



# 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

Februar 1989

## Zur Kenntnis genommen:

Mit dem am 1. Januar in Kraft getretenen „Gesundheits-Reformgesetz“ wurde das Krankenversicherungs- und Kassenarztrecht neu kodifiziert und als Fünftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingeordnet. Man verwendet jetzt nur noch kurz und bündig die Bezeichnung „SGB V“. Daß man für einige Dinge noch in die gute alte RVO schauen muß – darauf habe ich im Januar hingewiesen. Der in unseren Gehirnzellen so gut gespeicherte „368 ff. RVO“ muß gelöscht werden, neue Paragraphen sind zu speichern. Das ist es aber nicht, was im Januar so viel Unruhe, Durcheinander und auch Streit ausgelöst hat. Die Gründe dafür lagen vielmehr in unklaren oder unterschiedlich auslegbaren Formulierungen des Gesetzestextes. Freilich, manche machten sich auch einen Spaß daraus, mit der Lupe nach Fehlern zu suchen, um dann mit „spitzer Feder“ den ungeliebten Herrn Jung anzupieksen. Das mag lustig sein, erscheint mir aber wenig nützlich. Die letztverantwortlichen Gesetzesmacher sind nämlich die Abgeordneten im Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung, also die Sozialpolitiker der Koalitionsfraktionen. Sie öffentlich blamieren zu wollen, kann ich nur mit einem Bumerang vergleichen, der mit Gewißheit auf uns zurückkommt und recht verletzend werden kann. Als Gesundheits- und Sozialpolitiker und Vertreter der Ärzte liegt mir daran, daß diese Koalition weiter regiert. Die einschlägigen Programme der Opposition rechtfertigen diesen Wunsch. Unklarheiten und Fehler im Gesetz sollten wir deshalb in Kooperation ausräumen und nicht zu Aufhängern einer Konfrontation hochstillsieren.

Dazu nur wenige Beispiele: Der Gesetzgeber will, daß die Versicherten für Heilmittel – typische Beispiele sind Massagen und Krankengymnastik – eine Zuzahlung von zehn Prozent „an die abgebende Stelle“ leisten. Dies gilt auch, „wenn das Heilmittel in der Praxis des Arztes... abgegeben wird“. Diese Bestimmung wurde sicherlich nicht zu Ende gedacht. Der Arzt gibt nämlich in der Regel – also von seltenen Lieferantenvträgen abgesehen – keine Heilmittel ab, sondern er erbringt ärztliche Leistungen, auch wenn er dafür, was zulässig ist, helfendes und entsprechend sachkundiges Personal einsetzt. Es wurde auch nicht bedacht, daß der Arzt bei der Vergütungsform Kopf- oder Fallpauschale bei Abschluß der Massagebehandlung zwar die Punktzahl der erbrachten Leistungen kennt, aber nicht den Punktwert. Wie soll er also die zehn Prozent ermitteln, die der Versicherte zu zahlen hat? Hier muß eine Lösung rasch gefunden werden. Der Weg muß aber zum Verhandlungstisch führen und auf keinen Fall zum Gericht. Dies gilt auch für die Abrechnung der ermächtigten Krankenhausärzte, die nach dem Gesetz in Zukunft durch die Krankenhausverwaltung bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht werden soll. Der Streit darum, ob dies nur für die RVO-Kassen, nicht aber für die Ersatzkassen gilt, weil das Gesetz von der Zahlung aus der „Gesamtvergütung“ spricht, also einen Begriff verwendet, den es bei den Ersatzkassen nicht gibt, erscheint mir mehr als überflüssig. Völlig neu gestaltet werden muß die Prüfung der kassenärztlichen Abrechnungen. Dazu haben wir einige

Monate Zeit. Die Abrechnung des vierten Quartals wird noch nach altem Recht erfolgen.

Natürlich sind die Kassenärzte auch durch Änderungen oder Unklarheiten im Leistungsrecht der Krankenkassen betroffen. Die Erhöhung der Zuzahlung pro Medikament von DM 2,- auf DM 3,- ist offenbar recht friedlich hingenommen worden. Neu ist aber, daß es neben den Härtefällen, die völlig von der Zuzahlung bei Arzneien befreit sind, jetzt auch eine „Überforderungsklausel“ gibt. Beim Pflichtversicherten mit Einkünften bis zur Beitragsbemessungsgrenze endet die Zuzahlung bei zwei Prozent seiner Einkünfte, bei Versicherten mit höheren Einnahmen bei vier Prozent. Also muß sich der versicherte Patient jeweils eine Quittung vom Apotheker geben lassen, damit er seiner Kasse nachweisen kann, wann er die Belastungsgrenze erreicht hat. Nachdem sie sich auf das ganze Kalenderjahr bezieht, ist bereits abgesprochen, daß der Eigenanteil auf die zwölf Monate verteilt werden kann, um eine Überlastung chronisch Kranker in den ersten Monaten des Jahres zu vermeiden.

Unklarheiten gab es auch bei den Fahrkosten. Nach dem Gesetz werden Taxikosten zur ambulanten Behandlung nicht mehr von den Kassen übernommen. Bedarf also die Taxiquote noch der Notwendigkeitsbescheinigung durch den Kassenarzt? Es ist inzwischen geklärt worden, daß auch hier die Härte- und die Überforderungsklausel gelten. Also muß der Versicherte die Kosten bei Härtefällen überhaupt nicht, im übrigen bis zur Überforderungsgrenze selbst tragen. Quittungen sind somit zu sammeln und bedürfen auch weiterhin der Bestätigung durch den Arzt.

Ob bei einem chronisch Kranken nach dem sechsten Abschnitt des Gesetzes „Schwerpflegebedürftigkeit“ vorliegt, entscheidet der Medizinische Dienst, also der Vertrauensarzt der Krankenkasse. Offen ist noch, ob der Hausarzt dazu lediglich den Anstoß gibt durch einen kurzen Vermerk oder ob von ihm ein ausführlicher ärztlicher Bericht verlangt wird. Sollte dies als notwendig angesehen werden, muß natürlich eine entsprechende Gebühr bundeseinheitlich, also im EBM, vereinbart werden, die nicht im Kopf- oder Fallpauschale enthalten sein kann. Für Gesundheitsuntersuchungen nach Paragraph 25 des Gesetzes müssen Art und Umfang erst durch eine Richtlinie des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen festgelegt werden. Wieweit sie ein Arzt zusammen mit der Krebsvorsorgeuntersuchung durchführen kann, muß – das ist im Gesetz ausdrücklich so vorgesehen – berufsrechtlich geprüft werden. Maßgeblich ist dabei die Bestimmung der Weiterbildungsordnung, wonach ein Arzt grundsätzlich nur in dem Gebiet tätig sein darf, dessen Bezeichnung er führt. Die Durchführung beider Untersuchungen durch den gleichen Arzt wird also nur recht begrenzt möglich sein.

Konkretisiert hat der Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen im Januar die gesetzlichen Bestimmungen über die Bedarfs-

planung. Sie wurden ja schon vor einem runden Jahr als eigenes Gesetz erlassen und dann lediglich in das „Gesundheits-Reformgesetz“, jetzt SGB V, übernommen. Meine schon früher geäußerte Kritik gilt in vollem Umfang weiter. Die Bedarfsplanung als Grundlage für die Sperrung überbesetzter Planungsbereiche, also von Gegenden und Städten, ist reine Spiegelfechterei. Maßstäbe – Zahl der Ärzte, Fallzahlen, Fallwerte – sind allein oder in ihrer Kombination so angesetzt, daß eine Sperrung nur noch möglich wäre, wenn die wirtschaftliche Katastrophe für die niedergelassenen Ärzte längst eingetreten ist. Im übrigen wäre es ja ohnehin nur eine Verteilung des sinnlosen Überangebotes auf noch relativ gesunde Landestelle.

Das SGBV enthält natürlich auch Vorschriften darüber, wer versicherungspflichtig oder versicherungsfrei ist und wer sich freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern kann. Dabei gibt es interessante Neuerungen. Ausgeschlossen, also versicherungsfrei und nicht berechtigt zur freiwilligen Versicherung, sind Personen, „wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben“. Darunter fallen nicht wenige, deren Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, die also ohne die genannten Voraussetzungen Pflichtversicherte wären. Die privaten Krankenversicherer haben für diesen Personenkreis einen „Basistarif“ eingeführt mit einer Leistungsbegrenzung beim 1,7fachen für ärztliche und 2fachen für zahnärztliche Leistungen. Dagegen wird heftig opponiert, etwa mit der Aussage „Einkommensverhältnisse der Versicherten interessieren nicht“. Ich halte diese Einstellung für unklug und kurzsichtig. Hier wird eine Gruppe unserer Gesellschaft – obwohl dem Einkommen nach typische Pflichtversicherte der gesetzlichen Krankenversicherung – dem privaten Versicherungsbereich, also der Individualversicherung, zugeordnet. Daß das finanzielle Risiko dieser Personengruppe im Hinblick auf ihr niedriges Einkommen begrenzt werden muß, liegt auf der Hand. Wir Ärzte täten gut daran, eine solche Entwicklung zu fördern, indem wir einer Beschränkung des Multiplikators zustimmen. Es könnte sonst die Gefahr drohen, daß eine Tür zugeschlagen wird, die sich so schnell nicht mehr öffnet. Bedingung muß natürlich sein, daß jeder Versicherte, sobald sein Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, in die normale Gruppe der Privatversicherten übergeleitet wird. Haben übrigens die Ablehner auch mal nachgerechnet, daß wir uns bei den RVO-Kassen einem Punktwert nähern, der bei acht Pfennigen liegt, während hier 18,7 Pfennige gewährleistet sind?

Besorgte Briefe erreichten mich auch wegen den in der Presse breit dargestellten Vorstellungen von Sprechern des AOK-Landesverbandes zur grundlegenden Strukturveränderung in der kassenärztlichen Versorgung. Zunächst würde ich meinen, man sollte nicht gleich rotieren, wenn laut darüber nachgedacht wird, was man tun könnte, um unser Krankenversicherungssystem leistungsfähig zu erhalten. Über Vorstellungen, die von der einen oder anderen Seite dazu entwickelt und zur Diskussion gestellt werden, läßt sich dann viel besser diskutieren.

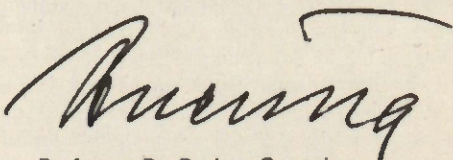
Hier sind keine Emotionen gefragt, sondern nur sachkundige und sachbezogene Überlegungen. Greifen wir einen Gedanken heraus, die Honorierung des Kassenarztes. Es werden immer mehr Stimmen laut, die Honorierung pro Patient zu vereinfachen. Die Rede ist von einer Art „Grundbetrag“ für die Betreuung des Patienten pro Quartal, dazu Honorare für einzeln festzulegende Leistungen. Das ist ein Gedanke, den man durchdenken sollte zum Beispiel für den Patienten, der seinen Originalschein abgibt, gleich bei welchem Arzt. Niemand hat je daran gedacht, schematisch den Hausarzt zu pauschalieren, den Gebietsarzt aber nach Einzelleistungen zu honorieren. Die von mir vor einigen Jahren geäußerten Überlegungen bezogen sich auf die Sicherstellung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Gebietsärzten. Mein Anliegen war und ist, die volle Ausschöpfung der Möglichkeiten der freien Praxis in Diagnostik und Therapie, um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zeitlich auf ein Minimum zu begrenzen.

Dazu ist es aber erforderlich, daß der Hausarzt von der Sorge befreit wird, den Patienten zu verlieren, wenn er ihn zur Durchführung spezieller Leistungen an einen niedergelassenen Gebietsarzt überweist. Die Gefahr der prästationären Diagnostik im Krankenhaus kann nur gebannt werden, wenn wir die reibungslose und qualitativ hochwertige Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte sicherstellen. Wer dann den Patienten – sofern nötig – in das Krankenhaus einweist, ergibt sich aus dem Ablauf der Diagnostik. Lassen Sie mich nochmals betonen: hier ist kein Platz für Prestigedenken oder Emotionen. Es darf auch nicht um Gruppeninteressen gehen. Bei allen Überlegungen, die wir anstellen, müssen die berechtigten Anliegen aller Ärzte gleichermaßen berücksichtigt werden. Das ist jedenfalls die Politik, die wir in Bayern betreiben.

In einem Ausschuß des Bayerischen Landtages wurde wieder einmal über die ärztliche Versorgung in Notfällen diskutiert. Die Staatsregierung konnte berichten, daß Bayern mit 190 Notarztstandorten jetzt flächendeckend versorgt ist. Wenn es angeblich dennoch einige Pannen gegeben hat, so liegt das sicherlich nicht am System. Sie lassen sich bei aller Perfektion und bestem Willen nicht vollständig vermeiden. Das gilt für alle Bereiche unseres Lebens und unserer Gesellschaft. Daß es nicht am guten Willen fehlt – sei es bei den Ärzten oder allen anderen Helfern –, wird wohl niemand bezweifeln. Die einheitliche Rufnummer 19 222 für die Rettungsleitstellen ist ein großer Fortschritt. Wenn sie irgendwo noch zu wenig bekannt sein sollte, worüber berichtet wurde, sollte man sie in der Presse öfter fettgedruckt einschalten. Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch unsere jüngeren niedergelassenen Kollegen aufrufen, sich für den „Blaulichtdienst“ zu interessieren und mitzumachen. Wir brauchen dringend noch mehr Ärzte für die 190 Notarztgruppen. An unserer Intensivfortbildung in Notfallmedizin haben einige tausend jüngere Kollegen teilgenommen. Wenigstens ein Teil von ihnen sollte jetzt auch bereit sein, als Notarzt tätig zu werden.

Bedauerlich ist es, daß einige Abgeordnete – es sind immer die gleichen und aus der gleichen Gegend – es wiederum nicht lassen konnten, über uns herzuziehen und in rüdester Form anzugreifen, weil wir die Namensveröffentlichung der Kassenärzte im Notfall-Bereitschaftsdienst nicht zulassen. Es interessiert diese Herren überhaupt nicht, daß das System der Vermittlung ärztlicher Hilfe in allen Notfällen über die Rettungsleitstellen hervorragend funktioniert, für die Bevölkerung eine große Erleichterung darstellt – das ganze Jahr über gilt die gleiche Telefonnummer – und die Qualität der Versorgung wesentlich besser gewährleistet werden kann. Erfreulicherweise wird das von der überwältigenden Mehrheit der Einsichtigen anerkannt. Wir werden uns deshalb auch durch solche unqualifizierte Angriffe nicht von dem richtig erkannten Weg abbringen lassen.

Nur ungern erwähne ich schließlich noch die bössartige Attacke einer SPD-Politikerin gegen die bayerischen Kassenärzte unter dem Motto „Weiß-blaues Dorado für schwarze Schafe im weißen Kittel“. Wir haben in einer sofort einberufenen und sehr gut besuchten Pressekonferenz gemeinsam mit Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen dargestellt, in welcher sorgfältiger und pflichtbewußter Weise in Bayern die kassenärztlichen Abrechnungen auf Richtigkeit und Zuverlässigkeit geprüft werden. Natürlich haben wir auch betont, daß „schwarze Schafe“ von uns nicht gedeckt werden. Das Interesse der Journalisten war groß, das Echo in der Presse erfreulich gut und sachlich. Zu der Attacke als solcher kann man nur sagen: tiefer hängen.

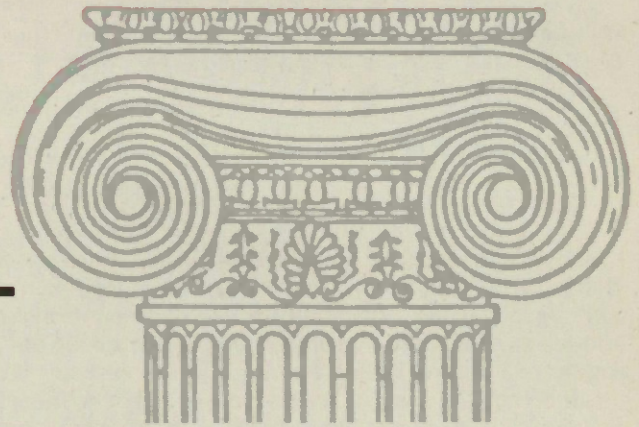
  
Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

kostensenkende  
Marken-Präparate

**AZU-  
CHEMIE**

# Die Klassiker

## der Antibiotika- Therapie



### Azudoxat<sup>®</sup>

**Azudoxat<sup>®</sup>** teilbare Tabletten  
Doxycyclin 100 mg

N 1 10 Tabl.  
N 2 20 Tabl.  
N 3 50 Tebl.



DM 11,80  
DM 22,95  
DM 44,35

### Penicillat<sup>®</sup>

**Penicillat<sup>®</sup>** Filmtabletten  
Phenoxyethylpenicillin  
1000000 I.E.

N 1 10 Filmtabl.  
N 2 20 Filmtabl.



DM 7,60  
DM 10,55

### Amoxillat<sup>®</sup>-250

**Amoxillat<sup>®</sup>-250** Granulat  
Granuletbeutel mit  
250 mg Amoxicillin

N 1 10 Beutel  
N 2 20 Beutel



DM 9,70  
DM 19,15

### Amoxillat<sup>®</sup>-750

**Amoxillat<sup>®</sup>-750** Filmtabletten  
Amoxicillin 750 mg

N 1 10 Filmtabl.  
N 2 20 Filmtabl.



DM 20,85  
DM 38,55

### Amoxillat<sup>®</sup>-1000

**Amoxillat<sup>®</sup>-1000** Filmtabletten  
Amoxicillin 1000 mg

N 1 10 Filmtabl.  
N 2 20 Filmtabl.



