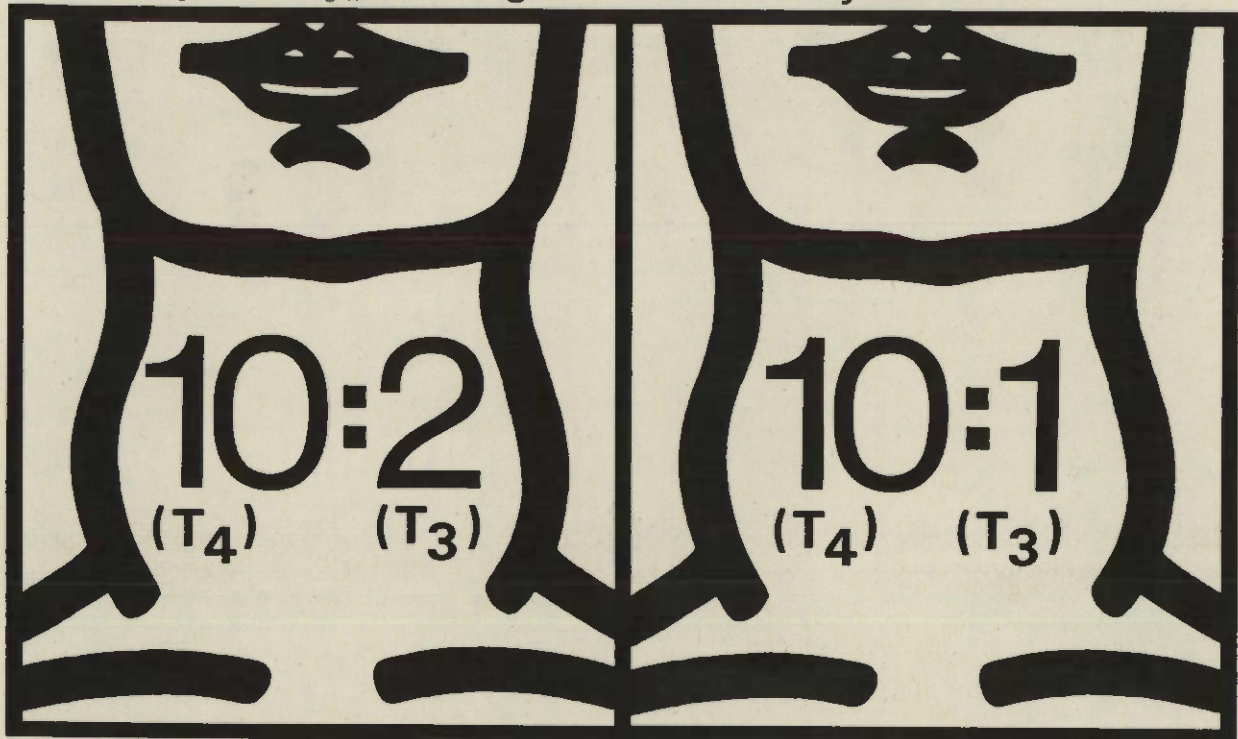


Veränderte Verhältnisse

1968 Thyroxin-T₄ „Henning“

1978 Prothyrid®



1968: Fortschritt in der Schilddrüsenhormon-Therapie auf der Basis der Kenntnisse des Jahres 1968 über die Schilddrüsenfunktion des Menschen: Synthetische Kombinationspräparate, die 100 µg T₄ und 20 µg T₃ enthalten, ersetzen die Thyreoidea sicca-Zubereitungen.

1978: Fortschritt in der Schilddrüsenhormon-Therapie: Mit Hilfe der Radioimmunoassays war es gelungen, die periphere Konversion von T₄ → T₃ nachzuweisen und den Verlauf der Serumspiegel von T₄ und T₃ unter der Hormontherapie zu verfolgen; mit dem TRH-Test wurde die richtige Dosierung der Hormone zur Substitutions- und Suppressionstherapie ermittelt. Die Formel für ein Kombinationspräparat aus beiden Schilddrüsenhormonen heißt: 100 µg T₄ + 10 µg T₃.

Zur Behandlung der blanden Struma mit beiden Schilddrüsenhormonen im richtigen Verhältnis

Prothyrid® $\left(\frac{10:1}{T_4 T_3}\right)$

Zusammensetzung: 1 Tablette Prothyrid® enthält 0,100 mg Levothyroxin-Natrium (L-3,3',5-Trijodthyroninhydrochlorid, T₄). **Wirkung:** Die beiden Schilddrüsen- 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. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der erforderlichen Dosis Tachykardia, Schwitzen, vermehrte Unruhe, Durchfall. Symptome verschwinden nach Herabsetzen der Tagesdosis oder Aussetzen der Behandlung (eventuell Gabe von Propranolol). Bei eventueller allgemeiner Unverträglichkeit empfiehlt sich ein Wechsel auf L-Thyroxin Henning® (Tabletten mit 50, 100 und 150 µg). **Hinweise:** Behandlung sehr vorichtig 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 anfangs häufiger kontrollieren. Bei Schwangerschaft Behandlung nicht unterbrechen. **Anwendung:** 1/2-2 Tabletten täglich. Eventuell einschleichende Behandlung mit anfangs 1/2 Tablette täglich; in 1-2wöchigen Intervallen auf die erforderliche Volldosis steigern. **Handelsformen:** 50 Tabletten DM 9,65 m. MWSt. (Schüttpackung), 70 Tabletten DM 13,40 m. MWSt. (Wochenplanpackung), 200 Tabletten DM 29,20 m. MWSt. (Schüttpackung), 350 Tabletten DM 55,20 m. MWSt. (Bündelpackung); Stand: Juli 1979. HENNING BERLIN GMBH - Berlin 42

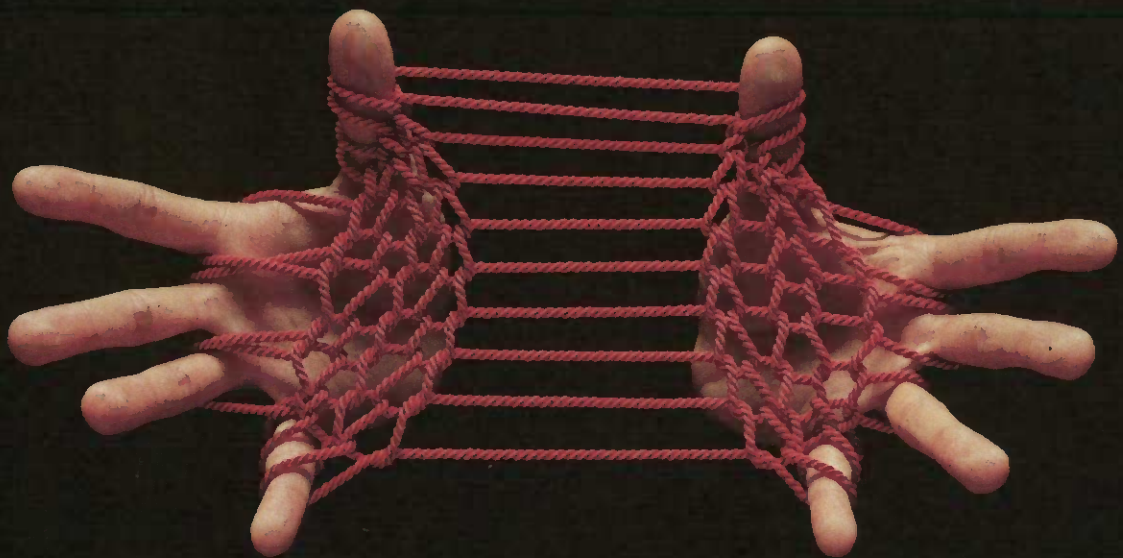
(L-Thyroxin-Natrium, T₄) und 0,010 mg Liothyroninhydrochlorid (L-Thyroxin-Natrium, T₃) im Prothyrid® substituieren einen Hormonmangel



Neue
Monosubstanz

Biarison®

optimiert
die
Rheumatherapie



Sandoz AG 8500 Nürnberg

Biarison®

O Zusammensetzung

1 Kapsel enthält 300 mg Proquazon

1 Zäpfchen enthält 300 mg Proquazon

A Anwendungsgebiete

Degenerative rheumatische Erkrankungen
- Osteoarthritis der Hüfte, des Knies oder anderer Gelenke

Chronisch-entzündliche Erkrankungen

- chronische Arthritis

- Spondylarthritis ankylopoetica

Akute entzündliche Erkrankungen

- akute Gicht

- akute rheumatische Schmerzzustände (Ischias,

Zervikalsyndrom, Hexenschuß, Torticollis etc.)

- extraartikuläre rheumatische Erkrankungen

(Tendinitis, Bursitis, Synovitis und Tendosynovitis)

- schmerzhaft-entzündliche Krisen im Verlauf

degenerativer Gelenkerkrankungen

- Verrenkungen und Verstauchungen

H Gegenanzeigen

Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, bekannte

Überempfindlichkeit gegen Salicylate

Vorsicht ist geboten bei Neigung zu Verdauungsstörungen

oder bei Leber- und Nierenfunktionsstörungen

Da über die Wirkung von Biarison auf das ungeborene Kind

und den Säugling bisher keine Erfahrungen vorliegen,

sollte Biarison während der Schwangerschaft und Stillzeit

nicht angewandt werden.

Desgleichen können über die Behandlung von Kindern

vorläufig noch keine Angaben gemacht werden.

N Nebenwirkungen

Gelegentlich können während der Biarison-Behandlung

Magen- und Darmbeschwerden (Magen- und Unter-

leibschmerzen, Übelkeit, Durchfall) auftreten, die bei

Reduzierung der Dosis, Einnahme der Kapseln zu einer

Mahlzeit, Verabreichung von Zäpfchen statt Kapseln oder

ggf. durch kurze Unterbrechung der Behandlung von selbst

abklingen. Sehr selten werden Blutdruckabfall, Herzjagen,

Kopfschmerzen und Hautreaktionen beobachtet.

Besonderer Hinweis: Wie bei anderen entzündungs-

hemmenden Arzneimitteln sollten auch während einer

längeren Behandlung mit Biarison regelmäßige Blutbild-

kontrollen durchgeführt werden.

D Dosierung

Die Dosierung richtet sich nach dem Krankheitsbild und der

individuellen Reaktion des Patienten. Die Normaldosis

ist 2mal 1 Kapsel bzw. 2mal 1 Zäpfchen pro Tag. In schwereren

Fällen kann ohne weiteres auf 3mal, kurzfristig auch auf

4mal täglich 1 Kapsel oder 1 Zäpfchen erhöht werden.

Die Gabe von Zäpfchen empfiehlt sich auch als

abendliche Dosis, vor allem bei empfindlichen Patienten.

Die Kapseln werden zu oder nach den Mahlzeiten mit etwas

Flüssigkeit geschluckt.

W Wechselwirkungen mit anderen Mitteln

sind nicht bekannt. Biarison kann mit anderen

Antirheumatika wie Kortikosteroiden oder Acetylsalicylsäure

kombiniert werden. Eine Wechselwirkung mit oralen

Antikoagulantien wurde nicht festgestellt.

H Handelsformen

Kapseln: Originalpackungen zu 20, 50 und 100 Stück

DM 17,96; 37,45 und 65,95 sowie Anstaltspackungen.

Zäpfchen: Originalpackungen zu 10 Zäpfchen DM 10,95

sowie Anstaltspackungen

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, Juli 1979



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung — Herausgegeben von Dr. F. C. Loch

Leitsymptom: Bewußtseinsstörungen

Der Notfall: Coma uraemicum

bearbeitet von Dr. G. Traut und Professor Dr. G. A. Jutzler

Symptomatik:

Das Coma uraemicum bzw. die Urämie ist das Endstadium einer Niereninsuffizienz und muß als klinisches Syndrom aufgefaßt werden, welches Störungen des Milieu interne mit Auswirkungen auf die verschiedensten Organsysteme umfaßt. Ursache kann jede fortgeschrittene akute oder chronische Niereninsuffizienz sein. Dabei können als Ursachen der *akuten Niereninsuffizienz* alle prärenalen, renalen oder postrenalen Störungen in Frage kommen, die zu einer akuten Nierenfunktionseinschränkung führen und die nach ihrer Ätiologie reversibel, zum Teil reversibel oder irreversibel sind. Als Ursache der *chronischen Niereninsuffizienz* kommen in Frage alle Erkrankungen, die zu einem chronischen mehr oder weniger raschen Nierenparenchymuntergang führen. Dabei ist es gleichgültig, ob das Grundleiden eine Allgemeinerkrankung mit Nierenbeteiligung oder eine isolierte Erkrankung der Nieren ist. Das *klinische Bild* und das *funktionelle Verhalten* sind dabei, gleich welche Ursache der Niereninsuffizienz zugrunde liegt, ähnlich. Beginnend mit Müdigkeit, Abgeschlagenheit kommt es zu Bewußtseinsstörungen bis zum Koma. Vordergründig sind Störungen des Wasser-, Elektrolyt- und Säurebasen-Haushaltes. Am auffälligsten ist die Ausscheidungsinsuffizienz hin bis zur Oligurie/Anurie. Regelmäßig ist eine metabolische Azidose, jedoch selten mit typischer Kußmaulscher Atmung zu finden. Gefürchtet ist die Hyperkaliämie mit ihren Auswirkungen am Myokard (EKG: Spitzgipflige T-Welle. ORS-Komplex verbreitert, Extrasystolen, Kammerflimmern). Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle weisen auf gastrointestinale Störungen hin. Sehstörungen, Kopfschmerzen, Krämpfe treten vor allem beim zusätzlichen Vorliegen einer Hypertonie auf (hypertensive Enzephalopathie). Kardial kann als Folge der Hypertonie eine myogene Insuffizienz entstehen, gelegentlich kommt es zur Ausbildung einer urämischen Perikarditis. An pulmonalen Störungen werden beobachtet Lungenödem, azidosebedingte Hyperventilation, Urämie-(Flüssigkeits-)Lunge. Regelmäßig auch nach akuter Niereninsuffizienz ist eine renale Anämie nachweisbar. Die beobachtete Gerinnungsstörung liegt in einer Beeinträchtigung der Thrombozytenfunktion.

Anamnese:

Häufig unzuverlässig, Fragen nach durchgemachter Nierenerkrankung, Proteinurie, Nykturie, Hochdruckleiden, Sehbeschwerden können Hinweise sein.

Sofortdiagnostik:

Prüfung der Bewußtseinslage, Foetor uraemicus, Hydratationszustand, Blutdruck, Atmung, Augenhintergrund, Messen der Stundendiurese, der harnpflichtigen Substanzen im Serum (*Harnstoff, Kreatinin*), *Hämoglobin*, (EKG, Röntgen-Thorax)

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

Sofortige Einweisung in eine Klinik mit Dialysemöglichkeit, unter Umständen Hochdruck medikamentös senken, Digitalis-Gaben. Vorsicht! Bei Nierenerkrankungen besteht infolge der Ausscheidungsinsuffizienz die Gefahr der Kumulation der verabreichten Medikamente.

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

Jedes Coma uraemicum bedarf der sofortigen Klinikeinweisung.

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Bei der Entwicklung einer jeden Niereninsuffizienz ist rechtzeitig mit einer entsprechenden Fachklinik Kontakt aufzunehmen, damit noch vor Ausbildung der urämischen Symptomatik für den Patienten eine entsprechende Dialyse- oder Transplantationstherapie vorbereitet werden kann.



Unser oberstes Gebot: das Wohl des Kranken

Eröffnung des 32. Bayerischen Ärztetages in Bad Tölz

Ein Bericht über die Eröffnung des 32. Bayerischen Ärztetages in Bad Tölz könnte etwa folgendermaßen beginnen: Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Sewering, gab nach der Begrüßung der Delegierten und Gäste in einigen Erläuterungen zum Geschäftsbericht der Landesärztekammer einen Überblick über aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung und der Gesundheitspolitik. Er ging dabei u. a. auf die bayerischen Bemühungen um eine verbesserte Tumornachsorge ein, auf die erfreuliche Entwicklung der Nierentransplantationen im Einzugsbereich des Transplantationszentrums München, auf die Vorsorge- und Früherkennungsprogramme und auf die Gefahr, daß beim Einsatz von Rettungsärzten sich eine Entwicklung anbahnt, die einen Eingriff des Krankenhauses in die kassenärztliche Versorgung der Bevölkerung bedeuten würde.

Vor allem aber beschäftigte sich Professor Sewering ausführlich mit den Auswirkungen, welche die bevorstehende Ärzte-Nachwuchsschwemme unweigerlich heben muß: Auswirkungen einmal auf die Qualität der Ausbildung selbst, auf die Berufschancen der jungen Ärzte, für die bei weitem zu wenig Weiterbildungsstellen in den Krankenhäusern zur Verfügung stehen werden, und Auswirkungen auch auf die Verteilung der sich neu niederlassenden Ärzte zwischen Fachärzten, Allgemeinärzten und praktischen Ärzten ohne Weiterbildung. Dies wiederum wird nämlich sowohl die Qualität der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung beeinflussen wie auch zu erheblichen Belastungen des Verhältnisses der einzelnen Ärztgruppen zueinander führen können.

Zuvor hatte der bayerische Innenminister, Gerold Tandler, ausdrücklich erklärt, der organisierte Einsatz

von Ärzten in Notarztwagen und Rettungshubschraubern sei „keine Krankenhausaufgabe und für die dort tätigen Ärzte als solche auch keine Dienstaufgabe“. Und bei der Behandlung des Themas Abtreibung hatte Tandler angesichts des hohen Prozentsatzes der Schwangerschaftsabbrüche, die aufgrund einer sozialen Indikation vorgenommen werden, erklärt, man müsse darüber reden, ob nicht der Wille des Gesetzgebers damit verfehlt werde.

Damit hatte Tandler bereits die beiden Themen angesprochen, die für diesen Bayerischen Ärztetag weitgehend im Vordergrund standen ...

Einig im Willen zur Erhaltung eines freien Gesundheitswesens

... wie gesagt, so könnte ein Bericht über den 32. Bayerischen Ärztetag beginnen. All dies wäre auch keineswegs falsch, aber es wäre andererseits doch zu vordergründig und würde der Bedeutung nicht gerecht werden, die der diesjährige Bayerische Ärztetag auch über die Grenzen Bayerns hinaus hoffentlich haben wird. Denn in bemerkenswerter Weise wurde — das war schon bei der Eröffnungsveranstaltung deutlich — der Ärztetag in Bad Tölz zu einer erneuten Demonstration dafür, daß die deutsche Ärzteschaft und ihre gewählten Repräsentanten sich in dem Willen einig sind, den freiheitlichen Charakter ihrer Berufsausbildung, die freiheitlichen Grundzüge unseres Gesundheitswesens und damit auch eine zutiefst humane Betreuung des Kranken und Fürsorge für den Bedrängten zu erhalten.

Wes im vorigen Absatz gesagt wurde, ist scheinbar banal, aber es muß vor-



Blick in den Festsaal während der Eröffnungsveranstaltung. In der ersten Reihe von links nach rechts: Bürgermeister Dr. Fedinger, Dr. Braun, Staatsminister Tandler, Professor Dr. Sewering, Präsident des Bayerischen Senats Freiherr von Fraueneu, Dr. Pletiel, Dr. Fuchs

Franz Josef Strauß: Gesundheitspolitik — orientiert an der Wirklichkeit und nicht an der Ideologie

Dem 32. Bayerischen Ärztetag in Bad Tölz meine herzlichsten Grüße!

Ich verbinde damit den Dank und die Anerkennung der Bayerischen Staatsregierung an alle bayerischen Ärzte für ihren oft mühevollen Einsatz in der Last des Alltags. Ich sage ihnen Dank für den fachkundigen Rat und die Unterstützung, die sie der Gesundheitspolitik immer wieder leisten. Ihr Einsatz bei der Organtransplantation, ihre von Sachkenntnis und Verantwortungsbewußtsein getragene Haltung im Zusammenhang mit § 218, ihre Empfehlungen für den Katastrophenschutz und ihr überzeugendes Wirken bei der Früherkennung von Krankheiten und in der Vorsorgemedizin sind ein entscheidender Beitrag der bayerischen Ärzteschaft zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung eines freiheitlichen Gesundheitswesens in Deutschland.

Die freie Welt geht in den 80er Jahren in den gefährlichsten Abschnitt der Nachkriegszeit: Durch die macht- und sicherheitspolitische Bedrohung, durch weltwirtschaftliche Verzerrungen, durch innenpolitische und innereuropäische Fehlentwicklungen und durch eine ideologische Verformung.

Wenn wir diese Belastungsproben bestehen wollen, brauchen wir auch ein leistungsfähiges, freiheitliches, soziales, menschliches und solide finanziertes Gesundheitswesen jetzt und in der Zukunft. Die Gesundheitspolitik der Bayerischen Staatsregierung orientiert sich an der Wirklichkeit, der Vernunft und der Erfahrung und nicht an der Ideologie. Ich bin überzeugt, daß uns die bayerische Ärzteschaft in diesem gemeinsamen Ziel durch ihre unermüdliche Arbeit und ihre unerschrockene Haltung unterstützen wird. Mit der Bayerischen Landesärztekammer und ihrem Präsidenten, Professor Sewering, an der Spitze verbindet uns die gleiche Grundüberzeugung und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Auch dafür meinen Dank.

Dieses freiheitliche Gesundheitswesen ist ein untrennbarer Bestandteil unserer freiheitlichen Gesellschaftsordnung, der Sozialen Marktwirtschaft und des demokratischen Rechtsstaats. Es schützt die Eigenverantwortung des Menschen, es gewährleistet ein hohes Maß an Freiheit für alle, die in ihm, an welcher Stelle auch immer, im Dienste des kranken Menschen tätig sind. Es muß auch weiterhin in seiner Ausbildungsfunktion einen entscheidenden Beitrag zur Sicherung der Zukunftschancen unserer jungen Menschen leisten.

Für uns gibt es in der Gesundheitspolitik nur den bewährten Weg der Mitte zwischen den Gefahren von außen: Sozialisierung, Dirigismus, bürokratische Bevormundung, kollektivistische Gleichmacherei und Investitionslenkung und denen von innen: Standespolitische Verkrustung, totale Bedarfs- und Berufslenkung.

Die bayerische Ärzteschaft ging in ihrer überwältigenden Mehrheit bis heute diesen geraden Weg der Mitte. Die Bayerische Staatsregierung und ich persönlich wünschen Ihnen dazu auch weiterhin die Kraft und den Mut. Wir versprechen Ihnen dabei die volle Unterstützung zum Nutzen aller Kranken und Leidenden und aller, die Ihnen Hilfe und Hoffnung geben.

In diesem Sinne wünsche ich dem 32. Bayerischen Ärztetag einen reichen Erfolg, eine starke Ausstrahlung und einen kraftvollen Anstoß für unsere gemeinsame Arbeit.

ausgeschickt werden, damit die folgende Feststellung richtig verstanden wird: Dr. Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, wurde von den bayerischen Ärzten in Bad Tölz mit weit mehr als „herzlichem Beifall“ begrüßt. — Das könnte sich nämlich so anhören, als sei nun hier in Bad Tölz eine „Aussöhnung“ zwischen dem jetzigen Bundesärztekammerpräsidenten, seinem bayerischen Vorgänger Professor Sewering und den bayerischen Ärzten erfolgt. Dies wäre unsinnig — eine solche „Aussöhnung“ war nie notwendig. Bemerkenswert war *nicht*, daß Dr. Vilmar den Delegierten beim Bayerischen Ärztetag herzlich dafür danken konnte, „daß Sie in außerordentlich schwerer Zeit und in außerordentlich hohem Maße Solidarität mit Ihrem Repräsentanten, Professor Sewering, bewiesen haben“. Sondern bemerkenswert daran ist, daß diese Äußerung Vilmars eben *nichts* „Delikates“ an sich hat; für Vilmar, für Sewering und für die gewählten Repräsentanten der deutschen Ärzte ist sie eine Selbstverständlichkeit — dies sollten alle Ärzte, dies sollte aber auch die Öffentlichkeit zur Kenntnis nehmen!

Die Erosion der Selbstverwaltung darf nicht zugelassen werden

Die Zustimmung, die Dr. Vilmar bei den bayerischen Ärzten in Bad Tölz fand, ist nicht nur darauf zurückzuführen, wie er die Umstände, die seinerzeit zum Wechsel zwischen Sewering und Vilmar an der Spitze der Bundesärztekammer führten, in den Zusammenhang mit dem einordnete, was bei demokratischen Vorgängen normal und statthaft ist und was andererseits schon in der Selbstverwaltung eines Berufsstandes, wie beispielsweise dem der Ärzte, von Anfang an nicht zugelassen werden darf, weil es Folgen für das ganze demokratische System und damit für die Grundordnung unseres Staates haben würde. Deshalb hatte Dr. Vilmar seine Äußerung über die Solidarität mit Professor Sewering in den Zusammenhang mit der Gefahr einer Erosion der Selbstverwaltung durch lautstarke Minderheiten gestellt oder auch durch die Verunglimpfung einzelner Repräsentanten einer Selbstverwaltung mit dem Ziel, sie in den eigenen Reihen oder bei den Partnern unglaubwürdig zu machen. Diese Gefahren waren ja seinerzeit

bei den Angriffen auf Professor Sewering sicherlich vielen deutschen Ärzten nur zu deutlich geworden.

Was Dr. Vilmar in Bad Tölz über die ärztliche Selbstverwaltung ausführte, ist auszugsweise auf Seite 977 zitiert. Mit großer Zustimmung sprach er aber noch ein weiteres Thema an, das in der letzten Zeit zu heftigen Auseinandersetzungen überall geführt hat: die Folgen des novellierten § 218. Es ist sicher nicht übertrieben zu sagen, daß diese Auseinandersetzungen weitgehend ausgelöst worden sind einmal durch den „Auschwitz-Vergleich“ des bayerischen Arztes Dr. Holzgartner in seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU und zum anderen durch Dr. Vilmar in seiner Eigenschaft als Präsident der Ärztekammer Bremen. Dort hatte Vilmar im Sommer durch seinen offenen Briefwechsel mit Prof. familia erneut auf die Gefahr aufmerksam gemacht, daß die sogenannte soziale Indikation zu einem Weg wird, die Fristenregelung doch noch „durch die Hintertür“ zu erreichen.

In Bad Tölz sagte Dr. Vilmar dazu: „Es sei auch hier nochmals festgestellt, daß es kein Recht auf Abtreibung gibt und daß die hohen Zahlen der Notlagenindikation, die im Bundesdurchschnitt 67 Prozent betragen — in Bremen sogar 76 Prozent — einfach hingekommen werden. Man will den Anstieg der Notlagenindikation offensichtlich noch als einen Erfolg sozialdemokratischer Regierungspolitik verkaufen. Es sei hier mit allem Nachdruck wiederholt: die Tötung von Leben ist keine Methode zur Lösung sozialer Probleme. Leben ist schutzbedürftig nicht nur in bestimmten Größen-, Gewichts- oder Altersklassen. Wir können uns nicht damit einverstanden erklären, wenn Modelleinrichtungen mit Bundesmitteln gefördert werden, die eine exzessive Auslegung der Notlagenindikation betreiben, und wenn wir dann auf diese Weise gezwungen werden, mit Steuermitteln auf dem Boden Deutschlands Tötungsanstalten zu finanzieren. Wir sollten uns dafür einsetzen, zusammen mit allen, denen das Leben heilig ist, Notlagen im vorhinein zu verhindern. Ich bitte Sie weiter um Engagement, um vermehrtes Engagement zum Schutz der Selbstverwaltung, zum Schutz der Demokratie, zum Schutz unseres Staates, vor allem aber zum Schutz des Lebens in unserem Staat!“

Die Gesellschaft muß sich nach ihrer Glaubwürdigkeit fragen lassen

Es ergab sich also hier eine bemerkenswerte Übereinstimmung zwischen dem vorwiegend katholischen Bayern und der Stimma aus dem vorwiegend protestantischen Norden. Denn was Vilmar gesagt hatte, entsprach ziemlich genau der von Professor Sewering gestellten Forderung, die Gesellschaft werde sich immer wieder nach ihrer Glaubwürdigkeit fragen lassen müssen, wenn in mindestens 50 000 Fällen im Jahr ein vermeintlicher sozialer Notstand nur durch die Tötung eines Menschenlebens behoben werden kann („mindestens“ deswegen, weil ja möglicherweise noch einmal eine vergleichbar hohe Zahl von Frauen zum Schwangerschaftsabbruch ins Ausland fährt). Und in ähnlichem Sinne hatte Innenminister Tandler es als „unseres Staates und unserer Gesellschaft unwürdig“ bezeichnet, wenn wir — eines der reichsten Länder der Welt — es zulassen, daß aus sozialer Not abgetrieben wird. Tandler hatte auch den grotesken Gegensatz herausgestellt zwischen der heute so oft gehörten Forderung nach mehr Humanität im Krankenhaus, gegenüber Sterbenden, im Gesundheitswesen schlechthin und andererseits der Gleichgültigkeit, mit denen viele es heute hinnehmen, daß, nachdem die angestrebte Fristenlösung nicht erreicht werden konnte, die Möglichkeit der sogenannten sozialen Indikation dazu mißbraucht wird, praktisch zu einer „Selbstbestimmungsindikation“ zu kommen. Menschlichkeit, sagte Tandler, muß doch unteilbar sein.

Professor Sewering wies darauf hin, daß die Ärzteschaft es nicht als ihre Aufgabe ansehen kann und auch nicht in der Lage wäre, der Gesellschaft die endgültigen Entscheidungen zu diesen sehr schwerwiegenden Problemen abzunehmen. Dies gelte z. B. für die in letzter Zeit in den Medien diskutierte Frage, ob Abtreibung Mord oder „nur“ Tötung sei (Sewering: „Beide unterscheiden sich lediglich durch das Motiv des Täters, aber nicht durch das Ergebnis der Tat“). Die Ärzteschaft müsse aber auch innerärztlich diese Fragen diskutieren, damit der einzelne Arzt klare Leitlinien dafür erhält, wie er sich in dem Dilemma zwischen den Vorschriften der ärztlichen Berufsordnung und der übergeordneten gesetzlichen Regelung des Schwanger-

schaftsabbruches verhalten kann. Deshalb Sewerings zwei Feststellungen: „Wenn sich Ärzte auf den Boden des Gesetzes stellen und Schwangerschaftsabbrüche nach sozialer Indikation vornehmen, so haben sie keinerlei Nachteile oder Maßnahmen von seiten der ärztlichen Berufsvertretung zu befürchten. — Diejenigen Ärzte, welche sich nach ihrer Gewissensentscheidung weigern, einen Schwangerschaftsabbruch nach sozialer Indikation vorzunehmen, werden wir nach besten Kräften vor dem öffentlichen Druck in Schutz nehmen, der trotz garantierter Gewissensfreiheit immer wieder ausgeübt wird.“ Die ärztliche Berufsvertretung habe aber die Pflicht, fügte Sewering hinzu, die Ärzte immer wieder daran zu erinnern, daß sie im Gesetz keinen Schutz finden können vor der permanenten Gewissensfrage, ob der Abbruch einer Schwangerschaft wirklich die einzige Möglichkeit ist (oder: gewesen ist).

Zum Thema „Blaulicht-Doktor“ begrüßte Professor Sewering in seinem Referat zur Eröffnung der Arbeitssitzungen des Bayerischen Ärztetages noch einmal die Äußerung von Staatsminister Gerold Tandler am Vorabend, die Tätigkeit des Rettungsarztes sei keine Krankenhaus-tätigkeit, sondern Teil der normalen ambulanten Versorgung der Bevölkerung. Somit werde es hoffentlich möglich werden, diesen Bereich in Verträgen mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu regeln. Sewering bedauerte, daß in anderen Teilen der Bundesrepublik offenbar die Auffassung vertreten werde, der Einsatz von Rettungsärzten sei Sache der Krankenhäuser und der Krankenhausärzte, und daß man sogar entsprechende Ergänzungen der tarifvertraglichen Regelungen anstrebe.

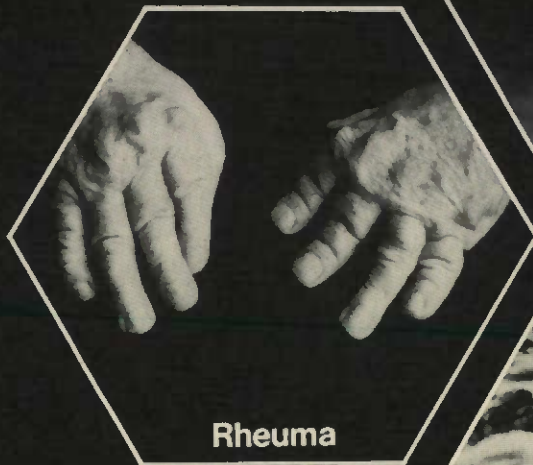
Immer wieder: Gelahren für die niedergelassenen Ärzte

Der Rettungsarzt müsse schon deshalb im Bereich der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung verbleiben — also in der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung —, damit nicht eine übersteigerte Erwartung beim Bürger dazu führt, den normalen kassenärztlichen Notfall- oder Bereitschaftsdienst für etwas Zweit-rangiges zu halten und jedes Mal, „wenn's einem a biss'l schlecht geworden ist“, einen Alarmeinsatz mit

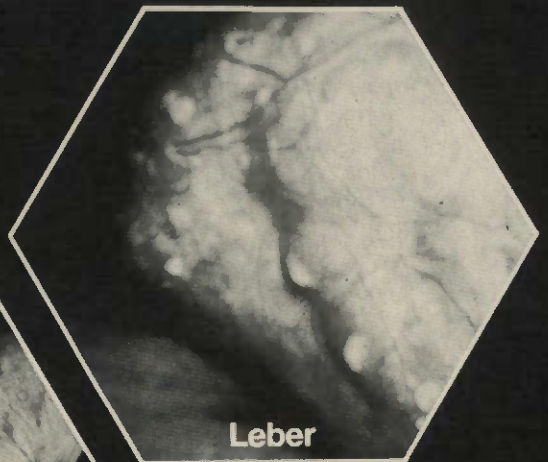
Die kausale Therapie

klinisch gesichert

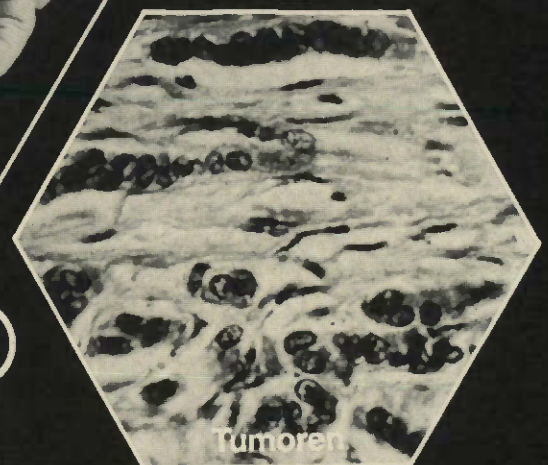
Wirkstoff:



Rheuma



Leber



Tumoren

Gelum[®]

oral-rd

senkt den pathologischen Blut-pH-Wert
aktiviert das Immunsystem
optimiert den Sauerstoffumsatz in der Zelle
reguliert das physiologische Milieu

Indikationen:

Leberzirrhosen, Cholezystitis, Hepatitis, Leberinsuffizienz – Chronische Polyarthrit, rheumatischer Formenkreis, Arthrosen –

Aktivierung des lymphatischen Systems und der Zellatmung, Sklerosen, Sauerstoffmangel-, Gewebe- und Geschwulst-erkrankungen,

Adjuvans in der Zytostatika- und Strahlentherapie.

Kontraindikationen: nicht bekannt (siehe Literatur)

Zusammensetzung:

100 g enthalten:
Kalium-Dieisen (III) triphosphat-Dikalium-Eisen (III) citrat-Komplex 30 g.
L(+)-Milchsäure 2,4 g,
D(-)-Milchsäure 0,6 g,
Vitamin B Komplex 0,16 g,
(Lactoflavin 10 mg,
Pyridoxinhydrochl. 10 mg,
Calc. pantothen. 15 mg,
Aneurinhydrochl. 25 mg,
Nikotinsäureamid 100 mg),
Aqua dest. ad 100 g.

Handelsformen:

Gelum[®] oral-rd 30 ml DM 10.75
100 ml DM 25.50
Klinikpackungen

weitere Darreichungsformen:

Gelum[®]-S 50 g Gel DM 7.25
Antiphlogistikum 100 g Gel DM 13.35

Gelum[®]-L 50 g Salbe DM 7.25
Dermatologikum 100 g Salbe DM 13.35

Gelum[®]-Supp. 10 Supp. DM 6.85
Antivarkosum 40 Supp. DM 23.-



DRELUSSO
PHARMAZEUTIKA

3253 Hessisch Oldendorf 1

Depositeur für Österreich:
Magister DOSKAR Ges. m. b. H.
Weimarerstraße 96
A-1190 WIEN

Blaulicht und Arzt im weißen Mantel zu erwarten. Außerdem aber ergebe sich hier eine gravierende, weil systemändernde Gefahr für die niedergelassenen Ärzte, nämlich der Eingriff einer Institution, des Krankenhauses, in die ambulante Versorgung.

Gerade angesichts solcher Gefahren erwies sich Professor Sewering wieder als der unermüdliche Mahner, der er immer gewesen ist. So setzte er sich erneut für die Intensivierung und Weiterentwicklung der bereits vorhandenen Modelle der programmierten Tumornachsorge ein. Denn der niedergelassene Arzt sei durchaus in der Lage, eine Nachsorge durchzuführen; etwaige Lücken können durch leitende Krankenhausärzte geschlossen werden, die an der ambulanten Versorgung beteiligt sind. Die Tendenz, die gesamte Tumornachsorge in Tumorzentren zusammenzufassen, könnte dazu führen, daß der niedergelassenen Ärzteschaft eine große Aufgabe genommen wird.

Dabei könne jedoch keine Rede davon sein, daß man, wie behauptet worden ist, die Arbeit der Tumorzentren unterlaufen wolle. Im Gegenteil: man habe eine Zusammenarbeit mit den Tumorzentren angeboten, und sie sei auch möglich einschließlich der laufenden Zusammenführung von Untersuchungsbefunden und anderen Daten in einem Zentrum, wenn sie durch eine Kennziffer, die nur der behandelnde Arzt entschlüsseln kann, anonymisiert werden. So könne man auch die Gefahr der Entstehung von Krebsregistern mit personenbezogenen Daten vermeiden.

Von der erfreulichen Bereitschaft von bereits mehr als drei Viertel aller Geburtshelfer in Bayern, an der Ausweitung der bisherigen Münchener Perinatalstudie auf das ganze Land mitzuarbeiten, leitete Professor Sewering noch einmal auf ein Bremer Modell über: die Schwangerenberatung, auch bei Hausbesuchen, durch Hebammen. Professor Sewering erkannte in diesen Absichten einen Vorwand, unter dem eine „Sozialisierung der Schwangerenbetreuung“ eingeführt werden soll. Man müsse nämlich den Zusammenhang mit Plänen im Bundesarbeitsministerium sehen, die Ausbildung der Hebammen dahingehend zu ändern, daß sie die gesamte Schwangerschaftsvorsorge und -betreuung übernehmen können. Was übrigens voraus-

setzen würde, fügte Sewering hinzu, daß der Arzt jede Schwangerschaft an eine Zentrale (möglicherweise das Gesundheitsamt) zu melden hätte, die dann den „Einsatz“ der Hebammen steuern müßte. Hier ergibt sich schon die Frage, ob der Arzt das überhaupt darf.

Daß es immer wieder neue Anlässe gibt, vor solchen Modellen zu warnen und derartige Tendenzen der Institutionalisierung, der Zentralisierung, der Sozialisierung entgegen zu treten, dafür hatte erst kurz vor dem Bayerischen Ärztetag der Landesbezirk Bayern des DGB ein neues Beispiel geliefert mit seiner Idee eines Landesgesundheitsplanes, in dem gleich eine ganze Reihe alter Bekannter wieder auftauchen sollen, von der Kritik an der privatwirtschaftlichen Struktur des Gesundheitswesens mit ihrem „übersteigerten Kommerzdenken“ (!) über die Forderung, den „Graben zwischen ambulanter und stationärer Behandlung“ zu beseitigen, bis hin zu medizinisch-technischen Zentren. „Primitivforderungen“, das war Sewerings Kennzeichen.

„Hoffnungslose Überfüllung wird zum Schicksalsproblem“

Zu dem „Schicksalsproblem der Ärzte“ (Sewering) — die „hoffnungslose Überfüllung“ — gab es auch auf diesem Ärztetag nicht viel, was Hoffnung darauf machen könnte, das Problem werde vielleicht irgendwie verschwinden, wenn man nur nicht zu genau hinschaut. Es gab aber immerhin ein klares Wort Sewerings: die Verantwortung für die hohe Zahl von Studienanfängern liegt nicht bei der Ärzteschaft und auch nicht bei den Hochschullehrern, sondern bei den Politikern.

Der zur Eröffnungsveranstaltung in Bad Tölz anwesende Politiker — Innenminister Tandler — hatte aufgezeigt, wo er die Gefahren einer Ärzteschwemme sieht: in dem Schaden, den die Patienten erleiden könnten, wenn sie „überkuriert“ würden; in der ernstesten Bedrohung für die wirtschaftliche Existenzgrundlage der Ärzteschaft; und in der schlechter werdenden Qualität der Ausbildung der Medizinstudenten und jungen Ärzte. Man werde die Entwicklung genau beobachten, sagte Tandler, und man sei ja dabei, in der sogenannten Kleinen Kommission strukturelle Änderungen der ärztlichen

Ausbildung im Hinblick auf die hohe Studentenzahl zu erarbeiten.

Das würde natürlich das Grundproblem in keiner Weise lösen. Das Grundproblem, so wie Professor Sewering es noch einmal zusammenfassend darstellte, ist auch durch Einzelmaßnahmen an nur einer Stelle bestimmt nicht zu lösen, schon deswegen, weil es durch zusätzliche Teilprobleme überlagert wird. Von in Zukunft jährlich 12 000 bis 14 000 neu approbierten Ärzten finden nur etwa 6000 eine Weiterbildungsstelle. Wenn die übrigen sofort nach der Approbation in die freie Praxis drängen und sofort die Kassenzulassung erhalten würden, dann werden die Bemühungen zunichte gemacht, bei den niedergelassenen Ärzten den Anteil der Allgemeinärzte mit Weiterbildung zu steigern. 1978, berichtete Sewering, hatten von den in der Bundesrepublik für die allgemeinärztliche Tätigkeit neu zugelassenen 1180 Ärzten nur 30 Prozent eine allgemeinärztliche Weiterbildung. Die übrigen müssen sich als praktische Ärzte niederlassen, nach einem zunehmend ungenügenden Studium, und sie würden dabei ab 1980 auch noch auf die Konkurrenz ausländischer Ärzte stoßen, die sich nach EG-Recht dann sofort niederlassen können.

Professor Sewering zeichnete noch einmal die Debatte nach, die beim Deutschen Ärztetag in Nürnberg über den Vorschlag geführt worden war, in Zukunft nur noch weitergebildete Ärzte, also solche mit einer Gebietsbezeichnung, zur Kassenpraxis zuzulassen. Dies stößt allerdings auf eine ganze Reihe von rechtlichen Schwierigkeiten: z. B. könnten Ärzte mit einer anderen Gebietsbezeichnung als Allgemeinmedizin sich nicht für eine allgemeinärztliche Tätigkeit entscheiden, und dies wäre ja eine Einschränkung des Rechtes, das der Arzt bereits mit der Approbation erworben hat. Und außerdem können auch solche Vorschläge letzten Endes die Hauptfragen nicht lösen: wie können 12 000 oder 14 000 Medizinstudenten eine Ausbildung hoher Qualität erhalten? Wo sollen die fehlenden 6000 Weiterbildungsstellen herkommen? Und werden wir in wenigen Jahren etwa vor der Situation stehen, Tausenden von jungen Ärzten nichts anderes bieten zu können als die Aussicht auf Arbeitslosigkeit?

gb

Fotos (3): Max Happach, Bad Tölz

Unser System der freien Berufsausübung ist funktionsfähig

**Ansprache des Bayerischen Staatsministers des Innern
Gerold Tandler
bei der Eröffnung des 32. Bayerischen Ärztetages**

Es ist das erste Mal, daß ich als Innenminister — und damit auch als Gesundheitsminister — am Bayerischen Ärztetag teilnehme und damit einer Ehrenpflicht nachkomme, die in der Rechtsaufsicht über die Kammer begründet ist.

Die Bedeutung des Arztes für den Menschen bedarf keiner Begründung, denn wir alle werden mit den Grenzsituationen des Daseins, mit Krankheit und Tod, konfrontiert. Unsere Aufgabe ist es deshalb, dafür zu sorgen, daß jeder Bürger die Hilfe erhält, die er im Notfall braucht. Hier ist unsere Gesellschaft auf Verantwortungsbewußtsein und Einsatzbereitschaft der Ärzte angewiesen. Beides zeigen unsere Ärzte in reichem Maße und führen damit den Beweis für die Funktionsfähigkeit unseres Systems der freien Berufsausübung.

Wer aus ideologischen Gründen versucht, auch die Ärzteschaft der weit hin zu beobachtenden Tendenz der Gleichmacherei und Gleichschaltung zu unterwerfen und ihr Tun in immer diffizilere Rechtsvorschriften einzu binden, dem fehlt nicht nur das Verständnis für das ärztliche Ethos — denn der Arzt ist zunächst einmal Helfer und nicht „Leistungserbringer“ —, er gefährdet damit auch die ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung, die bis jetzt so hervorragend gewährleistet ist.

So liegt es auch nicht im Sinne der Patienten, wenn aus Mißtrauen in gewissen Kreisen immer lauter nach dem Gesetzgeber gerufen wird, um die ärztliche Tätigkeit lückenloser Reglementierung zu unterwerfen. Wir sollten nicht aus den Augen verlieren: Mit Paragraphen werden *Menschen* jedenfalls nicht gesund gemacht.

Ein Wort zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Die Bestrebungen der Bundesregierung sind ein typischer Beweis für die Absicht, auf legislativem Wege die in ihrer Grundstruktur liberal-konservative Ärzteschaft in die offenbar allein wünschenswerte Kategorie der gewerkschaftlich repräsentierten Bürger

einzuordnen. Nach unserer Vorstellung von den Aufgaben des Staates kann und darf die öffentliche Hand erst dann tätig werden, wenn der einzelne oder die betreffende gesellschaftliche Gruppe ein drängendes Problem nicht selbst lösen kann oder nicht lösen will. Beides trifft aber bei dem die Ärzteschaft betreffenden Anteil an der Kostendämpfung, also bei der Honorierung, nicht zu. Die Ärzte haben bewiesen, daß sie sehr wohl selbst wirtschaftlich und sparsam denken und handeln können.

Die Selbstbeschränkung der Ärzteschaft allein der drohenden Keule „Kostendämpfungsgesetz“ zuzuschreiben, wie es Bundesarbeitsminister Ehrenberg getan hat, und als Beweis dafür auf nunmehr wieder steigende Gesundheitskosten zu verweisen, wird der Problematik nicht gerecht. Jedermann weiß, daß annähernd konkrete Zahlen über die vergangene und bevorstehende Kostenentwicklung erst etwa 1974 — übrigens auf Anstoß eines unlonregierten Landes hin — vorlagen, so daß nicht verwunderlich ist, daß erst dieser Anstoß auch die eigenen Kräfte der Ärzteschaft mobilisierte. Das bloße zeitliche Zusammentreffen der Maßnahmen der Bundesregierung und der Berufsvertretungen gibt keinen Anlaß zu einer spekulativen Motivforschung im Sinne von Ehrenberg.

Daß die Ärzteschaft sich nicht auf einmal errungenem Lorbeer ausruhen will, hat gerade die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns mit ihrem neuen Gesamt- und Honorarvertrag ab Juli 1979 bewiesen und — wie es schon fast Tradition ist — noch dazu in beispielhafter Weise für andere Länder. Diese partnerschaftliche Verhaltensweise, hier zwischen Ärzteschaft und Kassen, ist der richtige Weg; Überzeugungs- und Durchschlagskraft eigenverantwortlichen Handelns sind ungleich wirkungsvoller als der Vollzug der aufgezwungenen Vorstellungen. Der Mangel der „bundesrechtlichen“ Kostendämpfungsbemühungen liegt darin, daß zwar formal eine Einigung den Ver-

tragspartnern überlassen bleibt, staatliche Vorschriften aber den Verhandlungsspielraum künstlich und ohne Not einengen.

Ich hoffe, daß die Bundesregierung lernfähig ist und daß die staatliche Reglementierungs- und Nivellierungssucht nicht bei der gegenwärtig vorbereiteten Änderung der Gebührenordnung für Ärzte wieder auflebt. Der freien Liquidation muß im Interesse unseres bewährten Systems der freien ärztlichen Berufsausübung noch genügend Spielraum verbleiben.

Regelungen in Selbstverwaltung besser als „vom grünen Tisch“

Anlaß meiner sicher nicht umfassenden Darstellung der Schwierigkeiten, mit denen sich die Ärzteschaft heute auseinandersetzen muß, ist der Dank an die Ärzte für die gute Erfüllung ihrer Aufgabe. Noch mehr Dank gebührt Ihnen, meine Damen und Herren Delegierten, die Sie neben Ihrer Berufsausübung noch für die Ärzteschaft insgesamt Verantwortung übernommen haben und in Ihrer kurz bemessenen Freizeit, nicht nur beim Ärztetag, in der Berufsvertretung freiwillig tätig sind. Wir sind uns sehr bewußt, daß die Arbeit zum überwiegenden Teil dem Staat zufallen würde, gäbe es diese selbstverständliche Bereitschaft nicht. Das Arbeitsergebnis wäre dann sicher nicht besser.

Das gilt in hohem Maße für die herausragenden Sachpunkte der Tagesordnung des diesjährigen Ärztetages, die Änderung der Weiterbildungsordnung wie der Berufsordnung.

Gerade die Weiterbildungsordnung bedarf des Sachverständnisses des gesamten Spektrums ärztlicher Tätigkeit und entzieht sich einer Regelung am grünen Tisch. In dieser Erkenntnis haben wir schon bei den Vorbereitungen der notwendigen Neuregelung des Weiterbildungswesens im engen Einvernehmen mit der Kammer das Primat der Ärzteschaft verfochten und auch durchgesetzt. So wollen wir es auch in Zukunft halten.

Die von Ihnen beabsichtigte Änderung der Berufsordnung beweist, daß die Ärzteschaft nicht — wie gelegentlich zu hören ist — an verkrusteten Strukturen festhält, sondern sehr wohl die Zeichen der Zeit erkennt und rasch danach handelt. In der Tat konnten Außenstehende die bishe-

rige Fassung der einschlägigen Bestimmungen der Berufsordnung dahin mißverstehen, daß Kollegialität die Pflicht zu sorgfältiger und sachgerechter Gutachtenserstattung verdrängt. Die Änderung stellt nunmehr für jedermann klar, daß Formulierungsschwierigkeiten nicht als Beweis für den Vorwurf gegenüber der Ärzteschaft dienen können, eine Krähe hacke der anderen kein Auge aus.

Ich hoffe, daß auch diese Änderung der Berufsordnung dazu beitragen wird, das Vertrauen der Bevölkerung zum Arzt zu stärken. „Vertrauen zum Arzt“ heißt nicht Kritiklosigkeit – ein Satz, den ich Ärzten eigentlich nicht zu sagen brauche; denn zu ihren Berufseigenschaften gehören unabdingbar die kritische Prüfung und Auseinandersetzung. Unter „Vertrauen“ verstehe ich hier die Überzeugung von dem Wissen und Können des Fachmannes und von seinem Willen, dieses Wissen und Können zum Wohle des Patienten einzusetzen. Wissen, Können und Wille des Arztes bedürfen zum möglichen Heilerfolg der Mitwirkung des Patienten. Grundlage dafür ist das Vertrauen zum Arzt.

In den nächsten Wochen beginnt der öffentliche Gesundheitsdienst mit einer neuerlichen Impfkaktion gegen die Kinderlähmung. Die 1962 von Bayern als erstem Flächenstaat der Bundesrepublik Deutschland eingeführte Impfung hat zwar dazu geführt, daß die Krankheit bei uns praktisch nicht mehr vorkommt; andererseits ist aber auch das Wissen um die Drohung dieser Krankheit in der Bevölkerung weitgehend verlorengegangen. Auf seinem originären Tätigkeitsfeld, dem Seuchenschutz, hatte der öffentliche Gesundheitsdienst mit dieser Aktion die klassische Maßnahme des Staates gegen eine Seuche, die Quarantäne, aufgegeben und durch individuelle Impfung möglichst vieler eine Populationsimmunität erreicht.

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat diesen Stand in der Folgezeit aber nur dadurch halten können, daß auch die niedergelassene Ärzteschaft mitimpft. Gemeinsam wird heute ein Durchimpfungsgrad erzielt, der die Gefahr eines Zusammenbruchs der Populationsimmunität und damit die Gefahr eines neuerlichen breiten Ausbrechens der Erkrankung gerade noch bannt. Mit Besorgnis habe ich zur Kenntnis genommen, daß jugend-

Mehrheitsbeschlüsse der Selbstverwaltung müssen beachtet werden

Aus dem Grußwort des Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, zum 32. Bayerischen Ärztetag

Selbstverwaltung kann nur wirksam werden, wenn demokratisch gefaßte Beschlüsse in den Gremien auch beachtet werden, sowohl von den eigenen Mitgliedern, die möglicherweise in einer Minderheit unterlegen sind, wie auch in ihren Verbänden. Dies muß ganz besonders jetzt hervorgehoben werden nach dem letzten Deutschen Ärztetag, als man in einigen Bereichen den Eindruck hatte, als solle hier eine Erosion der Selbstverwaltung stattfinden durch Leute, die ihre Abstimmungsniederlagen nicht verwinden konnten, oder aber auch durch Leute, welche Wahrheitsfindung durch einen Dialog mit sich selbst im Spiegel betreiben.

