsystems. Angaben neuerer Literatur erleichtern dem Studierenden das Auffinden weitführender Publikationen. Ausführliche Begriffs-erklärungen und zahlreiche graphische Darstellungen geben dem Fachfremden die Möglichkeit, sich rasch zu informieren. Der günstige Preis dieser Lehrtexte dürfte die Entscheidung zum Erwerb erleichtern.

Dr. med. U. Resenack, Würzburg

Lehrbuch der Klinischen Psychologie

Herausgeber: Prof. Dr. L. R. Schmidt, 534 S., kart., DM 48,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Klarzustellen ist, daß das vorliegende Lehrbuch für examinierte oder in der Ausbildung stehende Klinische Psychologen konzipiert wurde und fachpsychologisches Grundwissen voraussetzt. Besonders attraktiv ist, daß der Herausgeber und Hauptautor nicht nur die Auffassungen einer einzigen psychologischen Richtung gelten läßt, sondern eine Vielzahl klinischer Fakten, Hypothesen und Sätze vom Standpunkt verschiedener psychologischer Theorien und Lehrrichtungen aus beleuchtet. Dadurch entstehen immer wieder höchst erregende Polarisierungen.

Das Buch ist in vier Teile gegliedert: Im ersten Teil wird das Gebiet der Klinischen Psychologie definiert und abgegrenzt, im zweiten werden ebendieses Verhalten zu erklären versucht und Klassifikationsprobleme aufgeworfen. Während die „Diagnostik in der Klinischen Psychologie“ gründlich erörtert wird, sind „Prävention und Psychotherapie“ nur skizzenhaft umrissen. Neuere psychotherapeutische Methoden sind zu knapp dargestellt. Dennoch ist das Buch für Psychiater, Psychotherapeuten und Nervenärzte sehr zu empfehlen.

Dr. med. R. Wörz, Günzburg

Südtirol

Texte v. A. Boensch, Fotos v. J. Tappeinar u. D. Drescher, 100 S., mit 130 farb. Abb., DM 29,80. Umschau Verlag, Frankfurt.

Dieser Bildband gibt einen farbigen Querschnitt des Landes, in dem der Gast und Reisende neben Komfort und Geselligkeit eine herrliche und noch unzerstörte Naturlandschaft findet. Der Text beschränkt sich auf knappe Erklärungen der Bilder und auf die Mitteilung dessen, was im Bild nicht darzustellen ist.

Traumsein in der Karibik

Herausgeber: H. W. Hannau, Text in englischer Sprache. *The Bermuda Isles*, 96 S., 48 großformatige farb. Bld., DM 24,80; *Curacao*, 64 S., 45 farb. Abb., DM 14,80; *The Cayman Islands*, 64 S., 56 farb. Abb., DM 14,80. Umschau Verlag, Frankfurt.

Neben den herrlichen Farbbildern informieren die ausführlichen Texte über die geographische Lage, das Klima, die üppige Vegetation sowie die geschichtliche und kulturelle Entwicklung dieser Inselparadiese. Ferner erhalten die Leser wertvolle Tipps über kulturelle und sportliche Veranstaltungen, Verkehrsverbindungen, Freizeitangebote, Tauchgebiete usw.

Meine erste Bücherel

Kindersachbuch „Spinnen – Flüsse – Walfall – Zeit und Uhren – Pferde – Farnsahn – Autos“

Jeder Band hat 36 farbige Seiten und kostet als Pappband DM 4,95. Umschau Verlag, Frankfurt.

Die Anforderungen, die heute an Kinder im ersten Lesesalter gestellt werden, sind größer als früher. Das Kindersachbuch ist in das Kinderzimmer angezogen. Die zum Teil komplizierten Sachzusammenhänge werden in großer Blockschrift und mit sprachlich einfachen Mitteln dargestellt, ohne daß auf fachgerechte Ausdruckswise verzichtet wird. Eine Vielzahl von Farbdarstellungen unterstützt die Sachinformation.

Leuchtschild für Arztfahrzeuge

Der von madasign entwickelte Dachaufsatz besitzt eine gute optische Signalwirkung und entspricht voll den Vorschriften der Straßenverkehrszeichnungsordnung. Er wird mit sechs Permanentmagneten schnell und sicher auf dem Dach des Fahrzeuges befestigt. — Die Verwendung des Leuchtschildes ist allerdings daran gebunden, daß es nur „während des Einsatzes zur Hilfeleistung in Notfällen“ erfolgt.