DM 26,30  
DM 47,40

### Bactoreduct<sup>®</sup>

**Bactoreduct<sup>®</sup>** Tabletten  
Trimethoprim 80 mg  
Sulfamethoxazol 400 mg

N 2 20 Tabl.  
50 Tabl.



DM 6,65  
DM 14,15

### Bactoreduct<sup>®</sup>-forte

**Bactoreduct<sup>®</sup>-forte** Tabletten  
Trimethoprim 160 mg  
Sulfamethoxazol 800 mg

N 1 10 Tabl.  
N 2 20 Tabl.



DM 5,95  
DM 11,65

• **Azudoxat<sup>®</sup>** Tabletten: **Zus.**: 1 Tablette enthält: Doxycyclinhydrochlorid  $\frac{1}{2}C_2H_5OH \frac{1}{2}H_2D$  entspr. Doxycyclin 100 mg. **Ind.**: Infektionen durch doxycyclinempfindl. Erreger, Infekte der Atemwege, der Gelenke, des Uro-Genital-Systems. **Kontraind.**: Überempfindlichkeit gegen Tetracycline; Schwangerschaft, Stillzeit, Kinder bis zum 8. Lebensjahr. **Nebenwirk.**: Gastrointestinale Störungen, allergische Haut- und Schleimhäuterscheinungen, Lichtsensibilisierung. **Dos.**: Erw. u. Jugendl. über 50 kg Körpergewicht am 1. Tag 2 Tabl., dann jeweils 1 Tabl. Einnahme mit reichlich Flüssigkeit. • **Penicillat<sup>®</sup>** Filmtabletten: **Zus.**: 1 Filmtabl. enth.: Phenoxyethylpenicillin-Kallium 650 mg (entspr. 1000000 I.E.). **Ind.**: Infektionen durch penicillinempfindliche Erreger wie z.B. Angina, Bronchitis, Lungenentzündung, Dtitis media. **Kontraind.**: Penicillin-Überempfindlichkeit. **Nebenwirk.**: Magen-Darm-Störung, Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut. **Dos.**: Kinder von 7 bis 12 Jahren: 3 x  $\frac{1}{2}$ -1 Tabl. tägl.; Jugendl. u. Erw.: 3 x 1-3 Tabl. tägl. • **Amoxillat<sup>®</sup>-250/-750/-1000** Filmtabletten: **Zus.**: 1 Lacktablette Amoxillat-750/1000 enthält: Amoxicillin  $3H_2O$  B60.B2 mg/1147,76 mg (entsprechend 750 bzw. 1000 mg Amoxicillin). 1 Granuletbeutel enthält: Amoxicillin  $3H_2O$  286,09 mg (entsprechend 250 mg Amoxicillin). **Ind.**: Infektionen durch amoxicillin-empfindliche Keime, z.B. Infektionen der Atemwege, der Lunge, des Magen-Darm-Traktes, des Urogenital-Traktes, des HNO-Bereichs. **Kontraind.**: Penicillin-Überempfindlichkeit, Mononucleosis infectiosa. **Nebenwirk.**: Überempfindlichkeitsreaktionen, allergische Hautreaktionen, gastrointestinale Störungen. **Hinweis für Diabetiker**: 1 Granuletbeutel enthält 0,39 BE Saccharose. **Dos.**: Lacktabletten 750/1000 mg: Erwachsene und Jugendliche über 12 Jahre 3-4 x täglich 1 Lacktablette zu 750 bzw. 1000 mg. Granulat: Kleinkinder und Schulkinder 50 mg/kg Körpergewicht täglich auf 3 bis 4 Gaben verteilt, entsprechend 3 bis 4 x täglich 1 bis 2 Granuletbeutel. In schweren Fällen kann die Tagesdosis auf das Doppelte gesteigert werden. • **Bactoreduct<sup>®</sup>-forte** Tabletten: **Zus.**: 1 Tabl. Bactoreduct<sup>®</sup> enth.: Trimethoprim 80 mg, Sulfamethoxazol 400 mg; 1 Tabl. Bactoreduct<sup>®</sup>-forte enth.: Trimethoprim 160 mg, Sulfamethoxazol 800 mg. **Ind.**: Bronchitis, Pneumonie, Sinusitis, Otitis, Infektionen der Nieren und ableitenden Harnwege, des Magen-Darm-Traktes, Infektionen der Haut wie Abszesse, Furunkel. **Kontraind.**: Überempfindlichkeit gegen Trimethoprim oder Trimethoprim-Analoga, sulfonamidähnliche Substanzen. Schwere Leberschäden, hochgradige Niereninsuffizienz, Blutbildveränderung, schwere Allgemeinreaktionen der Haut; Schwangerschaft, Stillzeit. Früh- und Neugeborene in den ersten Lebenswochen. **Nebenwirk.**: Magen-Darm-Störungen, allergische Reaktionen, hämatologische Veränderungen, Cholestase, Hepatitis, Schwindel, Kopfschmerz, Halluzinationen. In der Langzeittherapie Blutbildkontrollen. Selten Folsäuremangel. **Dos.**: Erw. u. Jugendl. über 12 Jahre: 2 x 2 Tabl. Bactoreduct<sup>®</sup> bzw. 2 x 1 Tabl. Bactoreduct<sup>®</sup>-forte tägl. Maximaldos.: 2 x 3 Tabl. Bactoreduct<sup>®</sup> bzw. 2 x  $1\frac{1}{2}$  Tabl. Bactoreduct<sup>®</sup>-forte tägl. Langzeitbehandl.: 2 x 1 Tabl. Bactoreduct<sup>®</sup> bzw. 2 x  $\frac{1}{2}$  Tabl. Bactoreduct<sup>®</sup>-forte tägl.

Azuchemie, 7016 Gerlingen

# Rationelle Arzneimitteltherapie

Das „Bayerische Ärzteblatt“ bringt in loser Folge Referate aus einer Fortbildungsreihe, die die Bayerische Landesärztekammer zusammen mit den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu diesem aktuellen Thema durchführt. Mit der Veröffentlichung der Themen dieser Fortbildungsreihe soll jedem bayerischen Arzt – sei es in der Praxis oder im Krankenhaus – die Möglichkeit gegeben werden, sich zu informieren.

Im Jahre 1986 wurden 17,6 Milliarden DM – das sind 15,5 Prozent der Gesamtausgaben – der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel in der kassenärztlichen Versorgung ausgegeben. Im gleichen Zeitraum betrug die Gesamtvergütung für die kassenärztliche Versorgung 20,4 Milliarden DM, das sind 17,7 Prozent der Gesamtausgaben. Damit haben die Arzneikosten eine Größenordnung erreicht, die dem kassenärztlichen Gesamthonorar nahe kommt. Bei vielen Ärzten übersteigen die Kosten der von ihnen verordneten Arzneien ihr eigenes kassenärztliches Honorar.

Wir wollen deshalb allen Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis die Gelegenheit geben, sich in konzentrierter Form über den Stand und die Möglichkeiten einer gezielten Arzneiverordnung zu unterrichten.

## Rationelle Arzneimitteltherapie bei peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen \*

von H. Heidrich

Lassen Sie mich zu der spezifischen Thematik der rationellen Verordnung von Arzneimitteln bei peripher-arteriellen Durchblutungsstörungen sagen, daß dieses Thema nicht nur brisant, sondern auch elementar wichtig ist. Nach einer epidemiologischen Studie, die wir für die Deutsche Gesellschaft für Angiologie in Schleswig-Holstein durchführen ließen, sind in der Praxis Durchblutungsstörungen außerordentlich häufig. Man hat zeigen können, daß sechs Prozent aller Pflegetage im Krankenhausbereich primär durch angiologisch relevante Erkrankungen verursacht wurden. Bei den Ortskrankenkassen waren es 7,7 Prozent aller Krankenhaustage. Im ambulanten Bereich wurden 11,4 Prozent aller Patienten wegen einer Durchblutungsstörung als primärem Krankheitsbild oder relevanter Nebendiagnose behandelt. Damit wird das Potential der Patienten, die angiologisch zu therapieren sind, und die Zahl von Arzneimittelverordnungen, die häufig genug zu Regreßforderungen führen, sehr deutlich. Die tägliche Problematik bei der Verordnung durchblutungsfördernder Präparate liegt dabei zunächst in drei Aspekten, die uns Sorge machen:

1. Seit 1930 gibt es sogenannte vasoaktive Substanzen zur Förderung der Durchblutung und zur Therapie arterieller Durchblutungsstörungen. Aber wenn man Mitteilungen und Stellungnahmen Kassenärztlicher Vereinigungen und Krankenkassen in Re-

grißschreiben liest, dann wird überdeutlich, daß es im Moment kaum eine emotionsfreie, wirklich kritische Beurteilung der Frage gibt, ob solche vasoaktiven Substanzen wirksam und damit zu recht verordnet worden sind oder nicht.

2. Wir beobachten ohne Frage eine steigende Zahl von Verordnungen an vasoaktiven Präparaten und müssen gleichzeitig zur Kenntnis nehmen, daß entgegen positiven Erfahrungen niedergelassener Kollegen und Kliniker vom Bundesgesundheitsministerium die Aufnahme der durchblutungsfördernden Mittel in eine Negativliste überlegt wird.

3. Wir sehen – generell und darüber hinaus in einer gezielten Studie, die wir eben durchführen –, daß Patienten dann, wenn ihnen durchblutungsfördernde Mittel nicht mehr verordnet werden, auf durchblutungsfördernde, nicht rezeptpflichtige und nicht apothekenpflichtige Mittel ausweichen, deren therapeutische Wirksamkeit bislang nicht belegt ist, und daß die Selbstmedikation der Patienten zunimmt.

Wo stehen wir also in der Beurteilung einer sinnvollen und rationalen Therapie peripher-arterieller Durchblutungsstörungen mit vasoaktiven Substanzen, wann und wie sollen sie sinnvoll verordnet werden und unter welchen Bedingungen sind Generika zu vertreten?

Dafür ist zunächst zu fragen, ob vasoaktive Substanzen, wie sie zur Zeit auf dem Arzneimittelmarkt existieren, überhaupt wirksam sind. Wir

stehen auf dem Standpunkt, daß es für klar definierte Indikationen und für einen Teil der vasoaktiven Pharmaka so ist.

Dafür gibt es folgende Gründe: Lange Zeit wurde behauptet, daß vasoaktive Substanzen lediglich nur durch eine Vasodilatation wirksam seien und eine solche Vasodilatation bei allen durchblutungsfördernden Mitteln zu einem Abfall des Aortendruckes und so zu einer peripheren Mangel- statt Mehrdurchblutung führt. Diese Vorstellung ist nach seit zehn Jahren vorliegenden Untersuchungen aber falsch bzw. nur für wenige Substanzen unter bestimmten extremen Bedingungen real. Wir wissen inzwischen, daß vasoaktive Substanzen nur dann zu einem Abfall des Aortendruckes und damit einer konsekutiven peripheren Mangel- durchblutung führen, wenn

- vasoaktive Substanzen mit starker vasodilatierender Komponente intravenös in extrem hoher Dosierung und extrem kurzer Injektions- bzw. Infusionszeit gegeben werden,
- vasodilatierende Substanzen verwendet werden, die gleichzeitig negativ inotrop wirksam sind und
- bei korrekter Dosierung und korrekter Infusionszeit eine manifeste Herzinsuffizienz vorliegt, die eine Kompensation des peripheren Widerstandsabfalls auf eine periphere Vasodilatation durch Erhöhung des Herzzeitvolumens nicht zuläßt.

Werden aber vasoaktive Substanzen verwendet, die nicht negativ inotrop wirksam sind und liegt ein suffizientes Myokard vor, dann kommt es bei der Mehrzahl vasoaktiver Substanzen zu

\*) Vortrag anlässlich der Vortragsreihe „Rationelle Arzneimitteltherapie“ am 16. März 1988 in Regensburg

keinem Aortendruckabfall, und zwar deshalb nicht, weil bei invasiv durchgeführten Untersuchungen intravenös applizierter vasoaktiver Substanzen gezeigt worden ist, daß die meisten der zur Zeit auf dem Markt vorhandenen Präparate kompensatorisch auf den peripheren Widerstandsabfall zu einer Erhöhung des Herzminutenvolumens mit Stabilisation des Aortendruckes führen.

Ein zweites Argument, das immer wieder unkritisch gegen die Verwendung vasoaktiver Substanzen angeführt wird, ist die Vorstellung, alle vasoaktiven Substanzen würden zu einem „Steal-Phänomen“ bzw. einem „Borrowing-Lending-Phänomen“ führen. Man versteht definitionsgemäß unter einem Steal-Phänomen die Tatsache, daß die Durchblutung distal eines Gefäßverschlusses dann, wenn man vasoaktive Substanzen gibt, abnimmt und in den Bereichen, die bereits gut durchblutet wurden, eine Zunahme der Durchblutungsgröße im Sinne der Luxusperfusion beobachtet wird.

Dieses Steal-Phänomen ist experimentell 1946 von DeBakey und Mitarbeitern formuliert worden, hat aber heute für die Praxis praktisch keine Bedeutung. Es kommt bei oraler Applikation niemals vor und wird nur bei intravenöser Infusion moderner vasoaktiver Substanzen und im Fontaine-Stadium III und IV (Ruhe-schmerz und Nekrose) in etwa drei Prozent gesehen. Wir konnten in einer eigenen Studie, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert wurde, belegen, daß eine Abnahme der peripheren Durchblutungsgröße, das heißt der Durchblutungsreserve (Peak-Flow), unter vasoaktiven Pharmaka lediglich die Folge einer Abnahme des Systemblutdruckes durch das Liegen während der Untersuchung war und die Veränderungen denen entsprachen, die bei den gleichen Patienten unter Kochsalzinfusionen gesehen wurden. Damit ließ sich ein spezifischer Steal-Effekt für die geprüften vasoaktiven Substanzen (Dusodril®, Trental®) ausschließen.

Das dritte Argument, das als Vorbehalt gegen die Verwendung vasoaktiver Pharmaka galt, war die Vorstellung, daß solche Substanzen zu keiner Verbesserung der Durchblutungsgröße bei Langzeitapplikation führen würden. Tatsächlich gibt es aber inzwischen Belege, die deutlich machen, daß bei einigen Substan-

zen durch eine Langzeitbehandlung die Durchblutungsreserve wesentlich verbessert werden kann. Das gilt allerdings nicht für alle auf dem Markt vorhandenen Präparate, sondern nur für einige, und nach den Ergebnissen unserer Untersuchungen für Trental® und Dusodril®. Lamuran® und Fludilat® zeigten nach intravenöser 14-tägiger Behandlung dagegen keine Verbesserung der Durchblutungsreserve gegenüber Kochsalz. Das macht deutlich, daß man eine scharfe Differenzierung zur therapeutischen Wirksamkeit solcher Substanzen vornehmen muß und Pauschalurteile so einfach nicht halten kann. Und schließlich blieb ein letzter Vorwurf, der lange Zeit zu überzeugen schien: Man sagte sich, wenn schon die hämodynamischen Vorbehalte aus Akutversuchen gegen die Verwendung vasoaktiver Substanzen nicht mehr aufrecht zu halten sind, dann sei ja doch aus einer Vielzahl sogenannter offener Beobachtungsstudien deutlich geworden, daß klinisch keine effektive Verbesserung peripherer Durchblutungsstörungen zu erwarten sei. Die deswegen dann 1978 begonnenen kontrollierten Doppelblindstudien gegen Placebo ließen aber erkennen, daß einige vasoaktive Substanzen sehr wohl zu einer signifikant besseren Geheilung bei peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen führen können, aber dieser Wirksamkeitsnachweis keineswegs auf alle existenten vasoaktiven Substanzen übertragbar ist.

Als therapeutisch wirksam können heute Präparate angesehen werden, die in mindestens drei unabhängig voneinander durchgeführten kontrollierten Doppelblindstudien gegen Placebo gezeigt haben, daß sie zu signifikanter Verbesserung der Geheilung führen.

In einer kritischen Analyse von etwas mehr als 1500 Publikationen, die wir zu dieser Frage durchgeführt haben, fanden wir letztlich nur drei Substanzen, von denen wir heute glauben, daß sie wirklich wirksam sind und die sowohl in der Transparenzliste des Bundesgesundheitsamtes als auch der Preisvergleichsliste der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft eine besondere Stellung erhalten haben. Es sind das Bufedil®, Dusodril® und Trental®. Die in den hier vorliegenden Studien gezeigten Verbesserungen der Geheilung im Fontaine-Stadium II unter normierten Prüfbedingungen sind nicht nur stati-

stisch signifikant, sondern auch klinisch relevant, wenn sie dazu beitragen, Patienten in ihrer häuslichen Umgebung zu halten und die Unterbringung in Altersheimen zu vermeiden.

Was soll man tun, um solche Substanzen, deren Wirksamkeit in kontrollierten Studien belegt ist, nun auch rationell einzusetzen?

1.

Es ist notwendig, daß die Diagnose einer peripher-arteriellen Verschlußkrankheit auch tatsächlich gesichert ist und nicht nur vermutet wird. Wir haben bei einer eben beendeten Studie an 1947 Patienten, die wir über sieben Jahre ambulant untersuchten, gesehen, daß in rund 30 Prozent der Fälle die Diagnose einer arteriellen Verschlußkrankheit nicht vorlag und lediglich aufgrund der Anamnese ein solches Krankheitsbild vermutet wurde. Anamnestische Angaben und Symptome sind nun zwar typisch, aber nicht spezifisch. Ursache der subjektiven Symptomatik bei diesen 30 Prozent der nachuntersuchten Patienten waren orthopädische, neurologische und allgemein-ärztliche Erkrankungen. Bei allen Patienten war nun aber bereits eine ungerechtfertigte Behandlung mit vasoaktiven Substanzen durchgeführt worden, die natürlich zu Versagern führen mußte. Das macht deutlich, warum vasoaktive Substanzen in ihrer Wirksamkeit so divergent beurteilt werden. Sie können im falschen Indikationsbereich gar nicht wirksam sein und lediglich zu der Vorstellung führen, daß solche Substanzen grundsätzlich unwirksam wären. Die Sicherung der Diagnose einer arteriellen Verschlußkrankheit ist also eine erste Voraussetzung für eine rationale Therapie.