Selbstverwaltung muß aber auch ernst genommen werden bei den Verhandlungs- und Gesprächspartnern. Es darf nicht dazu kommen, daß Wahrheit und Tatsachen aus Gründen der Kontraposition gewissen „Anpassungsprozessen“ unterzogen werden. Es darf auch nicht dazu kommen, daß man Leuten, die lautstark in die Landschaft hineinreden, mehr Glauben schenkt, denn Lautstärke allein ist kein Argument. Würden wir das akzeptieren, dann würde unsere Demokratie zur Phonokratie ...

liche Erwachsene zu etwa 44 Prozent keine Immunität gegen einen Stamm der Polioviren haben. Der Zusammenbruch der Populationsimmunität droht uns also, obwohl niedergelassene Ärzteschaft und öffentlicher Gesundheitsdienst, zwei der drei Säulen des Gesundheitswesens, zusammenarbeiten.

Ähnliche Sorgen bereitet die Inanspruchnahme von Untersuchungen auf chronische Erkrankungen oder auf Stoffwechselstörungen, wie sie von den Kassen seit einiger Zeit angeboten werden. Hier ist eine Untersuchung z. B. der Neugeborenen im Krankenhaus noch möglich, wo die meisten Kinder heute geboren und dort auch gleich auf angeborene oder früh erworbene Krankheiten untersucht werden. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erhält dann die niedergelassene Ärzteschaft nur bedingt Gelegenheit, ihrer wichtigen Aufgabe, der Vorsorgeuntersuchung bei Kindern, nachzukommen.

Unser freiheitliches System kennt nun einmal keine Möglichkeit, Eltern zu zwingen, zum Wohle ihrer Kinder eine solche Untersuchung zu veranlassen. Man mag das aus gesundheitspolitischen Gründen bedauern, muß jedoch das in einem freiheitlichen Staat selbstverständliche Recht auf Selbstbestimmung achten, auch wenn die Entscheidung aus

dem Elternrecht fließt. Da hier vielfach das Wissen fehlt und damit Eltern die Verantwortung für die Gesundheit der eigenen Kinder gar nicht bewußt wird, sehe ich in einer sinnvollen Aufklärung auch durch die Ärzte eine Chance, die Verhältnisse auf lange Sicht zu verbessern.

Eine bayerische „Pioniertat“: Die Perinatafstudie

Ich sage nichts Neues, wenn ich darauf hinweise, daß eine passive Haltung der Bevölkerung gegenüber Möglichkeiten der gesundheitlichen Vorsorge oder der Gesunderhaltung nicht auf die Vorsorgeuntersuchung der Kinder beschränkt ist; dieser Problembereich liegt uns nur ganz besonders am Herzen. Erfreulich ist in diesem Zusammenhang die freiwillige Aktivität von Bayerischer Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns, Berufsverband der Frauenärzte sowie der Perinatologischen Arbeitsgemeinschaft auf dem Gebiet der perinatalen Forschung. Die genannten Einrichtungen haben gemeinsam die sogenannte „Münchener Perinatalstudie“ mit Unterstützung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland fertiggestellt. Damit liegt erstmalig in einem großen Modellversuch für die Jahre 1975 bis 1977 eine

wissenschaftliche Dokumentation mit der detaillierten Auswertung von über 55 000 Geburten vor. Diese aussagekräftige Sammlung relevanter perinatalmedizinischer Daten und deren wissenschaftliche Auswertung ist eine Pioniertat.

Die erfreuliche Zusammenarbeit und das wichtige Ergebnis der Studie waren die Grundlage dafür, mit Beginn des Jahres 1979 die perinatalogischen Erhebungen auf ganz Bayern auszudehnen. Von den 221 Geburtshelfern Bayerns haben sich spontan drei Viertel zur Teilnahme angeboten. Das ist ein schlagender Beweis dafür, wie es ärztlicher Eigeninitiative möglich ist, ohne Verletzung der Schweigepflicht wissenschaftlich brauchbares Datenmaterial zu gewinnen, um in einem wichtigen Teilbereich unseres Gesundheitswesens Fortschritte zu erzielen.

Es war ein Ziel dieser Studie, herauszufinden, wo der Grund für die – verglichen mit Nachbarländern bei uns immer noch höhere – Säuglingssterblichkeit liegt. Es hat sich gezeigt, daß uns nicht die Erklärung beruhigen darf, hier werde eben mit verschiedenen statistischen Ellen gemessen. Es zeigte sich vielmehr klar, daß in der Fürsorge für die Neugeborenen und in der Vorsorge während der Schwangerschaft der Schlüssel für eine Senkung der Säuglingssterblichkeit und in diesem Zusammenhang selbstverständlich auch der Krankheitsanfälligkeit der Mütter und Neugeborenen liegt.

Bei der Fürsorge für die Neugeborenen kann noch viel getan werden, einiges ist bereits geschehen. Bei der Vorsorge während der Schwangerschaft stoßen wir wieder an die Grenzen, die unser freiheitliches System uns gezogen hat. Es bedarf der zähen, unermüdlichen Arbeit aller Beteiligten, um die Betroffenen von der Notwendigkeit der medizinischen Vorsorge zu überzeugen. Ich weiß, hier liegt eine gesundheitspolitische Sisyphusarbeit vor uns, in die auch Sie eingebunden sind.

Müssen wir uns wirklich vor der Ärzteschwemme fürchten?

Bei der Berufszulassung ist es das Stichwort „Ärztenschwemme“, das die gesundheitspolitische Diskussion beherrscht. Ist das richtig, haben wir uns tatsächlich vor einer zu großen Zahl zugelassener Ärzte zu fürchten?



Der Staatsminister des Innern, Gerold Tandler (rechts), mit dem Bürgermeister von Bad Tölz, Dr. Fadinger

Zunächst einmal muß festgestellt werden, daß auch eine noch so gute ärztliche Versorgung der Bevölkerung verbessert werden kann. Das kann neben der Verbesserung des Qualitätsstandes – der keine absolute Obergrenze hat – durch eine größere Zahl von Ärzten geschehen. Die tragbare Obergrenze ist qualitativ erreicht, wenn die Konkurrenzsituation dazu führt, daß Patienten „überkuriert“ werden oder medizinisch Gebotenes unterlassen wird; dann wird der Gesamtheit der Bevölkerung wie dem einzelnen Bürger kein zusätzlicher gesundheitlicher Nutzen zuteil, wenn nicht gar Schaden zugefügt.

Wir werden die Entwicklung genauer beobachten, schon um zu verhindern, daß eine um ihre wirtschaftliche Existenz fürchtende Ärzteschaft zur Selbstsozialisierung schreitet und damit eine unsere freiheitliche Gesellschaft tragende Säule zusammenbricht.

Größere Bedenken bestehen aber schon heute wegen der Erschöpfung oder gar Überschreitung der Kapazität der Ausbildungsstätten. Hier ist die Befürchtung begründet, daß die Studenten nicht so sachgerecht und umfassend ausgebildet werden, um ihren späteren Beruf sofort ohne Sicherheitsrisiko für die Allgemeinheit ausüben zu können. Ich teile die Auffassung des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, daß die Ausbildungsqualität wesentlich von der Zahl der Studen-

ten ebhängt. Dies schon deshalb, weil zu früheren Zeiten schlechtere institutionelle Ausbildungsbedingungen bestanden, die aber nicht verhindert haben, daß wir gute Ärzte bekamen.

Jede Ausbildungsordnung ist zunächst so gut oder so schlecht, wie groß oder wie gering die Bereitschaft der Auszubildenden ist, sich das nötige Wissen und Können für die spätere Berufsausübung anzueignen. Dennoch sollte man bei der gewandelten Ausbildungserwartung vieler Studenten, für die Eigeninitiative nicht mehr so selbstverständlich wie früher ist, nicht zunächst den Versuch unterlassen, strukturelle Änderungen der ärztlichen Ausbildung unter Berücksichtigung der hohen Zahl von Studenten vorzunehmen. Die entsprechenden Vorbereitungen der sogenannten Kleinen Kommission werden in absehbarer Zeit abgeschlossen sein, und der Bundesrat wird sie dann auf ihre Machbarkeit und Zweckmäßigkeit prüfen. Dankenswerterweise hat sich auch schon der diesjährige Deutsche Ärztetag in Nürnberg mit dieser Frage befaßt. Nach meiner bisherigen Kenntnis werden die Vorschläge der Kleinen Kommission von den Empfehlungen des Deutschen Ärztetages im Grundsatz nur wenig abweichen.

Beim Notarzdienst muß Freiwilligkeit im Vordergrund bleiben

Professor Sewering hat in der September-Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“ unseren Rettungsdienst als vorbildlich bezeichnet und mit dieser Feststellung einige Anmerkungen zum Notarzdienst unter der Überschrift „Blaulicht-Doktor“ verbunden. Nach all den Schwierigkeiten, die mit dem Aufbau des Rettungswesens verbunden sind, freue ich mich ganz besonders, auch einmal ein Wort der Anerkennung zu hören, zumal, wenn es aus beruflichem Munde kommt. Die Aufbauphase ist zwar noch nicht abgeschlossen, aber bereits heute läßt sich sagen, daß dank der Anstrengungen aller Beteiligten eine erhebliche Verbesserung unseres Rettungsdienstes in organisatorischer, finanzieller und personeller Hinsicht eingetreten ist.

Mit Freude können wir feststellen, daß ohne staatlichen Zwang in mehr als drei Viertel unserer bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte Krankenhausärzte und ihre nieder-

ratiopharm

Bakterielle Infektionen

OP 10 Tabl. DM 8,--
OP 20 Tabl. DM 15,15

	morgens	abends
Normaldosis	⊖	⊖
Maximaldosis	⊖⊖	⊖⊖
Langzeitbeh.	—	⊖



Zusammensetzung: 1 Tabl. enthält: 2,4-diamino-5-(3,4,5-trimethoxy-benzyl)-pyrimidin (= Trimethoprim) 160 mg + N-(5-Methyl-3-isoxazolyl)-sulfanilamid (= Sulfamethoxazol) 800 mg = 960 mg Co-Trimoxazol.
Dosierung: Erw. und Kdr. über 12 J. 2 x tagl. 1 Tabl., in schweren Fällen anfangs 2 x tagl. 1 1/2 Tabl.
Indikation: bakterielle Erkrankungen mit empfindlichen Erregern
Kontraindikation: bekannte Überempfindlichkeit, Bluterkrankungen, schwere Leber- u. Nierenerkrankungen, Schwangerschaft u. Stillzeit, Früh- u. Neugeborene. Gleichzeitige Gabe von Hexamethylentetramin.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1161, 7902 Blaubeuren

ratiopharm

Zerebrale Durchblutungsstörungen

OP 20 Tabl. DM 25,30
OP 50 Tabl. DM 49,45
OP 100 Tabl. DM 89,85

	morgens	abends
Normaldosis	⊖	⊖
Langzeitbeh.	⊖	—



Zusammensetzung: 1 Retard-Tabl. enthält: Vincamin 30 mg mit verzögerter Wirkstoff-Freisetzung
Dosierung: 2 x tagl. 1 Retard-Tabl.
Indikation: Mangel durchblutung des Gehirns. Zerebrale Durchblutungsstörungen im Gefolge psychischer und neurologischer Symptome. Chronische zerebrale Durchblutungsstörungen unterschiedlicher Genese.
Kontraindikation: Hirntumoren und Erkrankungen mit intrakranieller Druckerhöhung, Schwangerschaft.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1156, 7902 Blaubeuren

ratiopharm

Venen

OP 100 g Salbe DM 13,55

Zusammensetzung: 100 g Salbe enthalten: Heparin-Na 30.000 I.E. D-Panthenol 500 mg
Dosierung: 1-3 x tagl. auftragen
Indikation: Thrombophlebitis, Phlebitis, Phlebotrombose, postthrombotisches Syndrom, Sport- und Unfallverletzungen, Gelenk- und Sehnenkrankungen.
Kontraindikation: keine Hinweise bei Phlebotrombosen, nicht einmassieren.



ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 1156, 7902 Blaubeuren

gelassenen Kollegen in einem organisierten Notarztdienst mitwirken. Ich möchte mich an dieser Stelle für dieses freiwillige Engagement bedanken, aber gleichzeitig damit die Bitte verbinden, auch in den noch nicht versorgten Gebieten einen solchen Notarztdienst aufzubauen.

Der Grundsatz der Freiwilligkeit stand in unseren Bemühungen stets im Vordergrund; dies soll auch weiterhin so bleiben.

Nach unserer Rechtsordnung ist der organisierte Einsatz von Ärzten in Notarzwagen und Rettungshubschraubern keine Krankenhausaufgabe und für die dort tätigen Ärzte als solche auch keine Dienstaufgabe. Vielmehr sollte die Mitwirkung von Krankenhausärzten im Rettungsdienst einer Nebenabrede vorbehalten bleiben.

Leider laufen aber die bundesweit geführten Tarifverhandlungen in eine andere Richtung. Ich bedauere, daß die bewußte und gewollte Zurückhaltung des Gesetzgebers nun von den Tarifpartnern zum Anlaß genommen wird, um auf diese Weise Reglementierungen herbeizuführen. Ich kann mir vorstellen, daß die verstärkte freiwillige Mitwirkung niedergelassener Ärzte, die über die erforderliche Erfahrung in der Notfallmedizin verfügen, diesen Tendenzen entgegenwirken würde. Dem Angebot der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur personellen Seite des Rettungsdienstes stehe ich sehr aufgeschlossen gegenüber.

Für die soziale Indikation sollte es keinen Grund mehr geben

Ich bin der Meinung, wenn sich im Vollzug der Neuregelung des § 218 StGB ergibt, daß die nicht nur optisch letzte der zulässigen Indikationen faktisch absolut dominiert – im ersten Halbjahr 1979 wurden auf Bundesebene rund 70 Prozent der Abbrüche wegen sozialer Indikation vorgenommen –, wenn also die soziale Indikation so drastisch im Vordergrund steht und die übrigen Indikationen nur rein statistischen Wert erhalten, dann *muß* man darüber reden, ob nicht der Wille des Gesetzgebers verfehlt wurde. Von Beginn an war es ja schon widersprüchlich, daß unser hochentwickelter Sozialstaat sozialrelevante Gründe und soziale Härten sehen

konnte, die einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen sollen.

Soziale Härten durch Beseitigung des Objektes beheben zu wollen, dem eine Fülle vorhandener Einrichtungen und Leistungen zur Hilfe dienen sollen, ist, gelinde gesagt, eine recht seltsame Auffassung. Sie beweist, daß das von der Bundesregierung tatsächlich Bezweckte nur eine falsche Bezeichnung trägt. Ehrlicher wäre gewesen, dem angestrebten und heute faktisch erreichten Ziel, der Fristenlösung nämlich, die Bezeichnung „Selbstbestimmungsindikation“ zu geben.

Ich verkenne nicht die echten Nöte und Schwierigkeiten, in die eine werdende Mutter geraten kann. In den weitaus überwiegenden Fällen *muß* es aber möglich sein, nicht nur durch finanzielle Leistungen, sondern vor allem durch Verständnis, Hingabe, Zeit, die man sich nehmen muß, und durch Menschenliebe die nötige Hilfe zu geben, damit werdendes Leben zu einem Kind, zu einem Menschen heranreifen kann. Es ist unverständlich, daß ein Eintreten für Menschlichkeit in diesem Bereich vielen fast schon ein Ärgernis ist, sogar denen, die heute in der Öffentlichkeit, in Konferenzen, Arbeitsgruppen und anderswo so nachhaltig für mehr Humanität im Krankenhaus, gegenüber Sterbenden, im Gesundheitswesen schlechthin zu Felde ziehen. Das ist sehr begrüßenswert – aber Menschlichkeit ist, so meine ich, unteilbar.

Es ist bekannt, daß sowohl die ursprünglich geplante Fristenlösung auf Initiative Bayerns verhindert und daß auch die geltende Indikationsregelung gegen die Stimme Bayerns im Bundesrat beschlossen wurde. Wir stehen nach wie vor zu dieser Auffassung.

Wenn dennoch eine Bundesrats-Initiative Bayerns zur Abschaffung der Indikationsregelung nicht erwogen wird, so liegt das einmal daran, daß die Änderung eines Gesetzes nicht ein besseres Gesetz garantiert. Zum anderen ist eine Strafvorschrift – das hat die Erfahrung gezeigt – nicht unbedingt ein taugliches Mittel, um Abtreibungen zu verhindern.

Die derzeitige Praxis aber können und dürfen wir nicht hinnehmen. Ist es nicht unseres Staates und unse-

rer Gesellschaft unwürdig, wenn wir – eines der reichsten Länder der Welt – zulassen, daß aus sozialer Not abgetrieben wird?

Wir müssen deshalb alles tun und dürfen keine Mittel scheuen, damit es für eine werdende Mutter keinen Grund mehr geben kann, die soziale Indikation als Grund für einen Schwangerschaftsabbruch in Anspruch zu nehmen.

Alle gesellschaftlichen Kräfte zusammen müssen dieses Ziel anstreben, nicht nur Hilfsorganisationen und Beratungsstellen, ganz besonders aber die Kirchen, die gerade hier große Verantwortung tragen. Ich begrüße das Engagement der Kirchen, das sich gerade in diesen Tagen wieder deutlich gezeigt hat. Aber lassen Sie mich auch ganz offen sagen: Die Aktivität der Kirchen darf sich nicht nur im moralisierenden Hinweis auf kirchliche Lehrmeinungen erschöpfen. Nur zu oft haben auch Seelsorger durch ihre Verhaltensweise dazu beigetragen, daß hilfeschuchende Frauen nur noch mehr in Gewissensnot gestürzt worden sind.

Auch die Gesellschaft muß durch den Abbau von Vorurteilen und durch die Bereitschaft zu menschlicher Hilfe den in Not Geratenen beistehen. Es ist widersprüchlich, wenn einerseits die Zahl der Adoptionswilligen in Bayern ungefähr siebenmal so hoch ist wie die Zahl der zur Adoption stehenden Kinder und andererseits werdendem Leben aus sozialen Gründen das Existenzrecht versagt wird.

Wenn wir alle den Verfassungsauftrag des Sozialstaats ernst nehmen, dann können wir erreichen, daß sich das Problem der sozialen Indikation von selbst erledigt. Und das hat meines Erachtens Inhalt der Politik auf diesem Gebiet in den nächsten Jahren zu sein!

Zum Schluß möchte ich Ihnen die herzlichen Grüße des Ministerpräsidenten sowie der gesamten Staatsregierung, insbesondere die Grüße meines Kollegen Dr. Pirkel, überbringen. Der Ministerpräsident, die gesamte Staatsregierung und ich wünschen Ihnen viel Erfolg für Ihre Sitzungsarbeit und als Ausgleich für die Anstrengungen, die Sie erwarten, einen erholsamen Aufenthalt in Bad Tölz.

Aktuelle Aspekte der Gesundheitspolitik

Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, MdS, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, zur Eröffnung des 32. Bayerischen Ärztetages in Bad Tölz

Der Bürgermeister hat uns in seinem Grußwort ein plastisches Bild der Probleme und Aufgaben dieses Kurortes vermittelt, und ich bin sicher, daß das euch nach unserer Heimkehr in Erinnerung bleibt und daß vielleicht neue Bande mit dieser Stadt entstanden sind.

Ich danke meinem Kollegen Vilmar für seine Ausführungen, für sein klares Bekenntnis zur ärztlichen Selbstverwaltung, aber auch zu der damit verbundenen Verantwortung derer, denen der Gesetzgeber diese Selbstverwaltung zugesagt hat. Ich danke ihm auch für seine Ausführungen, und zwar nicht nur seine heutigen Ausführungen, zu dem so schwerwiegenden Thema des Schwangerschaftsabbruches, das uns in der letzten Zeit so sehr beschäftigt.

Lassen Sie mich aus den instruktiven und für uns sehr wesentlichen Ausführungen des Staatsministers nur zwei Punkte kurz ansprechen: die Frage, wie steht es mit dem ärztlichen Nachwuchs; und dem „Blaulichtdokter“.

Wenn in Kürze zehn- bis zwölftausend und dann vielleicht noch mehr junge Ärzte die Universität verlassen und ihre Approbation erhalten, dann ist es gar keine Frage des Überlegens mehr, was aus diesen Ärzten werden kann. Sondern dann brauchen wir nur festzustellen, daß an den Krankenhäusern der Bundesrepublik nicht mehr als maximal 6000 Stellen pro Jahr frei werden können, daß also alle Neuapprobierten, die über diese Zahl hinausgehen, keine Chance haben, eine Stelle als Arzt an einem Krankenhaus zu erhalten. Das ist eine rein zahlenmäßige Feststellung, an der niemand vorbei kann (die Situation ist ähnlich bei den Lehrern: die Zahl der Planstellen ist festgelegt). Die Tätigkeit am Krankenhaus halten wir aber für eine unverzichtbare Phase ärztlichen Tuns, bevor sich der Arzt in eigene Praxis begibt. Darin sehen wir das wesentlichste Problem der ärztlichen Nachwuchsschwemme, und wir befürchten, daß sich daraus schwerwiegende Folgen

für die ärztliche Versorgung, aber auch für unsere gesellschaftliche Struktur ergeben.

Die Probleme der Ausbildung, mit denen sich die Hochschullehrer beschäftigen müssen, sind nicht minder brennend. Ich halte es für mutig und konsequent, daß die Hochschullehrer wiederholt darauf hingewiesen haben, daß die derzeitige Studentenzahl von ihnen nicht mehr nach den Grundsätzen der Approbationsordnung ausgebildet werden kann. Die Verantwortung für diese hohen Zahlen von Studienanfängern liegt also weder bei der Ärzteschaft noch bei den Hochschullehrern, sondern bei denen, die das politisch zu verantworten haben; das muß hier festgehalten werden.

Ich bin sehr dankbar, daß der Staatsminister hier festgestellt hat, daß die Tätigkeit des Rettungsarztes, des „Blaulichtdoktors“, wie ich ihn nannte, keine Krankenhaus-tätigkeit ist, sondern ein Teil der ambulanten Versorgung unserer Bevölkerung. Damit ergeben sich aber schon ganz klar die Konsequenzen, wer hier Verantwortung und Organisation im personellen, im ärztlichen Bereich zu tragen hat. Hier sind es die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung, denen der Gesetzgeber den Auftrag gegeben hat, die ambulante ärztliche Versorgung sicherzustellen; und wir bekennen uns dazu, daß auch der Dienst des Rettungsarztes mit dem Blaulicht ein Stück dieser Sicherstellung der ärztlichen Versorgung darstellt. Ich hoffe, daß die noch im Innenministerium bestehenden Bedenken dagegen, mit der Kassenärztlichen Vereinigung diese Dinge zu regeln, in Bälde überwunden werden und wir zu einer konstruktiven Zusammenarbeit gelangen, die im übrigen mit den Rettungsorganisationen längst hergestellt werden konnte.

Vor einem Jahr habe ich Stellung genommen zu einem damals bekanntgewordenen Gesetzentwurf der Bundesregierung, durch den die Organtransplantation in der Bundesrepublik gefördert und rechtlich abgesichert werden sollte. Der Ent-

wurf sah vor, daß jeder Bundesbürger in seinem Personalausweis einen Widerspruch eintragen lassen könne, wenn er nicht wünsche, daß nach seinem Tod Organe aus seinem Körper entnommen und verpflanzt werden sollen.

Organspende — offene Eintragung steht nicht mehr zur Debatte

Nachdrücklich habe ich davor gewarnt, eine so höchst persönliche Entscheidung des einzelnen Bürgers offen in den Personalausweis einzutragen mit der Folge, daß diese Entscheidung jedem offenbar wird, der das Recht und die Aufgabe hat, in einen solchen Personalausweis Einblick zu nehmen. Meine Forderung ging dahin, dem Bürger eine Möglichkeit der Willensentscheidung zu eröffnen, die erst nach seinem Tode dritten Personen zur Kenntnis kommen kann. Diese Auffassung wird heute allgemein vertreten. Eine offene Eintragung der Entscheidung steht nicht mehr zur Debatte.

Die Bayerische Landesärztekammer hat sich um die Organtransplantation in der Folgezeit ganz besonders gekümmert. Wir veranstalteten ein Transplantationskolloquium, bei dem alle einschlägigen Fragen ausführlich dargelegt und diskutiert wurden. Diese Aussagen wurden im „Bayerischen Ärzteblatt“ publiziert, in einem Band unserer Schriftenreihe zusammengefaßt und den bayerischen Ärzten zur Verfügung gestellt.

Der Bayerische Ärztetag hat schon vor einem Jahr nachdrücklich zur Organspende aufgerufen. Über das Ergebnis unserer Bemühungen kann ich Ihnen heute berichten. Ich stütze mich dabei auf einen Bericht des Transplantationszentrums München, der im Zusammenhang mit einer Anhörung im Deutschen Bundestag abgefaßt worden ist. Darin werden die Bemühungen unserer Kammer geschildert und als Ergebnis festgestellt: „Die Kooperationsbereitschaft der Kollegen aus den auswärtigen Unfallkrankenhäusern, in denen ein Großteil aller in Frage kommenden Spender liegen, hat seitdem sprunghaft zugenommen.“

Damit ist die Voraussetzung gegeben, daß auch in den peripheren Unfallkrankenhäusern Explantationen von Organen vorgenommen werden können. Mit dieser Feststellung ist eine der wesentlichsten Grundvoraussetzungen erfüllt, um in Zukunft

eine ausreichende Anzahl von Spenderorganen gewinnen zu können."

Die Explantationsfrequenz pro Monat stieg von 1,33 im Jahre 1976 auf mittlerweile (Stand August 1979) 5,5 an. Es gelang im Verlauf des letzten Jahres (1. September 1978 bis 31. August 1979), über 100 Nierentransplantate am Transplantationszentrum München in engster Zusammenarbeit mit vielen peripheren Spender-Krankenhäusern zu gewinnen.

Der Bedarf an Spendernieren kann in München bereits gedeckt werden!

Diese Zahl entspricht derzeit durchaus dem Bedarf an Nieren für chronisch nierenkranke Patienten im Einzugsgebiet des Transplantationszentrums München (Oberbayern, Niederbayern, Schwaben, Oberpfalz). Zu erwähnen ist, daß nicht die Zahl von 100 entnommenen Nieren entscheidend ist, sondern von größerer Wichtigkeit ist der Trend einer stetigen Zunahme von Spenderangeboten und Explantationen, insbesondere in den auswärtigen Krankenhäusern. Dies läßt hoffen, daß in den nächsten Jahren eine weitere Steigerung der Explantationsfrequenz zu erwarten ist.

Ich möchte keineswegs verschweigen, daß diese erfreuliche Entwicklung mitgetragen wird von Krankenkassen, caritativen Organisationen, Kirchen, staatlichen Stellen und anderen, die in einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit zu einer Bewußtseinsänderung der Öffentlichkeit beigetragen haben.

Insgesamt zeigt sich hier eber, daß der ständige Schrei nach dem Gesetzgeber keineswegs der Weisheit letzter Schluß ist. Wir bayerischen Ärzte freuen uns natürlich ganz besonders, daß die von uns entwickelte Initiative so schöne Früchte getragen hat und damit eine Aufgabe lösbar wurde, die uns noch vor kurzer Zeit mit größter Sorge erfüllte.

Der unerfreuliche Streit um Paragraph 218

Auch ein anderes, wenig erfreuliches Thema, das bei der Eröffnung des 31. Bayerischen Ärztetages vor einem Jahr angesprochen wurde, muß ich erneut aufgreifen.

Ich habe gewarnt vor dem zunehmenden Druck auf Ärzte, die nach ihrer Gewissensentscheidung Schwangerschaftsabbrüche nach der sozialen Indikation ablehnen. Zugleich habe ich auf den beklemmenden Vergleich unserer Geburtenzahl mit der Zahl der Abtreibungen hingewiesen. Das Thema hatte aber für die Öffentlichkeit nur ein geringes Interesse.

Erst der schockierende Vergleich, den unser Kollege Holzgartner in die Öffentlichkeit schleuderte, hat die Diskussion um den § 218 und den Schwangerschaftsabbruch auf volle Touren gebracht.

Um diesen Vergleich sind heftige Auseinandersetzungen entbrannt. Diesen Meinungsstreit kann die ärztliche Berufsvertretung der Öffentlichkeit überlassen. Das gilt auch für die Frage, ob die Abtreibung Mord oder „nur“ Tötung ist. Beide unterscheiden sich lediglich durch das *Motiv* des Täters, aber nicht durch das Ergebnis der Tat. Das Bundesverfassungsgericht hat festgestellt: „Der Nasciturus ist ein selbständiges menschliches Leben, das unter dem Schutz der Verfassung steht.“

Dennoch wurden im Jahr 1978 im Statistischen Bundesamt rund 50 000 Schwangerschaftsabbrüche aus sozialer Indikation registriert. Auch wenn der Schwangerschaftsabbruch aus sozialer Indikation geltendes Recht ist, wird sich unsere Gesellschaft immer wieder nach ihrer Glaubwürdigkeit fragen lassen müssen, wenn in 50 000 Fällen ein angeblicher sozialer Notstand nur durch die Tötung eines Menschenlebens behoben werden konnte. Ich erinnere dabei auch an eine erschreckende Information, welche die Bundesregierung im vergangenen Jahr gegeben hat, wonach in einem Jahr zusätzlich noch rund 60 000 Frauen zum Schwangerschaftsabbruch nach Holland gefahren seien.

Permanente Gewissensfrage für die Ärzte

Wenn sich Ärzte auf den Boden des Gesetzes stellen und Schwangerschaftsabbrüche nach sozialer Indikation vornehmen, so haben sie keinerlei Nachteile oder Maßnahmen von seiten der ärztlichen Berufsvertretung zu befürchten. Die Berufsordnung der bayerischen Ärzte sagt:

„Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten.“ Nachdem das Gesetz aber der Berufsordnung übergeordnet ist, sind seine Maximen maßgeblich für die Auslegung und Anwendung dieser Bestimmung. Die ärztliche Berufsvertretung hat eber sehr wohl die Pflicht, die Ärzte immer wieder daran zu erinnern, daß ihnen auch das Gesetz keinen Schutz bietet vor der permanenten Gewissensfrage, ob der von ihnen vorgenommene Schwangerschaftsabbruch mit der Folge der Tötung ungeborenen menschlichen Lebens bei sorgfältiger Güterabwägung wirklich die einzige Alternative gewesen ist.

Ich möchte in diesem Zusammenhang auch der großen Gruppe niederbayerischer Ärzte für ihre mutige „Initiative“ zum Schutze werdenden Lebens danken.

Diejenigen Ärzte, welche sich nach ihrer Gewissensentscheidung weigern, einen Schwangerschaftsabbruch nach sozialer Indikation vorzunehmen, werden wir nach besten Kräften vor dem öffentlichen Druck in Schutz nehmen, der trotz garantierter Gewissensfreiheit immer wieder ausgeübt wird.

Unsere Gesellschaft sollte die Diskussion dieser Frage nicht als lästig beiseite schieben, sondern sich ihr stellen und eine Antwort suchen.

Vorbildliche „Privatstudie“

Lassen Sie mich aus dieser Schattenseite unseres gesellschaftlichen Seins zurückkehren in die wärmende Sonne unserer Bemühungen um die Erhaltung menschlichen Lebens. Frauenärzte und Kinderärzte aus dem Großraum München haben zusammen mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in den letzten Jahren die Münchener Perinatalstudie durchgeführt. In den Jahren 1975/77 wurden 55 000 Geburten erfaßt und nach einem festgelegten Programm ausgewertet.

Dabei gewannen wir Erkenntnisse, welche entscheidend zur weiteren Senkung der perinatalen Sterblichkeit beitragen werden. Die hohe Bedeutung der seit Jahren durchgeführten ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft konnte bewiesen werden.

Otriven

im

Dosierspray

Ohne
Treibgas



- SCHONENDER
- INTENSIVER
- RATIONELLER

GEGEN SCHNUPFEN IMMER DAS RICHTIGE: Otriven

Zusammensetzung: Xylometazolin-hydrochlorid. Für Erwachsene und Schulkinder Lösung 0,1%: im Dosierspray, in der Pipettenflasche, in der Plastiksprühflasche (*Otriven Spray); *Otriven Gel 0,1%. Für Säuglinge und Kleinkinder Lösung 0,05%: in der Pipettenflasche. **Indikationen:** Rhinitis verschiedener Genese, OTRIVEN Gel besonders bei Neigung zur Austrocknung der Nasenschleimhaut. **Kontraindikationen:** Rhinitis sicca (ausgenommen OTRIVEN Gel), Engwinkelglaukom. **Nebenwirkungen:** Bei besonders empfindlichen Patienten können nach Anwendung von OTRIVEN kurzfristig lokale Reizerscheinungen auftreten, in einzelnen Fällen auch eine reaktive Hyperämie. **Besondere Hinweise:** Bei chronischer Rhinitis ist eine längerdauernde Anwendung von vasokonstriktorischen Mitteln nicht indiziert. Die vorgeschriebenen Dosen sollen bei Säuglingen und Kleinkindern nicht überschritten werden. **Handelsformen und Preise:** Lösung 0,1%: im Dosierspray 10 ml DM 6,96; in der Pipettenflasche 10 ml DM 4,55, 20 ml DM 8,35; OTRIVEN Spray 0,1% 10 ml DM 5,40; OTRIVEN Gel 0,1% Tube 10 g DM 5,40. Lösung 0,05%: in der Pipettenflasche 10 ml DM 3,93. Anstaltspackungen.

C I B A

Diese Münchener Perinatalstudie ist inzwischen als Standardwerk anerkannt und zählt zu den großen gesundheitspolitischen Leistungen bayerischer Ärzte. Die Bayerische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns haben angesichts der hohen Bedeutung der ärztlichen Sorge um Mutter und Kind beschlossen, die permanente Erfassung der Geburten im Sinne einer Qualitätssicherung der Geburtshilfe nunmehr auf ganz Bayern auszuweiten.

Ausweitung auf die Geburtshilfe in ganz Bayern

Obwohl wir uns erst im Aufbau dieser bayerischen Perinatalstudie befinden, haben sich bereits 77 Prozent aller Geburtshelfer in Bayern freiwillig angeschlossen. Wir hoffen, auch die restlichen noch gewinnen zu können. Die Kosten dieser Erfassung trägt für alle kassenärztlich tätigen Belegärzte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Die den Anstaltskrankenhäusern erwachsenen Selbstkosten haben die bayerischen Krankenkassen als Teil des Pflegesatzes anerkannt und damit zum Erfolg beigetragen. Wir haben für diese Aufgeschlossenheit besonders zu danken.

Damit ist Bayern wieder einmal bahnbrechend auf einem so bedeutenden Gebiet der Vorsorge für die Erhaltung von Leben und Gesundheit.

Was soll die DGB-Forderung nach einem „Landesgesundheitsplan“?

Vor wenigen Tagen überraschte uns der DGB-Landesbezirk Bayern mit der Forderung nach Aufstellung eines „Bayerischen Landesgesundheitsplans“. Es ist heute natürlich nicht möglich, abschließend zu den Forderungen des DGB-Bezirks Bayern und den Ausführungen seines Vorsitzenden in allen Einzelheiten Stellung zu nehmen. Einige Kernaussagen aus dem umfangreichen Referat bedürfen aber doch einer raschen Beantwortung.

Es wird gesagt, die Kosten des Gesundheitswesens seien in beängstigendem Maße gestiegen. Eine entscheidende Ursache sieht der DGB in der „privatwirtschaftlichen Struktur“ weiterer Bereiche des Gesundheitswesens, die durch ein überstei-

geres Kommerzdenken eine Orientierung oder gar eine Planung an gesamtgesellschaftlichen Bedürfnissen erschwert oder unmöglich macht.“

Tatsache ist demgegenüber, daß der stärkste Kostenanstieg auf dem Krankenhaussektor zu verzeichnen ist, also genau auf dem Sektor, der eben gerade keine privatwirtschaftliche Struktur aufweist. Der Anteil der Krankenhauskosten an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung ist von 20 Prozent 1965 auf 33 Prozent 1977 angestiegen. Demgegenüber sank der Anteil der Ausgaben für ambulante kassenärztliche Versorgung, also für den Sektor, der völlig privatwirtschaftlich strukturiert ist, von 20 Prozent in 1965 auf 16,7 Prozent in 1977, obwohl in diesem Zeitraum von zwölf Jahren die Zahl der Kassenärzte in der Bundesrepublik von 43 765 auf 48 308 gestiegen ist.

An einer anderen Stelle seiner Rede sagte der DGB-Vorsitzende: „Es ist ein Unding, daß die Kassenzulassung durch die Kassenärztliche Vereinigung allein und nicht durch die Krankenkassen mitentschieden wird. Damit wollen wir Gewerkschaften als Vertreter der Versicherten nicht das Recht der freien Niederlassung der Ärzte beseitigen, aber durch die Mitsprache über die Frage der Kassenzulassung eine ausgeglichene Verteilung der Arztpraxen über das ganze Land verwirklichen.“

„Beklemmende Unwissenheit“ beim DGB

Es ist schon beklemmend, wenn der Vorsitzende eines so großen DGB-Landesbezirks über Fragen der gesundheitlichen Versorgung unserer Bevölkerung redet und heute noch nicht weiß, daß die Kassenzulassung von Ärzten schon seit Jahrzehnten durch Zulassungsausschüsse erfolgt, welche paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Ärzte besetzt sind. Daß durch die von ihm gewünschte Mitsprache über die Frage der Kassenzulassung die ausgeglichene Verteilung der Arztpraxen über das ganze Land verwirklicht werden soll, zeigt darüber hinaus eine totale Unkenntnis der Rechtslage, wie sie in unserem Lande gegeben ist.

Der Redner wendet sich gegen die angebliche Medizinmaschinerie in

der Kassenpraxis und fordert zugleich die Einrichtung von medizinisch-technischen Zentren sowie die Beseitigung des angeblichen Grabens zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, also die Einführung der Krankenhausambulatorien. Wenn er sagt, der Kranke werde den gleichen Prozeduren zweimal, unter Umständen sogar dreimal und noch mehrmal, unterworfen, und die Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung koste Unsummen Geld, so zeigt das eine Wirklichkeitsferne, die sich natürlich ein Bürger unseres Landes leisten kann, aber eben nur dann, wenn er es vermeidet, über Fragen der ärztlichen Versorgung zu reden.

Großhadern, so meint der DGB-Vorsitzende, gleiche mehr dem Frankfurter Flughafen oder einer modernen Fabrik als einer Stätte, in der Menschen gesund werden sollen. Dies ist eine Herabsetzung der Ärzte, Schwestern und des Personals eines Klinikums, in dem sich alle Beteiligten bemühen, Medizin auf einem Niveau zu betreiben, welches sich in dieser Welt sehen lassen kann. Wenn er weiter bedauert, daß dem Patienten bei einem dreiwöchigen Aufenthalt sieben neue Schwestern entgegentreten, so kann man dem nur hinzufügen, daß bei Verwirklichung der Forderungen nach Arbeitszeitverkürzung und Urlaubsverlängerung dem Patienten in einigen Jahren nicht nur sieben, sondern ein gutes Dutzend Schwestern entgegentreten werden und zusätzlich auch noch bei jeder Visite ein anderer Arzt.

Die Behauptung, Arbeitnehmer nähmen gesundheitliche Leistungen weit weniger in Anspruch als andere soziale Schichten, läßt sich mit der Wirklichkeit nicht in Übereinstimmung bringen.

Der DGB-Vorsitzende fordert schließlich eine Änderung der Reichsversicherungsordnung in dem Sinne, daß die Kassen die Kosten für die medizinische Pflege der alten Menschen übernehmen sollen. Es ist bekannt, daß Insassen von Altenheimen als ambulante Patienten gelten und seit eh und je kassenärztlich versorgt werden. Wenn nun aber die Krankenkassen auch noch die Kosten für die medizinische Pflege übernehmen sollen, dann fragt man sich, was von den Appellen nach Bei-

(Fortsetzung auf Seite 990)

Ein festlicher Auftakt zum 32. Bayerischen Ärztetag

Bei mildem Herbstwetter versammelte sich am Abend des 12. Oktober zur Eröffnung des Ärztetages eine große Zahl von Delegierten, Gästen und ihren Oemen in Europes größter Trink- und Wendelhalle der Jodquellen AG in Bad Tölz.

Professor Dr. Sewering begrüßte die Oelegierten der über 28 000 Ärzte Bayerns und die zahlreichen Ehrengäste, an ihrer Spitze als Vertreter der Bayerischen Steetsregierung und des Ministerpräsidenten Dr. h. c. Frenz Josef Strauß den bayerischen Staatsminister des Innern, Gerold Tandler, den Vorsitzenden des Ausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik des Bayerischen Landtags und den Vorsitzenden des Bayerischen Landesgesundheitsretes, Franz von Prümmer, und die Mitglieder des Bayerischen Landtags Stadträtin Harrer, die Herren Dumann und Erhard, Or. Fleth, Regierungsrat Gütlein; den Vorsitzenden der Landtagsfraktion der FOP, Direktor Jäger, sowie Rechtsanwalt Klesen; ferner den Präsidenten des Bayerischen Senats, Freiherrn Poschinger von Frauenau. Weiterhin hieß er Senator Ministerialdirigent Or. Kläb, Leiter der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, sowie die Mitglieder des Bayerischen Senats Baehr, Oberemtsrat Bloss, Oberlehrer Oengscherz und Kunzmenn, willkommen. Professor Or. Sewering entbot weiterhin seinen Gruß dem Staatssekretär des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Rosenbauer, vom Bayerischen Staatsministerium des Innern Ministerialdirektor Dr. Süß, dem Leiter der Gesundheitsebeilung Ministerialdirigent Dr. Dreusnick und weiteren Herren dieses Ministeriums, darunter den Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft, Ministerialrat Scholz; ferner vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Ministerialdirektor Dr. Schmatz, sowie den Damen und Herren dieses Ministeriums und den Vertretern weiterer Landesbehörden.

Ein herzlicher Willkommensgruß gelt dem Staatsminister e.D. Or. h. c. Junker, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft, dem Vorsitzenden der Arbeitgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten und Präsidenten des Bezirkstages von Oberbayern, Bürgermeister Klimm, in Vertretung des Präsidenten der Regierung von Oberbayern dem Regierungsvizepräsidenten Or. Haniel, dem Vorsitzenden des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages und Präsidenten der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin Professor Or. Valentin, weiteren Herren dieser Akademie; dem Präsidenten des Bayerischen Obersten Landesgerichtes, Or. Schler, dem Präsidenten des Bayerischen Landessozialgerichtes, Jörg, dem Vizepräsidenten Wolf und weiteren Vertretern der Sozialgerichte und dem Vorsitzenden des Landesberufungsgerichtes für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht, dem Vorsitzenden Richter Zitzmann, und dem Vorsitzenden des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München, Richter Wolf.

Der Präsident konnte weiterhin den Kommandeur der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, Generalarzt Or. Linde, den Leiter des Flugmedizinischen Instituts der Luftwaffe, Generalarzt Dr. Gerbe, und den Wehrbereichsarzt VI, Oberarzt Or. Köpke, begrüßen; ferner den Ersten Bürgermeister der Stadt Bad Tölz, Dr. Fedlger, den Zweiten Bürgermeister, Stadtrat Egger, sowie weitere anwesende Mitglieder des Stadtrates, darunter die Frektionsvorsitzenden der CSU, SPO und der Freien Wählergemeinschaft, und den Landrat Or. Huber.

Professor Or. Sewering hieß als Vertreter der katholischen Kirche Pfarrer Krug und den Quardian des Franziskanerklosters, Peter Prummer, willkommen. Er begrüßte weiter den Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer, Knies, und ihren Vizepräsidenten, Or. Winkhofer, sowie den Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Abteilungsdirektor

Albrecht, den Vorsitzenden des Landesverbandes Bayern des Bundes deutscher Architekten, Dipl.-Ing. Architekt Lanz. Er begrüßte danach aus dem Kreise der Vertregspartner den Vorsitzenden des Landesverbandes der Betriebskrenkenkassen in Bayern, Oirektor von Hassell, den Oirektor i. R. Dellinger sowie die Direktoren Schrödl und Wunderlich; vom Landesverband der Innungskrenkenkassen in Bayern den Vorstandsvorsitzenden, Abenthum, die Geschäftsführerin i. R. Mathilde Schmid, sowie den Geschäftsführer Holmer; von der landwirtschaftlichen Krenkenkasse Oberbayern den Ersten Vorsitzenden, Freiherrn von Freyberg, den stellvertretenden Vorsitzenden Hausladen und den Geschäftsführer Or. Braun; den Vorsitzenden des Landesauschusses Bayern des Verbandes der Angestelltenkrenkenkassen, Direktor Geissinger, sowie den Geschäftsführer Mayr; und von der Allgemeinen Ortskrenkenkasse für die Kreise Bad Tölz/Wolfratshausen und Miesbech Oirektor Gabler.

Für ihre Teilnahme an der Eröffnung dankte Professor Or. Sewering weiterhin dem Geschäftsführer der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, Direktor Eberlein, dem Betriebs- und Krankenhausreferenten der Landeshauptstadt München, Stadtrat Dr. Genzel, und von der Vereinigten Krenkenversicherung Generaldirektor Meineke und Direktor Tröster, für die Winterthur-Versicherungsgruppe Abteilungsdirektor Jahn, von der Niederlassung München der Deutschen Apotheker- und Ärzebank Oirektor Kehlich, ferner ellen Vertretern von Behörden und Ämtern. Aus der Familie der Heilberufe konnte Professor Or. Sewering willkommen heißen: Oen Vizepräsidenten der Bayerischen Lendestierärztekammer, Oberregierungsveterinärat Dr. Kleemann, sowie den Geschäftsführer Or. Zesewitz, den Vizepräsidenten der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Zahnarzt Winter, sowie den Vorsitzenden des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern, Dr. Gahbauer. Dem Träger der Paracelsus-Medaille, Ministerialdirigent e. O. Dr. Hein, widmete er sehr herzliche Worte und begrüßte weiterhin den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Oeutschen Ärztetages, zugleich Präsident der Ärztekammer Bremen, Or. Vilmar, den Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Präsident der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Osterwald, ferner von der Geschäftsführung der Bundesärztekammer den Hauptgeschäftsführer, Professor Deneke (Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft) mit weiteren Herren, von der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer Rechtsanwalt Dr. Bösche. Professor Or. Sewering widmete herzliche Grußworte dem neugewählten Vorsitzenden des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins, Medizinaldirektor Or. Käfer, und den Repräsentanten der Landesverbände des Hartmennbundes und des Marburger Bundes.

Professor Or. Sewering schloß mit einem besonders herzlichen Willkommen an die Damen und Herren Delegierten und Mitglieder des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer, die Mitglieder der Vertreterversammlung und des Vorstandes der Kessenärztlichen Vereinigung Bayerns, sowie die Mitglieder der Geschäftsführung der Kessenärztlichen Vereinigung Beyerns und ihrer Bezirksstellen, besonders auch en elle Kolleginnen und Kollegen, en elle anwesenden Damen, vor allem en die Arztehefrauen und Ärztinnenehemänner, und dankte besonders Frau Merielles Schleicher für ihr Erscheinen. Mit einem herzlichen Gruß en die Vertreter von Presse, Funk und Fernsehen, unter ihnen die Mitarbeiter der Stendespresse, beendete Professor Dr. Sewering seine Grußadresse.

Begleitet von anerkennendem Beifall dachte er dem Tölzer Knebenchor unter der Leitung von Herrn Schmid-Gaden für seine Mitarbeit und die würdevolle Gestaltung des Rahmens dieser festlichen Eröffnung.

tragsstabilität, die man von allen Seiten hört, eigentlich noch zu halten ist.

„Wer zahlt, schafft an“, meint der DGB – aber wer zahlt eigentlich?

Als Höhepunkt der Ausführungen des bayerischen DGB-Vorsitzenden möchte ich folgenden Satz zitieren: „Und um den Gegnern unserer Forderung gleich noch ein Argument aus der Hand zu nehmen, sage ich: auch im Gesundheitswesen muß die alte Weisheit Gültigkeit haben: ‚Wer zahlt, schafft an!‘“

Die Forderung nach der Gleichwertigkeit von Arbeit und Kapital und damit nach der Mitbestimmung wurde offensichtlich mit dieser Aussage aufgegeben. In der Wirtschaft zahlen nämlich bisher meines Wissens die Unternehmer. Was das Gesundheitswesen angeht, werden wir uns jedenfalls massiv gegen derartige Primitivforderungen zur Wehr setzen, denn die kassenärztliche Versorgung unserer Bevölkerung ist nur sicherzustellen, wenn einerseits die Krankenkassen die notwendigen Mittel bereitstellen und andererseits die Ärzte ihr fachliches Können und ihren persönlichen Einsatz.

Alles in allem muß man feststellen: Der bayerische DGB-Vorsitzende hat offensichtlich und leider seine Rede in der Abteilung Links-Ideologie bestellt und nicht bei den Krankenkassen-Fachleuten seines Hauses. Die von ihm erhobenen Forderungen sind durch die Bank inzwischen längst zu alten Ladenhütern geworden, die sich als unverkäuflich erwiesen haben.

Der Honorarvertrag mit den RVO-Kassen hat „riesige Wellen geschlagen“

Daß dem so ist, zeigt gerade der neue Vertrag, den die RVO-Kassen in Bayern, also die Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns geschlossen haben und der in den Selbstverwaltungen der Kassen auch die Zustimmung der Krankenkassen-Fachleute des DGB gefunden hat. Dieser Vertrag, vor allem aber Gerüchte über seinen Inhalt, haben in der ganzen bundesrepublikanischen

Publizistik riesige Wellen geschlagen und leider nur wenig sachliche, dafür um so mehr bössartige Kritik erfahren. Das Schlagwort vom angeblichen Prämiensystem zu Lasten der Patienten sei nur als eines der ungenutzten Beispiele angeführt.

Was ist geschehen? Was haben wir vereinbart?

Unsere Vertragspartner haben einen Gedanken aufgegriffen, den wir schon vor Jahren unseren Kollegen in Bayern nahe brachten: Durch noch gezieltere Diagnostik und Therapie und durch die Ausschöpfung der den Kassenärzten gemeinsam zur Verfügung stehenden Möglichkeiten soll erreicht werden,

- daß weniger Krankenhauseinweisungen erforderlich werden; bei notwendiger Krankenhausbehandlung sollen durch Mitgabe aller erhobenen Befunde Doppeluntersuchungen vermieden und so die Verweildauer reduziert werden;
- daß eine gezielte Arzneiverordnung erleichtert wird, wobei der Beachtung von Wirksamkeit, Preis und Menge der verordneten Arzneimittel erhebliche Bedeutung zukommt;
- daß die Verordnung von physikalischen Leistungen, z. B. Massagen und Bäder, eingeschränkt werden kann;
- und daß schließlich durch diese Maßnahmen die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit der Patienten auch im Hinblick auf ihre volkswirtschaftliche Bedeutung erhalten wird.

Unsere Patienten erhalten natürlich jede notwendige Krankenhausbehandlung ...

Wer den Gesamtbereich der gesetzlichen Krankenversicherung überblickt – und nur diese Betrachtungsweise kann zu Ergebnissen führen –, der muß nun einmal die inneren Zusammenhänge sehen zwischen dem, was die Kassenärzte selbst tun, und dem, was sie veranlassen. Niemand wünscht oder denkt auch nur im entferntesten daran, unseren Patienten eine notwendige Krankenhausbehandlung zu verweigern, ihnen die notwendige Arzneiverordnung oder physikalische Therapie vorzuenthalten, oder ihre Krankschreibung, also die Arbeitsruhe, wenn sie notwendig ist, zu verwehren. Im Gegenteil! Uns geht es um eine

Intensivierung der ärztlichen Versorgung.

... doch vieles ist heute ambulant möglich

Niemand wird aber bestreiten können, daß die niedergelassenen Kassenärzte heute in der Lage sind, aufgrund ihres Könnens und ihrer Einrichtung – wenn nötig in Zusammenarbeit der Ärzte verschiedener Fachgebiete – viele Diagnosen zu stellen und viele Krankheiten zuhause zu behandeln, die früher dem Krankenhaus vorbehalten waren.

Es kann auch kein Zweifel daran sein, daß eine Arzneiverordnung gezielter möglich ist, wenn sie auf guten diagnostischen Grundlagen beruht. Im ganzen Bundesgebiet ist man sich im übrigen darüber einig, daß gerade bei Arzneiverordnungen, nicht minder aber auch bei der Anordnung physikalischer Therapie, der Begriff „notwendig“ wieder enger ausgelegt werden muß, als alle Beteiligten ihn in den vergangenen Jahren der Hochkonjunktur interpretierten.

Unsere Versicherten müssen auch Verständnis dafür haben, daß die Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit kein Geschenk sein kann, sondern eine ärztliche Maßnahme, die nur dann gerechtfertigt ist, wenn sie zur Erzielung des Heilerfolges notwendig wird.

„Wir müssen uns zum Umdenken erziehen“

Wir sind uns darüber klar, daß wir mit diesem Vertrag und seiner Zielsetzung keine leichte Aufgabe übernommen haben. Nichts ist schwerer, als sich selbst und seine Mitmenschen zu einem gewissen Umdenken zu erziehen. Wenn wir dennoch vom Erfolg unserer Bemühungen überzeugt sind, so deshalb, weil dieser Vertrag im besonderen Maße von den gesetzlichen Krankenkassen in Bayern und ihren Repräsentanten – sowohl der Arbeitnehmer als auch der Arbeitgeberseite – und uns gemeinsam getragen und seiner Verwirklichung näher gebracht wird. Auch die Krankenkassen stellen sich der zumindest anfangs unbequemen und unpopulären Aufgabe, ihre Versicherten in mancher Hinsicht zum Umdenken zu bewegen. Wenn wir, so wie es abgesprochen wurde, in der kommenden Zeit

Von morgens bis morgens

sind auch die situativ überschießenden
Blutdruckspitzen des **Hypertonikers** unter Kontrolle.
Mit 1x1 Tablette täglich.



Ausgeprägt kardioselektiv

TENORMIN® 100

Der Hypertonieblocker mit Langzeitwirkung

Täglich
1x1
Tablette

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

Indikation: Hypertonie.

Kontraindikationen: AV-Block 2. und 3. Grades, nicht kompensierte Herzinsuffizienz und Bradykardie (Ruhepuls vor Behandlung unter 55 Schläge/Min). Bei Schwangerschaft wird die übliche Vorsicht empfohlen.

Nebenwirkungen: Vereinzelt Kribbeln und Kältegefühl in den Extremitäten, Muskelermüdung, Bradykardie, Schlafstörungen, Durchfall bzw. Verstopfung, Übelkeit sowie Verstärkung einer bestehenden Herzinsuffizienz.

