



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Januar 1989

Zur Kenntnis genommen:

Ein Ausblick auf das soeben begonnene Jahr 1989 kann nur mit einem Blick auf das „Gesundheits-Reformgesetz (GRG)“ eingeleitet werden, das am 1. Januar in Kraft getreten ist. Es ist ein Gesetz, das wie kaum eines seiner Vorläufer – ich meine die Kostendämpfungsgesetze – in der politischen und parlamentarischen Diskussion so heftig umstritten war. Bundesarbeitsminister Blüm sprach von der Rettung der gesetzlichen Krankenversicherung, die Sozialdemokraten von einer Kette von Gemeinheiten. Aus Ärzte- und Zahnärztekreisen hagelte es Proteste, die Krankenkassen, die Arbeitgeber und die Gewerkschaften äußerten ihre Unzufriedenheit oder ihren Unmut. Alles mündete ein in den gemeinsamen Ruf: „Weg mit dem Gesetz!“, aber dem aufmerksamen Beobachter konnte nicht entgehen, daß die Motive sehr unterschiedlich bis gegensätzlich waren. Darauf habe ich schon im vergangenen Jahr hingewiesen.

Jetzt gilt es, das Gesetz auszuführen, in die Realität umzusetzen, den gesetzlichen Rahmen mit der Fülle von Verordnungen, Richtlinien und Verträgen auszufüllen, die das Gesetz von den dafür Zuständigen verlangt. Daraus ergibt sich als erstes, daß viele der neuen Bestimmungen des Gesetzes am 1. Januar nicht in Kraft treten konnten, weil die Arbeit des „Ausfüllens“ erst beginnen kann. So muß der Versicherte zwar ab Jahresanfang für jedes Medikament 3,- DM zuzahlen, aber die Festbeträge für Arzneimittel, eine völlig neue Erfindung des Hauses Blüm, gibt es noch nicht. Für Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr entfällt übrigens diese Zuzahlung auch weiterhin. Bittere Überraschungen wird es für Versicherte geben, wenn sie – aus welchen Gründen auch immer – wie bisher gewohnt mit dem Taxi in die Praxis ihres Arztes fahren, um dann zu erfahren, daß die Kosten dafür aus der eigenen Tasche zu bezahlen sind. Aber selbst bei einer Einweisung zur stationären Behandlung in das Krankenhaus werden diese Kosten nur übernommen, soweit sie 20,- DM übersteigen. Selbst bei Rettungseinsätzen oder Krankentransporten bleiben die ersten 20,- DM am Versicherten hängen. Gerade bei Taxi-

fahrten habe man einen erheblichen Mißbrauch festgestellt, so hört man. Freilich, wenn der Versicherte in seiner Eigenschaft als Patient angeblich nur mit dem Taxi zum Arzt fahren kann, am gleichen Tag aber, um zum Einkaufen zu fahren, die öffentlichen Verkehrsmittel benutzt, ist dieser Einwand verständlich.

Natürlich gibt es Sonderregelungen für „Härtefälle“, die von jeder Zuzahlung befreit werden können, und auch eine „Belastungsgrenze“ für alle übrigen Versicherten. Bis zur Beitragsbemessungsgrenze – dies ist zugleich die Pflichtversicherungsgrenze – muß der Versicherte bis zu zwei Prozent des Bruttoeinkommens zuzahlen, bei Höherverdienenden bis vier Prozent. Auf die komplizierten Berechnungsmodalitäten, die sich auch durch die Einbeziehung der mitversicherten Angehörigen ergeben, kann ich hier nicht eingehen. Die Krankenkassen werden damit ihre liebe Not haben, die Versicherten – soweit sie nicht als Härtefälle anerkannt werden – müssen fleißig Quittungen sammeln, vor allem in der Apotheke, um nachzuweisen, wann sie die „Belastungsgrenze“ erreicht haben. Dann erhalten auch sie eine „Freistellung“ von der Zuzahlung. Die Computer bei den Krankenkassen und die Registrierkassen bei den Apothekern werden mit neuen Programmen gefüttert.

Prävention und Rehabilitation sollen nach dem GRG einen hohen Stellenwert erhalten. Alle zwei Jahre soll es eine „Gesundheitsuntersuchung“ für Versicherte geben, die das 35. Lebensjahr vollendet haben. Sie soll der Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit dienen. Jährlich einmal besteht weiterhin Anspruch auf die schon bisher angebotene Früherkennungsuntersuchung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern. Man kann gespannt darauf sein, ob diese Untersuchungen in Zukunft besser angenommen werden als bisher. Unsere Erfahrungen stimmen keineswegs hoffnungsvoll. Man wird sich auch realisierbare Modelle für solche

„Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen“ einfallen lassen müssen. Ob unsere Mitbürger dann – bei Feststellung von Risikofaktoren – bereit sind, ihre Lebensweise zu ändern, ist eine weitere, sehr berechnete Frage.

Die Unterstützung der häuslichen Pflege bei Schwerpflegebedürftigen halte ich für eine positive Zielsetzung des Gesetzes. Dafür sollen jedes Jahr sechs bis sieben Milliarden DM aufgewendet werden. Die Einbeziehung erster Schritte einer Pflegeversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung hat auch bei ärztlichen Mandatsträgern Kritik ausgelöst. Sie sehen darin nur eine „Verschiebemaßnahme“ zugunsten der kommunalen Träger der Sozialhilfe und meinen, dies müsse außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt werden. Diese Meinung teile ich nicht. Die häusliche Pflege ist die unverzichtbare Ergänzung einer guten hausärztlichen Betreuung von Menschen, die zwar nicht mehr geheilt werden können, deren letzter Lebensabschnitt, mag er auch lange sein, so gut und familiennah wie möglich gestaltet werden sollte. Freilich, man könnte sich auch eine rein private Pflegeversicherung für jeden Bürger vorstellen. Dies zu realisieren, würde einen langen sozialpolitischen „Atem“ erfordern. Wahlperioden sind dafür sicher zu kurz.

Was ändert sich für den Kassenarzt und seine Vertretung, die Kassenärztliche Vereinigung? Als erstes ist festzuhalten, daß der Sicherstellungsauftrag unverändert bleibt. Auch die Modelle der vertraglichen Beziehungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen bleiben die gleichen. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat umfangreiche Aufgaben zu erledigen. Die von ihm zu erlassenden Richtlinien reichen von der ärztlichen Behandlung über Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft, neue Untersuchungs- und Heilmethoden, Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bis zur Bedarfsplanung sowie dem bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten. Die Umsetzung erfolgt durch den Landesausschuß, den Zulassungsausschuß oder die Kassenärztliche Vereinigung. Bundesmantelvertrag und Gesamtverträge auf Landesebene sind wie bisher abzuschließen.

Auch die gesetzlichen Vorschriften über die Gesamtvergütung, ihre Berechnung und die dazu notwendigen Vereinbarungen haben sich nicht geändert. Verschärft hat der Gesetzgeber allerdings die Vorschriften über die Transparenz der Abrechnung des einzelnen Kassenarztes, also über die Art und Weise der Prüfung der kassenärztlichen Abrechnungen. Neben der bisher üblichen Prüfung

wird die „Stichprobenprüfung“ mit Plausibilitätskontrolle eingeführt. Inhalt und Umfang dieser Prüfung sind allerdings erst noch durch die Vertragspartner zu vereinbaren. Es besteht also die Chance, der Vernunft eine Gasse zu schlagen. Damit wir uns recht verstehen: Niemand will Kassenärzte, die unkorrekt abrechnen, schonen. Es muß aber sehr entschieden gefordert werden, durchaus diskussionswürdige Meinungsverschiedenheiten über „Wirtschaftlichkeit“ klar zu trennen von der Unkorrektheit einer Abrechnung. Aufgabe der von uns mit solchen Verhandlungen betreuten Kassenärzte wird es sein, mit Sachkunde, Objektivität und Rückgrat zu urteilen und, wenn nötig, den einzelnen Kassenarzt in Schutz zu nehmen. Die Therapiefreiheit des Arztes muß geschützt, Gebührenordnungsakrobatik verhindert werden.

Sorgen bereitet mir die im Gesetz vorgeschriebene „Vereinbarung von Richtgrößen“ für das Volumen verordneter Leistungen, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln. Nachdem es sich hier um prospektive Aussagen handelt, ist die besondere Verantwortung der Vertragspartner gefordert, wenn der unverzichtbare therapeutische Freiraum des einzelnen Kassenarztes nicht gefährdet werden soll. Dabei muß allerdings auch vom Kassenarzt gefordert werden, daß er seine Verordnungen in eigener Verantwortung nicht nur auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit überdenkt, sondern auch darüber nachdenkt, ob das verordnete – manchmal recht teure – Medikament überhaupt eine nachgewiesene oder objektivierbare Wirkung hat. In Bayern haben wir ja die individuelle Arzneiberatung schon seit längerer Zeit eingeführt. Das anfängliche „Borstensträuben“ hat sich gelegt. Der Grundsatz „Beratung statt Regreß“ hat sich herumgesprochen. Er hat inzwischen im GRG Gesetzesrang erhalten. Ich erhoffe mir Fortschritte. Wir müssen eine Bremsung der Ausgaben für Arzneien erreichen. Die Kassen können jede Beitragsmark nur einmal ausgeben.

Von allen Seiten wird auch Kritik geäußert, weil das GRG zu wenig einschneidende Maßnahmen im Krankenhausbereich vorsieht. Ein Drittel der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung fließen ja bekanntlich in die Krankenhausbehandlung. Ich teile die Meinung, daß mehr „Durchleuchtung“ sinnvoll wäre.

Es läßt sich aber auch nicht widerlegen, daß Krankenhauskosten eingespart werden könnten, würden Patienten nicht unnötig vom niedergelassenen Arzt in das Krankenhaus eingewiesen. Vieles an Diagnostik und Therapie ließe sich ambulant erledigen, wenn der gute Wille vorhanden wäre. Ein Arzt, der eine Pneumonie in das Krankenhaus einweist, weil ihm Hausbesuche unbequem sind, oder einen Patienten ohne akute Symptomatik „z. B. Ober-

Wir machen den Weg frei

**Thema:
Vorsorgesparen**
Unabhängigkeit für die
Familie und die Kinder.
Lebensqualität im Al-
ter. Wer vorausschau-
t, erkennt den Wert un-
eeres Vorsorgepar-
plane: Er läßt sich ab-
stimmen auf Ihre per-
eönlichen Ideen und
finanziellen Möglich-
keiten.



Volksbanken Raiffeisenbanken

bauch“ stationär abklären läßt, weil er nicht an den niedergelassenen Gebietsarzt überweisen will, verstößt gegen elementare Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und das Notwendigkeitsgebot ärztlicher Versorgung.

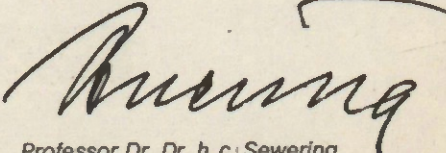
Erwähnt werden soll auch noch der Abschnitt „Erprobungsregelungen“ im GRG. Das bisherige Privileg der Ersatzkassen, ihren freiwilligen Mitgliedern Kostenerstattung einzuräumen, wird nun auf alle Kassen ausgedehnt mit der Maßgabe, daß die Satzung der Kassen festlegt, welche Gruppen von Versicherten gemeint sind. Man wollte wohl schamhaft nicht die „Freiwilligen“ im Gesetz nennen. Die „Kleinen“, also die Pflichtversicherten, würden davon wohl ohnedies keinen Gebrauch machen. Das Gesetz spricht von einem Abschlag vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende(!) Wirtschaftlichkeitsprüfung. Und so etwas in der gesetzlichen Krankenversicherung? Nicht weniger merkwürdig ist der Modellversuch einer „Beitragsrückerstattung“. In jedem Landesverband muß sich eine Kasse dafür opfern. Wer im Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen hat, soll einen vollen Monatsbeitrag ausbezahlt bekommen. Ich sehe darin – neben dem unvermeidbaren Verwaltungsaufwand – einen groben Verstoß gegen das Solidarprinzip. Die Kassen sind darauf angewiesen, daß etwa ein Drittel ihrer Versicherten keine oder fast keine Leistungen in Anspruch nimmt und ihre Beiträge das Defizit bei den Älteren, vor allem der Rentnerkrankenversicherung, decken. Dies wird – jedenfalls teilweise – durch die Rückerstattung eines Monatsbeitrages gefährdet. Von den zusätzlichen Verwaltungskosten der betroffenen Krankenkasse gar nicht zu reden. Diese Kasse muß von vorneherein und ja von jedem Versicherten alle Leistungen erfassen, um festzustellen, welche Versicherten keine solchen in Anspruch genommen haben.

Es ist an dieser Stelle nicht möglich, auf alle Bestimmungen des GRG einzugehen. Es soll auch nur eine Auswahl sein. Die Kassenärzte werden oder wurden bereits über weitere Einzelheiten unterrichtet. Die Information wird natürlich fortgesetzt.

Eine Episode der Gesetzgebung, also der Beratungen im Deutschen Bundestag, muß ich hier noch darstellen, weil sie mir – trotz langer Erfahrung – einen neuen Einblick in die Politik und wie sie gemacht wird, vermittelt hat. Wie schon bisher, waren auch im Entwurf des GRG die Beratungen zur Empfängnisverhütung einschließlich der Verordnung empfängnisregelnder Mittel sowie Sterilisation und der „nicht-rechtswidrige“ Schwangerschaftsabbruch als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten. Man fand in den Anfangsentwürfen die entsprechenden Vorschriften sowohl im Abschnitt „Leistungen bei Schwan-

gerschaft und Mutterschaft“ als auch in Paragraph B1 „Kassenärztliche Versorgung“. Hier stand zu lesen: „Die kassenärztliche Versorgung umfaßt die . . . 10. Ärztlichen Maßnahmen zur Empfängnisregelung, bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation“. Unter der Überschrift „Beschlüsse des 11. Ausschusses“ (gemeint ist der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung) steht später dann neben diesen Paragraphen jeweils in Fettdruck das Wort „entfällt“. Was war geschehen? Eine nicht ganz kleine Gruppe von Abgeordneten in der Fraktion der CDU/CSU hatte rebelliert und erklärt, sie würde dem Gesetz nicht zustimmen, wenn der Schwangerschaftsabbruch nicht gestrichen werde. Auf so viele Stimmen zu verzichten, wäre riskant gewesen. Also wurde gestrichen. Wer daraus den Schluß zöge, der Schwangerschaftsabbruch sei nun (endlich) keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung mehr, irrt sich gewaltig. Es gibt nämlich noch einen zweiten Teil „Änderung weiterer Gesetze“. Dort ist aufgeführt, welche Paragraphen der guten alten „Reichsversicherungsordnung“ (RVO) außer Kraft treten. Es sind deren sehr viele. Nur zwei bleiben unter anderem in Kraft: Die Paragraphen 200 e und 200 f. Sie regeln „Die ärztliche Beratung zur Empfängnisregelung“ und „Leistungen bei nicht-rechtswidriger Sterilisation und bei nicht-rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch“. Es bleibt also alles beim alten, aber diejenigen, die nicht zustimmen wollten, fühlten sich von ihren Gewissensnöten befreit. Politische Scheinheiligkeit oder nur „kluge Taktik“? Ich lasse es dahingestellt. Mag sein, daß Politik nicht anders zu machen ist. Man spricht nicht umsonst von Politik als der „Kunst des Möglichen“.

Lassen Sie mich zum Abschluß nur eines nochmals festhalten: Mit dem GRG müssen wir leben und wir werden alles tun, Nachteile von den Kassenärzten abzuwenden. Das „Gesundheits-Reformgesetz“ bringt Belastungen, aber es ist nicht entscheidend für das Schicksal der deutschen Ärzte. Im Mittelpunkt unserer Sorge steht die Flut der jungen Ärzte, für die es keine Aufgaben, keine Beschäftigung gibt. Der Leidensweg beginnt mit den fehlenden Arbeitsplätzen für mehr als die Hälfte des ärztlichen Nachwuchses. Er setzt sich fort in der Überfüllung der Kassenpraxis mit immer weniger Patienten pro Arzt und einer immer mehr abbröckelnden Existenzmöglichkeit. Es ist schon ein Fortschritt, daß dies wenigstens jetzt von den Politikern gesehen wird. Eine Lösung ist aber leider nicht in Sicht. Wir werden noch lange auf das „Licht am Ende des Tunnels“ warten müssen.



Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

Kontroversen in der Beurteilung und Behandlung des Mammakarzinoms

79. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. R. Bässler, Fulda:

Der heutige Stand pathologisch-anatomischer Beurteilung

Vor ein bis zwei Jahrzehnten galt die Halsted-Rotter-Radikaloperation als Standardmethode für die primäre Therapie des Mammakarzinoms. Die intensive Erforschung der die Prognose bestimmenden Faktoren und auch eine neue Einschätzung der besonderen psychosozialen Situation der krebserkrankten Frau haben seitdem zu neuen therapeutischen Konzepten geführt mit eingeschränkten Operationen. Dabei kommt der histopathologischen Diagnostik der Mammakarzinome eine besondere Bedeutung zu. Neben der Klassifikation des Tumors stehen die Abschätzung des Malignitätsgrades, die Lokalisation und Ausdehnung im Operationspräparat und in den Lymphknoten im Vordergrund der Aussagen, die zugleich eine prognostische Bewertung beinhalten. Die wichtigsten prognostischen Faktoren sind Tumorgroße, axilläre Lymphknotenmetastasierung, Tumortyp und histo- sowie zytopathologisches Grading.

Für eine zuverlässige Diagnose des Pathologen sind exakte Angaben des Kliniklers unerlässlich. Der Pathologe braucht Orientierungshilfen, um Lokalisation und Ausdehnung der Tumoren festzulegen. Auch die Entnahme der axillären Lymphknoten muß in den als Level bezeichneten unterschiedlichen Lymphknotenregionen der Achselhöhle angegeben werden.

Für die postoperative Beurteilung verwendet man die pT NM-Klassifikation aufgrund der makroskopischen und histopathologischen Untersuchungen des Tumors, der in drei Dimensionen gemessen wird. pT1-Tumoren haben einen Durchmesser bis 19 mm, pT2-Tumoren von 2 bis 5 cm, größere sind pT3-Tumoren. Die Zahl der Lymphknotenmetastasen in der Axilla hat Beziehung zur Größe des Primärtumors, wobei hervorzuheben ist, daß auch bei Karzinomen bis zu 9 mm Durchmesser in 18 bis 27 Prozent Lymphknotenmetastasen beobachtet worden sind. Von großer Bedeutung ist, daß 90 bis 95 Prozent aller invasiv wachsenden Karzinome

auch heute noch größer als 1 cm sind, bevor sie diagnostisch erfaßt werden. Die Tumorgroße hat eine besondere Bedeutung für die Indikation der eingeschränkten Operationen. Die von der Deutschen Gesellschaft für Pathologie diskutierten Ausschlußkriterien für eingeschränkte Operationen sind: Tumorgroße über 2 cm (pT2), diffus wachsende Karzinome, randbildende unvollständig entfernte Karzinome, multizentrische Karzinome, eine fehlende periphere Sicherheitszone, ein hoher Malignitätsgrad und auch begleitende Karzinomstrukturen, wie zum Beispiel intraduktale Komponenten.

Eine Abschätzung des Malignitätsgrades eines Tumors (Tumor-Grading) beruht auf der Bewertung von einer Ausbildung tubulärer Strukturen im Tumor, einer Iso- oder Pleomorphie oder Hyperchromasie der Zellen, wonach mehrere Gruppen eingeteilt werden, die eine Korrelation zur Prognose erlauben.

Dieses Verfahren korreliert mit den Ergebnissen der Östrogenrezeptoruntersuchungen, daß heißt mit dem Differenzierungsgrad der Tumorzellen. Der prognostisch wichtigste Faktor für die Beurteilung des Mammakarzinoms ist der Lymphknotenstatus. Man unterscheidet Mikrometastasen bis zu einem Durchmesser von 2 mm und Makrometastasen, deren topische Verhältnisse in der Axilla am besten nach den von Berg angegebenen Level I, II und III zu beurteilen sind. Es ist zu empfehlen, die Axilla nach diesen drei topischen Gesichtspunkten zu operieren und dem Pathologen jeweils die einzelnen Lymphknotengruppen aus diesen Regionen getrennt zu übersenden. Zur Bewertung der Metastasen ist zu sagen, daß Makrometastasen infolge der höheren Rezidivrate mit einer ungünstigeren Prognose belastet sind. Karzinome ohne oder mit einzelnen Mikrometastasen haben im allgemeinen dieselbe Prognose, die besser ist als beim Vorliegen einer Makrometastase.

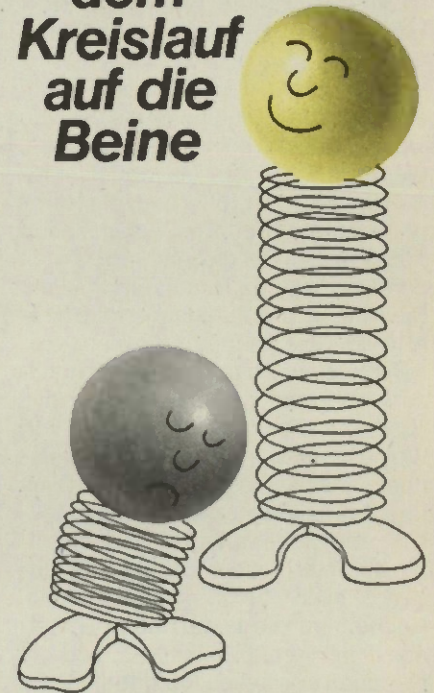
Die Beziehungen zwischen Lymphknotenmetastasierung und Prognose besagen, daß die 5-Jahres-Überlebenszeit um die Hälfte vermindert

Verladyn® - Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 1,0 mg Dihydroergotaminmesilat, 1 ml Lösung (20 Tropfen) enthält: 2,0 mg Dihydroergotaminmesilat. **Anwendungsgebiete:** Hypotone und orthostatische Kreislaufregulationsstörungen, vaskuläre Kopfschmerzen, Migräne, Wetterfühligkeit. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Mutterkornalkaloiden. **Vorsicht** bei unzureichender Durchblutung der Herzkranzgefäße und bei Bluthochdruck. Erste drei Schwangerschaftsmonate. Ab dem vierten Schwangerschaftsmonat bei strenger Indikationsstellung. **Warnhinweis:** Lösung enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Nebenwirkungen:** Selten Übelkeit, Erbrechen, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen oder allergische Hautreaktionen (Hautodem, Hautjucken, Hautausschlag). **Warnhinweis:** Bei zu langer und zu hoch dosierter Anwendung kann es bei individueller Überempfindlichkeit zu Taubheitsgefühl in den Fingern und Zehen oder Kältegefühl in Händen und Füßen sowie Muskelschmerzen in Armen und Beinen kommen. Das Präparat ist dann abzusetzen.

Verladyn®

Dihydroergotaminmesilat

hilft
dem
Kreislauf
auf die
Beine



NEU von VERLA
20 Tabl. N1 6.65
100 Tabl. N3 27.45
25 ml Lsg. 9.95
100 ml Lsg. 32.30



Verla-Pharm
Arzneimittelfabrik
8132 Tutzing

wird, wenn mehr als vier Lymphknotenmetastasen in der Axilla vorliegen. Unter diesen Bedingungen fällt die 10-Jahres-Überlebenszeit von 38 Prozent auf 13 Prozent.

Professor Dr. H. Schöndorf,
Offenbach:

Was leistet die Punktionszytologie?

Im Rahmen der Beurteilung des Mammakarzinoms bietet die Punktionszytologie heute folgende Möglichkeiten:

- Eine absolut sichere Dignitätsaussage bei etwa 80 Prozent aller Karzinome,
- eine präoperative prognostische Aussage bei Karzinomen durch DNS-Messungen oder Kernflächenbestimmung,
- die Möglichkeit einer Rezeptoranalyse aus aspiriertem Material.

Bei 80 Prozent aller Karzinome ist die zytologische Dignitätsaussage so sicher wie die histologische, wobei die drei wichtigsten Malignitätskriterien die Kernvergrößerung, die Kernpolymorphie und die Dissemination der Kerne ist. Bei dieser Gruppe 4 mit der Beurteilung „Tumorzellen“ – die Beurteilung des Punktats erfolgt heute in vier Gruppen – könnte man theoretisch eine Ablatio ohne Schnellschnitt durchführen, falsch positive Fälle kommen praktisch nicht vor. Weniger als zwei Prozent aller Karzinome finden sich in der Gruppe 2 mit der Beurteilung „zweifelhafte Zellbildung“; die Ursache liegt oft in zu spärlichem Material oder zu dicht liegenden Zellen bei Zellverklumpung. Hochdifferenzierte Karzinome, Karzinome mit wenig Zellkernen, wie bei manchen szirrhösen Karzinomen, sowie Gallertkarzinome finden sich in der Beurteilungsgruppe 3 „Verdacht auf Tumorzellen“.

Folgende Vorteile werden im Einsatz der Punktionszytologie im Bereich der bösartigen Brustdrüsenveränderungen gesehen:

- In der Möglichkeit einer präoperativen Aufklärung der Patientin über das Karzinom bzw. Sarkom,
- in der Möglichkeit einer besseren Narkose- und Operationsplanung,
- bei inadäquater Gewebentnahme durch den Operateur und nachfolgender negativer Schnellschnittdiagnose die Notwendigkeit, weiter

nach dem vom Karzinom befallenen Areal zu suchen,

- bei negativem Schnellschnitt und positivem zytologischen Ergebnis den Pathologen zu weiterem Suchen zu veranlassen,

- bei primär inoperablen Karzinomen die Zytostatikatherapie aufgrund der zytologischen Beurteilung zu beginnen,

- in der Möglichkeit der zytologischen Sicherung von Rezidivtumoren und Metastasen in Zusammenhang mit einem Mammakarzinom,

- in der Möglichkeit einer individuellen präoperativen prognostischen Aussage über den Malignitätsgrad des Karzinoms,

- unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, bei sicherer positiver Aussage der Punktionszytologie auf eine Schnellschnittdiagnose zu verzichten und die Ablatio aufgrund der Beurteilung des Zytologen durchzuführen.

Von großer praktischer Bedeutung ist heute die prognostische Beurteilung des Mammakarzinoms, wobei sich das System von Bloom und Richardson als zweckmäßig erwiesen hat. Dieses Tumor-Grading registriert mehrere histologische und zytologische Merkmale. Das Punktat erlaubt, unter optisch sehr günstigen Bedingungen den zytologischen Teil des Grading zu übernehmen und die histologische Beurteilung zu ergänzen. Offensichtlich besteht ein enger Zusammenhang zwischen Kerngröße, Kernpolymorphie und Prognose. Unterscheidet man drei Gruppen mit kleinen, mittleren und größeren Kernen, so zeigt sich mit der Zunahme der Kerngröße eine höhere Mortalitätsrate. Durch eine derartige Stadieneinteilung kann die Prognose und damit die differenzierte Behandlung des Mammakarzinoms bestimmt werden.