Baycast PU-Stützverband

Ein neuartiges System zur Versorgung von Frakturen und zur externen Immobilisation in der Medizin wurde von der Bayer AG entwickelt. Der Baycast® PU-Stützverband ist ein mit einem speziellen Polyurethan-Harz getränktes Gewebe, das unter Einwirkung von Feuchtigkeit aushärtet. Das Material wird in Form von Rollen (Binden) und Longuetten hergestellt und in feuchtigkeitsdichter Verpackung geliefert. Die Anwendung erfolgt analog der bisher für diese Zwecke eingesetzten Gipsstechnik. Die Baycast-Binde wird in Wasser getaucht, zusammengedrückt und dann auf die in üblicher Weise vorbereitete Applikationsstelle aufgebracht. Das neue Material ist modellierfähig. Der Verband härtet innerhalb von drei bis zehn Minuten aus. Nach dreißig Minuten sind die Stützverbände voll belastbar. Verarbeitung als auch Abnehmen des neuen Materials verursachen keinen Schmutz. Das übliche Werkzeug reicht für die Bearbeitung und Abnahme aus.

ST 10 von Bosch

Über 3,5 Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland sind in ihrer Hörfähigkeit beeinträchtigt, so daß noch umfangreichere Hörtests durchgeführt werden müssen, um möglichst viele Hörbeeinträchtigungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. — Mit diesem neuen Audiometer ST 10 können viele Probanden schnell und einfach einem Siebtast unterzogen werden. Ebenso leicht ist ein Vermissen der Hörschwelle möglich.

Ergometer-System 500

Ergometrische Funktionsprüfungen haben sich für die Herzkreislauf-Diagnose bewährt und durchgesetzt.

Mit dem „System 500“ stellt die Robert Bosch GmbH, Geschäftsbereich Elektronik, eine moderne Gerätepalette nach dem Baukastenprinzip für die Ergometrie vor. Es besteht aus fünf verschiedenen Bausteinen zur Belastung und Belastungssteuerung und ermöglicht Patient und Anwender eine laufende Kontrolle der tatsächlich erbrachten Leistung und der erzielten Drehzahl.

CEDIP-Formular-Set

CEDIP hat zusammen mit Dr. med. O. P. Scheafer, Deutsche Gesellschaft für medizinische Dokumentation und Statistik, Kassel, ein neues Formular-Set entwickelt. Es dient dazu, die umfangreiche Dokumentation des Arztes über den Patienten zu systematisieren und transparent zu halten. Weiter erlaubt es, durch Anweisungskarten bestimmte Hilfsdienste sofort an die Haltperson zu delegieren oder dem Patienten Anweisungen mit nach Hause zu geben. — Das Set besteht aus DIN A 6-Karten zur Patientenmeldung, Verordnungsanweisungen, Formularen „Ärztliche Fragen zur Krankengeschichte — Befundbogen — Krankenhausaufenthalte — Verkaufsnutzen — Verordnungsblatt“.

Dr. Lange Sofort-Diagnose-Gerät LP 1

Mit diesem neu entwickelten Schnell-Diagnosegerät will die Dr. Bruno Langa GmbH speziell dem niedergelesenen Arzt eine echte Diagnostikhilfe geben. Das Gerät ist mit Digitalanzeige und Microprocessor ausgerüstet und für die Messung aller gebräuchlichsten Farbttests einsetzbar. Damit wird ein großes Spektrum der normalen Laborleistungen erfaßt.

Neuroton 726

Ein universelles Reizstromgerät für die Elektrodiagnostik- und -therapie bei Störungen des Nerv-Muskelsystems ist das Neuroton 726 von Siemens. Mit dem Gerät läßt sich sowohl der Grad der Erregbarkeit feststellen, als auch die gelähmte Muskulatur gezielt behandeln. In Verbindung mit dem Neoserv 724, zur sicheren und schnellen Anlage von Saugelektroden, ergibt sich eine optimale Behandlung peripherer Lähmungen. — Neuroton 726 und Neoserv 724 lassen sich durch Aufeinanderstellen zu einer Geräteeinheit kombinieren.