Dosierung: 1 mal täglich 1 Tablette. Bei nicht ausreichendem blutdrucksenkendem Effekt empfiehlt sich die zusätzliche Gabe eines Saluretikums.

Wechselwirkungen: Bei Diabetikern kann unter Umständen eine Anpassung der Diabetesbehandlung notwendig sein. Vor einer Narkose sollte der

Anaesthetist über eine eventuelle Behandlung des Patienten mit Tenormin informiert werden.

Hinweise: Infolge der ausgeprägten Kardioselektivität ist der Einfluß auf Atemwegwiderstand und Blutzuckerspiegel gering. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können durch Bronchodilatoren rasch aufgehoben werden. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion wird Dosisanpassung empfohlen. Bei Bestehen einer koronaren Herzkrankheit soll Tenormin nicht plötzlich abgesetzt werden.

Antidota: Atropin, Orciprenalin.

Handelsformen und Preise:
Packung mit 20 Tabletten DM 34,10, Packung mit 50 Tabletten DM 75,57,
Packung mit 100 Tabletten DM 135,19, Anstaltspackung.
Stand Juli 1979



ICI-Pharma Arzneimittelwerk Planketedt



Zur festlichen Gestaltung des Eröffnungsabends trug der Tölzer Knabenchor mit schwungvollen Liedern bei

am gleichen Strick ziehen, so bin ich überzeugt, daß das Früchte tragen wird.

Die Versicherten der bayerischen Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen können ebenso wie die Versicherten der Ersatzkassen mit voller Beruhigung davon ausgehen, daß ihnen in unserem Lande eine ärztliche Behandlung zuteil wird, die allen Ansprüchen einer modernen Medizin entspricht. Wir müssen uns aber nun einmal der Aufgabe stellen, unser freiheitliches System einer gegliederten Krankenversicherung trotz erheblicher Schwierigkeiten und politischer Tendenzen auch in die Zukunft zu retten. Ich bitte alle Beteiligten, uns in diesem Bemühen zu unterstützen und nicht durch eine Art von Greuelpropaganda in unserer Bevölkerung eine völlig unbegründete Unruhe zu erzeugen.

Greuelpropaganda, Tatsachverdrehungen . . .

Ich muß noch eine Bemerkung anschließen: in der Haushaltsdebatte im Deutschen Bundestag am 13. September machte Bundesarbeitsminister Dr. Ehrenberg auch Ausführungen zur Frage der Kostendämpfung. Zum Bayern-Vertrag führte er folgendes aus: „Allerdings sollte diese Kostendämpfung nicht auf so fragwürdige Art und Weise versucht werden, wie es leider in einem bayerischen Vertrag, den mein Kollege Pirkel ausdrücklich gut geheissen hat, geschehen ist, wo-

nach die Honorare des Arztes steigen, wenn er weniger krank schreibt. Das halte ich in der Tat für ein höchst bedenkliches gesundheitspolitisches Modell, das dort mit dem Segen des bayerischen Arbeitsministers verabschiedet worden ist.“

Diese Aussage des Bundesarbeitsministers ist sachlich falsch und kann nur als glatte Verdrehung des Vertragsinhaltes gewertet werden. Wenn im Zusammenhang mit dem Vertrag der bayerischen RVO-Kassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns etwas als höchst bedenklich bezeichnet werden muß, dann ist es eine so verantwortungslose Aussage des Arbeitsministers der Bundesrepublik Deutschland. Sie bedeutet zugleich eine Diffamierung nicht nur der bayerischen Kassenärzte, sondern auch der Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber der gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern. Verständlich wird so etwas nur auf dem Hintergrund einer Erklärung der SPD-Bundestagsfraktion zum gleichen Thema, verfaßt von Herrn Eugen Glombig, deren letzter Satz lautet: „Der Wiederaufstehungsversuch des Herrn Sewering zu Lasten von Patienten und Ärzten muß die Antwort erhalten, die er verdient.“ Nachdem es hier um die kassenärztliche Versorgung in Bayern geht und nicht um meine Person, werden die bayerischen Kassenärzte gemeinsam mit den bayerischen RVO-Kassen die richtige Antwort zu geben wissen.

Wir werden uns bemühen, zu beweisen, daß wir es waren, die im In-

teresse der versicherten Mitbürger und der Erhaltung der Krankenversicherung gesundheitspolitisch gedacht und gehandelt haben.

Sollen die Kassen allein für die psychisch Kranken zahlen?

Es war jahrelang Übung, daß die Kosten für den stationären Aufenthalt psychisch Kranker in einer großzügigen zeitlichen Regelung zwischen den Bezirken als Sozialhilfeträger und den Krankenkassen aufgeteilt wurden. Damit erübrigte sich eine Auseinandersetzung um jeden Einzelfall, ob er in die Kategorie der Behandlungsfälle oder der Pflegefälle einzureihen wäre.

Unter Bezug auf ein Urteil des Bundessozialgerichtes haben die Bezirke dieses sinnvolle Abkommen gekündigt, um die Kosten für stationäre psychiatrische Unterbringung soweit wie möglich den Krankenversicherungsträgern anzulasten.

Wenn es zu dieser neuen Regelung käme, bliebe den Krankenkassen gar nichts anderes übrig, als Fall für Fall in die Auseinandersetzung einzutreten, ob es sich wirklich um einen Krankenhausfall im Sinne der RVO oder um einen Pflegefall handelt. Die Gott sei Dank immer mehr abgebaute Kluft zwischen Pflegefall und Behandlungsfall in der Psychiatrie würde damit wieder voll aufgerissen. Das ist aus ärztlicher und humanitärer Sicht zu bedauern und könnte sich nachteilig für die Behandlung der psychisch Kranken auswirken. Darüber hinaus muß aber auch hier noch einmal an alle Verantwortlichen die ernsthafte Frage gerichtet werden, wie sie die immer wieder erhobene Forderung nach einer Beitragsstabilität der Krankenkassen mit immer neuen Forderungen nach Übernahme von weiteren Kosten durch die gleiche Krankenversicherung unter einen Hut bringen wollen.

Die bayerischen Ärzte, deren gewählte Vertreter sich in Bad Tölz zum 32. Bayerischen Ärztetag versammelt haben, werden — ungeachtet aller Schwierigkeiten, die wir heute und noch mehr in der Zukunft zu bewältigen haben — bei aller berechtigten Wahrnehmung ihrer legitimen Interessen immer nach dem Grundsatz handeln:

Das Wohl des Kranken ist unser oberstes Gebot!

Akute und chronische zerebrovaskuläre Insuffizienz

61. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

(Fortsetzung)

Dr. L. Blaha, Erlangen:

Therapie mit zerebralen Antihypoxidotika

Die Vielschichtigkeit der ätiologischen und formalen Pathogenese sowie die Komplexität des neuropsychiatrischen Gesamtsyndroms der zerebrovaskulären Insuffizienz bedingen nicht nur ein diagnostisches, sondern auch ein therapeutisches Problem, das sich nicht zuletzt in einer Nomenklaturvielfalt niederschlägt. Der Begriff einer zerebralen Hypoxidose scheint den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei derartigen zerebralen Prozessen am besten gerecht zu werden, da man hierunter eine Störung der zerebralen Zell- und Gewebsatmung unterschiedlichster Pathogenese versteht. Unter konsequenter Fortführung dieses Konzeptes hat Wieck alle Substanzen, die gegen derartige zerebrale Störungen gerichtet sind, als zerebrale Antihypoxidotika bezeichnet. Eingeschlossen werden zahlreiche chemisch recht unterschiedliche Substanzgruppen, für die kein umfassender pharmakologischer Terminus existiert und die im Mittelpunkt der nachfolgenden Ausführungen stehen sollen.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie mit zerebralen Antihypoxidotika ist die Korrektur einer bisher weit verbreiteten Meinung, daß zerebrale Hypoxidosen im Alter zu vorwiegend irreversiblen psychischen Veränderungen, also zu einer „senilen Demenz“, einem Defektsyndrom, führen. Dies trifft nicht zu. Vielmehr handelt es sich um reversible Funktionspsychosen, die vor allem zu pharmakotherapeutischen Bemühungen anspornen und herausfordern sollten.

Die ärztlichen Maßnahmen bei einer zerebrovaskulären Insuffizienz sind immer im Rahmen eines kombinationstherapeutischen Gesamtplanes

zu sehen. Gleichgültig, ob es sich um einen akuten Notfall, oder um eine mehr chronisch verlaufende Erkrankung handelt, ruht die Therapie bei klarer ärztlicher psychischer Führung auf drei Säulen:

- Internistische Basistherapie
- Zusatztherapie mit Antihypoxidotika
- Syndromtherapie (Funktions- und Zusatztherapie)

Die *kardiologische Basistherapie*, unter der nicht nur die Gabe von Herzglykosiden, sondern auch von Antiarrhythmika und Koronarthapeutika zu verstehen ist, greift ebenso wie die erweiterte internistische Basistherapie (Normalisierung des Blutdruckes, Beseitigung von Stoffwechsel- und endokrinologischen Störungen) entweder unmittelbar in das formalpathogenetische Geschehen der zerebrovaskulären Insuffizienz ein oder trägt den Charakter der Gefäßprävention. Ein ähnlicher Stellenwert kommt der Syndromtherapie zu. Die Behandlung mit zerebralen Antihypoxidotika sollte hingegen unter der Bezeichnung Zusatztherapie zusammengefaßt werden. Trotz der sich mehrenden, ernst zu nehmenden Hinweise auf die Wirksamkeit der zerebralen Antihypoxidotika unter klinischen Bedingungen ist im Vergleich zu anderen pharmakologischen Klassen ihre Wirksamkeit zumindest quantitativ am Patienten noch nicht hinreichend und konstant reproduzierbar bewiesen. Die Zusatztherapie ist keine Ersatztherapie.

Erfolgsversprechend sind als Antihypoxidotika Medikamente, die gegen Störungen der zerebralen Gewebsatmung im weitesten Sinne gerichtet sind. Damit kommen Substanzen in Betracht, die vasoaktiv und antithrombotisch wirken, die Fließeigenschaften des Blutes verbessern, die Glukosepermeation und -diffusion fördern, Onkotheraeutika darstellen und schließlich

positiv in den Zellstoffwechsel selbst eingreifen. Die meisten Substanzen besitzen mehrere Angriffspunkte.

1. Zerebrale Antihypoxidotika mit Vasoaktivität

Ausschließlich gefäßerweiternd wirkende Substanzen haben immer mehr an Bedeutung verloren, da unter ihnen bei zerebralen Hypoxidosen es zu einer weiteren Abnahme der Hirndurchblutung im geschädigten Areal kommt. Die Gefäßwirkung ist nur insoweit erwünscht, wenn sie einerseits „gebremst“ und damit mild auftritt, wie dies mit Retardpräparaten durch verzögerte Wirksubstanz erreicht wird, und wenn sie andererseits auf einer milden Tonisierung der Hirngefäße, wie bei den Methylxanthin-Derivaten (z. B. Complamin®), beruht. Günstig ist auch eine Tonisierung des venösen Schenkels, wie beim Raubasin (Lamuran®). Vasoaktive Substanzen haben gleichzeitig eine kardial positiv inotrope Wirkung, so daß durch Steigerung des Herzminutenvolumens der gefäßerweiternde Effekt kompensiert wird. Beim Flunarizin (Sibellium®) und in geringerem Maße auch beim Cinnarizin (Giganten®, Stutgeron®) werden vor allem kalziuminduzierte Gefäßspasmen vermindert.

2. Rheologisch aktive zerebrale Antihypoxidotika

Ihr therapeutischer Effekt beruht einerseits auf einer rein physikalischen Verdünnung der geformten Blutbestandteile, also auf einer Veränderung der Blutviskosität, andererseits auf einer Reduktion der Thrombozytenadhäsionsfähigkeit und damit auf einer Erhöhung der Strömungsgeschwindigkeit des Blutes mit Zellaggregationshemmung. Die niedermolekularen Dextrane (Rheomacrodex®) stellen hier die klassische Wirkstoffgruppe. Auch für Pentoxifyllin (Trental®) und Xanthinolnikotinat konnte eine Förderung der Mikrozirkulation durch eine Erhöhung der Verformbarkeit der Erythrozyten nachgewiesen werden. Ähnliches gilt auch für Flunarizin und Cinnarizin.

3. Zerebrale Antihypoxidotika mit antithrombotischem Effekt

Typische Vertreter sind die Heparine und Antikoagulantien, die wegen der Gefahr von hämorrhagischen Nebenerscheinungen umstritten

blieben und nur bei strenger Indikationsstellung eingesetzt werden sollten. Hauptanwendungsgebiete sind die TIA auf dem Boden ulzerierender Gefäßstenosen und spezielle kardiale Erkrankungen. Antithrombotische Effekte haben ferner Azetylsalicylsäure (Colfarit[®], Godamed[®]) und Bencyclan (Fludilat[®]).

4. Zerebrale Antihypoxidotika mit Verbesserung der Glukosepermeation

Der Übertritt der Glukose durch die Bluthirnschranke ist ein aktiver Vorgang, der über Carrier-Mechanismen erfolgt. Eine Erhöhung der Glukoseaufnahme konnte für Methylxanthinderivate (Cosaldon ret.[®], Complamin[®]), aber auch für Centrophenoxin (Helfergin[®]), Nicergolin (Sermion[®]) und Pyritinol (Encephabol[®]) nachgewiesen werden. Auch Osmo- und Onkotherapeutika fördern indirekt die Aufnahme von Glukose in die Ganglienzelle.

5. Zerebrale Antihypoxidotika mit intrazellulären Wirkorten

Die aufgenommene Glukose wird größtenteils über Pyruvat und Acetyl-Coenzym A in den Zitronensäurezyklus eingeschleust. Hier werden etwa zwei Drittel in Aminosäuren umgewandelt, die von den Nervenzellen unter Normalbedingungen selbst nur in unerheblichem Maße aufgenommen werden können. Der übrige Glukoseanteil wird über die Atmungskette vollständig zu Kohlendioxyd und Wasser oxydiert, wodurch aus 1 Mol Glukose insgesamt 38 Mol des energiereichen Phosphats ATP gewonnen werden. In diesem komplexen Stoffwechsel-Enzym-System sind eine Vielfalt von Störmöglichkeiten denkbar, die einerseits in eine Glukoseverwertungsstörung, andererseits in eine Beeinträchtigung der Sauerstoffutilisation einmünden können. Unter Methylxanthinderivaten wird vor allem der Abbau von Glukose zu Pyruvat begünstigt, aber auch die weitere Verwertung im Zitronensäurezyklus beschleunigt. Naftidrofuryl (Dusodril[®]) fördert die Aktivität der Bernsteinsäure-Dehydrogenase und damit die Glukoseverwertung. Bei Helfergin[®] konnte ein vermehrter Abtransport von Lipofuszin aus den Nervenzellen nachgewiesen werden. Für Pyritinol (Encephabol[®]) wurde neben einer Steigerung des Glukoseumsatzes auch eine Aktivierung des Proteinstoffwechsels der

Gliazellen gefunden. Bei den hydrierten Ergotoxinen (Hydergin[®]) wurde vor allem die positive Wirkung auf die Astrozyten, durch die bekanntlich der gesamte Substrattransport der Nervenzellen läuft, herausgestellt. Piracetam (Nootrop[®], Normabrain[®]) besitzt einen stoffwechselsteigernden Umsatz durch eine vermehrte Bildung von Cytochrom b₅ und greift damit in den geschwindigkeitsbestimmenden Schritt bei der Synthese hirnwertiger Lipide (also direkt in die Atmungskette) ein. Ferner wird die Bildung energiereicher Nukleotide gefördert.

6. Die Osmotherapeutika

Diese werden meist nur in akuten Situationen und kurze Zeit danach eingesetzt. Es handelt sich um Infusionen hyperosmolarer Lösungen niedermolekularer Verbindungen, wie Sorbit, Mannit oder Harnstoff. Auch die Onkotherapeutika (niedermolekulare Plasmaexpander) bewirken neben der Verbesserung der Fließeigenschaften durch Veränderungen der Blutviskosität einen vermehrten Wassereinstrom aus den extravasalen Gebieten in das Gefäßsystem.

Professor Dr. W. Walcher, Graz:

Einsatz von Psychopharmaka

Die Gabe von Psychopharmaka bei akuten und chronischen psychischen zerebrovaskulären Insuffizienzerscheinungen muß sich nach den klinischen psychopathologischen Symptomen orientieren. Diese können gerade bei prolongierter Entwicklung der morphologischen zerebralen Veränderungen äußerst vielseitig und vielfach durchaus nicht krankheitsspezifisch sein. Ein ausgeprägtes organisches Psychosyndrom mit Verwirrtheit, Orientierungs- und Merkfähigkeitsstörungen sowie Konfabulationsneigung als Achsensyndrom der zerebralen Ernährungsstörungen tritt oft erst spät, vielfach zunächst nur nachts und unter der Einwirkung zusätzlicher Schädigungs- und Belastungsfaktoren auf. In der Praxis wird man bevorzugt mit den sich häufig über Monate oder Jahre erstreckenden Prodromalerscheinungen konfrontiert. Hierbei überwiegen in einem Fall psychoneuroasthenische Symptome mit dumpfen und spannenden Kopfbeschwerden, Schlafstörungen und Schwindelzu-

ständen, im anderen stärker affektiv gefärbte Bilder, oft ebenfalls mit vegetativen, aber auch ausgeprägten emotionalen Verstimmungs- und Erschöpfungssymptomen.

Auch bei ausgeprägten psychopathologischen Erscheinungen dürfen Psychopharmaka nicht allein angewendet werden. Die Behandlung des Grundleidens, vor allem eine entsprechende Herz-Kreislauf-Medikation ist in keinem Falle zu vernachlässigen. Abgesehen von schweren Unruhe- und Erregungszuständen bei fortgeschrittenen Erkrankungsfällen sollten die auf die jeweilige Symptomatologie ausgerichteten Psychopharmaka zunächst in niedriger Dosierung verabfolgt werden, da die therapeutische Breite aller Präparate bei zerebrovaskulärer Insuffizienz erheblich eingeschränkt ist.

Am unproblematischsten ist die Anwendung der *Tranquilizer* oder *Ataraktika* bei leichten Unruhezuständen, Schlafstörungen und vegetativen Symptomen. Es handelt sich hierbei um Substanzen, die überwiegend über das limbische System und auf polysynaptische Reflexe beruhigend, entspannend, angstlösend und schlaffördernd wirken, eine relativ große therapeutische Breite und weitgehende Untoxizität besitzen. Besonders bewährt haben sich verschiedene Benzodiazepinverbindungen: Valium[®], Tavor[®], Lexotanil[®]; aber auch Distraneurin[®] wirkt bei zerebrovaskulären Unruhezuständen recht günstig sedierend und schlaffördernd. Bei höherer Dosierung ist allerdings das gelegentliche Auftreten einer Atemdepression zu beachten.

Bei stärkerer Unruhe, Agitiertheit, hartnäckigen Schlafrythmusstörungen und Verwirrtheit wird die Anwendung von *Basisneuroleptika* oft unvermeidbar. Hier haben sich sowohl bei den Phenothiazinderivaten als auch bei den Thioxathenen Verbindungen bewährt, die neben der basisneuroleptischen, also global vegetativ beruhigenden Wirkung auch einen milden stimmungsaufhellenden Effekt besitzen. Hierzu gehören Melleril[®], Truxal[®], Taractan[®] und Neurocil[®] in Tagesdosen bis etwa 100 mg.

Die Basisneuroleptika mit leicht thymoleptischer Wirkung beeinflussen auch bei stärkerer Verstim-

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 Dihydrocodeinhydrogenitartrat. **Indikationen:** Husten und Hustenreiz jeder Art, insbesondere auch bei entzündlichen Affektionen der Atemwege, wie z. B. Pharyngitis, Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis, Pertussis sowie Husten bei Emphysem und Lungentuberkulose. **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 heuligen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen:** Paracodin retard kann zu Obstipation führen. **Dosierung und Anwendungswiese:** 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 suspensierter 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 6700 Ludwigshafen



mungsneigung im Rahmen zerebrovaskulärer Insuffizienz Zustände die gesamte gestörte Vitalitätssymptomatik günstiger als die eigentlichen *trizyklischen Thymoleptika*, die infolge ihrer anticholinergen sympathikomimetischen Wirkung die Verworrenheitsneigung verstärken können. Letztere sollen daher bei involutiven Verstimmungszuständen, wenn überhaupt, nur in einschleichender und niedriger Dosierung in Kombination mit den vorerwähnten Basisneuroleptika verabfolgt werden. Besser bewährt haben sich in diesem Medikationsbereich bei ängstlich agitiertem Zielsymptomatik *tetrazyklische Verbindungen*, wie Maprotilin (Ludiomil®) oder Mianserin (Tolvin®), da hier die unerwünschten anticholinergen und delirfördernden Nebeneffekte in wesentlich geringerem Ausmaß in Erscheinung treten. Bei unruhigen Patienten bewähren sich auch sehr gut zusätzliche Gaben von Normabrain®, Encephabol® oder Alival® in der ersten Tageshälfte.

Professor Dr. G. Harrer, Salzburg:

Zur Therapie der Leistungsinsuffizienz bei zerebrovaskulären Erkrankungen

Die Behandlung und Rehabilitation der akuten und chronischen zerebrovaskulären Insuffizienz und ihrer Folgezustände hat vor allem die Besserung oder Beseitigung motorischer Ausfälle, wie Lähmungen und Koordinationsstörungen, die Behebung sensorischer Störungen (Gesichtsfeldeinschränkung, Rückgang umschriebener hirnpathologischer Ausfälle und Werkzeugstörungen, wie Aphasien und Agnosien) zum Ziel. Ferner sollen vegetative und psychische Störungen beeinflusst werden. Bei der Behandlung der Leistungsinsuffizienz geht es nicht nur um Arbeitsleistungen, die die Gesellschaft von uns fordert oder erwartet. Vielmehr ist der Mensch angelegt auf Entfaltung seiner Persönlichkeit durch selbständige Gestaltung des Lebens, wie es seinen Vorstellungen und Zielen entspricht. Jedes Individuum unterliegt in seiner Leistungsfähigkeit vielfältigen Schwankungen. Nur in bestimmten Lebensphasen, unter besonderen inneren und äußeren Bedingungen, erreichen wir ein Leistungsoptimum. Besteht ein Grund zur Befürchtung, daß etwa nach einer schweren Erkrankung ein gravierendes Lei-

stungsdefizit für unabsehbare Zeit hingenommen werden muß, so stellen sich bald Fragen nach dem Sinn und Zweck der weiteren Existenz. In einer derartigen Situation befinden sich auch die Patienten mit einer zerebrovaskulären Insuffizienz. Dabei äußert sich das als bedrohlich empfundene Leistungsvermögen in Symptomen wie Kopfschmerzen, Sehstörungen, Lähmungen oder Schlaflosigkeit. Es kann von vielen Kranken auch nur schwer beschrieben werden; es kommt häufig einfach nur zu einer reaktiven depressiven Verstimmung. Entsprechende stimmungsaufhellende Medikamente (Antidepressiva, Tranquillantien) sind dann hilfreich.

Die Behandlung zerebraler Funktionsstörungen und -einbußen nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als es für zerstörtes Nervengewebe keinen Ersatz gibt. Das geschädigte Hirnparenchym kann nicht – wie andere Gewebe – durch erneuernde Wachstumsvorgänge ersetzt werden. Das Gehirn verfügt jedoch über eine bestimmte funktionelle Elastizität, die es erlaubt, auch bei komplettem Ausfall größerer Zellverbände gewisse verlorengegangene Funktionen wieder zu erlernen. So sind durch entsprechende Reizungen sowohl biochemische als auch morphologische Verbesserungen und Vergrößerungen im Bereich der Neurone und ihrer Synapsen zu erreichen. Begünstigt wird die Entwicklung nach einer zerebrovaskulären Dekompensation häufig auch dadurch, daß nur ein kleiner Teil des betroffenen Hirngewebes irreversibel geschädigt wurde. Bei einem häufig viel größeren Teil treten reversible Schädigungen auf, die unter entsprechender medikamentöser und physikalischer Therapie wieder ausgeglichen werden können. Hinderlich hierbei ist die bei einer zerebrovaskulären Insuffizienz meist zunächst angeordnete Bettruhe. Diese kann zwar Erholung bedeuten, über Schonung können neue Reserven geschaffen und damit die Leistung begünstigt werden. Dauernde Schonhaltung führt jedoch zwangsläufig zur Inaktivität und ist damit lebensfeindlich. Die Bettruhe sollte deswegen genau dosiert und so kurz wie möglich gehalten werden. Besonders im Krankenhaus scheint diesbezüglich ein Umdenken notwendig, da hier das Bett bekanntlich der „normale“ Aufenthaltsort des Kranken ist. Besonders bei älteren

Patienten kann längere Bettruhe einer Art „sensorischer Deprivation“ gleichkommen. Die Abhängigkeithaltung und Regressionsneigung wird gefördert, der Aktionsradius schrumpft auf die Achse „Bett-Nachtkästchen“ zusammen, obwohl genau das Gegenteil angestrebt werden sollte. Eine geschädigte Nervenzelle hat mehr Chancen zum Überleben, wenn sie gereizt, d. h., benutzt wird!

Im einzelnen werden folgende Reorganisationsvorgänge unterschieden:

– *Adaptationsvorgänge*: Anpassung des Leistungsplanes an die Verminderung des Leistungsumfanges und auf die veränderte Leistungsqualität.

– Ziel der *Kompensationsvorgänge* ist es, verlorengegangene Leistungen durch geeignete andere zu ersetzen, welche aus ihrer bisherigen Konstellation zu lösen und in ein neues Konzept zu integrieren sind.

– Ein weiterer Reorganisationsvorgang ist der *Neuerwerb von Leistungen*, die dem Rehabilitationsziel dienlich gemacht werden können.

Die vom Kranken geforderte Leistung ist so zu wählen, daß er sie mit einiger Anstrengung gerade gut erfüllen kann. Er darf weder überfordert und frustriert werden, noch soll die Aufgabe für ihn zu leicht und ohne Anreiz sein. Für den Gelähmten stellen die ersten selbständigen Schritte vielleicht das größere Erfolgserlebnis dar als für den Gesunden der Sieg im sportlichen Wettkampf. Ärzte, Krankengymnastinnen und Schwestern sollten selbst an „Mikroerfolgen“ freudige Anteilnahme zeigen. Gerade bei der Übungsbehandlung in der Rehabilitation ist die therapeutische Atmosphäre von größter Wichtigkeit. Mit gesteigerter Vitalität kommt es oft wieder zu einer Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Umgekehrt vermag aber auch das Erleben der nun wieder möglichen Leistung das Gesamtbefinden und damit die Vitalität steigern.

Dr. Th. Grobe, Erlangen:

Transitorische ischämische Attacken in der Praxis

Eine transitorische ischämische Attacke (= TIA) wird vom Volksmund verharmlosend als „Schlägel-

chen“ oder als „Anflug“ umschrieben. Ein derartiger Zustand setzt im typischen Fall akut mit umschriebenen neurologischen Ausfällen ein und zeigt eine rasche, vollständige Rückbildung innerhalb von 24 Stunden. Klinisch lassen sich gemäß der Anatomie der zerebralen Gefäßversorgung zwei Formen unterscheiden, und zwar die Attacken im Gefäßgebiet der Arteria carotis und die Vertebralis-Basilaris-Attacken.

Die *Attacken im Gefäßgebiet der Arteria carotis* gehen mit einer zerebralen Fazialis-Mundastschwäche, mit halbseitigen, meist armbetonten Lähmungserscheinungen, mit halbseitigen Sensibilitätsstörungen, mit Sprach- oder Sehstörungen einher. Es können homonyme Gesichtsfeldausfälle auf beiden Augen vorliegen oder auch das seltene Bild der Amaurosis fugax eintreten, bei dem plötzlich ein Gesichtsfeldausfall auf einem Auge auftritt. Dieser bildet sich nach Sekunden bis höchstens einigen Stunden wieder vollständig zurück. Die Amaurosis fugax gilt als charakteristisches Zeichen gleichseitiger Karotisstenosen.

Die *Attacken im Stromgebiet der Arteria vertebralis und basilaris* führen meist zu systematischem Schwindel, oft zu homonymen Gesichtsfeldausfällen, zu Doppelbildern, Sensibilitätsstörungen im Gesicht und am Körper, zu Sprech- und Schluckstörungen oder gelegentlich

zu motorischen Ausfallserscheinungen. Typisch, aber selten, ist die Blitzsynkope („Drop-attack“), bei der es ohne Bewußtseinsstörungen zu einem plötzlichen Tonusverlust der Beine und dadurch zum Sturz kommt.

Ein großer Teil der ischämischen Attacken wird von uncharakteristischen Erscheinungen begleitet (Schwindelerscheinungen, Schwarzwerden vor den Augen, Augenflimmern, Benommenheit, Funktionspsychosen und synkopale Anfälle). Diese uncharakteristischen Zustände sind eher diffusen zerebralen Durchblutungsstörungen zuzuordnen. Für akut einsetzende umschriebene Durchblutungsstörungen mit rascher Erholung der Funktion werden häufig Mikroembolien und in seltenen Fällen kardiale Embolien als Ursache angenommen.

Passagere mechanische Lumeneinengungen durch Kopfbewegungen können bei Schlingen- oder Knickstenosen der Arteria carotis interna auftreten. Flüchtige Einengungen der Arteria vertebralis sind bei ausgeprägten osteochondrotischen HWS-Veränderungen möglich. Hämodynamische Krisen mit Blutdruckabfall führen in der Regel zu diffusen zerebralen Durchblutungsstörungen.

Die *Prognose* der Patienten mit transitorisch-ischämischen Attacken

muß wegen der in den meisten Fällen zugrunde liegenden Arteriosklerose als ungünstig angesehen werden. Mindestens jeder fünfte Patient (nach anderen Untersuchungen jeder zweite Patient) erleidet innerhalb von fünf Jahren einen Schlaganfall. Auch hier ist die Lebenserwartung gegenüber gleichaltrigen gesunden Patienten verkürzt. Der Herzinfarkt stellt dabei häufiger die Todesursache dar als der Hirninfarkt.

Deshalb ist eine angemessene *Therapie* anzustreben, da der Arzt bei der TIA prophylaktisch wirksam werden kann. Das diagnostische Vorgehen wird sich nach den Behandlungsmöglichkeiten, also nach konservativen und nach gefäßchirurgischen Gesichtspunkten richten.

Die konservative Therapie, die selbstverständlich auch eine operative Therapie begleiten soll, besteht vordringlich in der internistischen Basisbehandlung (Normalisierung des Blutdruckes, Behandlung von Herzrhythmusstörungen oder einer Myokardinsuffizienz, Normalisierung von Stoffwechselstörungen). Auch das Rauchen ist als disponierender Faktor anzusehen, da bei Rauchern eine erhöhte Thrombozytenaggregationsbereitschaft besteht. Bei der gezielten Therapie der TIA ist eine Indikation für Antikoagulantien allenfalls für die ersten drei Monate gegeben. Lediglich kar-

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. **17,80**

Tetrabakat® 500

Kapseln

Tetracyclinhydrochlorid 500 mg
Breitband-Antibiotikum

Zusammensetzung: 1 Kapsel 500 mg Tetracyclinhydrochlorid.

Indikationen: Akute und chronische Infekte der Atemwege, der Haut, der Galle und Gallenblase, des Harntrakts und des Darms.

Dosierung: In der Norm morgens und abends 1 Kapsel. In schweren Fällen bis zu 4 Kapseln pro Tag.

Kontraindikationen: Tetracyclin-Überempfindlichkeit, schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Schwangerschaft und Stillzeit, während der Zahnentwicklung (bei Kindern am besten nicht vor dem 8. Lebensjahr!). Seltene Nebenwirkungen mit Übelkeit, Erbrechen, Durchfällen. Vereinzelt pathologisches Pilzwachstum, allergische Erscheinungen.

Hinweis: Nicht mit Milch, sowie zusammen mit Eisen-, Kalzium- und Aluminium-Verbindungen einnehmen. Keine Antazida!

20 Kaps. **14,75**

diale Embolien stellen unter den üblichen Voraussetzungen eine Indikation zur Antikoagulantienlangzeitbehandlung dar. Das Risiko von Hirnblutungen erscheint insgesamt hoch. Zunehmende Bedeutung für die Therapie der TIA haben die Thrombozytenaggregationshemmer gewonnen.

Dr. J. Rabe, Bad Bevensen

Hemiplegiebehandlung und Hemiplegiker-Rehabilitation

Häufig wird ein Patient nach einem zerebralen Insult aus voller Leistungsfähigkeit heraus zum Intensivfall in der Akutklinik. Daraus ergeben sich vielfältige Probleme für den behandelnden Arzt sowohl im Hinblick auf die medikamentöse Insultbehandlung als auch bezüglich der außerordentlich wichtigen Pflegegesichtspunkte in der Rehabilitationsnotwendigkeit. Insultbehandlung und Rehabilitation des Insult-Patienten sind als Behandlungseinheit zu verstehen.

Trotz der unglaublichen Vielfalt der Insult-Genese-Möglichkeiten besteht — entsprechend der Monotonie des klinischen Bildes — meist eine relativ einheitlich bzw. unspezifisch gehandhabte Therapie. Eine Differenzierung erfolgt erst bei Berücksichtigung der Schwere des klinischen Bildes. So decken die medikamentösen Behandlungsmaßnahmen alle Notwendigkeiten ab, von der leichten transitorischen ischämischen Attacke bis zum Vollbild der lebensbedrohenden Hemiplegie, die stets als Intensivfall zu versorgen ist. Hierdurch soll erreicht werden:

- Die pathogenetisch wirksamen Störungen auszuschalten,
- die definitive Hirnläsion auf ein Minimum zu beschränken,
- sekundäre Komplikationen zu vermeiden,
- eine vernünftige Rehabilitation und Rezidivprophylaxe.

Die *medikamentösen Maßnahmen* werden von einer *intensiven Pflege* begleitet; ihre gewissenhafte Durchführung kann für das weitere Schicksal des Patienten von eminenter Bedeutung sein. Damit beginnt die Rehabilitation „spätestens sofort“ schon in der Intensivbehandlungsphase: Der komaöse, hemiplegische Patient ist richtig zu lagern, umzulagern, zu bewegen und durchzubewegen. Die therapeutische Lagerung schreibt zur Hemmung pathologischer Reflexentwicklungen bestimmte Gliedmaßstellungen vor, d. h., wir haben den Beugesynergien am Arm und den Streckesynergien am Bein vorzubeugen. Es wird eine Ruhelagerung auf dem Rücken und auf der gesunden Seite, eine therapeutische Lagerung auf Rücken und auf der gesunden Seite sowie eine therapeutische Lagerung auf der gelähmten Seite unterschieden. Auch soll der Insult-Patient auf dem Bauch liegen. Dies dient der Drainage des Bronchialsekretes und der Kontrakturprophylaxe an Knie und Hüfte. Der Patient mag diese Position gar nicht, aber man soll sie mit sanftem Nachdruck für zunächst fünf bis zehn Minuten verlangen und im weiteren auf zwei Stunden steigern. Der zweistündige Lagewechsel ist das Mittel der Wahl bei sämtlichen Prophylaxen. Bei allen Pflegemaßnahmen sollen die Stellungswinkel der Extremitäten in den großen Gelenken geändert und dreimal täglich soll der Insult-Patient ganz durchbewegt werden.

Nach dem zweiten bis sechsten Tag nach dem Insult ist der Patient psychisch meist so weit aufgeheitert, daß mit dem aktiven Training begonnen werden kann. Hierunter ist eine aktive Mobilisierung mit Eigenleistung, Selbsthilfetraining und funktioneller Beschäftigungstherapie zu verstehen. Zugleich mit dem körperlichen Behandlungsansatz zielt man auf die geistig-seelischen Notwendigkeiten zur Rehabilitation des Patienten mit Aktivierungen zur Eigeninitiative bis zur Eigenverantwortlichkeit des Individuums.

Nach der Entlassung aus der Akutklinik sollte die Weiterbehandlung des Insult-Patienten in einer entsprechend ausgerüsteten neurologischen Rehabilitationsklinik fortgesetzt werden, wenn der Patient lern-

fähig, trainierbar, kooperationsfähig und — bereit ist. Der soziale Hintergrund sollte intakt und der Patient so weit sein, daß er aktiv das Bett verläßt. In der Rehabilitationsklinik geht es um des systematische Training zur Wiederherstellung von Motorik und Koordination. Dabei müssen neue Bewegungsmuster und Umwegtricks erlernt werden für das Bettverlassen, für die Selbstversorgungsleistungen, für die Toilettenverrichtungen, die Gehfunktionen, für kleine Transportleistungen und für das Schreiben. Dafür ist der ganze Einfallsreichtum des Patienten, der Schwestern, der Krankengymnastin und des Beschäftigungstherapeuten erforderlich. Der Patient soll körperlich wie geistig-seelisch zu einem Optimum hochtrainiert werden, soll die verlorenen Fähigkeiten und Fertigkeiten über neue Annäherungswege wiedererlernen, um Pflegeunabhängigkeit oder die Fähigkeit zur unabhängigen Lebensführung oder die Möglichkeit zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen.

Von zehn Insult-Patienten überleben etwa sieben bis acht, die Hälfte der Betroffenen lebt nach dem Insult noch länger als sechs Jahre. Überleben die Patienten die Akutphase, so erreichen unter günstigen Konditionen 60 bis 75 Prozent wieder ihre Selbständigkeit, 10 bis 20 Prozent können eventuell ins Erwerbsleben zurückkehren und nur 25 Prozent bleiben pflegeabhängig.

Privatdozent Dr. D. Raithel, Erlangen:

Gefäßchirurgische Maßnahmen bei zerebrovaskulärer Insuffizienz

Für eine akute zerebrovaskuläre Insuffizienz sind zwei Faktoren verantwortlich zu machen:

- Passagere Reduktion des Blutflusses durch eine obstruierende Läsion im entsprechenden Einstromgebiet.

30. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 7. bis 9. Dezember 1979

— Programm Seite 1045 f. —

Herzinsuffizienz



DiGi-Tromcardin

„Digitalis mit K-Mg-Salzen kombiniert, kann bei bekannter und ausreichender Resorption die Digitalis-Toxizität mindern und die therapeutische Breite erhöhen und damit die Verträglichkeit des verordneten Glykosids verbessern.“

Prof. Dr. med. H. Hochrein
Arzneim.-Forsch.
27. 3a, 742-745 (1977)

Zusammensetzung

Eine Tablette enthält:
0,125 mg Digoxin

350 mg Kalium-D,L-hydrogenaspartat · ½ H₂O

350 mg Magnesium-bis-D,L-hydrogenaspartat · 4 H₂O

Indikationen

Herzinsuffizienz, Dauerdigitalisierung, auch bei Digitalis-Intoleranz.

Kontraindikationen

Schwere Nierenfunktionsstörungen, Hyperkalzämie, schwere Bradykardie, ventrikuläre Tachykardie (Intoxikation).

Nebenwirkungen

Digi-Tromcardin ist sehr gut verträglich. In vereinzelt Fällen können die von Herzglykosiden bekannten Nebenwirkungen auftreten, wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, nur in Ausnahmefällen unregelmäßiger Puls und Sehstörungen.

Hinweis

Vorsichtig dosieren bei Erregungsleitungsstörungen.
Cave gleichzeitig i.v.-Kalzium-Therapie!

Dosierung und Anwendungsweise

Durchschnittliche Erhaltungsdosis: 3 x tgl. 1 Tablette. Sättigungsdosis für mittelschnelle Sättigung: 3 x tgl. 2 Tabletten für ca. 5 Tage. Bei Digitalis-Intoleranz einschleichend mit 1 x tgl. 1 Tablette beginnen und langsam bis zur Sättigung steigern.

Handelsformen und Preise

OP mit 30 Tabletten DM 8,84

OP mit 75 Tabletten DM 19,12

Anstaltspackung mit 300 Tabletten.



Trommsdorff

H. Trommsdorff - Arzneimittelfabrik
5110 Aisdorf bei Aachen

– Obstruktion der zerebralen Mikrozirkulation durch einen Embolus aus einem vorgeschalteten ulzerösen Plaque, in der Regel an der Karotisdabel lokalisiert.

Diese beiden Gesichtspunkte hat der Gefäßchirurg neben dem klinischen Stadium der zerebrovaskulären Insuffizienz bei der Indikationsstellung zur Operation zu berücksichtigen. Von welchem Stenosegrad eine Enge im Einstromgebiet der Arteria carotis interna hämodynamisch zum Tragen kommt, kann im Einzelfall nicht vorausgesagt werden. In der Regel wird das bei einer Querschnittsabnahme von mehr als 70 bis 80 Prozent der Fall sein. Es genügt nicht, das für die zerebralen Ausfallserscheinungen verantwortliche Zustromgebiet allein (d. h. mit einer selektiven Karotiskontrolle) darzustellen, da die Wirksamkeit einer Stenose sonst schwer zu definieren ist. Meistens handelt es sich um multilokuläre Läsionen, die Reduktion des Stromflusses in einer Arterie allein hat kaum eine temporäre oder permanente Einschränkung der Hirndurchblutung zur Folge.

Die Indikation zur Karotisrekonstruktion ist gegeben bei Stenosen über 50 Prozent und bei Läsionen mit einer Lumeneinengung unter 50 Prozent, wenn angiographisch vermutet werden darf, daß diese Stenosen Ausgangspunkt für zerebrale und retinale Mikroembolien sind.

Die Operation einer Karotisstenose, die bei Patienten zufällig im Zuge einer Angiographie aufgedeckt wird, ohne daß subjektive Beschwerden bestehen (Stadium I), ist nur dann angezeigt, wenn der gefäßchirurgische Eingriff in einem Zentrum vorgenommen werden kann, das eine Letalität bei Karotisrekonstruktionen in diesem Stadium unter einem Prozent aufweist. Im Stadium I kommt der Operation nur eine prophylaktische Bedeutung zu.

Im Stadium II besteht zusätzlich bereits eine therapeutische Indikation. Durch die Operation werden die Patienten von den gefährdenden und belastigenden ischämischen Attacken befreit. Bei diesen Patienten kann durch Aggregationshemmer die Frequenz der ischämischen Attacken allenfalls vermindert, nicht jedoch die Hirninfarktquote reduziert werden. Ein Einsatz von Antikoagulantien verbietet sich häufig. Die operative Behandlung führt zu einer siebenfachen Reduktion der Schlaganfallquote im Nachbeobachtungszeitraum von fünf Jahren.

Im Stadium III wird heute – auch bei erhaltenem Bewußtsein – in der Regel nicht mehr operiert, wenn der Patient eine komplette Parese zeigt. Allenfalls bei Inkompletter Parese und erhaltenem Bewußtsein kann innerhalb der 6-Stundengrenze ein operativer Eingriff in Erwägung gezogen werden.

Das Stadium IV bedarf dann einer operativen Behandlung, wenn der Patient sich erholt hat und auf der Gegenseite oder ipsilateralen Seite sich angiographisch korrekturbedürftige Stenosen nachweisen lassen.

Doppelseitige Stenosen werden im Abstand von 10 bis 14 Tagen angegangen. Nach abgelaufenem Hirninfarkt wird höchstens in sechs Wochen angiographiert und operiert. Angiographiert sollte erst werden, wenn die Operation innerhalb der folgenden Tage vorgenommen werden kann.

Professor Dr. H. Schadewaldt,
Düsseldorf:

Die Entwicklung zur modernen Geriatrie

Häufig wird die Meinung vertreten, daß die Beschäftigung mit dem Alter und den Altersgebrechen erst seit der außerordentlichen Erhöhung des

Lebensalters des Menschen auf über 70 Jahre ein Problem geworden sei. Nicht zuletzt im Zusammenhang mit der erheblichen Zunahme der Herz-Kreislauf-Krankheiten und der verschiedenen Formen des Krebses wird immer wieder gern darauf verwiesen, daß derartige Abnutzungs- oder Degenerationskrankungen sich bei Patienten, die nur selten das 50. Lebensjahr erlebten, kaum hätten einstellen können. Man verweist ferner auf die zahlreichen Epidemien in früheren Jahrhunderten und die hohe Säuglings- und Müttersterblichkeit vor Einführung der Jennerschen Schutzimpfung und der Semmelweis'schen Kindbettfieberprophylaxe. Doch diese Auffassungen sind nicht richtig. Seit jeher hat der Mensch sich mit den Fragen des Alters auseinandergesetzt und diese letzte Lebensspanne entweder positiv oder auch negativ gedeutet. So sprach der 63jährige Seneca in seiner berühmten, das Alter verteidigenden Schrift um 44 v. Chr.: „Überhaupt, wenn ihr Geschichte lesen oder hören wollt, so werdet ihr finden, daß oft die größten Staaten von Jünglingen erschüttert, aber von Greisen aufrecht erhalten und gestützt worden sind.“

Demgegenüber zeigte z. B. Nietzsche seine völlige Ablehnung des Alters mit folgenden Worten: „Das Leben heißt, grausam und unerbittlich gegen alles sein, was schwach und alt an uns ist.“

Die Gerontologie wird bereits von Galen im zweiten nachchristlichen Jahrhundert in einem Abschnitt über die Greisenpflege beim Namen genannt. Eine Veränderung der Humoralbeschaffenheit des Organismus, eine Austrocknung und Auskühlung des alternden Körpers war für Galen das Prinzip der Alterungsvorgänge. Der Wärme- und Flüssigkeitsverlust, der die Haut welk und schlaff macht und die Greise so leicht frieren läßt und die einhergeht mit einer Verminderung der Blutmenge, so daß alte Menschen fast blutlos er-



RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Crataegus-Adonistherapie des Altersherzens

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g. Adonis,
Visc. alb. 5,5 g. Apium grav. Auricul. 5,5 g. Val. 13 g. Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,14

Recorsan-Gesellschaften Gräfeling und Lüneburg

scheinen, ist kein Phänomen wider die Natur des betreffenden Organismus, sondern ein Prozeß, der in der Lebensanlage oder Konstitution des Betreffenden fest eingepflanzt ist. Das Altern steht demnach zwischen der hypothetischen vollen Gesundheit (Eukrasie) und den ausgesprochen krankhaften Störungen (Dyskrasie). Es macht ebenso wie eine andere merkwürdige Gruppe, die Idiosynkrasie, empfänglicher für bestimmte Noxen und führt zu eigentümlichen Reaktionen, ohne deswegen schon als pathologisch gelten zu können. Galen hat damit die Altersveränderungen richtiger gesehen als die Autoren des Corpus Hippocraticum.

Die Diskussion um die Frage, ob die Alterungsprozesse physiologischer oder pathologischer Art seien, ob es einen normalen Alterstod gibt, oder ob nicht jeder Exitus, auch des älteren Menschen, im Grunde auf pathologischen Veränderungen beruht, zieht sich seit Galen wie ein roter Faden durch die ganze Geschichte der Medizin bis in unsere Tage. Bereits von diesem wurden Bäder, Massagen und körperliche Bewegungen dringend empfohlen, weil sie warm machen und auch Feuchtigkeit dem Organismus zuführen. So wurde der Weingenuß (insbesondere feurige Sorten) empfohlen, zur Stuhlregulierung die Einnahme von Öl vor den jeweiligen Mahlzeiten oder von Feigen und Pflaumen angeraten und so wurde darauf hingewiesen, daß körperliche Ruhe, gerade im Alter, verhängnisvoll sein könne, weil sie die Austrocknung oder Abkühlung noch verstärken würde.

Seit dem Altertum glaubte man auch an eine besondere Ausstrahlung junger Menschen auf den alternden Organismus und empfahl Greisen immer wieder den unmittelbaren Kontakt mit jungen Mädchen. Noch im 18. Jahrhundert wurden entsprechende Ratschläge gegeben, und kein geringerer als Hufeland ging in seinem klassischen Werk der Gerontoprophylaxe auf diese Fragen ein. Er vertrat jedoch die Auffassung, daß „Hauch und Ausdünstung wohl kaum anders als durch ihre Wärme einwirken dürften, da sie, gleich anderen Aussonderungen des Körpers, bereits verbrauchte Stoffe enthalten. Auch hat sich ihr belebender Einfluß nicht bewährt.“ Von anderen mehr oder weniger magi-

schen oder spekulativen Mitteln, die Gesundheit bis ins hohe Alter zu erhalten, sind Pannax Ginseng und Goldpillen zu erwähnen. Auch Paracelsus war der festen Überzeugung, daß mit Hilfe von derartigen Elixieren eine Verlängerung des Lebens möglich sei. Er wies im übrigen bereits nach, daß Frauen älter als Männer werden könnten, da bei ihnen die Menstruation eine ständige Entleerung von Schlackenstoffen bedingen würde.

Die Zahl der Versuche, eine Lebensverlängerung durch Geheimmittel, Amulette, Talismänner, Magnetismus, Bluttransfusionen oder gar durch Einfrierung eine „gänzliche Unterbrechung aller innerlichen und äußerlichen Konsumption, einen Stillstand des Lebens und dabei doch eine Erhaltung des Lebensprinzips zu ermöglichen“ (Benjamin Franklin), ist unüberschaubar. Gegenüber derartigen Spekulationen führte uns der große Wiener Kliniker van Swieten wieder auf den Boden der Tatsachen zurück: „Aber lassen wir diese Possen. Der Tod im Alter folgt unvermeidlich, selbst dem gesündesten Leben.“

Man hat sich also in allen Jahrhunderten, seitdem es eine Heilkunde gibt, mit den problematischen und für alle Generationen brennenden Fragen des Alterns auseinandergesetzt. Die verschiedenen Empfehlungen zur Gerontoprophylaxe lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Verlängerung des menschlichen Lebens bis zum natürlichen Lebensende, das zwischen 80 und 140 Jahren angesetzt wird, durch ein regelmäßiges Leben und durch die Verwendung bestimmter Pharmaka.
2. Vermeidung aller das Leben verkürzenden Noxen und insbesondere physische oder psychische Belastungen.
3. Eine philosophisch-religiöse Vorbereitung auf das Altern, mit der Annahme der Altersvorgänge oder mit einem ständigen Kampf gegen diese Abbauprozesse. Dabei wurden nicht selten auch positive Seiten des Alterns, wie sie in der Jugend noch nicht entwickelt werden können, herausgestellt.

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, Behringersdorfer Straße 5 a, 8501 Schwaig

Die Hustenmedizin für die ganze Familie...



Praecipect

Sirup

Tropfen

Praecipect

Sirup

mit Codein

Tropfen

...wird mit jedem Husten fertig!

Zusammensetzung: Praecipect 100 ml Sirup enthalten: Extr. Thymi lfd. 3 g, Extr. Primulae lfd. 2 g, Sullogaiacol-Kalium 1 g, Ammon. chloratum 1 g, Natrium bromatum 0,5 g, Ephedrin hydrochloric. 0,1 g. Praecipect Tropfen 100 g Lösung enthalten: Extr. Thymi lfd. 25 g, Extr. Primulae lfd. 5 g, Ephedrin hydrochloric. 1 g. Praecipect mit Codein 100 ml Sirup enthalten: Extr. Thymi lfd. 3 g, Extr. Primulae lfd. 2 g, Sullogaiacol-Kalium 1 g, Ammon. chloratum 1 g, Natrium bromatum 0,5 g, Ephedrin hydrochloric. 0,1 g, Codein phosphoric. 0,05 g. Praecipect mit Codein Tropfen 100 g Lösung enthalten: Extr. Thymi lfd. 25 g, Extr. Primulae lfd. 5 g, Ephedrin hydrochloric. 1 g, Codein phosphoric. 0,75 g. **Anwendungsgebiete:** Praecipect und Praecipect Tropfen Erkrankungen der Atemwege, auch mit spastischer Komponente. Praecipect mit Codein und Praecipect mit Codein Tropfen Erkrankungen der Atemwege, insbesondere Reiz- und Krampfhusten. **Dosierungsmenge und Art der Anwendung:** Siehe Packungsbeilage! **Gegenanzeigen:** Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Phäochromocytom, Prostataadenom mit Resthambildung, Engwinkelglaukom; zusätzlich bei Praecipect mit Codein und Praecipect mit Codein Tropfen: Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation. **Nebenwirkungen:** Herzklappen, ventrikuläre Rhythmusstörungen, Miktionsbeschwerden, zentrale Erregung; zusätzlich bei Praecipect mit Codein und Praecipect mit Codein Tropfen: Obstipation.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Halothan, Herzrhythmusstörungen, Guanethidin; sympathomimetische Wirkung verstärkt. **Warnhinweis:** Praecipect, Praecipect mit Codein sowie Praecipect mit Codein Tropfen können auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit 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. **Handelsformen und Preise:** Praecipect Packung mit 125 g Sirup DM 5,05; Praecipect Tropfen Packung mit 30 g Lösung DM 4,90; Praecipect mit Codein Packung mit 125 g Sirup DM 6,35; Praecipect mit Codein Tropfen Packung mit 30 g Lösung DM 6,50.

MOLIMIN Arzneimittel GmbH, 8605 Hailstedt/Otr.

85. Deutscher Internistenkongreß in Wiesbaden

Die von etwa 3000 Fachärzten aus 20 Ländern besuchte Großveranstaltung in der Wiesbadener Rhein-Main-Halle wurde von Professor Dr. W. Gerok, Freiburg/Br., geleitet und war traditionsgemäß mit einer großen Facheusstellung verbunden, zu deren Eröffnung Professor Dr. R. Kopf, Köln, als Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie einige vorwiegend kritische **Anmerkungen zu gesundheitspolitischen Fragen** machte. Er bemängelte, daß sowohl die von der Transparenzkommission beim Bundesgesundheitsamt herausgegebene Transparenzliste zum Indikationsgebiet „Herzmuskelinsuffizienz“ als auch die Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu sehr auf die reine Preisdarstellung abgestellt sind. Im ersten Exemplar der Preisvergleichsliste sind im wesentlichen Monopräparate von nicht mehr patentgeschützten Wirkstoffen enthalten, wobei wichtige Medikamente der täglichen Praxis der groben Arzneizuteilung in dieser Liste zum Opfer fallen. Deshalb bestehe die Gefahr, daß sie beim Arzt den falschen Eindruck hervorrufen, die in ihr enthaltenen Präparate stellten die ultima ratio der Kassenmedizin dar. Richtig sei dagegen, daß der Arzt weiterhin frei ist, Arzneimittel zu Lasten der Krankenkassen zu verschreiben, die nicht in dieser Liste stehen, sofern deren Verordnung aus seiner Sicht angezogen und/oder wirtschaftlicher ist.