Dr. G. Müller, Tübingen:

Hinweise für die klinische Untersuchung

Die klinische Untersuchung der Brust ist eine ausgesprochen subjektive Angelegenheit von individuell sehr unterschiedlichen Patienten. Die Untersuchung hat deshalb aber nicht nur grob orientierend ausgeführt zu werden; sie hat trotz ihrer sicherlich hohen Fehlerrate eine wesentliche Funktion, sie bringt Patienten in vie-

len Fällen zu einer weiteren Diagnostik, zum Beispiel dem bildgebenden Verfahren.

Anamnestisch von Bedeutung ist die Vorbelastung in der Familie, auch haben Nullipara ein erhöhtes Erkrankungsrisiko, wie auch Patientinnen mit hormonellen Zyklusstörungen und früher Menarche.

Die klinische körperliche Untersuchung der Mamma bedeutet Inspektion und Palpation der Brustdrüse, ihrer Ausläufer Richtung Axilla, ihrer venösen und lymphatischen Abflusbahnen einschließlich der bekannten Lymphknotenstationen. Die Zeit der Untersuchung sollte zum Informationsgewinn genutzt werden, indem man beispielsweise fragt: „Haben Sie sich regelmäßig selbst untersucht und dabei im Spiegel betrachtet? Ist Ihnen eine Veränderung an der Brust aufgefallen?“

Man beginnt die Untersuchung an der stehenden oder sitzenden Patientin und achtet dabei auf die äußere Form der Brust, die Größe und Symmetrie sowie auf Erscheinungen der Haut, das heißt Kolorit, Gefäßzeichnung sowie Unterschiede zur anderen Seite. Man inspiziert den Warzenkomplex und fordert zum Armheben auf. Dabei achtet man genau auf die entstehenden Asymmetrien, Hauteinziehungen, Fixierungen von Hautarealen oder Einziehungen der Warze. Auch äußere Veränderungen der Haut der Axilla und der supraklavikulären Region sind bei der Inspektion zu beachten, bevor man zur Palpation übergeht.

Die Technik der Untersuchung hängt auch von der Größe der Brust ab. Große schwere Brüste sind im Stehen häufig schlecht zu beurteilen, aber auch eine zarte Brust sollte man an der liegenden Patientin untersuchen.

Tastbar sind Dichteunterschiede des Fettdrüsenkörpers, Knotenbildungen, Stränge, Verdichtungen, unterschiedliche Gewebeformationen, Tumoren, Zysten, Abszesse, Infiltrate, phlegmonöse Entzündungen, Fibrome, Lipoma und Narben. Außerdem sind Lymphknoten und gelegentlich Lymphstränge tastbar. Nicht nur infiltrierte Lymphknoten bei Mammatumoren können dabei auffallen, sondern es gibt auch genügend andere Primär- und Sekundärerkrankungen, die Veränderungen der Axilla-Lymphknoten verursachen.

Die Palpation der Mamma erfolgt zwischen dem Daumen und dem zweiten und dritten Finger, man kontrolliert bewußt der Reihe nach die vier einzelnen Quadranten. Besonders der obere äußere ist dabei sehr sorgfältig zu befunden, da Drüsenausläufer und dementsprechend Erkrankungen der Mamma bis in die Axilla reichen können. Es folgt dann die Untersuchung der Axilla selbst, wobei zunächst die subpektorale Region bis an die tiefe Gefäßachse abzusuchen ist. Adipöse Patienten bieten nicht nur schwierige Bedingungen bei der Palpation der Brust selbst, sie sind auch insbesondere hinsichtlich ihrer Axillen schwer zu beurteilen. Die supraklavikuläre Region hingegen ist bei allen Patienten relativ leicht zu beurteilen. Die Untersuchung der Brust bei der stehenden Patientin führt man bei locker hängenden Armen durch; bei der Untersuchung der Axilla hingegen fordert man die Patientin auf, beide Hände auf die Hüften zu stützen, jedoch ohne Kraft, da sonst durch das Abstemmen des Latissimusmuskels die Axilla wieder verkleinert wird.

Bei der Untersuchung der supraklavikulären Region läßt man die Arme seitlich locker hängen. Ein Anheben der Arme bei seitlicher Abduktion um etwa 45 Grad erleichtert die Beurteilung bei tastbaren Befunden hinsichtlich einer Verschieblichkeit auf der Thoraxwand, da die Pektoralismuskulatur dadurch angespannt wird und die Verschieblichkeit von Mammagewebe darüber deutlich zu erfahren ist.

*Professor Dr. Elsa Heidemann,
Stuttgart:*

Adjuvante Chemotherapie beim Mammakarzinom

Experimentelle Modelle und klinische Beobachtung zeigen eine umgekehrte Beziehung zwischen Tumormasse und Heilbarkeit. Hierfür können mehrere Gründe angeführt werden:

- Bei großen Tumoren ist die Diffusion von Medikamenten ins Zentrum nicht gewährleistet. Dadurch wird nicht die volle zytozide Dosis wirksam.
- Bei großer Tumormasse sind die körpereigenen Abwehrmechanismen gestört.
- Der durch die große Tumormasse schwerkranke Mensch toleriert volle Zytostatikadosen weniger gut.

- Bei großer Tumormasse befindet sich ein großer Anteil der Zellen in der Go-Phase und entzieht sich damit dem Angriffspunkt vieler Zytostatika.

- Je größer die Tumormasse, desto höher ist der Anteil an chemotherapieresistenten Zellen. Daraus resultiert die Forderung, so früh wie möglich die wirksamste Kombinationschemotherapie in voller Dosis anzuwenden.

Aufgrund solcher Beobachtungen kann nach Entfernung sämtlicher erfaßbarer Tumormanifestationen die Heilungschance durch eine Chemotherapie erhöht werden (adjuvante Chemotherapie). In verschiedenen Studien konnte für Patientinnen mit Mammakarzinom ein Überlebensvorteil durch adjuvante Chemotherapie gezeigt werden. Dabei ergaben sich folgende Grundsätze:

1. Kombinationstherapie ist der Einfachtherapie überlegen.
2. Frühzeitiger Therapiebeginn nach der Operation ist entscheidend. Wurde zum Beispiel die Behandlung mit Cyclophosphamid nicht perioperativ, sondern zwei bis vier Wochen später begonnen, konnte kein Überlebensvorteil gegenüber der Kontrollgruppe beobachtet werden (Nissen-Meyer, 1984). Die notwendige Dauer der Behandlung ist noch unklar, mehr als sechs Zyklen sind offenbar nicht notwendig.
3. Dosisreduktion vermindert den therapeutischen Gewinn; auch die Dosisintensität, das heißt die Dosis, die pro Zeiteinheit appliziert wird, ist wichtig.
4. Nicht jede Patientin profitiert von der adjuvanten Chemotherapie. Daher müssen prognostische Kriterien berücksichtigt werden. Da die Lebensqualität durch die adjuvante Chemotherapie erheblich beeinträchtigt werden kann, dürfen nur Subgruppen behandelt werden, die einen Vorteil bezüglich Überlebensdauer oder zumindest bezüglich rezidivfreier Zeit gegenüber Kontrollgruppen gezeigt haben.

Die in den letzten Jahren mancherorts geforderte „aggressivere Therapie“ für Patientinnen mit mehr als vier befallenen Lymphknoten kann nicht generell empfohlen werden, da es keine randomisierten Studien gibt, die einen Vorteil dieser Behandlung belegen, die Lebensqualität aber stärker beeinträchtigt wird.

Der in den letzten Jahren beobachtete kritiklose Einsatz der adjuvanten Chemotherapie konnte im September 1985 bei einem Treffen im National Institute of Health, Bethesda/USA, korrigiert werden. Hier wurde Einigung über folgende Punkte erzielt:

1. Für prämenopausale Patientinnen mit histologisch positiven axillären Lymphknoten ist die Standardbehandlung – unabhängig vom Hormonrezeptorstatus – eine etablierte Kombinationschemotherapie.
2. Für prämenopausale Patientinnen mit negativen axillären Lymphknoten kann eine adjuvante Therapie nicht generell empfohlen werden. Für bestimmte Hochrisikogruppen kann eine Chemotherapie erwogen werden. Diese Patientinnen sollten aber nach Möglichkeit in kontrollierte randomisierte Studien eingebracht werden.
3. Für postmenopausale Patientinnen mit positiven axillären Lymphknoten und positivem Hormonrezeptorstatus ist Tamoxifen die Behandlung der Wahl.
4. Für postmenopausale Patientinnen mit positiven axillären Lymphknoten und negativem Hormonrezeptorstatus kann die Chemotherapie erwogen werden. Sie kann jedoch nicht als Standardtherapie angesehen werden (nur Vorteile bezüglich rezidivfreier Zeit, nicht bezüglich der Überlebensdauer).
5. Für postmenopausale Patientinnen ohne axillären Lymphknotenbefall gibt es bei positivem oder negativem Rezeptorbefund keine Indikation für eine adjuvante Behandlung.

Es gilt also:

- Etablierte Behandlung: CMF bei prämenopausalen Patientinnen mit axillärem Lymphknotenbefall.
- Empfohlen wird: Tamoxifen bei postmenopausalen Patientinnen mit axillärem Lymphknotenbefall und positivem Hormonrezeptorstatus.
- Unter Umständen sinnvoll: CMF bei postmenopausalen Patientinnen mit positivem Lymphknotenstatus und negativem Hormonrezeptorstatus.

(Schluß folgt)

Referent:

Dr. med. E. Weber, praktischer Arzt, Bahnhofstraße 21, 8587 Creußen

Wichtige Information für Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

Alle angehenden Ärzte, die ihr Studium nach dem 30. Juni 1988 abschließen, müssen, um die Approbation erhalten zu können, eine 18monatige Tätigkeit als Arzt im Praktikum (AiP) nachweisen.

Voraussetzung für die Tätigkeit als AiP ist eine Erlaubnis nach der Bundesärzteordnung (BÄO) zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes. Diese ist in Bayern bei der Regierung des Regierungsbezirkes zu beantragen, in dem die ärztliche Prüfung abgelegt wurde.

Diese Erlaubnis gilt ausschließlich für eine insgesamt 18monatige Tätigkeit als AiP, die nur in abhängiger Stellung abgeleistet werden kann; sie berechtigt nicht zur Niederlassung oder zu anderen eigenverantwortlich-selbstständigen ärztlichen Tätigkeiten.

Meldepflichten

Der Arzt im Praktikum ist Mitglied der ärztlichen Berufsvertretung, in Bayern also des für seine ärztliche Tätigkeit zuständigen Ärztlichen Kreisverbandes.

Er ist gesetzlich verpflichtet, sich beim zuständigen Ärztlichen Kreisverband und beim Gesundheitsamt zu melden. Er hat ferner dem Ärztlichen Kreisverband berufliche Veränderungen (z. B. Erhalt der Approbation) mitzuteilen.

Vom Ärztlichen Kreisverband erhält der AiP seinen AiP-Ausweis. Als Mitglied der ärztlichen Berufsvertretung bezieht er kostenlos das „Bayerische Ärzteblatt“ sowie das „Deutsche Ärzteblatt“.

Er ist Pflichtmitglied der Bayerischen Ärzteversorgung, der berufsständischen gesetzlichen Versorgungseinrichtung. Auf seinen Antrag hin wird er zu deren Gunsten von der Angestelltenversicherungspflicht befreit. Über Einzelheiten unterrichtet ein Merkblatt der Bayerischen Ärzteversorgung, Postfach, 8000 München 22.

Ausbildungsveranstaltungen

Während seiner Tätigkeit hat der AiP nach gesetzlicher Vorschrift an min-

destens sechs Ausbildungsveranstaltungen von je zwei- bis dreistündiger Dauer teilzunehmen.

a)

Zwei Ausbildungsveranstaltungen beinhalten sich mit ärztlicher Berufskunde, so z. B. mit Fragen der Ethik in der Medizin, der Berufsordnung, des Arzt-Patienten-Verhältnisses sowie der Wirtschaftlichkeit und Kostenrelevanz im Gesundheitswesen. Sie werden im Laufe des Frühsommers 1989 von der Bayerischen Landesärztekammer – jeweils als ganztägige Veranstaltung zusammengefaßt – durchgeführt. Ort und Termin werden im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht.

b)

Vier Veranstaltungen haben sich mit Themen zur Vertiefung des medizinischen Wissens (u. a. Erörterung von häufig vorkommenden Krankheitsfällen und deren Behandlung, sowie allgemeinmedizinischen Fragestellungen) zu beschäftigen. Hierauf können Fortbildungsveranstaltungen, sofern sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen, angerechnet werden. Diese Veranstaltungen sind künftig im Fortbildungsteil des „Bayerischen Ärzteblattes“ gekennzeichnet.

Die Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen wird – als Nachweis bei der für die Erteilung der Approbation zuständigen Behörde – auf dem AiP-Ausweis bestätigt. Bei Beginn der jeweiligen Veranstaltung ist der AiP-Ausweis dem Veranstalter deshalb abzugeben; er kann am Ende mit dem Eintrag abgeholt werden.

Die Bayerische Landesärztekammer hat auch die Veranstalter anderer ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen gebeten, Ärzten im Praktikum gegen Vorlage des Ausweises freien Eintritt zu gewähren. Dies sollte jeweils beim Veranstalter erfragt werden.

Bescheinigungen über die AiP-Tätigkeit

Zum Nachweis seiner Tätigkeit erhält der Arzt im Praktikum jeweils eine Bescheinigung nach dem Muster der

Anlage 20 a zur Approbationsordnung für Ärzte.

Ausbildungsplätze

Die praktische Ausbildung als AiP erfolgt im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses, das den Regeln des Arbeitsvertragsrechts und des freien Arbeitsmarktes unterliegt.

Nach den gesetzlichen Bestimmungen ist die Vermittlung von Arbeitsplätzen ausschließlich Aufgabe der Arbeitsverwaltung. Sofern deshalb eine Stelle nicht aufgrund einer individuellen Bewerbung gefunden werden kann – formblattmäßige Mehrfachbewerbungen sind erfahrungsgemäß wenig erfolgversprechend –, wird empfohlen, sich an die für Ärzte im Praktikum zuständigen Fachvermittlungsdienste (FVD) bei folgenden Arbeitsämtern zu wenden:

8900 Augsburg,
Sieglindestraße 4,
Herr Zott,
Telefon (08 21) 31 51-4 14

8000 München 2,
Kapuzinerstraße 26,
Herr Nebel,
Telefon (0 89) 51 54-21 44

8500 Nürnberg,
Kontumazgarten 19,
Herr Dr. Gawellik,
Telefon (09 11) 28 74-1 51

8700 Würzburg
Ludwigkai 3,
Herr Hennig,
Telefon (09 31) 8 07-5 02

Anrechnungsfähigkeit einer AiP-Tätigkeit auf die Weiterbildung

Eine Tätigkeit als Arzt im Praktikum kann nach § 3 Absatz 2 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1988 auf die Weiterbildung angerechnet werden, wenn die Tätigkeit den Anforderungen dieser Weiterbildungsordnung gleichwertig ist – das heißt, wenn sie unter einem ermächtigten Weiterbilder in Abschnitten von mindestens sechs Monaten (für Allgemeinmedizin zum Teil auch von mindestens drei Monaten) erfolgt.



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Eitriger Fluor genitalis, Dysurie

Der Notfall: Akute Gonorrhoe

bearbeitet von Dr. Sonja Karl, München 40

Symptomatik:

Initialstadium (bei der Frau auch latent): 3 Tage nach Infektion seröser urethraler Fluor, nach weiteren 24 Std. grün-gelber, rahmiger Ausfluß, Rötung des Meatus urethrae, Stechen beim Wasserlassen. Bei entsprechendem Infektionsmodus Entzündung der Rektalschleimhaut und Tonsillen mit Schluckbeschwerden.

Weibliches Genitale: Rötung und Schwellung der Labien, der Bartholini-Drüsen, eitriger zervikaler Fluor. Bei Keimaszension Adnexitis, Endometritis mit Metrorrhagien, Peritonitis.

Männliches Genitale: Paraurethrale Infiltrate, Entzündung der Littre-Drüsen und Morgagni-Lakunen, Lymphangitis des dorsalen Penis, Abszesse am hinteren Skrotum oder am Frenulum. Bei Keimaszension Durchbruchs-Carvernitits oder Prostatitis mit Druckschmerz in der Dammregion, blutige Pollutionen/Ejakulationen, vermehrte Erektionen. Epididymitis mit ziehendem Schmerz vom Hoden zu den Leisten. Bei einer disseminierten GO-Infektion (GO-Sepsis) Fieber bis 40°C, rote Makulae, Papeln oder Pusteln an der Haut, evtl. Gelenkbeschwerden.

Anamnese:

Befragen nach Sexualverkehr und -praktiken in den vergangenen Wochen. Wann und in welcher Reihenfolge sind die Symptome aufgetreten? Liegt eine frühere und/oder nicht ausreichend therapierte GO vor?

Sofortdiagnostik:

Abstrichdiagnostik aus der Urethra (vor dem Wasserlassen), dem Rektum und ggf. Zervix bzw. aus den entsprechenden Sekreten, Exprimaten oder dem Ejakulat. Bei Kindern bis zur Pubertät auch aus der Vaginalhaut. Es wird jeweils ein Präparat für die Methylenblau-, die Gramfärbung sowie die Nährbodenkultur angelegt. Mikroskopischer Nachweis im Färbepreparat: Intraleukozytäre Diplokokken, innerhalb der ersten 24 Std. extraleukozytär gelegene Diplokokken, bei länger bestehender Infektion intra- und extraleukozytär gelegene Diplokokken möglich. Bei der Kultur sollten Spezialnährböden, z. B. Thayer-Martin-Selectivmedium verwandt werden. Bei Verdacht auf Penicillinresistenz (β -Laktamase-Bildner) muß eine Resistenzprüfung bzw. ein β -Laktamase-Nachweis erfolgen. Die GO-KBR besitzt mit Ausnahme bei der Arthritis gonorrhoeica wenig Aussagekraft. Bei GO-Sepsis Blutkultur! Bei Verdacht auf Prostatitis-gonorrhoeica 2-Gläser-Probe.

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

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

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Komplizierte GO-Formen:

Mehrtagstherapie: jeweils 4 Mega Penicillin i.m. + 1 g Probenecid per os an 3 aufeinanderfolgenden Tagen; bei GO-Sepsis sofort stationäre Infusionsbehandlung mit 10–20 Mega Penicillin 2 × /die über 5 bis 10 Tage oder moderne Cefalosporin-Präparate in entsprechender Dosierung.

Bei unkomplizierten Formen:

Einmalig 4 Mega Penicillin i.m. + 1 g Probenecid oral oder 2 g Spectinomycin i.m. bzw. moderne Cephalosporine i.m.

Oral: Einmaldosis von 3,5 g Ampicillin + 1 g Probenecid, Thiamphenicol 2,5 g, Gyrasehemmer u. a.

Mehrtagstherapie: Doxycyclin 2 × 0,1 g/tgl. für 5 Tage u. a.

Jeder Patient mit einer rezidivierenden GO, jede an GO erkrankte Frau, insbesondere Schwangere, sollte im Hinblick auf das hohe Komplikationsrisiko zum Dermatologen überwiesen werden. Symptome einer aufsteigenden Infektion erfordern sofortige stationäre Behandlung.

Bei der GO besteht anonyme Meldepflicht nach § 11a des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten an das zuständige Gesundheitsamt.

Alle anderen Infektionen der Harn-, Samen- und Geburtswege müssen in Betracht gezogen werden. Um eine gleichzeitig bestehende Lues nicht zu verschleiern, muß vor Therapiebeginn TPHA bestimmt werden. Im Hinblick auf die Einschränkung der Fertilität durch Entzündungen und nachfolgende Verklebung der Samenwege oder Adnexe ist eine frühestmögliche Therapie erforderlich.



Bronchiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Drosere D₃ dil. 20 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Terterus stibletus D₄ dil. 20 ml, Spongie D₆ dil. 20 ml, Ipecacuanhe D₄ dil. 20 ml. Enthält 45 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Schleimhautkatarrhe der Luftwege, feuchte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthma im Intervall, Silicose, Rippenleientzündung, Bruststiche. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, 3- bis 4mal täglich 10 bis 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml DM 8,70, 100 ml DM 22,80, Klinikpackungen.

Toxiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Echinacee Ø 40 ml, Lachesis D₃ dil. 20 ml, Sulfur D₁₀ dil. 10 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Apis mellifica D₃ dil. 10 ml. Enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Anfälligkeit gegen eitrige Infektionen aller Art, septische Prozesse, schlecht heilende Wunden, Phlegmonen, Erkältungen, insbesondere Schleimhautkatarrhe und grippeartige Infekte. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, am ersten Tag 3- bis 4mal täglich 20 bis 30 Tropfen, dann 3mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml DM 8,70, 100 ml DM 22,80, Klinikpackungen.



Zur Situation der Bayerischen Ärzteversorgung

Dr. med. Klaus Dehler

Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung

Die Arbeit in und für unsere gesetzlichen berufsständischen Versorgungseinrichtungen und deren wirtschaftliche und sozialpolitische Situation soll und darf sich nicht hinter verschlossenen Türen abspielen; wir legen gerne alle Fakten dar, auch hier gibt es volle „Transparenz“.

Weitere kontinuierliche positive Entwicklung

Alle für das Jahr 1987 nun vorliegenden Zahlen beweisen: Unsere Bayerische Ärzteversorgung entwickelt sich erfreulich stabil und kontinuierlich weiter:

- Die Zahl der beitragszahlenden Mitglieder ist 1987 um 1766 oder netto um + 3,96 Prozent auf 46 351 angewachsen. Die Bruttozunahme zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember betrug + 6,54 Prozent. Am größten war der Nettozugang mit + 4,48 Prozent beim Berufsstand der Tierärzte, dicht gefolgt von dem der Humanmediziner mit + 4,19 Prozent, die Zahnärzte nahmen um + 2,97 Prozent zu. Bei der aktiven Mitgliedschaft stellen nach wie vor die Humanmediziner mit 76,22 Prozent die größte Gruppe, die Zahnärzte umfassen 15,83 Prozent, die Tierärzte 7,95 Prozent.
- Die Versorgungsempfänger haben im Jahre 1987 um 360 oder um + 2,32 Prozent auf 15 843 zugenommen, fast die Hälfte der Versorgungsempfänger bezieht das Altersruhegeld, ein gutes Drittel Witwen- oder Witwergeld, die Zahl der Empfänger des Ruhegeldes wegen vorzeitiger Berufsunfähigkeit liegt, bezogen auf den Gesamtstand der Versorgungsempfänger, mit 4,65 Prozent gegenüber anderen Institutionen der gesetzlichen Alterssicherung erfreulich niedrig.
- Somit betreut die Bayerische Ärzteversorgung derzeit insgesamt 62 194 beitragszahlende Mitglieder und Versorgungsempfänger. Jeder von diesen hat im Schnitt zwei Familienangehörige; so kann gefolgert werden, daß die Baye-

rische Ärzteversorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich gut ein Prozent der Gesamtbevölkerung Bayerns gegen die Risiken eines vorzeitigen Todes oder einer Berufsunfähigkeit des Ernährers sichert, eine Berufstätigkeit frei von den Sorgen eines solchen Schicksalsergriffes ermöglicht und einen angemessenen Lebensstandard im Alter garantiert.

- Die Beitragszahlungen stiegen 1987 gegenüber dem Vorjahr um 27,22 Millionen DM oder um + 5,34 Prozent auf 546,08 Millionen DM. Somit vertraut im Durchschnitt jedes beitragszahlende Mitglied im Monat der Bayerischen Ärzteversorgung rund einen Tausendmarkschein als Beitrag für seine Alterssicherung an!
- Die Gesamtkapitalanlagen der Bayerischen Ärzteversorgung stiegen gegenüber dem Vorjahr um 483,23 Millionen DM oder um + 8,89 Prozent auf 5 918 430 000,- DM, also auf über fünf Milliarden DM an.
- Die durchschnittlichen Bestandsruhegelder – also die Ruhegelder aller Ruhegeldempfänger, unbeachtlich des Zeitpunktes des Bezugsbeginns – stiegen im Jahre 1987 auf 3199,- DM, gegenüber dem Vorjahr um 3,1 Prozent an. Die Witwen- und Witverrenten erhöhten sich um + 3,8 Prozent, die Waisenrenten um + 3,6 Prozent.
- Die im Jahre 1987 neu eingewiesenen Zugangsruegelder erreichten einen Betrag von 3743,- DM und stiegen somit gegenüber dem Vorjahr um + 0,3 Prozent an.
- Die Durchschnittsverzinsung der Kapitalanlagen betrug 7,08 Prozentpunkte und lag somit knapp 3,1 Prozent über dem versicherungsmathematischen Rechnungszinsfuß der Bayerischen Ärzteversorgung.
- Die Verwaltungskosten lagen – bezogen auf das Gesamtbeitragsaufkommen – mit 2,49 Prozent unter dem in den versicherungsmathe-

matischen Berechnungen angenommenen Satz von 3,0 Prozent.

Der bisherige Verlauf im Jahre 1988

Es kann auch schon ein Blick auf den weiteren Geschäftsverlauf der Monate Januar mit August 1988, also der ersten zwei Drittel des laufenden Jahres, geworfen werden. Im Vergleich zu den analogen Monaten des Vorjahres

- ist die Gesamtzahl der Mitglieder um + 4,02 Prozent angewachsen,
- stieg die Zahl der Versorgungsempfänger um + 1,42 Prozent an,
- nahmen die Beiträge um + 10,41 Prozent zu,
- stiegen die Versorgungsleistungen um + 6,11 Prozent an.

Aus all dem kann wohl gefolgert werden:

- Das Vertrauen der Kollegen in unsere gesetzliche berufsständische Altersversorgungseinrichtung ist groß und wächst weiter.
- Die durch die allgemeine Entwicklung der Realeinkommenssituation der ärztlichen Berufsstände notwendig gewordene Leistungsstellung ab 1. Januar 1985, die mit dem „Offenen Deckungsplanverfahren“ ein wetterfestes Leistungssystem gebracht hat, wurde von der Mitgliedschaft voll akzeptiert.
- Die überwältigende Zahl der Kollegen hat inzwischen erkannt, daß sie in der Bayerischen Ärzteversorgung nicht nur eine „Grundversorgung“ oder „Zusatzversorgung“, sondern die Möglichkeit einer lebensstandardsichernden Vollversorgung besitzen – eine entsprechende Höhe der eigenen Lebensbeitragsleistungen vorausgesetzt.