Minivisor „Die sehende Hand“

Auf der Ultraschalltechnik basierend, bietet der Minivisor von Organon Teknika ideale Möglichkeiten der Schnittbild-darstellung des Körpers für die Routineanwendung in der Gynäkologie, Geburtshilfe, Kardiologie und in der Inneren Medizin. Der Minivisor kann jederzeit und in allen Positionen über den ganzen Körper geführt werden. Jedes Organ, dessen Untersuchung mit Ultraschall möglich ist, kann optisch diagnostiziert werden.

RiA-Teste zur Früherkennung von Schilddrüsen-Hormonmangel bei Neugeborenen

Etwa ein Kind unter 5000 hat eine angeborene Hypothyreose, die bei Nichtbehandlung zu Schwachsinn führt. Nunmehr hat die Diagnostic Products Cooperation einen sehr einfach durchzuführenden Test zur Bestimmung von T₄ (Thyroxin) und TSH (Thyreostimulierendes Hormon) aus geringen Blutmengen von Neugeborenen entwickelt. Das Blut wird aus einem Stich in die Ferse auf Filterpapier entnommen, getrocknet und im Labor ausgewertet.

Kongreßkalender

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

März 1979

- 2.—4. **Freiburg:** Arbeitskurs zum Verständnis der Anpassung von Hörgeräten. — Auskunft: Universitäts-HNO-Klinik, Kilianstraße 5, 7800 Freiburg.
- 4.—7. **Tel Aviv:** Internationale Konferenz für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Deutsches Reisebüro, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 4.—10. **Bad Kleinkirchheim:** Fortbildungskongreß des Berufsverbandes Deutscher Internisten. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.
10. **Bad Nenndorf:** 10. Rheuma-Fortbildungstagung. — Auskunft: Sekretariat der Abteilung Rheumatologie und Balneologie der MHH, Hauptstraße 2, 3052 Bad Nenndorf.
- 11.—24. **Badgesteln:** XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 12.—15. **Erlangen:** 21. Erlanger Einführungskurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschalldiagnostik. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 12.—24. **Davos:** XXVII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 13.—16. **Neuherberg:** Verkürzter Spezialkurs für ermächtigte Ärzte. — Auskunft: Kurssakretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 14.—18. **Baden-Baden:** Tagung der Internationalen Vereinigung für Angiographie und Angiologie. — Auskunft: Dr. A. Loosa, Konrad-Hagius-Straße 13, 4000 Düsseldorf 13.
- 15.—17. **Bad Nauheim:** Tagung der Akademie für kriminologische Grundlagenforschung in Verbindung mit der Internationalen Akademie für Kriminalitätsprophylaxe. — Auskunft: Dr. G. Nasa, Klinikstraße 7, 3500 Kassel.
- 16.—18. **Bad Wiessee:** Ärzte-Kongreß: Gesundheit in der 2. Lebenshälfte — Präventive Geriatrie in der ärztlichen Praxis. — Auskunft: Knaipp-Bund, Jaudering 16, 8939 Bad Wörishofen.
- 17.—18. **Freudenstadt:** Kurs für Nauraltherapie nach Huneke. — Auskunft: Dr. J. Huneke, Am Müllerberg 24, 4934 Horn-Bad Meinberg 2.
- 17.—25. **Freudenstadt:** 56. Fortbildungskongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. — Auskunft: Geschäftsstelle des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren a. V., Alter Weg 29, 7290 Freudenstadt 1 — Kniebis.
- 19.—20. **Laubach:** Fortbildungsveranstaltung des Sportärzte-Verbandes Hessen. — Auskunft: Dr. F. Burwinkel, Siesmayerstraße 7, 6368 Bad Vilbel.
- 20.—24. **Köln:** 14. Fortbildungsseminar des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. — Auskunft: Dr. H. Walther, Westliche 32, 7530 Pforzheim.
- 23.—25. **Ascona:** 7. Balint-Treffen: Psychologische Ausbildung des Arztes. — Auskunft: Professor Dr. B. Luban-Plozza, Piazza Fontana Pedrazzini, CH-6600 Locarno.
- 23.—25. **Augsburg:** 63. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 24.—25. **Bad Nauheim:** Fortbildungsveranstaltung des Sportärzte-Verbandes Hessen. — Auskunft: Dr. F. Burwinkel, Siesmayerstraße 7, 6368 Bad Vilbel.
- 24.—29. **St. Moritz:** Internationale Tagung für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Internationaler ärztlicher Kongreß-Reisedienst, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 24.—30. **Bad Hofgastein:** 20. Internationaler Fortbildungskurs für Geriatrie. — Auskunft: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie, Hüttaldorferstraße 188, A-1140 Wien.
- 25.—31. **Badgastein:** 25. Österreichische Sozialmedizinische Tagung: Epidemiologie in Theorie und Praxis. — Auskunft: Österreichische wissenschaftliche Gesellschaft für prophylaktische und Sozialmedizin, Berggasse 4, A-1090 Wien.
- 29.—31. **Arosa:** Arosa Kurs „Aus der Praxis — für die Praxis“. — Auskunft: Frau Guler, Sekretariat Dr. Röthlisberger, CH-7050 Arosa GR.
- 29.—31. **Salzburg:** Gemeinsame Jahrestagung der Österreichischen und Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie. — Auskunft: Prim. Dr. H. J. Gibitz, Landeskrankenanstalten, A-5020 Salzburg.
- 29.—31. **Tübingen:** Internationales Symposium der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. Naumann, Universitäts-Augenklinik, 7400 Tübingen.
30. **Erlangen:** Internationales Symposium: Gastrointestinale Motilitätsstörungen — Pathophysiologische und klinische Aspekte. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
30. 3.—1. 4. **Köln:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin a. V. — Auskunft: Bundesanstalt für Straßenwesen, Brühlar Straße, 5000 Köln 51.
31. **Bad Wiessee:** Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes. — Auskunft: Dr. H. Galli, Fromundstraße 29, 8000 München 90.
31. 3.—1. 4. **Hamburg:** Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge. — Auskunft: Frau Dr. G. Ebarlein, Drieschar Hecke 19, 5090 Lavarkusen.