Der Versuch der Berliner Transparenzkommission könne als ein leichter Fortschritt bezeichnet werden, weil hier neben indikationsausgerichteter Einteilung, wissenschaftlichen Einführungsangaben und Preisen erstmals auch pharmazeutische Qualitätsmerkmale aufgeführt sind. Allerdings, so bemängelte Professor Kopf, gibt die Aufzählung einiger Qualitätsmerkmale nur einen kleinen Teil der für den Arzt so wichtigen weiteren Leistungen der Hersteller wieder. Diese Liste suggeriere bedauerlicherweise Leistungs-

transparenz, ohne sie wirklich zu bieten, weil sie nichts darüber aussagt, daß einige Hersteller zur Unterstützung der Ärzteschaft spezifische Informationseinrichtungen (z. B. über Vermeidung oder Behandlung von Nebenwirkungen, über mögliche Maßnahmen bei Vergiftungen, über Interaktionen bei gleichzeitiger Gabe mehrerer Präparate) unterhalten.

Im Rahmen eines Symposiums über die **klinische Bedeutung der Gewebshormone** kam Dozentin Dr. B. M. Peskar, Freiburg, zu Wort, die sich mit den *gastrointestinalen Prostaglandinen* befaßte, welche zahlreiche Effekte auf verschiedene Funktionen des Gastrointestinaltraktes ausüben. Sie beeinflussen die Muskulatur, die Sekretion, die Durchblutung und haben einen sogenannten zytoprotektiven Effekt, d. h., sie schützen die gastrointestinale Schleimhaut vor Ulzerationen. Besonders genau untersucht wurden dabei die Wirkungen von Prostaglandin (= PG) der E- und F-Gruppe sowie in letzter Zeit diejenige von Prostacyclin (PGI₂).

Für einen therapeutischen Einsatz von PG bei gastrointestinalen Ulzera ist bedeutungsvoll, daß eine Hemmung der Säuresekretion durch PG nicht Folge einer verminderten Mukosadurchblutung ist, sondern daß PG trotz Hemmung der Säuresekretion die Schleimhautdurchblutung sogar noch steigert.

Nach den bisher vorliegenden Untersuchungsergebnissen hält es Dozentin Peskar für wahrscheinlich, daß zumindest im Fall der medikamentös induzierten Ulzera (z. B. durch Aspirin oder Indometacin) einer verminderten Synthese endogener PG in der gastrointestinalen Schleimhaut pathogenetische Bedeutung zukommt. In solchen Fällen wäre eine Behandlung mit exogenen PG oder mit PG-Analogen eine Kausaltherapie. Ob auch das nicht medikamentös bedingte *Ulcus pepticum* eine PG-Mangelkrankung ist, kann derzeit nicht gesagt werden, immerhin erscheint

eine symptomatische Therapie mit exogenen PG möglich. Der endgültige Stellenwert der PG in der Physiologie und Pathophysiologie des Gastrointestinaltraktes muß jedenfalls erst noch geklärt werden.

Zu einer Vortragsreihe über **Knochenstoffwechsel und Knochenkrankungen aus internistischer Sicht** gehörte ein Beitrag von Professor Dr. F. Kuhlencordt, Hamburg, über die Osteoporose, deren Verdachtsdiagnose am häufigsten anhand konventioneller Röntgenaufnahmen des Skeletts gestellt wird. Hierbei sollte jedoch bedacht werden, daß der alleinige Nachweis einer erhöhten Strehlentransparenz der Wirbelsäule in der Regel für die Diagnose einer Osteoporose nicht ausreicht, zumal auch andere generalisierte Osteopathien mit einem verminderten Mineralgehalt einhergehen können. Für die Diagnose dieser Erkrankung müssen auch Form- und Strukturveränderungen der Wirbelkörper berücksichtigt werden. Man muß davon ausgehen, daß es bis heute keine Einzelmethode gibt, die mit hinreichender Genauigkeit eine sichere Trennung zwischen noch normaler und schon pathologisch-reduzierter Knochenmasse erlauben würde. Dies bedeutet, daß eine Frühdiagnose der Osteoporose bislang nicht möglich ist.

Der Referent wollte keineswegs bestreiten, daß die Abnahme der Ovarfunktion im Klimakterium durchaus für den physiologischen Knochenverlust der Frau bedeutungsvoll ist. Frauen, deren Knochenmasse in dieser Phase jedoch unterhalb der physiologischen Schwankungsbreite liegt, haben definitionsgemäß eine Osteoporose, die nicht durch das Klimakterium zu erklären ist. Die unterschiedlichen Auffassungen über Wert und Unwert einer Östrogentherapie resultieren nach Ansicht des Vortragenden in erster Linie daher, daß meist nicht klar definiert wird, ob bei den zu behandelnden Frauen wirklich eine Osteoporose im Sinne der Definition vorliegt, oder ob der Verlust der Knochenmasse noch im Bereich der altersentsprechenden physiologischen Abnahme gelegen ist. Es handelt sich dabei nicht nur um einen graduellen Unterschied, sondern in einem Fall um Gesunde und im anderen Fall um Frauen mit einer

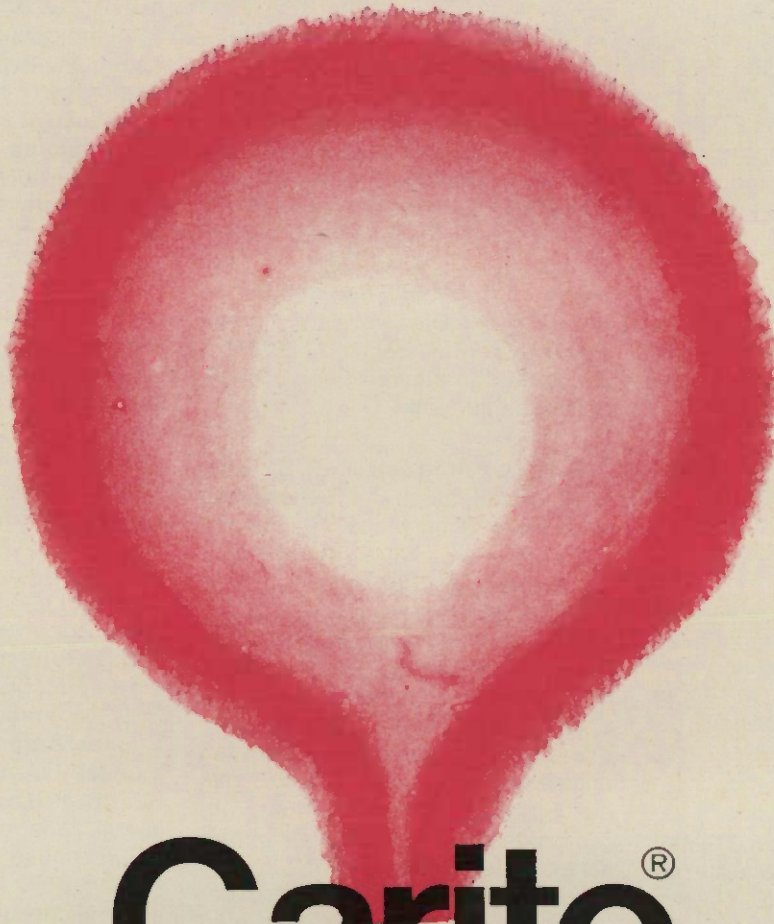
Irritationen der Harnblase ein multikausales Geschehen

hormonal

bakteriell

funktionell

radiogen



Carito®

der problemlose Weg zur mictio normalis

Durch seine Komplexwirkung:

- spasmolytisch
- antiphlogistisch
- diuretisch
- tonisierend
- antiödematös
- antibakteriell

erweist sich Carito als wirksames Therapeutikum bei dysurischen Beschwerden jedweder Genese.

1/79

Zusammensetzung: Eine Kapsel enthält: Extr. Rad. *Pereires breve* spir. 3,286 mg, Extr. Sem. *Cucurbitae* spir. 9,862 mg, Extr. Fol. *Demianee* spir. 4,602 mg, Extr. Rad. *Echinecee purpur.* spir. 49,318 mg, Extr. *Bulbue Allii cepae* spir. 48,030 mg, Extr. *Gemmae Populi* spir. 6,902 mg, *Aescin* 30,000 mg.

Anwendungsgebiete: Funktionelle, hormonelle und radiogene Miktionsstörungen, Zystitis, Intekle der Harnblase, Prophylaxe und Therapie der Harnwegsinfekte nach urologischen und gynäkologischen Eingriffen.

Unverträglichkeiten und Risiken: Im ersten Trimenon der Schwangerschaft und bei schwerer Pankreatitis soll Carito nicht angewandt werden.

Allergische Reaktionen durch Carito sind bisher nicht bekannt geworden. Carito kann gleichzeitig mit Herz- und Kreislaufmitteln eingenommen werden, ohne

daß eine Wirkungsänderung der einzelnen Präparate zu erwarten ist.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen: Während der Therapie mit Carito, besonders in höherer Dosierung, können gelegentlich Unverträglichkeitserscheinungen im Bereich des Magen-Darmtraktes auftreten. In diesen Fällen sollte die Dosis reduziert werden (z. B. 3mal täglich 1 Kapsel).

Darreichungsform, Packungsgröße und Preis:
OP mit 60 Kapseln DM 19,42
*Stand: Juli 1979



HOYER GmbH & Co.
Pharmazeutische Präparate
4040 Neuss 21

Osteoporose ungeklärter Ätiologie. Die therapeutischen Bemühungen bei allen Osteoporoseformen, so betonte Professor Kuhlencordt, sollten in erster Linie auf eine Positivierung der Knochenbilanz ausgerichtet sein. Dies kann entweder durch eine Stimulation der Formation, durch eine Bremsung der Resorption oder durch eine Kombination beider Möglichkeiten geschehen. Eine Bremsung der Resorption verspricht besonders bei den Fällen von Erfolg zu sein, bei denen eine hohe Knochenresorption vorliegt. Für eine Stimulation der Knochenneubildung steht heute praktisch nur das Natriumfluorid zur Verfügung, in eigenen Behandlungsversuchen mit Wachstumshormon konnte der Vortragende keine überzeugenden Resultate erzielen. Derzeit laufen an der Hamburger Medizinischen Universitätsklinik Versuche einer Behandlung mit einem synthetischen Parathormon-Fragment der Aminosäuren 1 bis 34, über deren Effektivität erst nach einer längeren Beobachtungszeit ein Urteil möglich sein wird. Von allen anderen im Handel befindlichen Medikamenten, wie Geschlechtshormonen, anabolen Steroiden, Kalzium i. v. oder Calcitonin, kann lediglich eine Bremsung der Knochenresorption erwartet werden.

Zu den Kurvorträgen über Themen aus der Kardiologie gehörte ein Beitrag von Professor N. N. Kipshidze, Tiflis/UdSSR, über **neue Aspekte bei der Behandlung der koronaren Herzerkrankung**, wobei er sich auf seine Erfahrungen bei der Behandlung von 100 Koronar-Patienten stützte, die in einer Doppelblindstudie vier Wochen lang mit täglich dreimal 2 mg Molsidomin (Corvaton) behandelt wurden. Als Kriterien für die Wirksamkeit dieser Therapie wurden der zahlenmäßige Rückgang bzw. das Verschwinden der pektanginösen Anfälle, die Verringerung der täglich benötigten Nitroglyzerindosis sowie ein Anstieg

der Arbeitstoleranz gewertet. Bei 14 Patienten, die regelmäßig einer Fahrradergometerbelastung unterzogen wurden, stieg die Arbeitstoleranz von ursprünglich 580 kpm innerhalb von zwei Wochen unter Molsidomin auf 920 kpm, was einer Zunahme von 60 Prozent entspricht. Bei einigen der Koronar-Patienten war unter der Behandlung ein mäßiger Blutdruckabfall von 15 bis 20 mm Hg zu verzeichnen. Nach Professor Kipshidzes Erfahrungen handelt es sich beim Molsidomin um ein durchaus effektives Koronartherapeutikum, dessen Wirksamkeit allerdings bei Patienten mit Belastungsangina wesentlich stärker ausgeprägt ist als bei denen mit Ruheangina. Die Nebenwirkungen sind nicht gravierend, 14 Prozent der Patienten klagten über Schwindelerscheinungen.

Aus dem Vortrag von Dr. R. B. Schilcher, Essen, über die **Behandlung inoperabler Bronchialkarzinome** war zu entnehmen, daß die überwiegende Mehrzahl der Patienten mit kleinzelligen und anaplastischen Bronchialkarzinomen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung wegen der bereits eingetretenen Metastasierung inoperabel sind, weshalb neue therapeutische Konzepte gesucht werden müssen. Die Erfahrung zeigt, daß das Erreichen einer klinischen Vollremission für die Prognose von entscheidender Bedeutung ist. Hierzu ist es notwendig, die Induktionsbehandlung im Sinne einer integralen Chemo- und Radiotherapie aggressiver zu gestalten, als dies bisher üblich war.


Am Essener Tumorzentrum läuft seit Mai 1978 eine Verbundstudie mit dem Ziel, durch hochdosierte stationäre Induktionsbehandlung nach dem ACO-Schema (Adriamycin + Cyclophosphamid + Oncovin bzw. Vincristin) die prognostisch wichtige Rate rasch erzielter klinischer Vollremissionen zu erhöhen. Bei thorakal begrenzter Metastasie-

rung erfolgt im ersten Zyklus eine prophylaktische Schädelbestrahlung bis 3000 r und nach dem vierten Kurs bei chemotherapeutisch induzierter Vollremission eine Bestrahlung von Mediastinum, Hili und Tumorkernschatten mit je 3000 r. Anschließend wird mit einer nicht kreuzresistenten Zytostatikakombination, bestehend aus Ifosfamid und dem Podophyllinderivat VP 16-213, weitertherapiert. Diese Kombination kann auch alternativ eingesetzt werden, wenn es nach dem ACO-Schema zu Rezidiven kommt, wenn der Therapieeffekt unzureichend ist oder wegen kardieller Vorerkrankungen Adriamycin kontraindiziert ist.

Zum **wissenschaftlichen Filmprogramm** des Wiesbadener Internistenkongresses gehörte die Uraufführung des von N. P. Schenker für die Pharma-Schwarz GmbH, Monheim, hergestellten Fortbildungsfilmes „*Instabile Angina pectoris*“, an dessen Gestaltung 18 Kardiologen, Kardiochirurgen, Physiologen und Pathologen aus sechs Ländern mitgewirkt haben. In diesem Streifen werden anhand von Trickzeichnungen und Fallbeispielen die pathophysiologischen Hintergründe und Symptome der sogenannten instabilen Angina pectoris herausgearbeitet: Wenn die pektanginösen Beschwerden an Intensität und Häufigkeit zunehmen und sie nicht nur unter Belastung, sondern auch in Ruhe auftreten, dann ist dies eine bedrohliche Situation, weil ein solcher instabiler Zustand nicht selten Vorboten eines Herzinfarktes ist. Solche Patienten sollten zur intensivmedizinischen Überwachung und konservativen Behandlung und auch zur Klärung der Frage, ob eventuell ein koronarchirurgischer Eingriff indiziert und möglich ist, alsbald stationär aufgenommen werden.

Anschrift des Verfassers:

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

BAD

 Thermalbad 56°C
FÜSSING

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 8397 Bad Füssing, Tel. (0 85 31) 2 13 07

Der Arzt im Notfalleinsatz*

von W. Weißauer

Lassen Sie uns zunächst versuchen, die Begriffe zu definieren, die dem Thema zugrunde liegen, um dann die für die rechtliche Beurteilung wesentlichen Kriterien herauszuarbeiten.

1. Der Notfall

Zerlegen wir den Begriff des „Notfalleinsatzes“, so finden wir einen vorzüglichen Anhaltspunkt für die Definition des „Notfalls“ in Art. 1 Abs. 2 des Bayer. Rettungsdienstgesetzes, der den Begriff des Notfallpatienten bestimmt. Gehen wir von den hier verwendeten Kriterien aus, so sind Notfälle

„Verletzungen und Erkrankungen, die mit Lebensgefahr verbunden sind oder bei denen schwerwiegende gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn nicht unverzüglich medizinische Hilfe geleistet wird.“

Ziehen wir die Ursachen in Betracht, die zu der Notfallsituation führen, nämlich den Unfall, die plötzliche schwere Erkrankung und die krisenhafte Zuspitzung eines bestehenden Krankheitsbildes, so haben wir damit auch bereits den Zugang zu einer zentralen Rechtsvorschrift gefunden, mit der wir uns später näher befassen müssen: § 330c StGB bedroht denjenigen wegen unterlassener Hilfeleistung mit Freiheits- oder Geldstrafe, der bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten ist. Unglücksfall im Sinne dieser Vorschrift ist nicht nur der typische Unfall, sondern z. B. auch die plötzliche Erkrankung oder die plötzliche Verschlimmerung einer Krankheit, aber auch die lebensbedrohliche Situation nach einem Selbstmordversuch (BGHSt 6, 147).

Der Notfall, um den es in unserem Thema geht, kann somit unter den Oberbegriff des Unglücksfalls im

Sinne des § 330c StGB eingeordnet werden. Sein spezifisches Gepräge innerhalb dieses Oberbegriffs erhält er dadurch, daß die erforderliche Hilfe in medizinischen Leistungen oder zumindest auch in medizinischen Leistungen besteht.

2. Der Einsatz des Arztes

Wenden wir uns der Frage zu, was unter dem Einsatz des Arztes in Notfällen zu verstehen ist, so fällt darunter bei schlichtem Wortverständnis jedes „sich Einsetzen“, also die Hilfe für den Notfallpatienten ohne Rücksicht darauf, ob der Arzt zufällig zum Unfallort kommt, als nächster erreichbarer Arzt von Dritten gerufen wird oder im Rahmen eines planmäßigen und organisierten Notfalldienstes tätig wird.

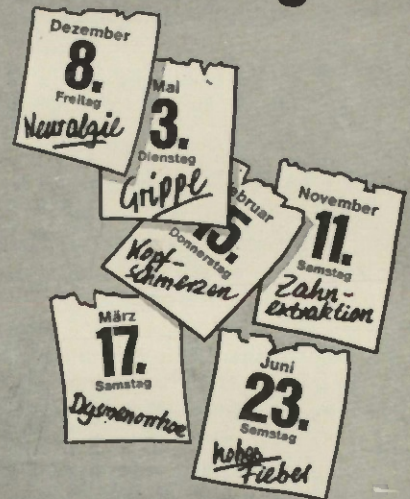
2.1 Der spontane und der organisierte Notfalldienst

Eine technisch und organisatorisch hoch entwickelte Gesellschaft mit einem ausgebauten System gesundheitlicher Fürsorge kann sich freilich nicht damit zufrieden geben, die allgemeine Hilfeleistungspflicht zu statuieren und es dann dem Zufall überlassen, ob im Notfall potente medizinische Hilfe rechtzeitig zur Stelle ist.

Gegenüber der rechtlich einfachsten Fallgestaltung, nämlich der spontanen, nicht organisierten, „zufälligen“ Hilfeleistung, bietet die planmäßige Versorgung der Notfallpatienten durch organisierte Notfalldienste eine Fülle von Sonderproblemen, die deshalb schwierig in den Griff zu bekommen und nur mit einer gewissen Umständlichkeit darzustellen sind, weil bei der Entstehung des Rettungswesens mehr die unmittelbaren praktischen Bedürfnisse als rechtliche Erwägungen Pate gestanden haben, was aus meiner Sicht nur zu begrüßen ist. Die rechtlichen Konstruktionen zu finden, die diese pragmatischen Lösungen tragen und absichern, ist eine durchaus sekundäre Aufgabe.

* Nach einem Referat vor Rot-Kreuz-Ärzten in Endorf — Leitung: Cheferzt Or. Zistl

Schmerzliche Erfahrungen:



Jedesmal hilft Praecimed oder Praecimed N analgetisch · antipyretisch antineuralgisch

Zusammensetzung: Praecimed 1 Tablette enthält: Codein phosphoric. 9,6 mg, Acid. acetylsalicylic. 250 mg, Phenacetin 250 mg. 1 Suppositorium für Erwachsene enthält: Codein phosphoric. 19,2 mg, Acid. acetylsalicylic. 400 mg, Phenacetin 400 mg. 1 Suppositorium für Kinder enthält: Codein phosphoric. 4,8 mg, Acid. acetylsalicylic. 100 mg, Phenacetin 100 mg. 1 Suppositorium für Säuglinge enthält: Codein phosphoric. 2,4 mg, Acid. acetylsalicylic. 50 mg, Phenacetin 50 mg. Praecimed N 1 Tablette enthält: Codein phosphoric. 9,6 mg, Acid. acetylsalicylic. 250 mg, Paracetamol 250 mg. 1 Suppositorium für Erwachsene enthält: Codein phosphoric. 19,2 mg, Acid. acetylsalicylic. 400 mg, Paracetamol 400 mg. 1 Suppositorium für Kinder enthält: Codein phosphoric. 4,8 mg, Acid. acetylsalicylic. 100 mg, Paracetamol 100 mg. 1 Suppositorium für Säuglinge enthält: Codein phosphoric. 2,4 mg, Acid. acetylsalicylic. 50 mg, Paracetamol 50 mg. **Anwendungsgebiete:** Kopf- und Zahnschmerzen, Menstruationsbeschwerden, Schmerzen nach Operationen, Muskel- und Nervenschmerzen, rheumatische Beschwerden, Fieber und Schmerzen bei Grippe und Erkältungskrankheiten. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Siehe Packungsbeilage Praecimed bzw. Praecimed N. **Gegenanzeigen:** Anwendung beim Säugling bis zum dritten Monat (nur bei Praecimed), genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie) (nur bei Praecimed), hämorrhagische Diathese, Schäden des hämatopoetischen Systems, Magen- und Darmulcera, schwere Nierentfunktionsstörungen, Kreislauferkrankungen, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverbreichung bei chronischer Obstipation, Salicylatallergie. **Hinweis:** Anwendung in den letzten vier Wochen der Grevidität vermeiden! **Nebenwirkungen:** Praecimed Okkulte gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmaanfälle, Obstipation, Nierenschäden (Langzeitverbreichung), hämolytische Anämie, Methämoglobinämie bei Neugeborenen, Praecimed N Okkulte gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmaanfälle, Obstipation, Überdosierung, Lebernekrosen.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Cumarin-Derivate, Corticoide erhöhte gastrointestinale Blutungsgefahr; Methotrexat-Toxizität erhöht; Probenecid, Sulfinpyrazon: urikaurische Wirkung vermindert; Sulfonylharnstoffe: hypoglykämische Wirkung verstärkt; Spironolacton: Spironolacton-Wirkung vermindert. **Warnhinweis:** Diese Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch des Reaktionsvermögens soweit verkehrt, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Handelsformen und Preise:** Praecimed bzw. Praecimed N Packung mit 20 Tabletten DM 4,25. Packung mit 5 Suppositorien für Erwachsene DM 3,36. Packung mit 5 Suppositorien für Kinder DM 2,85. Packung mit 10 Suppositorien für Kinder DM 4,54. Packung mit 5 Suppositorien für Säuglinge DM 2,40.

MOLIMIN Arzneimittel GmbH, 8605 Heilstadt/Ofr.

2.2 Notarzt und Notfallarzt

Zur planmäßigen ärztlichen Versorgung der Notfälle hat sich ein duales System entwickelt. Neben den traditionellen, von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Ärztekammern getragenen Notfall- oder Bereitschaftsdiensten sind Notarzt-dienste unterschiedlicher Organisationsformen entstanden.

2.2.1 Die terminologische Unterscheidung ist wenig glücklich. Der Begriff des „Rettungsarztes“ wäre weit plastischer. Terminologische Unklarheiten erschweren oft auch die sachliche Differenzierung¹⁾.

2.2.2 Der wesentliche sachliche Unterschied zwischen den beiden Diensten kann darin ersehen werden, daß der Notarztendienst funktional voll in das Rettungswesen integriert ist und auch organisatorisch eng mit dem Rettungsdienst zusammenarbeitet. Der Notarzt fährt mit Fahrzeugen der Rettungsdienste zum Notfallort oder trifft sich mit ihnen dort im Rendez-vous-System. Es stehen ihm damit am Notfallort die medizinisch-technischen Geräte, Einrichtungen und Medikamente des Rettungs- oder Notarztwagens zur notfallmedizinischen Versorgung an Ort und Stelle sowie während des etwaigen Transports des Notfallpatienten zur Verfügung. Dies setzt andererseits voraus, daß der Notarzt auch über spezifische notfallmedizinische Kenntnisse und Erfahrungen verfügt.

Ist ein Notarztendienst eingerichtet, so wird ihn die Rettungsleitstelle in den Fällen rufen, in denen zur medizinischen Versorgung und zum Transport des Notfallpatienten die Fahrzeuge und das Personal des Rettungsdienstes benötigt werden, in allen übrigen Notfällen wird die Rettungsleitstelle den Notfallarzt rufen. Fehlt regional ein spezieller Notarztendienst, so muß der Notfallarzt auch dessen Aufgaben übernehmen.

Eine präzisere Abgrenzung der beiden Dienste von ihren Aufgaben her dürfte schwierig sein, ist aber auch nicht nötig. In der Praxis gibt es breite Überschneidungszonen schon deshalb, weil die Anforderung der Dienste im Einzelfall meist auf unpräzisen, laienhaften Schilderungen

medizinisch relevanter Fakten beruht.

Um so wichtiger ist es, die beiden Dienste über eine gemeinsame Leitstelle so zu koordinieren, daß positive und negative Kompetenzkonflikte vermieden werden. Positive Kompetenzkonflikte führen zu unrationellen Doppeleinsätzen, die negativen Kompetenzkonflikte zu der gefährlichen Folge, daß einer sich auf den anderen verläßt und keiner der beiden Dienste Hilfe leistet. Den Rettungsleitstellen ist die Kooperation mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, im Sinne unserer neueren Terminologie also mit dem ärztlichen Notfalldienst, in Art. 5 Abs. 2 des Bayer. Rettungsdienstgesetzes ausdrücklich zur Pflicht gemacht.

Festzustellen ist bereits hier, daß es sich auch bei der Versorgung durch den Notarzt um eine ambulante und nicht eine vorweggenommene stationäre Leistung handelt. Ob eine stationäre Behandlung nachfolgt und in welchem Krankenhaus sie durchgeführt wird, ist beim Abruf und oft selbst bei der ärztlichen Notfallversorgung offen. An die Notfallversorgung anschließende stationäre Behandlungsbedürftigkeit ist schon deshalb kein essentielles Kriterium für die Aufgabenteilung zwischen Notarzt und Notfallarzt; dies gilt auch dann, wenn ein Krankenhaussträger den Notarztendienst durchführt.

2.3 Organisationsrechtliche Grundlagen

2.3.1 Der ärztliche Notfalldienst

Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Ärztekammern organisierten ärztlichen Bereitschafts- oder Notfalldienste haben ihre Rechtsgrundlage im Kassenarztrecht und im ärztlichen Berufsrecht. Die Teilnahme ist für den von diesen Regelungen erfaßten Arzt als spezifische kassenärztliche Verpflichtung oder allgemeine ärztliche Berufspflicht obligatorisch. Träger des Einsatzes und damit für seine Organisation verantwortlich sind die genannten öffentlich-rechtlichen Körperschaften, deren Einrichtung und Aufgabenkreis auf Gesetz beruht.

2.3.2 Der Notarztendienst

Bei der Ermittlung der organisatorischen und organisationsrechtlichen

Grundlagen des Notarztendienstes stellt sich zunächst die Frage:

Für wen wird der Notarzt tätig, wer ist für die Organisation des Notarztendienstes rechtlich verantwortlich und wo finden sich die Rechtsgrundlagen für seinen Einsatz?

2.3.2.1 Keine rechtliche Integration des Notarztes in den Rettungsdienst

Ziehen wir das Bayer. Rettungsdienstgesetz zu Rate, so sind Träger des Rettungsdienstes die Landkreise und kreisfreien Gemeinden, die sich innerhalb der regional abgegrenzten Rettungsdienstbereiche zu einem Zweckverband zusammenschließen (Art. 2). „Die Durchführung des Rettungsdienstes“ übertragen nach Art. 3 des Rettungsdienstgesetzes die Zweckverbände dem Bayerischen Roten Kreuz und anderen Hilfsorganisationen, soweit diese dazu bereit und in der Lage sind. Daß der Rettungszweckverband sich eigener Einrichtungen zur Durchführung des Rettungsdienstes bedient, ist nach der Konzeption des Gesetzes und offenbar auch in der Praxis die Ausnahme.

Führen – wie in aller Regel – die Hilfsorganisationen den Rettungsdienst durch, so läge es nahe, im Notarzteinsatz eines der tragenden Elemente des Rettungsdienstes zu sehen und damit für seine Durchführung die Zuständigkeit der Hilfsorganisationen anzunehmen, soweit diese zur Übernahme des Rettungsdienstes bereit und in der Lage sind (Art. 3 Abs. 1 Rettungsdienstgesetz). Für die Auslegung, daß der Notarzt für diese Hilfsorganisationen tätig wird, also die Notfallpatienten in ihrem Namen und Auftrag versorgt, könnte auch sprechen, daß nach Art. 7 Abs. 2 des Rettungsdienstgesetzes der Rettungszweckverband durch Vereinbarung mit den Trägern geeigneter Krankenhäuser darauf hinzuwirken hat, daß Ärzte zur Hilfeleistung im Rettungsdienst, insbesondere zum Einsatz auf Notarztwagen zur Verfügung gestellt werden. Dieses „zur-Verfügungstellen“ sollte sich bei unbefangener Lektüre auf die für die Durchführung des Rettungsdienstes zuständigen Hilfsorganisationen beziehen.

Das Gesetz muß jedoch nach den Motiven des Gesetzgebers ausgelegt werden. Dabei wird klar, daß

¹⁾ Die Begriffe Notarzt und Notfallarzt werden z. T. auch noch unterschiedlich verwendet, vgl. Gorgaß, Notfallmedizin 4 (1978), S. 195/203

Die doppelte Kraft:

Oxytetracyclin +
Gelomyrtol® forte

Tetra-Gelomyrtol®



*Initialtherapie bei
akut-entzündlichen
und chronisch rezidivierenden
Sinusitiden und Bronchitiden*

7178

ZUSAMMENSETZUNG: Eine Kapsel enthält 300 mg Myrtol und 250 mg Oxytetracyclin HCl. INDIKATIONEN: Akute Bronchitis und Sinusitis. ANWENDUNG und DOSIERUNG: Erwachsene nehmen 4 x täglich eine Kapsel eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten mit einem kalten Getränk ein. Nach Abklingen der akutentzündlichen Phase empfiehlt sich ein Übergehen auf GELOMYRTOL® FORTE. HINWEIS: Der Genuß von Milchprodukten sollte während der Therapie mit Tetra-Gelomyrtol, wie auch bei allen anderen Tetracyclin-Präparaten, vermieden werden. KONTRAINDIKATIONEN: Tetra-Gelomyrtol darf bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen nicht eingenommen werden, in der Schwangerschaft und bei Kindern unter 8 Jahren nur bei vitaler Indikation. NEBENWIRKUNGEN: Durch Myrtol können vorhandene Nieren- und Gallensteine in Bewegung gesetzt werden. HANDELSFORMEN und PREISE: OP 20 Kapseln DM 14,60; neu OP 40 Kapseln DM 25,00.

G. Pohl-Boskamp 2214 Hohenlockstedt



der Gesetzgeber bewußt auf eine nähere Regelung des Notarztdienstes und seine organisationsrechtliche Integration in das Rettungswesen verzichtet hat. Er war sich bewußt, daß die Hilfsorganisationen regelmäßig nicht über einen eigenen Notarztdienst verfügen. Er wollte die Einrichtung solcher Dienste den Hilfsorganisationen auch nicht zur Auflage machen.

2.3.2.2 Die Kompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem Sicherstellungsauftrag

Bei näherer rechtlicher Prüfung erscheint diese – auf den ersten Blick überraschende – Selbstbeschränkung freilich als zwingend: Die ambulante Versorgung des in der gesetzlichen Krankenversicherung erfaßten Personenkreises (d. h. von rund 90% der Bevölkerung) in Notfällen ist ein durch Bundesrecht den Kassenärztlichen Vereinigungen ausdrücklich zugewiesener Teil des Sicherstellungsauftrages (vgl. § 368 Abs. 3 RVO). Dieser Auftrag ist umfassend; er erstreckt sich auch auf die Notfälle, die unter die Bestimmungen des Bayer. Rettungsdienstgesetzes fallen. Er geht landesrechtlichen Regelungen des Rettungswesens vor.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erfüllen den Sicherstellungsauftrag durch die Einrichtung der kassenärztlichen Notfall- oder Bereitschaftsdienste. Ihnen obliegt im Benehmen mit den Ärztekammern die Entscheidung, ob sie die notärztliche Versorgung in den herkömmlichen ärztlichen Notfalldienst einbeziehen, in vorwiegend ländlichen Bezirken etwa unter Heranziehung des Hintergrunddienstes, oder ob sie einen spezifischen Notarztdienst einrichten und organisieren, wobei es sich anbieten wird, in der Notfallmedizin erfahrene Nichtkassenärzte (insbesondere also die daran interessierten Krankenhausärzte der Gebiete Anästhesie, Chirurgie und innere Medizin) zur Mitwirkung zu ermächtigen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Organisation des kassenärztlichen Notarztdienstes durch Vertrag Dritten übertragen, etwa Hilfsorganisationen, die diese Aufgabe dann mit Hilfe der durch die Kassenärztliche Vereinigung bestellten Kassenärzte und ermächtigten Ärzte als beliehene Unterneh-

mer wahrnehmen. Nach der Systematik des Kassenarztrechtes können die Kassenärztlichen Vereinigungen aber auch ärztlich geleitete Einrichtungen, z. B. Krankenhausträger oder Hilfsorganisationen, ermächtigen, in ihrem Auftrag den Notarztdienst nicht nur zu organisieren, sondern ihn auch mit eigenen Dienstkräften durchzuführen.

Diese Lösungen lassen sich in der Weise kombinieren, daß etwa der Krankenhausträger zur Durchführung während der Wochentage von 8 bis 20 Uhr ermächtigt wird, während der von der Kassenärztlichen Vereinigung organisierte Notarztdienst die übrigen Zeiträume abdeckt.

Eine Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung benötigt der Nichtkassenarzt, der an einem Notarztdienst mitwirken will bzw. die ärztlich geleitete Einrichtung, etwa der Krankenhausträger, der diesen Dienst mit Hilfe seiner angestellten Ärzte selbst durchführen will, weil es hier – anders als bei der spontanen Hilfeleistung – um die planmäßige Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung geht. Es ist Sache der Kassenärztlichen Vereinigungen, im Rahmen ihrer Entscheidung über die Ermächtigung die fachlich geeigneten Ärzte auszuwählen und dabei den Kassenärzten die Möglichkeit der Teilnahme offenzuhalten.

Auch wenn die Kassenärztliche Vereinigung Dritten die Organisation des Notarzteinsatzes überträgt oder ärztlich geleitete Einrichtungen ermächtigt, bleiben die ärztlichen Leistungen, soweit es um Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen geht, immer Notfalleistungen, die vom einzelnen Arzt bzw. der ermächtigten Einrichtung über die Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen sind.

2.3.2.3 Keine originäre Zuständigkeit der Krankenhausträger

Eine originäre Zuständigkeit der Krankenhausträger für die Organisation und Durchführung des Notarzteinsatzes ist im Bayer. Rettungsdienstgesetz weder vorgesehen²⁾ (sie sollen nach Art. 7 Abs. 2 Nr. 1 vielmehr lediglich ihre Ärzte für diesen Einsatz zur Verfügung stellen), noch wäre eine solche Regelung im Hinblick auf den vorrangigen bun-

desrechtlichen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung zulässig.

Auch das Krankenhausfinanzierungsgesetz spricht gegen eine originäre Zuständigkeit der Krankenhäuser. Die These, es handle sich bei der ambulanten Versorgung am Unfallort um eine vorweggenommene stationäre Behandlung³⁾, wird schon durch die Definition der Krankenhäuser in § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes widerlegt („Einrichtungen, in denen ... Krankheiten ... geheilt oder gelindert werden“). Die Einbeziehung vorstationärer Diagnostik und der nachstationären Behandlung in die Aufgabe des Krankenhauses erstreckt sich folgerichtig nur auf Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden. Es entspricht der durch den Vorrang des Bundesrechts bestimmten Rechtslage, daß das Bayer. Rettungsdienstgesetz nicht einmal die Krankenhausträger, die zugleich Träger des Rettungsdienstes sind, dazu verpflichtet, den Notarztdienst in eigener Zuständigkeit zu organisieren oder durchzuführen⁴⁾.

2.3.2.4 Die Aufgabe der Träger des Rettungsdienstes

Sehen sich Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer eußerstande, neben dem allgemeinen ärztlichen Notfalldienst selbst einen speziellen Notarztdienst einzurichten und zu organisieren, so spricht Art. 7 Abs. 2 Nr. 1 dafür, daß die Zweckverbände sich um die Bereitstellung von Notärzten zu bemühen haben. Der Einsatz von Notärzten ist zwar – wie oben erwähnt – nicht unmittelbar im Rettungsdienstgesetz geregelt. Das Gesetz geht aber ersichtlich davon aus, daß für die Rettungseinsätze Ärzte zur Verfügung stehen sollen.

Damit ist freilich noch nichts über die rechtlichen Grundlagen eines Notarztdienstes gesagt, den die dazu von der Kassenärztlichen Ver-

²⁾ so auch Oehler/Schulz, Rettungsdienst in Bayern, Anm. 3b zu Art. 7

³⁾ so H.-D. Lippert, „Problematik beim Rettungsdienst“, Dtsch. Med. Wschr. 103 (1978), 1944–1946

⁴⁾ gleicher Auffassung Oehler/Schulz a. a. O.; Berensmann, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1974, S. 114 und Opperbecke, Arzt und Krankenhaus, 1/78, S. 12

Gastrozepin-Report

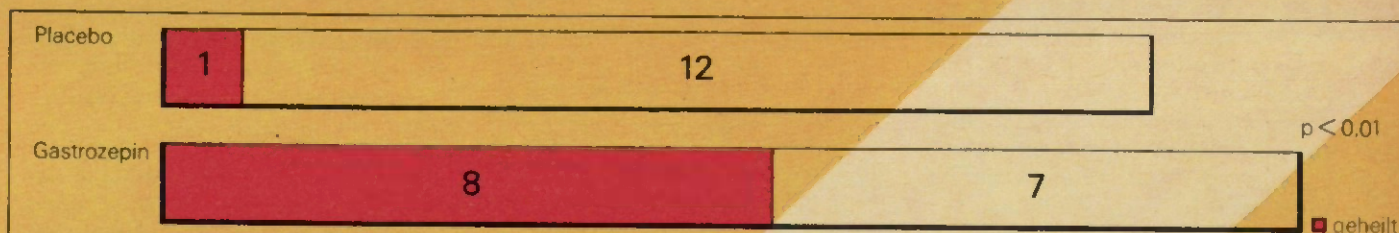
Baden/Schweiz,
9.-11. November 1978,
13th European
Postgraduate Course
on Endoscopy of the
Stomach

Vortrag von E. Schmid*,
Göppingen, über die Wir-
kung von Gastrozepin
beim *Ulcus ventriculi*,
beurteilt aufgrund einer
endoskopisch kontrollier-
ten Doppelblindstudie.

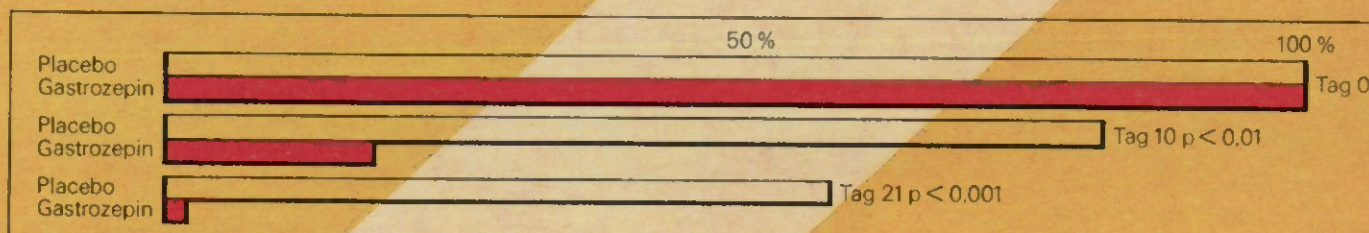
Dabei wurden 13 Patien-
ten mit Placebo und 15
Patienten mit Gastrozepin,
2 x 1 Tablette in randomi-
sierter Reihenfolge
21 Tage lang behandelt.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen:

Signifikant bessere Heilungsrate in der Gastrozepin-Gruppe.



Die Verkleinerung der *Ulcus*fläche ist durch den Median des *Ulcus*durchmessers in % zum Ausgangswert ausgedrückt. Die *Ulcus*fläche ist schon nach 10 Tagen signifikant kleiner unter Gastrozepin nach 21 Tagen ist der Unterschied noch größer.



Die Untersuchungen zeigen bei stationären Patienten mit *Ulcus ventriculi* und mit endoskopisch gesicherten Beurteilungskriterien eine sicher schnellere Heilung durch Gastrozepin. Nebenwirkungen, insbesondere anticholinerger Art, wurden nicht beobachtet.

Magentherapie mit Gastrozepin.

Einfach und wirkungsvoll, keine Kontraindikationen bekannt. Bei nur 2maliger Dosierung. Bei Gastritis, Reizmagen und *Ulcus pepticum*. Intravenös für die schnelle Initialbehandlung des *Ulcus* und für die Intensivtherapie.

**NEU: Großpackung
mit 100 Tabletten**

*E. Schmid und E. Bläich: Die Wirkung von Pirenzepin (Gastrozepin) beim *Ulcus ventriculi*. Endoskopisch kontrollierte Doppelblindstudie. 13th European Postgraduate Course on Endoscopy of the Stomach, Baden, Schweiz, 9.-11. November 1978.

Gastrozepin

Spezifischer Magensekretionshemmer

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*, hyperazider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden. **Gegenanzeigen:** 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. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetitsteigerung bewirken. Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist als wünschenswerter Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werden.

Dosierungsanleitung, Art der Anwendung: Soweit nicht anders verordnet, sind zu Beginn der Therapie einmaltig 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. Bei schweren und komplizierten *Ulcera ventriculi* oder *Ulcera duodeni* kann die tägliche Dosis auf 100-150 mg erhöht werden. Die Einnahme sollte 2 x täglich (morgens und abends) erfolgen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Originalpackung mit 20 Tabletten DM 14,50, Originalpackung mit 50 Tabletten DM 32,05, Originalpackung mit 100 Tabletten DM 57,80, Klinikpackung. **Weitere Darreichungsform:** Gastrozepin-Trockenampullen mit Lösungsmittel; Originalpackung mit 5 Ampullen DM 28,50, Originalpackung mit 10 Ampullen DM 51,25, Klinikpackungen. Weitere Informationen sind dem Wiss. Prospekt zu entnehmen. - Preisänderung vorbehalten.

einigung ermächtigten Ärzte aus eigener Initiative einrichten oder zu dessen Organisation und Durchführung die Kassenärztliche Vereinigung andere Rechtsträger (Rettungszweckverbände, Krankenhäuser, Hilfsorganisationen) ermächtigt. Das Rettungsdienstgesetz läßt offen, wie und von wem der Notarzdienst zu organisieren ist. Andererseits bedarf es in der Praxis aber einer Entscheidung dieser Frage, weil davon die rechtliche Verantwortung für die Einsatzplanung, für die Prüfung der fachlichen Qualifikation der teilnehmenden Ärzte, ihre konkrete Diensterteilung, ihre Aus- und Fortbildung in der Notfallmedizin, die Ausstattung mit Fahrzeugen, Geräten und Instrumenten sowie schließlich die finanzielle Verantwortung (z. B. Entschädigung, Unfallversicherung, Haftpflichtversicherung der Ärzte) abhängt.

2.3.3 Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Durchführung des Notarzdienstes

2.3.3.1 Da im Rettungsdienstgesetz die Organisation des Notarzdienstes nicht geregelt ist und damit auch jeder „Typenzwang“ fehlt, wird es – falls sie die Aufgabe nicht selbst übernimmt – Sache der Kassenärztlichen Vereinigung sein, im Rahmen der Ermächtigungsverträge und spezieller Vereinbarungen mit den Zweckverbänden, Hilfsorganisationen und Krankenhäusern festzulegen, wer den Notarzdienst regional organisiert und in welchen Rechtsbeziehungen die am Notarzdienst teilnehmenden Ärzte bei der Durchführung des Einsatzes zu diesen Organisationen stehen. Insbesondere ist zu klären, ob der einzelne Arzt oder die Institution als solche ermächtigt wird; bei der Institutsermächtigung erbringt der Rechtsträger die Notfallleistungen mit Hilfe seiner angestellten oder durch freien Dienstvertrag zur Mitwirkung verpflichteten Ärzte als eigene Leistung („Institutsleistung“).

2.3.3.2 Ist nicht der einzelne Arzt, sondern ein Rechtsträger von der Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigt, so sollten die verschiedenen am Rettungseinsatz beteiligten Organisationen auch die rechtlichen Grundlagen ihrer Zusammenarbeit durch Absprachen festlegen. So ist vorstellbar, daß die für den Rettungsdienst zuständige Hilfsorga-

nisation und der Krankenhausträger, der regional zur Organisation und Durchführung des Notarzdienstes ermächtigt ist, ihre Aufgaben rechtlich völlig selbständig und unabhängig voneinander wahrnehmen, also jeweils selbständige Dienst- oder Behandlungsverträge mit dem Notfallpatienten abschließen. Denkbar ist aber auch, daß der Krankenhausträger bei der Versorgung des Patienten durch seine angestellten Ärzte als Erfüllungsgehilfe der Hilfsorganisation fungiert oder umgekehrt.

Fehlen vertragliche Vereinbarungen zwischen den Rechtsträgern, so ist davon auszugehen, daß der willensfähige Notfallpatient – durch konkludentes Handeln – zwei Verträge schließt, den einen über die ärztliche Notfallversorgung mit dem Notarzt bzw. dem ermächtigten Institut, also z. B. dem Krankenhausträger, den der im Rahmen seiner Dienstaufgaben handelnde Krankenhausarzt beim Vertragsabschluß vertritt, den anderen über die sonstigen Hilfeleistungen, insbesondere über den Transport, mit der Hilfsorganisation.

Daran würde sich auch nichts ändern, wenn man davon ausginge, daß der Vertrag zwischen dem Zweckverband und der Hilfsorganisation über die Durchführung des Rettungsdienstes als Vertrag zugunsten Dritter, nämlich der Notfallpatienten zu verstehen ist; denn bei der skizzierten rechtlichen Ausgangssituation auf Grund des Rettungsdienstgesetzes und der gegenwärtigen Praxis würde dieser

Vertrag doch gerade die ärztliche Notfallversorgung nicht umfassen.

2.3.4 Vertragsmodelle

Die Frage, wie die Rechtsbeziehungen des Trägers des Notarzdienstes zu den an diesem Dienst mitwirkenden Ärzten beschaffen sein sollen, ist relativ einfach zu beantworten wohl nur dort, wo die Kassenärztliche Vereinigung den Notarzdienst nach dem Vorbild ihres Notfalldienstes bzw. als integrierenden Bestandteil dieses Dienstes organisiert oder wenn der Krankenhausträger die Durchführung mit seinen angestellten Ärzten übernimmt und deren Mitwirkung als Dienstaufgabe ausgestaltet ist.

Im übrigen aber könnten sich für die nähere Ausgestaltung Modelle als hilfreich erweisen, in denen die wesentlichen Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten, insbesondere aber die zwischen dem Notarzdienst teilnehmenden Ärzten und den Rechtsträgern aufgezeigt werden, die diesen Dienst organisieren.

Erst wenn die grundlegenden Rechtsbeziehungen des Notarztes gegenüber diesen Organisationen geklärt ist, lassen sich abschließende Aussagen über seine arbeits- und versicherungsrechtliche Situation sowie über die Verteilung der zivil- und strafrechtlichen Verantwortung treffen.

(Fortsetzung folgt)

Anschrift des Verfassers:

Ministerialdirigent Dr. med. h. c. W. Weißbauer, Eckerstraße 34, 8050 Freising

Strahlenschutzmedizinische Beratung in Bayern

Den Ärzten Bayerns steht für alle Fragen im Zusammenhang mit der Einwirkung ionisierender Strahlen (Ganz- oder Teilkörperbestrahlung, Kontamination, Inkorporation) das

*Regionale Strahlenschutzzentrum bei der
Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung*

*8042 Neuherberg
Telefon (0 89) 38 74-333*

rund um die Uhr zur Verfügung.

Vollzug des Bayerischen Gesetzes über den Rettungsdienst (BayRDG) vom 11. Januar 1974 (GVBl. S. 1)

Luftrettungsdienst: Einsatz von Rettungshubschraubern des Katastrophenschutzes und der Bundeswehr

Zur Ergänzung des bodengebundenen Rettungsdienstes stehen in Bayern Rettungshubschrauber zur Verfügung. Die Entscheidung über die Wahl des geeigneten Rettungsmittels, Krankenkraftwagen (Krankentransportwagen, Rettungswagen/Notarztwagen) oder Rettungshubschrauber obliegt dem behandelnden oder dem zuerst am Unfallort eintreffenden Arzt. Ist eine ärztliche Entscheidung nicht oder nicht rechtzeitig zu erlangen, hat die Rettungsleitstelle das ihr geeignet erscheinende Rettungsmittel einzusetzen.

Bei der Anforderung von Hubschraubern zur Durchführung von Luftrettungseinsätzen ist das folgende Verfahren zu beachten:

1. Für die Luftrettungseinsätze in Bayern können folgende Hubschrauber eingesetzt werden:

1.1 *Rettungshubschrauber Christoph 1* (Hubschrauber des Katastrophenschutzes vom Typ BO 105) mit Standort: Städtisches Krankenhaus München-Harlaching für den Rettungshubschraubereinsatzbereich **München**. Anforderung an Rettungsleitstelle München, Telefon (0 89) 222-666

1.2 *Rettungshubschrauber Christoph 14* (Hubschrauber des Katastrophenschutzes vom Typ BO 105) mit Standort: Städtisches Krankenhaus Traunstein für den Rettungshubschraubereinsatzbereich **Traunstein**. Anforderung an Rettungsleitstelle Traunstein, Telefon (08 61) 22 22

1.3 *Rettungshubschrauber Christoph 15* (Hubschrauber des Katastrophenschutzes vom Typ BO 105) mit Standort: Krankenhaus der Elisabethinen Straubing für den Rettungshubschraubereinsatzbereich **Straubing**. Anforderung an Rettungsleitstelle Straubing, Telefon (0 94 21) 22 22

1.4 *Rettungshubschrauber der Bundeswehr* (Typ Bell UH 1D) mit Standort: Flughafen Nürnberg für den Rettungshubschraubereinsatzbereich **Nürnberg**. Anforderung an Rettungsleitstelle Nürnberg, Telefon (09 11) 533-211

1.5 *Rettungshubschrauber Christoph 2* (Hubschrauber des Katastrophenschutzes vom Typ BO 105) mit Standort: Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Frankfurt am Main für den Rettungshubschraubereinsatzbereich **Frankfurt**. Anforderung an Berufsfeuerwehr Frankfurt, Telefon (06 11) 441-033 oder 430-101

1.6 *Rettungshubschrauber der Bundeswehr* (Typ Bell UH 1D) mit Standort: Bundeswehrkrankenhaus Ulm für den Rettungshubschraubereinsatzbereich **Ulm**. Anforderung an Rettungsleitstelle Ulm, Telefon (07 31) 6 22 22.

Die Rettungshubschrauber können sowohl Primäreinsätze als auch dringliche Sekundärtransporte regelmäßig in einem Bereich von 50 bis 70 km Radius um den Standort übernehmen.

Primäreinsätze sind:

Schnelle Heranführung von Notarzt und Rettungssanitäter an den Notfallort zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen und Herstellung der Transportfähigkeit des Notfallpatienten. Transport von Notfallpatienten in das nächste geeignete Krankenhaus unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden (Primärtransport).

Dringliche Sekundärtransporte sind:

Transporte bereits medizinisch erstversorgter Patienten, die akut gefährdet sind, wenn sie nicht in ein für die Endbehandlung besser geeignetes Krankenhaus befördert werden.

ARUMALON®

die
Basistherapie
der Arthrose
hemmt die
Progredienz
und fördert
reparative
Prozesse

Indikationen

Degenerative Gelenkerkrankungen wie

- Kniegelenkarthrose
- Hüftgelenkarthrose
- Fingergelenkarthrose
- Wirbelgelenkarthrose

Dosierung

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

Kontraindikationen

Neigung zu allergischen Reaktionen bei Medikamenten.

Nebenwirkungen

Bei entsprechend disponierten Patienten

können Unverträglichkeitserscheinungen auftreten.

In solchen Fällen muss die Behandlung abgebrochen werden.

Zusammensetzung

1 ml Injektionslösung enthält 0,4986 ml Extr. aquos. ex 0,25 g Cartilago sternocostalis, 0,4986 ml Extr. aquos. ex 0,15 g Medulla ossis rubra, 0,0028 ml m-Kresol.

Handelsformen und Preise

5 Ampullen zu 1 ml DM 14,43
25 Ampullen zu 1 ml DM 61,74

Weitere Informationen, Literatur und Muster werden auf Wunsch zugestellt.

ROBAPHARM
ROBAPHARM
ROBAPHARM

Deutsche
ROBAPHARM GmbH
7847 Badenweiler 3

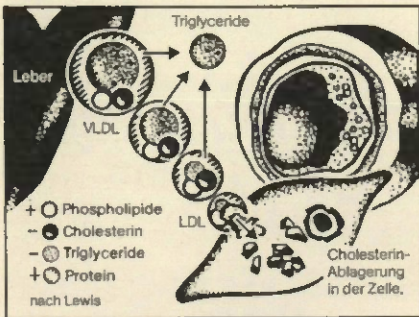
6079 0 79 118

Auch die neuesten Forschungsergebnisse über Plasma-Lipoproteine bestätigen die grundlegenden Zusammenhänge zwischen Nahrungsfett und Cholesterinspiegel.

Reduzierung der cholesterin... Was kann eine fettmodifiziert

Die neuen Akzente in der Fettdiskussion.