2.

Es ist aber nicht nur notwendig, eine arterielle Verschlußkrankung zu sichern, bevor eine medikamentöse Therapie beginnt. Die Gehstrecke muß auch so limitiert sein, daß sich für eine vasoaktive Substanz eine Indikation ergibt. Patienten, die eine schmerzfreie Gehstrecke von 800 bis 1000 Metern haben, stellen eigentlich keine Indikation für vasoaktive Substanzen dar. Das sieht anders aus, wenn die Gehleistung auf 50 bis 500 Meter reduziert ist. Hier läßt sich nach Ausschluß von Beckenarterienstenosen und -verschlüssen die Geheilung mit therapeutisch wirksamen vasoaktiven Substanzen effektiv ver-

bessern und hier ist eine Verordnung solcher Medikamente gerechtfertigt. Das gilt insbesondere dann, wenn ein Gehtraining ineffektiv ist oder nicht durchgeführt werden kann, weil eine kardio-respiratorische Insuffizienz oder orthopädische Zusatzerkrankungen, wie Cox- oder Gonarthrosen, vorliegen. Erste Untersuchungen machen aber auch wahrscheinlich, daß die Verordnung vasoaktiver Substanzen bei kurzen Ausgangsgehstrecken den Effekt eines Gehtrainings verbessern können.

3.

Man muß davon ausgehen, daß Beckenarterien- und Aortenverschlüsse nur selten eine Indikation für vasoaktive Substanzen darstellen. In der Regel ist bei einer solchen Verschlusslokalisation weder mit Gehtraining noch mit vasoaktiven Substanzen ein therapeutischer Effekt zu erreichen. Das heißt für die Praxis, daß man bei allen Patienten, die über eine Claudicatio intermittens klagen und bei denen Femoralarterien nicht palpiert werden können, grundsätzlich überlegen soll, ob eine medikamentöse Behandlung mit vasoaktiven Substanzen begonnen werden soll.

4.

Wenn möglich, sollte man eine Behandlung peripherer arterieller Durchblutungsstörungen primär intravenös beginnen, weil inzwischen zweifelsfrei ist, daß die intravenöse Applikation vasoaktiver Pharmaka wesentlich schneller und effektiver eine Besserung der Gehleistung schaffen kann, als das bei der oralen Applikation der Fall ist. Dabei ist wichtig, zu beachten, daß solche Substanzen intravenös infundiert, nicht aber injiziert werden, weil bei der Injektion eher mit Nebenwirkungen gerechnet werden kann. Ist das aus technischen oder anderen Gründen nicht möglich, dann bleibt die hochdosierte orale Applikation vasoaktiver Substanzen eine Alternative, wenn ein Gehtraining nicht durchführbar oder ungenügend erfolgreich ist.

5.

Offen ist bislang, ob man vasoaktive Substanzen in der Praxis intramuskulär geben soll, weil dazu keine gezielten Studien vorliegen. Untersuchungen, die sich mit dieser Problematik beschäftigt haben, wurden bislang immer mit einer Kombinationsapplikation von intramuskulärer und intravenöser bzw. oraler Behandlung durchgeführt, so daß letztlich unklar

bleibt, welche Applikationsform tatsächlich wirksam war.

Nach meinem Dafürhalten ist die intramuskuläre Anwendung nicht anzuwenden.

Bleibt die Frage, wie lange eine Behandlung mit vasoaktiven Substanzen in der Praxis durchgeführt werden soll. Bei der intravenösen Applikation kann man nach 14 Tagen bis drei Wochen, bei der oralen Applikation nach sechs bis zehn Wochen abschätzen, ob die Pharmaka zu einer relevanten Verbesserung der Gehleistung geführt haben. Erzielt man mit vasoaktiven Substanzen eine Zunahme der schmerzfreien und absoluten Gehstrecke, dann ist eine Langzeittherapie gerechtfertigt und beizubehalten. Ist aber eine Änderung der Gehstrecke nach zwei- bis vierwöchiger intravenöser Behandlung oder drei- bis sechsmonatiger oraler Behandlung nicht zu erreichen, dann ist eine weitere Verordnung vasoaktiver Pharmaka nach dem gegenwärtigen Wissensstand nicht mehr gerechtfertigt. Eine lebenslange Behandlung mit solchen Substanzen ohne therapiefreie Intervalle, bei denen die

weitere Bedürftigkeit der Verordnung vasoaktiver Substanzen deutlich werden muß, ist nicht sinnvoll.

Generika, deren Einsatz heiß diskutiert worden ist, sollten nur dann verwendet werden, wenn sie nicht nur eine Bioäquivalenz mit Originalpräparaten aufweisen, sondern bis in die Galenik mit ihnen identisch sind, und die Nebenwirkungsquote genauso klein ist wie bei Originalpräparaten. Auch Generika müssen in Placebo-kontrollierten Studien ihre klinisch-therapeutische Wirksamkeit belegen. Eine Transformation des Wirkungsnachweises von zugelassenen pharmazeutischen Präparaten auf Generika allein ist nicht möglich. Ist für Generika die klinisch-therapeutische Wirksamkeit nicht zweifelsfrei belegt, dann sollten sie lieber gar nicht verwendet werden. In dem Moment aber, wo das der Fall ist, ist der Einsatz von billigeren Generika gerechtfertigt.

*Anschrift des Verfassers:*

*Professor Dr. med. H. Heidrich, Chef-  
arzt der Inneren Abteilung des Franziskus  
Krankenhauses, Burggrafenstraße 1,  
1000 Berlin 30*

## Forschungsförderung geht jeden an



Die Münchener Universitätsgesellschaft wirbt um neue Mitglieder.

Unser Ziel: Schnelle und unbürokratische Förderung von Forschung und Lehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Als Mitglied erhalten Sie viermal im Jahr Berichte über aktuelle Forschungsvorhaben, die Chronik der Universität und unseren Jahresbericht.

Helfen Sie der Münchner Alma Mater!  
Werden Sie Mitglied!

Ich möchte Mitglied  
Ihrer Gesellschaft  
werden mit einem  
Jahresbeitrag von

DM

mindestens 20,- DM p.a.  
steuerlich absetzbar

Name/Firma \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Münchener Universitätsgesellschaft Königinstraße 107, 8000 München 40  
Telefon (089) 38 91-22 29

# Kontroversen in der Beurteilung und Behandlung des Mammakarzinoms

79. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

(Schluß)

Professor Dr. W. Heitland,  
München-Bogenhausen:

## Was gilt heute als operativer Standard der Primärtherapie beim Mammakarzinom?

1948 hat Halsted die radikale Mastektomie unter Mitnahme der Pektoralismuskulatur, eines großen peritumorösen Hautareals sowie die radikale Dissektion der Achselhöhle bis zum Schlüsselbein in die Therapie des Mammakarzinoms eingeführt. Sein Konzept beruhte auf der Annahme eines autonomen Tumors mit zentrifugaler Ausbreitung – eine Annahme, die in den letzten zehn Jahren revidiert worden ist. Untersuchungen haben ergeben, daß in 22 bis 54 Prozent der amputierten Brüste ein multizentrisches Wachstum nachweisbar ist, und daß bei invasivem Mammakarzinom in zehn Prozent bereits in der kontralateralen Mamma Tumorabsiedlungen bzw. Zweitkarzinome zu finden sind. Früher ging man davon aus, daß bei einer hämatogenen Metastasierung in der Regel der regionale Befall der Lymphknoten vorgeschaltet ist. Heute weiß man, daß eine frühzeitige primäre hämatogene Aussaat stattfindet. Dennoch bleibt die lymphogene Metastasierung und ihr Ausmaß für die Therapieplanung und Prognose von Bedeutung. Vor allem der Anteil der Lymphknotenmetastasen in einer sorgfältig ausgeräumten Achselhöhle beeinflußt das rezidivfreie Überleben. Bei mehr als vier befallenen Lymphknoten sinkt die Heilungschance rapide. Bei Tumoren bis zu 2 cm sind bereits 30 Prozent der axillären Lymphknoten tumorbefallen, bei Tumoren mit mehr als 5 cm Durchmesser 80 Prozent. Der Weg des Lymphknotenbefalls erfolgt in erster Linie über die Axilla; intrapektorale und intrathorakale Lymphknotenmetastasen sind selten.

Der Befall der Mamille wird allgemein bei 15 Prozent gesehen und ist abhängig von der primären Größe des Tumors.

Vor dem Hintergrund dieser neuen Erkenntnisse hat sich ein entscheidender Wechsel der angewandten

Operationsverfahren ergeben. Noch 1974 hat die große Mehrheit der Chirurgen die Operation nach Rotter und Halsted durchgeführt, bereits 1977 wurden 63 Prozent modifiziert radikale Operationsverfahren durchgeführt, das heißt, eine eindeutige Abkehr von der mechanistischen Grundkonzeption der größeren lokalen Radikalität hat stattgefunden.

In die Gruppe der operativ potentiell heilbaren Brustkrebsen gehören heute Tumoren bis zum Stadium II, die deshalb hier ausschließlich diskutiert werden.

Für den einzuschlagenden operationstaktischen Weg ist eine Untersuchung von Fischer von besonderer Bedeutung. Während bei nodal negativen Patientinnen die 5- bis 10-Jahres-Überlebensrate bei 78 bzw. 65 Prozent liegt, sinkt sie bei einem bis drei positiven Lymphknoten auf 62 bzw. 37 Prozent, bei Befall von mehr als drei Lymphknoten auf 32 bzw. 13 Prozent ab. Gerade diese Überlegungen lassen all die Verfahren mit besonderer Vorsicht betrachten, deren Operationstaktik die histologische Aufarbeitung des Primärtumors und des Axilla-Fettbindegewebes nicht ermöglicht.

Die radikalen Mamma-Amputationen sind heute noch wenigen Einzelfällen, wie zum Beispiel Infiltration des Musculus pectoralis, vorbehalten.

Die eingeschränkt radikalen Operationsverfahren werden den angesprochenen Überlegungen zur Radikalität ausreichend gerecht, das heißt, sie ermöglichen eine vollständige Axilla-Dissektion unterhalb der Vena axillaris unter vertretbarem Risiko eines Armödems und sie lassen alle Möglichkeiten offen, bei ausreichend lokaler Radikalität kosmetisch befriedigende wiederaufbauende Operationsverfahren zur Anwendung zu bringen.

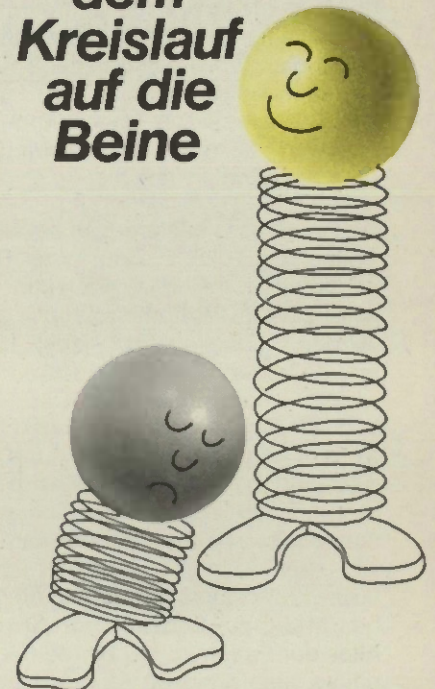
Bei dem von McWhirter angegebenen Verfahren ist neben der einfachen Mastektomie lediglich eine diagnostische Axilla-Revision vorgesehen. Die beiden Verfahren von Patey und Auchincloss sehen dagegen eine vollständige Axilla-Revision vor, zum einen mit Mitnahme des Musculus pectoralis minor und damit leichte-

**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 (Hautödem, 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**  
Verla-Pharm  
Arzneimittelfabrik  
8132 Tutzing

rem Zugang zu den Interpektoralen Lymphknoten, aber potentieller Gefährdung der Innervation des Musculus pectoralis major, zum zweiten mit Belassung des Musculus pectoralis major.

Bei den beiden letztgenannten Verfahren ist die komplette Entfernung des Brustdrüsenkörpers unter Mitnahme der darüber liegenden Haut und Mamille obligat.

Zwischen diesen modifiziert radikalen Mastektomien und der radikalen Mastektomie nach Halsted sind weder für die 10-Jahres-Überlebensrate noch für die Lokalrezidivhäufigkeit Unterschiede zu finden.

*Professor Dr. W. Jonat, Hamburg:*

### **I. Adjuvante endokrine Therapie**

Das Ziel einer adjuvanten endokrinen Therapie ist die nebenwirkungsarme Behandlung von Rezidiven nach operiertem Mammakarzinom. Man kann diese Therapie bei Lymphknoten-positiven Patientinnen einsetzen und bei Lymphknoten-negativen.

Die Ergebnisse basieren auf der NIH-Studie von 1985, die auf einer Behandlung von 16 500 Patientinnen beruht, die in die Studien eingebracht wurden. Dabei zeigte sich, daß Frauen, die mit Tamoxifen (u. a. Nolvadex), einem Antiöstrogen, behandelt wurden, in vielen Fällen gerettet werden konnten, gleichgültig, ob es sich um Lymphknoten-positive oder Lymphknoten-negative Patientinnen handelte; bei beiden Gruppen kam es zu einer Mortalitätsreduktion von etwa 13 Prozent. Entscheidend für den Erfolg der Behandlung war das Alter der Patientin. In der Prämenopause, also unter 50 Jahren, ist die Reduktion der Rezidive verschwindend klein, in der Postmenopause, also über 50 Jahre, sehr deutlich, gleichgültig, ob es sich um Lokal- oder Fernmetastasen handelte – ein sicher sehr bedeutsames Ergebnis. Eine weitere Differenzierung ist durch die Hormonrezeptorbestimmung möglich, denn Patientinnen mit einem Hormon-positiven Rezeptor haben eine deutlich bessere Prognose.

Eine entscheidende Frage ist, ob man einer Frau eine aggressive Chemotherapie ersparen kann; das wird zur Zeit in Studien untersucht, und es scheint so zu sein, daß Rezeptor-positiven Patientinnen in der Postmenopause von einer Hormonthera-

pie so viel profitieren, daß man auf eine Chemotherapie verzichten kann.

Zusammenfassend kann man aufgrund der NIH-Studie sagen, Tamoxifen führt zu signifikanten Reduktionen der Mortalität bei Patientinnen über 50 Jahre. Die durchschnittliche 5-Jahres-Mortalität beträgt, wie wir wissen, 30 Prozent, diese wird gesenkt auf 24 Prozent, das heißt, wir erreichen eine durchschnittliche Senkung der 5-Jahres-Mortalität um ca. ein Fünftel. Man hofft, daß durch die Berücksichtigung des Rezeptorbefundes dieses Ergebnis noch zu verbessern ist.

### **II. Endokrine Therapie beim metastasierenden Mammakarzinom**

Hormonbehandlung, die endokrine Therapie des Mammakarzinom war die erste Form, das Wachstum des Brustkrebses zu beeinflussen. Bereits Ende des vorigen Jahrhunderts wurde in England beobachtet, daß nach einer Ovariectomie die Metastasen des Mammakarzinoms kleiner wurden. Heute ist das Ziel der Hormontherapie beim metastasierenden Mammakarzinom eine effektive und selektive Behandlung der Metastasen, das heißt hoher Wirkungsgrad und wenig Nebenwirkungen. Die Bestimmung der Hormonrezeptoren erlaubt es uns, vorherzusagen, ob eine Hormontherapie sinnvoll ist oder nicht. Das einzige heute noch angewandte operative Verfahren ist die Ovariectomie, während Hypophysen- und Nebennierenoperationen nicht mehr angewendet werden. Eine Ovariectomie hat natürlich nur in der Prämenopause einen Sinn; wichtiger sind heute die medikamentösen Verfahren, am häufigsten die Behandlung mit Antiöstrogenen, zum Beispiel Tamoxifen (Nolvadex). Aber man kann auch die Östrogene in der Peripherie und der Nebenniere blockieren, so beispielsweise durch Aromatasehemmer, das Aminoglutethimid (Orimeten). Aber auch die hochdosierte Gestagentherapie, zum Beispiel mit Clinovir, ist möglich. Zukunftsmusik ist noch die medikamentöse Ausschaltung der Ovarien durch LH-RH-Agonisten, die die Ausschüttung der Gonadotropine blockieren.

Das bedeutendste Verfahren ist zweifellos die Behandlung mit Tamoxifen, wobei eine wichtige Differenzierung durch die Bestimmung des Hormonrezeptors möglich ist, sowohl im Primärtumor als auch in den Metasta-

sen. Dadurch erreicht man Remissionsraten wie mit den besten Chemotherapieverfahren mit einer durchschnittlichen Dauer von zehn Monaten. Es gibt aber auch bereits Remissionsdauern bis zu achteinhalb Jahren. Die heute gebräuchliche Dosis beträgt 30 mg Nolvadex/Tag. Ähnliche Remissionsraten kann man aber auch mit den beiden anderen Verfahren, also dem Aminoglutethimid oder mit der hochdosierten Gestagentherapie erreichen, aber die Nebenwirkungen der letzteren Verfahren sind ziemlich hoch, so beim ersteren in 40 Prozent eine Lethargie und Benommenheit sowie Exantheme, beim Gestagen in 45 Prozent eine nicht unerhebliche Gewichtszunahme. – Während beim Tamoxifen ganz wenig Nebenwirkungen auftreten, so lediglich eine Übelkeit in bis zu zehn Prozent der Fälle.