- 1.-7. **Davos:** 11. Internationaler Diagnostikkurs (Hauptthema: Abdomen). — Auskunft: IDKD, Postfach 21 32, CH-8028 Zürich.
- 2.-8. **Schloß Reisenburg/Günzburg:** Grundseminar Sozialmedizin und Rehabilitation für Ärzte in Kurkliniken und Sanatorien. — Auskunft: Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Ulm e. V., Geschäftsstelle, Eugensplatz 1, 7000 Stuttgart 1.
- 6.-7. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs in die Klinische Echokardiographie (UKG). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 6.-7. **Stuttgart:** 11. Internationales Magensymposium der Europäischen Gesellschaft für Gastrocameradiagnostik. — Auskunft: Dr. J. M. Kimmig, Hechinger Straße 2, 7000 Stuttgart 80.
- 6.-8. **München:** Fortbildungsseminar I für praktische Elektrokardiographie (Einführungsseminar). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 9.-21. **Meran:** XI. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 9.-22. **Brixen:** XII. Internationaler Oster-Seminar-Kongreß. — Auskunft: Berufsverband der Kinderärzte e.V., Bergisch-Gladbacher-Straße 735, 5000 Köln 80.
- 16.-20. **Laa Vegas:** 4. Internationales Symposium für Computer-Tomographie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 18.-19. **New York:** 2. Kongreß der internationalen Gesellschaft für künstliche Organe (ISAO). — Auskunft: Deutsches Reisebüro, Postfach 76 21, 6000 Frankfurt 1.
- 20.-22. **Bad Nauheim:** 45. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. — Auskunft: Prof. Dr. W. Schaper, W. G. Kerckhoff-Institut, 6350 Bad Nauheim.
23. 4.-5. 5. **Lindau:** 29. Lindauer Psychotherapiewochen. — Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2.
- 25.-28. **München:** 96. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Professor Dr. G. Maurer, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.
- 26.-28. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte (Grundkurs). — Auskunft: Fräulein Bergmann, Medizinische Poliklinik, Östliche Stadtmauerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 27.-28. **Bad Neuheim:** Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Hirntraumatologie und klinische Hirnpathologie e. V. — Auskunft: Dr. R. Walch, Landgrafenplatz 1, 6382 Friedrichsdorf.
- 27.-28. **Leverkusen:** Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge (Thema: Gesundheitsvorsorge in der ärztlichen Praxis, Teil III). — Auskunft: Frau Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.
- 27.-29. **Bad Wörlishofen:** 19. Ärzte-Seminar (Autogenes Training für Anfänger). — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörlishofen.
27. 4.-1. 5. **Baden-Baden:** 27. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden. — Auskunft: Professor Dr. G. Rompe, Schlierbacher Landstraße 200 a, 6900 Heidelberg.
- 28.-29. **Erlangen:** Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte. — Auskunft: Professor Dr. E. Schreck, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen.
- 28.-29. **Hennef:** Sportärzte-Fortbildungsiehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichterath.
- 28.-29. **Nürnberg:** Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. — Auskunft: Dr. W. Bregulia, Marienstraße 8, 8500 Nürnberg.
- 28.-30. **München:** KVDA-Bundestagung 1979 — Verkehrsmedizinisches Symposium und KVDA-Bundeshauptversammlung. — Auskunft: KVDA, Johanna-Melber-Weg 8, 6000 Frankfurt 70.
29. 4.-1. 5. **Überlingen:** 23. Internationale ärztliche Fortbildungstagung Bodensee. — Auskunft: Dr. E. Unger, Mühlenstraße 12, 7770 Überlingen.
29. 4.-5. 5. **Bad Wörlishofen:** 40. Ärztlicher Fortbildungskongreß der Ärztlichen Gesellschaft für Physiotherapie. — Auskunft: Dr. O. Schumacher-Wandersleb, Postfach 12 28, 5358 Bad Münstereifel.
30. 4.-5. 5. **Köln:** Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinderradiologie. — Auskunft: Kinderkrankenhaus Riehl, Amsterdamer Straße 63, 5000 Köln 60.