Die Leistungserhöhungen im Jahre 1989

Nach dem technischen Geschäftsplan der Bayerischen Ärzteversorgung sind die eingewiesenen Ruhegelder und die Ruhegeldanwartschaften jeweils zum 1. Januar eines jeden Jahres entsprechend dem Ergebnis der zwei Jahre vorhergehenden versicherungstechnischen

Bilanz anzupassen, oder – nach allgemeinem Sprachgebrauch – zu dynamisieren. Die versicherungsmathematischen Gegebenheiten führen dazu, daß eine Dynamisierung dieser Ansprüche um ein Prozent

– einen einprozentigen Beitrags-trend (ständiges Wachstum des durchschnittlichen Mitgliedsbeitrages)

oder

– ca. drei Prozent Überzins

oder

– eine dreiprozentige Zunahme der beitragszahlenden Mitglieder

voraussetzt. Zum 31. Dezember 1987 ergab sich eine prozentuale Änderung des Durchschnittsbeitrages im Mittel der Jahre 1983 bis 1987, also der letzten fünf Jahre, von + ein Prozent, ein technischer Überzins von 3,5 Prozent und ein Bestandswachstum von vier Prozent.

Nach den Beschlüssen des Landesausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung in seiner ordentlichen Sitzung am 29. Oktober 1988 werden somit ab dem 1. Januar 1989 – allgemein verständlich und etwas vereinfacht ausgedrückt –

– die Anwartschaften, die aus Beiträgen nach der Umstellung des Leistungssystems ab dem 1. Januar 1985 resultieren, um drei Prozent dynamisiert,

– die Dynamisierungsreserve auf 2,78 Prozent aufgefüllt,

– die Versorgungsleistungen, die ja größtenteils auf der „Traumverrentung“ der Beiträge vor dem 31. Dezember 1984 beruhen, um 1,3 Prozent dynamisiert.

Die Bayerische Ärzteversorgung ist somit wiederum in der Lage, die durch die Inflationsrate bedingte Kaufkraftminderung auszugleichen.

Die Ärzteversorgung und ihr politisches Umfeld

Die Bayerische Ärzteversorgung ist verständlicherweise als Teil des gegliederten Systems der Altersversorgung in der Bundesrepublik Deutschland sowohl in deren Problematik als auch die allgemeine politische Entwicklung, insbesondere im sozial- und wirtschaftspolitischen

Bereich, einbezogen. Ohne hier auf Einzelheiten einzugehen, sei nur auf drei unsere Versorgungsanstalt erheblich betreffende gegenwärtig laufende Auseinandersetzungen eingegangen:

Der Kampf um die Quellensteuer

Im Oktober 1987 wurde bekannt, daß der Bundesfinanzminister zur Teilfinanzierung der großen Steuerreform die Einführung einer „Quellensteuer“ beabsichtigt; diese soll als Abzug von den Kapitalerträgen von den Geldinstituten direkt in die Staatskasse abgeführt werden. Dies hätte für unsere Ärzteversorgung – wären die Absichten des Bundesfinanzministers Gesetz geworden – bedeutet:

– Zehn Prozent unserer gesamten Kapitalerträge – etwa 40 Millionen DM im Jahr – wären als „kleine Kapitalertragsteuer“ an das Finanzamt gegangen,

– zehn Prozent des den Rechnungszinsfuß von 3,5 Prozent übersteigenden Zinsertrages – rund weitere 20 Millionen DM – wären zusätzlich als „Abgeltungssteuer“ abzuführen gewesen.

Diese Steuerbelastung hätte auf Dauer das Eingangsruhegeld eines typischen Beitragszahlers um insgesamt bis zu 17 Prozent, die Gesamtruhegeldhöhe während der Bezugsdauer um rund 20 Prozent gemindert, bei Witwen hätte sich eine noch stärkere Auswirkung einstellen können!

Dagegen haben wir mit nachdrücklicher Unterstützung der Bayerischen Versicherungskammer, der Berufsstände und der Bayerischen Staatsregierung über ein halbes Jahr intensiv und am Ende erfolgreich gekämpft:

– Zwar muß die „kleine Kapitalertragsteuer“ nach § 44 c Abs. 2 Nr. 1 des neuen Einkommensteuergesetzes von den unser Vermögen verwaltenden Geldinstituten zunächst an das Finanzamt abgeführt werden, sie wird jedoch in vollem Umfang „unverzüglich“ wieder an die Bayerische Ärzteversorgung zurückerstattet.

– Nach den Entscheidungen des Deutschen Bundestages werden wir der Überzinsbesteuerung, also der sogenannten „Abgeltungssteuer“ nicht unterliegen, wenn

unsere Satzung keine lebensversicherungstypischen Leistungen, also solche, die vererbbar, verpfändbar, übertragbar, beleihbar oder rückkaufbar sind, vorsieht. Entsprechende Änderungsbeschlüsse hat der Landesausschuß in seiner Sitzung am 29. Oktober 1988 bereits gefaßt, sie werden nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde so rechtzeitig verkündet werden, daß eine die Quellensteuerpflicht der Bayerischen Ärzteversorgung ausschließende Satzungsvereinbarung vor dem 31. Dezember 1988 in Kraft treten kann.

Somit konnte unsere Ärzteversorgung vor den Fährnissen einer neuen und ungemein eingreifenden Steuerbelastung bewahrt werden.

Mitgliedschaft der angestellten Kollegen

Buchstäblich in letzter Minute konnten im Jahre 1957 die Vertreter der Bayerischen Ärzteversorgung, vor allem der damalige und heutige Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und ich selbst, im Bundestag die Einführung des § 7 Abs. 2 in das Angestelltenversicherungsgesetz (AVG) erreichen, wonach die angestellten Ärzte auf Antrag eine Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft in der staatlichen Rentenversicherung zugunsten der Bayerischen Ärzteversorgung erhalten können. Diese Gesetzesvorschrift wurde zur „Magna charta“ des berufsständischen Versorgungswesens; ihr ist es zu verdanken, daß nunmehr in der Bundesrepublik 45 freiberufliche Versorgungswerke der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Architekten, steuerberatenden Berufe und Rechtsanwälte entstanden sind, die über 300 000 Angehörige der freien Berufe und über 60 000 Versorgungsempfänger betreuen. Solange dieser § 7 Abs. 2 AVG besteht, hat es nicht an überwiegend politisch-ideologisch motivierten Versuchen gefehlt, ihn auszuhöhlen oder gar zu beseitigen. Seitdem die SPD 1985 den Entwurf eines „Rentenreformgesetzes“ vorgelegt hat, wissen wir vom Ziel dieser Partei, diese Bestimmung im Angestelltenversicherungsrecht zu streichen und damit den angestellten Mitgliedern eine Mitgliedschaft in ihrem berufsständischen Versorgungswerk zu verwehren.

Die SPD will die Ärzteversorgung amputieren

In diesen Tagen ist bekanntgeworden, daß die SPD – trotz aller inzwischen Intensiv bei ihr erhobenen Vorstellungen und Proteste – beabsichtigt, als Voraussetzung für ihre Mitwirkung in der überfällig gewordenen Reform der staatlichen Rentenversicherung unter anderen Forderungen auch die nach der Streichung des § 7 Abs. 2 AVG zu erheben. Dies geschieht, obwohl wir immer wieder dargestellt haben, daß die Organisation und die versicherungsmathematische Fundierung eines freiberuflichen Versorgungswerkes auf Dauer und mit ausreichenden Leistungen nur dann möglich ist, wenn alle Kollegen, und damit auch die angestellt tätigen Mitglieder eines Berufsstandes, ihr als Pflichtmitglieder angehören.

Dies haben wir auch den die Bundesregierung tragenden politischen Parteien und dem bei der Rentenreform federführenden Bundesarbeitsministerium in den letzten Wochen eindringlich bewußt gemacht.

Auch hier zeigt sich ein Durchbruch: Am 11. November 1988 felerte die die

45 freiberuflichen Versorgungswerke in der Bundesrepublik Deutschland vertretende „Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen“ in Bonn ihr zehnjähriges Bestehen. Hierzu erreichte mich als dem Vorsitzenden des Vorstandes dieser Institution ein Schreiben des Herrn Bundesarbeitsministers mit folgenden bedeutsamen Kernsätzen:

„Die berufsständischen Versorgungseinrichtungen für verkammerte freie Berufe sind Beispiele praktischer Anwendung des Subsidiaritätsprinzips. Gestützt auf eine freie Entscheidung des Berufsstandes erfreuen sie sich einer hohen Akzeptanz bei ihren Mitgliedern. Dies verlangt in einer Zeit, in der das gegliederte System unserer Alterssicherung in vielfältiger Weise diskutiert und teilweise – gewollt oder ungewollt – in Frage gestellt wird, Respekt und Anerkennung. Denn die Entscheidung für einen eigenständigen Weg enthält auch eine schwere Bürde im Hinblick auf die nur schwer absehbaren strukturellen Veränderungen in der Zukunft. Möge das Schiff der berufsständischen Versorgungseinrichtungen die Stürme struktureller Veränderungen in

künftigen Jahrzehnten unbeeinträchtigt überstehen!“

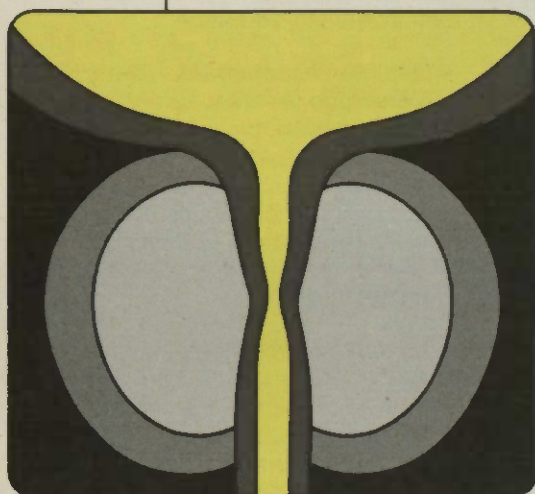
Der Vizepräsident des Deutschen Bundestages und sozialpolitische Sprecher der F.D.P., Dieter Julius Cronenberg, stellte mit eindringlicher Deutlichkeit klar, daß für seine Partei eine Beseitigung oder auch nur Beeinträchtigung der Befreiungsregelung der angestellten Ärzte zugunsten ihrer Ärzteversorgung nicht in Frage kommt; Gleiches war vom Sprecher der Fraktion der CDU/CSU zu hören.

Diskussionsentwurf eines Renten-Reformgesetzes

Drei Tage später, am 14. November 1988, wurde der seit Monaten mit Spannung erwartete, den Umfang von tausend Seiten überschreitende Diskussionsentwurf eines Gesetzes zur Reform der staatlichen Rentenversicherung der Öffentlichkeit vorgelegt. Mit sehr großer Erleichterung können wir feststellen, daß der Sachinhalt des bisherigen § 7 Abs. 2 AVG nunmehr als § 6 Abs. 1.1 in das VI. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB) übernommen werden soll. Ändern wird sich nur, daß dieses Optionsrecht zukünftig auf Angestellte

PROSTAMED®

**Prostatasyndrom mit Harnverhaltung,
Miktionsbeschwerden und Restharn, Reizblase,
auch bei Frauen**



Zusammensetzung: 1 Tablette Prostamed enthält: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Kakao 0,05 g, Extr. fl. Herb. Solidag. 0,04 g, Extr. fl. Fol. Popul. trem. 0,06 g, Sacch. lact. ad. 0,5 g.

Anwendungsgebiete: Prostata-Adenom Stadium I und beginnendes Stadium II mit Miktionsbeschwerden, Reizblase.

Dosierung: 3x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

Handelsformen und Preise:

60 St. DM 8,97; 120 St. DM 15,48; 360 St. DM 36,98.



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

beschränkt sein soll. Aus der Sicht der berufsständischen Versorgung haben wir auch Verständnis dafür, daß künftig zugunsten der berufsständischen Versorgung Befreite de facto nicht mehr freiwillige Mitglieder der staatlichen Rentenversicherung werden sollen. Ein, vielleicht der richtige Schritt zur Erhaltung der Befreiungsmöglichkeit der angestellten Mitglieder zugunsten der Ärzteversorgung ist somit getan; wir haben die Koalitionsparteien sehr herzlich gebeten, die in ganz andere Richtung zielenden Wünsche und Vorstellungen der SPD abzulehnen und keineswegs zuzulassen, daß diese eine Art „Eintrittspreis“ in eine „Große-Renten-Reform-Koalition“ Wirksamkeit entfalten können.

Die Beitragshöhe zur Ärzteversorgung in Diskussion?

Doch kaum glaubten wir, die Probleme der Einführung der „Quellensteuer“ überstanden und für die Erhaltung der Befreiungsmöglichkeit der angestellten Mitglieder zugunsten der Ärzteversorgung den richtigen Weg gebahnt zu haben, tut sich eine neue tief eingreifende Problematik auf: Nach langen Auseinandersetzungen konnten wir mit dem Steueränderungsgesetz 1965 erreichen, daß – vereinfacht ausgedrückt – unsere Bayerische Ärzteversorgung dann nicht der Körperschafts-, Vermögens- und Gewerbesteuerpflicht unterliegt, wenn ihre Satzung maximale Jahreshöchstbeiträge der Mitglieder bis zum 15fachen des jeweiligen doppelten Monatshöchstbeitrages zur staatlichen Rentenversicherung zuläßt.

Schon vor drei Jahren mußten Versuche des Bundesarbeitsministeriums zurückgedrängt werden, diesen die Steuerfreiheit sichernden Höchstbeitrag auf das 12- respektive 15fache des einfachen Höchstbeitrages zur staatlichen Rentenversicherung zu reduzieren. Im nun vom Bundesarbeitsministerium vorgelegten Diskussionspapier eines Renten-Reformgesetzes findet sich wiederum die Absicht, den steuerfreien Höchstbeitrag zu unserem Versorgungswerk auf maximal das 15fache des einfachen Höchstbeitrages zur Angestelltenversicherung zu reduzieren.

Konkret bedeutet dies die Halbierung des Höchstbeitrages zur Ärzteversorgung! Erste Schätzungen ergeben, daß dies zu einer Minderung der Ist-

Beiträge um 10 bis 15 Prozent und – korrespondierend – zu einer Absenkung des Leistungsniveaus in ähnlicher Größenordnung führen müßte, also insgesamt zu einer sehr erheblichen Reduzierung der Leistungsbreite unserer Ärzteversorgung!

Wenn wir bisher diese steuerliche Freigrenzen besaßen und weiter fordern, ist dies keineswegs ein Ausdruck berufsständischen Egoismus, sondern sachlich wohl begründet: In Anbetracht der langen Aus- und Weiterbildungsdauer der Angehörigen der freien Berufe ist die Zeit ertragsbringender aktiver Berufstätigkeit, in der eine hinreichende Alterssicherung finanziell aufgebaut werden kann, sehr viel kürzer als die eines typischen Arbeitnehmers; der Leistungsplan unserer Einrichtungen kennt nicht die der Rentenversicherung eigenen rentensteigernde Anrechnung von beitragslosen Ausfall- und Ersatzzeiten; unser Versorgungswerk erhält weder Staatszuschüsse noch besitzt es eine Staatsgarantie!

Die kommenden Monate werden auch in dieser Frage harte Auseinandersetzungen bringen, wiederum ist den für und in unserer Ärzteversorgung Tätigen die schwere Last aufgebürdet, unvermutet auftauchende politische Gefahren abzuwehren.

Die Ärzteversorgung aus der Sicht der „Konkurrenz“

Die Ärzteversorgung ist eine gemeinnützige Anstalt öffentlichen Rechts, von der Bayerischen Versicherungskammer als oberer Staatsbehörde verwaltet, sie darf und kann weder Gewinne erzielen noch solche ausschütten; alle in ihr mitwirkenden Repräsentanten der Berufsstände tun dies im buchstäblichen Sinne des Wortes ehrenamtlich, das heißt, ohne jeden Pfennig Entlohnung oder Aufwandsentschädigung! Daß die berufsständischen Versorgungseinrichtungen vom Verband der Lebensversicherungsunternehmen als „echte Konkurrenz-Gesellschaften“ angesehen werden, entnehmen wir einem Dokument aus dem Jahre 1969, in dem der Vorsitzende des Steuerausschusses dieses Verbandes dafür votierte, die Körperschafts-, Vermögens- und Gewerbesteuerfreiheit der Ärzteversorgung nur zuzulassen, wenn „eine Mindestversorgung angestrebt wird und die Möglichkeit der zusätzlichen Entrichtung freiwilliger

Mitgliedsbeiträge sehr beengt ist“. Inzwischen sind ja nahezu zwei Jahrzehnte vergangen und es dürfte sich herumgesprochen haben, daß die berufsständischen Versorgungseinrichtungen der freien Berufe nach ihrem Selbstverständnis und den Erwartungen ihrer Mitglieder nicht nur Notgroschen-, Grund- oder Basisversorgung sein wollen und können, sondern durchaus zu Recht anstreben, lebensstandardsichernde Vollversorgungen zu sein; natürlich bleibt es den Mitgliedern der berufsständischen Versorgungseinrichtungen unbenommen, nach Entrichtung der für sie höchstmöglichen Beiträge – wenn das wirtschaftlich möglich ist – weitere – und dann zusätzliche Versicherungsanwartschaften aufzubauen. Dies ergäbe ein vernünftiges und die bestehenden Gegebenheiten respektierendes Miteinander der öffentlich-rechtlichen Ärzteversorgung auf der einen und den privaten Versicherungsanbietern auf der anderen Seite. Das scheint diesen aber offensichtlich nicht genug zu sein.

Hat die Ärzteversorgung eine „Versorgungslücke“?

Die private Assekuranz sieht in den Ärzten weiter begehrte Vertragspartner, ihre Aquisitionsstrategie geht zwei neue Wege:

- Sie schließt „Empfehlungsvereinbarungen“ mit den großen freien ärztlichen Verbänden,
- sie beschreibt eine von ihr vermutete und eifrig propagierte „Versorgungslücke“ der Ärzteversorgung hinsichtlich der Invaliditätsabsicherung.

So lesen wir in den aufwendig aufgemachten Broschüren der beiden großen ärztlichen Verbände

- des Hartmannbundes: „Denn die Versorgungswerke zahlen Ihnen bei Berufsunfähigkeit in der Regel erst dann eine Rente, wenn Sie infolge der Beeinträchtigungen unfähig sind, den ärztlichen Beruf weiter auszuüben und aus diesem Grund Ihre gesamte ärztliche Tätigkeit einstellen“,
- im NAV-Wirtschaftsdienst für Ärzte GmbH: „... reicht die dann zur Verfügung stehende Rente aus der Ärzteversorgung nicht annähernd zur Aufrechterhaltung des gewohnten Lebensstandards aus.“

Die Vermutungen und Besorgnisse verkennen sehr weitgehend die Realitäten des Leistungsrechts der Bayerischen Ärzteversorgung:

- Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vor dem 65. Lebensjahr wird nach § 31.1 der Satzung Berufsunfähigkeits-Ruhegeld ohne einen Tag Wartezeit, vom ersten Tag der Mitgliedschaft an, ausgereicht.
- Tritt die vorzeitige Berufsunfähigkeit vor dem 55. Lebensjahr ein, bestimmt sich die Höhe des Ruhegeldes nach den in § 32 der Satzung festgehaltenen recht großzügigen Frühinvaliditätsvorschriften. Berechnungsgrundlage ist die Fiktion einer durchgehenden Beitragsentrichtung bis zum 55. Lebensjahr im Durchschnitt der Höhe der letzten Jahre vor dem Invaliditätsfall, also eine beträchtliche Solidaritätsleistung des Berufsstandes.

Der These, das Frühinvaliditätsruhegeld könne „nicht annähernd zur Aufrechterhaltung des gewohnten Lebensstandards“ dienen, muß daher mit allem Nachdruck widersprochen werden.

Sind Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen notwendig?

Doch sehen wir an, für was hier alternativ oder zusätzlich erworben wird: Die private Assekuranz bietet Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen in Verbindung mit einer Lebensversicherung oder, prämiemäßig noch teurerer, „selbständige“ Berufsunfähigkeitsversicherungen an. Der Versicherungsschutz soll aus einer auszuhaltenden Berufsunfähigkeitsrente und aus der Beitragsbefreiung ab Eintritt der Berufsunfähigkeit ganz

oder teilweise bestehen. Diese Versicherungen können bis zum 60. oder 65. Lebensjahr abgeschlossen werden; der Haken daran ist jedoch, daß die Berufsunfähigkeit bis fünf Jahre vor der vereinbarten Ablaufzeit eingetreten sein muß, beim Vertragsvertragsaltersalter von 65 Jahren also vor dem 60. und bei 60 Jahren also vor dem 55. Lebensjahr, damit Leistungen bis zum 60. oder 65. Lebensjahr gezahlt werden. Träte eine Berufsunfähigkeit nach dem 55. oder alternativ nach dem 60. Lebensjahr ein, erfolgten keine Leistungen mehr. Frauen können zudem solche Berufsunfähigkeitsleistungen längstens bis zum 60. Lebensjahr versichern.

Stellen wir dagegen die Erfahrungen der Bayerischen Ärzteversorgung: Bei sämtlichen in den Jahren 1979 mit 1986 eingewiesenen 1521 Berufsunfähigkeits-Ruhegeldern lagen nur 291, das heißt 19,13 Prozent, vor dem 55. Lebensjahr, 896, das sind fast 59 Prozent, lagen ab dem 60. Lebensjahr und würden somit nach den obengenannten Bedingungen einer privaten Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung keinerlei Leistungsansprüche mehr auslösen.

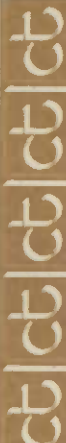
Berufsunfähigkeitsquote erfreulich gering

insgesamt ist – erfreulicherweise – die Berufsunfähigkeitsquote in der Bayerischen Ärzteversorgung gering. Sie betrug in den Jahren 1984 mit 1987, also in vier Kalenderjahren, pro Jahr, bezogen auf die Gesamtmitgliedschaft, insgesamt nur 1,78 Prozent; sie lag relativ am höchsten bei den Tierärzten mit 2,73 Prozent, dicht gefolgt von den Zahnärzten mit 2,53 Prozent und am niedrigsten bei den

Humanmedizinern mit 1,53 Prozent. Nimmt man als Beispiel das Jahr 1986 heraus, ergaben sich bei den damals 42 960 beitragszahlenden Mitgliedern insgesamt 161 Berufsunfähigkeitsfälle, wobei nur 17, das sind 20 Prozent, vor dem 55. und 67, das sind 42 Prozent der Berufsunfähigkeitsfälle vor dem 60. Lebensjahr lagen und somit Leistungsansprüche bei einer bestehenden Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung anzumelden hätten. Diese 67 Berufsunfähigkeitsfälle vor dem 60. Lebensjahr stellen, bezogen auf die damalige Gesamtmitgliedschaft, die äußerst geringe Wahrscheinlichkeit von 0,16 Prozent dar! Doch werfen wir auch noch einen Blick auf die Kosten einer solchen zusätzlichen privaten Invaliditätsversicherung: Die Auswertung diesbezüglicher PR-Artikel und Zeitungsanzeigen geben in etwa die Vorstellung, daß bei einem 29jährigen Arzt, der eine Monatsrente von 5000,- DM bis zum 60. Lebensjahr absichern möchte, Jahresprämien von 3960,- DM notwendig wären und für die Gesamtaufzeit eine Beitragshöhe von 122 760,- DM erfordern.

Natürlich muß jeder Kollege für sich subjektiv entscheiden, ob bei einer derartig erfreulich geringen Risikowahrscheinlichkeit diese doch recht erheblichen Prämienaufwendungen sinnvoll und notwendig sind. Um beim vorhin berechneten Beispiel zu bleiben: Diese 122 760,- DM Prämienleistung bis zum 60. Lebensjahr sind, wenn nicht bis dahin Berufsunfähigkeit eintritt, umsonst ausgegeben; als Beitrag zur berufsständischen Altersversorgung dürften sie nach den jetzt gegebenen Beitragsverrentungserwartungen ein monatliches Mehr an Ruhegeld um die eineinhalbtausend DM, lebenslang und auch für die Hinterbliebenen noch wirksam, bringen.

pirenzepin 25/50 von ct. Wirkstoff: Pirenzepin. Zusammensetzung: 1 Tablette pirenzepin 25/50 von ct enthält 25,06/52,12 mg Pirenzepindihydrochlorid 1 H₂O (entsprechend 25/50 mg Pirenzepindihydrochlorid). Anwendungstabelle: Akute und chronische Formen von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, hyperazider Reizmagen, Magenschleimhautentzündung (Gastritis), medikamentös bedingte Magenbeschwerden. Gegenanzeigen: Pirenzepin von ct sollte im ersten Trimenon einer Schwangerschaft nicht angewendet werden. Nebenwirkungen: Gelegentlich Appetitanregung oder Verminderung der Stuhlkonsistenz; vereinzelt Akkomodationsstörungen; in seltenen Fällen (bei hoher Dosierung) Mundtrockenheit. Wechselwirkungen: Verstärkte Säuresekretionshemmung bei gleichzeitiger Gabe von Histamin-H₂-Antagonisten.



Bioäquivalent und preiswert

pirenzepin 25/50 *beweisbar* **von ct**

pirenzepin 25 20 Tabl. N 1 **DM 7,—**
50 Tabl. N 2 **DM 17,50**
100 Tabl. N 3 **DM 33,95**

pirenzepin 50 20 Tabl. N 1 **DM 14,20**
50 Tabl. N 2 **DM 31,—**
100 Tabl. N 3 **DM 58,50**



ct-Arzneimittel, Chemische Tempelhof GmbH, Postf. 42 03 31, 1000 Berlin 42

Realistische Berufsunfähigkeitskriterien bei der Ärzteversorgung

Nun zur anderen Werbethese einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung. „Das ärztliche Versorgungswerk zahlt Ihnen bei Berufsunfähigkeit erst eine Rente, wenn Sie nicht mehr fähig sind, den ärztlichen Beruf auszuüben und Sie deswegen die gesamte ärztliche Tätigkeit einstellen.“ In der Tat, so ist es: Die Versorgungsphilosophie unserer Ärzteversorgung kennt seit Anbeginn die Regel, daß Berufsunfähigkeits-Ruhegeld nur dann ausgereicht wird, wenn tatsächlich eine Erkrankung vorliegt, die die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit nicht mehr möglich macht und diese eingestellt ist. In der Versicherungsgemeinschaft der Bayerischen Ärzteversorgung wird der weitergehende und schärfere Berufsunfähigkeitsbegriff in Anbetracht der Tatsache, daß sie im Gegensatz zu einer privaten Versicherung weder „schlechte Risiken“ ausschließt, noch eine Wartezeit für die Leistungsvoraussetzung kennt, lege artis verwendet. Befürchtungen, daß dies eine zu hohe Hürde ist, werden wohl durch die Tatsache der Zahl der positiv entschiedenen Berufsunfähigkeits-Ruhegeldanträge in den Jahren 1986 bis 1988 widerlegt:

- insgesamt 81,10 Prozent der Anträge wurden positiv verbeschieden,
- nur 11,91 Prozent der Anträge wurden abgelehnt,
- lediglich 6,99 Prozent der Anträge sind noch nicht definitiv entschieden.

Abgelehnt wurden in diesen drei Jahren insgesamt nur 63 Berufsunfähigkeitsanträge; dies ist, bezogen auf die jeweilig durchschnittliche Zahl der aktiven Mitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung, eine Ablehnungswahrscheinlichkeit von einem halben Promille! Jede Kollegin und jeder Kollega muß und soll somit überlegen, ob in Anbetracht der gegebenen Bedingungen und der Wahrscheinlichkeiten die derzeit so intensiv angebotene Möglichkeit einer zusätzlichen Berufsunfähigkeitsversicherung für ihn sinnvoll ist.