Über Fettstoffwechselstörungen als Risikofaktor bei der koronaren Herzkrankung gibt es heute neue Gesichtspunkte.



Transport der Lipide zu den Zellen

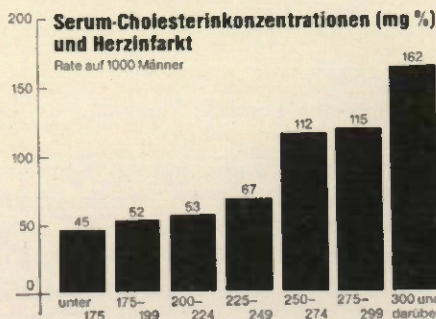
Das Interesse hat sich verstärkt den Transportmechanismen der Serumlipide zugewandt. Der Serumcholesterinspiegel als Risiko-Indikator muß jetzt – hinsichtlich seiner Fraktionen – differenzierter gesehen werden.

Die mehr ins Blickfeld gerückten Lipoproteine mit hoher Dichte (High Density Lipoproteins, HDL) sind eine Art Gegenspieler der Lipopro-

teine niedriger Dichte (Low Density Lipoproteins, LDL). Die HDL können Cholesterin aus den Zellen wieder herausschleusen. Im Gegensatz zu den LDL haben die HDL vermutlich positive Eigenschaften.

Was sind die Fakten?

- Die Arteriosklerose mit ihren Folgekrankheiten ist unverändert die häufigste Todesursache in Deutschland.
- Ein zu hoher Cholesterinspiegel – insbesondere in Verbindung mit zu hohen LDL-Werten – ist nach wie vor ein Risikofaktor.



- Als Ursachen eines überhöhten Cholesterinspiegels sind erkannt:

zu viele Kalorien, zu viel Fett, zu viel gesättigte Fettsäuren, zu viel Nahrungscholesterin.

Fettverbrauch 1978 ca. 140g pro Kopf pro Tag	
gesättigte Fettsäuren	50%
einfach ungesättigte Fettsäuren	38%
mehrfach ungesättigte Fettsäuren	12%

- Die Wahl der Nahrungsfette kann dazu beitragen, den Cholesterinspiegel zu senken – und damit auch das atherogen wirkende LDL-Cholesterin.

	Fettsäuren in %		
	ge-sättigte	einfach ungesättigte	mehrfach ungesättigte
Saffloröl	10	15	75
Sonnenblumenöl	8	27	65
Sojaöl	14	24	62
Maiskeimöl	14	29	57
Baumwollsaatöl	25	25	50
Erdnußöl	19	50	31
Olivenöl	19	73	8
Kokosfett	92	6	2
Schweineschmalz	43	49	8
Rindertalg	54	43	3
Milchfett	60	37	3

- Neu in der Diskussion ist, daß eine höhere HDL-Konzentration

erhöhen LDL. Die Ernährung dazu beitragen?

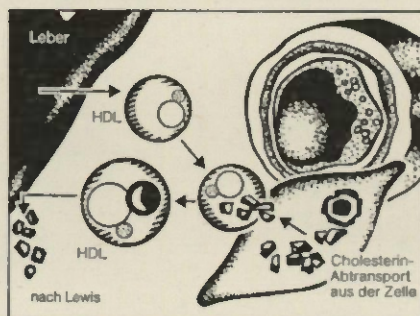
eine protektive Wirkung ausüben kann. Danach sind Patienten mit hoher HDL-Fraktion trotz erhöhten Cholesterinspiegels weniger gefährdet. Allerdings zeigen Untersuchungen, daß unter den Patienten mit hohen Cholesterin-Werten nur wenige sind, die auch hohe HDL-Werte aufweisen.

● Eine fettmodifizierte Kost (wie unter „Was ist zu tun“ beschrieben) ist nach wie vor die entscheidende diätetische Maßnahme, um einen erhöhten Blutfettspiegel zu senken.

Gibt es stichhaltige Einwände?

○ Senkt eine Kost, die besonders reich an mehrfach ungesättigten Fettsäuren ist, neben LDL auch den Schutzfaktor HDL?

- Neue, umfangreiche Langzeituntersuchungen zeigen, daß die HDL-Werte konstant bleiben oder sogar leicht steigen.
- Ist das Thema „HDL/LDL“ nicht viel zu neu, um hier schon Entscheidendes sagen zu können? In manchen Veröffentlichungen steht doch auch Widersprüchliches.



Abtransport des Cholesterins aus den Zellen

- Auch ohne über die Rolle des Schutzfaktors HDL schon letzte Sicherheit zu haben – unbestritten ist, daß eine hohe LDL-Konzentration mit einem erhöhten Arteriosklerose-Risiko verbunden ist. Hier gilt es, mit einer fettmodifizierten Kost anzusetzen.

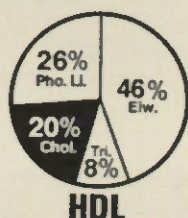
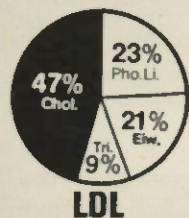
Was ist zu tun?

Folgende Empfehlungen sind nach wie vor gültig:

Das tägliche Nahrungsfett sollte zu je einem Drittel aus gesättigten, einfach ungesättigten und mehrfach ungesättigten Fettsäuren bestehen – wobei die Gesamtfettmenge ca. 35% der Energiezufuhr ausmachen kann. Das sind etwa 95 g sichtbares und unsichtbares Fett. Besonders hohe Werte an mehrfach ungesättigten Fettsäuren haben Pflanzenöle wie z. B. Sonnenblumen- und Sojaöl und Diätmargarine.

Wenn Sie sich näher informieren wollen:

Fordern Sie bitte ein Literaturverzeichnis der neueren Veröffentlichungen zu diesem Thema an.



Eine Veröffentlichung des
Margarine-Instituts für gesunde Ernährung.

Ballindamm 37
2000 Hamburg 1

2. Im Rahmen der dringenden **Nothilfe** stellt die Bundeswehr darüber hinaus SAR-Hubschrauber für Luftrettungseinsätze (Primär- und dringende Sekundärtransporte) zur Verfügung.

Die Einsätze dürfen jedoch *nur unter folgenden Voraussetzungen* übernommen werden:

2.1 Der Transport muß zur Rettung von Menschenleben oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden *zwingend* erforderlich sein.

2.2 Der Transport darf *nur* durchgeführt werden, *wenn* ein geeignetes ziviles Luftrettungsmittel *nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung steht* (s. Abschn. C der Grundsätze des Bundesministers der Verteidigung über den Einsatz von Rettungsmitteln der Bundeswehr im Rahmen des zivilen Rettungswesens).

In Bayern kommen hierfür die Maschinen der SAR-Kommandos in Penzing und Neuburg a. d. Donau in Betracht. Die SAR-Hubschrauber sind allerdings in der Regel nicht mit einem Notarzt besetzt und nicht mit den erforderlichen medizinischen Spezialgeräten ausgerüstet. Die medizinische Notwendigkeit des Lufttransportes ist durch den Arzt zu bestätigen. Für die Einsätze werden Kosten auf der Grundlage der Flugstundenpreise erhoben.

3. Um die Koordinierung der Einsätze der unter Nr. 1 genannten Rettungshubschrauber mit denen der im Notfall heranzuziehenden SAR-Hubschrauber (Nr. 2) und die Beachtung der Grundsätze für deren Einsatz sicherzustellen, *ist bei der Anforderung von Rettungshubschraubern* sowohl für die Durchführung von Primäreinsätzen als auch von dringlichen Sekundärtransporten *folgendes Verfahren einzuhalten*:

3.1 *Alle* Anforderungen sind grundsätzlich zunächst an die für den jeweiligen Rettungsdienstbereich *zuständige Rettungsleitstelle des Rettungsdienstes* zu richten. Die Rettungsleitstelle sorgt für den Einsatz des nächstgelegenen einsatzbereiten Rettungshubschraubers des zivilen Luftrettungsdienstes.

3.2 Sind diese Rettungshubschrauber nicht oder nicht rechtzeitig in der Lage, den Einsatz durchzuführen, *sorgt die Rettungsleitstelle* für den Einsatz eines SAR-Hubschraubers der Bundeswehr.

Personalia

Dr. Petz 80 Jahre

Am 26. Oktober konnte Dr. Hans Petz, Höchlstraße 3, 8000 München 80, seinen 80. Geburtstag feiern. Dr. Petz erhielt 1926 die Approbation als Arzt, er war von 1927 bis 1936 Lendarzt in Niederbayern, dann praktischer Arzt in München bis 1973, unterbrochen durch den Kriegsdienst. Von 1952 bis 1972, also 20 Jahre, wirkte er in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung Bayerns an maßgeblichen Stellen mit. Er war vor allem während dieser Zeit Vorsitzender der Bezirksstelle München der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und gehörte dem Vorstand der KVB an. Er hat sich intensiv und erfolgreich um eine fortlaufende Verbesserung der kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung Münchens bemüht und dabei alles getan, um auch die neu gewachsenen Stadt- bzw. Stadtrandgebiete mit Kassenärzten zu versorgen. Besonders hervorzuheben ist, daß Dr. Petz für den Bereich der Landeshauptstadt München einen vorbildlichen ärztlichen Notdienst aufgebaut hat.

ad multos annos!

Professor Dr. Sewering

Verdienstkreuz Erster Klasse für Dr. Flath

Mit dem Verdienstkreuz Erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurde Dr. med. Fritz Flath, MdL, Neuenmuhler Weg 10, 8823 Altenmuh, ausgezeichnet.

Verdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Johann Ott, Albert Hoffastraße 12, 8700 Würzburg;

Dr. med. Philipp Seltsam, Bahnhofstraße 10, 8780 Gemünden;

Professor Dr. Dr. Friedrich Schön, 8232 Bayrisch Gmain;

Dr. med. Raimund Schuster, Stadtplatz 2, 8372 Zwiesel.

Professor Anton Oberniedermayr 80 Jahre

Am 31. Oktober 1979 wurde Anton Oberniedermayr, der Senior der Deutschen Kinderchirurgie, 80 Jahre alt. Als Sohn eines Offiziers der Kgl. Bayerischen Armee an der Wende zum 20. Jahrhundert in Bamberg geboren, besuchte er die Volksschule in Nürnberg und Lindau und trat 1917 nach dem Notabitur am St. Anna-Gymnasium in Augsburg in den Heeresdienst. Im Dezember 1918 schied er nach Verwundung und Wiedereinsatz aus der Offizierslaufbahn und nahm das Studium der Medizin in München auf. Münster/Westfalen, Leipzig und wiederum München waren die nächsten Studienorte. In München legte er 1923 das Medizinische Staatsexamen ab und erwarb dort im Jahr darauf den medizinischen Doktorgrad. Bis 1926 war Oberniedermayr Assistent am Pathologischen Institut der Universität in Leipzig, von 1926 bis 1930 der Chirurgischen Universitätsklinik in Würzburg und an der Orthopädischen Klinik in München. Richard Drachter holte ihn 1931 als Oberarzt an die Chirurgisch-Orthopädische Abteilung der Universitätskinderklinik München im Dr. von Hainerschen Kinderspital. 1935 habilitierte sich Oberniedermayr bei Erich Lexer für das Fach Chirurgie und übernahm ein Jahr später als Nachfolger seines verstorbenen Chefs die Abteilung und wurde 1940 zum apl. Professor ernannt. Von 1949 bis 1953 war Oberniedermayr Chefarzt des Chirurgischen Kinderkrankenhauses in Oberammergau und kehrte 1954 als Direktor der chirurgischen Abteilung der Universitätskinderklinik nach München zurück, wo er 1959 zum planmäßigen Extraordinarius ernannt wurde. 1965 wurde Oberniedermayr persönlicher Ordinarius.

1959 gründete Professor Oberniedermayr die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Kinderchirurgie, die 1963 in die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie umgewandelt wurde, und er war ihr erster Präsident. Die Gesellschaft zeichnete ihren Gründer und Senior mit der Ehrenmitgliedschaft aus und wählte ihn zu ihrem Ehrenpräsidenten. In zweijährigem

Versicherungstips von der »Vereinigten«

Zurück mit dem »Sani-Jet«

Bald ist es soweit: Hunderttausende von Skifahrern zieht es wieder in die Wintersportzentren des Auslands. Viele werden jedoch wegen einer Verletzung ihren Urlaub vorzeitig abbrechen müssen.

Auch Ärzte, die bereits an der Gruppenversicherung teilnehmen, sind mit der kurzfristigen »Reise-Police« der Vereinigten gut beraten. Eine 100%ige Erstattung aller Krankheitskosten ist so in jedem Falle gewährleistet – die in der Gruppenversicherung meist vereinbarte Selbstbeteiligung kommt dann nicht zum Tragen. Zudem bietet dieser Reisetarif einen speziellen Rückholservice erkrankter oder verunglückter Touristen (Rückflug in die Heimat notfalls mit einem »Sani-Jet«). Die Police kann schnell und problemlos abgeschlossen werden. Kosten: nur 60 Pf pro Person und Tag.

Familienangehörige versichern

Im Rahmen der Mitversicherung können Familienangehörige genau so hoch und umfangreich versichert werden wie der Arzt selbst. Ausnahme: Krankentagegeld ist nur dann möglich, wenn eigene Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit bestehen. Als Familienangehörige gelten der Ehegatte und die Kinder, solange sie mit dem hauptversicherten Arzt in häuslicher Gemeinschaft leben oder von ihm wirtschaftlich abhängig sind.

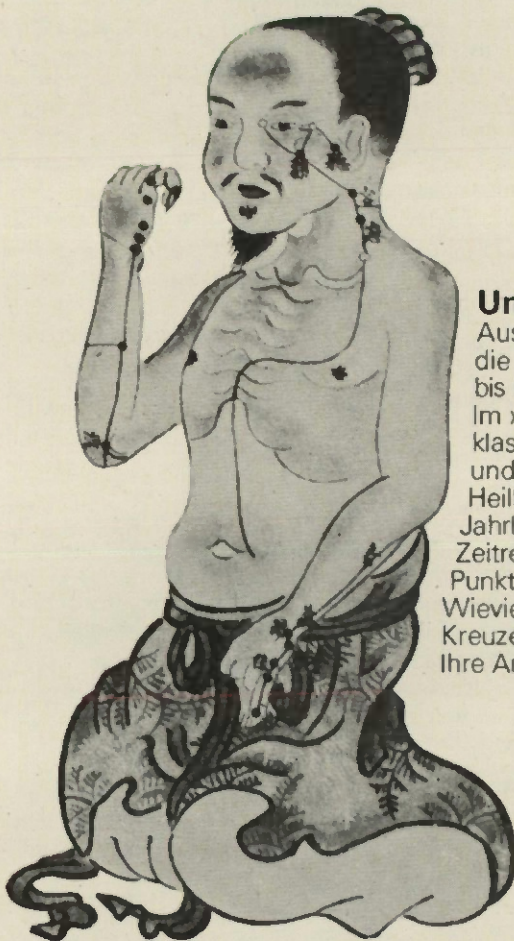
Kurleistungen

Die Barleistungstarife im Ärzte-Gruppenvertrag mit der Vereinigten sehen auch im Falle einer Kur Leistungen vor. So wird das Krankentagegeld auch dann gezahlt, wenn im Verlauf einer völligen Arbeitsunfähigkeit ein Kuraufenthalt aus medizinischen Gründen notwendig ist. Das Krankentagegeld wird unter bestimmten Voraussetzungen auch bei einem Aufenthalt in Kuranstalten und Sanatorien erstattet.

Ärzte-Infodienst
Vereinigte
Krankenversicherung AG
Pressestelle
Leopoldstraße 24
8000 München 40
Telefon (089) 3 89 31

Die meisten Ärzte kennen uns bereits als führende Krankenversicherung des Ärztestandes. Deshalb möchten wir in dieser Anzeige einmal nicht über Versicherungen reden, sondern Sie zu einem weiteren Quiz-Spiel einladen.

Punkt für Punkt gesundstechen



Unsere Quiz-Frage:

Aus dem alten China hat sich die Therapie der Akupunktur bis in unsere Tage überliefert. Im »NEIKING«, dem frühesten klassischen Werk über Akupunktur und die damalige chinesische Heilkunde, wurde erstmalig Jahrhunderte vor unserer Zeitrechnung eine Anzahl von Punkten genau beschrieben. Wieviele waren es? Kreuzen Sie bitte Ihre Antwort im Coupon an.

Quellenhinweise:
Bildband Kunst und Medizin,
Verlag M. Du Mont Schauberg, Köln.
Akupunktur heute,
Manfred Schröder + Lena Schröder,
Verlagsges. R. Glöss + Co., Hamburg.

Vereinigte Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

im Unternehmensverbund
Vereinigte
Versicherungsgruppe

Generaldirektion
Leopoldstraße 24, 8000 München 40



Ihr Quiz-Gewinn:
Unter allen richtigen Einsendungen
verlosen wir eine handgeschnitzte
chinesische Elfenbeinfigur.
Darstellung eines Weisen
mit Fisch und Urne.
Einsendeschluß ist der 31.12.1979.
Der Rechtsweg ist wie immer
ausgeschlossen.

Das »NEIKING« beschreibt
 999 Punkte
 649 Punkte
 59 Punkte

Adresse _____

KX 6 U

Abstand eröffnet die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie ihren Kongreß mit einer Anton-Oberniedermayr-Ehrenvorlesung.

Professor Oberniedermayr ist Ehrenmitglied der Englischen, Österreichischen, Schweizerischen und Spanischen Gesellschaft für Kinderchirurgie.

Seine wissenschaftlichen Arbeiten umfassen das ganze Gebiet der Chirurgie des Kindesalters seiner Zeit. 1959 gab er das dreibändige Lehrbuch der Chirurgie und Orthopädie des Kindesalters heraus. Besonders bekannt wurde Professor Oberniedermayr durch die mehrfach gelungene Trennung von siamesischen Zwillingen.

Zahlreiche Mitarbeiter verdanken Oberniedermayr in den langen Jahren seines Wirkens ihre Ausbildung zum Kinderchirurgen und verehren ihren großartigen und menschlich warmherzigen Lehrer, der ihnen auch stets persönlich beratend zur Seite stand und sie immer gern in seinem überaus harmonischen Familienkreis empfing.

Professor Oberniedermayr hat sich nicht wie manch anderer 80jähriger zurückgezogen, er nimmt regelmäßig an den Tagungen der Deutschen, Österreichischen und der Schweizerischen Gesellschaften für Kinderchirurgie teil und fehlt auf keiner unserer Präsidiumssitzungen.

Was wünschen wir unserem Jubilar, der die deutsche Kinderchirurgie über drei Jahrzehnte entscheidend prägte? Gesundheit, so daß er auch in Zukunft in seiner alten Klinik ein- und ausgehen kann.

Waldemar Hecker, Ilse Coerdts

Ehrungen für Dr. Pollak

Oberstabsarzt a. D. Dr. med. Kurt Pollak, Kreillerstraße 165, 8000 München 82, erhielt das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, das Goldene Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich und das Ehrenwappen in Silber der Gemeinde Henndorf am Wallersee.

Der langjährige wissenschaftliche Leiter des Bayer-Pharma-Büros München, Dr. Gerherd Meyer-Uhl, „Senator ehrenhalber“ der Technischen Universität München, wurde vom Collegium Medicum Augustanum mit der Goldenen Vesalius-Medaille ausgezeichnet.

Amtliches

Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung und Überwachung beruflich strahlenexponierter Personen

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 3. Juli 1979 - Nr. VII-1494/232/79 -

Die Anlage zur Bekanntmachung über die Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung beruflich strahlenexponierter Personen vom 30. September 1976 (AMBI S. A 210 = StAnz Nr. 42 S. 6), geändert durch Bekanntmachung vom 31. März 1977 (AMBI S. A 127 = StAnz Nr. 15 S. 6, ber. Nr. 23 S. 3) wird mit Wirkung vom 1. Mai 1979 neu gefaßt.

Die Ermächtigungen gelten für das gesamte Gebiet des Freistaates Bayern.

I.

Ärzte, die zur Untersuchung beruflich strahlenexponierter Personen nach der Röntgenverordnung und zur Überwachung beruflich strahlenexponierter Personen nach der Strahlenschutzverordnung ermächtigt sind:

1.

Ermächtigte Ärzte in Bayern, die uneingeschränkt für Untersuchungen und zur Überwachung zur Verfügung stehen:

(Die mit * gekennzeichneten Ärzte haben sich zur Hilfeleistung bei Störfällen bereit erklärt.)

Regierungsbezirk Oberbayern

Dr. Baumann, Rudolf, Lungenarzt, Sendlinger-Tor-Platz 7/V, 8000 München 2

* Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22

* Dr. Beiting, Alois, Leitender Medizinaldirektor, Arbeitsmediziner, Leiter des Staatlichen Gesundheitsamtes Eichstätt, Esplanade 29, 8070 Ingolstadt

* Dr. Berghoff, Alfred, Internist, Sportmedizin, Leitender Arzt der Klinik Hohenstaufen der BfA, Herkomerstraße 2, 8232 Bayerisch Gmain

* Dr. Biehl, Barbara, Arbeitsmedizinerin, Betriebsärztin bei der Messerschmitt-Bölkow-Blohm GmbH, Waldstraße 2a, 8012 Ottobrunn

Dr. Bodnar, Hedwig, Lungenärztin, Medizinaldirektorin, Geigenbergerstraße 41, 8000 München 71

* Dr. Borchers, Arnulf, Radiologe, Weinstraße 6, 8000 München 2

* Professor Dr. Buchtala, Viktor, Radiologe, Leitender Arzt der Abteilung Nuklearmedizin an der Krankenanstalt Rotes Kreuz, München, Nymphenburger Straße 163, 8000 München 19

* Dr. Dorsch, Walter, Internist, Arbeitsmediziner, Betriebsarzt beim TÜV Bayern e. V., Kaiserstraße 14/16, 8000 München 40

* Eder, Ottilie, Ärztin, Marschnerstraße 111, 8000 München 60

* Dr. Fischer, Helmut, Lungenarzt, Münchner Straße 44, 8120 Weilheim

* Dr. Frenger, Wilhelm, Internist, Leitender Medizinaldirektor, Chefarzt der Rheumaklinik der LVA Unterfranken, Gherburgstraße 20, 8202 Bad Aibling

* Dr. Frey-Quitte, Christine, Medizinaldirektorin am Staatlichen Gesundheitsamt Traunstein, Klosterstraße 10, 8220 Traunstein

* Professor Dr. Fruhmann, Günter, Internist, Lungen- und Bronchialheilkunde, Vorstand des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München, Ziemsenstraße 1, 8000 München 2

* Dr. Groß, Hans, Betriebsarzt der Fe. MTU München GmbH, Dachauer Straße 665, 8000 München 50

* Dr. Gutzeit, Jürgen, Arbeitsmediziner, Leiter der betriebsärztlichen Abteilung der AUDI NSU-Auto Union AG, Betriebsbereich Ingolstadt, Auto-Union-Straße, 8070 Ingolstadt

* Dr. Hauser, Curt M., Arbeitsmediziner, Vertrauensärztliche Dienststelle

Ingolstadt der LVA Oberbayern,
Harderstraße 43, 8070 Ingolstadt

* Dr. Höglmeier, Heinrich, Betriebs-
arzt der Fa. Hoechst AG Werk Gen-
dorf, Kanalstraße 3, 8261 Burgkir-
chen/Alz

* Dr. Hölzer, Ingmar, Internist, St.-
Bonifatius-Straße 5, 8000 München 90

* Dr. Kaiser, Nils, Laborarzt, Be-
triebsarzt im Max-Planck-Institut für
Plasmaphysik, Institutsgelände,
8046 Garching bei München

Dr. Kleiner, Helga, Laborärztin, Me-
dizinaloberrätin, Hauptstraße 70,
8045 Ismaning

* Dr. Krumme, Ute, Arbeitsmedizine-
rin, Betriebsärztin, Unterhachinger
Straße 18, 8012 Ottobrunn

* Dr. Freifrau Loeffelholz-von Col-
berg, Edit, Allgemeinärztin, Arbeits-
medizinerin, Leitende Medizinal-
direktorin, Josef-Kyrein-Straße 1,
8014 Neubiberg

* Professor Dr. Messerschmidt, Ot-
fried, Radiologe, Leiter des Labora-
toriums für experimentelle Radiolo-
gie, Ingolstädter Landstraße 2, 8042
Neuherberg bei München

* Dr. Mohrmann, Wilfried, Internist,
Arbeitsmediziner, Oberarzt der Kli-
nik für Berufskrankheiten Bad Rei-
chenhall, Münchner Allee 10, 8230
Bad Reichenhall

* Dr. Muhs, Klaus-Jürgen, Internist,
Kaltenmoserstraße 14, 8120 Weil-
heim

Dr. Nitz, Dag, Internist, Radiologe,
Weinstraße 3, 8000 München 2

* Dr. Prechtel, Johann, Internist,
Schrämelstraße 26, 8000 München 60

* Dr. Rabes, Annelene, Arbeitsmedi-
zinerin, Hauberrißstraße 4, 8000 Mün-
chen 90

* Dr. Sabatke, Lothar, Internist, Ar-
beitsmediziner, Institut und Polikli-
nik für Arbeitsmedizin der Universi-
tät München, Ziemssenstraße 1,
8000 München 2

* Dr. Schlarp, Norbert, Radiologe,
Herkomerstraße 111, 8910 Lands-
berg a. Lech

Dr. Schrott, Ferdinand, Internist,
Bahnarzt bei der Bundesbahndirek-
tion München, Johannisplatz 1, 8000
München 80

* Dr. Steinbach, Heinz-Werner, Ar-
beitsmediziner, Betriebsarzt bei der
Messerschmitt-Bölkow-Blohm
GmbH, Rosenstraße 118, 8021 Tauf-
kirchen

* Dr. Wallnöfer, Klaus, Radiologe,
Sonnenstraße 11, 8000 München 2

* Dr. Weidinger, Eberhard, Internist,
Partenkirchener Straße 8, 8000 Mün-
chen 70

* Dr. Wiebe, Klaus, Internist, Be-
triebsarzt der Krauss-Maffei-AG,
Krauss-Maffei-Straße 2, 8000 Mün-
chen 50

* Dr. Wiesner, Wolfgang, Internist,
Leopoldstraße 206, 8000 München 40

* Dr. Wigge, Wolfgang, Frauenarzt,
Arbeitsmediziner, Betriebsarzt der
Messerschmitt-Bölkow-Blohm
GmbH, Mainstraße 1, 8014 Neubi-
berg

* Zitz, Thora, Internistin, Arbeitsme-
dizinerin, Maffeistraße 3, 8000 Mün-
chen 2

Regierungsbezirk Niederbayern

Professor Dr. Dürr, Felix, Internist,
Chefarzt der Medizinischen Abtei-
lung des Städtischen Krankenhau-
ses Landshut, Robert-Koch-Straße 1,
8300 Landshut

Dr. Haseneier, Waldemar, Internist,
Chefarzt der Inneren Abteilung des
Kreiskrankenhauses Bogen, Mussi-
nanstraße 8, 8443 Bogen

* Dr. Heller, Hans, Chirurg, Mühl-
bergstraße 7, 8360 Deggendorf

* Dr. Krafft, Peter, Urologe, Ludwig-
straße 13, 8390 Passau

* Dr. Liebl, Gerhard, praktischer Arzt,
Griesweg 6, 8301 Niederaichbach

Dr. Müllbauer, Walter, Internist, Me-
dizinaldirektor, Vertrauensärztliche
Dienststelle der LVA Niederbayern-
Oberpfalz, Am Alten Viehmarkt 2,
8300 Landshut

* Dr. Sitter, Ewald, Internist, Neubur-
ger Straße 14, 8390 Passau

Regierungsbezirk Oberpfalz

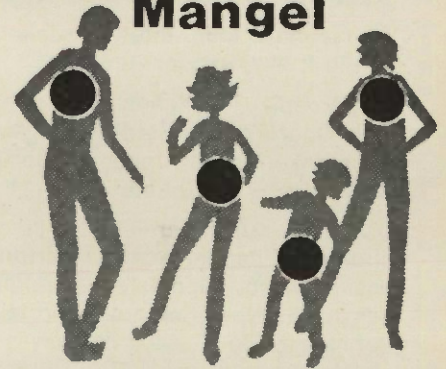
* Dr. Brüdigam, Bernd, Internist,
Medizinaldirektor, Graßer Weg 3,
8400 Regensburg

* Dr. Bürger, Bruno, Internist, Holz-
gartenstraße 102, 8400 Regensburg

* Dr. Gerhard, Wolfgang, Radiologe,
Eberhard-Faber-Straße 10, 8430
Neumarkt/Opf.

* Dr. Kirchmayr, Konstantin, Inter-
nist, Chefarzt der inneren Abteilung
des Kreiskrankenhauses Sulzbach-

Viele Symptome - eine Ursache: Magnesium- Mangel



MAGNESIUM VERLA®

verhindert Mangel-Zustände
bei Diätkuren,
chronischem Alkoholabusus,
bei Einnahme von Kontrazeptiva
zur Therapie bei
nächtlichen Wadenkrämpfen,
latenter Tetanie,
stenokardischen Beschwerden
zur Prophylaxe bei
Calciumoxalatstein-Diathese
als Zusatztherapie bei
Pankreatitis, Leberzirrhose,
Arteriosklerose

Zusammensetzung: Dragées: 1 Dragée enthält: mono-
Magnesium-L-diglutamat 100 mg, Magnesiumcitrat tert.
3 H₂O 230 mg, Magnesiumnikotinat 5 mg.

Magnesium-Gehalt: 3,3 mval (40 mg)
Konzentrat: 1 Beutel (5 g) enthält: mono-Magnesium-
L-diaspartat 1803 mg, Aneurininnitrat (Vit. B₁) 2 mg, Ribo-
flavin (Vit. B₂) 3 mg, Pyridoxin-HCl (Vit. B₆) 3 mg, ver-
dauliche Kohlehydrate 2800 mg.
Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg).

Ampullen: 1 Ampulle (10 ml) enthält: mono-Magnesium-
L-diglutamat 1 g, Magnesium-Gehalt: 6,3 mval (77 mg).
Indikationen: Magnesiummangel bei Ernährungsstö-
rungen, Diät, chron. Alkoholabusus, während der
Schwangerschaft und Stillzeit, bei Einnahme von Kon-
trazeptiva, Eklampsie, Präeklampsie, Spasmophilie,
latente und normocalcämische Tetanie, Myalgie, nächtl.
Wadenkrämpfe, Spasmen zerebraler und peripherer
Gefäße, Migräne, Adjuvans bei Cephalalgie, stenokar-
dischen Beschwerden, essent. Hypertonie. Zur Pro-
phylaxe bei Calciumoxalatstein-Diathese, Thrombose-
gefährdung, Myokardnekrosen, bei Pankreatitis, Leber-
zirrhose, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose.

Kontraindikationen: Niereninsuffizienz, Anurie, Exsik-
kose.

Mg-Ampullen: Myasthenia gravis, AV-Block, Nierenin-
suffizienz, Anurie, Exsikkose. Die Injektion von Magne-
sium Verla bei gleichzeitiger Herzglykosidtherapie ist
nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie an-
gezeigt.

Nebenwirkungen: Bei zu rascher intravenöser Injektion
kann es im Einzelfall zu Bradykardie, Überleitungs-
störungen, peripheren Gefäßerweiterungen, Ver-
schwinden des Patellarreflexes und - im Extremität - zur
Atemlähmung kommen. Diese Erscheinungen lassen
sich durch intravenöse Calciuminjektion sofort be-
heben.

Handelsformen und Preise: 50 Dragées DM 6,50, 150
Dragées DM 16,15, Konzentrat 20 Beutel DM 9,30, 50
Beutel DM 20,95,
3 Ampullen DM 4,60, 10 Ampullen DM 14,10.

VERLA-PHARM TUTZING

Rosenberg, Krankenhausstraße 16, 8458 Sulzbach-Rosenberg

* Dr. Kohlschmidt, Klaus, Allgemein- arzt, Betriebsarzt der Siemens-AG, Bereich Medizinische Technik, Neustädter Straße 1, 8584 Kemnath- Stadt

Dr. Liebhart, Max, Internist, Jakob- straße 4, 8400 Regensburg

* Dr. Poeplau, Wolfgang Otto, Inter- nist, Oberarzt am Städtischen Ma- rienkrankenhaus Ambarg, Maria- hilfbergweg 7, 8450 Amberg

Dr. Sauer, Kurt, Internist, Medizinal- direktor, Leitender Arzt der Vertrau- ensärztlichen Dienststelle Weidau der LVA Niederbayern-Oberpfalz, Bahnhofstraße 13, 8480 Weiden

Regierungsbezirk Oberfranken

* Dr. Blinzler, Manfred, Internist, Lucas-Cranach-Straße 3-5, 8640 Kronach

* Privatdozent Dr. Dr. Bloedner, Claus-Dieter, Internist, Lungen- und Bronchialheilkunde, Ärztlicher Direk- tor der Kurklinik Lautergrund der LVA Berlin, Oskar-Schramm-Straße, 8621 Schwabthal, Lkr. Lichtenfels

* Dr. Deuerling, Edmund, Lungan- arzt, Leitender Arzt der nuklearmedi- zinischen Abteilung des Bezirks- krankenhaus Kutzenberg, 8621 Ebensfeld I

Dr. Hüttel, Werner, Allgemein- arzt, Betriebsmedizin, Koppentorstr. 24, 8592 Wunsiedal

* Dr. Kern, Walter, Radiologe, Lange Straße 3, 8600 Bamberg

* Dr. Manns, Fritz Otto, Medizinal- direktor, Leiter der Vertrauensärzt- lichen Dienststelle Coburg der LVA Oberfranken und Mittelfranken, Bahnhofstraße 30, 8630 Coburg

* Dr. Nilson, Klaus, Radiologa, Ober- arzt an der Radiologischen Abtei- lung des Stadtkrankenhaus Hof/ Saale, Eppenreutherstraße 9, 8670 Hof/Saale

* Dr. Presch, Hans-Rudolf, Internist, Leitender Medizinaldirektor, Chef- arzt der Klinik Frankenkurt der LVA Oberfranken und Mittelfranken, Oberstebener Straße 20, 8675 Bad Steben

* Dr. Raisch, Walter, Radiologa, In- ternist, Medizinaldirektor, Chef- arzt der Röntgen-Abteilung des Kran- kenhaus Hohe Warte, Bayreuth, Hoha Warte 8, 8580 Bayreuth

* Dr. Saura, Erika, Leitende Betriebs- ärztin für das Werksarztzentrum Selb, Casinostraße 30, 8672 Selb

Regierungsbezirk Mittelfranken

* Bayerisches Landesinstitut für Ar- beitsmedizin - Zweigstelle Nürn- berg, Roonstraße 20/22, 8500 Nürn- berg

* Dr. Bost, Hans-Peter, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin und Poli- klinik für Berufskrankheiten der Uni- versität Erlangen-Nürnberg, Schil- lerstraße 28 a, 8520 Erlangen

* Dr. Feßler, Wilhelm, Internist, Ar- beitsmediziner, Sportmediziner, Leiter des Arbeitsschutzdienstes Nordbay- ern des TÜV Bayern a. V., Edison- straße 15, 8500 Nürnberg

* Dr. Gröninger, Karl-Heinz, Chirurg, Urologe, Medizinaloberrat, Ranke- straße 72, 8500 Nürnberg

* Dr. Hartung, Michael, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin und Poli- klinik für Berufskrankheiten der Uni- versität Erlangen-Nürnberg, Schil- lerstraße 25/29, 8520 Erlangen

* Dr. Jahn, Peter, Arbeitsmediziner, Betriebsarzt der Fa. Diehl GmbH & Co., Werke Nürnberg und Röthen- bach, Stephanstraße 49, 8500 Nürn- berg 1

Dr. Krause, Manfred, Internist, Be- triebsarzt der Fa. Kabelmetal, Klin- genhofstraße 70/72, 8500 Nürnberg

* Dr. Lechtken, Franz, Internist, Ar- beitsmediziner, Oberbahnarzt bei der Bundesbahndiraktion Nürnberg, Rühlstraße 35, 8520 Erlangen

* Dr. Mohr, Werner R., Internist, Nervenarzt, Arbeitsmediziner, Ba- triebsarzt der Siemens-AG, Wernar- von-Siemens-Straße 50, 8520 Erlan- gen

Dr. Scheuffler, Hanning, Allgemein- arzt, Pausalastraße 28, 8500 Nürn- berg

* Professor Dr. Valentin, Helmut, In- ternist, Direktor des Instituts für Ar- beits- und Sozialmedizin und Poli- klinik für Berufskrankheiten der Uni- versität Erlangen-Nürnberg, Schil- lerstraße 25/29, 8520 Erlangen

Regierungsbezirk Unterfranken

* Dr. Denninger, Karl, Internist, Ma- dizinaldirektor, Friedenstraße 14, 8700 Würzburg

* Dr. Hirsch, Günther, Internist, Hauptstraße 7, 8782 Karlstadt/Main

* Dr. Jäger, Alfred, Internist, Medi- zinaldirektor, City-Galeria, 8750 Aschaffenburg

* Dr. Otte, Heinz, Chirurg, Chefarzt des Kreiskrankenhauses Volkach, Schaubmühlstraße 2, 8712 Volkach/ Main

* Dr. Schardt, Fritz, Internist, Be- triebsarzt der Universität Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg

* Dr. Stoßberg, Veit, Internist, Be- triebsarzt der Fa. Fichtel & Sachs AG, Ernst-Sachs-Straße 62, 8720 Schweinfurt

* Dr. Thiele, Friedrich, Internist, Lei- tender Medizinaldirektor, Chefarzt der Kurklinik Franken der LVA Un- terfranken, Menzelstraße 5, 8730 Bad Kissingen

* Privatdozent Dr. Zöllner, Heinrich, Internist, Leitender Betriebsarzt der Fa. Kugelfischer, Georg Schäfer & Co., Georg-Schäfer-Straße 30, 8720 Schweinfurt

Regierungsbezirk Schwaben

Dr. Bachmayr, Franz, Internist, Ärzt- licher Direktor des Kreiskranken- haus Oettingen, Kellerstraße 15, 8867 Oettingen

* Dr. Distler, Hans, Internist, Arbeits- mediziner, Münchner Straße 17, 8904 Friedberg

* Dr. Fabian-Krause, Josef, Funk- tionsoberarzt der nuklearmedizini- schen und internen Abteilung des Kreiskrankenhauses Kaufbeuren, Hainzelmannstraße 12, 8950 Kauf- beuren

* Dr. Gippner, Ernst, Internist, Chef- arzt der nuklearmedizinischen und internen Abteilung des Kreiskran- kenhaus Kaufbeuren, Hainzel- mannstraße 12, 8950 Kaufbeuren

* Dr. Güldenbergh, Johannes, Radio- loge, Donauwörther Straße 3, 8880 Dillingen an der Donau

Dr. Hammerschmidt, K. H., Inter- nist, Holbeinstraße 12, 8900 Augs- burg

* Dr. Hilscher, Wolfgang Maria, Ra- diologe, Georg-Fischer-Straße 7, 8952 Marktobersdorf

* Dr. Hofer, Erwin, Internist, Chef- arzt der inneren Abteilung und Lal-

tender Arzt des Kreiskrankenhauses Kempten, Memminger Straße 52, 8960 Kempten

* Dr. Keim, Hubert, Chefarzt der Strahlen- und nuklearmedizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Kaufbeuren, Dr.-Gutermann-Straße 2, 8950 Kaufbeuren

* Dr. Kotschmar, Hans, Arbeitsmediziner, Betriebsarzt der Hoechst AG, Werk Gersthofen, Adolf-von-Baeyer-Straße 3, 8906 Gersthofen

Dr. Krepp, Hans-Peter, Internist, Oberarzt der inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Bobingen, Wertachstraße 25 a, 8903 Bobingen 1

* Dr. Leiner, Ernst, Allgemeinarzt, Medizinaldirektor, Bürgermeister-Landmann-Platz 8, 8870 Günzburg/Donau

* Dr. Meyer, Jürgen, praktischer Arzt, Hofgasse 4, 8870 Günzburg/Donau

* Dr. Pfob, Helmut, Allgemeinarzt, Bahnhofstraße 21, 8875 Offingen/Donau

* Dr. Schmidt, Wolfgang, Internist, Wiffertshausenstraße 10, 8904 Friedberg

2.

Darüber hinaus sind 46 Ärzte ermächtigt, die aufgrund arbeitsrechtlicher Bestimmungen nur Personen innerhalb ihres Betriebsbereichs untersuchen und überwachen können. Die Namen und Anschriften dieser Ärzte sind auch dem Bayerischen Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen, Rosenkavalierplatz 2, 8000 München 81, und dem Bayerischen Landesamt für Umweltschutz, Rosenkavalierplatz 3, 8000 München 81, mitgeteilt worden.

II.

Ärzte, die nur zur Untersuchung beruflich strahlenexponierter Personen nach der Röntgenverordnung ermächtigt sind:

1.

Ermächtigte Ärzte in Bayern, die uneingeschränkt für Untersuchungen zur Verfügung stehen:

(Die mit * gekennzeichneten Ärzte haben sich zur Hilfeleistung bei Störfällen bereit erklärt.)

Regierungsbezirk Oberbayern

* Dr. Fuchs, Günter, Allgemeinarzt, Arbeitsmediziner, Kerschensteinerstraße 8, 8032 Gräfelfing-Lochham, Krs. München

Dr. Kornhas, Heinz, Internist, Münchener Freiheit 12, 8000 München 40

Dr. Spengruber, Paul, Internist, Hofmillerstraße 3, 8000 München 60

Regierungsbezirk Oberpfalz

* Dr. Herzer, Johann, Chirurg, Chefarzt der Thoraxchirurgischen und Pneumologischen Abteilung des Bezirkskrankenhauses Wöllershof, 8481 Wöllershof über Weiden

Regierungsbezirk Oberfranken

Dr. Krebs, Joachim, Internist, Richard-Wagner-Straße 70, 8580 Bayreuth

Regierungsbezirk Mittelfranken

* Professor Dr. Essing, Hans-Günther, Internist, Arbeitsmediziner, Arbeitsmedizinischer Direktor der Fa. adidas-Schuhfabriken, Kreuzgasse 1, 8522 Herzogenaurach

Dr. Kittel, Herbert, Leitender Medizinaldirektor, Chefarzt der Rangau-Fachklinik der LVA Oberfranken und Mittelfranken, Strüth 24, 8800 Ansbach

Regierungsbezirk Unterfranken

* Dr. Nürnberger, Siegfried, Internist, Steubenstraße 3, 8700 Würzburg

Regierungsbezirk Schwaben

Dr. Wurm, Dietrich, Internist, Inselgraben 6, 8990 Lindau (B)

2.

Darüber hinaus sind 23 Ärzte ermächtigt, die aufgrund arbeitsrechtlicher Bestimmungen nur Personen innerhalb ihres Betriebsbereichs untersuchen können. Die Namen und Anschriften dieser Ärzte sind auch den in Abschnitt I Nr. 2 genannten Dienststellen mitgeteilt worden.

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, acetylosalicylic, 250 mg, Phenacelin 250 mg, Codein phosphoric, 9,6 mg, 1 Supp. für Erwachsene enthält Acid, acetylosalicylic, 400 mg, Phenacelin 400 mg, Codein phosphoric, 19,2 mg, 1 Supp. für Kinder enthält Acid, acetylosalicylic, 100 mg, Phenacelin 100 mg, Codein phosphoric, 4,8 mg, 1 Supp. für Säuglinge enthält Acid, acetylosalicylic 50 mg, Phenacelin 50 mg, Codein 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 Fieberenkung und Linderung der Beschwerden bei Grippe, Erkältungskrankheiten und lieberhaltenen Erkrankungen. **Nebenwirkungen:** Okkulte gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmaanfälle, Obstipation, Nierenschäden (Langzeitverbreichung), hämolytische Anämien, 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 hämopoetischen Systems, Magen- und Darmulcera, schwere Nierenfunktionsstörungen, Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverbreichung bei chronischer Obstipation, Salicylallergie. **Hinweis:** Anwendung im ersten Trimenon und in den letzten vier Wochen der Gravidität vermieden. **Warnhinweis:** Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch des Reaktionsvermögen soweit 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 mangelmpfindlichen 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. Pflieger
Chemische Fabrik GmbH, Bamberg

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Großheirath, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Innerhalb der Verwaltungsgemeinschaft Untersiemau (7650 Einwohner – 2 Ärzte) ist in der Mitglieds-gemeinde Großheirath der aus Altersgründen des Stelleninhabers vakant gewordene Einzelarztsitz zu besetzen.

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach-Neuses:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Röslau, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bayreuth:

1 Augenarzt

Naila, Lkr. Hof:

1 Augenarzt

Marktredwitz, Lkr. Wunsiedel:

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

Vorra, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des Einzelarztsitzes Vorra, einer Landgemeinde im oberen Pegnitztal, für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Ehingen, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Unterfranken

Halbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbrits, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Knetzgau, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Großlangheim, Lkr. Kitzingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Zellingen, Lkr. Main-Spessart:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kleinheubach, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schweinfurt,

Stadtteile Deutschhof/Hochfeld-Steinberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadttell Oberndorf:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 Augenarzt

Haßfurt/Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Augenarzt

Gemünden, Lkr. Main-Spessart:
1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:
2 Augenärzte

Karlstadt, Lkr. Main-Spessart:
1 Frauenarzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 Frauenarzt

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:
1 Frauenarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 HNO-Arzt

Haßfurt/oder Ebern, Lkr. Haßberge:
1 HNO-Arzt

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

Obernburg, Lkr. Miltenberg:
1 HNO-Arzt

Stadt Aschaffenburg:
1 Hautarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Hautarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 Kinderarzt

**Kitzingen/oder Volkach, Lkr. Kitzin-
gen:**
1 Kinderarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Stadt Schweinfurt:
1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Nervenarzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:
1 Orthopäde

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stella Unterfranken der KVB, Hof-
straße 5, 8700 Würzburg, Telefon
(09 31) 307 - 1.

Oberpfalz

Waldthurn, Lkr. Neustadt/WN:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
Nachfolgebesetzung für ein Einzugs-
gebiet von ca. 2500 Einwohnern.

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

Miltach, Lkr. Cham:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Neukirchen-Balbini, Lkr. Schwan-
dorf:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neustadt a. Kulm, Lkr. Neustadt/WN:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

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

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

**Windischeschenbach, Lkr. Neustadt/
WN:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Amberg:
1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:
1 Hautarzt

Welden:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Oberpfalz der KVB, Lands-
huter Straße 49, 8400 Regensburg,
Telefon (09 41) 7 50 71.

Niederbayern

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

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

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

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Deggendorf-Stadt:
1 Hautarzt

Dingolfing-Stadt:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Niederbayern der KVB, Lillien-
straße 5-7, 8440 Straubing, Telefon
(0 94 21) 70 53.

Schwaben

Höchstädt/Donau, Lkr. Dillingen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Schwaben der KVB, Frohsinn-
straße 2, 8900 Augsburg, Telefon
(08 21) 31 30 31.

Kitt in viele Fugen

Den Schwangerschaftsabbruch mit Mord in einem Atemzug zu nennen, wer eine Provokation: für den Juristen deshalb, weil er begrifflich Mord aus niederem Beweggrund und Tötung werdenden Lebens noch immer unterscheidet und auch dieses Delikt vom Strafrecht erfaßt wird. So einfach ist die Lösung des Problems nicht, daß der Jurist nur Abbruch mit Mord gleichzusetzen bräuchte und die strafrechtlichen Konsequenzen wären wieder eingeführt. — Eine Provokation für die Frauen deshalb, weil mit jedem Abbruch des Odium der Kindsmörderin gegeben wäre. Und für den Arzt deshalb, weil jede seiner Handlungen, ob Indikationsstellung oder aktiver ärztlicher Eingriff, ihn zum Abtreiber im schlimmsten Sinn des Wortes machen würde. Diese Diskussion führt nicht weiter.

Der Gesetzgeber gewährt Straffreiheit tatsächlich nur im Rahmen seines Indikations- und Beratungsmodells. Dieses Modell sollte fast alles bewirken: das Risiko des Eingriffs mindern, allen sozialen Schichten in zumutbarer Nähe den Abbruch sicherstellen, finanzielle Härten beseitigen, persönliche Hemmungen ebbauen, Selbstverantwortung stärken — alles mit dem Ziel, dadurch den Schutz der Schwangeren und des Nasciturus zugleich zu gewährleisten.

Nach drei Jahren Erprobung dieses Modells liegen die ersten Erfahrungen vor. Aus der Gesamtzahl der gemeldeten Abbrüche im Inland läßt sich — außer der Tatsache, daß sie von Quartal zu Quartal steigen — nur vermuten, daß die Abbrüche im Ausland abnehmen. Daß im Inland eine Dunkelziffer fortbesteht, ja sogar zunimmt, ist ein offenes Geheimnis. Diese Abbrüche erfüllen zwar die Voraussetzungen, das heißt, sie haben Beratungs- und Indikationsstellung durchlaufen und sind damit legal, gemeldet jedoch werden sie nicht. Die medizinische und eugenische Indikation, von jeher bekennt und an objektiven Kriterien beurteilbar, bleibt zahlenmäßig konstant. Die Zahl der Abbrüche aus sozialer Notlagenindikation und jene Fälle von „Mischindikation“ nehmen zu, von denen denn gesprochen wird, wenn aus der sozialen Situation und der Belastung der Frau früher oder später medizinische Folgewirkungen erwachsen könnten. Notlagenindikation und Mischindikation zusammen machen nahezu 90 Prozent der Abbrüche aus.

Insbesondere die Strafrechtler beginnen sich dafür zu interessieren, ob diesen

Indikationen tatsächlich objektivierbare Indikatoren zugrunde liegen, die es rechtfertigen, von einer Notlage zu sprechen, die etwa gleich schwer wie die medizinische Indikation bei Lebensbedrohung wiegt. Aus den Erfahrungen von Pro familia hat vor Juristen eine Ärztin in einer gemeinsamen Gesprächsrunde ihre Klienten folgendermaßen eingeteilt und mit dem dazugehörigen Indikationsaspekt versehen:

1. verheiratete Frauen, die den Abbruch wünschen, weil sie sich überfordert fühlen, weitere Befastungen auf sich zu nehmen, bereits wesentliche Lebenskraft in Kinderpflege investiert und ihre Familienplanung abgeschlossen haben;
2. alleinstehende Frauen, die ein Kind in Fremdbetreuung geben oder ihre Arbeit aufgeben müßten;
3. jugendliche Frauen, deren Berufsausbildung unterbrochen oder gar in Frage gestellt wäre.

Diese Ausführung macht deutlich, daß hier bereits Lebensumstände eingereicht und bewertet werden, die ganz allgemeine Natur sind und nur dadurch im Einzelfall als Not empfunden werden, weil die Bereitschaft verweigert wird, eine soziale Belastung zu übernehmen. Der Schwangerschaftsabbruch wird somit als Forderung erhoben, die individuell gewünschte Lebenssituation wieder ungeschmälert herzustellen. Die Prüfung der Belastbarkeit einer Schwangeren kann nur selten von objektiven Anhaltspunkten ausgehen, zumeist wird sie darin bestehen, daß die subjektive Verweigerung einer langjährigen Belastung als mangelnde Belastbarkeit bezeichnet wird.

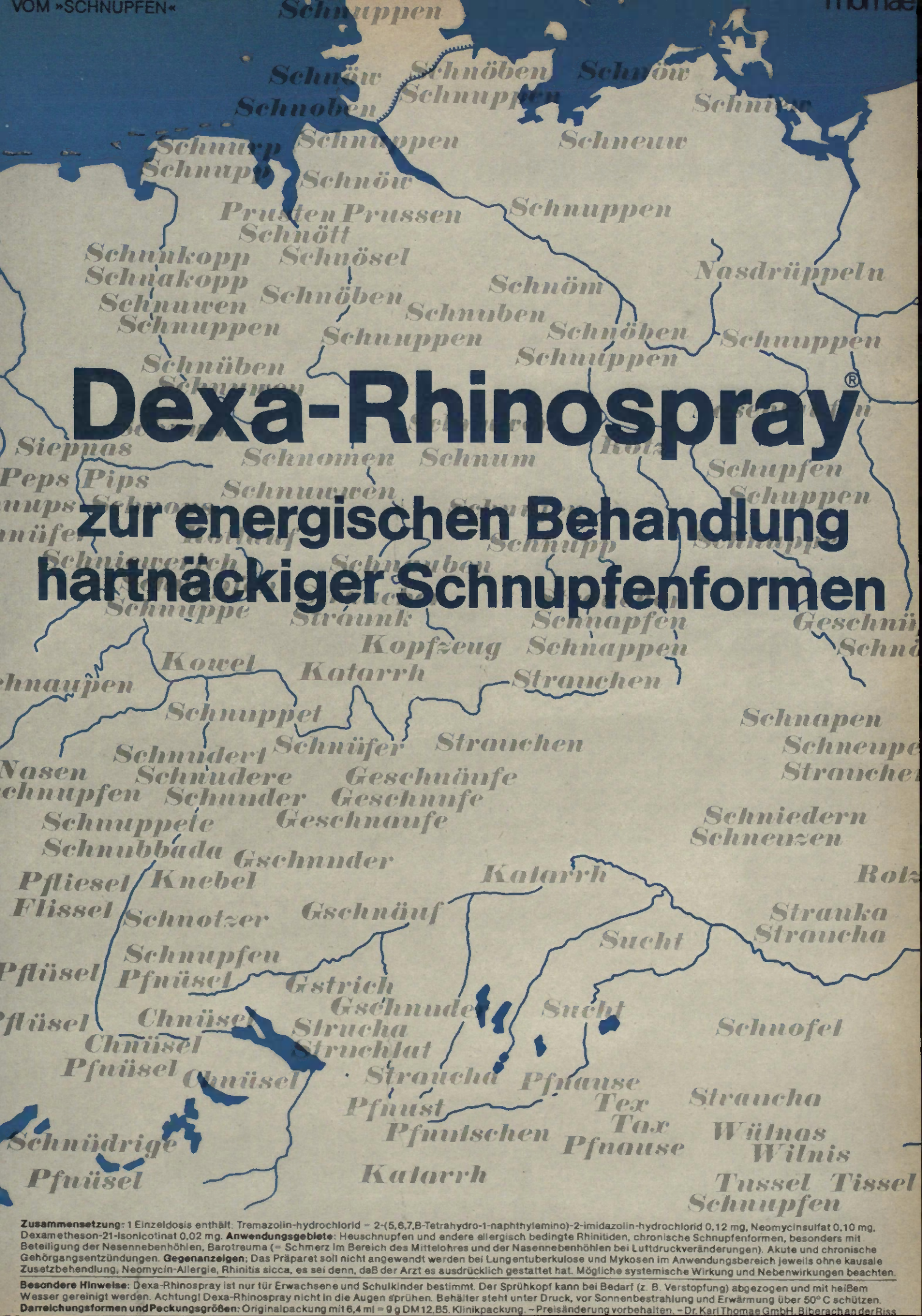
Die Schwangere hat nach dem Willen des Gesetzgebers eine soziale Beratung zu durchlaufen. Dort werden bestehende Hilfen angeboten und es soll beurteilt werden, ob sie geeignet sind, die voranstehend skizzierte soziale Situation zu beheben und ob diese Hilfen zumutbar sind. Ohne Zweifel sind die möglichen Hilfen — wie finanzielle Mittel, Kindergärten, Pflegeplätze, Wohnungen, Wohngemeinschaften usw. — zumeist nicht ausreichend vorhanden. Es mag auch Fälle geben, in denen eines oder mehrere dieser Mittel, der Schwangeren angeboten, tatsächlich ihre Hilflosigkeit zu überbrücken vermag. An grundsätzlich mangelnder Bereitschaft werden solche Hilfen kaum etwas ändern und auch nicht

für zumutbar erachtet werden. — Es ist verständlich, wenn die im Beratungsdienst tätigen Personen über den Mangel an Hilfen klegen, wenn sie eber enderseits auch ihrer Enttäuschung Ausdruck geben, daß nur etwa höchstens zehn Prozent der beratenen Frauen von einer Unterbrechung Abstand nehmen.