Beilagenhinweis:

Einer Teilaufgabe dieser Ausgabe liegt ein Prospekt von **Dipl.-Ing. Gerlach, Straubing** bei, den wir unseren Lesern zur besonderen Beachtung empfehlen.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 6% = DM 0,14 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., 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. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

Kreiskrankenhaus, 8262 Aitötting/Obb.
Abteilung für Innere Medizin – Cheferzt Dr. R. Reimann -
sucht ab Januar 1979 einen qualifizierten Arzt für innere
Medizin els

Oberarzt

Die Abteilung bietet 111 Betten, neun Plazstellen, intensivpflegeeinheit, Hämodielyseeinheit, leistungsfähiges Labor, Röntgen, ummessende Endoskople, regelmäßige Fortbildung. Aufgrund des umfangreichen Aufgebengebietes ist eine zweite (gleichwertige) Oberarztsteile eusgebracht. Der leitende Arzt ist zur vollen Weiterbildung einschließ-lich Röntgendiegnostik ermächtigt.

Vergütung nach den Bestimmungen des BAT und Neben-einnahmen.

Bewerbungen erbeten an die **Verwaltung des Hauses.**

Die Marktgemeinde Ailersberg (Landkreis Roth) – mit Einzugs-
gebiet etwe 8000 Einwohner – sucht zum beldmöglichstn Zeit-
punkt zu den dort tätigen 3 prakt./Allgemeinarzten (darunter
eine Gemeinschaftspraxis)

einen weiteren prakt./Allgemeinarzt

Der Markt Ailersberg liegt 30 km südlich von Nürnberg mit
einer Anschlußstelle ca. 1 km von der Autobahn München/Berlin
entfernt.

Grund- und Hauptschule am Ort. Weiterführende Schuien und
Krankenhäuser in Roth und Hilpoltstein (10 km).

Beheiztes Freibad, Heilenbad, Minigolf, Tennis, Segelflugplatz,
25 km Rundwanderwege.

Bei Ailersberg entsteht der zukünftige Rothsee (Naheholungs-
gebiet mit Segelmöglichkeit).

Der Markt ist bei der Beschaffung der erforderiichen Wohn-
und Praxisräume behilflich.

Näheres auf Anfrage:

Markt Ailersberg, Postfach 20, 8501 Ailersberg, Tel. (0 91 76) 2 14.

Freuenklinik und Mütterheim vom Roten Kreuz

Fechkrenkenhaus für Gynäkofogie und Geburtshilfe
mit 102 geförderten Betten, sucht zum 1. 4. 1979
einen

Oberarzt

Der Bewerber muß Fachertzt sein und soiite Erfah-
rung in der Zytologie haben.