Aus diesen Daten ergibt sich auch die Reihenfolge des Einsatzes dieser Verfahren. So sollte in der Postmenopause immer das Antiöstrogen zuerst eingesetzt werden, wobei – je nach Ansprechen – die beiden anderen Verfahren folgen können.

In der Prämenopause beginnt man heute mit der Ovariectomie, wobei bereits einige Kliniken die LH-RH-Agonisten benutzen und nicht mehr das chirurgische Verfahren. Danach werden die anderen Verfahren wie in der Postmenopause angewandt.

Zusammenfassend kann man von der Hormontherapie heute sagen, daß sie effektiv, selektiv und sehr potent ist.

*Professor Dr. A. Breit und Privatdozent Dr. G. Ries, München:*

### **Differenzierte Strahlentherapie beim Mammakarzinom**

Der Strahlentherapie kommt beim Brustkrebs seit jeher große Bedeutung zu. Allerdings werden, was die Indikationsstellung zur Bestrahlung angeht, die Schwerpunkte heute anders gesetzt. Bei dem heutigen Kenntnisstand über das biologische Verhalten des Mammakarzinoms kann eine routinemäßige Nachbestrahlung nicht mehr empfohlen werden, andererseits nimmt die Strahlentherapie nach brusterhaltenden operativen Eingriffen einen zunehmend größeren Raum ein.

Zielsetzung der *postoperativen adjuvanten Strahlentherapie* nach Mastektomie ist die Verringerung der loko-



regionären Rezidivraten. Der Effekt nach radikaler Mastektomie wird in mehr fortgeschrittenen Stadien besonders deutlich: Stadium I und II – fünf bis zehn Prozent, Stadium III – sechs bis 13 Prozent. Dazu kommt, daß bei den heute üblichen eingeschränkt radikalen Operationsverfahren lokale Rezidive zumindest tendenziell häufiger auftreten als nach radikaler Mastektomie. Hier beträgt die kumulative Inzidenz lokoregionärer Rezidive nach elfjähriger Beobachtungszeit bei nodal-positiven Patientinnen 45 Prozent, jedoch nur 13 Prozent, wenn nachbestrahlt wurde (Stockholm-Studie).

Darf die Wirkung der postoperativen Strahlentherapie im Hinblick auf die Verringerung der lokoregionären Rezidivrate als erwiesen gelten, so besteht im Hinblick auf eine mögliche Überlebensverlängerung weniger Klarheit. Signifikant verlängert ist in den Studien nach prä- oder postoperativer Strahlentherapie die krankheitsfreie Überlebenszeit gegenüber ausschließlich operierten Patientinnen, bezüglich der Gesamtüberlebenszeit zeigen sich jedoch keine signifikanten Differenzen.

Zusammenfassend besteht eine Indikation für die adjuvante postoperative Strahlentherapie um so eher, je größer die lokale und regionäre Tumormasse ist. Hierzu zählen ein verbliebener Tumorrest, Infiltration von Pectoralisfaszie und -muskulatur oder eine große Anzahl metastatisch befallener Lymphknoten. Im übrigen wird beispielsweise bei großem Primärtumor, nur wenig befallenen Lymphknoten oder mediozentralem Tumorsitz die Indikation in Abhängigkeit vom Lebensalter, Rezeptorstatus oder Grading individuell im Rahmen des Gesamtbehandlungskonzeptes erstellt werden müssen.

Durch eine effiziente *Strahlentherapie nach brusterhaltenden Operationen* kann mit großer Wahrscheinlichkeit ein vergleichbares Ergebnis gegenüber den radikalen Maßnahmen erreicht werden. Im Vergleich zwischen radikal mastektomierten Patientinnen und solchen, die einer Quadrantenresektion mit nachfolgender Bestrahlung unterzogen wurden, waren keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Überlebenszeit zu erkennen (Studie von Veronesi). Dies gilt in gleicher Weise für die Segmentresektion gegenüber eingeschränkt radikalen Operationsverfahren. Der applizierten Gesamtdosis kommt dabei an-

scheinend eine große Bedeutung zu. Nach deutlich zu niedrig bemessenen Dosen im Bereich des Brustdrüsenkörpers und der Axilla waren im Gefolge einer weiten Tumorexzision sowohl im Hinblick auf die Rate an Lokalrezidiven als auch auf die Gesamtüberlebenszeit signifikant schlechtere Ergebnisse zu beobachten als nach radikaler Mastektomie (Studie von Hayward).

Nach brusterhaltenden Operationen darf unter keinen Umständen auf eine ausreichend hochdosierte Bestrahlung des Drüsenkörpers verzichtet werden, auch wenn das Lokalrezidiv als solches prognostisch günstiger ist als nach vorausgegangener Mastektomie.

*Professor Dr. Elsa Heidemann, Stuttgart:*

#### **Chemotherapie beim metastasierendem Mammakarzinom**

Globale Auswertung der Studien der letzten 15 Jahre zeigt keinen Anstieg der Überlebensdauer beim metastasierendem Mammakarzinom. Dennoch profitieren 80 Prozent dieser Patientinnen von einer Chemotherapie im Hinblick auf die oft langfristige Schmerzbeseitigung oder Linderung der Atemnot. Es gibt aber auch bestimmte Gruppen von Patientinnen, bei denen durch eine Chemotherapie eine Verlängerung der Lebensdauer möglich ist. Eine differenzierte Betrachtungsweise ist Voraussetzung dafür, daß wir den Patientinnen nutzen, nicht schaden. So haben die Gesamtergebnisse von Studien nur beschränkte Bedeutung – gute Resultate einer Untergruppe können durch schlechte in einer anderen kompensiert werden. Dies wird zum Beispiel in der Untergruppenanalyse einer randomisierten Studie der Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) deutlich. Bei Randomisation zwischen Cyclophosphamid, Methotrexat, Fluoro-uracil, Prednisolon (CMFP) gegen Cyclophosphamid, Adriamycin, Fluoro-uracil (CAF) ergibt sich insgesamt kein Unterschied bezüglich der Überlebensdauer. Die Untergruppenanalyse zeigt jedoch, daß Patientinnen mit Lebermetastasen als erstem Lokalisierungsort mit CAF signifikant länger leben als mit CMFP, daß andererseits Patientinnen mit ausschließlichem lokoregionären Befall und/oder Knochenmetastasen mit CMFP signifikant länger leben. Die aggressivere CAF-Therapie führt nach den Daten der ECOG bei pro-

gnostisch ungünstigeren Fällen ganz allgemein zu besseren Ergebnissen, wobei in Östrogenrezeptor-negativen Fällen die Remissionsrate, bei viszeraler oder ausgedehnter Metastasierung die Remissionsdauer und bei Lebermetastasen die Überlebenszeit verbessert wird.

Ähnliche Resultate ergibt die Untergruppenanalyse einer Studie der Schweizer Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung (SAKK). Ein mildes Schema – niedrig dosiert Leukeran, Methotrexat, Fluoro-uracil, Prednisolon – wird mit zwei aggressiveren Schemata verglichen – normal dosiert Leukeran, Methotrexat, Prednisolon zyklisch alternierend mit Fluoro-uracil, Vincristin, Prednisolon oder normal dosiert Leukeran, Methotrexat, Fluoro-uracil, Prednisolon zyklisch alternierend mit Adriamycin. Die beiden aggressiven Schemata waren im Ergebnis praktisch identisch und ergaben eine signifikant höhere Remissionsrate als LMFP (52 Prozent versus 32 Prozent), aber keinen globalen Vorteil für die mediane Überlebenszeit. Die Untergruppenanalyse zeigt eine signifikant verlängerte Lebensdauer bei überwiegend viszeralem Befall bei Patientinnen über 60 Jahre und bei schlechtem Allgemeinzustand durch die aggressivere Behandlung, am ausgeprägtesten profitieren Patientinnen mit vorwiegend Lebermetastasen von einer intensiveren Behandlung.

Genauere Definitionen der Untergruppen, die von einer Chemotherapie profitieren, müssen künftige Studien erbringen. Das Vorgehen heute: zunächst sollen die Kriterien für eine Hormontherapie geprüft werden; versagt diese oder liegen mehrere der folgenden Kriterien vor – Hormonrezeptoren negativ, kurzes Intervall seit Primärbehandlung, rasche Progression, mehrere Organsysteme betroffen, Leberbefall, Gewichtsverlust, WHO>1 –, soll eine kombinierte Chemotherapie begonnen werden. Die ECOG-Daten sprechen für eine Bevorzugung eines Adriamycin-haltigen Schemas mit Ausnahme der alleinigen lokoregionären oder Knochenmetastasierung und der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre.

Eine Reduktion der üblicherweise in Zytostatika angewandten *Dosierung* führt zu einer Verkürzung der Überlebensdauer bei viszeralem Befall (besonders in der Leber), bei Alter über 60 Jahre und bei schlechtem Allgemeinzustand.

Eine über die übliche Dosis hinausgehende Steigerung (z. B. 3 g Methotrexat pro qm in CMF oder 90 mg/qm Doxorubicin) bringt zwar eine Steigerung der Gesamtremissionsquote auf 80 Prozent und der Quota der kompletten Remissionen auf 27 Prozent, die Überlebensdauer wurde jedoch dadurch nicht verlängert.

Bei der kombinierten Hormon- und Chemotherapie wurde ein Trend zur Verkürzung der Lebensdauer beobachtet; diese kann durch eine antagonistische Wirkung der angewandten Therapiemodalitäten erklärt werden.

Bei der Entwicklung von neuen Substanzen, wie Epirubicin oder Mitoxantron, werden Wirkungen, Nebenwirkungen und Lebensqualität unter der Behandlung mit der Standardsubstanz Adriamycin verglichen. Sie haben global nicht zu einer Erhöhung der Remissionsquote oder zu einer Verlängerung der Überlebenszeit geführt; die Forderung der Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität scheinen diese Substanzen jedoch zu erfüllen. Als Nebenwirkung wurde vor allem eine Kardiotoxizität beobachtet.

Zusammenfassung für das praktische Vorgehen:

1. Wenn möglich, Patientinnen mit metastasierendem Mammakarzinom in Studien einbringen, die die Definition von optimalen Therapiesequenzen in klar definierbaren prognostischen Untergruppen zum Ziel haben.
2. Wenn nicht möglich, prognostische Kriterien prüfen und entsprechend dieser für Hormon- oder Chemotherapie entscheiden.
3. Wenn Chemotherapie indiziert: bei prognostisch ungünstiger Konstellation, vor allem bei Lebermetastasen, Adriamycin-haltiges Schema (z. B. AC) bevorzugen, oder Patientin zur Prüfung der Wertigkeit der beiden neuen Substanzen Epirubicin und Mitoxantron einbringen.

Eine Patientin sollte nicht als „ausbehandelt“ gelten, ehe nicht mehrere Hormontherapien und mehrere Chemotherapieregimes eingesetzt wurden. Wegen fehlender Kreuzresistenz zwischen Adriamycin und Mitoxantron kann eine dieser Substanzen als Chemotherapie der dritten Wahl noch bei Versagen der anderen eingesetzt werden.

Professor Dr. H. Schmidt-Mathiesen,  
Frankfurt:

### Nachsorge beim Mammakarzinom

Den Krebs-Kranken drohen psychosoziale Probleme, lokoregionäre Rückfälle und Fernmetastasen; diese drei Sachverhalte müssen bei der Nachsorge berücksichtigt werden.

Man muß von der individuellen psychosozialen und psychosexuellen Konstellation ausgehen, wenn man das Ziel, die Zuversicht zu wecken und die Lebensaktivität zu erhalten, erreichen will. Bei menschlicher Zuwendung erfährt man etwas über die individuellen Ängste, seien sie organ-, leistungs-, partner- oder familienbezogen.

Neben der nicht hoch genug einzuschätzenden menschlichen Betreuung kommt der Entdeckung der lokoregionären Rückfälle höchste Priorität zu, da besonders die frühentdeckten Rezidive noch kurativ therapeutische Möglichkeiten bieten, bevor sie ihrerseits zum Streuherd werden. Das lokoregionäre Risiko ergibt sich aus der Tumorgroße, dem Typus, den spezifischen Risikomerkmale, der Lokalisation, der Größe der Brust und vor allem aus der Art der Therapie. Während die Kontrolle nach einer Ablatio einfach ist, wird sie schwierig im Fall einer brusterhaltenden Therapie. Reaktive Veränderungen der be-

fallenen Brust nach dem operativen Eingriff sowie der Strahlentherapie können die Konsistenz derart beeinflussen, daß palpatorisch lange Zeit eine eindeutige Kontrolle nicht möglich ist. Auch die Aussagekraft der Mammographie ist während der ersten drei bis fünf Monate erheblich eingeschränkt und mit Fehldeutungen behaftet. Nach dieser Zeit sind aber engmaschige palpatorische und mammographische Kontrollen angezeigt. Die Wahrscheinlichkeit eines solchen intramammären Rückfalls sowie einer intramammären Streuung läßt sich in Grenzen vorhersehen. Letztere ist zum Beispiel bei einem duktalem Karzinom wesentlich höher als bei einem Gallertkarzinom. Ein axilläres Rezidiv ist zu befürchten, wenn die Operation unvollständig oder der primäre Befall schon erheblich war. Eine erst spät auftretende Armstauung muß auch bei negativem Tastbefund immer an die Möglichkeit einer Verursachung durch axilläre Rezidive denken lassen.

Für die Strategie der Fernmetastassensuche in der Nachsorge ist die Ermittlung der individuellen Risikokonstellation notwendig. Man muß, dafür gibt es heute Kriterien, den „low-risk-Fall“ vom „high-risk-Fall“ trennen. Bei eindeutigen „low-risk-Fällen“ können die aufwendigen Suchmethoden zurückhaltender und in größeren Abständen eingesetzt werden als bei den übrigen Fällen. Selbst dann,

## Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1989

Alle 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, 7. bis 19. Mai 1989

23. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

### Grado, 21. Mai bis 2. 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, 10. bis 15. September 1989

37. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

Auskunft und Anmeldung: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 221 bis 224

wenn es entgegen der Erwartung zu Fernmetastasen kommen sollte, werden sie wegen ihres – laut Definition – langsamen Wachstums erst später auftreten und klinische Relevanz erreichen als bei „high-risk-Fällen“, deren Fernmetastasierung sich zu 70 bis 80 Prozent bereits in den ersten zwei Jahren manifestiert.

Die häufigsten Metastasen bietet das Skelett. Sie sind anfangs symptomlos, pflegen aber mit zunehmender Größe meist uncharakteristische Schmerzsymptome auszulösen. In den üblichen Nachsorgeempfehlungen wird eine routinemäßige Skelettszintigraphie verlangt. Dagegen sind manche Einwände möglich:

1. Die sensible Methode ist unspezifisch und liefert häufig Befunde, deren karzinomatöse Natur erst durch weitere Kontrollen oder Biopsien wahrscheinlich gemacht werden muß. Das Ausmaß zwar pathologischer, aber ursächlich unklarer Befunde fällt besonders bei älteren symptomfreien Frauen ins Gewicht.
2. Bei symptomfreien Patienten findet sich nur äußerst selten ein eindeutig karzinombedingtes pathologisches Szintigramm.

3. Bei „low-risk-Fällen“ im strengeren Sinne besteht die Wahrscheinlichkeit, mit einer Szintigraphie eine Knochenmetastase als erste Manifestation einer Streuung aufzudecken, nur in zwei bis drei Prozent.

Deshalb sollte nach Meinung des Autors bei eindeutigen „low-risk-Fällen“ eine Knochenszintigraphie nur bei Skelett-typischen Symptomen oder bei suspekten Laborbefunden vorgenommen werden. Bei eindeutigen „high-risk-Tumoren“ dagegen ist die Szintigraphie in den ersten drei Jahren in den üblichen Intervallen von acht bis zwölf Monaten und auch bei Symptomfreiheit durchzuführen.

An zweiter Stelle in der Häufigkeit stehen die Lungenmetastasen; sie sind der einfachen Röntgendiagnostik zugänglich. Der Nachweis nodulärer Prozesse ist jedoch nicht schon als solcher für die karzinomatöse Natur beweisend. Letztere ist nur bei etwa 50 bis 70 Prozent zu erwarten. Zur weiteren Abklärung ist also ein CT und/oder eine Punktionszytologie bzw. Biopsie nötig. Im Falle einer Solitärmetastase wird eine Operation für etwa 30 Prozent der Betroffenen eine Überlebenszeit von drei Jahren und mehr bewirken. Bei multiplen

Metastasen ist dieses Vorgehen nicht mehr relevant und der systematischen Therapie nicht mehr überlegen.

Lebermetastasen sind ohne Belastung und großen Aufwand mit der Sonographie aufzudecken. Die Spezifität muß aber durch CT, Zytologie und/oder Histologie gesichert werden.

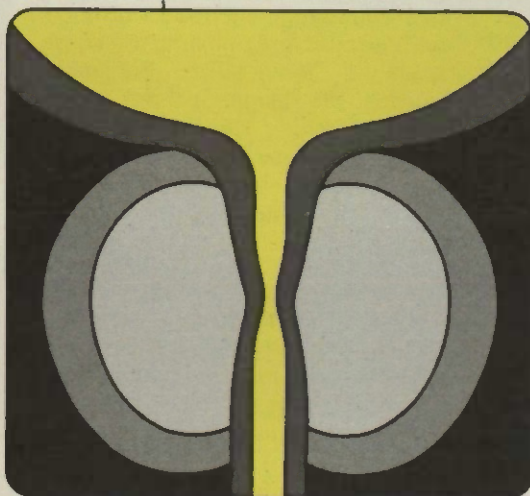
Der blinde Einsatz von *Markern* in der Nachsorge und das blinde Vertrauen auf deren Aussagekraft sind nicht zu rechtfertigen. Ihr Einsatz ist nur dann sinnvoll, wenn man vor der Therapie einen erhöhten Marker (CEA, CA-15-3) ermittelt hat und nach der Therapie ein Absinken dieses Wertes auf Normalwerte registrieren konnte. Nur in diesen Fällen ist der Marker als weitgehend spezifisch anzusehen. Selbst dann aber kann die Veränderung einer im Körper eventuell verbliebenen Tumorzellpopulation später zu Irrtümern führen. Schließlich ist zu bedenken, daß der positive Ausfall eines Markers von der Tumormasse abhängt und keineswegs als Frühdiagnostikon anzusehen ist.