Kritik an den Leistungen der Bayerischen Ärzteversorgung

Noch in den fünfziger und zu Beginn der sechziger Jahre waren die Leistungen der Bayerischen Ärzteversorgung Thema mancher leidenschaftlichen Diskussion in vielfältigen Ärztesammlungen; ernsthafter Kritik an ihr begegnet man heute kaum noch, dies ist wohl die Folge des sehr erheblichen Ausbaus der Leistungen in den letzten Jahrzehnten. Nur in und um Augsburg herum versucht eine kleine Gruppe Unzufriedenheit anzumelden; da sie bei den Mitgliedern unserer Ärzteversorgung weder Verständnis noch Gehör findet, richtet sie diese Proteste in seit langen Jahren gewohnter monotoner Folge an die aufsichtsführenden Ministerien, an den Landtag und damit an die Politik. Zwei Behauptungen, immer wieder vorgetragen, könnten geeignet sein, das Bild unserer Ärzteversorgung bei den staatlichen insti-

Tabelle 1: Steigerung des durchschnittlichen monatlichen Ruhegeldes durch freiwillige Rentenzuschläge zur Einweisungsrente bis 1985

Einweisungs-jahr	Durchschnittliches monatliches Ruhegeld		Freiwilliger monatlicher durchschnittlicher Rentenzuschlag DM	Steigerung in %
	Im Jahr der Einweisung DM	zu Beginn des Jahres 1985 DM		
1972	1341	2723	1382	103,06
1973	1399	2481	1082	77,34
1974	1630	2642	1012	62,09
1975	1812	2692	880	48,57
1976	1988	2746	758	38,13
1977	2190	2870	680	31,05
1978	2454	3074	620	25,26
1979	2523	3053	530	21,01
1980	2724	3141	417	15,31
1981	2840	3149	309	10,88
1982	2935	3141	206	7,02
1983	3108	3234	126	4,05
1984	3413	3481	68	2,00
1985	3527	3527		

tionen zu trüben und den politischen Gegnern unserer berufsständischen Altersversorgung frei Haus das Argumentationsmaterial zu liefern, das gerne gegen uns verwendet wird. So wurden jüngst in einem Brief aus Augsburg an den Bayerischen Staatsminister für Wirtschaft und Verkehr wiederum folgende wörtlich wiedergegebene Behauptungen gegen die Bayerische Ärzteversorgung vorgetragen:

„a) immer weiteres Auseinanderklaffen der Renten der einzelnen Jahrgänge“,

„b) Wertschwind der Renten um fast die Hälfte innerhalb von nur zehn Jahren.“

Tabelle 2: Freiwilliger durchschnittlicher Rentenzuschlag zur Einweisungsrente ab 1972 bis 1985

Einweisungs-jahr	Durchschnittliches monatliches Ruhegeld		Freiwilliger monatlicher durchschnittlicher Rentenzuschlag ausgedrückt in fiktivem Beitragsaufwand *)	
	Im Jahr der Einweisung DM	zu Beginn des Jahres 1985 DM	DM	DM
1972	1341	2723	1382	82 920
1973	1399	2481	1082	64 920
1974	1630	2642	1012	60 720
1975	1812	2692	880	52 800
1976	1988	2746	758	45 480
1977	2190	2870	680	40 800
1978	2454	3074	620	37 200
1979	2523	3053	530	31 800
1980	2724	3141	417	25 020
1981	2840	3149	309	18 540
1982	2935	3141	206	12 360
1983	3108	3234	126	7 560
1984	3413	3481	68	4 080
1985	3527	3527		

*) D. h.: Um statt des Einweisungsruhegeldes (2. Spalte) ein solches in der laufenden Höhe (3. Spalte) mit Beiträgen zu erwerben, hätten (z. B. Jahr 1972) 82 920,- DM mehr an Beiträgen geleistet werden müssen.

Diesen Unterstellungen will ich die Fakten gegenüberstellen:

Ruhegelder seit 1972 über verdoppelt!

Tabelle 1 zeigt die Entwicklung der Höhe des durchschnittlichen monatlichen Ruhegeldes vom Einweisungsjahr 1972 bis zum Jahre 1985 und daneben den Ist-Auszahlungsbetrag, der sich infolge früherer freiwilliger, jetzt satzungsgemäßer Rentenzuschläge inzwischen ergeben hat. Aus einem im Jahre 1972 mit 1341,- DM eingewiesenen Ruhegeld ist nunmehr ein solches von 2723,- DM geworden, es hat also in 13 Jahren eine Steigerung um 1382,- DM, das sind 103,06 Prozent des ursprünglichen

Tabelle 3: Bayerische Ärzteversorgung - Rente - Rentenanpassungen jährlich/Inflationsrate

Jahr	BÄV 1. 1.		Inflationsrate (alle p. H.) Im Vergleich zum Vorjahr
	voll	reduziert	
1955	3	rückw.	1,7
1956	3	"	2,6
1957	3	"	2,1
1958	3	"	2,1
1959	3	"	1,0
1960	3	"	1,4
1961	3	"	2,3
1962	3	"	3,0
1963	3	"	2,9
1964	3	"	2,4
1965	3	"	3,1
1966	8	"	3,7
1967	8	"	1,7
1968	4	"	1,6
1969	4	"	1,9
1970	5	"	3,4
1971	5	"	5,3
1972	6	"	5,5
1973	7	"	6,9
1974	8	"	7,0
1975	8,5	"	6,0
1976	7,5	"	4,3
1977	5,5	"	3,7
1978	4,5	"	2,7
1979	3,5	"	4,1
1980	5,0	"	5,4
1981	4,0	"	6,3
1982	3,7	"	5,3
1983	2,8	"	3,3
1984	2,0	"	2,4
1985	2,0	"	2,2
1986	3,0	1,15	-0,2
1987	3,0	1,15	+0,2
Durchschnittlich pro Jahr:			
			4,20
			3,26

Tabelle 4: Ruhegeldanpassung der BÄV - Rentenanpassung der GRV und Beamtenversorgungsanpassung kulminiert

Zugangsjahr	Steigerung der Anfangsrente 100 vom Zugangsjahr bis Mai 1987		
	BÄV	Beamte A 15	AnV
1970	212,1	234,9	270,2
1971	202,0	217,5	256,1
1972	190,6	207,2	241,0
1973	178,1	193,2	220,1
1974	164,9	174,1	197,6
1975	152,0	164,2	177,7
1976	141,4	156,4	160,0
1977	134,0	140,6	144,1
1978	128,3	134,6	131,1
1979	123,9	129,4	125,5
1980	118,0	121,7	120,7
1981	113,5	116,7	116,0
1982	109,4	116,7	109,7
1983	106,4	112,6	109,7
1984	104,4	110,4	104,9
1985	102,3	107,0	103,6
1986	101,15	103,4	102,15
1987	100	100	100
1988			

Auszahlungsbetrages, erreicht. Im letzt überschaubaren Zeitraum von zehn Jahren wurde ein 1975 mit 1812,- DM eingewiesenes durchschnittliches Ruhegeld bis 1985 um 48,57 Prozent auf 2692,- DM angehoben.

Tabelle 2 zeigt auf, wie hoch der fiktive Beitragsaufwand ist, um die zwischen dem einzelnen Einweisungsjahr und dem Jahre 1985 durch dynamisierte Anhebung tatsächlich zur Auszahlung gekommenen Ruhegelder zu finanzieren. Für das Jahr 1972 ergibt sich, daß der fiktive Beitragsaufwand höher ist als der tatsächliche vom Ruhegeldempfänger während seiner gesamten aktiven Mitgliedschaft gezahlte Beitrag. Eine Dynamisierung in diesem Umfang war nur möglich durch erhebliche Solidarleistungen aller Mitglieder.

Kaufkraftausgleich hat seit 1955 voll funktioniert

Tabelle 3 greift bis zum Jahre 1955, also auf die Ägide einer ganzen Generation zurück: Die Kaufkraft eines damals eingewiesenen Ruhegeldes verminderte sich durch Inflation bis zum Jahre 1987 um durchschnittlich 3,26 Prozent pro Jahr. Aber durch inzwischen eingetretene dynamische und strukturelle Verbesserungen ergibt sich für die Rente der Bayerischen Ärzteversorgung eine

durchschnittliche jährliche Steigerung von 4,20 Prozent. Der Ruhegeldbetrag hat sich in diesen 33 Jahren fast verdreifacht, sein Steigerungsfaktor übersteigt den der Inflation im gleichen Zeitraum deutlich.

Tabelle 4 weist im jeweiligen Vergleich zwischen der Bayerischen Ärzteversorgung, der Ruhegeldversorgung eines Regierungsleiters nach Besoldungsgruppe A 15 und der Rente der staatlichen Angestelltenversicherung aus, wie sich 100,- DM Ruhegeld, Beamtenversorgung und Angestelltenrente in den Jahren 1970 bis 1987, also in 17 Jahren - die Dauer einer halben Generation - entwickelt haben. Trotz des sehr hohen Einweisungsniveaus unserer Bayerischen Ärzteversorgung, dank der bis 1984 geltenden wohl einmalig günstigen „Verrentung“ der Summe der Lebensbeiträge mit 20 Prozent, konnte unsere Bayerische Ärzteversorgung gegen die beiden anderen öffentlich-rechtlichen Altersversorgungssysteme auch bei der Kaufkraftanpassung sehr gut mithalten.

Von „Auseinanderklaffen“ kann keine Rede sein

Im Jahre 1987 stiegen die durchschnittlichen Ruhegelder aller Ruhegeldempfänger der Bayerischen Ärzteversorgung um 3,1 Prozent, die

durchschnittlichen Zugangsruehgel-der, das heißt die im Jahre 1987 neu eingewiesenen Ruhegelder, stiegen im Vergleich zu denen des Vorjahres um 0,3 Prozent. Der Vergleich der durchschnittlichen Höhe aller vorhandenen Ruhegelder mit der der Zugangsruehgelde weist aus, daß die durchschnittlichen Bestandsruehgelde 85,47 Prozent der Höhe der Zugangsruehgelde haben. Dieser Prozentsatz ist gegenüber dem des Vorjahres 1986 mit damals 83,19 Prozent sogar zugunsten der Höhe der Bestandsruehgelde weiter angestiegen. Von einem „Auseinanderklaffen“ älterer und länger eingewiesener Ruhegelder kann somit keine Rede sein, die Ruhegeldempfänger der Ärzteversorgung nehmen, dank berufsständischer Solidarität, voll an der realen Einkommensentwicklung des Berufsstandes teil, ja übertrafen diese bisher sogar!

Diese Zahlen mögen für sich selbst sprechen, sie beweisen in aller Objektivität:

- Unserer Bayerischen Ärzteversorgung ist es über den Zeitraum einer ganzen Generation seit 1955 nicht nur gelungen, die Kaufkraft der eingewiesenen Ruhegelder zu bewahren, sondern sie konnte sie gegenüber den Inflationsverlusten dieser Zeit sogar noch leicht anheben!
- Ältere und neue Ruhegeldempfänger nehmen in etwa gleichem Maße an der Entwicklung des wirtschaftlichen Ertrages des Berufsstandes teil, die alten und die neuen Ruhe-

gelder bewegen sich langfristig – erfreulicherweise – in gleichen Prozentschritten.

Wer dennoch weiterhin anderes behauptet, verwirkt jeden Anspruch auf Ernsthaftigkeit.

Warum auch niedrigere Ruhegelder bei der Bayerischen Ärzteversorgung?

Die neu eingewiesenen Ruhegelder der Bayerischen Ärzteversorgung haben inzwischen mit fast 4000,- DM pro Monat eine recht erfreuliche Durchschnittshöhe erreicht. Durchschnittswerte besagen natürlich auch, daß sich darunter Ruhegelder befinden, die niedriger sind. Die Bayerische Ärzteversorgung hat in einem der letzten Jahre bei allen unter 1000,- DM liegenden Neueinweisungen des Ruhegeldes die Gründe hierfür untersucht:

- Bei 48,2 Prozent handelt es sich um beamtete Mitglieder, die wegen eines beamtenrechtlichen Vollversicherungsanspruches ausschließlich oder überwiegend nur Mindestbeiträge zur Bayerischen Ärzteversorgung entrichtet haben.
- 11,1 Prozent dieser Mitglieder waren Ärztinnen, die aus familiären Gründen nicht oder nicht in vollem Umfang berufstätig gewesen waren.
- Bei 9,25 Prozent betraf es die Tierärzte mit nur geringem beitragspflichtigen Berufseinkommen,

das zum Teil nur durch Fleischbeschau entstand.

- 9,25 Prozent dieser Fälle waren Mitglieder mit erheblich unter dem Durchschnitt liegendem Berufseinkommen und zum Teil schlechter Zahlungsmoral, die eine Zwangsvollstreckung der Beiträge erforderlich gemacht hätte.
- Bei weiteren 9,25 Prozent handelt es sich um angestellte Mitglieder, die sich nicht von der Angestelltenversicherungspflicht befreien ließen und dort ihre Vollversorgung suchten.
- Bei 3,7 Prozent handelte es sich um Sondertatbestände als Ergebnis der Staatsverträge mit dem Lande Rheinland-Pfalz.

Daraus kann wohl schlüssig gefolgert werden, daß niedrigere Ruhegeldansprüche nur dann vorliegen, wenn aus vielfältigen persönlichen Gründen weit unterdurchschnittliche Beiträge an die Bayerische Ärzteversorgung abgeführt wurden.

Zukunftsperspektiven

Mindestens das Jahr 1989 wird angefüllt sein von der Aufgabe, bei der Reform der gesetzlichen Grundlagen der staatlichen Rentenversicherung unsere Position voll zu behaupten. Dies reicht von der Erhaltung der uneingeschränkten Befreiungsmöglichkeit unserer angestellten Mitglieder von der staatlichen Rentenversicherung zugunsten ihrer Bayerischen Ärzteversorgung bis zur Erhaltung der Beitragsmöglichkeiten zu unserer Anstalt, von der Überzeugung unserer nachwachsenden Kolleginnen und Kollegen, in der berufsständischen Versorgungseinrichtung am besten aufgehoben zu sein, bis zum Bemühen, den Service unserer Anstalt für jedes einzelne Mitglied unter Nutzung der modernen technischen Möglichkeiten weiter auszubauen.

Voraussetzung für den Erfolg dieser Arbeit ist und bleibt jedoch, die Bereitschaft und der Anspruch der überwältigenden Mehrheit aller Kollegen, den Auftrag unserer Bayerischen Ärzteversorgung, die Sicherung der Mitglieder des Berufsstandes und deren Angehörigen, in eigener Verantwortung und Gestaltung und ohne Zuzahlungen und Garantien des Staates weiterhin auszufüllen.

Band 74 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

„Diagnose und Therapie der Aortenaneurysmen und des Schwindels – Neues auf den Gebieten der Diagnostik und Therapie – Chronische gastroenterologische Erkrankungen – Neues bei Diagnose und Therapie maligner Tumoren – Aspekte der Psychosomatik in Klinik und Praxis“

- Vorträge des 38. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1987 -

kann über die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 5,- in Briefmarken als Schutzgebühr angefordert werden.

- Alle Kassenärzte in Bayern erhielten diesen Band durch ihre Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns -

Jahre nach Primärtherapie	1. Jahr												2. Jahr												3. Jahr												4. Jahr				5. Jahr																			
Schrittnummer im Nachsorgeprogramm	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12				13				14							
Monate nach Primärtherapie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	42				48				54				60											
1 Anamnese	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•												
2 körperl. Untersuchung	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•												
3 gyn. Untersuchung	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•												
4 Labor	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•												
5 Sonographie	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•												
6 Röntgen-Thorax	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•												
7 Zusatzuntersuchungen	nach dem individuellen Beschwerdebild der Patientin																																																											

• Basisuntersuchungen bei Primärtherapie (z.B. durch Klinik) • Programm A, ○ Zusatzuntersuchungen Programm B

Basishinweise

Die Nachsorge beginnt nach der Primärtherapie, gegebenenfalls nach Abschluß postoperativer adjuvanter Therapiemaßnahmen.
Die Empfehlungen gelten für kurativ behandelte Patientinnen. Abweichungen von den Untersuchungsinhalten und -intervallen können im Einzelfall notwendig und sinnvoll sein. Im Stadium T1 N0 M0/FIGO I sollte bei fehlender oder minimaler Infiltration des Tumors in das Myometrium bei gleichzeitig guter Differenzierung (G1) und positiven Hormonrezeptoren ganz auf apparative Untersuchungen verzichtet werden, da die Prognose sehr günstig ist (Programm A). Bei allen anderen Stadien wird ein Vorgehen nach Programm B empfohlen.

Dauer der Nachsorge: 5 Jahre. Das Nachsorgeprogramm muß einmal jährlich durch eine komplette Vorsorge- (Früherkennungs-)untersuchung, die ab dem 6. Jahr im gleichen Intervall weitergeführt werden sollte, ergänzt werden. Mammographien in 1-2-jährigen Abständen sind anzuraten. Für palliativ zu behandelnde Patientinnen sind die Untersuchungsintervalle und die notwendigen Untersuchungen den individuellen Gegebenheiten anzupassen. Der Nachsorgekalender und die Übersichtskarte sind auch in diesem Fall nützliche Kommunikations- und Planungshilfen für die Patientin und die an ihrer Behandlung beteiligten Ärzte.

Erläuterung der Untersuchungen, Führung des Nachsorgekalenders und Teilnahme an der onkologischen Dokumentation

Ausführliche Zwischenanamnese

U. a. können folgende Fragen gestellt werden: Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden in Bauchraum, Lunge, Skelett oder Muskulatur (z. B. Schmerzen, Husten, Luftnot u.s.w.)? Haben Sie Blasen- oder Darmschmerzen mit/ohne Blutungen aus Scheide oder Darm?

Stets ist die Patientin darauf hinzuweisen, beim Auftreten von Beschwerden sowie bei sicht- oder tastbaren Veränderungen sofort zum Arzt zu gehen, auch wenn ein vorgeplanter Termin in den nächsten Wochen ansteht.

Körperliche Untersuchung, einschließlich Früherkennungsuntersuchung

Gewichtskontrolle, Palpation und Perkussion des gesamten Abdomens, gynäkologische (einschließlich rektale) Untersuchung, Untersuchung der Brüste und des regionären Lymphabflusses, Perkussion und Auskultation der Lunge, Beurteilung des Leistungsvermögens. Bei Verdachtsmomenten weitere Abklärung durch laborchemische bzw. apparative Untersuchungen.

Beispiel eines aussagekräftigen Kalendereintrages zur Primärtherapie (Seite 6)

Therapiemaßnahmen mit Datumsangabe(n) einzutragen bei der Ausstellung des Kalenders

2.4.87 Endometriumkarzinom, pT2N1 M0/FIGO II, G3

Operation: erweiterte abdominale Hysterektomie mit Adnektomie beiderseits und kompletter pelviner Lymphonodektomie

Radiatio: kombinierte postoperative Strahlentherapie

Hist.: Adenokarzinom

Empfehlung nächster Termin:
am 02.07.87
bei Dr. Nachsorge

Dr. Krankenhaus
Stempel und Unterschrift des Arztes

Apparative Untersuchungen

Röntgen: Thorax in zwei Ebenen.

Sonographie: Untersuchung des gesamten Abdomens mit Leber, Lymphknoten, Unterbauch, evtl. auch Nieren (Stau?).

Labor

BSG, Hämoglobin, Leukozyten, Urinsediment: wenn auffällig, dann erweiterte Diagnostik.

Kalenderführung in der Nachsorge

Nachsorgeuntersuchung am: 20.04.88
bitte folgendes beachten:

4. Nachsorgeschrift
Z. n. Rad.
keine Beschwerden
Thorax o. B.
gynäkologischer Tastbefund o. B.
Sonographie des Abdomens o. B.
Mammæ o. B.
Leukos 4.800, Hb 12,1 g%

Empfehlung nächster Termin:
am 04.08.88
bei _____

Dr. Nachsorge
Stempel und Unterschrift des Arztes

Für die Patientin: Fragen, Mitteilungen an den Arzt

Bei der Entlassung aus der stationären Behandlung sollte in der Regel jedem Krebskranken ein Nachsorgekalender ausgestellt werden. Dieser soll bei jeder Nachsorge fortgeschrieben werden. Zur zentralen Dokumentation der Befunde wird für Kassen- und Vertragsärzte die Teilnahme an der onkologischen Dokumentation empfohlen.

Onkologische Dokumentationsbogen, Nachsorgekalender und weitere Unterlagen sind für Kassen- und Vertragsärzte bei den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhältlich. Krankenhäuser erhalten die benötigten Unterlagen (Nachsorgekalender, Übersichtskarten als Arztunterlage) bei der Arbeitsgemeinschaft zur Krebserkennung und Krebsbekämpfung, c/o Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

Klassifikation und Therapiemöglichkeiten

Basifakten

- Inzidenz:** Ca. 27 Neuerkrankungen jährlich auf 100.000 Frauen, d. h. ca. 8.600 Neuerkrankungen in der Bundesrepublik.
- Mortalität:** Aufgrund zuwenig differenzierter Angaben ist die Mortalitätsstatistik der Bundesrepublik für das Endometriumkarzinom nicht aussagekräftig. Insgesamt sind 1986 6.044 Sterbefälle mit den Todesursachen bösartige Neubildung der Cervix (1960), des Corpus uteri (1035) der Gebärmutter (1571) und sonstiger nicht näher bezeichneter weiblicher Geschlechtsorgane (1478) registriert worden. Aus der og. Inzidenz leitet sich bei einer Überlebensrate von ca. 65 % für das Endometriumkarzinom folgende Schätzungsgröße ab: ca. 9,5 Sterbefälle auf 100.000 Frauen, insgesamt also ca. 3.000 Sterbefälle jährlich in der Bundesrepublik.
- Altersverteilung:** 10 % sind jünger als 56 Jahre, 50 % jünger als 72 Jahre, 10 % älter als 82 Jahre.
- Risikofaktoren:** Nulliparität, Virginität, lang andauernde Östrogeneinwirkung.
- Begleiterkrankung:** Gehäuft Adipositas, Hypertonie, Diabetes.

Klassifikationskriterien

Zur Klassifikation des Endometriumkarzinoms (Korpus-Karzinoms) sollte die TNM-Systematik neben der bekannten Stadiengruppierung der FIGO verwendet werden, weil die getrennte Erhebung des Lymphknotenstatus eine differenzierte Beschreibung des Ausgangsbefundes und der Prognose erlaubt. Bei operierten Patientinnen sollte zusätzlich die gemessene Myometriuminvasionstiefe angegeben werden.

TNM	Corpus uteri	FIGO	TNM	Corpus uteri	FIGO
Tis	Carcinoma in situ	0	T2	Ausbreitung auf Zervix	II
T1	Begrenzt auf Corpus	I	T3	Ausbreitung jenseits Uterus/innerhalb kleinen Beckens	III
T1a	Cavum ≤ 8 cm	Ia	T4	Ausbreitung auf Schleimhaut von Harnblase/Rektum/jenseits kleines Becken	IVa
T1b	Cavum > 8 cm	Ib	M1	Fernmetastasen	IVb

- N-Regionäre Lymphknoten (LK):** N0: keine regionären LK befallen, N1: regionäre LK befallen, NX: LK nicht beurteilbar.
Regionäre Lymphknoten sind die hypogastrischen (Obturator-)Lymphknoten, weiter die Lymphknoten an den Aa. iliaca communes, internae und externae sowie die parametranen und sakralen Lymphknoten.
- M-Fernmetastasen:** M0: keine Fernmetastasen, M1: Fernmetastasen, MX: keine Beurteilung möglich.
Für die Zuverlässigkeit der M0-Klassifikation als Kalendereintrag gilt: Die Aussage beruht auf diagnostischen Standardmethoden.
- R-Klassifikation zur Beurteilung des Behandlungsergebnisses:** R0: kein Residualtumor, R1: mikroskopischer Residualtumor, R2: makroskopischer Residualtumor (in cm), RX: Residualtumor nicht beurteilbar.
- Histopathologisches Grading:** G1: Gut differenziert, G2: mäßig differenziert, G3 - G4: schlecht differenziert/undifferenziert.
- Histologie:** Adenokarzinom 60 %, Adenokarzinoid 21 %, adenosquamoses Karzinom 7 %, klarzelliges Karzinom 6 %, sonstige Formen 6 %.

Die Prognose ist abhängig von der primären Ausdehnung (TNM-Klassifikation/FIGO-Stadium), von der Histologie und vom histopathologischen Grading. Im FIGO-Stadium I liegt die 5-Jahres-Überlebensrate bei 75 %, im Stadium II bei 58 %, im Stadium III bei 30 % und im Stadium IV bei 11 %. Die durchschnittliche 5-Jahres-Überlebensrate für alle Patientinnen beträgt 68 % (Annual report).

Therapiemöglichkeiten von Rezidiven/Metastasen bzw. Behandlungsfolgen

- Die Nachsorge zielt u. a. auf die Früherkennung von Rezidiven und Behandlungsfolgen und ihre kurative bzw. palliative Behandlung.
- Die Progression des Endometriumkarzinoms erfolgt häufig als lokoregionäres Rezidiv mit Befall von Uterus, Vagina und Lymphknoten (in Abhängigkeit von der primären Therapie) sowie als Infiltration von Harnblase und Rektum. Eine hämatogene Aussaat ist verhältnismäßig selten, in erster Linie treten dann Leber- und Lungenmetastasen auf. In Abhängigkeit vom Befund sind in Betracht zu ziehen: Operation, Strahlentherapie, Schmerztherapie, evtl. Gestagen-Therapie und in Einzelfällen Chemotherapie. Folgendes ist zu beachten:
- Zweiter Versuch einer kurativen Behandlung:** Tritt ein lokoregionäres Rezidiv ohne Hinweis für Fernmetastasierung auf, sollten alle operativen und strahlentherapeutischen Behandlungsmaßnahmen ausgeschöpft werden, weil noch eine kurative Chance besteht. Die Früherkennung eines Rezidivs durch systematische Nachsorge schafft dafür günstige Voraussetzungen. Die Verfügbarkeit einer ausführlichen Dokumentation des Primärbefundes und der Primärbehandlung ist deshalb von großer Bedeutung.
- Palliative Maßnahmen:** Tritt eine Tumorprogression nach Ausschöpfung aller möglichen chirurgischen, radiologischen und medikamentösen Maßnahmen auf, so besteht die Hauptaufgabe im Lindern der Beschwerden. Dabei gilt als Grundsatz, abhängig vom Zustand der Patientin ein Optimum an Linderung unter Minimierung des Aufwands zu erreichen.
- Soziale Hilfestellung:** Medizinische und berufliche Rehabilitation, Rente, Sozialhilfe, Hauspflege, Schwerbehindertenausweis können im einzelnen in Frage kommen.