Zweifeln sind deshalb aus diesen Erfahrungen berechtigt, ob das auf psychologischen und soziologischen Hypothesen aufgebaute Indikations- und Beratungsmodell, dessen Instrumente sich entweder als unbrauchbar oder als unwirksam erwiesen haben, in dieser Form weitergeführt werden darf, wenn der Gesetzgeber erkennen muß, daß damit für den Schutz des Nasciturus nichts getan werden kann. Das Reformmodell des § 218 kann nach dreijähriger Erfahrung weder wirksamen Schutz ungeborenen Lebens belegen, noch eine Hilfe für die Schwangere sein, ihr den nötigen Schutz zu bieten, wenn sich ihre Lebensumstände schicksalhaft verändern. Die Aufhebung der Strafbestimmungen auch für alle sehr weit zu fassenden sozialen Lebensumstände hat allgemein das Empfinden ausgelöscht, daß jeder Schwangerschaftsabbruch nach rechtlicher, religiöser, sittlicher und naturwissenschaftlicher Auffassung ein Tötungsdelikt darstellt. Der Arzt wird zu einer reinen Feststellungsinstitution, kann sich gerade noch auf sein Gewissen berufen und die aktive Mithilfe am Abbruch eblehnen; für den Schutz ungeborenen Lebens, wenn er dies für vertretbar hält, kann er tatsächlich gar nichts mehr tun. Es verformen sich die sittlichen Vorstellungen der Gesellschaft, auf denen der Gesetzgeber aufbaut und von denen es abhängig ist, ob die Schwangere und der Nasciturus in ihrer besonderen und naturgesetzlichen Lage im umfassenden Sinne Schutz und Hilfe erwarten können.

Die Problematik ist vielschichtig, die emotionalen Wogen schlagen hoch, die Beurteilung ist kontrovers. Es muß angestrebt werden, Fehlentwicklungen zu charakterisieren und wirksam zurückzunehmen, Kompetenzen und Verantwortung mit Inhalt zu füllen, damit der Schwangerschaftsabbruch nicht zu einem nackten bürokratischen Verfahren herabgewürdigt wird; den Mangel an Hilfen vor allem dort zu beheben, wo Hilfen tatsächlich verlangt werden und nicht nur, um die Angebotspalette zu erweitern. Es ist Klarheit in die gesetzlichen Begriffe zu bringen, das Modell zu korrigieren, wo es den Schutz nicht gewährleisten kann, und das Strafrecht überall dort aufrechtzuerhalten, wo unverzichtbare Naturgesetze einer Festigung bedürfen. Kitt muß in viele Fugen — und er muß kleben. Experimente sind gefährlich, das Gefüge könnte noch weiter reißen.

Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bed Brunthel 3, 8000 München 80



Dexa-Rhinospray[®]

zur energischen Behandlung hartnäckiger Schnupfenformen

Zusammensetzung: 1 Einzeldosis enthält: Tremazolin-hydrochlorid = 2-(5,6,7,8-Tetrahydro-1-naphthylemino)-2-imidazolin-hydrochlorid 0,12 mg, Neomycinsulfat 0,10 mg, Dexametheson-21-isonicotinat 0,02 mg. **Anwendungsgebiete:** Heuschnupfen und andere allergisch bedingte Rhinitiden, chronische Schnupfenformen, besonders mit Beteiligung der Nasennebenhöhlen, Barotrauma (= Schmerz im Bereich des Mittelohres und der Nasennebenhöhlen bei Luftdruckveränderungen), Akute und chronische Gehörgangsentzündungen. **Gegenanzeigen:** Das Präparat soll nicht angewendet werden bei Lungentuberkulose und Mykosen im Anwendungsbereich jeweils ohne kausale Zusatzbehandlung, Neomycin-Allergie, Rhinitis sicca, es sei denn, daß der Arzt es ausdrücklich gestattet hat. Mögliche systemische Wirkung und Nebenwirkungen beachten.

Besondere Hinweise: Dexa-Rhinospray ist nur für Erwachsene und Schulkinder bestimmt. Der Sprühkopf kann bei Bedarf (z. B. Verstopfung) abgezogen und mit heißem Wasser gereinigt werden. Achtung! Dexa-Rhinospray nicht in die Augen sprühen. Behälter steht unter Druck, vor Sonnenbestrahlung und Erwärmung über 50° C schützen.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: Originalpackung mit 6,4 ml = 9 g DM 12, B5. Klinikpackung. - Preisänderung vorbehalten. - Dr. Karl Thomae GmbH, Biberach an der Riss

Einander wieder näher: DGB und CSU

Im Verhältnis zwischen DGB und CSU stehen die Zeichen nicht mehr auf Sturm: Bei einem Spitzengespräch zwischen dem DGB-Vorsitzenden Heinz Oskar Vetter und CSU-Chef Franz Josef Strauß konnten beide Seiten einen vorläufigen Schlußstrich unter eine in Bayern seit Monaten schwelende Kontroverse ziehen. In der zum Teil mit harten Bandagen ausgetragenen Auseinandersetzung über die Rolle der Gewerkschaften hatte die CSU dem DGB mangelnde parteipolitische Neutralität und kommunistische Unterwanderung nachgesagt, während der DGB-Landesverband der CSU „politische Brunnenvergiftung“ vorwarf und die Union als arbeitnehmerfeindlich bezeichnete.

Ausgangspunkt für den Streit war die Neujahrsansprache des bayerischen Ministerpräsidenten, wo Strauß aus aktuellem Anlaß Zweifel angemeldet hatte, „ob unter der gegebenen wirtschaftlichen und arbeitsrechtlichen Lage“ Streik und Aussperrung „noch einen Sinn haben und mit Vernunft angewandt werden“. Strauß sah dies vor dem Hintergrund der paritätisch mitbestimmten Wirtschaft, wie er später präziserte, und behauptete, die Gewerkschaften seien kommunistisch unterwandert. Strauß fragte nach dem Endziel gewerkschaftlicher Arbeit mit den Worten: „Ist es die voll sozialisierte Wirtschaft? Soll der Unternehmer abgeschafft werden?“ CSU-Generalsekretär Edmund Stolber warf in diesem Zusammenhang dem DGB vor, gegen das Gebot der Überparteilichkeit zu verstoßen, weil die DGB-Spitzenfunktionäre Vetter, Loderer und Hauenschild auf der SPD-Liste für das Europaparlament kandidierten. Stolber monierte auch, daß DGB-Funktionäre als Wehlhelfer für die SPD agierten und Gewerkschaftsveranstaltungen zu Wahlveranstaltungen der SPD umfunktioniert würden. Unter Hinweis auf eine Allensbach-Umfrage, wonach bundesweit 1977 von den rund 7,5 Millionen Gewerkschaftsmitgliedern rund 34,6 Prozent Unionswähler und 56,1 Prozent SPD-Wähler seien, müßten in Bayern etwa 40 Prozent der DGB-Mitglieder CSU wählen. Dies komme jedoch in den politischen Äußerungen des Landesbezirks nicht zum Ausdruck.

Demgegenüber stellt der DGB-Landesvorsitzende und SPD-Landtagsabgeordnete Jakob Deffner fest, daß von den 29

Mitgliedern des DGB-Landesbezirksvorstandes acht von der Landesdelegiertenkonferenz gewählt würden. Von diesen stünden traditionell der Christlich Sozialen Arbeiterschaft, vergleichbar den CDU-Sozialausschüssen, drei Sitze zu. Im übrigen — so Deffner — würden die Vorstandsbeschlüsse überwiegend einstimmig, also auch mit CSU-Stimmen gefaßt.

Mit den Attacken, so nahmen Beobachter an, suchte die CSU den DGB auf einen parteipolitisch neutralen Kurs zu bringen. Gleichzeitig sollten die CSU-Mitglieder an der Basis veranlaßt werden, schon dort den „Mund aufzumachen“ und für eine politische Ausgewogenheit zu sorgen. Sollte das nichts fruchten, so wurden Konsequenzen angedeutet. Denkbar wäre die Übertragung des „österreichischen Modells“ auf den DGB. In den österreichischen Gewerkschaften bilden die einzelnen Parteien eigenständige Fraktionen mit eigenem Organisationsapparat. Sie geben unabhängig voneinander politische Stellungnahmen ab. Eine andere, allerdings wenig aussichtsreiche Möglichkeit, sah der CSU-Generalsekretär darin, daß nach einer breiten Diskussion — hierzu kündigte er für Anfang Dezember einen Gewerkschaftskongreß seiner Partei in Augsburg an — eine möglichst große Zahl von CSU-Gewerkschaftsmitgliedern dem DGB den Rücken kehrt und in den Christlichen Gewerkschaftsbund eintritt, der mit seinen 37 000 Mitgliedern neben dem 1,1 Millionen starken DGB allerdings derzeit ein Schattendasein führt.

Schützenhilfe von anderer Seite erhielt der CSU-General vom Vorsitzenden der Bundesarbeitsgemeinschaft Arbeitskammern e. V., dem bayerischen CSU-Abgeordneten Franz von Prümmer, der seit Jahren die Einführung der Arbeitskammern propagiert, jedoch in der CSU-Landtagsfraktion nie damit durchgedrungen ist. Zur Überraschung der Staatsregierung und der Gewerkschaften kündigte Prümmer an, noch in diesem Jahr werde über die Arbeitskammern entschieden. Arbeitskammern sind, vergleichbar den Industrie- und Handelskammern, Anstalten des öffentlichen Rechts, für die eine Zwangsmitgliedschaft für alle Arbeitnehmer besteht. Ihre Aufgabe ist es, die allgemeinen wirtschaftlichen, sozialen und

kulturellen Interessen aller Arbeitnehmer wahrzunehmen. Diese Aufgabe beanspruchen aber die Gewerkschaften für sich. Prümmer stieß mit seinem Vorschlag auch bei der Wirtschaft auf wenig Gegenliebe: Die Idee sei wenig durchdacht, eine „Arbeitskammer so überflüssig wie ein Blinddarm“, als Wurmfortsatz der Gewerkschaften wäre sie „sogar schädlich“. DGB-Chef Deffner vermutete sogar, daß die Arbeitskammern als „Keule gegen die Gewerkschaften“ geschwungen werden sollen. Prümmer's neuer Anlauf in Sachen Arbeitskammern blieb denn auch bald stecken.

Die Angriffe Stoibers konterte der DGB-Landesvorstand schließlich mit einer Entschliebung, in der die wiederholten Angriffe der CSU auf die Tarifeautonomie und des Streikrecht in der mitbestimmten Wirtschaft zurückgewiesen werden, denn Mitbestimmung schließe Tarifkämpfe nicht aus. Auch seien die Gewerkschaften niemals als politisches Neutrum zu verstehen, sondern die Interessenvertretung der Arbeitnehmer bedinge ein „ständiges Einwirken der Gewerkschaften auf Regierungen, Parlamente und Parteien“. Der DGB könne und wolle niemals parteipolitisch neutral sein. Er sei aber unabhängig, bestimme seine Politik selbst und hänge nicht „am Gängelband irgendeiner politischen Partei“, erklärte Deffner für den DGB.

Erst im Oktober — der DGB wurde in diesem Monat vor dreißig Jahren in München gegründet — gelang es bei dem Spitzengespräch Heinz Oskar Vetter und Franz Josef Strauß, den Streit aus der Welt zu schaffen: Vetter erklärte, es gebe keine politische Neutralität, wohl aber eine parteipolitische Unabhängigkeit des Gewerkschaftsbundes. Men werde jedoch vor Wahlen sogenannte Wehlprüfsteine als Maßstab für die Wähler vorlegen. Franz Josef Strauß seinerseits stellte fest, daß er nie gewollt behauptet habe, der DGB sei kommunistisch unterwandert. Gleichzeitig fordere er aber auch, daß man mit der Propaganda aufhöre, ihn als Gewerkschaftsfeind auch dann hinzustellen, wenn er die gleichen Standpunkte wie der DGB vertrete. Den Gewerkschaftskongreß seiner Partei sagte Strauß ab, um nicht weitere Mißverständnisse anzuhetzen, und versicherte gleichzeitig, Spekulationen über eine angeblich geplante CSU-nahe Gewerkschaft seien ein Ungeheuer von Loch Ness, ein Papiertiger, der verschwinden müsse. — Ob die beim Spitzengespräch gefundene Entspannung zwischen DGB und CSU von Dauer sein wird, bleibt bei den Gegensätzlichkeiten zwischen beiden Seiten jedoch zweifelhaft.

Michael Gscheidle

Auf dem Weg zur Einheitsversicherung?

Bundesarbeitsminister Ehrenberg läßt seit einigen Wochen keine Gelegenheit verstreichen, um die Bürger von der Notwendigkeit zu überzeugen, daß der Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung einer neuen Form bedürfe. Die Höhe des Arbeitgeberbeitrags zur Sozialversicherung sollte künftig nicht mehr nach der Lohnhöhe, sondern nach der Wertschöpfung der Unternehmen bemessen werden. Hier kündigt sich eine für die Sozialversicherung bedeutsame Weichenstellung an, die nicht nur für das Finanzierungssystem der Sozialversicherung bedeutsam ist, sondern auf längere Sicht auch für deren Leistungen und Organisationsstruktur. Wenn nicht alles täuscht, wird hier der Weg zur staatlichen Einheitsversicherung eröffnet.

Ehrenberg begründet seine Initiative recht geschickt. Die gestiegene Kapitalintensität vieler Unternehmen, so schrieb Ehrenberg im SPD-Pressedienst, habe zu einem wachsenden Ungleichgewicht zwischen ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit und ihrer Belastung mit Sozialbeiträgen geführt. „Wo Menschen durch Maschinen ersetzt wurden, konnten sich die Unternehmen gleichzeitig von Sozialversicherungsbeiträgen befreien, während umgekehrt arbeitsintensive Unternehmen mit geringem Kapitaleinsatz einen immer größeren Teil der Sozialversicherungsbeiträge der Unternehmen zu tragen hatten.“ Hier geht es über neue Finanzierungsformen der Sozialversicherung nachzudenken, die auch das gewachsene Gewicht des Produktionsfaktors Kapital angemessen berücksichtigen und die sich stärker an der ökonomischen Leistungsfähigkeit eines Unternehmens orientieren. Die Bemessung der Sozialbeiträge der Arbeitgeber nach dem Lohn benechtliche lohnintensive Betriebe, insbesondere den Mittelstand, schreibt Ehrenberg. Sinnvoll wäre es daher, den Beitrag nach der betrieblichen Wertschöpfung zu richten. Der von den Lohnkosten ausgehende Rationalisierungsdruck würde damit abgeschwächt.

Ehrenbergs Ausführungen lassen darauf schließen, daß er den Arbeitgeberbeitrag an die Umsatzsteuer anhängen möchte, die bei den Unternehmen ja den Mehr-

wert belastet. Allerdings sind diese Überlegungen nicht neu; sie haben schon Ende der fünfziger und Anfang der sechziger Jahre eine Rolle gespielt, insbesondere das Handwerk und der damals noch lohnintensive Bergbau wünschten eine Neuregelung für den Arbeitgeberbeitrag. Die Regierungen Adenauer und Erhard haben damals diese Ideen nach gründlichen, sich über Jahre erstreckenden Beratungen verworfen. Wenn Ehrenberg jetzt auf diese Ladenhüter zurückgreift, so hat dies nichts mit der von ihm behaupteten „schiefen Verteilung“ der Lasten zu tun, vielmehr sucht der Minister nach neuen Finanzierungsquellen.

In der nächsten Legislaturperiode muß die Hinterbliebenenversorgung reformiert werden. Diese „umfassende Änderung des Leistungsrechts“, so erklärte der SPD-Sozialexperte Glombig, sei kaum kostenneutral zu bewältigen. Sie zwingt dazu, die finanziellen Grundlagen der Rentenversicherung neu zu überdenken. Im Klartext heißt dies doch, daß die bisherige Parität der Beitragsbelastung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufgegeben und der Arbeitgeber mit einem wachsenden Anteil der Finanzierungskosten belastet werden soll. Auch die Sozialdemokraten haben inzwischen erkannt, daß die direkte Abgabenbelastung der Arbeitnehmer nicht weiter gesteigert werden kann. Der Widerstand bei den Betroffenen wird immer stärker. Es scheint nicht ausgeschlossen zu sein, daß Ehrenberg die FDP für seine Pläne gewinnen kann, da sie eine Entlastungsmöglichkeit für ihre mittelständischen Wähler sieht, was sich freilich auf längere Sicht als eine teure Illusion entpuppen könnte.

Gegen Ehrenbergs Pläne läßt sich eine Fülle von Argumenten vorbringen. So wird man nicht ignorieren können, daß die Art der Finanzierung der Sozialversicherung auf längere Sicht auch das Leistungssystem bestimmt. So hat erst der Übergang zum Umlageverfahren in der Rentenversicherung die Gewährung dynamischer Renten ermöglicht. Die Höhe der Rente wird heute sehr maßgeblich von den eingezahlten Beiträgen bestimmt; die Beiträge wiederum richten

sich nach den Einkommen. Wenn Ehrenberg sich durchsetzen sollte, so wird man damit rechnen können, daß schon in wenigen Jahren nur noch ein Drittel der Beiträge einkommensbezogen erhoben werden. Wie will man es dann noch rechtfertigen, lohnbezogene Renten, also hohe und niedrige Renten zu zahlen?

Dazu schweigt sich Ehrenberg aus. Es ist wohl kein Zufall, daß in der SPD-Fraktion zur gleichen Zeit über die Einführung von Mindestrenten, die Einbeziehung aller Selbständigen in die Pflichtversicherung und auch über die Besteuerung der Renten nachgedacht wird. Wehners Dementis sind leicht zu widerlegen. Kein Zweifel: die von Ehrenberg angestrebte Umstellung des Arbeitgeberanteils wird den Prozeß der Nivellierung der Altersinkommen beschleunigen. Das wäre sogar, um Ehrenbergs Lieblingswort zu gebrauchen, durchaus systemgerecht.

Rentenversicherung und Krankenkassen können keine Steuern auf die Wertschöpfung erheben. Das müßte also der Staat übernehmen. Er könnte denn die Gelder nach seinem Gutdünken an die Träger der Sozialversicherung weiterleiten. Die Sozialversicherung geriete also noch mehr in die finanzielle Abhängigkeit des Staates. Der Selbstverweigerung würde der Boden entzogen. Wenn die Arbeitgeber einen wachsenden Anteil der Beitragslast übernehmen, so könnten sie Forderungen erheben, an der Selbstverwaltung nicht nur paritätisch beteiligt zu werden. Leicht läßt sich spekulieren, was dann geschähe: die Gewerkschaften würden sich dem widersetzen; der Staat träte als dritter Partner in die Selbstverwaltung ein, sofern er die Selbstverwaltung nicht überhaupt in seine Regie übernehme.

Ehrenbergs Pläne könnten auch zur Lösung der finanziellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Die schwächer gewordenen Ortskrankenkassen könnten bei der Verteilung der aus der Sozialsteuer stammenden Mittel großzügiger als andere Kassenarten berücksichtigt werden, eines besonderen Finanzeausgleichs bedürftigen nicht mehr. Niemand sollte sich also täuschen: dem von Ehrenberg vorgeschlagenen Finanzierungssystem entspräche allein die staatliche Einheitsrente und der staatliche Gesundheitsdienst. Der Minister wird dies bestreiten. Hier soll auch nichts unterstellt werden. Aber eine neue Weichenstellung hat immer auch Konsequenzen für die Fahrtrichtung der Züge.

bonn-mot

Bücher von Ärzten für Ärzte (I)

Seit den letzten Buchbesprechungen vor Ostern dieses Jahres – siehe „Bayerisches Ärzteblatt“ 4/1979, S. 364/66 – sind erfreulicherweise zahlreiche Neuerscheinungen von unseren Schriftstellerärzten herausgekommen. Es war aus Platzgründen nicht möglich, alle Besprechungen in der Novembernummer unterzubringen, außer man wollte sich nur auf kurze Hinweise beschränken. Die Leser des „Äskulap und Pegasus“ sollen jedoch eine umfassende Besprechung erhalten, so daß sie sich auch ein Bild des zu erwerbenden Buches machen können. Heben Sie sich bitte diese Nummer auf, in der Dezembernummer erscheint der Teil II. Sie werden dann in beiden Nummern eine schöne Auswahl für Weihnachtsgeschenke haben.

Das Herz sieht anders aus

Leben und Aufzeichnungen des Anatomen Eduard Siebenrock. Erzählt und herausgegeben von Gerhard Vescovi, 318 S., geb. mit farb. Schutzumschl., DM 29,80. Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart.

Der Verfasser ist Vizepräsident des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte und der weltweiten Union mondiale des écrivains médecins. Darüber hinaus ist er zudem ein über die ärztlichen Kreise hinaus allgemein bekannter Schriftsteller geworden mit seinem 1975 erschienenen Erstlingsroman „Hippokrates im Heckengäu – Aufzeichnungen eines schwäbischen Lendarztes“. Dieser wurde zu einem Bestseller und hat bereits eine Auflage von 65 000. (Siehe: „Äskulap und Pegasus“, „Bayerisches Ärzteblatt“ 12/1975, S. 1012). Ein dazwischen erschiener anmutiger Gedichtband „Ich schreib Dir was ... ein Buch für Verliebte“ verblindet Gelöstes und Sinnliches in reizender Form und hat ebenfalls viele Leser gefunden. (Siehe: „Äskulap und Pegasus“, „Bayerisches Ärzteblatt“ 11/1977, S. 1137). Nun legt uns Vescovi einen neuen Roman vor, der sich wiederum mit dem Leben, Denken und Treiben eines Arztes befaßt. Das Buch ist, wie schon der Bestseller „Hippokrates im Heckengäu“ in einem flüssigen, eleganten Stil mit tiefem Humor verbunden mit wehrer Lebensweisheit verfaßt. Der Autor hat ein seltenes Erzählertalent, das den Leser immer wieder in seinen Bann zieht. Der Roman handelt von einem schrulligen Anatomieprofessor, der von der Idee einer Einbettung naturwissenschaftlicher anatomischer Befunde in die Biographien der Verstorbenen begeistert ist und diese in seinen anatomischen Vorlesungen den Studenten nahe bringen will. „Ein gelungener Tod tilgt alle Fehler des Lebens aus“ sagte er einmal nach einer Sektion. Daneben wird in gelungenen Kapiteln die

Lebensgeschichte des Professors geschildert, der auf einer Reise nach Malaysia zusammen mit dem Autor gefährliche Abenteuer besteht, die er als Rechtfertigung für die makabre Seite seines Humors so definiert: „Humor hat sich an den ernsten, je traurigen Dimensionen des menschlichen Lebens zu messen und zu bewähren. Nicht das Weinen, sondern das Lächeln bleibt am Ende dem, der mit Humor ohne Scheu in den Abgrund des Lebens blickt.“

Und so endet auch diese teils humorvolle, teils tragische Lebensgeschichte mit dem Verse des Professors: „Es führt von Zeit zur Ewigkeit/ Ein Brücklein, das heißt Heiterkeit.“ Vescovi ist es gelungen uns eine witzige, jedoch geistvolle und verehrungswürdige Persönlichkeit aus unserem Berufe lebendig werden zu lassen, wie sie die Älteren unter uns noch öfters erlebt haben. – Ein Buch, das alle Voraussetzungen für einen neuen Bestseller besitzt.

Liebe Last

Deutsche Schriftstellerärzte zum „Jahr des Kindes“ 1979

Herausgeber: Franz Schmid, 151 S., Leinen, DM 15,-. Hansisches Verlagskontor H. Scheffler, Lübeck.

Der Herausgeber, Kinderarzt und Chefarzt der Städtischen Kinderklinik in Aschaffenburg, schreibt in seinem Vorwort: „Das zwanzigste Jahrhundert wurde, als es noch jung war, als Jahrhundert des Kindes getauft. Man dachte dabei wohl vorrangig an die Überwindung von Not, Krankheiten, Hunger und Kälte ... Ebenso wie der Körper Nahrung zum Gedeihen braucht, benötigen Geist und Seele Nahrungsquellen, die um so mehr versiegen, je höher die moderne Zivilisation ihre babylonischen Türme baut; diese Quellen – Liebe, Glauben an Wunder und

echte Vorbilder – wieder zu erschließen, ist eine Aufgabe unserer Zeit.“ Fünfundzwanzig Kolleginnen und Kollegen befassen sich in Gedichten und Kurzgeschichten mit den Problemen, die Kinder nun einmal haben und die sie bei ihren Eltern hervorrufen. Unter ihnen sind echt bayerische: Bednara Marie, Hammann Carl, Leyer Elfriede, Molz Otto, Picard Walter G. †, Rottler Alfred, Schmid Franz, Spiecker Hans. Der Titel des Buches ist kein Zufall, dies sehen wir schon aus den Überschriften der fünf Kapitel: „I.) Das Geheimnis der Knospe. (Meine Eltern, deine Eltern/ das ist alles wunderbar/ nur mit wem kannst du mal sprechen./ siehste, das wird dir nicht klar) – II.) Kein Kind geht an den Brunnen. (Kein Kind geht/ an den Brunnen/ und schöpft die Hand/ voll Dank –/ vergessen alle Wege/ die eine Mutter ging) – III.) Des verlorenen Paradies. (Anders als in jenen Tagen/ ist des Kindes Not/ es fehlt nicht mehr am Brot/ am Verstehen mangelts und am Fragen) – IV.) Reifen zwischen Sonne und Schatten (Wie warst Du aufgeregt als Bub/ Vorm ersten Schulbesuch/ Wie schnell die Zeit die Zeit begrub/ Du weinst nach Stift und Lesebuch) – V. Das Sorgenkind. (Blind geboren./ Immer bloß hören/ fühlen, ertasten/ nur ehnen/ was Farbe, Spiegelei und Teg/ Stündliche Ängste/ zögernde Schritte/ die Neugier/ erlehmend, ständiger Kampf/ Aber euch spüren/ keimende Laute/ und Wärme/ aus fremder, helfender Hand).“ Die hier angeführten kurzen Zitate sollen zeigen, daß die vorliegende Anthologie über das Jahr des Kindes hinaus ein bleibender Beitrag dafür ist, das „Miterleben, Mitfühlen und Mitempfinden“ im Reiche des Kindes schriftstellerisch darzustellen.

Grenzsteine ... Wohin gehst Du?

Lyrik

Verf.: Andreas Schuhmann, Umschlaggestaltung und Tuschezeichnungen Robert Vorhammer, 110 S., brosch., DM 14,-. Verlag Th. Breit, Merquartstein.

Wer die Anthologien von Jüngling: „Dialektlyrik Deutscher Ärzte, Weihnachtsgeschichten Deutscher Ärzte, Schein und Wirklichkeit sowie den Almenach Deutscher Schriftstellerärzte“ kennt, dem ist unser Kollege Schuhmann kein Unbekannter mehr. Kürzlich trat er auch persönlich in Erscheinung auf der Lesung im Münchener Ärztehaus („Äskulap und Pegasus“, „Bayerisches Ärzteblatt“ 2/1979, S. 148 f.). Nun hat er einen Lyrikband herausgebracht. Er stellt sein Buch unter das Motto: „Grenzsteine an den Wegen / aus der Vergangenheit, / Grenzsteine an den Wegen / in die Zukunft. / Alles, was hinter dir liegt / gehört dir. /



Woelm Pharma GmbH & Co. Eschwege

Zusammensetzung: Es enthalten 1 Dragee 200 mg Nitfuratel (INN), 1 Stäbchen 250 mg Nitfuratel (INN), 1 g Salbe 100 mg Nitfuratel (NKS). **Anwendungsgebiete:** Bei vaginalen Infektionen durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien einschließlich aller Mischformen, Entzündungen des äußeren weiblichen Genitale, Gleichzeitige Infektionen der ableitenden Harnwege bei Mann und Frau. Durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien bedingte Entzündungen des Perinealraumes, Entzündungen des äußeren weiblichen Genitale. **Kontraindikationen und Hinweise:** Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt. Während der oralen Behandlung ist wie bei allen Nitrofurantoin-Derivaten Alkohol zu meiden. Bei einer bestehenden Schwangerschaft können Nitrofurantoin-Tabletten und Nitrofurantoin-Salbe verordnet werden. Eine orale Anwendung von inimur bei bestehender Gravidditt, insbesondere im ersten Trimenon, wird im Sinne der fröhe anerkannten Richtlinien nicht empfohlen. inimur ist nicht vorgesehen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten. **Handelsformen und Preise:** 21 Dragees, 10 Vaginalstäbchen A.P. m. MwSt. DM 20,20; 10 Vaginalstäbchen A.P. m. MwSt. DM 11,70; Kombepeckung mit 21 Dragees, 10 Vaginalstäbchen A.P. m. MwSt. DM 23,70. 50 ml Salbe A.P. m. MwSt. DM 23,65.

Stand Jan. 79



Zurück
zur Döderlein-
Flora

inimur®

● trichomonazid ● antimykotisch ● antibakteriell

Überzeugende Therapieerfolge

durch breites Wirkspektrum

Trichomonaden-Infektion	bis 96% ¹⁾
Candida-Infektion	bis 87% ²⁾
Mischinfektion	über 90% ³⁾
Vulvitis	97% ⁴⁾
Partnerbehandlung	über 90% ⁵⁾

(+)	Trichomonaden
(+)	Hefepilze (insbesondere Candida)
(+)	Grampositive Bakterien
(+)	Gramnegative Bakterien (insb. Proteus und Koli)

(Nitfuratel in vitro)

¹⁾ Heiss, H. Wien. med. Wschr. 121, 46, 832 (1971); ²⁾ Brandl, E. et. al.: Urologe B, 15, 2, 60 (1975); ³⁾ Niendorf, F. Therapiewoche 23, 4, 288, (1973); ⁴⁾ Brandl, E. Therapiewoche 26, 2251 (1976); ⁵⁾ Motta, M. et. al.: Boll. Soc. med. chir. Catania 35, 345 (1967).

Alles, was vor dir liegt, / füllt deine Träume / Hüte dich! / Wirf dich nicht weg, / wo Grenzsteine stehen! / Traum nicht um zu verlieren! Du verlörst deines Daseins Mitte, / du verspieltest deines Lebens Sinn. Auch Grenzsteine verwittern." Der Untertitel des Buches weist auf das Suchen des Autors nach dem Sinn unseres Erdenlebens hin, das uns aus vielen Gedichten heraus anspricht. „O Mensch, so frag ich und frage: / Wo wirst du dich wieder finden? / Sag, wo dein Sinn sich erhellt? / Dort magst du dich suchen bald, / dort in der besseren Welt.“ So fordert er den Leser auch auf zu einem Sinneswandel, dem metanoie der alten Griechen. Die einzelnen Gedichte sind zusammengefaßt unter sechs Leitmotiven: „Geh, öffne dein Herz den kleinen Dingen, Wo wirst du dich wieder finden, Zeit bricht aus den Feldern, Zeit schwindet dahin, Welche Welt ist dein und welche Welt fehlt dir, Vergehen ohne Nachglanz, Von niemand zu jemand.“ Am Ende seines Buches gibt der Autor zu einigen Gedichten „Erläuterungen, nicht Interpretationen. Nein, keine präjudizierende Auslegungen sollen es sein, eben einfach nur Anmerkungen, um so auch den Stachel eines vermeintlich analytischen Zerpfückens zu entschärfen und dem Leser ungezwungene Hilfestellung zu gewähren.“ Es sind philosophische Gedichte, geschrieben mit der „Freiheit der Sprache zu erfinden, zu sprechen, zu singen, zu zaubern mit Worten“. Das Buch kann einem nachdenklichen Leser, der sich ernsthaft mit der Weiterentwicklung des homo sapiens beschäftigt, viele Anregungen geben. Die Tuschezeichnungen Vorherrers passen sich gut dem Inhalt der Gedichte an.

Auf mir lastet ein Blütenzweig

Gedichte

Verf.: Bernhard Rauch, 63 S., brosch. mit Schutzumschl., DM 9,80. J. G. Bläschke Verlag, Darmstadt.

Der Autor ist den Lesern des „Äskulep und Pegasus“ bekennt durch vier Buchveröffentlichungen, die alle hier ausführlich besprochen wurden. Er lebt jetzt nach einem siebenjährigen Abstecher nach Südbaden in Niederbayern im – durch Krankheit erzwungenen – Ruhestand. Der vorliegende Band, der erst jetzt zur Kenntnis des Referenten kam, enthält Gedichte aus den Jahren 1952 bis 1975. Wie schon in seinen früheren Werken befaßt sich Rauch in formvollendeten Versen mit den philosophischen Problemen unseres Daseins, die manchmal schwer auf uns lasten: „wer nie gewelkt hat, weiß es nicht / wie blü-

ten lasten können.“ Er findet dabei Worte von seltener Klugheit: „greis, willst du das letzte finden / weisen, die wie herzschnelg bluten / und der töne mecht ergründen – wirf die leyer in die fluten! / nur im schwelgen / kann das tiefste Wort sich zelgen.“ Seine Gedichte sind jedoch keineswegs resignierend, sie sind wie im „lied des wachen lebens“ aufgeschlossen für dieses: „schwwestern, brüder, mögt ihr da schlafen? / nein, o kommt / zu baden mit mir / in schmelzenden fluten die körper zu kühlen / befreit von der schwere zu tauchen, zu steigen / und trinken in vollen, bereuschenden zügen / trinken die schönheit der welt!“ Es ist ein Büchlein, recht geeignet für ein kurzes Ausruhen vom Streß unserer Zeit.

Fuß ab für Napoleon

Versuche gewisse Dinge zu umschreiben

Verf.: Armin Jüngling, Lyrik, brosch. mit Bildern auf den Umschlags., DM 12,-. Verlag Th. Breit, Marquartstein.

Der Autor ist den Lesern von „Äskulep und Pegasus“ kein Unbekannter mehr.

Er hat echt Anthologien herausgegeben und mehrere Lyrik- und Kurzgeschichtenbände verfaßt, die zum großen Teil hier besprochen wurden. Jünglings Scheffen zeigte immer sozialkritisch, teils heftig entlegend, teils beschwörend mit mehrendem Finger auf die schwärenden Wunden unserer Zeit. Nun versucht er es mit der Umschreibung. Gemeint ist natürlich nicht nur Napoleon: „Fuß ab für den Tyrannen / erfroren amputiert / zerfetzt gequetscht / zermalmt und verbrannt / Fuß ab für ein Nichts –“. Der Autor legt im vorliegenden Bande seine kritischen Beobachtungen in gebundener Form vor, die außerordentlich vielfältig unser ganzes Dasein durchleuchten wie „Wahrheiten, Die Lüge, Tetschen, Abgesang, Torheiten, Lotungen, Vermutungen, Widrigkeiten“ u. v. e. m. Die Gedichte über den fast vergessenen bayerischen Schriftsteller Ludwig Steub (1812 bis 1888), über den Meier Wilhelm Leibl, über die Dichter Justinus Kerner, Eduard Mörike, Wilhelm Genzorn und Hans Carossa werfen die Frage auf: „Hette auch er sich / überlebt?“ Die Plastiken auf den Umschlagseiten, aus Steinen bei einem

Einleitung zu einer Dichterlesung mit musikalischer Umrahmung

Auf Einladung des **Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Sewering**, veranstaltet die **Landesgruppe Bayern des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte** in Zusammenarbeit mit der **Bayerischen Landesärztekammer** zum zweiten Mal eine **Adventslesung**

am Mittwoch, den 12. Dezember 1979, 16 Uhr,
im großen Saal des Ärztehauses Bayern,
Mühlbauerstraße 16, München 80

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

„Die Umwelt sind wir“

Herzlich eingeladen sind als Zuhörer alle interessierten Kolleginnen und Kollegen mit Familienangehörigen und alle Arzttwitwen und Ärztinnenwitwer; auch Freunde können in begrenzter Zahl eingeladen werden. Eintritt wird nicht erhoben.

Anschließend an die Lesung findet ein gemütliches Beisammensitzen mit Imbiß im Kasino des Ärztehauses statt.

Anmeldung der Zuhörer mit Angabe der Teilnehmerzahl erbeten an Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Stichwort „Adventslesung“.

Spaziergang auf der dänischen Insel Fünen lose zusammengefügt, waren ein Schöpfungsspiel seiner Frau Mira: „Wir schufen aus Steinen / zwei Menschen und einen Hund / Was du dir einbildest / und wandte mich / zur Seite —“. Vieldeutige Gedanken werden dem Leser unter dem Motto dargeboten: „Manche Dinge im Leben / öffnen dem Träumen / Tür und Tor.“ Ein nachdenkliches Buch.

Unter uns sind Menschen

Nach einer Lesung der Bayerischen Landesgruppe des Verbandes Deutscher Schriftstellerärzte im Bayerischen Ärztehaus München

Herausgeber: Franz Schmid, 63 S., brosch., mit einem Bild des Münchner Christkindmarkts, 1978. Verlag der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbaureiße 16, 8000 München 80.

Es war eine glückliche Idee, die wir den Initiatoren der Lesung im Münchner Ärztehaus (siehe „Bayerisches Ärzteblatt“ 2/1979, S. 148) unserem Präsidenten Professor Sewering, Frau Horn und Herrn Detsch sowie unseren Confrères Frenz Schmid und Erwin Stetter verdanken, die dort gelesenen Gedichte und Kurzgeschichten zusammenzufassen und in der hauseigenen Druckerei als Bändchen erscheinen zu lassen. Die Teilnehmer des Deutschen Ärzteges in Nürnberg haben alle ein Exemplar bekommen und werten davon sehr eng. Auch die Teilnehmer der Union mondiale des écrivains médecins haben auf ihrer Tagung im Oktober in Bad Mergentheim eines bekommen. Wer von den Kollegen daran interessiert sein sollte, bekommt das Büchlein durch die Bayerische Landesärztekammer auf Wunsch kostenlos übersandt, solange der Vorrat reicht.

Der heiße Krieg

Eine utopische Vision?

Verf.: Werner Freytag, 79 S., brosch., mit zahlreichen Bildern im Text, DM 16,—. Ellenberg Verlag, Köln.

Der Autor, dem Leser bekannt durch zahlreiche Sechsbücher und belletristische Titel, wer im zweiten Weltkrieg drei Jahre im Osteinsatz bei der Heeresgruppe Nord und später in dem sterbenden Berlin. Er weiß aus eigener Erfahrung, was Krieg ist. Als Arzt und Wissenschaftler kann er sich die verheerenden Folgen eines Atomkrieges ausmalen und er tut dies in dem vorliegenden Buche mit scheuerlicher Akribie. Aber er zeigt uns diese Apokalypse der Menschheit auf, um einen dritten Weltkrieg zu verhindern. „Erst, wenn sich die Propagandisten in westlichen und östlichen Ländern klar darüber werden, daß nur in dem Bewußtsein emotionsloser Beurteilung von Fakten gemeinsamer Schuldhaftigkeit, eine Wendung zum Besseren erreichen läßt, kann man Alternativen für Krieg und Mord ungetrübt suchen — und vielleicht doch finden.“ Der Autor zeigt auf, „wie eine Basis für Verständigung, für eine friedliche Welt gefunden werden könnte“. Daher „nicht ‚Auf zum letzten Gefecht‘, sondern ‚Auf zur totalen, kontrollierten Abrüstung!‘ Das soll die Maxime sein. Darüber hinaus sollte es auch zu wirtschaftlichen weltumfassenden Vereinbarungen und zu den erwähnten Selbstbestimmungsrechten der Völker kommen“. In einem mit Bildern reich bestückten Anhang wird auf die eugenhliche starke Unterlegenheit der Nato gegenüber dem Warschauer Pakt hingewiesen. Ein interessantes Buch, dessen düstere Prognose hoffentlich nie Wirklichkeit werden wird, das aber jeden von uns angeht.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

in memoriam

Dr. Peter Göring †

Am 2. Oktober 1979 verstarb der Kinderarzt Dr. med. Peter Göring, zuletzt wohnhaft in München. Er war für eine Legislaturperiode gewählter Vertreter zum Bayerischen Ärztetag. Von 1953 bis 1975 war er Kassenarzt in Münchberg und wurde insbesondere bekannt, da er im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit im Kreis-Krankenhaus Münchberg auf dem Gebiet der Perinatalmedizin tätig wurde, zu einem Zeitpunkt, als dieser Begriff noch gar nicht geprägt war.

Dr. Brendler

Fakultät

München — Technische Universität

o. Professor Dr. med. Paul Bernett wurde für ein weiteres Jahr zum Leiter des Sportzentrums der Technischen Universität München bestellt.

Dr. med. habil. Karl Ludwig Froer, Oberarzt am Deutschen Herzzentrum München, hat die Lehrbefugnis für Innere Medizin erhalten (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden).

Dr. med. Wolf Neher, Akademischer Rat z. A. an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, wurde auf eigenen Antrag aus dem Beamtenverhältnis entlassen.

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100g enthalten: Arnica 0,15g; Calendula 0, Hemamelis 0,15g; Echinacea angustifolia 0, Echinacea purpurea 0, Chamomilla 0,15g; Symphytum 0, Bellis perennis 0,15g; Hypericum 0, Milifolium 0,15g; Accutium D1, Belladonna D1 0,05g; Aristolochia clematitis 0, Mercurius solubilis Hahnemanni D1 0,04g; Hepar sulfuris D1 0,025g.
DOSIERUNGSANLEITUNG Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.
DARREICHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖßEN (incl. MwSt.)
Salbe (Reg.-Nr. 49 902): Tuben mit 20 g DM 3,87 mit 50 g DM 11,99
WEITERE DARREICHUNGSFORMEN Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

1/79

**Risikofreies Antiphlogistikum
bei Verletzungen,
Entzündungen, Arthrosen**

Traumeel®

**Offene und stumpfe Traumen
Hämatome, Prellungen, Distorsionen**

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

-Heel

Der Paragraph 218 in Frankreich

Im November 1974 beschloß das französische Parlament nach einer langen und passionierten Debatte ein Gesetz über die Schwangerschaftsunterbrechung. Der Beschluß war nicht definitiv. Man wollte das Gesetz fünf Jahre hindurch in Kraft setzen und nach dieser Zeitspanne überprüfen, ob es aufgrund der Erfahrungen, die man sammelt, endgültig beschlossen oder verändert werden soll. Dieses Gesetz über die „*Interruption de la grossesse*“ hatte seinerzeit auch in Frankreich heftige Polemiken ausgelöst, und zwar bei allen politischen Parteien. Bei einem Teil der Regierungsmehrheit ist man heute der Ansicht, das Gesetz — so wie es ist — definitiv zu verabschieden, ohne neue, endlose Debatten hervorzurufen. Bei einem anderen Teil wird die Meinung vertreten, die gesetzliche Frist, während der ein legaler Schwangerschaftsabbruch möglich sei, müßte von zehn auf acht Wochen reduziert werden. Hingegen gäbe es keinen Grund, eine Differenz zwischen französischen Frauen und Ausländerinnen zu machen in dem Augenblick, da diese ihren Wohnsitz in Frankreich haben.

Bei den Linksparteien bekämpft man verschiedene restriktive Bestimmungen des Gesetzes aus dem Jahre 1974, vor allem die legale Frist von zehn Wochen — die verlängert werden soll —, der Zwang für Minderjährige, eine Bewilligung der Eltern einzuholen, und die Notwendigkeit für ausländische Frauen, einen Aufenthalt von mindestens drei Monaten in Frankreich nachzuweisen. Auch wird die Rückvergütung der Operation durch die Krankenkassen gefordert.

Was kostet der Eingriff? Das „*Bulletin officiel des services des prix*“ vom 18. Mai 1977 publizierte die Tarife, an die sich die privaten und öffentlichen Etablissements zu halten haben, die Schwangerschaftsunterbrechungen vornehmen. Das Honorar des Arztes, der den Ein-

griff vornimmt, wurde offiziell auf 180 Francs festgesetzt, das Honorar des Anästhesisten auf 106 Francs, die Pauschale für die Dauer des Spitalaufenthaltes und die Spesen für den Operationssaal, falls der Aufenthalt zwölf Stunden nicht überschreitet, auf 265 Francs. Verlängert sich der Aufenthalt und beträgt er zwischen 12 und 24 Stunden, dann müssen 375 Francs bezahlt werden, für jeden weiteren Aufenthalt werden pro 24 Stunden 110 Francs berechnet.

Die offiziell festgesetzten Beträge werden selten beachtet. Es gibt indessen einen bedeutenden Druck auf die öffentliche Meinung, um zu erreichen, daß die Deputés das Gesetz von 1974 bei den kommenden Verhandlungen ablehnen oder zumindest suspendieren. Es ist vor allem die Bewegung „*Laisser vivre*“, die darauf hinweist, daß die Folgen des Gesetzes eine Degradation der Gesellschaft darstellen.

Man muß, um das Problem beurteilen zu können, die moralemotionellen und gesellschaftspolitischen Beweggründe zur Seite schieben und die Tatsachen aufgrund der statistischen Untersuchungen beurteilen. Aber zunächst scheint es notwendig, das Problem der Empfängnisverhütung in Frankreich zu prüfen. Trotzdem das betreffende Gesetz schon acht Jahre besteht, trotzdem eine weitreichende offizielle und offiziöse Propaganda zugunsten der Empfängnisverhütung, der Mittel und Methoden entfaltet wurde, steht es fest, daß hier mehr als die Hälfte der Frauen keines dieser Mittel anwendet. Nach Ansicht des Gesundheitsministers — es wurden genaue Untersuchungen darüber angestellt — verwenden nur 47 Prozent der Frauen im Alter zwischen 18 und 50 Jahren empfängnisverhütende Mittel. Und unter ihnen nehmen nur 25 Prozent die Pille. In französischen Ärztekreisen glaubt man nicht, daß sich die Zahl der Frauen, die die Pille oder andere empfängnisverhütende Mit-

tel nehmen, wesentlich erhöhen wird. Es bleibt auch für die Zukunft der Tatbestand, daß die Hälfte der französischen Frauen, die in der Lage sind, Kinder zur Welt zu bringen, die Empfängnisverhütung ablehnen. Weniger aus ethischen oder moralischen Bedenken als aus Angst, diese Mittel könnten schwere Erkrankungen fördern.

1976 wurden offiziell 132567 Schwangerschaftsunterbrechungen gemeldet. Aber es wäre gefehlt, anzunehmen, daß alle Ärzte das Gesetz über die *Interruption* mit Begeisterung begrüßt hätten. Im Gegenteil. Und in vielen Fällen legten sie und legen sie weiterhin eine Art passive Resistenz zu Tage, die sie sogar da und dort vor den Richter bringt. So wurde z. B. der Chef der gynäkologischen Abteilung des Spitals Hotel Dieu in Rouen, Professor Claude Duval, vor Gericht zitiert. Anklage einer jungen Frau: Er habe die Untersuchungen von Woche zu Woche verschoben, bis die legale Frist vorüber war. Der Professor wurde freigesprochen.

Das Gesetz sagt, daß jede schwangere Frau, die sich in einer Notlage befindet, vom Arzt die Unterbrechung der Schwangerschaft verlangen kann. Aber die Praxis zeigt, daß das Gesetz nicht immer und nicht überall in der gleichen Weise angewendet wird. Die Disparitäten sind, wie übrigens auch in der Bundesrepublik Deutschland, bedeutend zwischen den Regionen, den öffentlichen und den privaten Etablissements. Aber die Frauen, die bis zur zehnten Woche ihrer Schwangerschaft keine *Interruption* erreichen konnten, brauchen nicht zu verzweifeln. Sie können den Eingriff auch noch in der 13. oder sogar in der 14. Woche vornehmen lassen — vorausgesetzt, daß sie zahlen können. In den guten Pariser Wohnquartieren ist es nicht selten, daß man für solche Eingriffe in Privatetablissements einige tausend Francs auf den Tisch legen muß. Mit dem Hinweis auf das Risiko.

Zu den Disparitäten zwischen den Regionen — das Gesetz wird z. B. in Marseille und Lyon korrekt angewendet, aber weniger korrekt im Norden und Südwesten des Landes — kommen noch die Differenzen zwischen den öffentlichen Krankenhäusern und den privaten Kliniken. Eine Reihe von Kliniken hält sich an

die Vorschriften, andere nicht. Nicht nur, daß sie Tarife berechnen, die weit über den offiziellen liegen — da keine Rückerstattung durch die Kassen erfolgt, kontrolliert de facto niemand die Preise —, sie nehmen es auch mit der Limite von zehn Wochen nicht so genau. Oft werden die Frauen vorher nicht einmal untersucht und die im Gesetz enthaltene Vorschrift, wonach die Frau vor einer Interruptio zweimal von einem Arzt untersucht werden muß, wird hier oft nicht beachtet. So wie vor dem Gesetz von 1974 spielt auch heute das Geld die Hauptrolle. Für manche ist die Interruptio zu einer bedeutenden Profitquelle geworden. In dieser Richtung hin also ist das Gesetz als Mißberfolg zu werten.

Aber auf der anderen Seite erklärt Dr. Benamour, Direktor der Assistance publique von Paris, die alle öffentlichen Krankenhäuser in der französischen Hauptstadt leitet: „Wir sehen in unseren Spitälern nicht mehr diese fürchterlich zugerichteten Frauen, die uns früher nach einem Abortus extrem und urgent

zugeführt wurden. Das ist der wesentlichste Erfolg des Gesetzes.“ Kein Gynäkologe verheimlicht die desaströsen Konsequenzen der heimlichen Schwangerschaftsunterbrechungen vor 1974. Aber niemand verheimlicht auch die Folgen einer, selbstmedizinisch einwandfrei durchgeführten Interruptio. Man hat das Risiko der Komplikationen wesentlich reduziert, sagt Dr. Ronvillos, Chefarzt in Paris, aber die Eventualität von Konsequenzen besteht und man muß die Frauen auf sie aufmerksam machen.

„Das ist ein trauriger, minabler Akt und medizinisch ohne jedes Interesse“, sagt Dr. Martin, junger Gynäkologe am Spital von Bordeaux, der es nach zwei Jahren abgelehnt hat, weiterhin Schwangerschaftsunterbrechungen vorzunehmen. Seine Einstellung steht nicht allein da. Sie ist die Einstellung der Mehrheit der Ärzte. Keiner der Mediziner, mit denen wir gesprochen haben und die den Eingriff vornehmen, halten diese Aktivitäten für einen medizinischen Akt. Diese Art medizinischer

Intervention wirft völlig den Typ des Verhältnisses zwischen Arzt und Patienten über den Haufen. Denn in dieser Situation beschließt nicht etwa der Arzt den Eingriff und entscheidet, was gut und was nicht gut für den Patienten ist. Es entscheidet der Patient, wenn man in dieser Situation überhaupt von einem Patienten sprechen kann, und der Arzt teilt das Risiko für seine Intervention, ohne sie selbst beschlossen zu haben.

Diese eher ablehnende Haltung der Fachärzte findet auch ihren Niederschlag gegenüber der Anästhesie. Soll die Frau des Aktes bewußt sein, der an ihr vorgenommen wird, oder soll sie alles unter Vollnarkose über sich ergehen lassen? In den Pariser Spitälern wird die zweite Methode angewendet, während in Marseille und in Lyon der Eingriff unter Lokalnarkose oder überhaupt ohne Narkose vorgenommen wird. Ein großer Teil der französischen Gynäkologen lehnt jedenfalls die Vollnarkose in diesem Fall ab.

J. H., Paris

TIEFENWIRKUNG

hyperämisiertes Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-Therapie

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

Marament[®]
Balsam N



mit dem
Vorzug der
besonderen
Wirtschaftlichkeit
100 ml
DM 7,82

Indikationen:

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

Gegenanzeigen:

Bei Schwangeren, Säuglingen
und Kleinkindern Langzeit-

behandlung auf großen Flächen
vermeiden; ebenso bei vor-
geschädigter Niere.