Referent:

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

# 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

### Kurzbericht über die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

am 16./17. Dezember 1988

Die Vertreterversammlung tagte im Hinblick auf die umfangreichen Beratungsgegenstände am Freitag von 17 bis 20 Uhr, am Samstag von 9.30 bis 16.30 Uhr.

Nach Genehmigung der Tagesordnung und des Wortprotokolls über die letzte Vertreterversammlung vom 9. Juli 1988 kommentierte der Vorsitzende des Vorstandes, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, das am gleichen Tag im zweiten Durchgang vom Deutschen Bundesrat verabschiedete Gesundheits-Reformgesetz, soweit seine Bestimmungen für die Ärzteschaft von besonderer Bedeutung sind. Die Bundesratsdrucksache 555/88 mit dem Gesetzeswortlaut wurde an die Mitglieder der Vertreterversammlung verteilt. Professor Sewering konnte in seinem Referat auf zahlreiche Verbesserungen gegenüber dem ersten Referentenentwurf hinweisen. Wesentliche Bereiche sind jetzt einer Regelung durch die gemeinsame Selbstverwaltung vorbehalten, also entweder dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen oder den Partnern des Bundesmantelvertrages Ärzte bzw. des Arzt-Ersatzkassenvertrages oder den Gesamtvertragspartnern übertragen worden. Die bayerischen Kassen- und Vertragsärzte werden – so Professor Sewering – über aktuelle Entwicklungen durch Rundschreiben informiert. Über das Gesundheits-Reformgesetz und seine mutmaßlichen Auswirkungen entwickelte sich eine lebhaft Diskussion, auf die Professor Sewering in seinem Schlußwort ausführlich einging. Er warnte insbesondere alle Ärzte davor, bei der Arzneiverordnung nach Aufhebung des auf simile-Verbot den Apothekern die Auswahl des abzugebenden Arzneimittels zu überlassen. Die Alleinverantwortung des verordnenden Arztes gegenüber seinen Patienten erfordert zwingend, stets das nach medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten notwendige Arzneimittel definitiv zu verordnen.

Der Vorsitzende des Vorstandes erläuterte der Vertreterversammlung sodann die mit Wirkung ab 1. Juli 1988

bis 30. Juni 1989 abgeschlossenen Gesamtverträge und schilderte die langwierigen Verhandlungen. Nach einer Übergangsregelung müssen ab 1. Juli 1989 wesentliche Teile sowohl der Gesamtverträge und ihrer Anlagen als auch der Prüfvereinbarung neu konzipiert werden. Professor Sewering berichtete über erste vorläufige Abrechnungsergebnisse aus dem Ersatzkassenbereich im dritten Quartal 1988. Aufgrund der deutlich höheren Zahl abrechnender Ärzte hat der starke Anstieg der insgesamt abgerechneten Punktzahlen für den einzelnen Vertragsarzt nahezu keine positive Auswirkung. Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren infolge der stark zunehmenden Arztlizenzen noch verstärken. Alle zunehmend probierbewußten Äußerungen von Politikern zur Eindämmung der Ärzteschwemme bringen – sollten sie überhaupt realisiert werden – tatsächlich keine Erleichterung. Die gegenüber objektiven Bedarfsberechnungen doppelt so hohe Nachwuchszahl wird sich auf absehbare Zeit nicht entscheidend verringern.

Dr. Dehler ging in seinem Bericht auf die Auswirkungen der Anlage 5 zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ein. Fragen der Wirtschaftlichkeit, insbesondere nach Inkrafttreten des EBM, wurden schon frühzeitig in Arbeitstagen für Prüfärzte und Ausschußmitglieder besprochen und die Ergebnisse umgesetzt. Dieser Informations- und Erfahrungsaustausch soll fortgesetzt werden. Auch die von der Vertreterversammlung gewünschte Kommission „EDV in der Arztpraxis“ hat – nach Dr. Dehler – bereits intensiv beraten. Die Umsetzung der Laborrichtlinien, insbesondere die Genehmigungen zur Erbringung von Leistungen nach Abschnitt O III (2586 Anträge!), war sehr arbeitsintensiv und kann demnächst abgeschlossen werden. Auch die neue Röntgenverordnung erforderte zahlreiche Gespräche mit der Aufsichtsbehörde. Zur besseren Information wurde für die radiologisch tätigen Ärzte in München und in Nürnberg je eine Arbeitstagung durchgeführt.

Von den insgesamt 28 der Vertreterversammlung vorliegenden Anträgen führte der Antrag des Vorstandes auf Änderung der Anlage 7 zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns – Zusammenführung der bisher getrennten Kontingente für Grundleistungen und übrige Leistungen – zu einer ausführlichen Sachdiskussion. Das Argument einer einheitlichen Vergütung unter Hintanstellung von Gruppeninteressen und der Darstellung der restlichen Gleichbehandlung der Kassenärzte führte schließlich zu einem eindeutigen Votum im Sinne des Vorstandes. Ein weiterer Antrag des Vorstandes zur Ergänzung der Anlage 7 zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wurde einhellig begrüßt und mit großer Mehrheit angenommen: Die Schaffung einer Wegegeldzone 4 im Rahmen des kassenärztlichen Notfalldienstes für Besuche über 10 km und Festlegung eines Wegepauschales hierfür bei Tag in Höhe von 21,- DM und bei Nacht in Höhe von 29,- DM, ferner die Möglichkeit für den Vorstand, aufgrund örtlicher Straßenverhältnisse Umwegsgegebenheiten im Einzelfall berücksichtigen zu können.

Eine Reihe weiterer angenommener Anträge beinhalten Anregungen für den Vorstand oder werden Grundlage für die anstehenden Verhandlungen mit den Kassen sein. Im Zuge der Beratung und Festsetzung des Haushaltes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für das Rechnungsjahr 1989 wurden auf Antrag notwendige Verbesserungen der Entschädigungsregelung für Verdienstausfall und/oder eventuelle Vertreterkosten für ehrenamtlich tätige Ärzte beschlossen. Die letztmalige Festsetzung liegt mehr als zehn Jahre zurück. Der Haushalt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für das Rechnungsjahr 1989 wurde von der Vertreterversammlung wie vorgeschlagen festgesetzt. Schließlich wurden die Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Wahlperiode 1989/1992 und ihre ersten und zweiten Stellvertreter gewählt.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Fritz Seuß, schloß die Sitzung gegen 16 Uhr, gab als nächsten Termin für die Vertreterversammlung den 15. April 1989 bekannt. Er bedankte sich bei der Versammlung für die intensive und fruchtbare Mitarbeit.

## Personalia

### Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurde verliehen an:

Professor Dr. med. Josef Eisenburg, Chefarzt der Inneren Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, Romanstraße 93, 8000 München 19

Dr. med. Gabriel Mayer, Chefarzt a. D., Pfeilweg 2, 8023 Pullach

### Bundesverdienstkreuz am Bande

Das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurde verliehen an:

Professor Dr. med. Volker Becker, Direktor des Pathologisch-anatomischen Instituts der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 8-10, 8520 Erlangen

Professor Dr. med. Herbert Blaha, ehem. Ärztlicher Direktor des Zentralkrankenhauses Gauting der LVA Oberbayern, Schrimpfstraße 37 b, 8035 Gauting

Ltd. Medizinaldirektor Dr. med. Peter Schuch, Leiter des Staatlichen Gesundheitsamtes Erlangen, Schillerstraße 17, 8520 Erlangen

Professor Dr. med. Hans-Jürgen Soost, em. Ordinarius für Klinische Zytologie, Asgardstraße 22, 8000 München 81

Dr. med. Georg Vogl, Chefarzt a. D., Schulstraße 6, 8228 Freilassing

Professor Dr. med. Hermann Zickgraf, Ärztlicher Leiter des Paracelsus-Parkhospitals, Klingsorstraße 5, 8000 München 81

Professor Dr. med. Jörg Baltzer, I. Frauenklinik der Universität München, Maistraße 11, 8000 München 2, wurde von der Polnischen Gesellschaft für Gynäkologie zum „honorary fellow“ ernannt.

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Otto Braun-Falco, Direktor der Dermatologischen Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, wurde von der Gesellschaft für Dermatologie der DDR zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med. Elke Drecoll-Lütjen, Direktorin des Anatomischen Instituts, Lehrstuhl II, der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 9, 8520 Erlangen, wurde in das Editorial Board der Zeitschrift „Experimental Eye Research“ gewählt.

Professor Dr. med. Rudolf Fahlbusch, Direktor der Neurochirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, wurde zum Korrespondierenden Mitglied der „American Association of Neurological Surgeons“ (The Harvey Cushing Society) ernannt.

Professor Dr. med. Hans-Jürgen Gurland, Medizinische Klinik I der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde von der Tschechischen Gesellschaft für Nephrologie zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med. Peter Mathes, Chefarzt der Klinischen Abteilung IV der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislauferkrankungen, 8139 Bernried, wurde von der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie zum „founding fellow“ gewählt.

Professor Dr. med. Hans-Joachim Maurer, Radiologe, Im Wiesental 3, 8990 Lindau, wurde von der Cubanischen Gesellschaft für Angiologie zum Auswärtigen korrespondierenden Mitglied ernannt.

Professor Dr. med. August Heidland, Leiter der Nephrologischen Abteilung der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde von der National Kidney Foundation der USA der „Health Advancement Award“ verliehen.

Professor Dr. med. Gerhardt Nissen, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg, Fuchsleinstraße 15, 8700 Würzburg, wurde ehrenhalber zum Professor der Königlichen Universität Madrid ernannt.

Professor Dr. med. Rudolf Arthur Pfeiffer, Direktor des Instituts für Humangenetik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 10, 8520 Erlangen, wurde von der Stiftung „Hilfswerk für behinderte Kinder“ zum Mitglied der medizinischen Kommission und von der Zeitschrift „Pädiatrische Praxis“ in den wissenschaftlichen Beirat gewählt.

Privatdozent Dr. med. Andreas Unterberg, Neurochirurgische Klinik der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde von der European Association of Neurosurgical Society der Upjohn Award 1988 verliehen.

Professor Dr. med. Wolf-Bernhard Schill, Dermatologische Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, wurde gemeinsam mit Dr. S. Flörke-Gerloff und anderen der Eduard-Grosse-Senior-Preis verliehen.

#### *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 –

# 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, Eisenheimerstraße 39, 8000 München 21, Telefon (089) 57 09 30.

### Oberfranken

**Lichtenfels:**  
1 Augenarzt

**Rödental, Lkr. Coburg:**  
1 HNO-Arzt

**Hof/Saala:**  
1 Hautarzt

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

**Nürnberg:**  
1 Allgemein-/praktischer Arzt  
(Praxisübernahmefähigkeit)

**Gunzenhausen:**  
1 Chirurg

**Stadt Nürnberg:**  
1 Hautarzt  
(Praxisübernahmefähigkeit)

**Landkreis Roth/Stadt Schwabach:**  
1 Hautarzt

**Landkreis Ansbach:**  
1 Internist

**Landkreis Fürth:**  
1 Internist  
(Praxisgemeinschaft)

**Nürnberg:**  
2 Internisten  
(Praxisübernahmefähigkeiten)

**Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen:**  
1 Internist  
(Gemeinschaftspraxis)

**Nürnberg:**  
1 Nervenarzt  
(Praxisübernahmefähigkeit)

1 Nervenarzt  
(Gemeinschaftspraxis)

**Fürth:**  
1 Orthopäde  
(Praxisübernahmefähigkeit)

**Nürnberg:**  
1 Orthopäde  
(Praxisübernahmefähigkeit)  
1 Orthopäde  
(Gemeinschaftspraxis/  
Praxisgemeinschaft)

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

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

**Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:**  
1 Augenarzt

**Hösbach, Lkr. Aschaffenburg:**  
1 Augenarzt

**Aizenu, Lkr. Aschaffenburg:**  
1 HNO-Arzt

**Karlstadt/Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:**  
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, Hoßstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-0.

### Oberpfalz

**Kirchenthumbach, 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

**Furth 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.

# Wir machen den Weg frei

**VERWIRKLICHEN SIE IHRE PLÄNE:  
HOLEN SIE SICH DEN KOMPASS FÜR  
DIE BAUFINANZIERUNG.**

Nehmen Sie sich die Freiheit, nach eigenen Wünschen zu wohnen. Unser Kompaß für die Baufinanzierung hilft. Er gibt Orientierung bei Finanzplanung, Hypotheken, Baukosten, staatlichen Zuschüssen und vielen anderen wichtigen Themen. Diesen Ratgeber bekommen Sie nur bei uns.



**Volksbanken Raiffeisenbanken**

### Nach Inkrafttreten der GRG

Es war zu erwarten, daß sich beim Übergang vom alten zum neuen Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung Schwierigkeiten ergeben würden. Bei der Hektik des Gesetzgebungsverfahrens konnte es nicht ausbleiben, daß sich Fehler und Fehleinschätzungen in die Gesetzestexte einschlichen. Vor solchen Pannen ist frühzeitig gewarnt worden; jetzt zeigt sich, wie berechtigt sie waren. Schon am zweiten Tag des neuen Jahres hat sich das Arbeitsministerium veranlaßt gesehen, einzelne Bestimmungen des Gesetzes, die einen Tag zuvor in Kraft getreten waren, zu interpretieren oder zu korrigieren. Per Telefax wurde den Kassenverbänden ein Rundschreiben zugeleitet, das vom Abteilungsleiter Jung aus dem Ministerium unterzeichnet war. Einen Tag später ging schon ein zweites Rundschreiben ab, in dem zu anderen Streiffragen Stellung genommen wurde.

Auch wenn die Kassenärzte davon nicht betroffen werden, so dürfte es für sie doch von Interesse sein zu sehen, wie und bei welchen Fragen das Ministerium so rasch reagiert. Da geht es einmal um die Ermittlung der Härtefälle bei Zuzahlungen. Nach dem Gesetz müssen die Einkommen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen zusammengerechnet werden. Das Ministerium meint nun, daß mit den „Angehörigen“ nur Ehegatten und Kinder gemeint, Eltern, Schwiegereltern, Geschwister, Onkel und Tanten jedoch nicht gemeint seien. Man begründet dies damit, daß die Zurechnung von Einkommen dieser Angehörigen zu Ergebnissen führen könnte, die mit dem Sinn und Zweck einer Härtefallregelung nicht mehr im Einklang stünden. Damit werde zum Beispiel die wünschenswerte Aufnahme hilfsbedürftiger Eltern und Verwandter in die Familien erschwert. Das ist richtig. Aber ist es nicht genauso wünschenswert, daß Kinder, auch wenn sie schon etwas verdienen, noch in der Familie leben? Was der Gesetzgeber für wünschenswert hält, muß er ins Gesetz schreiben. Das kann nicht Herr Jung im nachhinein bestimmen.

Mit dem Gesetz ist auch der Leistungskatalog der Kassen eingeschränkt worden. Das gilt zum Beispiel für das Zusatzkrankengeld der Ersatzkassen. Diese haben ihren freiwilligen Mitgliedern die Möglichkeit geboten, ihr über der Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 4575 DM liegendes Arbeitsentgelt durch zusätzliche Beitragsleistungen abzusichern. Das gibt es nun nicht mehr; die besserverdienen-

den Angestellten heben sich an die private Krankenversicherung zu halten. So richtig dies im Prinzip ist, beim Übergang zum neuen Recht ergeben sich Härtefälle, die mit Übergangsregelungen zu vermeiden gewesen wären. So haben die Kassen ihren Versicherten mitgeteilt, daß das Krankengeld vom 1. Januar an höchstens 80 Prozent von 4575 DM betrage. Davon waren auch laufende Krankengeldzahlungen betroffen, was in Einzelfällen zu Einkommens Kürzungen von 30 bis annähernd 40 Prozent führte, selbst wenn der Betroffene zuvor über Jahrzehnte hinweg höhere Beiträge entrichtet hatte. Daß dies dem vertrauensrechtlich gebotenen Vertrauensschutz widerspricht, liegt auf der Hand.

Das hat nun auch das Arbeitsministerium gemerkt, obwohl die Kassenverbände schon Mitte November darum gebeten hatten, im Gesetz oder in dem Ausschlußbericht zu vermerken, daß laufende Leistungen von Kürzungen nicht betroffen seien. Staatssekretär Jagoda hat die Kassen noch am 23. Dezember wissen lassen, daß sie das neue Recht auch in laufenden Fällen „ab 1. Januar 1989 umsetzen“ müssen. Am 2. Januar sah Jung dies schon anders. Er schrieb den Kassen, daß er es für sozialpolitisch vertretbar halte, wenn in laufenden Fällen das Zusatzkrankengeld längstens bis zur Höchstbezugsdauer gezahlt werde. Die Weiterzahlung über den 1. Januar hinaus lasse sich eber nur für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen, die am 31. Dezember 1988 bestanden habe.