Früherkennung (Vorsorge)

Insbesondere beim Zervixkarzinom und zum Teil auch beim Endometriumkarzinom ist auf die Wirksamkeit der Früherkennungsuntersuchungen (Vorsorge) hinzuweisen, die in allen Ländern mit hohen Beteiligungsraten nachgewiesen wurde. Jede neu diagnostizierte invasive Erkrankung sollte Anlaß sein, gesunde Patientinnen zur Wahrnehmung der Früherkennungsangebote anzuhalten. Früherkennungsuntersuchungen auf Brust- und Darmkrebs für Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren sollten verzahnt mit den Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt werden. Zur Planung und Durchführung kann der Nachsorgekalender sinnvoll genutzt werden.

Literatur: TNM-Klassifikationen maligner Tumoren, 4. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio, 1987 und TNM Atlas, 2. Auflage, Springer-Verlag (Erscheinungstermin Febr. 89). Herausgeber für beide Publikationen: P. Hermanek, O. Scheibe, W. Spiessl, G. Wagner

Zusammengestellt von: Dr. H. Schünemann (TZM), Prof. Dr. H. Caffier (TZW), Prof. Dr. A. H. Tulusan (TZE)
Koordination und Statistik: Prof. Dr. D. Hölzel (TZM)

Auf diese Nachsorgeempfehlungen haben sich die bayerischen Tumorzentren (Erlangen (TZE), München (TZM), Würzburg (TZW)) geeinigt. Im Einzelfall können Abweichungen bei den laborchemischen und apparativen Untersuchungen notwendig und sinnvoll sein. Untersuchungen zu Wert und Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen laufen.

Jahre nach Primärtherapie	1. Jahr				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr		5. Jahr	
	Schrittnummer im Nachsorgeprogramm															
Monate nach Primärtherapie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Anamnese	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
2 körperl. Untersuchung	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
3 gyn. Untersuchung	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
4 Labor	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
5 Tumormarker SCC	☆	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6 Sonographie	•	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7 Röntgen-Thorax	•	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8 Zusatzuntersuchungen	nach dem individuellen Beschwerdebild der Patientin															

• Basisuntersuchungen bei Primärtherapie (z.B. durch Klinik) ☆ (prae- und postoperativ) ● Programm A, ○ Zusatzuntersuchungen Programm B

Basishinweise

Die Nachsorge beginnt nach der Primärtherapie, gegebenenfalls nach Abschluß postoperativer adjuvanter Therapiemaßnahmen.

Die Empfehlungen gelten für kurativ behandelte Patientinnen. Abweichungen von den Untersuchungsinhalten und -intervallen können im Einzelfall notwendig und sinnvoll sein. Im Stadium T1a N0 M0/FIGO Ia sollte wegen der nahezu sicheren Heilung (ca. 99 %) ganz auf apparative Untersuchungen verzichtet werden (Programm A). Bei allen anderen Stadien wird ein Vorgehen nach Programm B empfohlen.

Dauer der Nachsorge: 5 Jahre. Das Nachsorgeprogramm muß einmal jährlich durch eine komplette Vorsorge- (Früherkennungs-)untersuchung, die ab dem 6. Jahr im gleichen Intervall weitergeführt werden sollte, ergänzt werden. Mammographien in 1-2-jährigen Abständen sind anzuraten. Für palliativ zu behandelnde Patientinnen sind die Untersuchungsintervalle und die notwendigen Untersuchungen den individuellen Gegebenheiten anzupassen. Der Nachsorgekalender und die Übersichtskarte sind auch in diesem Fall nützliche Kommunikations- und Planungshilfen für die Patientin und die an ihrer Behandlung beteiligten Ärzte.

Erläuterung der Untersuchungen, Führung des Nachsorgekalenders und Teilnahme an der onkologischen Dokumentation

Ausführliche Zwischenanamnese

U. a. können folgende Fragen gestellt werden: Haben Sie neu aufgetretene Beschwerden in Bauchraum, Lunge, Skelett oder Muskulatur (z. B. Schmerzen, Husten, Luftnot u.s.w.)? Haben Sie Blasen- oder Darmbeschwerden mit/ohne Blutungen aus Scheide oder Darm?

Stets ist die Patientin darauf hinzuweisen, beim Auftreten von Beschwerden sowie bei sicht- oder tastbaren Veränderungen sofort zum Arzt zu gehen, auch wenn ein vorgeplanter Termin in den nächsten Wochen ansteht.

Körperliche Untersuchung, einschließlic Frühkennungsuntersuchung

Gewichtskontrolle, Palpation und Perkussion des gesamten Abdomens, gynäkologische (einschließlic rektale) Untersuchung, Untersuchung der Brüste (halbjährlich) und des regionären Lymphabflusses, Perkussion und Auskultation der Lunge, Beurteilung des Leistungsvermögens. Bei Verdachtsmomenten weitere Abklärung durch laborchemische bzw. apparative Untersuchungen.

Beispiel eines aussagekräftigen Kalendereintrages zur Primärtherapie (Seite 6)

Therapiemaßnahmen mit Datumsangabe(n) einzutragen bei der Ausstellung des Kalenders

2.7.87 Zervixkarzinom
pT2aN0 M0/FIGO IIa
Operation: erweiterte abdominale Hysterektomie nach Wertheim-Meigs unter Mitnahme der rechten und Belassung der linken Adnexe mit kompletter pelviner Lymphonodektomie
Hist.: Plattenepithelkarzinom

Empfehlung nächster Termin:

am 01.10.87

bei Dr. Nachsorge

Dr. Krankenhaus
Stempel und Unterschrift des Arztes

Apparative Untersuchungen

Röntgen: Thorax in zwei Ebenen.

Sonographie: Untersuchung des gesamten Abdomens, einschließlic Nieren (Stau?) Leber, Lymphknoten, Unterbauch.

Labor

BSG, Hämoglobin, Leukozyten, Urinsediment: wenn auffällig, dann erweiterte Diagnostik.

Tumormarker SCC im zeitlichen Verlauf: Bei Risikogruppen (Marker weder zum Screening noch zur Frühdiagnostik geeignet) kann auch die Kontrolle des Tumormarkers SCC nützlich sein. Bei steigender Tendenz (Kontrolle in 4 bis 6 Wochen) ist eine allgemeine Metastasierung in Betracht zu ziehen (Achtung: normaler Marker-Befund schließt ein Rezidiv nicht aus!).

Kalendarführung in der Nachsorge

Nachsorgeuntersuchung am: 18.01.89
bitte folgendes beachten:

6. Nachsorgeschrift
keine Beschwerden
gynäkologische Untersuchung o. B.
Sonographie des Abdomens o. B.
Thorax o. B.
Mammæ o. B.
Leukos 4.100, Hb 14,2 g%

Empfehlung nächster Termin:

am 26.04.89

bei _____

Dr. Nachsorge
Stempel und Unterschrift des Arztes

Für die Patientin: Fragen, Mitteilungen an den Arzt

Bei der Entlassung aus der stationären Behandlung sollte in der Regel jedem Krebskranken ein Nachsorgekalender ausgestellt werden.

Dieser soll bei jeder Nachsorge fortgeschrieben werden. Zur zentralen Dokumentation der Befunde wird für Kassen- und Vertragsärzte die Teilnahme an der onkologischen Dokumentation empfohlen.

Onkologische Dokumentationsbogen, Nachsorgekalender und weitere Unterlagen sind für Kassen- und Vertragsärzte bei den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhältlich. Krankenhäuser erhalten die benötigten Unterlagen (Nachsorgekalender, Übersichtskarten als Arztunterlage) bei der Arbeitsgemeinschaft zur Krebserkennung und Krebsbekämpfung, c/o Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

Klassifikation und Therapiemöglichkeiten

Basisfakten

- Inzidenz:** Ca. 17 Neuerkrankungen jährlich auf 100.000 Frauen, d. h. ca. 5.400 Neuerkrankungen in der Bundesrepublik.
- Mortalität:** ca. 7,6 Sterbefälle auf 100.000 Frauen, insgesamt 1986 2.400 Sterbefälle in der Bundesrepublik. Aufgrund zuwenig differenzierter Angaben ist die Mortalitätsstatistik der Bundesrepublik für das Zervixkarzinom nicht vollständig. Unter Berücksichtigung der Positionen Gebärmutter und sonstige nicht näher bezeichnete weibliche Geschlechtsorgane dürfte die tatsächliche Mortalität beim Zervixkarzinom etwas höher liegen (siehe Endometriumkarzinom).
- Altersverteilung:** 10 % sind jünger als 42 Jahre, 50 % jünger als 66 Jahre, 10 % älter als 80 Jahre.
- Risikofaktoren:** Frühzeitig aufgenommenen Geschlechtsverkehr, häufiger Partnerwechsel, hohe Geburtenzahl, schlechte Genitalhygiene, Herpes simplex-Infektionen.

Klassifikationskriterien

Zur Klassifikation des Zervixkarzinoms sollte die TNM-Systematik neben der bekannten Stadiengruppierung der FIGO verwendet werden, weil die getrennte Erhebung des Lymphknotenstatus eine differenzierte Beschreibung des Ausgangsbefundes und der Prognose erlaubt.

TNM	Zervix	FIGO	TNM	Zervix	FIGO
Tis	Carcinoma in situ	0	T3	Ausdehnung zu Vagina/unteres Drittel/Beckenwand/Hydronephrose	III
T1	Begrenzt auf Uterus	I	T3a	Vagina/unteres Drittel	IIIa
T1a	Diagnose nur durch Mikroskopie	Ia	T3b	Beckenwand/Hydronephrose	IIIb
T1a1	Minimale Stromainvasion,	Ia1	T4	Schleimhaut von Harnblase/Rektum/jenseits kleines Becken	IVa
T1a2	Tiefe < 5 mm, horizontale Ausbreitung < 7 mm	Ia2	M1	Fernmetastasen	IVb
T1b	Karzinom größer als T1a2	Ib			
T2	Ausdehnung jenseits Uterus, aber nicht zur Beckenwand und nicht zu Vagina/unteres Drittel	II			
T2a	Parametrium frei	IIa			
T2b	Parametrium befallen	IIb			

- N-Regionäre Lymphknoten (LK):** N0: keine regionären LK befallen, N1: regionäre LK befallen, NX: LK nicht beurteilbar.
Regionäre Lymphknoten sind die parazervikalen, parametranen, hypogastrischen (Obturator-)Lymphknoten, ferner die Lymphknoten an den Aa. iliacae communes, internae und externae sowie die präsakralen und sakralen Lymphknoten.
- M-Fernmetastasen:** M0: keine Fernmetastasen, M1: Fernmetastasen, MX: keine Beurteilung möglich.
Für die Zuverlässigkeit der M0-Klassifikation als Kalendereintrag gilt: Die Aussage beruht auf diagnostischen Standardmethoden.
- R-Klassifikation zur Beurteilung des Behandlungsergebnisses:** R0: kein Residualtumor, R1: mikroskopischer Residualtumor, R2: makroskopischer Residualtumor (in cm), RX: Residualtumor nicht beurteilbar.
- Histopathologisches Grading:** G1: Gut differenziert, G2: mäßig differenziert, G3: schlecht differenziert, G4: undifferenziert.
- Histologie:** Ca. 95 % der Zervixkarzinome sind Plattenepithelkarzinome. In 4 % handelt es sich um ein Adenokarzinom der Zervix. 1 % sind sonstige Formen.

Die Prognose ist abhängig von der primären Ausdehnung (TNM-Klassifikation/FIGO-Stadium), von der Histologie und vom histopathologischen Grading. Im FIGO-Stadium I liegt die 5-Jahres-Überlebensrate bei 78 %, im Stadium IV bei 8 %. Die durchschnittliche 5-Jahres-Überlebensrate für alle Patientinnen beträgt 55 % (Annual report).

Therapiemöglichkeiten von Rezidiven/Metastasen bzw. Behandlungsfolgen

- Die Nachsorge zielt u. a. auf die Früherkennung von Rezidiven und Behandlungsfolgen und ihre kurative bzw. palliative Behandlung.
- Die Progression des Zervixkarzinoms erfolgt häufig als lokoregionäres Rezidiv, wobei das Beckenbindegewebe (zentrales Rezidiv), die Vagina und die regionären Lymphknoten bevorzugt befallen werden. Eine hämatogene Aussaat ist verhältnismäßig selten, in erster Linie treten Lungen-, weniger häufig Knochen- und Lebermetastasen auf. In Abhängigkeit vom Befund sind in Betracht zu ziehen: Operation, Strahlentherapie, Schmerztherapie, evtl. Chemotherapie, operative Sanierung von Stauungsniere u. a. Folgendes ist zu beachten:
- Zweiter Versuch einer kurativen Behandlung:** Tritt ein lokoregionäres Rezidiv ohne Hinweis für Fernmetastasierung auf, sollten alle operativen und strahlentherapeutischen Behandlungsmaßnahmen ausgeschöpft werden, weil noch eine kurative Chance besteht. Die Früherkennung eines Rezidivs durch systematische Nachsorge schafft dafür günstige Voraussetzungen. Die Verfügbarkeit einer ausführlichen Dokumentation des Primärbefundes und der Primärbehandlung ist deshalb von großer Bedeutung.
- Palliative Maßnahmen:** Tritt eine Tumorprogression nach Ausschöpfung aller möglichen chirurgischen, radiologischen und medikamentösen Maßnahmen auf, so besteht die Hauptaufgabe im Lindern der Beschwerden. Dabei gilt als Grundsatz, abhängig vom Zustand der Patientin ein Optimum an Linderung unter Minimierung des Aufwands zu erreichen.
- Soziale Hilfestellung:** Medizinische und berufliche Rehabilitation, Rente, Sozialhilfe, Hauspflege, Schwerbehindertenausweis können im einzelnen in Frage kommen.

Früherkennung (Vorsorge)

Insbesondere beim Zervixkarzinom und zum Teil auch beim Endometriumkarzinom ist auf die Wirksamkeit der Früherkennungsuntersuchungen (Vorsorge) hinzuweisen, die in allen Ländern mit hohen Beteiligungsdaten nachgewiesen wurde. Jede neu diagnostizierte invasive Erkrankung sollte Anlaß sein, gesunde Patientinnen zur Wahrnehmung der Früherkennungsangebote anzuhalten. Früherkennungsuntersuchungen auf Brust- und Darmkrebs für Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren sollten verzahnt mit den Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt werden. Zur Planung und Durchführung kann der Nachsorgekalender sinnvoll genutzt werden.

Literatur: TNM-Klassifikationen maligner Tumoren, 4. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio, 1987 und TNM Atlas, 2. Auflage, Springer-Verlag (Erscheinungstermin Febr. 89). Herausgeber für beide Publikationen: P. Hermanek, O. Scheibe, W. Spiessl, G. Wagner

Zusammengestellt von: Dr. H. Schünemann (TzM), Prof. Dr. H. Caffier (TZW), Prof. Dr. A. H. Tulusan (TZE)
Koordination und Statistik: Prof. Dr. D. Hölzel (TzM)

Auf diese Nachsorgeempfehlungen haben sich die bayerischen Tumorzentren (Erlangen (TZE), München (TzM), Würzburg (TZW)) geeinigt. Im Einzelfall können Abweichungen bei den laborchemischen und apparativen Untersuchungen notwendig und sinnvoll sein. Untersuchungen zu Wert und Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen laufen.

Rekombinantes Erythropoietin bei renaler Anämie

von R. M. Schaefer und A. Heldland

Aus der Abteilung für Klinisch-experimentelle Nephrologie (Leiter: Professor Dr. med. A. Heldland) der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. med. K. Kochsiek)

Die chronische Niereninsuffizienz geht in der Regel mit einer Anämie einher, die sich ab einem Serum-Kreatininwert von 3,5 mg/100 ml manifestiert. In der Prä dialyse-Phase ist sie am schwersten. Mit dem Beginn der Hämodialysebehandlung kommt es in der Mehrzahl der Fälle zu einer gewissen Besserung der Anämie. Patienten, die mittels Peritonealdialyse behandelt werden, haben im Mittel höhere Hämatokritwerte als Hämodialyse-Patienten. Die renale Anämie läßt sich als eine hyporegenerative, normochrome und normozytäre Anämie charakterisieren. Bei komplizierendem Eisenmangel oder Aluminiumtoxikation kann allerdings auch eine Mikrozytose vorgefunden werden.

Pathogenetisch liegt der renalen Anämie zum einen eine Verminderung der Erythropoese vor, zum anderen ist die Erythrozytenüberlebenszeit von 120 auf 60 Tage verkürzt (Hämolyse). Die verminderte Aktivität der Erythropoese wird auf einen Mangel an Erythropoietin zurückgeführt, welches von der erkrankten Niere nicht mehr ausreichend produziert werden kann.

Bislang stellte die Bluttransfusion die einzige effektive Maßnahme dar, um die renale Anämie zu korrigieren. Man schätzt, daß etwa 25 bis 30 Prozent der Hämodialyse-Patienten gelegentlich oder regelmäßig transfundiert werden. Allerdings ist die Transfusion mit einer Reihe nicht unerheblicher Nachteile und Gefahren verbunden. Vor allem die Übertragung von Hepatitis-, Zytomegalie- und Retroviren (AIDS) kann mit letzter Sicherheit nicht ausgeschlossen werden. Häufige Blutgaben führen unweigerlich im Verlauf der Jahre zu einer Transfusions siderose. Ferner muß mit einer Allergisierung gegen wichtige Histokompatibilitätsantigene gerechnet werden, was den Erfolg einer späteren Transplantation gefährden kann.

Die zentrale Rolle des Erythropoietins für die renale Anämie war seit vielen Jahren bekannt, es stand allerdings nicht genügend Hormon für den

Einsatz beim Menschen zur Verfügung. Erst nachdem es 1985 gelungen war, das humane Gen, welches Erythropoietin codiert, zu identifizieren und in Ovarialzellen des chinesischen Goldhamsters einzuführen, ließen sich größere Mengen Erythropoietin produzieren. Entsprechend seiner Herstellungsweise wird das so gewonnene Hormon auch als rekombinantes humanes Erythropoietin (= r-HuEPO) bezeichnet. Seit 1986 wird r-HuEPO in einer Reihe von Studien von der Firmengruppe Amgen/Ortho/Cilag weltweit an Dialyse-Patienten erprobt.

Wir selbst behandeln 15 Hämodialyse-Patienten seit mehr als einem Jahr mit r-HuEPO und im folgenden wollen wir kurz über unsere Erfahrungen berichten. Erythropoietin wurde am Ende jeder Dialysebehandlung intravenös injiziert. Im Mittel verabreichten wir eine Dosis von dreimal 75 U/kg pro Woche in der Phase des Hämatokritanstiegs und dreimal 50 U/kg pro Woche in der Erhaltungsphase. Bereits zwei Wochen nach Beginn der Behandlung kam es zum Anstieg der Retikulozyten, die innerhalb der ersten vier Monate von 31 000 auf 150 000/ μ l anstiegen. In der Erhaltungsphase (Hämatokrit konstant) liegen die Retikulozyten jetzt um 80 000/ μ l. Innerhalb von vier Monaten war der Hämatokrit bei allen Patienten

von initial 24 auf 36 Prozent angestiegen (s. Abb.). Parallel dazu erhöhte sich der mittlere Hämoglobinwert von 7,3 auf 11,3 g/100 ml. Es konnte auch ein gewisser Anstieg der Thrombozyten beobachtet werden, der allerdings 10 bis 15 Prozent nicht überschritt. Dieser Befund ist relativ überraschend, da man primär davon ausging, daß r-HuEPO nur die rote Zellreihe stimulieren würde. Gerade bei höheren Dosierungen scheinen auch Megakaryozyten von r-HuEPO stimuliert zu werden.

Die Korrektur der Anämie ging mit einem erheblichen Verbrauch an Eisen einher. Das Serumferritin lag zu Beginn der Behandlung bei 500 ng/ml und sank innerhalb eines Jahres auf Werte um 100 ng/ml ab. Bei einigen Patienten mußte sogar Eisen substituiert werden. Nach unseren Erfahrungen sollte mit der Eisensubstitution bei Ferritinwerten um 150 ng/ml begonnen werden, um eine maximale Wirksamkeit der Behandlung zu gewährleisten.

Das Hämodialyseverfahren konnte im wesentlichen auch bei den höheren Hämatokritwerten beibehalten werden. Lediglich die Heparindosis wurde um etwa 15 Prozent erhöht, um der Gerinnung innerhalb des Dialysators vorzubeugen. Die Retentionswerte, wie Harnstoff, Kreatinin, Phosphat und Kalium, stiegen im Verlauf der Behandlung geringgradig an, was als Verlust an Clearance-Leistung des Dialysators interpretiert wird (höherer Hämatokrit, vermindertes Plasmavolumen).

Die klinisch bedeutsamste Nebenwirkung ist die de-novo-Entwicklung

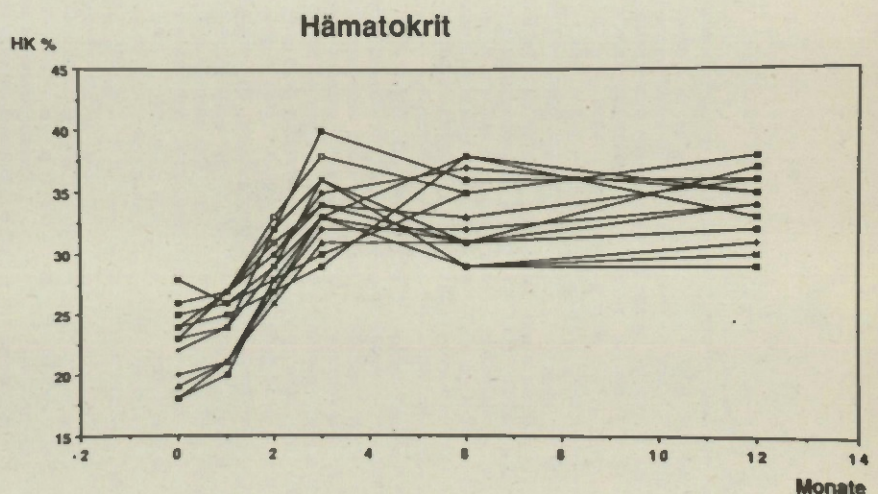


Abbildung: Verlauf der individuellen Hämatokritwerte während der Substitutionstherapie mit rekombinantem humanem Erythropoietin

oder Verschlechterung eines bestehenden Hypertonus. Wir beobachten dieses Problem bei drei Patienten. Man nimmt an, daß die Blutviskosität durch den höheren Hämatokrit ansteigt, was zu einer Zunahme des peripheren Widerstandes und damit des Blutdruckes führt. Besonders vorsichtig sollte man bei Patienten mit bestehender Hypertonie sein. Hier sollte die Korrektur der Anämie sehr langsam durchgeführt werden. Neben dieser Problematik gibt es noch Begleiterscheinungen, wie Fieber und Knochenschmerzen, unmittelbar nach Injektion und eine Neigung zu vermehrten Verschlüssen der Dialysefistel.

Faßt man diese Befunde zusammen, so kann man sagen, daß es heute möglich ist, die renale Anämie kausal und effektiv mit r-HuEPO zu therapieren. Für die Betreuung von Patienten mit chronischem Nierenversagen bedeutet dieser Umstand einen erheblichen Fortschritt. Dialyse-Patienten werden in Zukunft keine Transfusionen mehr benötigen und keine Angst vor einer möglichen virellen Infektion (AIDS) haben müssen. Aber auch für solche Patienten, die keine transfusionsbedürftige Anämie haben, ist ein höherer Hämoglobinwert mit einem Zugewinn an körperlicher und geistiger Leistungskraft verbunden.

Seit November 1988 ist r-HuEPO für die Behandlung der renalen Anämie zugelassen. Das Präparat wird von der Firma Cilag GmbH unter dem Warenzeichen ERYPO® in der Bundesrepublik Deutschland vertrieben.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. R. M. Schaefer und Professor Dr. med. A. Heidland, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg

Personalia

Goldenes Doktor-Jubiläum

Dr. med. Anton Platel, Allgemein- arzt, Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern und des Ärztlichen Kreisverbandes Bad Tölz/ Wolfrethshausen, Schnellriederweg 6, 8190 Wolfrethshausen, konnte am 21. Dezember 1988 sein 50jähriges Doktor-Jubiläum begehen.

Ehrendoktorwürde für Professor Dr. K. Peter

Professor Dr. med. Klaus Peter, Direktor des Instituts für Anästhesiologie der Universität München und Ärztlicher Direktor des Klinikums Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, wurde von der Medizinischen Akademie in Breslau die Ehrendoktorwürde verliehen.

Maximiliansorden für Professor Dr. Dr. h. c. O. Braun-Falco

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Otto Braun-Falco, Direktor der Dermatologischen Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, wurde vom Bayerischen Ministerpräsidenten Dr. Streibl der Bayerische Maximiliansorden für Wissenschaft und Kunst verliehen.

Professor Dr. med. Jürgen Probst, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau, Professor-Küntschers-Straße 8, 8110 Murnau, wurde erneut zum Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde gewählt.

Dr. J. Platz 80 Jahre

Dr. med. Josef Platz, Medizinaldirektor und Chefarzt e. D., Am alten Dorf 26, 8480 Weiden, konnte am 7. Januar seinen 80. Geburtstag feiern.

Dr. Platz war von 1955 bis 1970 Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer und von 1956 bis 1968 Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Weiden. Er hat sich besonders verdient gemacht um die Ausbildung der Arzthelferinnen, die Intensivierung der ärztlichen Fortbildung und für den Schutz des ungeborenen Lebens. 1973 erhielt er die Verdienstmedaille des Hartmannbundes.

Wir wünschen dem Jubilar noch viele gesunde Jahre.

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Dr. R. Rothlauf

Bei der Eröffnung des 39. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer am 2. Dezember 1988 überreichte der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hans Hege, Dr. med. Rudolf Rothlauf, Allgemein- arzt, Eichenweg 11, 8520 Erlangen, die Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Kollege Rothlauf, als Allgemein- arzt seit 1945 in Erlangen niedergelassen, hat sich in besonderer Weise um die ärztliche Fortbildung verdient gemacht.

Seit drei Jahrzehnten 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Erlangen und bis vor kurzem für den gleichen Zeitraum Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, hat er

Euphorbium compositum -Nasentropfen S

Rhinitiden und Sinusitiden



-Heel

Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

Zusammensetzung: 100 ml enth.: Euphorbium D4, Pulsatilla D2, Luffa operculata D2, Mercurius bijodatus D8, Mucosa nasalis suis D8, Hepar sulfuris D10, Argentum nitricum D10, Sinusitis-Nosode D13 jeweils 1 ml in isotonischer Natriumchloridlösung, Benzalkoniumchlorid 0,01%. **Anwendungsgebiete:** Rhinitis verschiedener Genese (viral, bakteriell, allergisch) und Art, Rhinitis sicca, Rhinitis hyperplastica und atrophicans. Zur unterstützenden Behandlung bei Ozaena. Zur Erleichterung der Nasenatmung bei Heuschnupfen. Chronische Sinusitiden. **Gegenanzeigen:** Nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** Nicht bekannt. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Nicht bekannt. **Dozierungenleitung und Art der Anwendung:** 3-5 mal täglich 1-2 Sprühstöße in jedes Nasenloch sprühen, bei Kindern unter 6 Jahren 3-4 mal täglich 1 Sprühstoß. Das Präparat kann unbedenklich auch bei Säuglingen angewendet werden. **Darreichungsform und Packungsgröße:** Dosierspray mit 20 ml DM 8,42 (Stand 1985) **Weitere Darreichungsformen:** Tropfen zum Einnehmen, Injektionslösung

einen erheblichen Teil seiner Arbeit von Beginn an der ärztlichen Fortbildung gewidmet, er ist auch seit deren Gründung Mitglied der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung.