Zusammensetzung:

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

Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:
O.P. Flasche mit 100 ml DM 7,82
O.P. Flasche mit 250 ml DM 16,96

WIDER



Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 288

I. Notfall- und Katastrophenmedizin 1979

Fortbildungsseminar für niedergelassene Ärzte

In Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr

Ort: Sanitätsekademie der Bundeswehr, Inlanteriestraße 17, 8000 München 40

Zeit: Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

21. November 1979

Rundtischgespräch

Notfall- und Katastrophenmedizin

Begrenzte Teilnehmerzahl

II. Kardiologie

Deutsches Herzzentrum München, Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen

Direktor: Professor Dr. W. Rudolph

Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindesalter

Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeier unter Mitwirkung der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie

Direktor: Professor Dr. F. Sebening und des Instituts für Radiologie

Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein Lothstraße 2 und 11, München 2

7. Klinisch-kardiologisches Wochenendseminar am 7./8. Dezember 1979

Programm A (nur für niedergelassene Ärzte):

Erwachsenen Kardiologie (Professor Dr. Rudolph) — Beginn täglich 8.30 Uhr — Ende 17.00 Uhr (Lothstraße 11)

Vormittags Prektike: EKG-Kurs — Funktionsdiagnostik-spezielle kardiologische Diagnostik — Kardiochirurgische Therapie — Kardiologische Visite — Klinisch kardiologischer Untersuchungskurs — Kardiologisch-röntgenologischer Kurs

Nachmittags Referate: Diagnostische Verfahren in der Kardiologie

Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. Bühlmeier) — Beginn täglich 10.00 Uhr — Ende: 18.00 Uhr (Lothstraße 2)

Vormittags Referate: Betreuung des Kindes nach Herzoperation durch den Haus- und Kinderarzt — Allgemeine Richtlinien — Körperliche Belastungsfähigkeit — Medikamentöse Behandlung — Postoperative Rhythmusstörungen — Antikoagulantientherapie

Nachmittags Prektika

Bei Anmeldung bitte Programm A oder B angeben

Letzter Anmeldetermin: 28. November 1979

Begrenzte Teilnehmerzahl

III. Pädiatrie

Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. K. Stehr

Fortbildungsveranstaltung für Kinderheilkunde am 9./10. November 1979

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 18.00 Uhr

Themen:

Pulmonologie: Allergologische Diagnostik — Angeborene Lungenerkrankungen
Endokrinologie und Stoffwechsel: Hypoglykämien — Seltene hormonale Störungen

Kardiologie: Kardiologische Notfälle — Ergebnisse kardiologischer Operationen — Beurteilung des kindlichen EKG

Neurologie: Neurologische Untersuchung im 1. Lebensjahr

Nephrologie und Urologie: Das chronisch nierenkranke Kind — Urologische Operationen im Kindesalter

Ausgewählte Kapitel aus der Kinderchirurgie: Ösophagusatresie — Zwerchfellhernie

Pädiatrische Notfälle

Auskunft:

Sekretariat der Universitätskinderklinik Erlangen-Nürnberg, Loschgstraße 15,

Notfallmedizin — München

21. November 1979

November/Dezember 1979

9./10. November
Pädiatrie, Erlangen-Nürnberg

9./10. November
Pharmekologie, Straubing

23. — 25. November
Prakt. EKG, Teil II, München

7./8. Dezember
Kardiologie, München

März 1980

21./22. März
Gynäkologie, München

8520 Erlangen, Telefon (09 31) 85 31 19 oder 85 31 19

Begrenzte Teilnehmerzahl

IV. Praktische Elektrokardiographie

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

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

Fortbildungsseminar II vom 23. bis 25. November 1979

(Seminar für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag, 16.00 Uhr — Ende: Sonntag, 12.00 Uhr

Hörsaal B, Ismaninger Straße 22

Letzter Anmeldetermin: 12. November 1979

Begrenzte Teilnehmerzahl

V. Pharmakologie

Historischer Rathaussaal — Streubing

Leitung: Professor Dr. Dr. Adam, Professor Dr. K. Naber

Streubinger Symposium am 9./10. November 1979

Bioverfügbarkeit von Arzneimitteln / Chemotherapeutika im Vergleich

Freitag, 9. November

15.30—18.00 Uhr: Begrüßung und Eröffnung — Biochemie — Bakteriologie — Bakterienvermehrungskinetik (Modell zur Beurteilung von Chemotherapeutika-Kombinationen) — In-vitro-Testung — Pharmakokinetik

Samstag, 10. November

9.00–10.50 Uhr: Indikation zur oralen Therapie beim Erwachsenen – Paren-terele Therapie bei speziellen Indikatio-nen – Pharmakokinetik – Infektionen im HNO-Bereich – Vergleichende klinische Untersuchungen bei Harnwegsinfekt – Indikationen bei Prostataerkrankungen

11.10–13.00 Uhr: Nebenwirkungen – Pro-bleme der klinischen Arzneimittelprüfung – Biopharmazeutische Beeinflussung des pharmakokinetischen Verhaltens von Arz-neistoffen – Vergleichende pharmazeu-tische Verfügbarkeit – In-process-Kon-trolle von Arzneimitteln

15.00 – ca. 16.45 Uhr: Pharmakokinetik beim Kind – Indikationen beim Kind – Harnwegsinfekt beim Kind – Immun-pathogenese der Harnwegsinfektionen – Schlußwort

Anmeldung und Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. K. Naber, 8440 Straubing, Elisabeth Krankenhaus, Urol. Abt., Telefon (0 94 21) 60 01, App. 515

VI. Gynäkologie (1980)

I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München

Direktor: Professor Dr. J. Zander, Mei-straße 11, 8000 München 2

in Verbindung mit dem Tumorzentrum München

Fortbildungsveranstaltung für Gynäkolo-gie

am 21./22. März 1980

Thema:

Das Ovarialkarzinom (Diagnostik, Thera-pie und Nachsorge)

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. K. J. Lohe, I. Frauen-klinik der Universität München, Mei-straße 11, 8000 München 2, Telefon (0 89) 5 39 71

30. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 7. bis 9. Dezember 1979

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. Kleinfelder, Nürnberg

Ort: Meistersingerhalle

Freitag, 7. Dezember 1979

Akute und chronische arterielle Ver-schlußkrankheiten

9.00 – 9.50 Uhr:

Eröffnung des Kongresses

Begrüßung und Einleitung zum Tages-thema

9.50 – 18.20 Uhr:

Neuere Gesichtspunkte zur Pathogenese der Arteriosklerose

Professor Dr. W. Gross, Würzburg

Diagnostik und operative Behandlung der akuten arteriellen Extremitätenver-schlüsse

Professor Dr. E. Holder und Dr. F. F. Hennig, Nürnberg

Klinik, Diagnostik und chirurgische Maß-nahmen bei extrakraniellen Gefäßver-schlüssen

Privatdozent Dr. D. Raithel und Dr. T. Grobe, Erlangen

Klinik und Therapie des renovaskulären Hochdrucks

Professor Dr. R. J. A. M. van Dongen, Amsterdam

Klinik und Therapie der Gefäßverschlüsse der Mesenterialarterien

Dr. E. Schwiiden, Amsterdam

Klinik und operative Behandlung der Aneurysmen der Aorta abdominalis und der peripheren Strombahn

Dr. R. Meister, Erlangen

Filmvorführung: „Arteriosklerose – an-ders gesehen“

Albert-Roussel-Pharma GmbH, Wiesba-den

Diagnostik und konservative Therapie der arteriellen Verschlußkrankheit der unteren Extremitäten

Professor Dr. W. Schoop, Engelskirchen

Perkutane Katheterbehandlung bei peri-pheren arteriellen Verschlußkrankheiten

Professor Dr. E. Zeitler, Nürnberg

Chirurgische Therapie der chronischen arteriellen Verschlußkrankheiten der unteren Extremitäten

Professor Dr. F. P. Gell, Erlangen

Falldemonstrationen und Diskussion zur „Diagnostik und Therapie der arteriellen peripheren Verschlußkrankheiten“ mit Eidophor Ciba-Geigy

Moderator: Professor Dr. F. P. Gell, Er-langen

Mitwirkende: Dr. T. Grobe, Erlangen; Dr. R. Meister, Erlangen; Privatdozent Dr. D. Raithel, Erlangen; Professor Dr. W. Schoop, Engelskirchen; Professor Dr. E. Zeitler, Nürnberg

Samstag, 8. Dezember 1979

Harnwegsinfekt – chronische Pyelonephritis

9.00 – 14.30 Uhr:

Die Problematik des bakteriellen Urin-befundes

Professor Dr. C. Vorburger, Baden

Konditionierende Faktoren der Pyelo-nephritis

Professor Dr. H. G. Sieberth, Köln

Bakterienspektrum und Antibiotogramm bei Harnwegsinfekten

Professor Dr. S. Carlson, Nürnberg

Röntgendiagnostik der chronischen Pyelonephritis

Professor Dr. T. Kröpelin, Freiburg

Sonografische Befunde der Niere bei der chronischen Pyelonephritis

Dr. H. Will, Nürnberg

Therapie der chronischen Pyelonephritis

Privatdozent Dr. A. Lison, Münster

Terminalstadium der chronischen Pyelo-nephritis

Professor Dr. U. Gessler, Nürnberg

Filmvorführung: „Imaginäre Behausun-gen“

Sendoz A. G., Nürnberg

Psychovegetative Störungen

14.30 – 18.10 Uhr:

Diagnostik und therapeutische Situation in der Sprechstunde

Professor Dr. H. H. Wieck, Erlangen

Psychovegetative Störungen des Herz-Kreislaufsystems

Professor Dr. H. Linke, Bad Schwalbach

Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

24. November 1979

im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, einen Ein-führungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, bis 16. November 1979 zu richten.

Die Teilnahmegebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jeweils die freien Kassenarztsitze (In diesem Heft Seite 1026 f.).

Psychovegetative Störungen aus gastroenterologischer Sicht
 Privatdozent Dr. W. Rösch, Erlangen
 Pharmakotherapie der psychovegetativen Störungen
 Dr. L. Blaha, Erlangen
 Rundtischgespräch und Diskussion zum Thema: „Psychovegetative Störungen“
 Moderator: Professor Dr. H. H. Wieck, Erlangen
 Mitwirkende: Dr. L. Blaha, Erlangen; Professor Dr. H. Linke, Bad Schwalbach; Privatdozent Dr. W. Rösch, Erlangen

Sonntag, 9. Dezember 1979

Krebsvorsorgeuntersuchung und Frühdiagnose des Krebses

9.00 – 12.10 Uhr:

Präneoplasien und Frühstadien des Krebses
 Professor Dr. G. Dhom, Homburg-Saar
 Prävention und Frühdiagnose des Bronchielkarzinoms
 Professor Dr. F. Trendelenburg, Homburg-Saar

Krebsvorsorgeuntersuchung und Frühdiagnose des Krebses

Aus der Sicht des Urologen
 Professor Dr. W. Lutze, Aachen

Aus der Sicht des Gynäkologen
 Privatdozent Dr. W. Rummel, Kassel

Aus der Sicht des Dermatologen
 Professor Dr. G. Weber, Nürnberg
 Aus der Sicht des Gastroenterologen
 Privatdozent Dr. P. Fröhmer, Erlangen

Auskunft:
 Bayerische Landesärztekammer, Fortbildungsreferat, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 288

Internationales Symposium „Diarrhoe“

am 25./26. April 1980 in Erlangen

Thema: Diarrhoe – Intestinale Transportstörungen: Pathophysiologische und klinische Aspekte

Organisatoren: Professor Dr. L. Demling, Professor Dr. K. H. Soergel, Dr. H. Ruppin, Professor Dr. W. Domschke

Auskunft und Anmeldung:
 Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85 - 33 74

Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

23. bis 26. Januar 1980 in Köln:

IV. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

9. bis 22. März 1980 in Badgastein:

Thema: 25 Jahre wissenschaftlicher Fortschritt in der angewandten Medizin – Bewährtes und Neues

10. bis 22. März 1980 in Davos:

Thema: Die ärztliche Diagnose – Wege zur gezielten, zeitsparenden und kostendämpfenden Praxisdiagnostik

31. März bis 12. April 1980 in Meran:

Thema: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin

1. bis 14. Juni 1980 in Grado:

Thema: Der Notfall – Akutdiagnostik und Akuttherapie

21. Juli bis 2. August 1980 in Davos:

Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

24. August bis 6. September 1980 in Grado:

Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

25. August bis 6. September 1980 in Meran:

Thema: Wird noch bekanntgegeben werden

26. bis 28. September 1980 in Augsburg:

IX. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 66. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

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

Naprosyn®

Syntex GmbH, 4030 Ratingen

Zusammensetzung:

1 Kapsel Naprosyn enthält 250 mg Naproxen. 1 Zäpfchen Naprosyn enthält 500 mg Naproxen.

Anwendungsgebiete:

Rheumatische, entzündliche und degenerative (durch Verschleiß bedingte) Erkrankungen der Gelenke, der Wirbelsäule und des sie umgebenden Gewebes, z. B. chronische Polyarthritiden, Spondylitis ankylopoetica = M. Bechterew, Arthrosen, Weichteilrheumatismus und bei akutem Gichtanfall.

Gegenanzeigen:

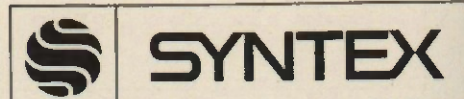
Naprosyn soll nicht angewendet werden bei Patienten mit aktivem Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür oder mit Allergie gegen acetylsalicylsäurehaltige Medikamente, es sei denn, daß der Arzt es ausdrücklich gestattet hat. Während der Schwangerschaft und Stillzeit soll Naprosyn nicht eingesetzt werden.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:

Naprosyn ist gut verträglich, auch für Patienten, die unter der Behandlung mit ähnlichen Präparaten Unverträglichkeitserscheinungen aufwiesen. Folgende Nebenwirkungen wurden berichtet: Sodbrennen, Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Verstopfung, Durchfall sowie leichtes Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Müdigkeit oder depressive Zustände, wobei ein ursächlicher Zusammenhang mit der Naprosyn-Einnahme fraglich ist. Nur in seltenen Fällen mußte die Naprosyn-Behandlung deshalb abgebrochen werden. Über das Auftreten einer Thrombocytopenie, Agranulocytose sowie einer Gelbsucht wurde bisher in wenigen Einzelfällen berichtet. Auch in diesen Fällen war ein kausaler Zusammenhang nicht eindeutig nachweisbar. Selten wurden allergische (Überempfindlichkeits-)Reaktionen oder Hauterscheinungen (Juckreiz, Exanthem, angioneurotisches Ödem) beobachtet, die nach Absetzen der Naprosyn-Einnahme zurückgingen. Leichte Schwellungen im Bereich der Arme und Beine wurden vereinzelt beschrieben. Obwohl diese nicht auf eine Natriumretention zurückzuführen sind, sollten Patienten mit eingeschränkter Herzfunktion beobachtet werden. In wenigen Fällen wurde unter der Behandlung mit Naprosyn über Blutungen im Bereich des Magen-Darm-Kanals berichtet, die meistens leichter und vorübergehender Art waren. Beim Auftreten solcher Erscheinungen ist dem Arzt Mitteilung zu machen.

Handelsformen und Preise:

20 Kapseln	DM 19,98
50 Kapseln	DM 43,48
100 Kapseln	DM 80,96
10 Supp.	DM 19,98
20 Supp.	DM 36,62



Syntex GmbH · 4030 Ratingen

Naprosyn[®]

Analgesie
ist die erste Hilfe.

Antiphlogose
ist der entscheidende
Punkt.

**Naprosyn überzeugend
in beiden Kriterien
der Rheumabehandlung.**



Bewegung ohne Schmerz.

13. Internationale Wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärzteverbandes

vom 7. bis 9. Dezember 1979 in München

Leitung: Dr. E. Goßner, Augsburg

Thema:

Die kombinierte Langzeittherapie und Rehabilitation durch Medikamente, Sport, Diabetik, physiologische Maßnahmen und psychologische Führung — Information und Demonstration mit Erfahrungsberichten der letzten Jahre

Parallelveranstaltungen des Deutschen Sportärzteverbandes:

1. Symposium: Die Koronargruppe (Leitung: Dr. E. Goßner, Augsburg)
2. Symposium: Das obere Sprunggelenk im Sport (Leitung: Privatdozent Dr. W. Keyl, München)

Sonderveranstaltungen:

1. Sitzung der Sektion des Deutschen Sportärzteverbandes
 2. Deutscher Verband langlaufender Ärzte (Leitung: Dr. H.-H. Borchers, Augsburg)
 3. Filmvorführung zum Thema „Therapeutischer Sport“
 4. Delegiertentagung des Deutschen Sportärzteverbandes
- Ort: Zentrale Hochschulsportanlage der TUM, Conollystraße 32, München 40
- Die Teilnehmer an dieser Tagung wird zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ sowie zur Erlangung des Deutschen Sportärztdiploms angerechnet.

Auskunft und Anmeldung:

Bayerischer Sportärzteverband e. V., Nymphenburger Straße 81/IV, 8000 München 19, Telefon (0 89) 18 35 03

40. DKD-Fortbildungstagung

am 10. November 1979 in Wiesbaden

Thema: Aktuelle Endokrinologie: Alltägliche Hormonbehandlungen in der Praxis
Zeit und Ort: 8.00 bis 14.00 Uhr — Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammellee 33, Wiesbaden

Auskunft:

Frau H. Huppers, DKD-Kongresssekretariat, Aukammellee 33, 6200 Wiesbaden, Telefon (0 61 21) 577-298 (nur vormittags)

16. Arbeitstagung des Arbeitskreises „Gynäkologische Balneotherapie“ des Deutschen Bäderverbandes

vom 30. November bis 2. Dezember 1979 in Würzburg

Thema: Die Bedeutung der Psychosomatik in der gynäkologischen Balneotherapie

Auskunft:

Dozent Dr. med. habil. H. Baatz, Brunnenplatz 1, 3280 Bad Pyrmont, Telefon (0 52 81) 87 02 bzw. 81 34

VII. Fortbildungstage des Berufsverbandes der Frauenärzte — Landesgruppe Bayern

vom 8. bis 15. Dezember 1979 in Oberlech/Arberg

Themen: Geburtshilfe im Wandel — Beratung von Stoffwechselkrankheiten in der Schwangerschaft — Allgemeine Neurosenlehre für Frauenärzte — Routinemäßige Appendektomie bei gynäkologischen Operationen — Methoden der Reduktionsplastik der Mamma — Schwangerschaft und Berufstätigkeit — Prosteglandin (Möglichkeiten und Grenzen) — Überwachungsmethoden der Schwangerschaft und Geburt — Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft — Tokolyse — Filmprogramm

Auskunft:

Dr. F. Conrad, Merienplatz 2/IV, 8000 München 2, Telefon (0 89) 22 14 22

15. Fortbildungsseminar des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen

vom 22. bis 26. April 1980 in Erlangen

Themen: Psychosomatik in der Dermatologie (Rahmenvorträge und Beilint-Seminare) — Andrologie (spermatologische Diagnostik) — Allergologie — Berufsdermatosen (einschließlich Vorsorgeuntersuchungen) — Operative Dermatologie (Rahmenvorfrage und Pigfoot-Training) — Mykologie — Phlebologie — Trichologie

Auskunft:

Dr. H. Walther, Westliche 32, 7530 Pforzheim

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

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

A-Kurs für Arbeitsmedizin: 25. Februar bis 21. März 1980

B-Kurs für Arbeitsmedizin: 9. Juni bis 4. Juli 1980

C-Kurs für Arbeitsmedizin: 29. September bis 24. Oktober 1980

A-Kurs für Arbeitsmedizin: 2. Februar bis 27. Februar 1981

B-Kurs für Arbeitsmedizin: 22. Juni bis 17. Juli 1981

C-Kurs für Arbeitsmedizin: 28. September bis 23. Oktober 1981

Wegen der derzeit großen Nachfrage ist eine *beidige schriftliche Anmeldung* erforderlich. Eine Teilnahme ist nur nach erfolgter Bestätigung durch die Akademie möglich. Diese Weiterbildungslehrgänge sind vorerst noch gebührenfrei.

2. Einführungslehrgänge in die betriebsärztliche Tätigkeit zum Erwerb der „Arbeitsmedizinischen Fechkunde“

Entsprechend der neuen, seit 1. Januar 1979 gültigen Vereinbarung zu § 3 Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte“ ist zum Erwerb der arbeitsmedizinischen Fechkunde jetzt ein vierwöchiger Einführungslehrgang (E-Kurs) in die betriebsärztliche Tätigkeit erforderlich („Deutsches Ärzteblatt“ vom 1. März 1979, Heft 9, S. 600).

Dieser Kurs (E) kann den ersten Teil (A-Kurs) des dreimonatigen theoretischen arbeitsmedizinischen Kurses (A, B, C) ersetzen und somit auf die Voraussetzungen zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ bzw. der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ angerechnet werden.

Der E-Kurs ist gebührenpflichtig, die Höhe der Gebühr beträgt voraussichtlich DM 400,—. Um schriftliche Anmeldung wird gebeten. Eine lückenlose Teilnahme ist zur Ausstellung der Bescheinigung erforderlich.

Einführungslehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit (E-Kurs)

vom 12. November bis 7. Dezember 1979

Ob in den kommenden Jahren noch derartige Einführungslehrgänge durchgeführt werden, hängt von der Nachfrage ab.

3. **Epidemiologie und epidemiologische Methodik** vom 3. bis 14. März 1980
4. Fortbildungsveranstaltungen werden kurzfristig bekanntgegeben und veröffentlicht.

Tegungsort:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrerstraße 3, 8000 München 22

Auskunft und Programmversand:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Telefon (0 89) 21 84-259 und 21 84-260

Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärztlieverbandes vom 26. Januar bis 9. Februar 1980 in Sulden

Leitung: Dr. B. Grünewald, Bad Pyrmont
Auskunft und Anmeldung:
Deutsches Reisebüro GmbH, Direktion, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt, Telefon (06 11) 15 66-384

20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin vom 28. bis 30. April 1980 in Innsbruck

Themen: Gesundheitliche Auswirkungen von Nacht- und Schichtarbeit – Gesundheitliche Auswirkungen von Lärm, Vibration und Klimate – Arbeitsmedizinische Probleme an Bildschirmarbeitsplätzen – Arbeitsbedingte Gesundheitsschäden – Fiktion oder Wirklichkeit?

Auskunft:
Dr. E. Baumgartner, Leiter des Arbeitsmedizinischen Zentrums der Tiroler Röhren- und Metallwerke AG, A-6060 Hall/Tirol, Telefon (00 43) 52 23-77 77

XI. Internationaler Kongreß für Gastroenterologie vom 8. bis 13. Juni 1980 in Hamburg

gleichzeitig mit der 35. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankheiten
Präsident: Professor Dr. L. Demling, Erlangen
Generalsekretäre: Professor Dr. W. Domschke, Erlangen; Professor Dr. W. Döller, Tübingen; Professor Dr. R. Ottenjann, München

Auskunft:
Congress Project Management, Günther Sachs, Letzter Hasenpfad 63, 6000 Frankfurt 70

13. Erlanger Fortbildungstage in Praktischer Medizin am 29. Februar/1. März 1980 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. L. Demling, Professor Dr. K. Bachmann, Erlangen
Sekretär: Privatdozent Dr. O. Bartels, Erlangen
Auskunft und Anmeldung:
Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schett, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 33 74

23. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskope und Ultraschall-diagnostik vom 17. bis 20. März 1980 in Erlangen

Leitung: Privatdozent Dr. W. Rösch, Privatdozent Dr. P. Frühmorgen, Privatdozent Dr. H. Lutz, Erlangen
Auskunft und Anmeldung:
Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schett, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 33 74

30. Lindauer Psychotherapiewochen 1980 vom 21. April bis 3. Mai 1980 in Lindau

Leitung: Dr. P. Buchheim, H. Remmler, Dr. Th. Seifert
Programm: Vorträge – Seminare – Kurse und Übungen zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung
Für die Teilnahme ist eine vorherige Anmeldung erforderlich.
Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2, Telefon (0 89) 22 39 96

Internationales Symposium „Das maligne Melanom der Haut“ am 23. Februar 1980 in Erlangen

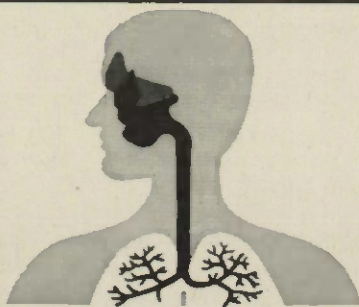
Leitung: Professor Dr. F. P. Gell, Professor Dr. O. P. Hornstein, Erlangen
Tagungsort: Stadthalle Erlangen
Auskunft:
Privatdozent Dr. F. Weidner, Dermatologische Universitätsklinik und -Poliklinik, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 851 - 1

Hämoglobin A₁-Symposium am 26. April 1980 in München

Themen: Fragen der nichtenzymatischen Glycolysation von Hämoglobin – Methodische Probleme der Hämoglobin A₁-Bestimmung – Diskussion
Auskunft:
Professor Dr. P. Bottermann, II. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 24 50

Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte vom 15. bis 17. Mai 1980 in München

Leitung:
Professor Dr. O.-E. Lund, München
Themen: Automation in Klinik und Praxis – Ultraschall oder Computer-Tomographie? – Makropathologische Befunde und klinisches Bild – Beta-Rezeptorenblocker in Klinik und Praxis (Rundtischgespräch)
Ort: Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, München 2
Auskunft:
Privatdozent Dr. J.-H. Greite, Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 38 11



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBronCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinoneuritis, Sinobronchitis, Infektophylaxe beim bronchitischen Syndrom; einogener Kopfschmerz. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,6 g, Herb. Rumic. scet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,6 g - 1 Dregée enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,018 g, Herb. Rumic. scet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich 1/2 bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dregées. • **Handelsformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 8,95, OP mit 60 Dregées DM 8,95, OP mit 240 Dregées DM 26,80; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dregées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Wenigstens einmal im Jahr: Geld-Inventur

Bevor Sie in diesen Tagen Ihre eurocheque-Karte 1980 von Ihrer Sparkasse oder Bank abholen, sollten Sie für diese Gelegenheit einen Termin mit dem Anlageberater Ihres Geldinstituts vereinbaren. So können Sie ihn bei diesem Besuch gleich sprechen.

Nehmen Sie alle Depot-Auszüge mit, auch wenn Sie Teile Ihrer Geldanlage bei anderen Geldinstituten unterhalten. Vergessen Sie bitte Unterlagen über andere Anlageformen – wie u. a. mit Abschreibung – nicht.

Stecken Sie sich sicherheitshalber Ihre Lebensversicherungspolice ein oder notieren Sie wenigstens deren Abschluß- und Fälligkeitsdaten und die Versicherungssummen. Nehmen Sie auch Verträge über laufende Belastungen – wie beispielsweise die Baufinanzierung – mit. Und sofern Sie wissen, wie hoch Ihre gegenwärtigen Ansprüche an die Bayerische Ärzteversorgung sind, und wie weit sie bis zum Ruhestand voraussichtlich anwachsen dürften, dann wäre auch diese Angabe für Ihr Gespräch nützlich.

Mindestens einmal im Jahr müssen Sie nämlich Inventur in Geldsachen machen. Dafür bietet sich die Zeit um das Jahresende, weil mögliche steuerliche Folgen einer solchen Besprechung noch für 1979 wirksam werden können. Klären Sie zugleich, wie zum Jahresende fällig werdende Zinsen und andere Kapitalerträge am vorteilhaftesten wiederangelegt werden. Und unterhalten Sie sich über die ertragbringende Anlage des sparfähigen Geldes, über das Sie in absehbarer Zeit verfügen werden.

Überblicken Sie gemeinsam mit dem Anlageberater kritisch, in welchen Formen Sie Geld stecken haben, welche Verbindlichkeiten noch in welchem Zeitraum zu befriedigen

sind, und über welche Ansprüche Sie an Versorgungs- und Lebensversicherungen verfügen. Stellen Sie Erwägungen über vielleicht notwendig werdende Umschichtungen an.

Führen Sie in die Diskussion auch Ihr Lebensalter ein. Darauf achten Anlageberater nicht immer in dem notwendigen Ausmaß. In den letzten fünf, sieben Jahren vor Antritt Ihres Ruhestandes sollten Sie nämlich stark kursabhängige Anlagen umzuschichten beginnen. Das heißt, sie werden in Perioden günstiger Notierungen abgestoßen, so in erster Linie Aktien und Aktien-Investment-Anteile. Für das Geld erwerben Sie Papiere mit einem gleichbleibenden und regelmäßigen Ertrag, demnach festverzinsliche Wertpapiere oder auch Renten-Investment-Anteile. Der Umtausch von Aktien- in Rentenfonds-Zertifikate ist übrigens bei den Investmentgesellschaften im allgemeinen spesenfrei.

Bestimmen Sie bei dieser Gelegenheit, daß alle Kapitalerträge Ihrem Spar- und nicht Ihrem laufenden Konto gutgeschrieben werden. Abgesehen davon, daß sie auf dem Sparkonto mit der gesetzlichen Kündigungsfrist wenigstens ein paar Prozent Zinsen bringen, fließen jene Renditen wenigstens nicht auf dem Kontokorrentkonto in den Konsum ein, sondern sind abgesondert auf dem Sparkonto. Und wenn es Ihr Kreditinstitut gut mit Ihnen meint, macht es Sie eines Tages darauf aufmerksam, daß Ihr Sparkonto zu hoch bei zu niedrigem Ertrag ist und Sie Teile davon rentierlicher unterbringen sollten.

Es ist nur zu verständlich, daß sich Ihre Bank oder Sparkasse in aller Regel um so intensiver um Sie kümmert, je enger Sie den Kontakt mit Ihren Schatzverwesern halten.

Horst Beloch

Die viel diskutierte und häufig mißinterpretierte Vereinbarung zwischen dem LdO und der KVB über die künftige Zusammenarbeit im Bereich der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen besteht aus konkreten Vorstellungen. Eindeutig sind Verhaltensempfehlungen vorgegeben. Ein Resultat dieser Bestrebungen muß also eines späteren Tages unbestreitbar festzustellen sein.

Im Gegensatz dazu stehen bundeskodifizierte Erwartungen sowie Absichtserklärungen und schließlich Ankündigungen noch undelinierter schärferer Maßnahmen im Falle eines Mißerfolges der Kostendämpfung und damit des KVKG. So ist durch die Sozialgesetzgebung eine neue Flucht nach vorn zu betürchten.

Dagegen vermag nur ein Erfolg des bayerischen Verfahrens etwas auszurichten. Seine wirklichkeitsnahen und zumutbaren Regelungen für alle Beteiligten könnten dann als Modell allgemeinverbindlich in der Bundesrepublik Deutschland werden.

So bietet sich eine letzte Alternative zu der unspezifischen Drohung des Sozial-Staatssekretärs Glombig vor weiteren Maßnahmen bei nur unzulänglichem Erfolg der gesetzlich verordneten Kostendämpfung.

Von Bayerns Ärzten hängt sehr viel ab.

Prosper

Kurz über Geld

BANK-HAFTUNG für eine Auskunft, sofern sie erkennbar erheblich bedeutsam für den Anfragenden ist, weil er daraufhin über wesentliche Vermögensverfügungen entscheiden will.

5-GRAMM-GOLDBARREN ZU TEUER, der soeben neu geschaffen wurde. Preis rund 27 Prozent über reinem Goldpreis.

PREISGÜNSTIGE BRIEFMARKEN zur Zeit aus der Schweiz und Rußland, wie den neuen Katalogen „Europäische Blocks“ und Michel Europa Ost für 1980 zu entnehmen ist.

ERSTE HYPOTHEKEN nicht vor einer Rücksprache mit der Bayerischen Ärzteversorgung aufnehmen.

Schnell informiert

Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen e. V. bezieht neues Bürogebäude in Würzburg

Seit 27 Jahren im Dienst der fränkischen Ärzteschaft

Die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen e. V. hat für Ihre Geschäftsstelle in Würzburg ein neues Bürogebäude errichtet, das in diesem Sommer bezogen wurde. Seit mehr als zwei Jahrzehnten war sie mit der KVB-Bezirksstelle, dem Ärztlichen Bezirksverband und dem Kreisverband im Ärztehaus in der Würzburger Innenstadt unter einem Dach untergebracht. Ständiges Wachstum zwang die Ärztliche Verrechnungsstelle, ihren Raumbedarf durch einen eigenen Neubau in verkehrsgünstiger Lage am Städtrend von Würzburg zu decken. In dem entsprechend gestalteten Bau, bei dem auf pompösen Aufwand verzichtet wurde und reine Zweckmäßigkeit die Ausführung diktierte, erhalten dreißig Mitarbeiter der Honorarabrechnungsstelle und der Buch- und Steuerstelle moderne Arbeitsplätze. Mit der seit über 50 Jahren bestehenden Büdinger Verrechnungsstelle steht den Ärzten eine ärztlich geleitete und beaufsichtigte berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft zur Verfügung, für die die Wahrung des ärztlichen Berufsethos, Individualität, sichere Treuhandschaft des anvertrauten Geldes und sparsamste Verwaltung Leitgedanken sind.

Neue Anschrift: Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen e. V., Geschäftsstelle Würzburg, Kantstraße 31, Postfach 321, 8700 Würzburg. Telefon (09 31) 7 20 44

Mikroneurochirurgie von Gefäßen bei Durchblutungsstörungen

Zur Weiterentwicklung und Verbesserung mikrochirurgischer Operationstechniken und therapeutischer Maßnahmen bei zerebralen Durchblutungsstörungen bewilligte die Stiftung Volkswagenwerk der Neurochirurgischen Universitätsklinik Würzburg rund 332 000 DM. Für die Forschungsarbeiten unter Leitung von Professor Karl-August Bushe wurden auch Mittel für die Beschaffung von Spezialgeräten zur Messung der Hirndurchblutung bereitgestellt.

Im Rahmen des Würzburger Projekts sollen bei Hirndurchblutungsstörungen die neuen mikrochirurgischen Operationsmethoden zur Verbesserung der Hirndurchblutung (sogenannte Anastomosenoperation) geprüft und weiterentwickelt werden. Weiterhin soll in dem Forschungsprogramm der Verlauf, die Bedeutung und die Möglichkeiten der Behandlung von Hirndurchblutungsstörungen nach Schädel-Hirn-Verletzungen

untersucht werden. Bei Hirndurchblutungsstörungen infolge Vasospasmus nach Blutungen im Schädelinneren werden Verlaufsuntersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten geprüft sowie die bisher umstrittene Frage des Zeitpunkts einer eventuell notwendigen neurochirurgischen Operation zum Verschluß der meist die Blutungsquelle bildenden Hirngefäß-Aneurysmen (Gefäßausstülpungen) untersucht. Die Methoden zur Hirndurchblutung-Messung sollen dabei auch zusammen mit anderen Überwachungsmaßnahmen (Messung des intrakraniellen Druckes, Elektroenzephalogramm) die neurochirurgische Intensivtherapie bei besonders gefährdeten Patienten nicht nur mit Hirndurchblutungsstörungen, sondern auch mit Hirntumoren, Entzündungen und Hirnverletzungen verbessern.

Broschüre des Zentralforschungsinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Wissenschaftliche Reihe — Band 15

„Betriebswirtschaftliche Kostenrechnung als Grundlage für die Kalkulation des Kassenerzthorers“

Die Entwicklung konkreter Ansätze zur Nutzung der betriebswirtschaftlichen Kostenrechnung als Grundlage der Ermittlung und Fortschreibung der kassenärztlichen Gesamtvergütung setzt bei den praktischen Problemen der Datenbeschaffung an, die sich vor allem daraus ergeben, daß Informationen über die Kosten der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages durch die Kassenärzte nicht laufend zentral verfügbar sind und auch in den Arztpraxen keine kostenrechnerischen Aufzeichnungen geführt werden. Zur Lösung dieser Probleme werden Vorschläge entwickelt, wie die betriebswirtschaftliche Kostenrechnung aus den steuerlichen Aufzeichnungen der Ärzte abgeleitet und wie die für die Berechnungen erforderlichen Daten im Rahmen von Stichprobenerhebungen beschafft werden können. Als dann wird die Frage untersucht, welche Kostenansätze der kostenorientierten Ermittlung der kassenärztlichen Gesamtvergütung zugrunde zu legen sind.

Dieses Prognosemodell führt die Entwicklung der durchschnittlichen ärztlichen Praxiskosten je Praxisinhaber auf die Bestimmungsfaktoren Leistungsmenge, Produktivität, Preisindex für Sachausgaben der Praxis und Lohnindex des Praxispersonals zurück.

Die betriebswirtschaftliche Interpretation der Praxiskosten wer nicht nur ein Anliegen des Zentralinstituts, sondern auch Zielrichtung einiger wissenschaftlicher Arbeiten an dem betriebswirtschaftlichen Seminar für Wirtschaftsprüfung der Universität zu Köln. Diese Frage wurde insbesondere aktuell bei der Auslegung der Begriffe des § 368 f Abs. 3 RVO.

Leichte und
mittelschwere
Herz-
insuffizienzen

CONVASTABIL®

zur risikolosen Dauertherapie in der ambulanten Praxis.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. II. Fol. Convallariae 65 g (1 mg Gesamtglycoside pro ml, ber. als Convallatoxin), OXACANT® (Cretaeg. oxyacanth.) 35 g.
Dosierung: 3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

Bei Bedarf bis 3 x 40 Tropfen.

Handelsformen und Preise incl. MWSt.: Tropfen: Flasche mit 20 ml DM 6,50; 50 ml DM 12,98; 100 ml DM 22,—.



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

Für Wahlleistungen im Krankenhaus

Um das „kiessenlose“ Krankenhaus — einst Lieblingskind profilsüchtiger Sozialpolitiker — ist es schon ienge still geworden. Diese Politiker mußten wohl einsehen, daß ihre ursprünglichen Vorstellungen kaum finanzierbar sind. Abgesehen davon wären sie ungläubwürdig, wenn sie gleichzeitig kostensparende Einschränkungen bei den Leistungserbringern, insbesondere den Ärzten und Krankenhäusern, forderten.

Eine Notwendigkeit für das klassenlose Krankenhaus besteht ohnehin nicht. Jeder Bürger hat die Möglichkeit, über die private Krankenversicherung (PKV) Wahlleistungen preisgünstig abzusichern. Es geht dabei nicht darum, daß Gutsituierte besser behandelt werden, sondern daß dem einzelnen die Möglichkeit gegeben werden muß, über die Regelleistungen (= Unterbringung im Mehrbettzimmer) hinaus Wahlleistungen (= Unterbringungskomfort und/oder privatärztliche Behandlung) gegen entsprechenden Aufpreis beanspruchen zu können. Das Interesse an einem entsprechenden Versicherungsschutz hat jedenfalls in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Warum sollte gerade in diesem Bereich den individuellen Ansprüchen nicht Rechnung getragen werden, wenn der Patient zu einer entsprechenden Eigenvorsorge bereit ist?

Die Existenz der Wahlleistungen ist für Patienten, Ärzte und Krankenhäuser gleichermaßen von großer Bedeutung. Allerdings wird viel davon abhängen, ob die Krankenhauskosten und besonders die Aufwendungen für Wahlleistungen in einer angemessenen Relation zu den tatsächlich erbrachten Leistungen bleiben.

Bettenabbau — auf wessen Kosten?

Zwar wurde mit Einführung kostendeckender Pflegesätze die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser grundsätzlich verbessert, dennoch sind die Ausgaben für stationäre Heilbehandlung bei den gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungen weiter gestiegen. Das ist u. e. darauf zurückzuführen, daß die öffentlichen Großkliniken mit einem Übermaß an medizinisch-technischen Einrichtungen ausgestattet wurden, deren Wartung erhebliche Kosten verursachte und eine überdurchschnittliche Steigerung des Krankenhauspersonals zur Folge hatte.

Das Überangebot von zur Zeit mindestens 50 000 teuren Klinikbetten führt zu Fehlbelegungen mit Patienten, die entweder in Pflegeheimen untergebracht oder auch ambulant behandelt werden könnten. Der beginnende „Bettenabbau“ läßt den Verdacht entstehen, daß die Bundesländer die Absicht haben, das Überangebot — mit Rücksicht auf die nicht ausgelasteten öffentlichen Krankenanstalten — auf Kosten der privaten und freigemeinnützigen Krankenhäuser zu reduzieren. Wobei auch Krankenhäuser betroffen sind, deren Pflegesätze erheblich unter denen der geförderten Krankenhäuser liegen.

PKV finanziert 22 Prozent

Die PKV hat auf die kostenverursachenden Faktoren im Krankenhausbereich kaum Einfluß. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Privatversicherten bei einem Patiententeil von etwa 13 Prozent mit nahezu 22 Prozent der Einnahmen überproportional zur Finanzierung des Krankenhauswesens und zur Stabilisierung der Krankheuspfllegesätze beitragen. Außerdem kommt es in der Regel zu einer relativ starken Überschreitung der Mindestzuschläge von 15 Prozent (Zweibettzimmer) bzw. 35 Prozent (Einbettzimmer). Die Höhe der Zuschläge wird von den Klinikverwaltungen selbst festgesetzt; der Differenzbetrag zu den tatsächlich entstandenen Kosten verbleibt den Krankenhäusern.

Eines steht jetzt schon fest: Wird mehr als das Doppelte der Mindestzuschläge berechnet, so kann dies auch nicht im Interesse derjenigen Krankenhäuser liegen, die damit (kurzfristige) Überschüsse erzielen. Die dann zwangsläufig stark steigenden Beiträge werden nämlich das Interesse an einer Absicherung der Kosten für Wahlleistungen über die private Krankenversicherung schnell schwinden lassen. Eines Tages könnte die für das Krankenhaus nicht unerhebliche Einnahmequelle „Wahlleistungen“ sogar ganz versiegen.

Arztkostenabschlag muß eingeräumt werden

Ein weiteres Problem ist der sogenannte Arztkostenabschlag. Privatpatienten, die im Stationärfall die ärztliche Behandlung durch den liquidationsberechtigten Arzt wählen, schulden nur diesem die Arztkosten. Laut Gesetz ist deshalb das Krankenhaus verpflichtet, dem Privatpatienten nur den um die Arztkosten gekürzten Pflegesatz zu berechnen.

Zahlreiche Gerichtsurteile — die bedauerlicherweise in Einzelfällen erstritten werden mußten — bestätigen die Rechtsauffassung der PKV, daß der Arztkostenabschlag zwingend eingeräumt werden muß. Die private Krankenversicherung fordert daher eine bundeseinheitliche, die Privatpatienten nicht benachteiligende Regelung des Arztkostenabschlages.

Wer bestimmt die Pflegesätze?

Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sollen die Pflegesätze im Regelfall zwischen Krankheusträgern einerseits, den Sozialleistungsträgern und gesetzlichen Kassen andererseits vereinbart werden. Die PKV soll an diesen Vereinbarungen nicht beteiligt werden. Sie hat auch kein unmittelbares Klagerecht gegen Privatversicherte belastende Festlegungen, obwohl sie fast ein Viertel der Krankenhausinnahmen finanziert. Die Interessen der Kassenpatienten werden durch Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wahrgenommen, während die Privatpatienten (nehezu echt Millionen) auf sich allein gestellt sein sollen.

Die private Krankenversicherung fordert daher die Beteiligung am Pflegesatzfestsetzungsverfahren und die Einräumung eines Klagerechtes gegen die Pflegesatzfestsetzungsbescheide. Für die Krankheusträger hätte ein solches Klagerecht auch der PKV als Interessenvertreter der Selbstzahler den Vorteil erhöhter Rechtssicherheit, da sie nicht mehr mit einer Fülle von Prozessen einzelner Selbstzahler rechnen müssen.

Die Ärzteschaft und die private Krankenversicherung sollten sich in wesentlichen Forderungen an den Gesetzgeber einig wissen:

- Pflegesätze müssen zwischen Krankenhäusern und allen Kostenträgern ausgehandelt werden,
- die Vielfalt der Trägerschaft im Krankenhauswesen muß beibehalten werden,
- alle Beteiligten sollen bei der Krankenhausbedarfsplanung mitbestimmen können,
- das Angebot an Wahlleistungen muß bedarfsgerecht erweitert werden.

Vereinigte Krankenversicherung

Heilwasser der Rottel Terme jetzt staatlich anerkannt

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat nunmehr die Chrysantiquelle des Thermebades Rottel Terme in Birnbach in Niederbayern staatlich anerkannt. Hervorgehoben wurde die Verwendbarkeit zu Heilzwecken vom Institut für medizinische Balneologie und Klimatologie der Universität München, vor allem in der Behandlung chronisch entzündlicher rheumatischer Erkrankungen, deformierender Gelenk- und degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen, von Weichteilrheumatismus und Verletzungsfolgen am Bewegungsapparat.

Broschüre: „Bauen und Gesundheit“

Dokumentation der Referate und Diskussionen des Bonner Symposiums der Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes und des Deutschen Verbandes für Wohnungswesen, Städtebau und Raumplanung. Erschienen in der Schriftenreihe des Hartmannbundes, 73 S., brosch., DM 7,50.

Fragen der Stadt- und Gemeindeentwicklung waren jahrzehntelang fest ausschließlich die Domäne von Politikern und Planern. Erst in jüngerer Zeit haben die anwachsenden Strukturprobleme der Stadtentwicklung deutlich werden lassen, wie notwendig künftig eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit von Experten unterschiedlicher Fachrichtungen auf dem Gebiet der Stadt- und Gemeindeentwicklungspolitik ist. Diese Zusammenhänge von Bauen und Gesundheit und die Einbeziehung ärztlichen Expertenwissens in den Planungsprozeß standen im Mittelpunkt der Referate und Diskussionen des Symposiums.

Keinen Alkohol während der Schwangerschaft

Diese Warnung wird trotz der bekannten möglichen Gefahren für das Ungeborene noch immer nicht von allen betroffenen Frauen konsequent befolgt. Hatte man früher angenommen, daß nicht erblich bedingte Mißbildungen bei Neugeborenen in erster Linie auf den trinkenden Vater zurückgehen, so weiß man heute, daß die sogenannte Alkohol-Embryopathie auch auf das unvernünftige Trinkverhalten der Mutter – vor und während der Schwangerschaft – zurückgeführt werden kann. Neuere Untersuchungen, die sich mit dem Problem „Alkohol und Schwangerschaft“ befassen, liefern indessen nach Mitteilung des Bonner Arbeitskreises Alkohol noch immer keine Anhaltspunkte dafür, wieviel Alkohol für das ungeborene Kind schädlich sein könnte. Wichtig scheint in diesem Zusammenhang allerdings zu sein, daß weniger die Regelmäßigkeit des Trinkens, als vielmehr die Menge des Alkohols ausschlaggebend für eventuelle Mißbildungen ist. Auf diese Spur führte nach Mitteilung des Arbeitskreises Alkohol eine Untersuchung der amerikanischen Wissenschaftler R. E. Little und A. P. Streissguth, wonach alkoholgefährdete bzw. alkoholabhängige Frauen während der Schwangerschaft zwar weniger regelmäßig Alkohol tranken, dafür aber größere Mengen. Solange die Wissenschaft nicht eindeutig nachweisen kann, wo die Gefährdung des ungeborenen Kindes durch Alkohol möglicherweise beginnt, sollten Frauen nach Meinung des Arbeitskreises Alkohol jedes alkoholhaltige Getränk während der Schwangerschaft meiden.

Pharmaindustrie

Dräger stiftet 150 Notfallkoffer

Anläßlich einer ADAC-Kampagne wurden 150 Notfallkoffer von Drägerwerk AG, Lübeck, an niedergelassene Ärzte verteilt. Der Notfallkoffer hält vom Beatmungsbeutel aus transparentem Kunststoff über eine kräftige Jet-Absaug-Einheit zur Befreiung der Atemwege bis zur Infusionseinrichtung alle zur Wiederbelebung notwendigen Geräte bereit. Der signalfarbene Koffer ist klein, handlich und läßt sich überall gut verstauen.

Veränderungen der Brust selbst entdecken

„Nehmen Sie Ihre Sicherheit selbst in die Hand“, heißt es in einem Faltblatt der Bayer AG, Leverkusen, das eine kurze Anleitung gibt, wie Frauen regelmäßig nach Veränderungen in der Brust suchen können. Durch die heute üblichen Diagnosemethoden lassen sich mit etwa 90prozentiger Sicherheit krankhafte Veränderungen der weiblichen Brust feststellen. Dieses Faltblatt ist nur über den Gynäkologen bzw. Radiologen zu haben.

Mikroprozessor steuert Monitor-Kamera

Mit der mikroprozessorgesteuerten Kamera Multispot der Siemens AG, München, lassen sich Schnittbilder der Computer-Tomographie fotografisch dokumentieren. Dazu wird das auf einem eingebauten Fernsehmonitor dargestellte Bild auf Transparentfilm abgelichtet. Die Filme lassen sich in jeder 90 s-Maschine entwickeln und an üblichen Schaukästen betrachten. Die Kamera wird wahlweise für die Filmgrößen 8" x 10" oder 11" x 14" geliefert. Acht verschiedene Filmunterteilungen sind möglich. Mit der 4fach-Unterteilung lassen sich die Schnittbilder bequem am Schaukasten beurteilen; die 9fach- und 12fach-Unterteilungen erlauben eine kostensparende Archivierung, die formatfüllende Aufnahme dient dem Chirurgen im OP. Dias können auf einfachste Weise mit der 25fachen Teilung hergestellt werden.



NEPHROLOGIKUM zur risikolosen Langzeittherapie von NEPHROPATHIEN

Indikationen: Chronische Pyelonephritis; chronische interstitielle Nephritis; chronische Glomerulonephritis; Schwangerschaftsnephropathie; Prophylaxe bei rezidivierender Konkrementbildung; Zystitis. **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Herb. Centaur. 0,8 g, Fruct. Cynosbat. sin. 30 mg, Rad. Levistic. 18 mg, Fol. Rosmarin. 18 mg. **Dosierung:** 3mal täglich 1/2 bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dregées. **Handelsformen:** Canephron OP mit 100 ml DM 8,95, OP mit 60 Dregées DM 8,95, OP mit 240 Dregées DM 26,80; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dregées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Hydrofloet-Einheit

In dem von hense-med, Lübeck 1, weiterentwickelten medizinischen Wasserbett Hydrofloet-Einheit MK I schwimmt der Patient „trocken“ auf einer bakteriestatischen PVC-Wassermetretze, die sich in einer Fiberglasschale befindet. Durch Verwendung von glasfaserverstärkten Polyesterformteilen mit glatten Oberflächen ist eine einfache Reinigung möglich. Heizung und Temperaturregler sind unsichtbar und elektrisch vollisoliert eingebaut. Am Fußende befindet sich der von 20° bis 39° C einstellbare elektronische Temperaturregler, dessen Funktion durch einen zweiten unabhängigen Regler überweicht wird.

Küvetten-Test zur Bestimmung von Cholesterin nach der Chod-Pap-Methode

Die Dr. Bruno Lenge GmbH, Berlin 37, hat zum Dr. Lenge-Photometer den Küvetten-Test Cholesterin enzymatisch entwickelt. Der Arbeitsgang ist einfach und zusätzliche Reagenzgläser sind nicht erforderlich. Das Umgießen in Meßküvetten sowie Reinigungs- und Trocknungsvorgänge entfallen. Dieser Küvetten-Test ermöglicht eine wirtschaftliche Arbeitsweise. Überschüssiges Reagenz wird durch die laborerprobte Packungsgröße vermieden.

Safetybloc ISR5 – TÜV-geprüfter Infusionsständer

Dieser Infusionsständer wurde vom TÜV Rheinland bauartgeprüft. Der Hersteller (Kleber Med Technik, Wermelskirchen 2) gewährt eine Garantie von drei Jahren. Der Infusionsständer Safetybloc ISR5 mit dem patentierten „Original Ringstativ“ bietet einfache Handhabung durch Einhandschnellverstellung und große Sicherheit durch Feststellautomatik. Standfester Fünffuß mit antistatischen Doppelkugellager-Lenkrollen (zwei Stück davon feststellbar), vierarmiger Sicherheits-Fleschenhalter, Dichting Aquastop DGBM, bruchsicheres Abtropfglas und Klemmschutz für Infusionspumpen sind weitere sicherheitstechnische Details.

Neues Software-Paket für die Bestimmung von Immunglobulinen

Cerl Zeiss, Oberkochen, hat für den Photometereutomaten PRP 8 mit Rechner ein neues Programmpaket für die Bestimmung von Immunglobulinen IgG, IgM und IgA nach der Tina-quant-Methode vorgelegt. Dieses Programmpaket ergänzt die bereits vorhandene Software für die Enzym-Immuno-Assays nach der ELISA-Methode für Digoxin, Insulin, Thyroxin und TBK sowie für die Enzym-Immuno-Assays nach der EMIT-Methode Digoxin, Antiepileptika, Thyroxin, Theophyllin und Lidocain.

Mit dem Einlesen der Magnetkarte sind alle Instruktionen gespeichert, die zum automatischen Messen der Proben notwendig sind. Der Rechner ruft die Meßwerte im vorher eingegebenen Zeittakt ab, so daß kein Blick auf die Leboruhr notwendig ist. Für jede Messung werden kurz nacheinander jeweils fünf Meßwerte übernommen und daraus der Mittelwert gebildet und ausgedruckt. Der Gang der Analyse kann jederzeit nachverfolgt werden, da alle relevanten Daten ausgedruckt werden.

Buchbesprechungen

Die zentraeuropäische Enzephalitis in der Bundesrepublik Deutschland

Verf.: Prof. Dr. R. Ackermann / Dr. B. Rehse-Küpper, 41 S., 3 Abb., 8 Tab., kart., DM 9,-. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden.

Die vorliegende Monographie berichtet über Untersuchungen zur Übertragung und Endemie der zentraeuropäischen Enzephalitis (CEE). An fast 5000 Personen aus allen Teilen der Bundesrepublik Deutschland wurden Untersuchungen auf neutralisierende Serumantikörper durchgeführt, die bei 1,56 Prozent der ländlichen Bevölkerung positiv waren. Endemiegebiete werden in Niederbayern, Oberfranken, Unterfranken, Nordwürttemberg, Südwürttemberg, Hohenzollern, Südbayern, Montebaur, Köln, Münster und Detmold sowie im Lande Schleswig-Holstein vermutet. Um die Erreger der Krankheit selbst zu erfassen, wurden mehr als 30 000 Zecken auf Virusbefall untersucht, dabei gelang es, 19 Virusstämme mit charakteristischer Pathogenität zu isolieren.

Professor Dr. med. H.-H. von Albert, Günzburg

Zur Durchführung der Belehrung nach § 41 Röntgenverordnung

Anregungen zur Dosisreduktion in der Radiologie

Verf.: Dr. K. Ewen / Priv.-Doz. Dr. B. J. O. Fiebeck / Dr. R. Weber, 72 S., 16 Abb., 18 Tab., kart., DM 19,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die neue Röntgenverordnung (RöV) legt den „Betreibern“ von Röntgeneinrichtungen eine Reihe von Verpflichtungen auf (§ 41 Abs. 1 und 2), zu denen auch die halbjährlich durchzuführende Belehrung derjenigen gehört, die sich in einem Kontrollbereich aufhalten oder die Röntgenstrahlen anwenden. Der allgemeine Abschnitt dieser kleinen Monographie beschäftigt sich daher mit der Durchführung dieser Belehrung und mit einzelnen Bestimmungen der RöV. Der spezielle Teil nebst Anhang geht entsprechend dem Untertitel der Monographie u. e. auf Einzelfragen der radiologischen Arbeitsplätze, der technischen Abläufe und der Schutzbestimmungen für Patient und Personal ein. Den Verfassern ist zu bestätigen, daß ihr Anliegen trotz einer gewissen Sprödigkeit des Sujet gelungen ist. Jeder „Betreiber“ von Röntgenanlagen, auch der Rezensent ist ein solcher, sollte sich das kleine Büchlein als ständige Hilfe zum Nachschlagen zulegen.