Diese Formulierung wirft weitere Fragen auf: Wie werden Versicherte behandelt, die zwar vor dem Jahresende schon arbeitsunfähig waren, deren Lohn aber noch vom Arbeitgeber fortgezahlt wurde? Auch diese Versicherten haben Anspruch auf Vertrauensschutz. Was ist mit Versicherten, die am 2. Januar dieses Jahres arbeitsunfähig geworden sind und die das neue Recht, das erst am 29. Dezember im „Bundesgesetzblatt“ veröffentlicht worden ist, noch gar nicht kannten und kennen konnten und die damit auch noch keine Zusatz-Privatversicherung abgeschlossen haben? An solchen Fragen zeigt sich, daß es nicht zu verantworten ist, solche Gesetze im Hauruck-Verfahren und faktisch ohne jede Übergangsregelung zu verabschieden. Offensichtlich ist über solche Einzelheiten im Gesetzgebungsverfahren auch gar nicht beraten worden. Nun übt sich das Ministerium in der Kunst der Gesetzesinterpretation.

Das gilt zum Beispiel auch für den Paragraphen 240, soweit davon Studenten betroffen sind, die mehr als 14 Semester absolviert haben oder 30 Jahre alt sind. Diese können sich nur noch freiwillig versichern; für sie gilt der neue Mindestbeitrag, der doppelt so hoch ist, wie der bisherige. Diese Studenten haben statt 65 DM nun 130 DM monatlich zu entrichten, auch wenn sie kein eigenes Einkommen haben. Für die Neuregelung sind die Absätze 1 und 4 dieses Paragraphen entscheidend. Zunächst heißt es, daß die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten zu berücksichtigen ist; anschließend wird dann jedoch im Gesetz der Mindestbeitrag genannt. Daß es vom Mindestbeitrag Ausnahmen geben kann, steht nicht im Gesetz. Jung sieht dies in seinem Rundschreiben vom 3. Januar in die Kassenverbände anders. Er fordert sie nämlich auf, gemeinsam die Bedingungen festzulegen, unter denen der gesetzliche Mindestbeitrag unterschritten werden kann. Dabei sei nicht nur die wirtschaftliche Lage des Versicherten, sondern auch die Einkommens- und Vermögenslage der Unterhaltspflichtigen zu berücksichtigen.

Damit kein Mißverständnis entsteht: Solche Korrekturen sind notwendig, sinnvoll und sozialpolitisch geboten. Aber es kann doch keinem Zweifel unterliegen, daß zunächst einmal das Gesetz gilt, und daß das Arbeitsministerium nicht im nachhinein selbstherrlich bestimmen kann, wie das Gesetz anzuwenden ist, auch wenn etwas anderes darin steht. Dann muß eben das Gesetz korrigiert werden. Das Ministerium wird sich die Frage stellen müssen, ob es sich mit seinen Interpretationen nicht doch schon „etwas außerhalb der Legalität“ (Höcherl) bewegt. Aber gegen eine begünstigende Auslegung des Gesetzes wird es wohl keine Kläger geben. Damit wäre freilich zu rechnen, wenn das Gesetz seinem Text entsprechend angewendet würde.

Das Ministerium hat den Kassenverbänden das Kartellamt ins Haus geschickt, weil mit der Pharmaindustrie über die Höhe der Festbeträge geredet worden sei. Natürlich liegt auf der Hand, daß in solchen Gesprächen auch über Preise geredet wird. Der Verdacht ist auch nicht unbegründet, daß es um Festpreise geht, deren Höhe den Unternehmen noch auskömmlich erscheinen. Das Interesse des Kartellamtes ist sicher nicht unbegründet. Auf der anderen Seite steht aber im Gesetz, daß auch die Pharmaunternehmen vor der Festlegung der Festbeträge von den Kassen zu hören sind. Das Gesetz begünstigt kartellähnliche Absprachen. Das Ministerium sollte sich also nicht erregen; es hätte für bessere Gesetze sorgen sollen.

bonn-mot





# 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

Februar 1989

## Fünf Jahre Neonatalerhebung in Bayern

K. Riegel und Ch. Thieme

Im Verlauf der letzten zehn Jahre ist in Bayern die Säuglingssterblichkeit (1976: 17,3 Promille; 1987: 7,5 Promille) und mehr noch die neonatale Frühsterblichkeit in der ersten Lebenswoche (1976: 10,6 Promille; 1987: 3,2 Promille) stärker als in jeder vorausgehenden Dekade und deutlicher als in anderen Bundesländern gefallen. Man kann vielfältige Ursachen dafür anführen, deren Beitrag im einzelnen nicht zu bestimmen ist. Qualitätshebende und -sichernde Maßnahmen, nicht zuletzt der Leistungsnachweis in der Bayerischen Perinatalerhebung (BPE) und Bayerischen Neonatalerhebung (BNE) haben aber dabei sicher eine gewichtige Rolle gespielt.

Die BNE schließt für die aus geburts- hilffichen Abteilungen verlegten Neugeborenen an die BPE an, über die an dieser Stelle vor kurzem berichtet wurde („Bayerisches Ärzteblatt“, 8/1988). Beide Erhebungen verfolgen dasselbe Ziel: sie sollen der laufenden Verbesserung der perinatal- medizinischen Leistung dienen.

Die in der BNE erhobenen Daten werden jährlich einer gemeinsamen, qualitätsorientierten Auswertung zugeführt. Jede teilnehmende Klinik erhält ihre individuelle Statistik und die Gesamtstatistik zum internen und externen Leistungsvergleich. Schlußfolgerungen und etwaige Konsequenzen muß jede Klinik für sich selbst ziehen, denn freiwillige Teilnahme und Klinikanonymität sind, wie auch bei der BPE, die unverzichtbaren Grundlagen der Erhebung.

### Verbreitung und Beteiligung

Die BNE, die 1983 eingeführt wurde, hat in der vom Bundesministerium für Forschung und Technologie 1979 bis 1982 geförderten südbayerischen Neonatalstudie (in 19 Kinderkliniken) ihren Vorläufer. In Niedersachsen

gibt es seit 1980 eine Neonatalerhebung, und fast alle anderen Bundesländer haben damit begonnen oder werden im Laufe der kommenden ein bis zwei Jahre folgen. In Bayern beteiligten sich 1987 insgesamt 32 Kliniken (Anhang) mit 9027 dokumentierten Aufnahmen. Der Erfassungsgrad der BNE kann nur mit einer Unschärfe von etwa zwei Prozent geschätzt werden. Nimmt man die Verlegungsraten in der BPE 1987 und die 119 623 bayerischen Lebendgeborenen zur Grundlage, so errechnet sich eine Zahl von etwa 72 Prozent. Dieser Wert liegt deutlich unter den 86 Prozent der BPE. Offensichtlich dokumentieren noch nicht alle teilnehmenden Kliniken lückenlos. Das Problem wird gesehen: die Dokumentation ist relativ zeitaufwendig. Der am 1. Januar 1989 eingeführte neue Beleg trägt dem durch einige Vereinfachungen Rechnung, so daß in naher Zukunft ein höherer Erfassungsgrad erreicht werden dürfte.

### Ergebnisse der Neonatalerhebung

Aus der Fülle der dokumentierten Daten werden im folgenden einige Ausschnitte in relativ kompakter Form dargestellt. Sie sollen Einblick geben in die vielfältigen Problemstellungen und die insgesamt hervorragenden Ergebnisse der modernen Neonatologie. Der besondere Wert der BNE dokumentiert sich darüber hinaus an solchen Stellen, wo konkrete Entwicklungsmöglichkeiten zur weiteren Leistungssteigerung aufgezeigt werden.

Die wichtigsten Verlegungsgründe für Neugeborene aus geburts- hilffichen Abteilungen sind (Mehrfachnennungen möglich): Unreife und Untermaßigkeit (Häufigkeit 41 Prozent), Asphyxie (17 Prozent), Atemstörung (17 Prozent), Ikterus (16 Prozent), Infektion (7 Prozent), Fehlbildungen/Anomalien (9 Prozent) und

„zur Beobachtung“ (19 Prozent). Die Epikrise der Neonatalstatistik sieht ähnlich aus: Ein Drittel der in den Kinderkliniken aufgenommenen Neugeborenen hat eine Tragzeit unter 37 Wochen, ein Viertel hat, bei Früh- und Termingeborenen, ein Geburtsgewicht unter der zehnten Perzentile. Bei einem Viertel werden respiratorische Störungen angegeben, bei 15 Prozent perinatale Asphyxie, bei 39 Prozent eine Hyperbilirubinämie, bei 42 Prozent eine Infektion und bei 17 Prozent schwere Mißbildungen.

Nachfolgend soll vornehmlich auf die Gefährdung der Anpassung an extrauterine Bedingungen näher eingegangen werden. Es versteht sich, daß Unreife bei den Anpassungs- krankheiten und ihren Folgen eine besondere Rolle spielt. Infolgedessen ist der Überblick in der Tabelle 1 nach Tragzeitklassen untergliedert. Da mit den Jahren keine nennenswerten Änderungen zu beobachten waren, werden alle von 1983 bis 1987 dokumentierten Aufenthalte für die Übersicht benützt.

### Erstversorgung

Bei vier von zehn verlegten Neugeborenen ist ein Pädiater bereits bei der Geburt zugegen, und knapp die Hälfte der Kinder wird vom Personal der weiterbetreuenden Kinderklinik abgeholt. Bei den Frühgeborenen sind Präsenz- und Abholraten deutlich höher als bei Termingeborenen, teils aber noch weiter zu steigern, denn bei starker Unreife kommt es auf eine lückenlose Versorgung an. Allerdings ist die derzeitige Abfrage „geholt/gebracht“ (vgl. Tab. 2) nicht deckungsgleich mit pädiatrisch geleitetem bzw. anderweitigem Transport, vor allem im Bereich des Münchener Neugeborenen-Notarzt-Dienstes. Auf dem neuen Beleg ist die Abfrage entsprechend modifiziert. Verbesserungen sind insbesondere durch eine

möglichst lückenlose Verlegung der Schwangeren mit drohender Frühgeburt (vor 32 Wochen) in ein Perinatalzentrum zu erwarten. Die Körpertemperatur bei Klinikaufnahme deutet darauf hin, daß Erstversorgung im Kreißsaal und Transport bei sehr unreifen Kindern teilweise noch zu verbessern sind: 25 Prozent der Kinder mit einem Gestationsalter unter 29 Wochen kommen mit einer Kerntemperatur unter 35°C in der Klinik an, in der nächsten Tragzeitgruppe (29 bis 31 Wochen) sind es noch sieben Prozent. Umgekehrt kommt jedes achte Termingeborene mit erhöhter Temperatur ( $\triangleright 37,5^\circ\text{C}$ ) zur Aufnahme. Mit jedem Grad Abweichung

unter 36°C bzw. über 37°C steigt aber das Sterblichkeitsrisiko. Man hat den Eindruck, daß die Wärmeschutzvorkehrungen am Reanimationsplatz und/oder im Transportinkubator noch nicht überall den Bedürfnissen der Kinder angepaßt sind. Hier sind weitere Anstrengungen notwendig und erfolgversprechend.

### Kardiorespiratorische Störungen

16 Prozent der verlegten Neugeborenen benötigen maschinelle Atemhilfen. Notwendigkeit und Dauer nehmen proportional dem Tragzeitdefizit zu. Daß es sich um komplikationsträchtige Maßnahmen handelt, kann

man von der hohen Rate der Kinder mit Pneumothorax (etwa jedes achte Beatmete) ableiten. Auch die Häufigkeit der bronchopulmonalen Dysplasie (BPD, „Respiratorlunge“) ist auf die Zahl der (Langzeit-)Beatmeten zu beziehen. Das ergibt dann eine BPD-Häufigkeit von 20 bis 30 Prozent. Hier sind wohl noch Verbesserungen durch bessere Beatmungstechniken erreichbar, und große Erwartungen sind an die Surfactantsubstitution geknüpft, die hoffentlich bald verfügbar ist. Eng mit kardiorespiratorischen Problemen (sowie Asphyxie und Unreife) vernetzt sind die intrakraniellen Blutungen; sie beinhalten die Möglichkeit schwerwiegender Residualschäden, wenn sie überlebt werden. Vermutlich ist die Inzidenz der Blutungen etwas höher, als in der Tabelle ausgewiesen, denn nur die Hälfte der Kinder wurde sonographisch untersucht (allerdings bis zu 90 Prozent der Frühgeborenen). Die Frühgeborenenretinopathie manifestiert sich erst nach Wochen. Ophthalmologische Kontrollen sind daher erst nach einem Monat indiziert, das heißt bei Kindern, die die Neonatalperiode überlebten. Man kann deshalb annehmen, daß die Augenärzte erfreulich häufig konsultiert wurden. Daraus geht aber auch hervor, daß die Retinopathiehäufigkeit auf die Zahl der Überlebenden zu beziehen ist, das heißt, es sind eher 15 Prozent als sieben Prozent Betroffene unter 29 Wochen Tragzeit.

### Neugeborenenengelbsucht

Ein Ikterus wurde bei zwei Dritteln der Neugeborenen dokumentiert, und die Phototherapie, die bei 45 Prozent der Kinder eingesetzt wurde, zählt zu den häufigsten therapeutischen Maßnahmen auf einer Neugeborenenstation. Man erwartet um so mehr Ikterische, je kürzer die Tragzeit ist, und ist erstaunt, daß es bei den Immaturen (Tragzeit unter 29 Wochen) nur 60 Prozent sein sollen. Indessen ist auch hierbei der Bezug auf die Gesamtzahl irreführend: Der nichthämolytische Ikterus zeigt sich erst nach einigen Tagen. Somit ist die Zahl der Frühverstorbenen von der Gesamtzahl abzuziehen. Dann kommt man zu der erwarteten Ikterushäufigkeit von gut 80 Prozent bei den Immaturen. Aus der Häufigkeit der Serumbilirubinwerte über 10 mg/dl in den einzelnen Tragzeitgruppen kann man ableiten, daß die tragzeitbezogenen Grenzwerte beachtet werden. Die relativ häufigen Blutaustauschtrans-

Tabelle 1: Ausgewählte Parameter aus der Neonatalstatistik über die Zeit vom 8. März 1983 bis 31. Dezember 1987. Wenn nicht anders vermerkt, handelt es sich um Prozentangaben, bezogen auf die Gesamtzahl der stationär Aufgenommenen (Kopfzeile)

Gestations-(Reife-)Alter in Wochen	<29	29-31	32-36	>36	gesamt
<b>Anzahl Aufgenommener *)</b>	707	1187	9276	23145	34315
<b>Aufnahme</b>					
Einlinge	75,7	79,5	78,7	95,2	89,8
Knaben	52,6	51,8	52,9	56,0	55,0
Primär versorgt durch Pädia- ter Von Kinderklinik geholt	81,9 77,8	86,0 81,0	66,4 71,0	28,1 38,3	41,6 49,5
Aufnahmealter <3 Stunden **)	92,7	91,9	83,7	37,9	53,0
Körpertemperatur median (°C)	35,7	36,2	36,6	36,8	36,7
<b>Stationäre Maßnahmen</b>					
Maschinell beatmet	98,0	84,9	24,8	7,2	16,6
Beatmungsdauer >14 Tage	41,3	30,8	3,1	0,5	3,2
Antibiotisch behandelt	94,2	90,7	54,7	36,8	44,8
Phototherapie >5 Tage	9,3	8,9	5,7	2,7	3,9
Schädelsonographie	82,2	90,0	61,4	38,7	47,5
Ophthalmologisch kontrolliert	43,4	70,2	49,0	20,9	30,7
Transfundiert	78,1	72,8	17,4	5,2	12,3
Blutaustauschtransfusion	7,8	5,0	1,4	1,8	1,9
Operiert	19,1	17,7	5,5	2,9	4,5
<b>Verlaufsbeobachtungen</b>					
Sepsis/Sepsisverdacht	61,8	57,3	26,3	18,3	22,7
Diagnose Sepsis fraglich	9,9	11,2	6,6	5,4	6,0
Diagnose Sepsis sicher	17,0	13,3	4,4	2,8	3,9
Nekrotisierende Enterokolitis	3,1	3,4	1,2	0,4	0,8
Ikterus	59,4	75,4	76,3	58,6	64,0
Bilirubin im Serum >10 mg/dl	14,9	25,3	50,3	42,7	43,6
Intrakranielle Blutung	40,2	23,4	3,6	0,9	3,2
Krämpfe	30,2	16,1	3,6	3,4	4,5
Apnoe-/Bradykardieanfälle	72,7	73,0	27,0	8,5	17,1
Pneumothorax	20,7	11,5	1,9	1,0	2,0
Bronchopulmonale Dysplasie	14,3	8,4	0,6	0,0	0,8
Frühgeborenenretinopathie	6,9	3,5	0,5	0,0	0,4
Ductus arteriosus apertus	25,2	19,8	6,8	2,2	4,5
<b>Verstorben</b>	55,2	14,9	2,1	1,3	3,1
Sterbealter in Tagen: Mittelwert	10,4	14,6	18,6	18,5	15,0
Sterbealter in Tagen: Median	2	4	4	3	3
Entlassen nach Hause	30,7	65,6	84,4	76,6	77,3
Entlassungsalter (Tage): Median	111	73	29	13	17
Rückverlegt in geburtshilfliche Abteilung	0	0,3	5,1	17,8	13,3
Entlassungsalter (Tage): Median	-	-	6,6	5,4	5,4

\*) bis 10. Lebenstag

\*\*) incl. Zweitverlegungen

fusionen bei sehr unreifen Frühgeborenen dürften jedoch weniger auf eine Hyperbilirubinämie als auf andere Indikationen (zum Beispiel Sepsis) zurückzuführen sein.