Kollege Rothlauf hat neue Aktivitäten in der ärztlichen Fortbildung entwickelt, er ist Mitinitiator und Mitveranstalter der jährlichen überörtlichen Fortbildungsveranstaltungen der Universität Erlangen, sowohl in praktischer Medizin als auch in der seit 1972 jährlich durchgeführten „Nervenärztlichen Fortbildungsveranstaltung für niedergelassene Ärzte aller Gebiete“.

Im Rahmen der Fortbildung auf Kreisverbandsebene erfolgten unter seiner Regie regelmäßig über drei Jahrzehnte monatliche Veranstaltungen, aber auch Symposien und Seminare. Kollege Rothlauf versteht es, durch eine attraktive, praxisorientierte und zugleich wissenschaftliche Gestaltung in der Thematik, aber auch durch die Gewinnung hervorragender Referenten aus der ganzen Bundesrepublik und dem deutschsprachigen Ausland, diese Veranstaltungen mit einer heute noch steigenden Zahl der Teilnehmer zu organisieren.

Bundesverdienstkreuz und Ernst-von-Bergmann-Plakette für Professor Dr. W. Schwab

Anlässlich der 39. Tagung der Münchener Oto-Rhino Laryngologischen Gesellschaft am 3. Dezember 1988 überreichte das Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer und 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, Dr. Hartwig Holzgartner, Professor Dr. med. Werner Schwab, Direktor der Hals-Nasen-Ohrenklinik im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, die Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Kollege Schwab hat sich seit seinem Dienstantritt in München als Direktor der Hals-Nasen-Ohrenklinik im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München um die Fortbildung der Hals-Nasen-Ohrenärzte mit seinen jährlichen Kursen, Seminaren und Praktika, die er stets in engster Verbindung von Klinik und Praxis gestaltete, in besonderer Weise verdient gemacht.

Seit 1979 Ordinarius für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, stellte er sich selbst und seine Klinik stets bereitwillig der Fortbildung, insbesondere auch für niedergelassene Hals-Nasen-Ohrenärzte, zur Verfügung. Neun Fortbildungskurse für die Audiologie, 18 Fortbildungskurse in der Ultraschalldiagnostik im HNO-Fachgebiet, sechs Fortbildungskurse über die Diagnostik mit akustisch evozierten Potentialen, drei Fortbildungskurse für plastische Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich, zwei Fortbildungskurse für Allergologie mit praktischen Übungen, zwei otoneurologische Fortbildungskurse sowie zehn Jahressitzungen der Oto-Rhino-Laryngologischen Gesellschaft zu München belegen seine große Aktivität. Sämtliche mehrtägigen Veranstaltungen wurden in Zusammenhang mit dem Berufsverband Deutscher Hals-Nasen-Ohrenärzte durchgeführt.

☆

Außerdem wurde Professor Schwab mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Ehrenzeichen für Geschäftsführer K.-G. Kirchner

Auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns am 17. Dezember 1988 überreichte Professor Dr. Dr. h. c. Sewering dem Geschäftsführer der Bezirksstelle Mittelfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Diplom-Volkswirt Klaus-Günter Kirchner, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft.

K.-G. Kirchner ist seit 25 Jahren bei der KVB tätig. Er ist ein Mitarbeiter, den man als „Mitreiter“ in der Vertretung ärztlicher Belange bezeichnen kann. Sein uneingeschränkter beruflicher Einsatz ist geprägt von der Erfüllung seiner Aufgaben als Geschäftsführer einer Bezirksstelle der KVB. Darüber hinaus steht er eber immer mit eigenem Willen für vielfältige Sonderaufgaben zur Verfügung.

K.-G. Kirchner hat stets weit über das Maß dienstlicher Pflichten hinaus an allen die Gesamtärzteschaft betreffenden Fragen und Problemen aktiv Anteil genommen.

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, wurde vom Bayerischen Sportärzteverband zum Ehrenmitglied ernannt.

Dr. med. Manfred Freigang, Augenarzt, Josephsplatz 20, 8500 Nürnberg 1, wurde vom Leiter des Städtischen Gesundheitsamtes die Ehrenmedaille und Urkunde eines „Förderers der Volksgesundheit“ überreicht.

Dr. med. Marianne Koch, Internistin, Wörthstraße 51, 8000 München 80, wurde vom Hartmannbund die Hartmann-Thieding-Medaille 1988 verliehen.

Amtliches

Besetzung des Landesberufgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht und bei den Berufsgerichten in München und Nürnberg

Vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz wurden folgende Kollegen bis zum 31. August 1992 als ehrenamtliche Richter bei den Berufsgerichten beider Instanzen ernannt:

Landesberufgericht für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht:

Dr. Kurt Sailer, Kinderarzt, Kapellenberg 5, 8901 Dudorf-Hausen
Dr. Hans-Jürgen Sauer, Allgemein-
arzt, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg

Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München:

Dr. Detlef Bodenstaff, Anästhesist,
Moosbauerweg 42A, 8190 Wolfratshausen

Berufsgericht für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg:

Dr. Fritz Martin Kelber, Allgemein-
arzt, Fütterseer Straße 11, 8602 Ebrach OT Großbirkach

Dr. Franz Rahm, Orthopäde, Schwaigerstraße 25, 8450 Amberg

Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberbayern

Landkreis Neuburg-Schrobenhausen:
1 Hautarzt

Planungsbereich Brannenburg-Oberaudorf, Lkr. Rosenheim:
1 Internist

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Eisenhelmerstraße 39, 8000 München 21, Telefon (0 89) 57 09 30.

Oberfranken

Lichtenfels:
1 Augenarzt

Rödental, Lkr. Coburg:
1 HNO-Arzt

Hof/Saale:
1 Hautarzt

Kronach:
1 Internist

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

Mittelfranken

Landkreis Ansbach:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Erlangen-Höchstadt:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Gunzenhausen:
1 Chirurg

Stadt Nürnberg:
1 Hautarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Roth/Stadt Schwabach:
1 Hautarzt

Landkreis Ansbach:
1 Internist

Landkreis Fürth:
1 Internist
(Praxisgemeinschaft)

Nürnberg:
2 Internisten
(Praxisübernahmemöglichkeiten)

Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen:
1 Internist
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:
1 Nervenarzt
(Gemeinschaftspraxis)

Fürth:
1 Orthopäde
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg:
1 Orthopäde
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-307 (Frau Gresens/Herr Hubatschek).

Unterfranken

Obernburg-Eisenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Oberaurach, Lkr. Haßberge:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Klingenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Ebern/Eitmann-Ebelsbach/Haßfurt, Lkr. Haßberge:
2 Augenärzte

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:
1 Augenarzt

Hösbach, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 HNO-Arzt

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

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

Bad Neustadt/Bad Königshofen, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 HNO-Arzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 Internist

Planungsbereich Kitzingen, Lkr. Kitzingen:
1 Kinderarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 Kinderarzt

Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-0.

Oberpfalz

Kirchentumbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

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

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:
1 Augenarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:
1 Augenarzt

Roding, Lkr. Cham:
1 Frauenarzt

Waldmünchen, Lkr. Cham:
1 Frauenarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:
1 Frauenarzt

Landkreis Amberg-Sulzbach:
1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:
1 HNO-Arzt

Landkreis Schwandorf:
1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:
1 Hautarzt

Stadt Weiden:
1 Hautarzt

Landkreis Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Fürth i. W., Lkr. Cham:
1 Internist

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Internist

Planungsbereich Tirschenreuth:
1 Internist

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Planungsbereich Tirschenreuth:
1 Kinderarzt

Tirschenreuth:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 37 82-0.

Niederbayern

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Augenarzt

Mallersdorf-Pfaffenberg, Lkr. Straubing-Bogen:
1 Augenarzt

Mainburg, Lkr. Kelheim:
1 Augenarzt
(Praxisübernahme)

Regen, Lkr. Regen:
1 Frauenarzt

Simbach am Inn, Lkr. Rottal-Inn:
1 HNO-Arzt

Landkreis Passau und kreisfreie Stadt Passau:
1 Hautarzt

Pfarrkirchen, Lkr. Rottal/Inn:
1 Hautarzt
(Praxisübernahme)

Regen, Lkr. Regen:
1 Hautarzt

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Kinderarzt

Rottenburg a. d. Laaber, Lkr. Landshut:
1 Kinderarzt

Waldkirchen, Lkr. Freyung-Grafenau:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lillienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09 421) 80 09-0.

Schwaben

Dillingen oder Wertingen, Lkr. Dillingen:
1 Hautarzt

Nördlingen, Lkr. Donau-Ries:
1 Hautarzt

(Praxisübernahme)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 32 56-0.

Gesetzesprojekte

Die Gesetzgebungs-Maschinerie ist in den letzten Wochen auf Hochtouren gelaufen. Die Ergebnisse sind durchweg nicht sonderlich attraktiv. Das gilt bestimmt für das Gesundheits-Reformgesetz; aber auch die anderen Gesetzesprojekte werfen viele Fragen auf. Auf einige davon soll eingegangen werden. Das beginnt mit den Haushaltsbeschlüssen des Parlaments, die gegenüber den Vorjahren aus dem Rahmen fallen. Die Koalition hat seit ihrem Regierungsantritt vor gut sechs Jahren den Ausgabenzuwachs knapp gehalten. Die Ausgaben des Bundes sind in keinem Jahr seit 1983 um mehr als drei Prozent gestiegen. Das brachte den Konsolidierungseffekt, Stoltenbergs Markenzeichen. Was wichtiger ist: Damit wurden die Voraussetzungen für den Abbau der Neuverschuldung und für die Steuerentlastungen geschaffen. In dem nun endenden Jahr ist die Neuverschuldung auf rund 38 Milliarden DM in die Höhe geschneit, was vor allem mit dem Ausfall des Bundesbankgewinns nach dem Dollarsturz Ende 1987 und mit zusätzlichen Anforderungen der EG zu erklären ist, aber auch mit der wachsenden Neigung der Politik, wieder unbekümmerter Geld auszugeben.

Der Koalition ist es nun zwar gelungen, ihre Zusage von Anfang 1988, im nächsten Jahr die Neuverschuldung wieder um zehn Milliarden DM zu reduzieren, einzulösen; diese wird für das neue Jahr mit knapp 28 Milliarden DM ausgewiesen. Aber diesen „Erfolg“ hat die Koalition nur der Tatsache zu verdanken, daß die Steuerquellen wegen der guten Konjunktur seit Mitte des Jahres wieder kräftig sprudeln. Noch stärker aber schlägt die Erhöhung der Steuern zu Buch. Alles in allem kann der Staat 1989 aus den diversen Steuererhöhungen – Verbrauchssteuern plus Quellensteuer – mit Mehreinnahmen von gut zehn Milliarden DM rechnen; der Bund profitiert mit Abstand am meisten davon. Es ist aber falsch, nur auf die jeweilige Neuverschuldung zu gucken. Diese bleibt hoch. Schlimmer ist, daß die Zuwachsrate bei den Ausgaben des Bundes auf 5,4 Prozent steigt. Das ist mit weitem Abstand die höchste Zuwachsrate seit dem Regierungswechsel 1982.

Natürlich gibt es Erklärungen dafür. So hat der Bund 1989 bei der Nürnberger Bundesanstalt ein Defizit in Höhe von vier Milliarden DM zu decken. Den strukturschwachen Ländern sollen 2,45 Milliarden DM als Investitionshilfen überwiesen

werden. Das sind tatsächlich unabwiesbare Mehrausgaben, nachdem sich die Koalition nicht entschließen konnte, den Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung fühlbar anzuheben. Diese Entscheidung war zwar richtig, aber sie muß nun mit Steuererhöhungen bezahlt werden. Die Koalition steht seit der Jahresmitte im Wort gegenüber den finanzschwachen Ländern, weil Niedersachsens Albrecht, Arm in Arm mit den SPD-regierten Ländern, der Koalition die Zusage für die Milliardenhilfe im Zusammenhang mit der Steuerreform abrang. Was immer auch für Erklärungen angeboten werden, die Fortsetzung der Politik der Steuerentlastung ist nur zu verantworten, wenn der Anstieg der Ausgaben sehr eng begrenzt und damit auch die Staatsquote am Sozialprodukt verringert wird. Diese Einsicht muß sich wieder durchsetzen. Aber das dürfte sich mit Blick auf das Wahljahr 1990 wohl als ein frommer Wunsch erweisen.

Aus dem Bukett der wichtigen Gesetzesbeschlüsse ragt die 9. Novelle zum Arbeitsförderungsgesetz heraus. Sie zielt auf die Konsolidierung der Arbeitslosenversicherung. Bei der Nürnberger Anstalt mußten Leistungen von 1,8 Milliarden DM gestrichen werden, um deren finanzielle Balance zu erhalten. Das Defizit wird nämlich für 1989 mit insgesamt 5,8 Milliarden DM beziffert, wovon der Bund vier Milliarden DM übernimmt. Die gesetzlichen Leistungen werden um knapp eine Milliarde DM verringert; die Bundesanstalt muß weitere 540 Millionen DM einsparen. Rund 300 Millionen DM werden über die Beiträge eingebracht; so werden die Arbeitnehmer zwischen 63 und 65 Jahren in die Beitragspflicht einbezogen; für die über 65 Jahre alten Arbeitnehmer wird der Arbeitgeberbeitrag fällig.

Die Kürzungen setzten vor allem bei den Bildungsmaßnahmen an; auch bei den Arbeitsbeschaffungs-Programmen wird gestrichen. Darüber hat es viel Protestgeschrei gegeben. Doch was der Gesetzgeber beschlossen hat, ist nicht unverünftig. Die Qualifizierungs-Offensive ist übers Ziel hinausgeschossen; sie soll wieder auf die Arbeitslosen konzentriert werden. Und durch die ABM-Maßnahmen werden immer häufiger reguläre Arbeitsplätze verdrängt. Auch hier sind Korrekturen angebracht. Wenig paßt in das Bild der leeren Kassen, daß die bisherige Vorruhestandsregelung durch einen bis 1992 befristeten Teilzeit-Vorruhestand ersetzt werden soll, der Arbeitnehmern vom 58. Lebensjahr an die Möglichkeit

geben soll, sich schrittweise aus dem Erwerbsleben zurückzuziehen. Viel wird das sicherlich nicht bringen.

Die Sozialpolitik der letzten Wochen war mit einem weiteren dicken und umstrittenen Gesetzespaket über die Mitbestimmung belastet. Die paritätische Mitbestimmung nach dem Montan-Modell sollte gesichert und der Minderheitenschutz in der Betriebsverfassung verbessert werden. Außerdem ging es darum, den leitenden Angestellten in den Betrieben ein Vertretungsorgan zu geben und die Mitwirkungsrechte der Betriebsräte bei der Einführung neuer Techniken zu erweitern. Das erwies sich als ein schwieriger Balance-Akt innerhalb der Koalition. Aller Einsatz der Sozialpolitiker hat es jedoch nicht vermocht, noch vor Jahresende den Gesetzentwurf über den Dienstleistungsabend durch den Sozialausschuß zu bringen, mit dem der Entwurf über die Einführung des Sozialversicherungsausweises politisch verknüpft worden ist.

Das Gesetz zur Neuregelung der gesetzlichen Krankenversicherung ist, wie zu erwarten war, mit großem politischem Getöse verabschiedet worden. Zum Schluß hat es noch einige Änderungen gegeben, die aber den Charakter dieses Gesetzes nicht entscheidend verändert haben. Die Selbstverwaltung wird ein Gängelband der Politik gelegt; die Gleichschaltung der Kassenarten schreitet voran; die Festbeträge sind nur begrenzt tauglich zur Steuerung des Gesundheitswesens; die bürokratischen Kontrollen nehmen überhand; den Kassen werden mit den Pflegeleistungen neue dynamische Lasten aufgebürdet; die Krankenhäuser werden kaum in die Kostendämpfung einbezogen.

Aber alle werden nun mit dem Gesetz leben müssen, da hilft weder kritisieren noch lamentieren. Aber sowohl die Leistungserbringer als auch die Patienten dürften zunächst einmal ziemlich ratlos vor den neuen Gesetzesbestimmungen stehen. Man denke nur an den Apotheker, der seinem Kunden erklären muß, daß er ein anderes Medikament abgibt, als auf dem Rezept steht. Bei dem einen Mittel müssen 3,- DM zugezahlt werden, bei anderen wieder nichts. Andere Mittel gibt es überhaupt nicht auf Kassenrezept; für Originalpräparate, die von Festbeträgen erfaßt werden, könnten sich höhere Zuzahlungen ergeben. Für den Kleinverdiener wird es lohnend sein, alle Belege zu sammeln, um in den Genuß der Härteklausel oder der Überforderungsklausel zu kommen. Die Beschwerden über solche Komplikationen wird auch der Arzt in seiner Praxis zu hören bekommen. Blüm und seine Beamten lassen grüßen.

bonn-mot

„Ein guter Anfang“

In den Augen von Bayerns neuem Ministerpräsidenten Max Streibl ist die Debatte über seine Regierungserklärung, die der Nachfolger von Franz Josef Strauß knapp zwei Jahre vor der nächsten Landtagswahl abgab, ein „guter Anfang“ in der parlamentarischen Auseinandersetzung zwischen Regierungspartei und Opposition. Beide Seiten seien angesichts einer Situation, die der Ministerpräsident als „Aufbruch zu einem neuen Umbruch“ kennzeichnete, aufgefordert, auf parlamentarischer Basis gut, aber auch kritisch zusammenzuarbeiten.

Max Streibl legte sechs Wochen nach seiner Wahl zum Ministerpräsidenten mit einer fast zweistündigen Regierungserklärung den Kurs seiner Politik und den seines Kabinetts bis zur nächsten Landtagswahl im Herbst 1990 dar, wobei er versprach, das Erbe seines unmittelbaren Vorgängers „zu wahren und zu mehren“. Gleichzeitig stellte er sich in die Kontinuität der Arbeit aller Ministerpräsidenten seit 1946 und würdigte dabei ausdrücklich den früheren Regierungschef Alfons Goppel, den er als „Staatsmann“ bezeichnete und in dessen Tradition er sich offensichtlich sieht. Allerdings stehe Bayern in den nächsten Jahren „vor einer der größten Herausforderungen seiner Geschichte“. Der Freistaat müsse für Europa gerüstet werden. Das „Ja“ zum EG-Binnenmarkt ab 1992/93 beinhalte aber auch, daß Bayern seine Interessen unmittelbar in Brüs-

sel stärker wahrnehmen müsse. Als „Wachstumsland“ Nummer 1 forderte Streibl für Bayern eine verstärkte Attraktivität für Investoren aus dem In- und Ausland, wobei er als einen der wichtigsten Standortvorteile die hohe Qualifikation der bayerischen Arbeitnehmer bezeichnete. Sie müsse erhalten bleiben. Deshalb werde die Staatsregierung weiterhin erhebliche Mittel für das duale Ausbildungssystem aufwenden. Insgesamt stellte Streibl das „Herzstück“ seiner konservativen Politik unter das Motto „Fortschritt bei gleichzeitigem Natur- und Umweltschutz“.

In diesem Zusammenhang erinnerte er daran, daß er – lange vor den Grünen – in Bayern als erstem Land der Bundesrepublik ein eigenes Ministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen aufgebaut hatte und meinte zur Opposition: „Wir haben gehandelt, während Sie immer nur schöne Reden führen.“ Ohne sich als „Kernkraftfetschisten“ bezeichnen lassen zu wollen, setzte der Regierungschef unverändert auf die nukleare Energieversorgung, weil der gigantische weltweite Bedarf nur durch sie gedeckt werden könne. Ein von der SPD gefordertes Moratorium für den Bau der Wiederaufbereitungsanlage in Wackersdorf lehnte er in diesem Zusammenhang ab, weil Bayern seiner föderalistischen Verantwortung gerecht werden müsse.

Weitere Schwerpunkte von Streibls Regierungserklärung galten dem in-

nerbayerischen „Süd-Nord-Gefälle“ und der von der SPD behaupteten Benachteiligung Frankens – ein „übles Märchen“. Er lasse nicht zu, daß Franken krankgeredet werde. Die unveränderte Förderung sagte der Ministerpräsident der Landwirtschaft und dem bäuerlichen Familienbetrieb zu, wie sie von Franz Josef Strauß im Jahrhundertvertrag 1987 umrissen worden sei. Andererseits müsse man aber auch erkennen, daß ein Strukturwandel stattfinde, der jedoch menschlich und sozial abgesichert verlaufen muß. Hierzu seien weniger neue Finanzprogramme, sondern vor allem Phantasie bei allen Behörden gefordert.

Mit einer zunächst positiven Reaktion stieg SPD-Fraktionschef Karl-Heinz Hiersemann auf den neuen „Stil“ des Ministerpräsidenten ein. „Wenn ich mir Ihre bisherige sechswöchige Amtszeit ansehe, so erkenne ich gerne an, daß sich da einiges geändert hat.“ Von der politischen Aussage her habe Streibls erste Regierungserklärung jedoch kaum etwas Neues gebracht, meinte der Oppositionsredner und warf der CSU vor, sie gebrauche den Begriff „neue Technologien“ wie eine Droge, wobei sie den Gedanken an die Risiken verdränge. Zur geplanten „Elefanten-Hochzeit“, der Fusion Daimler-Benz und MBB, erklärte der Redner: „Milliardenverluste werden sozialisiert und dem Steuerzahler aufgebürdet, die Gewinne aber in die Taschen der Aktionäre geleitet.“ Streibl müsse seine Zustimmung verweigern, falls Daimler-Benz keine Arbeitsplatz- und Standortgarantie für die bayerischen Werke und deren Arbeitnehmer gebe. Lapidar reagierten die Grünen auf die Rede Streibls. Ihre Sprecherin, Christine Scheel, warf dem Regierungschef vor, er sehe keinen Grund, an der gegenwärtigen Politik irgendetwas zu ändern: „Sie schaffen es, mit einem Minimum an realer Veränderung ein Maximum an Öffentlichkeitswirkung zu erzielen.“ Demgegenüber sprach CSU-Fraktionschef Alois Glück dem Ministerpräsidenten das volle Vertrauen der Regierungspartei aus und meinte, Streibl werde Gegenwart und Zukunft Bayerns wesentlich prägen. Trotz der glänzenden Stellung des Freistaats dürfe man nicht vergessen, daß man in einer Zeit des tiefgreifenden Umbruchs lebe und die Herausforderungen kaum geringer seien als die der unmittelbaren Nachkriegszeit.

Michael Gscheidle

Band 73 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

**Endokrinologie – Erkrankungen des Stoffwechsels – AIDS – Pneumologie –
Moderne gastroenterologische Untersuchungsmethoden**

– Vorträge des 27. Bayerischen Internistenkongresses, 1987 –

kann über die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 16,
8000 München 80, unter Belfügung von DM 5,- in Briefmarken als Schutz-
gebühr angefordert werden.

– Alle Kassenärzte in Bayern erhielten diesen Band durch ihre Bezirksstelle der
Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns –

Äskulap und Pegasus

Martha Stordeur – Sprache ist Heimat

Der Dialekt ist doch das Element, aus dem die Seele ihren Atem schöpft.

Joh. Wolfgang von Goethe

Daß der Bundesverband Deutscher Schriftsteller-Ärzte in seinen Reihen auch Zahn- und Tiermediziner verzeichnet, ist wohl eine Selbstverständlichkeit. Daß er aber auch dichtende Apotheker und Arztfrauen zu seinen Mitgliedern zählen darf, sofern sie sich mit ihrem literarischen Schaffen in die Öffentlichkeit wagen, spricht für Aufgeschlossenheit und Freizügigkeit dieser mittlerweile auch von den Medien entdeckten Organisation (BRF „Bayernchronik“ am 30. Juli 1988: Bayerische Dichterärzte).

Seit Jahren gehört die Arztfrau Martha Stordeur als aktives Mitglied der Landesgruppe Bayern im BDSÄ an. Selbst 25 Jahre als Arztsekretärin und technische Assistentin (Röntgen, Labor) berufstätig gewesen, lernte sie „das ärztliche Milieu und den Umgang mit der leidenden Mitwelt“ bestens kennen. Ihren ärztlichen Schriftstellerkollegen steht sie somit, was den Tiefgang menschlicher Erfahrungswelt anlangt, gewiß nicht nach. Bleibt noch zu vermerken: Wen wundert es da, daß sie die Ehefrau eines Arztes geworden ist und somit als Gattin von Dr. med. Kurt Stordeur mit dessen schriftstellernden Kollegen in Kontakt gekommen ist. So sei es hier auch eine Hommage an die „Arztfrau“. In Hochdeutsch und bairischer Mundart dichtet Frau Stordeur. Gerade im Dialekt gelingen ihr besonders aussagekräftige Poeme, die ihre Verliebtheit in das heimische Idiom bezeugen. Die Sprache ihrer geliebten Geburtsstadt ist ihr Heimat geworden. Mit zwölf Jahren hat die geborene Münchnerin erstmals sich an „Verserl“ gewagt. Und siehe da! Das sprichwörtlich „süddeutsche Gemüt“ – vom alemannischen und bayrisch-pfälzischen Elternteil überkommen – läßt sie ihre Ideen sprachlich-poetisch herzerfrischend und humorvoll, aber auch in der Liebe zur Sache kritisch formulieren.

Aus einem beachtlichen Vorrat dürfen wir unseren Lesern eine Auswahl von Mundartgedichten bringen, wie sie für Frau Stordeur charakteristisch sind.