Die Vergütung erfolgt nach den Richtlinien der
Arbeitsbedingungen für Angesteiite und Arbeiter
des Deutschen Roten Kreuzes, die dem BAT ange-
glichen sind. Außerdem gewähren wir Beihilfe und
Zusetzversorgungskesse wie im öffentliichen Dienst.

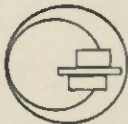
Bewerbungen werden erbeten an: **Krankenanstalten
der Schwesternschaft München vom Bayer. Roten
Kreuz, 8000 München 19, Rotkreuzplatz 8, Telefon
(0 89) 18 27 48 / 632.**

Nach dem Kessenärztlichen Bedarfsplan werden in einer nie-
derbayerischen Stadt ein

Orthopäde und Kinderarzt gesucht.

Praxisräume in zentraler Lage vorhanden. Sämtliche Schuien
am Ort.

Zuschriften erbeten unter Nr. 2064/43 an die Anzeigenverweitung
BAYERISCHES ARZTEBLATT, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.



Der Berufsgenossenschaftliche Arbeitsmedizinische Dienst e. V. (BAD)

unterhält in Bayern 12 arbeitsmedizinische Zentren. in den nach tortschrittlichen Erkenntnissen
der prophylektischen Medizin geführten Einrichtungen unseres Dienstes stehen unseren Ärzten
sämtliche Möglichkeiten einer umfassenden und vielseitigen Diegnostik zur Verfügung.

Für unser Zentrum München suchen wir zum frühestmöglichen Eintritt eine(n)

Ärztin/Arzt

Erfahrungen in der Arbeitsmedizin sind von Vorteil, aber nicht Bedingung für die Einstellung.

Wir bieten sehr gute berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und eine der ärztlichen Qualifikation voll entspre-
chende Dotierung. Unsere Alters- und Hinterbliebenenversorgung ist für Sie beitragsfrei.

Wir würden uns freuen, elle Fragen im Zusammenhang mit einer eventuellen Einstellung in einem persönlichen
Gespräch erörtern zu können.

Sie erreichen uns schriftlich oder telefonisch unter folgender Anschrift:

**Berufsgenossenschaftlicher Arbeitsmedizinischer Dienst e. V.
Leitstelle Bayern**

Röntgenring 2 · 8700 Würzburg · Telefon (09 31) 1 37 37

Der **Landkreis Dingolfing-Landau** sucht ab sofort oder später eine(n) deutsche(n)

Arzt (Ärztin) für Anästhesie

Der (die) Bewerber(in) soll als **Chefarzt** die Anästhesieabteilung des Kreiskrankenhauses Landau leiten.

Schwerpunkt der Tätigkeit wird das zum 1. Februar 1979 bezugsfertige, nach modernsten Gesichtspunkten erbaute Kreis Krankenhaus Landau a. d. Isar sein.

Zusätzlich soll eine weitere Planstelle für einen nachgeordneten Facharzt geschaffen werden.

Das Kreis Krankenhaus Landau umfaßt folgende operative Abteilungen: Chirurgie (69 Betten), Geburtshilfe/Gynäkologie (20), HNO (10) und Augen (6); sowie eine interdisziplinäre Intensivstation mit sechs Betten.

Bezüglich der Vergütung ist an ein zeitgemäßes, dynamisiertes Garantieeinkommen gedacht.

Die Stadt Landau a. d. Isar ist ein aufstrebendes Mittelzentrum und liegt verkehrsgünstig an der B 20 bzw. nahe der B 11 Landshut-Deggendorf in Niederbayern und verfügt über weiterführende Schulen und alle Einrichtungen für Freizeit und Daselnsvorsorge.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend arbeiten an: **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar, Bayerwaldring 17, 8380 Landau a. d. Isar.**

Die Gemeinde Finsing sucht einen

Praktischen Arzt

Praxisräume werden derzeit im Zentrum in Neufinsing im Gebäude der Kreis- und Stadtparkasse erstellt. Anzeigen sind zu richten an:

Gemeinde Finsing, zu Hd. Herrn Bürgermeister Buchmann, 8059 Neufinsing

oder

Kreis- und Stadtparkasse Erding, zu Hd. Herrn Direktor Hummer, 8058 Erding.

Auf der **Urologischen Abteilung (65 Betten)** des Kreiskrankenhauses Neuötting/Dbb. ist ab sofort oder später die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach den Bestimmungen des BAT. Alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes werden selbstverständlich geboten.