### Infektionen

Infektionen zählen zu den peri- und neonatologischen Problembereichen, wie aus der Gegenüberstellung der Parameter Sepsisverdacht (im Mittel bei 22,6 Prozent), Antibiotikagebrauch (44,5 Prozent) und der Diagnose fragliche (6 Prozent) und sichere Sepsis (3,9 Prozent) hervorgeht. Daß die Verhältnisse bei den Frühgeborenen besonders deutlich zutage treten, belegt nur deren höheres Infektionsrisiko, ändert aber nichts an dem Dilemma: Man muß aufgrund unspezifischer anamnestischer (Amnioninfektion, vorzeitiger Blasensprung, Fieber unter der Geburt) und klinischer Hinweise handeln (Erregersuche einleiten) und behandeln. Zweierlei ist unbefriedigend: Nur 30 Prozent der Sepsisfälle sind durch Erregernachweis zu sichern, und die Indikationsstellung zum Antibiotikagebrauch variiert zwischen den Kliniken. Da etwa die Hälfte der Infektionen nosokomial entsteht, müssen präventive Maßnahmen auf allen Ebenen mehr berücksichtigt werden.

### Betreuungsbilanz

Die Fortschritte der neonatologischen Intensivmedizin werden am eindrucksvollsten durch die niedrigen Mortalitätsziffern belegt. So betrug die Sterblichkeit in den Kinderkliniken im Beobachtungszeitraum durchschnittlich 3,1 Prozent; 2 Prozent in den ersten sieben Lebenstagen, 2,7 Prozent im ersten Monat. Der Anteil Frühgeborener an allen Verstorbenen lag bei 73 Prozent. Die Hälfte der Todesfälle entfiel auf die ersten vier Tage. Die von den Kliniken genannten Todesursachen ergaben im wesentlichen folgendes Häufigkeitsspektrum: Atemnotsyndrom 26 Prozent, Fehlbildungen 21 Prozent, Asphyxie/Schock 16 Prozent, intrakranielle Blutungen 13 Prozent, Infektionen 13 Prozent.

Fast jedes fünfte Termingeborene konnte nach kurzer Beobachtung/Behandlung zur Mutter in die geburtshilfliche Abteilung zurückgebracht werden. Dies ist eine erfreuliche Entwicklung, von der in Zukunft noch mehr Gebrauch gemacht werden sollte. Etwa sechs Prozent der

Kinder wurden in eine andere Kinderklinik/Abteilung verlegt, etwa vier Prozent in allen Tragzeitgruppen während der ersten zehn Lebenstage – man darf annehmen wegen Problemen, die eine Spezialbehandlung, u. a. Operation, erforderten. Bei den späteren Sekundärverlegungen dürfte es sich vornehmlich um „Familienzusammenführungen“ gehandelt haben (Mehrlinge; Nachbehandlung/-pflege in Wohnortnähe u. ä.).

### Klinikprofile

Der Gesamtüberblick verdeckt die Tatsache, daß jede Klinik ihr spezifisches Profil hat – im Patientenspektrum, im Leistungsangebot. Tabelle 2 zeigt die Bandbreite der relativen Häufigkeiten einiger Parameter in den Kliniken. Man versteht, daß die Ergebnisse einzelner Kliniken ohne Kenntnis der Umstände nicht verglichen oder gar bewertet werden können, und daß jede Klinik zunächst gehalten ist, ihren Standort im Gesamtgefüge selbst zu bestimmen. Andererseits zeigt die Erfahrung, daß häufig auch das kollegiale Gespräch mit Außenstehenden nützliche Anstöße gibt. Gleichartige Statistiken für jeden Teilnehmer und in Zukunft auch Klinikprofile sollen hierzu Wege offenhalten, die vom einzelnen Teilnehmer nach dessen freier Entscheidung zu nutzen sind.

### Weiterentwicklung der Neonatalerhebung

Seit dem 1. Januar 1989 ist eine Modifikation des Neonatologischen Erhebungsbogens im Gebrauch. Er beinhaltet im wesentlichen folgende Neuerungen:

**Benachrichtigung des Geburtshelfers:** Ein zusätzlicher Durchschlag wurde für die Rückmeldung an die einweisende geburtshilfliche Abteilung vorgesehen.

**Verknüpfung von peri- und neonatologischen Daten:** Mit einer datenschutzkonformen synoptischen Auswertung von Verlaufparametern aus Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenperiode soll versucht werden, weitere qualitätsrelevante Fragen zu beantworten. Hierzu zählt auch eine verbesserte Dokumentation der Transportmodalität und des Aufnahmestandes.

**Verlaufsdokumentation:** Die Informationen zum Klinikverlauf wurden aktualisiert und die Zeitangaben auf die Behandlungsdauer reduziert.

**Diagnosen:** Die Erfahrung hat gezeigt, daß eine mit dem Ziel der Qualitätssicherung durchgeführte Diagnosendokumentation die Zusammenfassung der zahlreichen seltenen Einzeldiagnosen zu überschaubaren Obergruppen erforderlich macht. Es steht außer Frage, daß der bisherige Diagnoseschlüssel mit über 550 Einzeldiagnosen Vorteile in bezug auf diagnosenbezogene (epidemiologische) Fragestellungen bietet. In der Praxis behindert jedoch ein zu umfangreicher Schlüssel die tägliche Routinedokumentation und die Datenauswertung. Wir glauben, einen vernünftigen Kompromiß gefunden zu haben. Die Klinik kann alle Diagnosen im Klartext auflisten (neuerdings sind zehn Zeilen dafür vorgesehen), verschlüsselt werden aber nur noch die wichtigsten 150 Diagnosen; für alle nicht einzeln berücksichtigten Entitäten existieren Sammelnummern.

Tabelle 2: Spannweite der klinikeigenen Dokumentation für einige ausgewählte Parameter. P25/P75: je 25 Prozent der Kliniken liegen unterhalb/oberhalb der angegebenen Häufigkeit (in Prozent)

	Minimum	P25	Median	P75	Maximum
Frühgeborene	4,7	24,7	31,8	39,0	55,5
Geburtsgewicht <1500 g	0,0	4,3	6,4	8,6	31,1
Von Kinderklinik geholt	0,0	38,5	53,2	63,2	89,0
Aufnahmetemperatur <36°C	3,8	6,5	9,8	16,0	24,7
Intubierte Kinder	8,4	12,2	16,4	23,6	70,8
Operierte Kinder	0,0	1,3	3,3	6,9	79,1
Antibiotika	16,4	38,0	44,1	60,3	72,9
Diagnose Sepsis (sicher, fraglich)	1,2	4,0	7,2	15,3	29,8
Erregernachweis bei					
Diagnose Sepsis: sicher	33,3	72,7	87,1	95,6	100,0
Diagnose Sepsis: fraglich	0,0	6,8	14,2	28,6	90,2
Rückverlegte Kinder >36 Wochen	0,8	8,1	13,8	23,0	44,9

Die Neufassung des Bogens erfordert eine Überarbeitung bzw. Neufassung der Auswertungsprogramme. Diese wird vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gefördert und derzeit von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns durchgeführt. Ziel der Neugestaltung sind in der Praxis brauchbarere, das heißt auch bessere lesbare Statistiken, die der Heterogenität der Patienten- und Krankheitsspektren mehr Rechnung tragen und zugleich die in der BPE bewährten Klinikprofile enthalten.

### Schlußbemerkung

Fünf Jahre Neonatalerhebung in Bayern heißt, daß sich die Mehrzahl der Kinderkliniken der Herausforderung der klinischen Qualitätssicherung gestellt, den eingeschlagenen Weg akzeptiert und erkannt hat, daß Verbesserungen – auf organisatorischem Gebiet, bei der Geräteausstattung, bei Personalverhandlungen, in der interdisziplinären Zusammenarbeit – am besten auf der Grundlage von Fakten, sprich statistischem Material, zu erreichen sind. Unsere gemeinsamen Ergebnisse rechtfertigen es, weiterhin die Mühe des Doku-

mentierens auf sich zu nehmen und noch mehr Arbeit in die Weiterentwicklung der Auswertung zu investieren. Mit der nun angekauften „Neonatalerhebung der zweiten Generation“ wird sich, wie wir hoffen, der Weg vom Studium der Statistik hinein in die praktische Arbeit für Neonatologen und auch Geburtshelfer weiter verkürzen.

### Kontaktadresse:

*Kommission für Perinatalogie und Neonatologie in Bayern, c/o Kassenärztliche Vereinigung Bayerns – Zentrale EDV, Arabellastraße 30/XII, 8000 München 81*

## Teilnehmer an der Bayerischen Neonatalerhebung (Stand: Herbst 1988)

### Regierungsbezirk Oberbayern

Abteilung für Pädiatrie des Kreiskrankenhauses **Ait/Neuötting**  
(Chefarzt: Dr. Schmid)

Kinderklinik **Garmisch-Partenkirchen**  
(Chefarzt: Professor Dr. Truckenbrodt)

Interne Kinderstation des Städtischen Krankenhauses **Landsberg**  
(Belegärzte: Dr. Hauser, Frau Dr. Stünkel)

Kinderklinik der Universität **München** im Dr. von Haunerschen Kinderspital  
(Direktor: Professor Dr. Hadorn)

Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses **München-Harlaching**  
(Leitender Arzt: Dr. Mayser)

Kinderpoliklinik der Universität **München**  
(Direktor: Professor Dr. Spiess)

Kinderklinik der Technischen Universität München, Kinderkrankenhaus **München-Schwabing**  
(Direktor: Professor Dr. Emmrich)

Klinikum Großhadern der Universität **München**, Neonatologie Frauenklinik  
(Leiter: Professor Dr. Versmold)

Kinderklinik für Herz- und Kreislauf-erkrankungen im Deutschen Herzzentrum, **München**  
(Direktor: Professor Dr. Bühlmeier)

Kinderchirurgische Klinik der Universität **München** im Dr. von Haunerschen Kinderspital  
(Direktor: Professor Dr. Hecker)

Interne und chirurgische Abteilung des Kinderkrankenhauses an der Lachnerstraße, **München**  
(Chefarzte: Professor Dr. Schöber, Dr. Schuster)

Kinderklinik im Städtischen Krankenhaus **Rosenheim**  
(Chefarzt: Professor Dr. Peller)

### Regierungsbezirk Oberfranken

Kinderklinik im Klinikum **Bamberg**  
(Chefarzt: Professor Dr. Ambs)

Kinderklinik im Klinikum **Bayreuth**  
(Chefarzt: Professor Dr. Wündisch)

Kinderklinik des Landkrankenhauses **Coburg**  
(Chefarzt: Professor Dr. Schamberger)

Kinderklinik im Klinikum **Hof**  
(Chefarzt: Medizinaldirektor Dr. Neumann)

### Regierungsbezirk Mittelfranken

Städtische Kinderklinik **Fürth**  
(Chefarzt: Medizinaldirektor Dr. Richter)

Cnopfsche Kinderklinik des Evangelisch-Lutherischen Diakoniewerkes, **Nürnberg**  
(Chefarzt: Professor Dr. Tietze)

Städtische Kinderklinik **Nürnberg**  
(Chefarzt: Professor Dr. Gröbe)

### Regierungsbezirk Unterfranken

Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses **Aschaffenburg**  
(Chefarzt: Professor Dr. Gabriel)

Kinderklinik des Leopoldina-Krankenhauses der Stadt **Schweinfurt**  
(Chefarzt: Dr. Giesen)

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

Kinderklinik am Mönchberg, **Würzburg**  
(Chefarzt: Dr. Fricke)

### Regierungsbezirk Oberpfalz

Kinderklinik im Städtischen Marienkrankenhaus, **Amberg**  
(Chefarzt: Privatdozent Dr. Joppich)

Kinderabteilung der Klinik St. Hedwig, **Regensburg**  
(Chefarzt: Dr. Schütz)

Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses **Weiden**  
(Chefarzt: Dr. Lachmann)

### Regierungsbezirk Niederbayern

Kinderabteilung des Hauptkrankenhauses **Deggendorf**  
(Chefarzt: Dr. Arends)

Kinderkrankenhaus St. Marien, **Landshut**  
(Chefarzt: Dr. Hofweber)

Kinderkrankenhaus **Passau** mit Entbindungsabteilung  
(Chefarzt: Privatdozent Dr. Staudt)

### Regierungsbezirk Schwaben

II. Kinderklinik des Krankenhauszweckverbandes **Augsburg**  
(Chefarzt: Professor Dr. Bernsau)

Kinderkrankenhaus Josefinum, **Augsburg**  
(Chefarzt: Dr. Frelsederer)

Kinderklinik des Kreiskrankenhauses **Memmingen**  
(Chefarzt: Dr. Galm)

### Nach Redaktionsschluß:

Kinderabteilung des Krankenhauszweckverbandes **Kempten**, Oberallgäu  
(ab 1. Januar 1989)  
(Chefarzt: Dr. Kehr)

### Umstrittener Unterbindungsgewahrsam

„Unterbindungsgewahrsam“ lautet der juristische Terminus *technicus*, den der Volksmund schlichter als „Vorbeugehaft“ bezeichnet. Vor dem Hintergrund der gewalttätigen Übergriffe von Demonstranten in Wackersdorf, den Aktionen von Rechtsextremisten beispielsweise bei der Belsetzung von Rudolf Heß oder auch Ausschreitungen wie bei der Europameisterschaft im vergangenen Jahr, soll in den kommenden Wochen nun das Polizeiaufgaben-Gesetz geändert werden. Danach kann die Polizei künftig Personen nicht nur 48 Stunden, wie bisher, sondern bis zu zwei Wochen in Gewahrsam nehmen, wenn sie das für notwendig erachtet, „um die unmittelbar bevorstehende Begehung oder Fortsetzung einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit zu verhindern“, die von erheblicher Bedeutung für die Allgemeinheit ist.

Dies ist der Kern einer von der Staatsregierung noch im Dezember verabschiedeten Novelle des Polizeiaufgaben-Gesetzes, die Innenminister Edmund Stoiber als ein „Gesetz zum Schutz der inneren Sicherheit“ bezeichnete, mit dem die Polizei künftig Extremsituationen besser in den Griff bekommen soll und deshalb notwendig sei. Von der SPD und den Grünen sowie auch dem DGB wird die Änderung jedoch als überzogen und verfassungsmäßig bedenklich abgelehnt und als eine „Lex Wackersdorf“ verurteilt.

Die Staatsregierung hatte den Entwurf der Novelle nicht nur mit der Notwendigkeit begründet, mit extremen Gewaltsituationen bereits präventiv besser fertig werden zu können, sondern auch mit dem Hinweis, daß andere Bundesländer über ähnliche Regelungen bereits verfügten, wie etwa Baden-Württemberg, Bremen und Hamburg. Aufgrund von Senatsempfehlungen überarbeitete die Staatsregierung dann die Vorlage und präzisiert einige jener Kriterien, die für

die Verhängung des Unterbindungsgewahrsams relevant sind, über dessen Dauer in jedem Fall eine richterliche Entscheidung getroffen werden muß. Beispielsweise soll die Polizei die Insassen eines Autos, in dem Zwillen, Molotow-Cocktails, Waffen oder Masken gefunden wurden, nur noch dann in Gewahrsam nehmen dürfen, wenn diese Personen „anhand objektiv feststellbarer Umstände von dem Mitführen der gefährlichen Gegenstände Kenntnis“ hatten. Ähnliches gilt für den Besitz von Flugblättern mit strafbarem Inhalt: Ein einzelnes zugestecktes Flugblatt rechtfertigt noch nicht den Gewahrsam. Er ist nur dann zulässig, wenn die Flugblätter in einer Menge mitgeführt werden, die für eine Verteilung geeignet ist.

In jedem Fall soll aber bei der Prüfung, ob ein Unterbindungsgewahrsam angeordnet wird, der Grundsatz der „Verhältnismäßigkeit“ strikt beachtet werden. Der Gewahrsam muß unterbleiben, wenn eine Sicherstellung von gefährlichen Gegenständen wie Waffen oder andere Polizeimaßnahmen wie Platzverweis zur Gefahrenabwehr genügen. Nach Angaben des Innenministeriums zeigen jedoch die Erfahrungen, daß diese Möglichkeiten oft nicht ausreichen, weil gewaltbereite Störer im Vorfeld ihrer Aktionen Ersatzdepots angelegt hätten. Schließlich sieht der dem Landtag zugeleitete Entwurf noch Entschädigungsregelungen vor für den Fall, daß ein richterlich angeordneter Unterbindungsgewahrsam rechtswidrig war. Dies gilt für erlittene Vermögensschäden und für eine Haftentschädigung von 20 DM pro Tag.

Als wichtigstes Ziel der Gesetzesänderung nannte Innenminister Stoiber die Absicht, daß man damit „den Wanderzirkus der Gewalttätigen und Autonomen treffen“ wolle und meinte im Hinblick auf Adolf Hitlers 100. Geburtstag im April dieses Jahres: „Ich bin froh, wenn wir 1989 diese

Regelung in Bayern haben“. Gegenteilige Stimmen gab es am gleichen Tag im Maximilianeum. Dort hatte die SPD zu einem Sachverständigen-Hearing vor ihrer Fraktion eingeladen, nachdem die CSU zu einer gemeinsamen Veranstaltung nicht bereit gewesen war. Die Anhörung vermittelte einen Vorgeschmack über die parlamentarische Auseinandersetzung um die Verlängerung des Unterbindungsgewahrsams. Es zeigte sich, daß in den Bundesländern Bremen und Hamburg von der Möglichkeit eines längeren als 48 Stunden dauernden Gewahrsams bisher noch nicht Gebrauch gemacht wurde. In Baden-Württemberg wurde ein längerer Gewahrsam seit 1971 nur dreimal und dabei in keinem Fall beim Verdacht auf bloße Ordnungswidrigkeiten angewendet. Der Unterbindungsgewahrsam – so ergab sich aus den Aussagen leitender Polizeibeamter aus den verschiedenen Ländern – dauere in der Regel wenige Stunden und betreffe hauptsächlich Betrunkene, Randalierer oder in Streit geratene Familienangehörige. Doch nicht nur aufgrund der Praxis, sondern auch aufgrund prinzipieller rechtlicher Überlegung wurde die geplante Gesetzesänderung kritisiert: Sie sei „überzogen“ und stelle eine „übermäßige gesetzgeberische Reaktion“ dar. Auch müsse eine so weitgehende Regelung nicht innerhalb eines Polizeiaufgaben-Gesetzes, sondern in einem eigenen Gesetz getroffen werden, wobei man dann aber schnell merken werde, daß man mit Bundesgesetzen kollidiere.