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

Der oide Mühlbauer

Der oide Mühlbauer liegt in der Kammer,
am Kopfend brennt d' Kerz'n, es is a Jammer,
sei Herz is voll Kummer,
es druckt ihn was schwer,
bloß wia soi er's song, er denkt hin und her,
so gern dat er doch a wengerl no le'm
und vielleicht dats sogar
oan Ausweg no ga'm.
Sei Frau sitzt am Bett im Arbatsg'wand,
ihra Aug'n san feucht und sie hoit sei Hand
„sog Josef, kon i wos für di doa,
mogst wos zum Tringa, na ruaf i'n Kloa“,
do sogt er: „woaßt Muata,
oan Wunsch hätt i fai,
i mächat no oamoi a so a schen's Wei,
wiast domois bei unserer Hochzeit g'wen bist,
sog, konnst as net raushoin,
as G'wand aus der Kist?
Geh, mach mir no oamoi die große Freid
und ziagst as o – Dei Hochzeitskleid“.
Dia Bäuerin schüttelt verwundert an Kopf
und denkt si, mei des is a komischer Tropf,
aber wenn des sei letzte Bitt' is, oh mei,
dann mach is und sagt: „Ja Vata, glei
hoi is G'wand aus der Truh'n
wennst wuist daß i's dua,
mei, hoffentlich bring i die Knöpf'heit no zua.
Es dauert a wengerl, dann steht's in der Tür,
hot si nei'zwängt in's G'wand
mitsamt am G'schnür,
der Bauer is glücklich und schaut sie lang o,
dann frog't's'n: „jetzt sog mir bloß liaba Mo,
warum woitst akkrat jetzt
des G'wand nomoi seng?“,
der Bauer wink't's her „kumm, setz Di a wen'g,
woaßt i hob mir denkt,
jetzt geht's ja an's Ster'm,
do kon ma ja sowieso nix verder'm
und boi jetzt der Tod reikummt bei der Tür
dann kann't's doch leicht sei – so denk i mir –
daß, wenn er Di a so sitz'n sigt,
so schee, mit Deina Taler g'schmückt,
er si dann denkt: do nimm i sie,
weist Du eam besser g'loist ois i.“

Der farblose Mensch

I hätt so gern a paar Verserl g'macht
und dann hob i garnix zammabracht,
zu am Geburtstag hätt des sei soin,
bloß mir is überhaupt nix eig'foln.
Der Mensch war so farblos,
so unbunt und brav
i bin mir hoit vorkomma
wia a dumm's Schaf,
mir is garnet ei'ganga, wia des sei ko,
bei andre lauft mir der Bleistift davo.
Na hob i mir denkt,
mal'n wenn i jetzt kunnt –
wia werat des Buidl, werats recht bunt?
Woit i von dem Mo a Portrait jetza macha,

sitzt i vor der Leinwand,
mi'm Pinsel dem flacha
und wo i'n a nei tauch, i dawischat Lasur,
seidenmatt schimmernd und farblos nur,
der Tauch in dia Tub'n dad garnix ergeb'n,
i dads hold net find'n, die Farben fürs Leb'n.
So san hoit dia Mensch'n,
es is wirklich schwer,
es gibt leider welche, dia geb'm garnix her.

So sans

Beim Frühstück sagt zum Buam der Vata:
„heit mach ma drauss'd as neie Gatter,
Du duast mir z'erst dia Löcher grab'n,
i dua dann d' Pfosten einaschlag'n.“
Der Bua sagt: „Was, bei dem Sauwetta“,
da ziaht der Bauer scho' vom Leda:
„g'macht werd's und jetza bist glai' stad,
we'l's reg'nt und wei' der Wind recht waht,
dad er si' garn dahoam rum trei'm,
da geht fai nix, des laß ma blei'm,
in fünf Minut'n stehst vor'm Haus,
i' hol dawei an Traktor raus“.

Dann fahr'n s' auf d' Weid'n naus, dia zwoa
und ham no immer a mords G'schroa.
Der Bua sagt zu seim Vata: „Naa,
jetzt herrschaftseit'n Sakara,
an ganz'n Tag werd g'schimpft
und g'schrian
da kann ma wirklich d' Lust verlier'n!“
„Oa Wort no“ – plärft der Bauer laut –
„dann kriegst a Watsch'n runterg'haut,
so hat bei uns dahoam da Vata
uns d' Arbat g'lernt
-- jawoi – des hat a --“.

Der Bua is jetzt a wengerl stutzig,
doch glei d'rauf werd er wieder trutzig
und fragt, diwei' er's Loch aufgrabt:
„was hast denn Du für'n Vata g'habt?“.

Der Bauer schreit: „jetzt hab' i g'nua,
an bessern scho, ois Du, mei Bua“.

Meine Fehier

I kenn koan Mensch, dar nat wia i
a Fehler hätt, drum freu' i mi,
denn hätt zum Beispiel i jetzt koa,
dann wer i auf der Welt alioa –
und wenn jetzt i bloß Fehler hätt
und alle andern Menschen net,
wers wiederum a Tragödie
weil i dann anders wär als sie.
Drum hab i meina Fehier gern,
dia lass'n mi zu da Mensch'n g'hörn.

Der Druckfehler

In der Zeitung hab' i' g'les'n,
zwoa Buam dia san beim
Kahnfahr'n g'wes'n,
ham dann recht umananda deifet
und jetzt kommt des, was i' bezweiflet,
wortwörtlich hoabt's:

„Das Boot as stank
wobei der eine Bub ertrank.“

i' hab' scho' so vui g'hört im Leb'n,
bloß so was hat's no' garnia geb'n,
daß ma' jetz a – mei' liaba Mo –
sogar im G'stänk ersauf'n ko.

Blaulichtärzte – Einheitliches Fortbildungskonzept für Notärzte in Bayern 1989

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

I. Stufe – Grundkurs für Ärzte, die im Rettungsdienst eingesetzt werden sollen

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

II. Stufe – Aufbaukurs für Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens einjährige klinische Tätigkeit in einem Akutkrankenhaus und mindestens 1 Jahr davor vollständig absolvierte I. Stufe

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

III. Stufe – Fallsimulation für aktiv tätige Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens 1 Jahr davor vollständig absolvierte II. Stufe oder mindestens kontinuierliche zweijährige Tätigkeit im Rettungsdienst mit mindestens 150 Einsätzen

Zeitbedarf: 1 Samstag ganztägig (9.30 bis 17.30 Uhr)

Veranstaltungsorte:	Termine:	Stufe:	Auskunft und Anmeldung nur bei:
Augsburg Ärztehaus Schwaben	11. 3. 8. 4. 1. 7. 22. 7. 28. 10. 18. 11.	II/1 II/2 II/1 II/2 III III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Frau Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
München Ärztehaus Bayern Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern	9. 9. 14. 10. 21. 10. 4. 11.	III I/1 I/2 I/2	Bayerische Landesärztekammer Mühlbaustreße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288
Nürnberg-Fürth Stadthalle Fürth	10. 6. 24. 6. 11. 11. 2. 12.	II/1 II/2 I/1 I/2	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532
Würzburg Universitätsklinik Universitätsklinik	11. 2. 25. 2.	II/1 II/2	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg 11 Frau Schneider, Telefon (09 31) 307-230

Schriftliche Anmeldung unbedingt erforderlich!

Bei der Anmeldung zum Kursteil I ist die Fotokopie der Approbation beizulegen, da Kursplätze zunächst für approbierte Ärzte vorgesehen sind. AiP können nur berücksichtigt werden, wenn noch Plätze frei sind.

Bei der schriftlichen Anmeldung zur Stufe II und III sind Bescheinigungen über die jeweils geforderten Teilnahmevoraussetzungen beizufügen.

Teilnahmebescheinigung nur nach vollständig besuchtem Kurs.

Bereits ausgebuchte Kurse werden nicht mehr veröffentlicht.

Kongresse

Klinische Fortbildung in Bayern 1989

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer
– Akademie für ärztliche Fortbildung –

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Eschrich,
Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-248

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

Fortbildungsveranstaltungen, die als **Ausbildungsveranstaltungen zur Vertiefung des medizinischen Wissens nach § 34 c** der Approbationsordnung anerkannt werden, sind im **Grauraster** gekennzeichnet.

Die Teilnahme wird vom Veranstalter im AIP-Ausweis bestätigt, wobei jeweils **drei Stunden** einer Ausbildungsveranstaltung entsprechen.

Daneben sind **zwei berufskundliche Ausbildungsveranstaltungen** – die von der Bayerischen Landesärztekammer durchgeführt und im Aprilheft angekündigt werden – nachzuweisen.

Anästhesiologie

17. bis 19. Februar und 10. bis 12. März
in Erlangen

Institut für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. Rügheimer)

„Einführungskurs – Medizintechnik und Gerätekunde“

Theoretische Grundlagen, Demonstrationen und praktische Übungen an Narkosa- und Beatmungsgeräten (jeweils ausführlicher Grundkurs)

Teilnehmergebühr: jeweils DM 375,- (umfangreiche Unterlagen sowie Mittagessen sind in der Kursgebühr enthalten)
Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Dr.-Ing. A. Obermayer, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Teleton (09131) 85-2731 oder 3797

Arbeitsmedizin

19. Januar und 16. Februar in München

Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München (Vorstand: Professor Dr. G. Fruhmann) gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte a. V.

87. Kolloquium am 19. Januar
Thema: Orthopädische Aspekte für den Betriebsarzt

88. Kolloquium am 16. Februar
Thema: Beleuchtung und Sehen am Arbeitsplatz unter besonderer Berücksichtigung von Fahr- und Steuerungstätigkeiten

Zeit: jeweils 18 Uhr c. t.

Ort: jeweils Kleiner Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II (Zi. 251), München 2
Anmeldung nicht erforderlich.

Augenheilkunde

18. Januar, 1. und 15. Februar in München

Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H.-J. Merté)

18. Januar
Morphologische Grundlagen retinaer Laserkoagulation

1. Februar
Vergrößernde Sehhilfen

15. Februar
Optik des Brillenglases

Zeit: 16.15 bis ca. 18 Uhr (einschließlich klinischer Demonstrationen)

Ort: Seminarraum, 4. Stock, Klinikum rechts der Isar, Trogerstraße 32, München 80

Auskunft:
Sekretariat der Augenklinik und -poliklinik, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Teleton (089) 4140-2321

28. Januar in München

Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H.-J. Merté)

„Sitzung der Münchner Ophthalmologischen Gesellschaft“

Beginn: 14.30 Uhr s. t.

Januar 1989

16. Psychiatria - München
18. Augen - München
18.-20. Orthopädie - München
19. Arbeitsmedizin - München
21. Laboratoriumsmedizin - München

21. Neurologie - München
21. Physikalische Therapie - München

23. Psychiatria - München
27. Sonographie - München
27.-29. HNO - München
27.-29. Innere - Bad Naustadt
28. Augen - München

28. Chirurgie - Altötting

28. Gastroenterologie - Würzburg

28. Kinderheilkunde - Würzburg
28. Onkologie - München

28. Rheumatologie - Bad Abbach

30. Psychiatrie - München

Februar 1989

1. Augen - München
1. Gastroenterologie - München

1. Lungen - Zusmarshausen

4. Endokrinologie - Erlangen

9.-11. Sonographia - Nürnberg und Erlangen

10. Sonographie - München

10.-12. Sonographie - Tegernsee

11. Haut - München

13. Psychiatria - München

15. Augen - München

15.-17. Urologia - München

15.-19. Haut - Lam

16. Arbeitsmedizin - München

17.-19. Anästhesiologie - Erlangen

18. Gastroenterologia - Veitshöchheim

18./19. HNO - Erlangen

20. Psychiatria - München

22. Haut - München

24./25. Chirurgia - Erlangen

24./25. Innere - Erlangen

24./25. Sonographie - Regensburg

24.-26. Sonographia - München und Tegernsee

27./28. Sonographia - Regensburg

27. 2.-4.3. Nerven - München

März 1989

2.-4. Lungen - Bad Reichenhall

2.-5. Sonographia - München

3.-5. Radiologie - Nürnberg

4. Endokrinologia - Hof

6.-10. Chirurgia - Nürnberg

8.-10. Augen - München

10./11. Augen - München

10./11. Sonographie - München

10.-12. Anästhesiologie - Erlangen

13.-16. Gastroenterologia - Erlangen

Ort: Hörsaalgebäude, Klinikum rechts der Isar, Einsteinstraße 3, München 80

Auskunft:
Sekretariat der Augenklinik und -poliklinik, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Teleton (089) 4140-2320 oder 2321

8. bis 10. März in München

Auganklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H.-J. Merte) in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V.

„39. Münchner Ophthalmologen-Praktikum“

Ort: Hörsaalgebäude, Klinikum rechts der Isar, Einsteinstraße 3, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. Th. Schmidt, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 4140-2326

10./11. März in München

Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H.-J. Merte) in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V.

Leitung: Professor Dr. Dr. H. von Denffer
„6. Viskochirurgia-Seminar mit Praktikum“

Ort: Hörsaalgebäude, Einsteinstraße 3, und Mikrobiologischer Kurssaal, Bau A 2 (Experimentelle Chirurgie), 2. Stock im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Frau Diplomvolkswirtin E. Steidla, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 4140-2791

Chirurgie

28. Januar in Altötting

Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhaus Alt/Neuötting (Chefarzt: Professor Dr. H. Bauer)

„Januar-Symposium“

Themen: Hyperthyreose (Pathophysiologische Grundlagen, medikamentöse und chirurgische Therapie, Radiojod-Behandlung) – Schilddrüsenkarzinom (Epidemiologie und aktuelle Diagnostik, operative Therapie, nuklearmedizinische und externe Strahlentherapie)

Zeit: 9 bis 13.15 Uhr

Ort: Aula der Staatlichen Realschule, Justus-von-Liebig-Straße, Altötting

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. H. Bauer, Vinzanz-von-Paul-Straße 10, 8262 Altötting, Telefon (08671) 509211

24./25. Februar in Erlangen

Chirurgische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. F. P. Gall)

Leitung: Professor Dr. F. P. Gall, Professor Dr. W. Hohenberger

„Internationales Symposium“

Thema: Weichtailsarkome – aktueller Stand von Diagnostik und Therapie

Beginn: 24. Februar, 8.30 Uhr; 25. Februar, 9 Uhr

Ort: Stadthalle, Neuer Platz, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro, Frau H. Scipio, Chirurgische Universitätsklinik, Maximiliansplatz 2, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-3558 oder 3279

6. bis 10. März in Nürnberg

Klinikum der Stadt Nürnberg, Zentrum für Chirurgia (Leitender Arzt: Professor Dr. Ch. Gebhardt)

„Chirurgische Woche“

Thema: Klinischer Alltag der Allgemein- und Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, der plastischen Chirurgie mit Visiten, Demonstrationen im Operationssaal, Röntgenbesprechung mit begleitenden Referaten zu ausgewählten Problemstellungen des Operationsprogrammes

Zeit: täglich 7 bis 17 Uhr

Begrenzte Teilnehmerzahl, schriftliche oder telefonische Anmeldung erbeten.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Ch. Gebhardt, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (0911) 398-2979 oder 2980

Endokrinologie

4. Februar in Erlangen

Förderverein Neuroendokrinologische Arbeitsgemeinschaft der Universität Erlangen-Nürnberg e. V.

Leitung: Professor Dr. R. Fahlbusch

„6. Erlanger Neuroendokrinologie-Tag“

Thema: Zentrale Rhythmik in der Neuroendokrinologie

Zeit: 9 Uhr bis ca. 16.30 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. R. Fahlbusch, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-4565

4. März in Hof

Klinikum Hof, Medizinische Klinik (Leitende Ärzte: Professor Dr. D. Müller, Dr. K. Wette)

Leitung: Professor Dr. D. Müller

Thema: Neues aus der Endokrinologie für die Praxis

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Schwesternsaal im Klinikum, Eppanreuther Straße 9, Hof

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Medizinischen Klinik, Eppanreuther Straße 9, 8670 Hof, Telefon (09281) 973-275 oder 276

Gastroenterologie

28. Januar in Würzburg

Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. K. Wilms)

Leitung: Privatdozent Dr. J. Mössner

„4. Gastroenterologisches Seminar“

Thema: Erkrankungen des Dünndarms Anatomie und Pathologie – Physiologie und Pathologie der Resorption und Sekretion – Dünndarm: ein immunologisches Organ (Physiologie und Pathophysiologie) – Dünndarm: ein endokrines Organ – Posterausstellung – Stellenwert der verschiedenen bildgebenden Verfahren in der Dünndarmdiagnostik – Motilität des Dünndarms: Physiologie, Pathophysiologie und klinische Bedeutung – Was gibt es Neues hinsichtlich Morbus Crohn, Zöliakie, Morbus Whipple? – „Chirurgische“ Dünndarmerkrankungen

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Klinikstraße 8, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Poliklinik, Frau Nickel, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 31-434

1. Februar in München

Medizinische Klinik II der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. G. Paumgartner)

„1. Münchener Lithotripsie-Tag“

Thema: Stoßwellentherapie von Gallensteinen

Zeit: 15 bis 18 Uhr

Ort: Hörsaal VI, Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft und Anmeldung:

Dr. M. Sackmann, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 7095-2261 oder 3021

18. Februar in Veitshöchheim

Medizinische Klinik der Universität Würzburg in Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg

Leitung: Professor Dr. H. Kasper, Professor Dr. E. Kern

„Gastroenterologie in der Praxis“

Themen: Therapie gastrointestinaler Tumoren – Neue röntgenologische Methoden zur Diagnostik gastrointestinaler Erkrankungen – Moderne Aspekte bei der Ulkusbehandlung – Möglichkeiten des

therapeutischen Vorgehens bei Cholelithiasis usw.

Beginn: 9 Uhr

Ort: Mainfrankensäle, Veitshöchheim bei Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Kasper, Josef-Schnelder-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 2 01 - 31 59

13. bis 16. März in Erlangen

Medizinische Klinik I mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. G. Hahn)

Leitung: Professor Dr. E. G. Hahn, Privatdozent Dr. W. Matek, Privatdozent Dr. N. Heyder

„41. Erlanger Kurs für Gastroenterologische Endoskopie und Ultraschalldiagnostik“

Zeit: 9 bis ca. 18 Uhr

Ort: Medizinische Klinik, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 240,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro, Frau G. Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-3374

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

27. bis 29. Januar in München

Hals-Nasen-Ohrenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. W. Schwab)

Leitung: Professor Dr. K.-F. Hamann

„7. Kurs der Hördiagnostik mit akustisch evozierten Potentialen“

Beginn: 27. Januar, 15 Uhr; Ende: 29. Januar, 12 Uhr

Ort: Hörsaal C im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Oberarztsekretariat, Frau Richter, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 4140-2386

18./19. Februar in Erlangen

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. M. E. Wigand)

„23. HNO-Fortbildungsseminar“

Themen: Die bedrohlichen Entzündungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich – Praktische Kurse in Audiologie, Neurootologie, Röntgendiagnostik, Endoskopie, Ultraschall, Phoniatrie und Päd-

audiologie, sowie plastische Gesichtsoperationen und endoskopische Nebenhöhlenchirurgie

Zeit: 9.30 Uhr s. t. bis ca. 18.00 Uhr

Ort: Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Waldstraße 1, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. M. E. Wigand, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-3141

Haut- und Geschlechtskrankheiten

11. Februar in München

Dermatologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. Dr. S. Borelli)

„Münchner Therapiesprache“

Thema: Acne vulgaris

Zeit: 9 Uhr s. t. bis ca. 15 Uhr

Ort: Hörsaal 608, Dermatologische Klinik, Biedersteiner Straße 29, München 40

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Frau Diplombetriebswirtin E. Walker, Dermatologische Klinik, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40, Telefon (089) 3849-3205

15. bis 19. Februar in Lam/Beyer. Wald

Dermatologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. O. P. Hornstein)

„5. Winter-Seminarartagung“

Themen: Atopie und Beruf, Jugendarbeitsschutzgesetz und Atopie, das sog. Hautarztverfahren, polymorphe Lichtdermatosen

Ort: Steigenberger Hotel Sonnenhof, Himmelreich 13, Lam

Auskunft und Anmeldung:

Kliniksekretariat, Frau I. Kelle, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-3160

22. Februar in München

Dermatologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. Dr. S. Borelli)

„Tagung der Münchner Allergie-Gesellschaft am Biederstein e. V.“

Themen: Allergologie/Dermatologie

Zeit: 18 Uhr s. t. bis ca. 20.30 Uhr

Ort: Hörsaal 608, Dermatologische Klinik, Biedersteiner Straße 29, München 40

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Frau Diplombetriebswirtin E. Walker, Dermatologische Klinik, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40, Telefon (089) 3849-3205

Innere Medizin

27. bis 29. Januar in Bad Neustadt

Kurparkklinik Bad Neustadt (Chefarzt: Professor Dr. F. Matzkies)

„19. Ernährungsmedizinisches Seminar“
Themen: Grundlagen der Ernährungslehre – Angewandte Ernährungslehre – Praxis der Diätetik

Beginn: 27. Januar, 19 Uhr; Ende: 29. Januar, ca. 13 Uhr

Ort: Wandelhalle, Bad Neustadt/Seale
Teilnehmergebühr: DM 200,- (Unterkunft und Verpflegung inbegriffen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Kurparkklinik, Frau Peschke, Kurhausstraße 31, 8740 Bad Neustadt, Telefon (09771) 9170

24./25. Februar in Erlangen

Medizinische Klinik I mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. G. Hehn)

Leitung: Professor Dr. E. G. Hehn, Professor Dr. K. Bachmann

„22. Erlanger Fortbildungstage in Praktischer Medizin“

Zeit: 9 bis ca. 18 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Medizinischen Klinik, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 60,-

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro, Frau G. Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-3374

Laboratoriumsmedizin

21. Januar in München

Institut für Klinische Chemie der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. M. Knedel)

Leitung: Professor Dr. A. Fetej-Moghadam, Dr. H.-J. Gross

„Samstagsseminar“

Thema: Grundlagen und Diagnostik der zellulären und humoralen Immunität sowie die immunhämatologische Phänotypisierung von Leukämien und Lymphomen (Theoretische Grundlagen des zellulären Immunsystems, angeborene humorale Immundefekte: Klinik und Diagnostik, angeborene Komplement-Defekte: Klinik und Diagnostik, diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf Störungen der Immunabwehr, Grundlagen der Flowzytometrie: Anwendung der Flowzytometrie bei der Diagnostik von Leukämien, Lymphomen und Immundefekten)

Beginn: 10 Uhr

Ort: Hörsaal V im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. A. Fetej-

Moghedam, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 - 32 04 oder 32 05

Kinderheilkunde

28. Januar in Würzburg

Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. H. Bartels)

„Würzburger Pädiatrisches Seminar“
Thema: Hirntumoren im Kindesalter – Klinische Demonstrationen – Röntgen-Quiz
Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Hörsaal der Kinderklinik, Josef-Schneider-Straße 2, Würzburg

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. H. Berteis, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01 - 37 01

Lungen- und Bronchialheilkunde

1. Februar in Zusmarshausen

Zusammenkunft der LVA Schwaben, Klinik für Lungen- und Bronchialerkrankungen (Chefarzt: Dr. D. Müller-Wening)

Thema: Der Laser in der Pneumologie

Beginn: 16.30 Uhr

Ort: Zusammenkunft, Zusmarshausen

Letzter Anmeldetermin: 26. Januar

Auskunft und Anmeldung:

Zusammenkunft, Frau Kanefzky, 8901 Zusmarshausen, Telefon (0 82 91) 90 61, Nebenstelle 12

2. bis 4. März in Bad Reichenhall

Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane in Zusammenarbeit mit der Klinik Bad Reichenhall, Fechklinik für Erkrankungen der Atmungsorgane (Chefarzt: Privatdozent Dr. W. Petro)

Leitung: Dr. P. Kaspar, Privatdozent Dr. W. Petro

„Bronchologischer Untersuchungskurs“
Einführungskurs für Pneumologen, Internisten und Anästhesisten. Im theoretischen Teil werden Indikation und Technik der Fiberbronchoskopie besprochen. Schwerpunkt des Kurses soll jedoch die praktische Ausbildung der Kursteilnehmer an Übungsphantomen sein.

Ort: Klinik Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9-11, Bad Reichenhall

Auskunft:

Frau Schmidt, Röntgenabteilung, Salzburger Straße 9-11, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (0 86 51) 6 30 41

Nervenheilkunde

27. Februar bis 4. März in München

Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. H. Hippus)

„EEG-Fortbildungskurs“

Zeit: Montag bis Freitag, 9 bis 18.30 Uhr; Samstag 9 bis 11 Uhr

Ort: Hörsaal der Psychiatrischen Klinik, Nußbaumstraße 7, München 2

Teilnehmergebühren: DM 270,-; neurophysiologische Assistenten DM 135,-

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. J. Kugler, Nußbaumstraße 7, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 33 21

Neurologie

21. Januar in München

Neurologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. A. Struppler)

Leitung: Privatdozent Dr. R. Dengler, Professor Dr. A. Struppler

„Klinisch-neurophysiologisches Fortbildungsseminar mit praktischen Übungen (EMG, NLG, evozierte Potentiale)“

Zeit: 9 s. t. bis 16 Uhr

Ort: Bibliothek der Neurologischen Klinik, Möhisträße 30, München 80

Teilnehmergebühren: DM 100,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. R. Dengler, Möhisträße 28, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 46 64, falls nicht besetzt 41 40 - 46 07 oder 46 01

Onkologie

28. Januar in München

Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. W. Wilmanns) in Zusammenarbeit mit der Projektgruppe Knochen Tumoren im Tumorzentrum München

Leitung: Professor Dr. A. Schalhorn, Professor Dr. H. Sauer

„Vorstellung des Manuals: Knochen Tumoren/Weichteilsarkome“

Pathologie maligner Knochen Tumoren – Diagnostik primärer Knochen Tumoren – Operative Therapie des Osteosarkoms – Chemotherapie beim Osteosarkom – Chemotherapie des Ewing-Sarkoms – Operative Therapie beim Ewing-Sarkom – Strahlentherapie des Ewing-Sarkoms und anderer primärer Knochen Tumoren – Therapie des Chondrosarkoms – Chirurgische Therapie der Weichteilsarkome – Internistische Therapie der Weichteilsarkome – Palliative Operationen bei Knochenmetastasen – Diagnose und Therapie des Plasmozytoms

Zeit: 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr

Ort: Hörsaal im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, München 70

Anmeldung nicht erforderlich.

Auskunft:

Sekretariat der Medizinischen Klinik III, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 - 25 51

Orthopädie

18. bis 20. Januar in München

Orthopädische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. E. Hipp)

„16. Arthroskopie- und Bandkurs München“

Der Schwerpunkt des Kurses liegt in den praktischen Übungen am Präparat. Neben Grundsatzreferaten zu Fragen der Bandchirurgie und Arthroskopie werden Videoübertragungen aus dem Operationssaal durchgeführt.

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Oberarztsekretariat Dr. G. Rodammer, Frau Schmitz, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 40 44

Physikalische Therapie

21. Januar in München

Klinik für Physikalische Medizin der Universität München (Direktor: Professor Dr. E. Senn)

Leitung: Professor Dr. E. Senn, Professor Dr. R. Becker-Casademont

Thema: Der hemiplegische Patient in der täglichen Praxis

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Hörsaaltrakt im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, München 70

Auskunft:

Professor Dr. R. Becker-Casademont, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 24 02

Psychiatrie

Wintersemester 1988/89 in München

Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. H. Hippus)

„Montagskolloquien“ am 16.1., 23.1., 30.1., 13.2. und 20.2. 1989

Themen: Wahn: klinisch-pathologische Systematik – Krankheitskonzept und Compliance-Modifikation – Polymorphismus der mikrosomalen Oxidasen und Psychopharmaka – Neuropsychiatrische Aspekte der HIV-Infektion – Patienten und Therapeuten sehen Psychotherapie: Ergebnisse aus der Berliner Psychotherapie-Studie – Risikofaktoren der Depression: Resultate einer prospektiven epidem.

miologischen Untersuchung – Neuere psychoanalytische Konzepte der weiblichen Identität

Zeit: jeweils 16 Uhr s. t.