Der Chefarzt der Abteilung ist zur Weiterbildung (Urologie) für drei Jahre zugelassen.

Voraussetzung für die Einstellung ist der Nachweis einer mindestens einjährigen chirurgischen Assistenzzeit.

Bewerbungen erbat an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Neuötting, 8262 Neuötting, Aitöttinger Straße 16.**

Die **Kinder- und Rheumakinderklinik Garmisch-Partenkirchen** sucht baldmöglichst

Anästhesist(in)

für operativen Bereich als Belegarzt für drei Vormittage (Chirurgie, HNO, Ophthalmologie).

Prof. Dr. H. Truckenbrodt, Kinder- und Rheumakinderklinik, Gehfeldstraße 24, 8100 Garmisch-Partenkirchen, Telefon (0 88 21) 5 30 28.

Der Fremdankehrsort **Böbrach/Bayer. Wald**, im Landkreis Regen, mit ca. 1500 Einwohnern (die Verwaltungsgemeinschaft, der Böbrach zugehört hat ca. 6000 Einwohner) und ca. 140 000 Übernachtungen/Jahr sucht einen

Praktischen-/Allgemeinarzt

Der Ort liegt im mittleren Bayer. Wald in der Nähe des Arbers, unweit des bekannten Urlaubsortes Bodenmais.

Weiterführende Schulen sowie Krankenhäuser sind in Viechtach, Ragen, Daggendorf usw.

Die genannten Orte sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Die Gemeinde ist bereit, einen niederlassungswilligen Arzt zu unterstützen und bei der Wohnungs- und Praxisbeschaffung behilflich zu sein.

Interessanten werden gebeten, sich mit **Bürgermeister Schönberger, Eck 1, 8371 Böbrach, Telefon (0 99 23) 5 62 (Verwaltung) oder (0 99 23) 8 85 (privat)** in Verbindung zu setzen.

Das Kreis Krankenhaus Landau a. d. Isar sucht ab 1. Januar/1. Februar oder 1. Mai 1979

Assistenzärzte

für die Chirurgische Abteilung.

Das Kreis Krankenhaus Landau ist ein Krankenhaus der Grundversorgung. Ab 1. Februar 1979 wird das neuerbaute, medizinisch-technisch modernst ausgestattete Grundkrankenhaus mit 209 Planbetten (Chirurgie 69, Innere 98, Geb. Gyn. 20, HNO 10, Augen 6 sowie 6 Betten für intensivüberwachung) in Betrieb genommen.

Die Stadt Landau a. d. Isar ist ein aufstrebendes Mittelzentrum und liegt verkehrsgünstig an der B 20 bzw. nahe der B 11 Landshut-Deggendorf in Niederbayern und verfügt über weiterführende Schulen und alle Einrichtungen für Freizeit und Daselnsvorsorge.

Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht nach Tarif, Bereitschaftsdienstvergütung sowie den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen. Für die Unterbringung stehen Appartements zur Verfügung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend arbeiten an: **Verwaltung des Kreiskrankenhauses, 8380 Landau a. d. Isar.**

BEFELKA - HERZ - KREISLAUF - DRAGEES

Ind.: Herzmuskelschwäche, nervöse Herzstörungen, Herzklappen, Herzangst, Neigung zu schmerzhaften Herzanfällen, Herzbeschwerden der Wechseljahre, Herzpflege im Alter, hoher Blutdruck mit Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Arterienverkalkung.
Zus.: 1 Dragee enthält: Extr. Leonur. card. spir. succ. 20 mg; Extr. Scillae spir. succ. 25 mg; Extr. Crataegi e flor. spir. succ. 15 mg; Extr. Crataegi a fruct. spir. succ. 50 mg; Extr. Rauwolfiae serp. spir. succ., 40% Gesamtalkaloide, 2,5 mg (entspr. 1 mg Gesamtalkaloide); Extr. Arnicae a flor. spir. succ. 3 mg; Kheilin 0,75 mg; Hesperidinphosphat-Natrium 7,5 mg.

Packung mit 30 Drag. DM 5,62, 50 Drag. DM 7,75, 100 Drag. DM 13,55
Arztmuster durch:

B E F E L K A - A R Z N E I M I T T E L, Postfach 13 51, 4500 Osnebrück