Professor Dr. med. W. Mohring, Augsburg

Grenzbereich zwischen Leben und Tod

Klinische, juristische und ethische Probleme

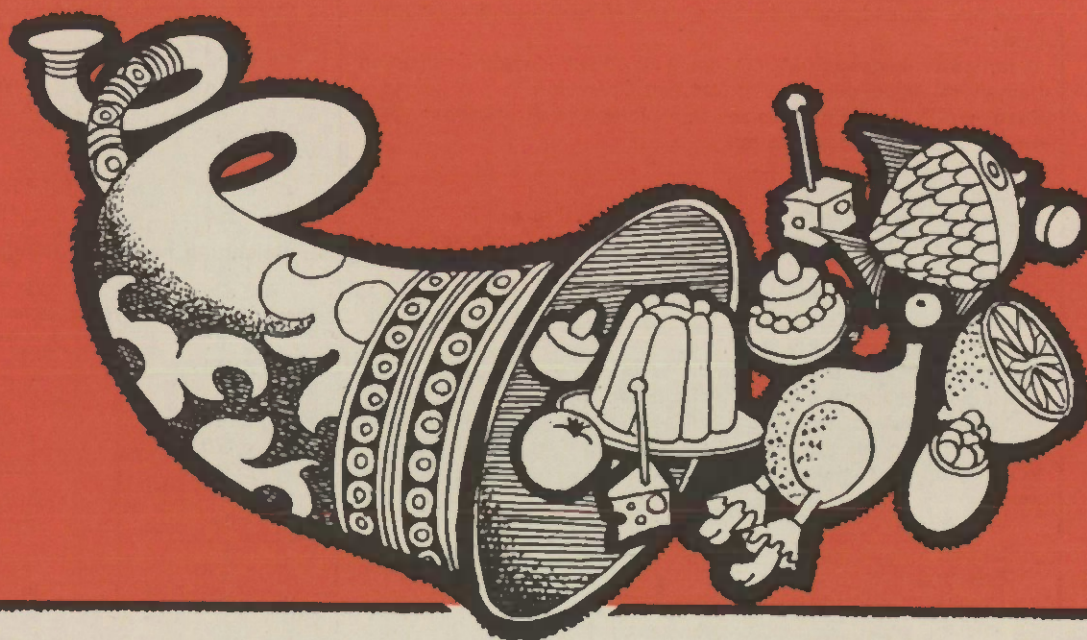
Verf.: Prof. Dr. P. Fritsche, 2. überarb. Aufl., 124 S., 13 Abb. mit 21 Einzeldarst., kart., DM 39,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Mehrere Kapitel wurden in der zweiten Auflage erweitert. Das Dilemma, vor dem der Kliniker bei seinen Entscheidungen im kritischen Grenzbereich zwischen Leben und Tod steht, ist eindringlich und überzeugend vor allem unter Berücksichtigung derjenigen Aspekte aufgezeigt, die eigentlich jenseits der ärztlichen Zuständigkeit liegen, aber dennoch nicht unberücksichtigt bleiben dürfen, allerdings auch nicht die ärztliche Entscheidungsfreiheit einengen sollen.

(Fortsetzung Seite 1064)

ohne Sorgen
essen und verdauen

Pankreaplex[®]



aktiviert die Verdauungs-
sekretion ohne Enzym-
Substitution

wirkt krampflösend

beruhigt die entzündete
Magenschleimhaut

behebt Flatulenz und
Meteorismus

Indikationen: Sekretionsschwäche von Magen, Leber und Pankreas, Inappetenz, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meteorismus, Flatulenz, Roemheld-Komplex, Dysbakterie, Intestinale Begleitsymptome bei Diabetes.

Zusammensetzung: Percolat. 1—10:
Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml,
Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml,
Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin.
hydrol. 0,5 g, Corrigeria ad 20 ml.
1 Dragée entspricht 10 Tropfen Liquidum.

Preise: Packungen: 60 Dragées 6,06 DM,
150 Dragées 12,16 DM, 20 ml Liquidum 6,06 DM,
50 ml Liquidum 12,16 DM
(Stand: 1. Juli 1979)



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 1. Halbjahr 1979

Nr. der ICD 1979 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle	
		Januar mit Juni	
		1978	1979 ²⁾
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	477	443
	darunter		
011-018, 137	Tuberkulose insgesamt	274	235
140-199	Bösartige Neubildungen	12 605	12 331
	darunter		
151	des Magens	2 221	2 069
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms	—	1 832
160-163	der Atmungsorgane	1 898	1 792
174	der weiblichen Brustdrüse	987	994
179-182	der Gebärmutter	512	424
185	der Prostata	666	673
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	786	771
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekanntes Charakters	814	882
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Störungen des Immunsystems	2 545	2 155
	darunter		
250	Diabetes mellitus	2 117	1 853
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	106	108
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1 278	1 054
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	28 438	29 772
	darunter		
410	akuter Myokardinfarkt	5 762	5 815
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	5 278	3 302
426, 427	Herz-Reizleitungs- und -Rhythmusstörungen	—	703
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	3 765	6 487
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	8 776	9 324
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	5 316	3 994
	darunter		
480-486	Pneumonia	1 992	1 272
487	Grippe	408	86
466, 490, 491	Bronchitis	1 446	1 218
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	3 520	3 355
	darunter		
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	290	283
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	196	170
571.2, .5, .6	Leberzirrhose	1 433	1 234
570, R. v. 571	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	664	674
572-576	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	1 269	1 267
580-629	darunter		
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfnieren	213	118
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	11	10
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	223	239
740-759	Kongenitale Anomalien	235	261
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	434	334
780-799	Symptoma und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	1 733	766
E800-E949	Unfälle	2 900	2 916
	darunter		
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	1 407	1 416
E850-E869	Vergiftungen	45	24
E880-E888	Unfälle durch Sturz	1 023	981
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	1 229	1 135
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalttätigkeiten	136	125
	Starbafälle insgesamt	64 055	61 918

¹⁾ ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen. — ²⁾ Durch die ab 1979 gültige (9.) Revision der ICD hat sich die Abgrenzung mancher Todesursachengruppen geändert. Einige Positionen sind dadurch mit dem Vorjahr kaum vergleichbar. Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamts aus den Ergebnissen der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenschauarzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln das sogenannte Grundglied, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im August 1979 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie alljährlich im August ging auch im Berichtsmonat die Häufigkeit von Scharlacherkrankungen wieder deutlich zurück und erreichte mit 23 Fällen auf 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr) den niedrigsten Monatswert im Jahr 1979. Die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung erhöhte sich bei der durch Meningokokken verursachten Form

gegenüber dem Vormonat von 2 auf 4 Fälle, während sie bei den übrigen Formen mit 16 Erkrankungen je 100 000 Einwohner unverändert blieb.

Weiterhin stark ansteigend war im August die Zahl der gemeldeten Salmonelloseerkrankungen; die auf 100 000 Einwohner berechnete Ziffer stieg von 99 Fällen im

Juli auf 124 im Berichtsmonat. Dagegen nahm die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) geringfügig ab, nämlich von 24 Erkrankungen im Vormonat auf 22 im Berichtsmonat (jeweils auf 100 000 Einwohner).

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Juli bis 2. September 1979 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbar				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										E		ST			
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	-	-	99	-	-	-	6	-	58	2	-	-	-	-	3	-	20	-	395	1	4	-	-	-
Niederbayern	-	-	11	-	-	-	16	-	31	1	2	-	-	-	-	-	1	-	82	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	16	-	-	-	4	-	15	-	-	-	-	-	-	-	1	-	100	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	22	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	4	-	75	-	8	-	-	-
Mittelfranken	-	-	38	-	-	-	4	-	20	1	1	-	-	-	-	-	2	-	137	1	1	-	-	-
Unterfranken	-	-	36	-	-	-	3	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	182	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	22	-	-	-	5	-	6	-	-	-	-	-	-	-	4	-	317	-	27	-	-	-
Bayern	-	-	244	-	-	-	38	-	164	4	3	-	-	-	3	-	32	-	1288	2	40	-	-	-
München	-	-	29	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	10	-	139	1	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	9	-	-	-	-	-	6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	9	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidie		Amöbenruhr		Brucellose (übrige Formen)		Malaria-		Toxoplasmosis		Trichinose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾			
			Palta-cose		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	67	-	-	-	-	-	6	-	-	-	1	-	5	-	1	-	4	-	1	-	-	-	-	33
Niederbayern	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	19
Oberfranken	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	2
Mittelfranken	48	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	3	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	3
Unterfranken	26	1	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schwaben	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Bayern	226	1	-	-	1	-	7	-	3	-	2	-	9	-	2	-	11	-	1	-	1	-	-	59
München	23	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	4	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	13
Nürnberg	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) „E“ = Erkrankungen (einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

2) „ST“ = Sterbefälle.

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Medizinische Röntgentechnik

Band I: Physikalische und technische Grundlagen

Bearbeitet von Dr. H. Gajewski / Dr. D. Müller, Dr. Dipl.-Phys. Th. Schmidt, 4. neubearb. Aufl., 480 S., 420 Abb. in 589 Einzeldarst., 48 Tab., geb., DM 64,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

An dem Grundkonzept des Werkes hat sich nichts geändert, der enorme Fortschritt auf diesem Sektor hat jedoch Aufbau und Inhalt im Vergleich zur dritten Auflage vollständig verändert. Von Büchern ähnlicher Zielsetzung unterscheidet sich der Band im Eingehen auf sonst wenig berücksichtigte Themen wie z. B. Strahlengeometrie, verschiedene Bildaufzeichnungsverfahren, Wechselbeziehungen zwischen Aufnahmebedingungen und Bildqualität usw. Des Niveaus von Text und Bildteil qualifiziert das Buch zu einem Standardwerk moderner Röntgenologie.

Arzneimittelprüfung durch den niedergelassenen Arzt

Herausgeber: Prof. Dr. G. Fülgraff / Prof. Dr. H. Kawitz, 131 S., 16 Abb., kart., DM 26,—. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Arzneimittelprüfungen durch den niedergelassenen Arzt begegnen zunehmendem Interesse, da sie letztlich wesentlich der therapeutischen Sicherheit der ihm anvertrauten Patienten dienen. Vorträge, die zu dieser Thematik auf einem Symposium in Berlin 1977 gehalten wurden, sind jetzt in Buchform erschienen. Inhaltlich beschäftigen sich diese mit der Aufgabe des niedergelassenen Arztes bei der klinischen Prüfung an ambulanten Patienten und den rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen darselben. Die Feststellung der Wirksamkeit und Verträglichkeit einer zu prüfenden Substanz im Zusammenhang mit deren Pharmakodynamik und Pharmakokinetik ist hierbei anhand eines vorher festgelegten Prüfplans mit Einbeziehung von anamnestischen und klinischen Daten sowie differenzierter Parameter zu ermitteln. Die Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen stellt einen eminent wichtigen, eventuell konsequenzbezogenen Prüfungsbestandteil dar, der zum Abschluß der Prüfung neben der statistischen Auswertung im therapeutischen Resümee erfaßt wird. — Den Herausgebern ist eine wertvolle Bereicherung zum Thema „Arzneimittelprüfung durch den niedergelassenen Arzt“ zu verdanken.

Dr. med. G. Vorberg, München

Mitte, Anfang und Ende

Was sollen wir tun?

Verf.: G. Klehre, 228 S., Leinen, DM 22,80. Mitte-Verlag, Eberhardzell.

Der Autor, von Hause aus Philosoph, stieg aus dem Bedürfnis nach gesicherten Aussagen auf Physik und Mathematik um, in welchen Fächern er auch promovierte. Nach Jahren der Arbeit in der industriellen Forschung und der Lehrtätigkeit entstand in jahrzehntelanger Bemühung um die Erkenntnisse der alten griechischen Philosophie, des Buddhismus, des Christentums, wie auch den Lehren Kants und Heideggers seine Philosophie, — man könnte sie als eine „Lagerung“ aus westlicher und östlicher Philosophie bezeichnen. Alle kommen wir einmal in die Lage, philosophische Fragen lösen zu müssen. Dabei kommt es darauf an, ob wir die Fragen nur unzulänglich oder eben doch konkreter beantworten wollen, auch — um danach zu handeln. Hierzu will dieses geradezu leicht zu lesende und doch so anspruchsvolle Buch beitragen.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

Klinische Physiologie

Kontraktion des Herzens

Verf.: Blaufeld / Kramer / Meyer-Hartwig, 164 S., 63 farb. Abb. u. Tab., Leinen, DM 20,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Wie schon Band I und II, so zeigt auch der Band III eine gute Übersicht über die Probleme der Physiologie des Herzens, die mit der Kontraktion verbunden sind. Zahlreiche instructive Abbildungen erleichtern das Verständnis physiologischer Vorgänge. Ein Lehrzielkatalog und eingestreute Fragen zur Selbstkontrolle lassen rasch das Wesentliche des Inhaltes erfassen, so daß dieser Band besonders Studenten der Medizin, aber auch Fachfremden zur Information zu empfehlen ist.

Dr. med. habil. U. Rasenack, Würzburg

Taschenbuch für den medizinischen Arbeitsschutz und die werksärztliche Praxis

Verf.: Prof. Dr. R. Hoschek / Dr. W. Fritz, 4. neubearb. Aufl., 484 S., 10 Abb., kart., DM 38,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die vierte Auflage, wesentlich verbessert und erweitert, füllt eine fühlbare Lücke im Bereich der Arbeitsmedizin aus. Die gesetzliche Verpflichtung für Arbeitgeber, Betriebsärzte zur Betreuung ihrer Arbeitnehmer anzustellen, hat die Notwendigkeit dieses Taschenbuches geradezu gefordert.

Nemhafte Arbeitsmediziner haben sowohl aus ihrer langjährigen Praxis als auch Forschung Beiträge gebracht, die nicht nur für Betriebsärzte, sondern auch für Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit unentbehrlich sind.

In einzelnen Kapiteln werden Aufgaben für Betriebsärzte im Rahmen des Arbeitsschutzes sowie organisatorische und gesetzliche Grundlagen der betriebsärztlichen Tätigkeit abgehandelt. Die einzelnen Berufskrankheiten aufgezählt und in stichwortartiger Zusammenstellung die diagnostischen Kriterien und die notwendigen Verhütungsmaßnahmen aufgezeigt. Spezielle Labormethoden der Arbeitsmedizin erläutert, Arbeitsphysiologie, Arbeitshygiene und Umweltschutz, gerade in unserer Zeit hochaktuell, den praktischen Bedürfnissen entsprechend, vermittelt. Ein Anschriftenverzeichnis, in dem wichtige Adressen von Behörden, Berufsgenossenschaften, Werksärzten, Instituten und Vereinigungen usw. aufgezeigt. So gesehen, kann dieses arbeitsmedizinische Kompendium wärmstens empfohlen werden.

Dr. med. P. Thomaschewski, Gauting

Taschenatlas der Anatomie

Band 1: Bewegungsapparat

Verf.: Prof. Dr. W. Platzer, 3. überarb. Aufl., 434 S., 205 Farbt. mit 775 Einzeldarst., Zeichn. von L. Schnallböcher u. G. Spitzer, flex. Taschenbuch, DM 19,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. Gemeinschaftsausgabe mit dem Deutschen Taschenbuch Verlag, München.

In der Neuauflage wurde der Abschnitt über allgemeine Anatomie etwas ergänzt und einige Abbildungen erneuert. Im Abschnitt der speziellen Anatomie und im Abschnitt der peripheren Leitungsbahnen wurde eine Reihe von Abbildungen überarbeitet bzw. neu gezeichnet. Ebenso wurden einige neue Abbildungen eingefügt. Die klinischen Hinweise wurden vermehrt. Die neue internationale Nomenklatur wurde berücksichtigt.

Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie

Verf.: Prof. Dr. G. Kuschinsky / Prof. Dr. H. Lüllmann, 8. überarb. u. erw. Aufl., 480 S., 107 Abb., 28 Tab., 52 Schemata, 306 Formeln, kart., DM 36,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die Autoren stellen sich die Aufgabe, die Pharmakologie und die Teile der Toxikologie, die für die praktische Medizin wichtig sind, kurz gefaßt und unter didaktischen Gesichtspunkten abzuhandeln. Acht Auflagen und Übersetzungen in mehrere Sprachen lassen erkennen, daß dies gelungen ist. Die gesicherten Tatsachen der Pharmakologie werden übersichtlich, sehr gut lesbar und mit Hilfe von Abbildungen, Schemata und Tabellen anschaulich dargestellt. Das Buch wendet sich nicht nur an den Medizinstudenten, sondern auch an den praktizierenden Arzt, der ohne ausreichendes Wissen in der Pharmakologie zu einem therapeutischen Risiko wird. Er kann das Lehrbuch auch als Nachschlagewerk benutzen, wobei ihm das klar gegliederte Inhaltsverzeichnis als Orientierung dient. Angesichts der unübersehbaren Zahl an Medikamenten, der Flut industrieller Werbung und der Verpflichtung zur wirtschaftlichen Verordnung kann man die kritische Einstellung der Autoren nur wärmstens begrüßen. In diesem Zusammenhang ist das Kapitel über die Einführung neuer Arzneimittel und der Abdruck der „Positiv-Liste“ der von der Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagenen unentbehrlichen Medikamente — drei Seiten! — besonders bemerkenswert.

Wer sich zum Ziel gesetzt hat, sowohl eine rationale als auch eine rationelle Therapie zu betreiben, wird das Buch mit Gewinn lesen.

Dr. med. M. Wolf, Waldkraiburg

Wie verhalte ich mich bei Schwangerschaft, Geburt und Rückbildung

Verf.: E. und H. v. Staehr, 2. überarb. Aufl., 71 S., 36 Abb., geh., DM 15,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Das kleine Büchlein bringt in zehn Kapiteln die wichtigsten Ratschläge, die man einer Frau in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett geben kann mit Bildern. Auffällig ist die gelungene Kombination von sachlicher Aufklärung und seelischer Führung. Das Problem des Geburtsschmerzes wird nicht verniedlicht oder ausgeklammert. Am Ende finden sich nach Hinweisen zum Stillen und einem Rückbildungsplan noch 15 Antworten auf häufig gestellte Fragen. Bis auf kleine Ungenauigkeiten und der nicht optimalen buchbinderischen Verarbeitung lassen sich keine Minuspunkte finden; dieses Buch ist wegen seiner guten Eingängigkeit und seines praxisnahen Inhaltes jeder Schwangeren zu empfehlen, die sich umfassend und erfolgreich auf eine „Bilderbuchgeburt“ vorbereiten will.

Dr. med. M. Breyer, Kempten

Der kranke Dünndarm

Verf.: Bartelheimer / Classen / Ossenberrg, 272 S., 172 Abb., davon 13 vierfarb., 97 Tab., Leinen, DM 72,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Der vorliegende Band faßt die Referate des III. Hamburger Medizinischen Symposiums vom Dezember 1977 zusammen. Namhafte Autoren behandeln zahlreiche Probleme, die sich mit Morphologie, Diagnostik, Physiologie und Pathophysiologie des Dünndarms befassen. Sicher verdient „das Organ Dünndarm aus seiner Verborgenheit im Denken der Internisten“ herausgehoben zu werden, wie Bartelheimer im Vorwort zum Ausdruck bringt. Deswegen sollte dieses Buch eine große Verbreitung besonders bei gastroenterologisch tätigen Internisten finden.

Dr. med. habil. U. Rasenack, Würzburg

Krankheit, Heilkunst, Heilung

Herausgeber: H. Schipperges / E. Seidler / P. U. Unschuld, 680 S., Leinen, DM 98,—. Verlag Karl Alber, Freiburg.

Die Beschäftigung mit der Historie und die Suche nach neuen Normen haben häufig eine gemeinsame Wurzel in der Unzufriedenheit mit der gegebenen Praxis. Es scheint, daß das Unbehagen an der modernen Medizin und den mit ihr aufgegebenen Problemen mit ein Grund war für die Ausrichtung einer internationalen Konferenz über Fragen von Krankheit, Heilkunst und Gesundheit, deren Referate hier wiedergegeben werden. In einem ersten Hauptteil „Historische Anthropologie“ geht es um eine Fundierung der Heilkunst aus dem interkulturellen und transepochalen Verständnis von Kranksein und Krankheit und den ihnen zugeordneten Heilantworten. Ein zweiter Hauptteil „Thematische Durchblicke“ behandelt u. a. die „Primärerfahrung von Not und Hilfe“, das Problem von „Motivation und Legitimation des ärztlichen Handelns“ sowie Fragen der ärztlichen Deontologie. Der weite Horizont und der Gedankenreichtum machen das Buch zu einem wesentlichen Beitrag in der neu aufgebrochenen Diskussion um Sinn und Grenzen des ärztlichen Heilauftrages.

Dr. med. H. Piechowiak, München

Agnes Miegel: Mein Weihnachtsbuch

152 S., geb., DM 12,80. Eugen Diederichs Verlag, Köln.

Ein Geschenkbüchlein, funkelnd vor alten schönen Weihnachtsgeschichten: ernst und geheimnisvoll, übermütig und fröhlich. — Auch im Nachwort kommt Agnes Miegel mit bisher unveröffentlichten Weihnachtsbriefen an Lulu von Strauß und Torney zu Wort. — Etwas für die langen Winterabende.

Vor Ihrer Niederlassung sollten Sie rechtzeitig mit uns sprechen.

Wir beraten Sie in allen Versicherungs- und Finanzierungsfragen, wie z. B. Praxisabsicherung, Ärzthaftpflicht, Hausrat-Neuwert-Versicherung, Ärzte-Unfall.

Wir sind im gesamten bayerischen Raum präsent.

Wenden Sie sich an unseren Mitarbeiter Herrn Georg C. Klughardt.

Telefon (089) 714 32 00 oder (0911) 83 42 89 oder senden Sie diesen Coupon an unser Büro München Süd, Stiftsbogen 41 8000 München 70.

Fachrichtung

Meine
Anschrift

Ich erwarte Ihren Anruf
unter Telefon

Ein Beratungsbesuch
ist erwünscht



VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



BAYERISCHE Bayerischer
Versicherungsverband
VERSICHERUNGSKAMMER

Therapeutika

Trenquo-Tabliten

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 10 mg Diazepam.

Anwendungsgebiete: Aufgrund seiner Eigenschaften eignet sich das Präparat zur Behandlung psychoneurotischer und psychosomatischer Krankheitsbilder des Herz-Kreislauf-Systems, des Magen-Darm-Traktes, des Bewegungsapparates, des Urogenital-Traktes und zur Ergänzung anderer Therapiemaßnahmen.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen: Ist die Dosierung ungenügend an das Krankheitsbild angepaßt, können in verstärktem Maße Schläfrigkeit, Schwindelgefühl und Muskelschwäche auftreten. Diese Überdosierungserscheinungen lassen sich durch Dosisreduzierungen vermeiden.

Eigenschaften, Unverträglichkeiten, Risiken und Hinweis: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise:

Die Dosierung wird individuell an die Art und Schwere des Krankheitsbildes angepaßt.

Folgende Dosierungen können als Richtlinien gelten: Schlafstörungen, vegetative oder psychosomatische Störungen: Einzeldosis $\frac{1}{2}$ –1 Tablette; Herzinfarkt: täglich $\frac{1}{2}$ –3 Tabletten; Angina pectoris, Herzmuskelschwäche: Initialdosis $\frac{1}{2}$ –2 Tabletten, Erhaltungsdosis 2 x $\frac{1}{4}$ Tablette fagsüber, $\frac{1}{2}$ Tablette abends; Bluthochdruck: fäglich $\frac{1}{2}$ –1 $\frac{1}{2}$ Tabletten; rheumatische Erkrankungen, entzündlicher Rheumatismus, chronische Polyarthrit, Morbus Bechterew, Arthrosen, Weichteilrheumatismus: Erhaltungsdosis $\frac{1}{2}$ –2 Tabletten täglich; psychosomatische, klimakterische und Menstruationsbeschwerden: täglich $\frac{1}{2}$ –1–1 $\frac{1}{2}$ Tabletten; Operationsvorbereitung: am Vorabend der Operation 1–2 Tabletten; Psychosen, Zwangsnosen, dysporische Verstimmungszustände, Phobien, Angstsymptome: 1–3 Tabletten, schwere Fälle bis 6 Tabletten über den Tag verteilt.

Es ist ratsam, stets mit kleiner Dosis zu beginnen, insbesondere bei älteren und körperlich geschwächten Patienten.

Handelsformen und Preise:

20 Tabletten DM 4,40; 50 Tabletten DM 9,80.

Hersteller: Sanorania Dr. G. Strohscheer, 1000 Berlin 28

Concentrin Spezial Sprüh

Zusammensetzung: 100 g Concentrin Spezial enthalten: 10 g AFP-Komplex (aus Samen der Roßkastanie: Aescin, Flavonole und Phosphatide, eingestellt auf 12 % Aescin), 10 g 1,2-Propylenglykol, gelöst in 80 g Isopropanol (65 %ig).

Anwendungsgebiete: Sport-, Spiel-, Unfallverletzungen, Prellungen, Zerrungen, Verstauchungen, Muskelverspannungen, Blutergüsse, periphere Durchblutungsstörungen, traumatische Ödeme.

Anwendung: Großflächig aufsprühen und leicht einmassieren. Bei Bedarf mehrmals täglich wiederholen.

Unverträglichkeiten und Risiken sind nicht bekannt.

Hersteller: Chemische Fabrik Tempelhof, 1000 Berlin 42

Ce-Ferro® forte

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: 363 mg Eisen(II)-sulfat, 1,8 H₂O entspr. 110 mg Fe⁺⁺, 150 mg Vitamin C.

Indikationen: Eisenmangelanämien und sonstige Eisenmangelzustände, wie prälatenter und latenter Eisenmangel, akute und chronische Blutungsanämien. Vorbeugend bei erhöhtem Eisenbedarf, z. B. während der Schwangerschaft und Stillzeit.

Kontraindikationen: Eisenverwertungsstörungen (sideroachrestische Anämie, Thalassämie, Bleianämie) und Eisenüberladungen (chronische Hämochromatose).

Nebenwirkungen und Eigenschaften: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung: 1 x täglich eine Kapsel unzerkaut nach dem Essen mit Flüssigkeit einnehmen.

Packungsgröße und Preise: 30 Kapseln DM 12,05, 50 Kapseln DM 18,40 A.P. 500 Kapseln (10 x 50), 1000 Kapseln (20 x 50), 5000 Kapseln (5 x 20 x 50).

Hersteller: Nordmark-Werke, 2082 Uefersen 1

Stullmaton

Zusammensetzung: 0,60 g Trockenextrakt aus: 3,60 g Summitates Piceae excelsae, 0,04 g Herba Centaurii, 0,03 g Flores Arnicae, 0,40 g Folia Melissae, 0,48 g Flores Chamomillae, 0,04 g Herba Absinthii; Extraktionsmittel: Aqua dest. 0,14 g p-Hydroxybenzoesäuremethylester, 0,06 g p-Hydroxybenzoesäurepropylester, 0,36 mg Manganchlorid, 0,20 mg Kobalchlorid, 0,13 mg Kupferchlorid, ed 200 ml Aqua dest.

Anwendungsgebiete: Geschwüre des Magens und des Zwölffingerdarms, akute und chronische Magen- und Darmkatarrhe jeglichen Ursprungs. Verdauungsschwäche, hervorgerufen durch: nervöse Reize, ungewohnte Küche, Klimawechsel, Alkohol- und Nikotingenuß, gestörte Funktion der Verdauungsdrüsen. Vorsorge bei Neigung zu Reiseerbrechen.

Nebenwirkungen, Risiken: Stullmaton ist frei von Nebenwirkungen und auch bei längerer Anwendung unschädlich.

Eigenschaften und besondere Hinweise: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Falls vom Arzt nicht anders verordnet, 3- bis 4x täglich vor den Mahlzeiten 1 Eßlöffel Stullmaton. Bei Beschwerden nach dem Essen kann auch nach den Mahlzeiten 1 Eßlöffel Stullmaton genommen werden. Kinder erhalten die halben Mengen, Säuglinge zweimal täglich $\frac{1}{2}$ Teelöffel in ungezuckertem Haferschleim als Flaschennahrung. 1 Eßlöffel = 1 Beutelinhalt.

Stullmaton-Kurbehandlung:

1. Flasche: Morgens nüchtern zur Rollkur 1 Eßlöffel Stullmaton in $\frac{1}{2}$ Glas lauwarmes Wasser oder Kamillentee geben. Im Laufe von 15 Minuten liegend diese Stullmaton-Lösung in 4 Anteilen nehmen. Dabei wird alle 2 Minuten die Lage gewechselt, von der linken Seite auf den Rücken, dann von der rechten Seite zur Bauchlage und wieder zurück. Mittags je $\frac{1}{2}$ Eßlöffel Stullmaton mit 1 Eßlöffel lauwarmen Wasser verdünnt vor und nach dem Essen nehmen. Abends nochmals wie morgens.

2. Flasche: 3x täglich 1 Eßlöffel voll mit 1 Eßlöffel lauwarmen Wasser verdünnt vor dem Essen.

3. Flasche: Wie 2. Flasche.

Darreichungsform und Packungsgröße: Flüssigkeit zum Einnehmen. Originalpackung 200 ml. Reisepackung 10 Beutel zu 15 ml.

Hersteller: VAW Flußspat-Chemie GmbH, 8470 Stulln/Nabburg

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.

November 1979

- 5.-7. **Erlangen:** Kurs für Funktionsassistentinnen und Medizinisch-technisches Personal. — Auskunft: Fräulein Bergmann, Medizinische Universitäts-Poliklinik, Östliche Stadtmeuerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 5.-16. **Bad Nauheim:** A-1-Kurs (Grundkurs) der Hessischen Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V. — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
7. **München:** Fortbildungsveranstaltung der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der TUM. — Auskunft: Professor Dr. P. Bottermann, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.
- 7.-16. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz auf allen Anwendungsgebieten für Physiker im medizinischen Bereich. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Lendstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 8.-11. **Stuttgart:** 16. Stuttgarter Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Jehnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.
9. **München:** Fortbildungsveranstaltung der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der TUM. — Auskunft: Professor Dr. P. Bottermann, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.
- 9.-10. **Erlangen:** Fortbildungsveranstaltung für Kinderheilkunde. — Auskunft: Sekretariat der Universitäts-Kinderklinik, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen.
- 9.-10. **Rotterdam:** Internationales Symposium über Rekonstruktionen der Brust nach Mastektomie. — Auskunft: International Symposium on Reconstruction of the Breast Following Mastectomy, Secretariat, P. O. Box 175, 2770 AD Boskoop, Niederlande.
- 9.-10. **Wuppertal:** X. Wuppertaler Notfall-Symposium. — Auskunft: Professor Dr. H. J. Streicher, Chirurgische Klinik des Ferdinand-Seuerbruch-Klinikums, Arrenberger Straße 22-56, 5600 Wuppertal 1.
- 9.-11. **Erlangen:** 11. Seminar der Sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik. — Auskunft: Fräulein Bergmann, Medizinische Universitäts-Poliklinik, Östliche Stadtmeuerstraße 29, 8520 Erlangen.
- 9.-11. **Hannover:** Grundkurs zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz für Röntgendiagnostik, Röntgentherapie, Nuklearmedizin und als ermächtigtger Arzt. — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
- 9.-11. **München:** Fortbildungsseminar I für praktische Elektrokardiographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstreße 16, 8000 München 80.
- 13.-16. **Neuherberg:** Verkürzter Spezialkurs für ermächtigte Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 16.-18. **Köln:** NAV-Bundeshauptversammlung. — Auskunft: Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V., Belfortstraße 9/V, 5000 Köln 1.
- 16.-18. **München:** 19. Bayerische Internistentagung. — Auskunft: Professor Dr. E. Wetzels, Medizinische Abteilung I des Städtischen Krankenhauses, 8200 Rosenheim.
17. **Ulm:** 7. Seminar des Onkologischen Arbeitskreises der Universität Ulm. — Auskunft: Professor Dr. P. C. Potthoff, Neurochirurgische Abteilung des Bezirkskrankenhauses, 8870 Günzburg.
17. **Würzburg:** Fortbildungsveranstaltung für Allgemeinärzte, Internisten und Kinderärzte. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. W. Leydhecker, Universitäts-Augenklinik, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg.
- 17.-18. **Nürnberg:** 21. Ärzte-Seminar (Erfahrungsaustausch: Autogenes Training). — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jaudesring 18, 8939 Bad Wörishofen.
19. 11.-14. 12. **Berlin:** Arbeitsmedizinischer Grundlegenlehrgang, Stoffplan II. — Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 21.-24. **Düsseldorf:** Medice '79. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jahnstraße 32, 7000 Stuttgart 70.
- 21.-25. **Baden-Baden:** Tagung des Instituts für die gesamte Unfallforschung. — Auskunft: Institut für die gesamte Unfallforschung, Postfach 113, 7570 Baden-Baden.
22. **Bad Reichenhall:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bad Reichenhall. — Auskunft: Dr. H. Illig, Innere Abteilung I des Städtischen Krankenhauses, Postfach 440, 8230 Bad Reichenhall.
- 23.-25. **München:** Fortbildungsseminar II für praktische Elektrokardiographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 26.-30. **Sonthofen:** Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge. — Auskunft: Frau Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen.
- 26.-30. **Sydney:** 2. Internationaler Kinder-Neurologie-Kongreß. — Auskunft: Deutsche Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
26. 11.-8. 12. **Berlin:** 19. Klinische Fortbildung. — Auskunft: Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.
- 27.-30. **Dresden:** Internationales Symposium „Schutz der Arbeiter vor Lärm“. — Auskunft: Internationales Symposium „Schutz der Arbeiter vor Lärm“, Organisationsbüro, Postfach 105, DDR-8020 Dresden.
30. 11.-1. 12. **München:** 2. Münchener Gefäßchirurgisches Gespräch. — Auskunft: Dr. J. Lange, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.

- 1.-2. **Hennef:** Sportärzte-Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 5.-7. **Baden-Baden:** Hartmannbund-Hauptversammlung '79. — Auskunft: Hartmannbund — Verband der Ärzte Deutschlands e.V., Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2.
- 6.-8. **Bochum:** Tagung der Gesellschaft für Lungen- und Atmungs-forschung. — Auskunft: Geschäftsführung der Gesellschaft für Lungen- und Atmungs-forschung e.V., Institut für Lungenfunktionsforschung, Hundscheidtstraße 12, 4630 Bochum.
- 7.-8. **München:** 7. Klinisch-kardiologisches Wochenend-seminar. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 7.-9. **Hannover:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen (Röntgendiagnostik). — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
- 7.-9. **München:** 13. Internationale Wissenschaftliche Tagung. — Auskunft: Bayerischer Sportärzteverband, Nymphenburger Straße 81/IV, 8000 München 19.
- 7.-9. **Nürnberg:** 30. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Fortbildungsreferat, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 8.-15. **Oberlech/Arlberg:** VII. Fortbildungstage des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V., Landesgruppe Bayern. — Auskunft: Dr. F. Conrad, Marienplatz 2/IV, 8000 München 2.
- 10.-13. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz in der Therapie mit Röntgenstrahlen, Gamma-Bestrahlungsanlagen und beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

Januar 1980

7. 1.- 1.2. **Berlin:** Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 9.-12. **Badgastein:** 14. Internationales Symposium über „Radioaktive Isotope in Klinik und Forschung“. — Auskunft: Professor Dr. R. Höfer, 2. Medizinische Universitätsklinik, Garnisongasse 13, A-1090 Wien.
- 15.-18. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
19. 1.- 2. 2. **Tignes/Frankreich:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzteverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 21.-24. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 23.-26. **Köln:** IV. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
24. **Bad Reichenhall:** Ärztliche Fragen in der Praxis. — Auskunft: Dr. H. Illig, Innere Abteilung I des Städtischen Krankenhauses, Postfach 440, 8230 Bad Reichenhall.
- 25.-27. **Hannover:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen (Röntgentherapie) und beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen (Telecurletherapie, Kontakttherapie). — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
- 26.-27. **München:** 4. Ophthalmologen-Kurs. — Auskunft: Sekretariat Augenklinik Professor Dr. Remky, Arabellastraße 5/XIX, 8000 München 81.
26. 1.- 2. 2. **Oberstdorf:** Skilanglauf- und Eislauf-Seminar für Sportärzte des Bayerischen Sportärzteverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
26. 1.- 9. 2. **Sulden:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzteverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 28.-31. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
28. 1.- 8. 2. **Bad Nauheim:** B-1-Kurs (weiterführender Kurs) der Hessischen Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e.V. — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e.V., Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der **Fa. Progress GmbH, Stuttgart**, 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. Des Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschli. Postzeitungsgebühren und 8% = 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 Wisetzke, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner Jr., 8060 Dechau.

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 gegenständige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

Weihnachtsaufruf für den Hilfsfonds

Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sicher hat die Adventszeit und das Weihnachtsfest viel von der Romantik früherer Jahre verloren. Verloren ging euch die damit verbundene Besinnlichkeit, die gerade uns Menschen dieser hektischen Zeit fehlt.

Zurückgeblieben aber ist doch in vielen die Erinnerung an die Kindertage, in denen dies alles noch etwas ganz Besonderes bedeutete. Die edventlichen Abende im Kerzenschimmer, die uns einstimmten auf das große Ereignis, das mit dem Weihnachtsfest verbunden ist —, das Warten auf die in herrlichem Lichterglanz erstrahlende Heilige Nacht. Dann kam der erwartungsvolle und stimmungsgeladene Gang durch knirschenden Schnee zur Christmette, bei der wir das Geheimnis der Heiligen Nacht aufs neue nicht nur erfahren, sondern euch von ihm zutiefst ergriffen wurden.

Ein freudig erwartetes Attribut dieses Festes war der Gebetstisch, der uns damals auch mit bescheidenen Geschenken echt beglückte.

Diese Erinnerung ist euch in denen geblieben, die heute auf der Schattenseite des Lebens stehen. Während viele von uns überhaupt nicht mehr wissen, was sie noch schenken sollen, oder über welche Geschenke sie sich freuen könnten, gibt es auch in unserer Arztfamilie immer noch viele, die ein so klägliches Leben fristen, daß sie sich über jedes Geschenk freuen würden.

Ihnen, den alt gewordenen Kollegen, die nicht rechtzeitig für ihr Alter vorsorgen konnten oder all ihre Ersparnisse verloren, und Ihren Witwen gilt heute unser Gedenken. De offenbar auch für uns in Anbetracht des Kostendämpfungsgesetzes und

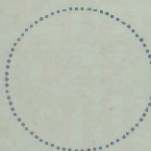
des wirtschaftlichen Abschwunges die letzten Jahre vorüber sind, können wir vielleicht eher wieder Verständnis finden für die, die in Not sind.

Die Mittel unseres Hilfsfonds reichen nicht aus, um über die regelmäßigen Bezüge hinaus noch Sonderzuwendungen bereitzustellen. Durch Ihre Spenden haben wir in den letzten Jahren vielen elten Kollegen und Kollegenswitwen Freude bereiten können. Dies bestätigen uns viele Briefe. Darüber hinaus aber lesen wir in diesen Briefen die tiefe Dankbarkeit, mit der in bewegten Worten zum Ausdruck gebracht wurde, wie wohltuend es empfunden wurde, daß die in Not Geratenen in unserer Arztfamilie erfahren durften, daß ihre Kollegen sie nicht vergessen haben.

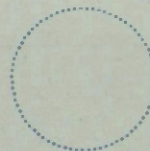
Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie anlässlich dieses Weihnachtsfestes tiefer in Ihre Tasche greifen würden, damit wir wieder vielen Freude bereiten können. Ihre Spende können Sie natürlich steuerlich geltend machen. Die Quittung für das Finanzamt finden Sie auf der Rückseite des Einlieferungsscheines.

Wir wünschen Ihnen eutrichtig, daß Sie ohne große Sorgen Weihnachten feiern können und daß Sie auch in Zukunft ohne wirtschaftliche Sorgen bei guter Gesundheit Ihren ärztlichen Aufgaben nachgehen können und darin Ihre volle Erfüllung finden.

Mit den besten kollegialen Grüßen und Wünschen
Ihre
Dr. Dr. Grebl Dr. Breun
Vorsitzender des Hilfsausschusses Vizepräsident
der Bayerischen Landesärztekammer



DM Pl für Postscheckkonto Nr.
52 52-802
Absender der Zahlkarte



Für Vermerke des Absenders

Weihnachtspende

Postscheckkonto Nr. des Abs.

PSchA Postscheckkonto Nr. des Abs.

Postscheckteilnehmer

Postscheckkonto Nr. des Abs.

Stängerabschnitt
DM Pf

Zahlkarte/Postüberweisung
DM Pf (DM-Betrag in Buchstaben wiederholen)

Die stark umrandeten Felder sind nur auszufüllen, wenn ein Postscheckkontoinhaber das Formbl. als Postüberweisung verw. (Erl. s. R.)

Einlieferungsschein/Lestschrittzettel
DM Pf

Postscheckkonto Nr.
52-802

für
**Bayerische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts**
in
8000 München

Postscheckkonto Nr.
52 52-802
Postscheckamt
München

für Postscheckkonto Nr.
52 52-802 Postscheckamt
Mchn
**Bayerische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts**
in
8000 München

Bestimmungszweck
Weihnachtspende

Ausstellungsdatum Unterschrift

POSTVERMEREK

Mitteilungen an den Empf.



Hinweis für Postscheckkontoinhaber:

Dieses Formblatt können Sie auch als Postüberweisung benutzen, wenn Sie die stark umrandeten Felder zusätzlich ausfüllen. Die Wiederholung des Betrages in Buchstaben ist dann nicht erforderlich. Ihren Absender (mit Postleitzahl) brauchen Sie nur auf dem linken Abschnitt anzugeben.

1. Abkürzung für den Namen Ihres Postscheckamts (PschA) s. unten
2. Im Feld "Postscheckeinnehmer" genügt Ihre Namensangabe
3. Die Unterschrift muß mit der beim Postscheckamt hinterlegten Unterschriftsprobe übereinstimmen
4. Bei Einsendung an das Postscheckamt bitte den Lastschriftzettel nach hinten umschlagen

Abkürzungen für die Ortsnamen der PschA:

Bin W = Berlin West	Kin = Köln
Dtmd = Dortmund	Lshn = Ludwigshafen
Esn = Essen	am Rhein
Frm = Frankfurt	Mchn = München
Nbg = Nürnberg	Nbr = Saarbrücken
Hmb = Hamburg	Sbr = Saarbrücken
Hen = Hannover	Stgt = Stuttgart
Kirh = Karlsruhe	

Bedienen Sie sich der Vorteile eines eigenen Postscheckkontos

Auskunft hierüber erteilt jedes Postamt

Feld für postdienstliche Zwecke

(nicht zu Mitteilungen an den Empf. ben.)

Gebühr für die Zahlkarte (wird bei der Einlieferung bar erhoben)

bis 10 DM 70 Pf

über 10 DM (unbeschänkt) 1,20 DM

Bel Verwendung als Postüberweisung gebührenfrei

Bestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

Weihnachtspende 1979

für Fürsorgefonds der Bayerischen Landesärztekammer

Es wird bestätigt, daß dieser Betrag mildtätigen Zwecken dient und nur zur Unterstützung notleidender Ärzte, Arztwitwen und -waisen verwendet wird.

Diese Spende ist nach Muster 1 zu Anlage 8 zu Abschnitt 111 Abs. 4

ESR steuerlich zu berücksichtigen.

Bayerische Landesärztekammer

Ammerg
Professor Dr. Sewering

Für die Chirurgische Abteilung eines im Bayerischen Krankenhausbedarfsplan vorbehaltlos geförderten Krankenhauses der I. Versorgungsstufe suchen wir einen

Oberarzt

mit abgeschlossener Weiterbildung in Chirurgie. Für die oberärztliche Tätigkeit sind als Schwerpunktaufgaben vorgesehen

**Traumatologie
Chirurgie am Kind.**

Der Stelleninhaber soll befähigt sein, den Chefarzt zu vertreten. Dementsprechend ist die Einstufung nach Vergütungsgruppe Ia BAT sowie die Beteiligung am Honorar-Pool vorgesehen. Die Stelle soll zum 1. 1. 1980 besetzt werden.

Die absolut vertrauliche Behandlung der Bewerbungen wird ausdrücklich zugesichert.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (insbesondere Zeugnisabschriften und Operationskataloge) werden erbeten an

Süddeutsche Klinik-Treuhand GmbH
Mex-Joseph-Str. 7 e, 8000 München 2
z. Hd. Herrn Geschäftsführer Wernick



Landkreis München

An der Anästhesieabteilung des Kreiskrankenhauses München-Perlach ist die Stelle eines(r)

Oberarztes (-ärztin)

zu besetzen.

Als Akutkrankenhaus verfügt das Kreiskrankenhaus München-Perlach (227 Betten) neben der Anästhesieabteilung über die Fachabteilung Innere Medizin und Chirurgie. Die Intensivpflegestation (Behandlungseinheit) wird interdisziplinär geführt. Das Krankenhaus ist ein gemeinsamer Noterdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München beteiligt.

Bei Erfüllen der Voraussetzungen erfolgt die Vergütung bis zu Verg.Gr. I e BAT. Daneben bieten wir alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die Verwaltung des Kreiskrankenhauses München-Perlach, Schmidbauerstraße 44, 8000 München 83, Telefon (0 89) 67 90 11.

Der

Berufsgenossenschaftliche Arbeitsmedizinische Dienst (BAD)

ist bundesweit mit zur Zeit 90 arbeitsmedizinischen Einrichtungen auf dem Gebiet der betriebsärztlichen Versorgung tätig.

Für das Zentrum **REGENSBURG** suchen wir zum frühestmöglichen Zeitpunkt eine(n)

Ärztin / Arzt

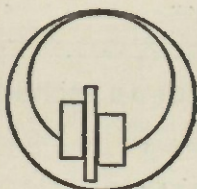
Neben einer der fachlichen Qualifikation voll entsprechenden Dotierung bieten wir sehr gute berufliche Entwicklungsmöglichkeiten. Die Altersversorgung für Ärzte ist vorbildlich.

Die Absolvierung des arbeitsmedizinischen Einführungslehrgangs sowie der Nachweis einer klinisch-internistischen Tätigkeit sind erwünscht.

Interessierte Damen und Herren bitten wir, zunächst schriftlich mit uns Verbindung aufzunehmen. Wir antworten sofort.

Berufsgenossenschaftlicher Arbeitsmedizinischer Dienst

Leitstelle Bayern, z. Hd. Herrn Mayer
Röntgenring 2, 8700 Würzburg





LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OBERFRANKEN UND MITTELFRANKEN

Wir suchen für unsere
Klinik Frankenwarte in Bad Steben/Frankenwald
einen Arzt für Innere Medizin als

klinischen Oberarzt

Gute Kenntnisse in der internistischen Diagnostik einschließlich Röntgen, EKG und speziellen Kreislauf- und Gefäßdiagnostik und Einsatzfreudigkeit sind Voraussetzungen hierfür.

Ferner sind spezielle Kenntnisse und Interesse in der Kardiologie, Angiologie und Rheumatologie sowie an der gesamten physikalischen Therapie einschließlich Balneologie und Hydrotherapie erwünscht.

Die Vergütung erfolgt nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist Übernahme in das Beamtenverhältnis (Laufbahn des höheren Dienstes) möglich.

Die Klinik Frankenwarte ist eine neuzeitliche Rehabilitationsklinik für innere Krankheiten mit Bevorzugung der arteriellen Verschlusskrankheiten, der Nachbehandlung von Infarkt-Kranken sowie aller Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises und aller Stoffwechsellkrankheiten.

Das Haus ist diagnostisch und therapeutisch modern ausgestattet mit großer Röntgenabteilung einschließlich Fernsehkette und Angiographie, großes klinisch-chemisches Labor, Herz-Kreislaufabteilung mit speziellen Untersuchungsmethoden und Lungenfunktionsdiagnostik, Ozzilographie, Phonokardiographie, sowie großer physikalisch-therapeutischer Abteilung einschließlich Balneologie, Hydrologie und Kneippabteilung.

Wir bieten:

- Vertretung des Cheferztes
- Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der Richtlinien
- alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes
- Umzugskosten, Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung
- angenehme Appartements oder Familienwohnungen, Schwimmbad und Sauna im Haus
- preiswerte Voll- oder Teilverpflegung
- Bereitschaftsdienstvergütung nach SR 2 c BAT
- Fortbildungsmöglichkeiten, Kongreßbesuche
- der Cheferzt ist zur Weiterbildung in innerer Medizin für zwei Jahre ermächtigt.

Bad Steben ist ein modernes bayerisches Staatsbad, landschaftlich schön zwischen Hof und Kronach im Frankenwald gelegen und bietet einen hohen Freizeitwert. Höhere Schulen in der nahegelegenen Stadt Naila und in Hof.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse usw.) richten Sie bitte an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Personalreferat, Wittfelbacherring 11, 8580 Bayreuth, Telefon (0921) 607226 oder direkt an den

Cheferzt Leitenden Medizinaldirektor Dr. Presch, Klinik Frankenwarte, 8675 Bad Steben, Telefon (0 92 86) 1057.

Kurklinik für innere Krankheiten unter fachärztlich-internistischer Leitung mit 100 Betten, personell und apparativ gut ausgestattet, sucht zur Überbrückung von Urlaub, Erkrankungen und dergleichen zur gelegentlichen Mitarbeit und nach Absprache von Fall zu Fall

Vertretung für Stationsarzt

möglichst im Rahmen einer längerfristigen, losen Verbindung.

Zuschriften werden erbeten an die Verwaltung der Privatsanatorium Wllessee GmbH & Co., Postfach 309, 8182 Bad Wllessee.

Praktischer Arzt

gegebenenfalls Fecherzt in der Gemeinde Postbauer-Heng, Landkreis Neumarkt i. d. Opf., mitten in Bayern gelegen, gesucht. Praxisräume sind im neuen Geschäftszentrum unmittelbar am Rathaus vorhanden. Postbauer-Heng ist ein bevorzugtes Wohngebiet und liegt 28 km südlich von Nürnberg. Die Gemeinde hat über 5000 Einwohner und ein großes Einzugsgebiet.

Die Miete für die Praxisräume ist 1 Jahr frei.

Näheres im Rathaus, 8431 Postbauer-Heng, Telefon (091 88) 831 oder 832.

LANDKREIS ALTÖTTING

Der Landkreis Altötting (Oberbayern) sucht zum 1. 1. 1981 einen

Chefarzt

für die Chirurgische Abteilung

des Kreiskrankenhauses Altötting

als Nachfolger für den zu diesem Zeitpunkt aus Altersgründen ausscheidenden Stelleninhaber.

Das Krankenhaus verfügt derzeit über 5 Fachabteilungen mit insgesamt 327 Planbetten: Anästhesie, Chirurgie, Geburtshilfe/Gynäkologie, Innere Medizin, HNO. Eine Interne Intensivpflege- und Überwachungseinheit mit 5 Betten ist vorhanden. Für einen Neubau mit 400 Betten, in dem auch die Fachabteilungen Pädiatrie, Orthopädie, Urologie und Radiologie untergebracht werden, ist der Architektenwettbewerb im Gange.

Die Chirurgische Abteilung umfaßt derzeit 135 Betten, eine große Notfall- und DA-Ambulanz einschließlich § 6-Fälle und kassenärztlicher Überweisungspraxis.

Erwartet wird ein Arzt mit umfassenden Kenntnissen in der großen allgemeinen Chirurgie, der Kinderchirurgie und der Unfallchirurgie sowie mehrjähriger Tätigkeit in verantwortlicher Position an einem größeren Krankenhaus. Außerdem sind die Voraussetzung für den D-Arzt und die persönliche Voraussetzung für die Zulassung für das BG-Verletzungsartenverfahren notwendig.

Die Anstellung erfolgt nach Vergütungsgruppe I BAT mit Zulage zur Altersversorgung und Liquidationsrecht bei Wehleistung.

Der derzeitige Stelleninhaber soll den Nachfolger in den Aufgabenbereich einführen. Eine Tätigkeit am Kreiskrankenhaus Altötting in nachgeordneter Eigenschaft für die Dauer von ca. sechs Monaten ist daher erwünscht.

Altötting (ca. 11000 Einwohner) ist eine Kreisstadt am Rande des Voralpengebietes. Sämtliche weiterführende Schulen befinden sich am Ort. Nach München, Passau und Salzburg bestehen sehr günstige Verkehrsverbindungen.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Nachweisen über die Ausbildung und bisherige Tätigkeit erbeten bis 15. 12. 1979 an das

Landratsamt, Bahnhofstraße 38, 8262 Altötting

Der Landkreis Regen sucht zum 1. Januar 1980 oder später einen

Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Viechtach.

Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe I/II b BAT. Daneben werden Bereitschaftsdienstvergütung (Stufe D) und alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen, einschließlich zusätzlicher Alters- und Hinterbliebenenversorgung gewährt. Bei Vorliegen der tariflichen Voraussetzungen wird Umzugskostenvergütung zugesagt.

Viechtach, das in landschaftlich schöner Gegend des Bayer. Waldes liegt, ist staatlich anerkannter Luftkurort mit vielfältigen Sportmöglichkeiten und verfügt über ein modernes Schulzentrum mit Gymnasium (meth.-naturw. und wirtschaftsw. Zweig) und Realschule für Knaben und Mädchen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten, an die Personalverwaltung des Landratsamtes, 8370 Regen, Schulgasse 2. Auskünfte erteilt Chefarzt Dr. med. Robert Trojan, Telefon (099 42) 13 01.

Die Behandlung v. Hautleiden u. -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Cruste lectae, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Traumen und Ulcere mit

BEFELKA-ÖL

ist von überzeugender Eindringkraft

Zus.: Öl. Hyperic 10 g, Öl. Celend. 5 g,

Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl.

Viol. tric 3 g, med. Weißöl 76 g, Arom.

Ärztemuster durch: 50 ml DM 5,53, 100 ml DM 9,63 200 ml DM 18,57

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Osnabrück