Ort: Bibliothek der Psychiatrischen Klinik der Universität, Nußbaumstraße 7, München 2

Radiologie

3. bis 5. März in Nürnberg

Radiologisches Zentrum, Abteilung Diagnostik (Chefarzt: Professor Dr. E. Zeitler)

Themen: Techniken der Interventionellen Radiologie – Radiologie des Mammekarzinoms (neue diagnostische und therapeutische Aspekte) – Moderne bildgebende Systeme in der Traumatologie

Beginn: 3. März, 8.30 Uhr; Ende: 5. März, 13. Uhr

Ort: Hotel Meritim, Freuentorgreben 11–13, Nürnberg

Teilnehmergebühr: DM 250,- (für Assistenzärzte mit Bescheinigung DM 150,-); Tegekarte DM 150,- (für Assistenzärzte mit Bescheinigung DM 100,-)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. E.-I. Richter, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98-25 40

Rheumatologie

28. Jänner in Bad Abbach

Rheumazentrum Bad Abbach, I. Medizinische Klinik (Chefarzt: Privatdozent Dr. H. Menninger) gemeinsam mit der II. Medizinischen Klinik (Chefarzt: Professor Dr. H. Müller-Faßbender)

„4. Bad Abbacher Wintersymposium“

Thema: Neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten in der Rheumatologie

Zeit: 9 bis 13.30 Uhr

Ort: Kurhaus, Keiser-Karl V.-Allee, Bad Abbach

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der II. Medizinischen Klinik des Rheumazentrums, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 18-3 61

Sonographie

27. Jänner und 10. Februar in München

Städtisches Krankenhaus München-Harlechting, III. Medizinische Abteilung (Chefarzt: Dr. R. Lindlbauer)

Leitung: Dr. W. Scheinpflug

Seminar der Doppler-Echokardiographie (Vortragsveranstaltung mit Videodemonstrationen)

Zeit: 9 Uhr bis ca. 18 Uhr

Ort: Städtisches Krankenhaus München-Harlechting, Senatoriumsplatz 2, München 90

Teilnehmergebühr: DM 180,-

Begrenzte Teilnehmerzahl, telefonische Voranmeldung erforderlich.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der III. Medizinischen Abteilung, Sanatoriumsplatz 2, 8000 München 90, Telefon (0 89) 62 10-3 94

9. bis 11. Februar in Nürnberg und Erlangen

Neurologisch-Psychiatrische Klinik (Leiter: Dr. H. W. Greiling) des Klinikums Nürnberg gemeinsam mit der Neurologischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. B. Neundörfer) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin

Leitung: Dr. G. Berger und Professor Dr. D. Claus

„Ultraschall-Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße“ – Grundkurs
Beginn: 9. Februar, 16 Uhr; Ende: 11. Februar, 12 Uhr

Ort: Kleiner Hörsaal der Kopfklinik, Schwabachenlage 6, Erlangen; die praktischen Übungen finden in den Neurophysiologischen Abteilungen des Klinikums Nürnberg und der Neurologischen Klinik Erlangen statt.

Teilnehmergebühr: DM 660,- (Assistenzärzte ohne Gebietsbezeichnung und DEGUM-Mitglieder erhalten 10% Nachlaß auf die Kursgebühr)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Neurophysiologischen Abteilung der Neurologischen Klinik, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98-24 94

10. bis 12. und 24. bis 26. Februar in Tegernsee

Gefäßinstitut Rottach-Egern e. V.

Leitung: Professor Dr. Dr. M. Marshall

„19. Münchner und Tegernseer Ultraschall-Doppler-Kurs“ – Aufbaukurs

10. bis 12. Februar

Teil A: periphere Arterien und Venen

24. bis 26. Februar

Teil B: supraaortale Arterien

Teilnehmergebühr: Teil A und Teil B jeweils DM 750,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Frau B. Brunotte, Spengergweg 6, 8180 Tegernsee, Telefon (0 80 22) 12 18

24. bis 26. Februar in München

Hals-Nasen-Ohren-Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. W. Schwab)

Leitung: Professor Dr. K.-F. Hemann

„Kurs der Ultraschall Diagnostik in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“

Beginn: 24. Februar, 15 Uhr; Ende: 26. Februar, 12 Uhr

Ort: Hörsaal C, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Obererztsekretariat, Frau Richter, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 86

24./25. und 27./28. Februar in Regensburg

Regensburger Ultraschallkurse (Leitung: Dr. U. Reisp)

„Grundkurs“

Indikationsbereich, Technik und praktische Anwendung der Ultraschalluntersuchung der Hals- und Abdominalorgane (Übersichtsreferate, Videodemonstrationen, praktische Übungen, Teilnahme an der Routinediagnostik); nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Beginn: 24. Februar, 13.30 Uhr; Ende: 28. Februar, 18 Uhr

Ort: Zentrales Hörsaalgebäude der Universität, H 23, Universitätsstraße 31, und Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Prüfeninger Straße 86, Regensburg

Teilnehmergebühr: DM 400,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Regensburger Ultraschallkurse, Postfach 11 05 37, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 3 69-2 77 oder 2 78

2. bis 5. März in München

Medizinische Poliklinik der Universität München (Vorstand: Professor Dr. N. Zöllner)

Leitung: Dr. W. G. Zoller, Dr. B. Welgold

„Seminar für Ultraschall Diagnostik“ – Grundkurs nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Beginn: 9. 15 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Pettenkoflerstraße 8 a, München 2

Teilnehmergebühr: DM 800,- (Ermäßigung für Kollegen in der Ausbildung)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. W. G. Zoller, Pettenkoflerstraße 8 e, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-34 83 oder 35 49

10./11. März in München

Stiftsklinik Augustinum, Medizinische Klinik B (Chefarzt: Professor Dr. R. von Essen)

„15. Einführungs- und Fortbildungskurs für Klinische Echokardiographie (UKG)“ – Teil I

Zeit: 10. März, 9 bis 17.45 Uhr; 11. März, 9 bis 12 Uhr

Ort: Städtische Klinik Augustinum, Wolkerweg 16, München 70

Teilnehmergebühr: DM 240,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 1. März 1989

Urologie

15. bis 17. Februar in München

Urologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. R. Hartung) in Zusammenarbeit mit der Fort- und Weiterbildungskommission der deutschen Urologen

„16. Münchner Endourologisches Symposium“

Beginn: 15. Februar, 19 Uhr

Ort: Urologische Klinik, Ismaninger Straße 22, München 80

Teilnehmergebühr: DM 350,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. R. Pfab, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 4140-2546 oder 2545

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

25. Februar 1989,

22. April 1989,

3. Juni 1989,

23. September 1989 und

11. November 1989

in der Muhlbaurstraße 16 (Ärztelhaus Bayern), München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 8.45 Uhr – Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Muhlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-356, Frau Klockow, zu richten bis 17. Februar, 14. April, 26. Mai, 15. September und 3. November 1989.

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

Allgemeine Fortbildung

Strahlenschutzkurs für Röntgenhelfer/-innen

vom 20. bis 28. Februar 1989 in Rosenheim

Leitung: Professor Dr. M. Persigehl, Rosenheim

Teilnahmevoraussetzung:

2 Jahre Tätigkeit im Röntgen

Ort: Städtisches Krankenhaus, Pettenkofferstraße 10, Rosenheim

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Muhlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-281

Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin

vom 26. Februar bis 4. März 1989 in Germisch-Partenkirchen

Die Veranstaltung ist als einwöchiger Kurs für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ anerkannt.

Auskunft:

Dr. V. Harth, Heinstreße 9, 8600 Bamberg, Telefon (0951) 27888

Strahlenschutzkurse in Neuherberg

Das Institut für Strahlenschutz der GSF führt laufend Grund- und Spezialkurse entsprechend den Richtlinien über den Erwerb der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz durch.

Auskunft:

Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042, Neuherberg, Telefon (089) 3187-2211

Psychotherapie und Psychoanalyse Weiterbildungsangebot

Die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Psychopädie führt in Pessau (alle 4 bis 6 Wochen) und München (alle 3 Wochen) eine fortlaufende „Ballintgruppe“ in Blockform durch.

Auskunft:

Dr. J. Derbolowsky, Neldackstraße 21, 8000 München 60, Telefon (089) 802280

Sportmedizinische Fortbildungsveranstaltungen

Die Gesamtübersicht der Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzterverbandes für das Jahr 1989 (auch der für die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ anerkannten) kann gegen Einsendung eines adressierten und mit DM 0,80 frankierten Briefumschlages angefordert werden beim:

Bayerischer Sportärzterverband e.V., Dr. E. Goßner, Nymphanburger Straße 81/IV, 8000 München 19

EDV-Seminar

am 25. Februar 1989 in München

Veranstalter: Hartmannbund, Landesverband Bayern

Das Seminar ist gedacht für Niederleistungswillige und bereits niedergelassene Ärzte aller Gebiete, die sich für EDV in der eigenen Praxis interessieren. Es dient zur Beratung und zum Kennenlernen von verschiedenen Systemen.

Beginn: 8.30 Uhr – Ende: 17 Uhr

Ort: Hotel Holiday-Inn, Leopoldstraße 194, München 40

Teilnehmergebühr: DM 150,- für Nichtmitglieder, Ärztefrauen und -helferinnen; DM 75,- für Mitglieder, Ärztefrauen und -helferinnen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Landesverband Bayern des Hartmannbundes, Muhlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4706085/86

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1989

Diese Veranstaltungen sind für AIPs geeignet.

Davos, 5. bis 17. März 1989

37. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

Badgastein, 5. bis 17. März 1989

34. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

Meran, 19. bis 31. März 1989

21. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin (in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Ärztekammer)

Montecatini Terme, 14. bis 26. Mai 1989

23. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

Grado, 28. Mai bis 9. Juni 1989

37. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

Grado, 27. August bis 8. September 1989

23. internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin (in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Ärztekammer)

Meran, 3. bis 15. September 1989

37. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 410220, 5000 Köln 41, Telefon (0221) 4004-221 bis 224

Baufinanzierung nach vielen Methoden Für jedermann ein System nach Maß (1)

Interessenten an eigenen vier Wänden sollten jetzt zugreifen. Fachleute sagen nämlich für gebrauchte Eigentumswohnungen steigende Preise, vor allem in den Ballungsräumen Augsburg, Nürnberg und in erster Linie München, voraus. Die Bauunternehmen sprechen von Nachholbedarf ihrer Preisbildung.

Andererseits wurden in den letzten Wochen die Hypothekenzinsen mehrfach gesenkt. Experten sehen den Tiefpunkt gekommen. Keinesfalls lohnt es sich, eine Ermäßigung um Prozentbruchteile abwarten zu wollen mit dem Risiko, im Gegenteil in eine Phase anziehender Zinssätze für die erststelligen Baudarlehen zu geraten. Selbst wer eine abermalige Zinsermäßigung erlebt, riskiert jene angekündigten Preiserhöhungen. Sie kommen teurer, als den niedrigsten Zinssatz versäumt zu haben. Preissteigerungen müssen nämlich durch entsprechend höhere Baudarlehen finanziert werden.

Die eigenen vier Wände zählen zu den ersten Zielen der knapp 60 Prozent deutschen Haushalte, die noch als Mieter wohnen. Sehr viele von ihnen halten sich zurück, weil sie noch immer in der klassischen Finanzierungsmethode denken: Ein Drittel des Bau- oder Kaufpreises deckt das Eigenkapital, das zweite das Bauspardarlehen und das letzte eine erste Hypothek.

Dieses System läßt sich mit den modernen Umständen des einzelnen nicht vereinbaren. Er hat nach den Erfahrungen der letzten Jahrzehnte ein stetig steigendes Einkommen zu erwarten. So könnte er eine zunehmende Belastung für sein eigenes Heim übernehmen. Die Drittelung bewirkt aber im Gegenteil eine anfangs hohe und nach etwa elf Jahren deutlich ermäßigte Belastung. Dann fallen ja die Zahlungen für die zweite Hypothek weg.

Nach dieser Zeit ist das Bauspardarlehen bezahlt. Trotz einer niedrigeren Verzinsung als für die erste Hypothek in Höhe von 4,5 oder 5,0 Prozent fällt die Annuität dafür höher als für die erste Hypothek aus, weil das Bau-

spardarlehen mit sieben Prozent zurückgezahlt wird. Daher ist es nach reichlich einem Jahrzehnt bereits getilgt. Dagegen dauert die Rückzahlung der ersten Hypothek bei sieben Prozent Zins und einem Prozent Anfangstilgung immerhin 29,6 Jahre, bei zwei Prozent Anfangstilgung rund 22 Jahre.

Neuerdings haben Bausparkassen ein Verfahren entwickelt, das eine niedrigere Belastung bei einer Laufzeit ermöglicht, die der ersten Hypothek entspricht. Demnach ist für das Wohnbaudarlehen nur der Zins zu zahlen. Es wird nicht laufend, wie bisher allgemein üblich, sondern in zwei oder drei Etappen getilgt.

Zur ersten Teiltilgung schließt der Bauherr oder Käufer einen Bausparvertrag ab. Er kann über 20 oder 40 Prozent der ersten Hypothek lauten. Seine monatliche Zahlung setzt sich also aus dem Zins für die erste Hypothek und einem Bausparbeitrag zusammen.

Sobald die Bausparsumme zugeteilt wird, löst der Wohneigentümer damit den entsprechenden Teil der ersten Hypothek ab. Das sind – je nach Wahl – 20 oder 40 Prozent der Hypothekensumme. Weiterhin unterschreibt er einen nächsten Bausparvertrag über 30 oder 60 Prozent der Anfangshypothekensumme.

Nunmehr sind die zweiten achteinhalb Jahre lang zu zahlen:

1. der Zins für die Resthypothek,
2. die Tilgung der ablösenden Bausparsumme in Höhe von sechs DM pro 1000 DM Bausparsumme,
3. der Bausparbeitrag in Höhe von monatlich vier DM pro 1000 DM der zweiten Bausparsumme.

Durch die erste Teiltilgung bei Fälligkeit des ersten Bausparvertrages sinkt die Restschuld und damit der Zinsbetrag für die erste Hypothek. Diese Entlastung ermöglicht die Zahlung der Beiträge für den nächsten Bausparvertrag, ohne daß der Eigenheimbesitzer eine nennenswert höhere finanzielle Leistung aufzubringen hat. (Weiter im nächsten Heft.)

Reden ist Gold

Die Vermessungsingenieure unseres Wohlstandes manipulieren ihre Maßstäbe. Euphorisch rechnen sie dem Bundesbürger Jahr für Jahr vor, was alles er sich wieder mehr leisten könne. Der Deutsche bringt als Weltmeister der Touristikausgaben wegen seiner längsten Urlaubsdauer und kürzesten Arbeitszeit bei höchstem Lohn die meiste Zeit dafür auf.

Seine alltägliche Freizeit läßt sich der Bundesbürger von Jahr zu Jahr mehr kosten wie sein liebstes Kind, das Auto. Seine Ansprüche an die Kleidung steigen. Im Wohnkomfort wird er durch eine andere Nation kaum überflügelt. Dennoch wächst das durchschnittliche Vermögen.

Gesundheitsbewußt schaut der Deutsche bei der Wahl ernährungsphysiologisch besonders zuträglicher Lebensmittel nicht auf die Mark. Indes ist er ebensowenig beim Aufwand für Genußgifte kleinlich. Allgemein hat sich ein hohes Qualitätsbewußtsein durchgesetzt.

Sobald aber die Lebensqualitäts-Statistiker die Kosten für die Wiederherstellung der Gesundheit erwähnen, schalten sie auf Molltöne um. Die zunehmenden Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre beitrags erhöhende Folge werden klagend kommentiert.

Tatsächlich wird in diesem Bereich unterlassen, was auf den anderen Gebieten selbstverständlich ist: die Analyse. Vordergründig ist von Mengenausweitung die Rede, wenn häufig Verbesserungen der Güte von Diagnose wie Therapie durch fortschrittlichere Geräte und aufwendigere Methoden höhere Kosten bedingen.

Schnellere und nachhaltigere Heilungen als Folge davon sind auf längere Sicht auch als Einsparungsfaktor zu bewerten. Zudem darf vor allem die günstigere Wirkung auf den Patienten nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Die Kritiker von Kostensteigerungen im Gesundheitswesen machen es sich zu einfach. Die Urheber dieser Entwicklung wiederum enthalten beweiskräftige Darstellungen der eigentlichen Gründe vor. Sie müssen sie endlich ihren Öffentlichkeitsarbeitern dokumentarisch an die Hand geben, damit auch darüber geredet wird.

Horst Beloch

Schnell informiert

Wahl im Berufsverband Bayerischer Nervenärzte, Neurologen und Psychiater

Anlässlich der Jahresversammlung des Berufsverbandes Bayerischer Nervenärzte, Neurologen und Psychiater (Landesgruppe im Berufsverband Deutscher Nervenärzte) wurde ein neuer Vorstand gewählt:

1. Vorsitzender:

Dr. Michael Holler, Würzburg

2. Vorsitzender:

Dr. Harald Rauchfuss, Neustadt/Alsch

Bestätigt wurden:

Dr. Hans Jäger, Würzburg, als Schriftführer

Dr. Helmuth Bauer, Bad Wörishofen, als Kassenwart

Professor Dr. Thomas Grobe, Nürnberg, als Beisitzer

Wahl in der Landesgruppe der Deutschen HNO-Ärzte

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

Landesvorsitzender:

Dr. Gert B. Bienlas, München, zugleich Bezirksvorsitzender für Oberbayern

Bezirksvorsitzende:

Dr. Franz-Josef Krüger für München; Dr. Eckart Köhler für Niederbayern; Dr. Wolfgang Erber für Schwaben; Dr. Georg Wüstmann für Mittelfranken; Dr. Hans-J. Klein für Oberfranken; Dr. Fritzheinz Sprenger für Unterfranken; Dr. Ernst F. Wunderle für die Oberpfalz.

Röntgenkurse für Hilfskräfte

Die am 1. Januar 1988 in Kraft getretene Röntgenverordnung schreibt in § 23 Nr. 4 vor, daß Hilfskräfte unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines fachkundigen Arztes Röntgenstrahlen in der Medizin anwenden dürfen, nach Ablauf von drei Jahren seit dem Inkrafttreten dieser Verordnung (Stichtag 1. Januar 1991) jedoch nur, wenn Ihnen die zuständige Stelle den Besitz der erforderlichen Kenntnisse bescheinigt hat.

Nach den Vorgeben der zuständigen Ministerien ist

- der Begriff „Anwendung“ so zu verstehen, daß Röntgenaufnahmen gemacht oder Durchleuchtungen ausgeführt werden. Eine bloße Hilfestellung, zum Beispiel die Assistenz bei Kontrastläufen oder die Arbeit in der Dunkelkammer, fällt nicht unter diesen Begriff;
- der Besitz der erforderlichen Kenntnisse von ärztlichen Hilfskräften durch Kurse zu erwerben und durch eine Prüfung nachzuweisen.

Der für Hilfskräfte vorgeschriebene Kurs besteht aus zwei Teilen (Grund- und Aufbaukurs) und dauert insgesamt 120 Stunden. Folgende Ausnahmen sind zu beachten:

- Hilfskräfte, die in den vergangenen Jahren bereits an einem von der Bayerischen Landesärztekammer mit Zustimmung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern (ME III

B-5370/58-2/63 vom 16. Oktober 1963) an der Universitätsklinik Erlangen durchgeführten Röntgenkurs erfolgreich teilgenommen haben, müssen keinen weiteren Kurs besuchen bzw. Kenntnissachweis erbringen;

- Hilfskräften, die bis zum Ende der dreijährigen Übergangszeit eine zweijährige Röntgentätigkeit nachweisen können, wird die Hälfte des Gesamtkurses erlassen und ein spezieller Übergangskurs von 60 Stunden Dauer angeboten.

Dieser Übergangskurs kostet einschließlich Prüfung DM 300,- und wird ab dem ersten Quartal 1989 landesweit in folgenden Städten angeboten: Ambarg, Augsburg, Bamberg, Bayreuth (in Planung), Deggendorf, Erfangen, Ingolstadt, Kempten, Landshut, München, Nürnberg, Regensburg, Rosenheim, Schweinfurt, Weiden und Würzburg.

Die Organisation der Kurse erfolgt ausschließlich durch die Bayerische Landesärztekammer. Vormerkungen (Telefon [089] 41 47-281) können nur dort angenommen werden.

Der Gesamtkurs wird ab Herbst 1989 angeboten. Teil I soll dann ortsnah in von der Bayerischen Landesärztekammer ermächtigten Praxen durchgeführt werden, Teil II in den Krankenhäusern und Einrichtungen, die bereits jetzt mit der Abwicklung des verkürzten Übergangskurses betraut sind.

Auszubildende, für die das Jugendarbeitsschutzgesetz gilt, dürfen sich nach Vollendung des 16. Lebensjahres unter ständiger Aufsicht und Anleitung eines Fachkundigen zum Zwecke der Ausbildung im Röntgenbereich aufhalten, wenn dies zur Erreichung ihres Ausbildungszieles notwendig ist. Alle Auszubildenden können darüber hinaus ab dem zweiten Ausbildungsjahr den Teil I des Röntgenkurses besuchen, sofern der Unterricht der Berufsschule dadurch nicht in Frage gestellt wird.

In diesem Monat erscheint im H. Hoffmann Verlag, Berlin, zu den Kursen ein Lehrbuch von „STIEVE/STENDER: Strahlenschutz – Kurslehrbuch für Arzthelferinnen, medizinisch-technische Laborassistenten und sonstige in der medizinischen Röntgendiagnostik tätige Hilfskräfte“. – Bestellscheine für einen ermäßigten Bezug können bei der Bayerischen Landesärztekammer, Telefon (089) 41 47-281, angefordert werden.

-BLÄK-

Entwicklungshilfe durch die Malteser-Nothilfe

Unterstützung des Aufbaus von medizinischen Ambulanzen

1. Die argentinische Malteser-Assoziation benötigt für das St.-Justus-Kinderhospital in **Buenos Aires**:
 - a) Befeuchter für Beatmungsgerät (Firma Peerl, Firma Dräger)
 - b) Patienten-Überwachungsmonitor für Atmung, Blutdruck, EKG, Puls und Temperatur (Firma Dräger, Firma Hellige)
 - c) Monitor für Atmung, EKG, Sauerstoff-Partialdruck und Temperatur (Firma Dräger, Firma Hellige)
 - d) Monitor für Sauerstoffmessung (Firma Dräger)
 - e) Neonatal-Monitor für Blutdruck (Firma Johnson & Johnson)
 - f) Infusionspumpe (Firma Braun)
2. Die chilenische Malteser-Assoziation bittet für die Katholische Universitätsklinik in **Santiago um**:
 - Gamme camera Head HC 39 circular, 39 cm. Useful field of view (73 photomultipliers)
 - Multi WB x-ray film (8" x 10") photographic camera (to be used on the gamma camera oscilloscope)
 - Collimators for 39 cm. circular field of view gamma cameras:

LA2L 10 W energy, high resolution
 MEGL medium/high energy, high resolution
 PHIOL „pin hole“ (up to 360 keV) with three interchangeable apertures.

3. Für Sao Paulo:
- Mikroskop (Binocular),
 - tragbares Inhalationsgerät.
4. Für unser medizinisches Projekt In do Prata/Brasilien suchen wir dringend:
- Ein-Kanal-EKG-Gerät mit Schreiber (Akkubetrieb)
 - chirurgisches Diathermiegerät (Kauter)
 - Mikroskop, Blutdruckmeßgerät, Stethoskope, Laryngoskope mit Spateln (verschiedene Größen), Ophthalmoskope, Otoskopa, Beatmungsbeutel mit verschiedenen großen Masken.
5. Für ein Lepralager in Syrien werden benötigt:
- Mikroskop, Blutdruckmeßgeräte, Stethoskope, Laryngoskope mit Spateln (verschiedene Größen), Ophthalmoskope, Otoskope, Beatmungsbeutel mit verschiedenen großen Masken.

Sofern Leser bei den vorbezeichneten Hilfeersuchen mit einer Materialspende helfen können, wenden diese sich bitte an die Malteser-Nothilfe in Köln, Telefon (0221) 20 30 876 (Martin Pfeifer oder Walter Kahn).

Malteser-Nothilfe e.V., Köln 1

Bader - Wundarzt - Chirurgus

Medizinische Streiflichter im Heimatmuseum Rosenheim

Eine liebevoll zusammengestellte Ausstellung historischer medizinischer Geräte aus einer privaten Sammlung ist bis zum 31. Januar 1989 im Heimatmuseum in Rosenheim zu sehen. Das im romantischen Mittertor befindliche Museum zeigt medizinische Gegenstände aus der ehemaligen Praxis des Rosenheimer Sanitätsrats Dr. Karl Mayr (1884 bis 1962), die von Dr. Günther Bauer aus seinem Besitz zur Verfügung gestellt wurden. Leitfaden der Schau ist die ärztliche Versorgung in der Stadt Rosenheim, darunter die Medizinerfamilie Geiger, beginnend mit Johann Jakob Geiger; eine Familie, die es in der dritten Generation mit Malachias Geiger bis zum Leibarzt des Kurfürsten brachte. Nach Ende der Ausstellung soll ein Teil der Exponate versteigert werden.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Kleus Dehler, Dr. med. Kurt Stordeur - verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlebühlstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 551 77-0, Fernschreiber: 523 662, Telegrammadresse: atlaspress. Peter Schechtel, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

Druck: Zauner Druck- und Verlags GmbH, Augsburgere Straße 9, 8060 Dacheu.

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 vertonter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereitet Umschlag mit Rückporto beiliegt.

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leserenalyse medizinischer Zeitschriften e. V.

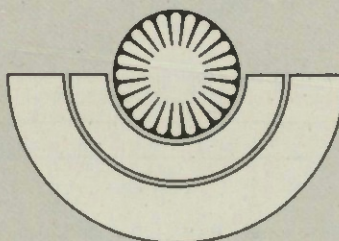
IA-MED

Unser Beitrag zur Kostendämpfung

Die Wirkstoffe der Kamilla
in standardisierter und
therapeutisch
optimaler Zusammensetzung

KAMILLEN BAD ROBUGEN

badefertig portioniert



O.P. 400 ml
(10 Beutel zu 40 ml)
14,95 DM

Indikationen: Badezusatz und zur äußerlichen Anwendung bei akuten, vor allem nässenden Dermatitiden, bei Juckreiz am Darmausgang, zur Granulationsanregung bei der Wundbehandlung. Zur Pflege empfindlicher Haut. Kontraindikationen: keine bekannt.

Zusammensetzung: 100 g Lösung enth. 99,2 g aus 33 g Kamillenblüten mittels Isopropanol (48 Vol.%) bereitetem Auszug; eingestellt auf einen Mindestgehalt von 170 mg% äther. Kamillenöl mit 3 mg Prochamazulen/Chamazulen, 50 mg (-) - α -Bisabolol/Bisabololoxide, 20 mg En-in-dicycloäther.

O.P. 400 ml (10 Beutel zu 40 ml), A.P. 1 Liter (25 Beutel zu 40 ml)

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