Andere Rechtsexperten befürchten die Aushöhlung von Grundrechten wie der Demonstrationsfreiheit im Zusammenhang mit der Durchsetzung technischer Großprojekte und meinten im Hinblick auf die Polizei: „Ahnungslos werden Grundrechte von denen abgebaut, die vermeinen, diese zu schützen.“ Durch den Entwurf würden nicht potentielle Störer abgeschreckt, sondern Personen, die ihr Demonstrationsrecht wahrnehmen wollten, aber künftig befürchten müßten, bis zu 14 Tage eingesperrt zu werden. Schließlich wurde auch kritisiert, daß es der Polizei freigestellt sei, welchem Richter – möglicherweise einem „gewahrsamsfreudigen“ – ein Festgenommener vorgeführt werde, wobei ohnehin die bisherige Praxis – etwa bei Wackersdorf – zeige, daß man sich in einem „rechtsfreien Raum“ beuge.

Michael Gscheidler

### Adelsried: Das Wort auf dem Prüfstand

Jahrestagung bayerischer Schriftstellerärzte am 22./23. Oktober 1988

Eine vergnügliche Begegnung erhoffte sich der Vorsitzende der Landesgruppe Bayern im Bundesverband Deutscher Schriftsteller-Ärzte Professor Dr. med. Franz Schmid in seiner Begrüßungsansprache zur Herbsttagung 1988, die diesmal auf Vermittlung von unserer consoeur Barbara Suchner im schwäbischen Adelsried abgehalten wurde. Und wenn man unter „vergnügli“ die Abwesenheit von Langeweile, Monotonie und einlullender Routine verstehen will, wurde diese Hoffnung nicht enttäuscht.

Als Frage- und Antwortspiel mit der Devise „Kritik ist gefragt“ gestaltete sich dieses traditionelle Jahrestreffen der bayerischen Schriftstellerärzte denn auch kurzweilig und spannend. „Das Wort“ – Begriff und assoziativer Gedanke zugleich – stand auf dem Prüfstand nach Bedeutungsinhalt und logischer Akzeptanz, aber auch in der Prüfung auf Treu und Glauben. Das Werkstattgespräch florierte.

Daß sich der Ablauf der Gespräche und Lesungen so abspielte, dafür sorgten die Moderatoren Schmid und Stetter. Die Tagungsteilnehmer wurden stets ermuntert und aufgefordert, auch ihre kritischen Gedanken ohne Scheu zu äußern. Vereinbarungsgemäß mußte jeder Beitrag anschließend besprochen werden. „Derjenige, der als nächster drankommt, möge als erster das prüfende Wort hinsichtlich Inhalt und Form haben“, schlug Stetter vor. Dank dieser von Anfang an praktizierten Übereinkunft waren diese beiden Tage ein hoher Gewinn für alle Beteiligten, die sich dieser manchmal nicht ganz leichten Aufgabe einer spontanen, freien und ungenierten Stellungnahme mit zunehmendem Eifer und Engagement unterzogen haben. Einen Mangel an kritischer Dialogbereitschaft gab es gewiß nicht. Fragen über Fragen zum Inhalt, zur Darstellung, zur Form tauchten auf, zwangen auch den Vortragenden Autor, Farbe zu bekennen. Anerkennung war flankiert von unterscheidender Wertung bis hin zur Infragestellung. Und mancher dürfte – zu eigenem Vorteil einsichtig – gemerkt haben, wo sich ihm Grenzen setzten oder sich gar Lücken im erfor-

derlichen literarischen bzw. poetischen Rüstzeug finden ließen.

Die Lesungen begannen unter Stetters souveräner Moderation mit Beiträgen zu den vorgegebenen Themen „Stadt und Land – Begegnungen – heiterer Ausklang“. Prosa von nüchternen Sachlichkeit, beschreibend, analysierend, Stadt und Land, auch Städtelandschaften naturalistisch erfassend, fügte sich zu Prosa lyrischen Anhauches bis hin zu metaphorischer Verfremdung des Sujet. Äußere Bildhaftigkeit und beseelte Innerlichkeit verschmolzen ineinander. „Begegnungen“ waren schicksalhafte Einmaligkeiten; Begegnungen mit Personen, mit Ereignissen, aber auch mit sich selbst. Ein vielseitiges Gesicht zeigte „der heitere Ausklang“. Hier war ja kein thematischer Zwang mehr gegeben. Sprudelnde Lustigkeit bis zur Ausgelassenheit, auch ironisch Bissiges und erheiternde Wortspiele fanden allseits Anklang und stellten die „vergnügli“ Stimmung.

Von niemandem zu leugnende Fakten einer wissenschaftlich fundierten Evolutionstheorie klar und einleuchtend darzustellen, ohne weitschweifige abstrakte Erschwernisse ist die eine Sache; eine andere ist es, diese Erkenntnisse in eine Weltsicht einzubauen, die dem Schöpfungsgedanken keinen Abbruch tut. Wissen muß sich wieder mit Weisheit und Glauben einlassen. Und gerade eine solche Weltdeutung im Lichte der Evolution als kosmisches Prinzip ist Franz Schmid gelungen. Auf vielfachen Wunsch wiederholte er am Samstagabend seinen faszinierenden Lichtbildervortrag, der schon seinerzeit in Regensburg im vollbesetzten Herzog-Saal die Zuhörer begeistert in Bann schlug. Confrère Harald Rauchfuss berichtete darüber im „Bayerischen Ärzteblatt“ 11/1988. Zu erwähnen, daß die Wiedergabe der einzigartigen, vom Vortragenden selbst erstellten Dias aus aller Welt diesmal bei günstigeren Lichtverhältnissen besonders brillant zur Geltung kamen.

Der Sonntagvormittag stand zunächst im Zeichen einer Gedenkstunde für Hans Carossa. Der 110. Geburtstag des Dichters veranlaßte Barbara Suchner zum Vortrag von Prosa

und Lyrik aus seinen Werken. Ein einfühlsames und feinsinniges Referat über Carossa, der wie kaum ein anderer Arzt und Dichtung wesenhaft verband, sollte die Zuhörer einstimmen und durch die Lesung führen. Vielleicht hätte die vorgetragene Auswahl konziser sein sollen, gewiß wären die eigenen exquisiten und klugen Ausführungen zu Hans Carossa besser zum Tragen gekommen. Man lese mit Gewinn noch einmal nach in Heft Nr. 12 der Zeitschrift „Literatur in Bayern“.

War beim vorjährigen Treffen „die Kurzgeschichte“ das zentrale literarische Thema, wurde heuer „die Satire“ in den Mittelpunkt eines Werkstattgespräches gestellt. „Entstehung und Stellung der Satire in der Belletristik“ lautete der umfassende, sprachlich glänzende Essay von Franz Schmid. Ein grandioser Überblick von der Antike bis zur Moderne und luzide begriffliche Abgrenzung der Satire zu verwandtschaftlichen literarischen Gattungen. Hier der Anfang des Essays:

„Lächeind die Wahrheit sagen und diese Wahrheit in einer ‚satura‘, das heißt einer bunten Schüssel anbieten, war ein probater Weg, gute und schöne Früchte mit solchen, die weniger schmecken, anzubieten. Oder in der bunten Vielfalt wohl-schmeckender Weisheiten harte Nüsse zu servieren. Die Satire unterscheidet sich durch die gefällige Verkleidung ihrer Aussage von den anderen Formen des belehrenden oder kritisierenden Gedichtes, dem Haßgedicht, der Tirade, der Parodie oder dem Lehrgedicht, welches die philosophische oder pädagogische Sentenz der sprachlichen Verkleidung überordnet. Die ‚satura‘ vermeidet deshalb in ihrer klassischen Form die direkte Aussage und verkleidet diese in der Buntheit der verbalen und formalen Möglichkeiten.“

Eingeflochten in diesen brillanten Vortrag waren jeweils an passenden Stellen Personal-, Zeit- und Gesellschafts-Satirisches aus der Feder unserer anwesenden Schriftstellerkollegen.

An dieser gelungenen, literarisch bemühten Veranstaltung nahmen aktiv teil: Bednara Maria (München), Fick Walter (Kutzenhausen), Fischer Norbert (Nürnberg), Kaatz Marianne (Ulm), Lebede-Blümner (München), Pfeiffer Peter (Neustadt/Aisch), Rauchfuss Harald (Neustadt/Aisch), Schmid Franz (Aschaffenburg), Schuhmann Andreas (Schliersee), Steffer Erwin (Amberg), Suchner Barbara (Griesbach/Ndb.), Viewegh Georg (Bayreuth)

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

## 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,  
Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-248

#### 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.

#### Allergologie

##### 22. Februar in München

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

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

Themen: Ökologie der allergologisch relevanten Schimmelpilze bei Atemwegsallergien - Diagnostische und therapeutische Probleme mit Rhinitis- und Astmapatienten bei Schimmelpilzallergien - Epikutantestungen mit Typ-1-Allergenen bei Neurodermitispatienten - In-vitro-Diagnostik bei der akuten Urtikaria - Aktuelle Fragen aus der allergologischen Praxis

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 (0 89) 38 49-32 05

#### 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 Narkose- 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, Telefon (0 91 31) 85-27 31 oder 37 97

#### Arbeitsmedizin

##### 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 e. V.

„88. Kolloquium“

Thema: Beleuchtung und Sehen am Arbeitsplatz unter besonderer Berücksichtigung von Fahr- und Steuerungstätigkeiten

Zeit: 18 Uhr c. t.

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

Anmeldung nicht erforderlich.

#### Augenheilkunde

##### 22. Februar und 1. März in München

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

22. Februar

Brillenoptische Meßtechnik mit Übungen

1. März

Operative Glaukomtherapie

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

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

#### Februar 1989

- 10.-12. Sonographie - Tegernsee
- 11. Gastroenterologie - München
- 11. Tropenmedizin - Würzburg
- 15. Onkologie - München
- 15.-17. Urologie - München
- 16. Arbeitsmedizin - München
- 16.-19. Sonographie - Füssen
- 17.-19. Anästhesiologie - Erlangen
- 17.-19. Sonographie - München

18. Gastroenterologie - Veitshöchheim

18. Rheumatologie - Bayreuth

22. Allergologie - München

22. Augen - München

24./25. Chirurgie - Erlangen

24./25. Innere - Erlangen

24./25. Sonographie - Regensburg

24.-26. Sonographie - München und Tegernsee

25. Schmerztherapie - München

27./28. Sonographie - Regensburg

27. 2.-4. 3. Nerven - München

#### März 1989

1. Augen - München

2.-4. Frauen - München

2.-4. Lungen - Bad Reichenhall

2.-5. Sonographie - München

3./4. Sonographie - Fürth

3.-5. Radiologie - Nürnberg

4. Endokrinologie - Hof

4. Onkologie - Donaustauf

6.-10. Chirurgie - München und Nürnberg

8.-10. Augen - München

10./11. Augen - München

10./11. Sonographie - München

10.-12. Anästhesiologie - Erlangen

10.-12. Nerven - Erlangen

11. Onkologie - München

13.-15. Augen - München

13.-16. Gastroenterologie - Erlangen

17./18. EKG - Erlangen

17./18. Sonographie - München

18. Lungen - Ingolstadt

#### April 1989

6.-8. Sonographie - Würzburg

7./8. Sonographie - München

7.-9. Sonographie - München

8. Haut - München

8./9. Radiologie - Kempten

10.-14. Sonographie Erlangen und Würzburg

17.-21. Sonographie - Würzburg

20.-22. Sonographie - München

Auskunft:

Sekretariat der Augenklinik und -poliklinik, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 23 21

#### 8. bis 10. März in München

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

### „39. Münchner Ophthalmologen-Praktikum“

Thema: Strabismus – wichtige derzeitige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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 (0 89) 41 40-23 26

### 10./11. März in München

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

Leitung: Professor Dr. Dr. H. von Denffer

„6. Viskochirurgie-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. Steldla, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-27 91

### 13. bis 15. März in München

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

Leitung: Professor Dr. M. Mertz

„40. Münchner Ophthalmologen-Praktikum“

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. M. Mertz, Augenklinik der Medizinischen Hochschule, Konstanty-Gutschow-Straße 8, 3000 Hannover 61, Telefon (05 11) 5 32 30 60

## Chirurgie

### 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: Weichteilsarkome – 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 (0 91 31) 85-3558 oder 3279

### 6. bis 10. März in München

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. J. R. Siewert)

„7. Fortbildungswoche für Chirurgie“

Thema: Allgemeine gastroenterologische Chirurgie (Teilnahme am Operationsprogramm in der Thorax-, Gefäß-, Neurochirurgie, der gastroenterologischen und plastischen Chirurgie, der chirurgischen Onkologie, Endoskopie und der Traumatologie – Besprechung interessanter Fälle – Klinische Visiten auf allen Stationen – Pathologische/anatomische Konferenz – Forumdiskussion zur gastroenterologischen Chirurgie, Bedeutung des Ultraschalls, Problematik der Fremdbluttransfusion)

Begrenzte Teilnehmerzahl; um rechtzeitige Anmeldung wird gebeten.

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. J. Lange, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-21 32

### 6. bis 10. März in Nürnberg

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

„Chirurgische Woche“

Thema: Klinischer Alltag der Allgemein- und Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, der plastischen Chirurgie mit Visiten, Demonstrationen im Operationsaal, 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 (09 11) 3 98-29 79 oder 29 80

## Elektrokardiographie

### 17./18. März in Erlangen

Kinderklinik mit Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. K. Stehr), Kardiologische Abteilung (Leiter: Professor Dr. H. Singer)

Leitung: Professor Dr. H. Singer

„Elektrokardiographie des Kindesalters“

Beginn: 17. März, 14 Uhr s.t.; Ende: 18. März, ca. 13 Uhr

Ort: Hörsaal der Kinderklinik, Loschgestraße 15, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 100,- (incl. Kursunterlagen)

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Kardiologischen Abteilung, Frau Bucher, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-3750

## Endokrinologie

### 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, Eppenreuther Straße 9, Hof

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Medizinischen Klinik, Eppenreuther Straße 9, 8670 Hof, Telefon (092 81) 9 73-2 75 oder 2 76

## Frauenheilkunde

### 2. bis 4. März in München

Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. H. Hepp)

Leitung: Professor Dr. H. Hepp, Professor Dr. P. Scheidel, Dr. U. Hasbargen

„Internationales Symposium“

Thema: Ärztliche Entscheidungsstrategien und der Computer: Neue Instrumente in Geburtshilfe und Gynäkologie

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

Auskunft und Anmeldung:

Frau D. Rass, Frauenklinik, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-45 40 oder 45 41

## Gastroenterologie

### 11. Februar in München

Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen, Abteilung für Allgemein- und Unfallchirurgie (Chefarzt: Professor Dr. W. Heitland) und II. Medizinische Abteilung, Gastroenterologie und Hepatologie (Chefarzt: Professor Dr. H. Kaess)

Leitung: Professor Dr. W. Heitland, Dr. B. Birkner

„Neue diagnostische und therapeutische Strategien bei chronischer Obstipation“

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Konferenzraum, Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen, Engelschalkinger Straße 77, München 81

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. W. Heitland, Frau Lindinger, Engelschalkinger Straße 77, 8000 München 81, Telefon (0 89) 92 70-20 11



# Carzodelan

forle pro injectione

Reg. Nr. C 913

Carzodelan ist das erste von seinem Hersteller Dr. med. A. Gaschler vor mehr als 30 Jahren in der Therapie eingeführte parenterale Enzym-Komplex-Präparat. Es ist eine Substanz mit proteolytischer, lipolytischer und nucleolytischer Wirksamkeit.

**Zusammensetzung:**  
Inhalt einer Trockenampulle:  
Pancreatin 2,0 mg entspricht  
Protease 0,7 FIP-U, Lipase  
15 FIP-U, Amylase 15 FIP-U

**Indikationen:**  
Adjuvans bei prä- und postoperativer Behandlung maligner Tumoren. Erhöht die Strahlentoleranz. Chronische Entzündungen, Viruserkrankungen und Leukopenie. Reaktivierung der körpereigenen Abwehrkräfte bei Rekonvaleszenz.

**Kontraindikationen:**  
Nicht bekannt. Die Verträglichkeit ist ausgezeichnet, ohne unangenehme oder lastige Nebenwirkungen.



**Handelsformen:**  
O.P. (3 Amp. + 3 aqua bidest.)  
DM 25,64  
10er Packung (10 Amp. + 10 aqua bidest.) DM 71,24  
Klinikpackung (50 Amp. + 50 aqua bidest.) DM 312,59

PHARMA-LABORATORIUM S. M. GASCHLER · 8990 LINDAU-SCHACHEN · TELEFON 08382 / 5306

## 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-Schneider-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. Schaft, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85 - 33 74

## Haut- und Geschlechtskrankheiten

### 8. April in München

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

„Phlebologische Fortbildungsveranstaltungen mit Seminaren“

Zeit: 9 Uhr s. t. bis 15.30 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) 38 49 - 32 05

## Innere Medizin

### 24. / 25. Februar in Erlangen

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

Leitung: Professor Dr. E. G. Hahn, 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 - 33 74

## Lungen- und Bronchialheilkunde

### 18. März in Ingolstadt

Medizinische Klinik I, Klinikum Ingolstadt (Chefarzt: Professor Dr. A. Wirtzfeld)

Leitung: Professor Dr. A. Wirtzfeld, Dr. G. Engel

„Pneumologische Diagnostik“

Zeit: 9.30 bis 13 Uhr

Ort: Veranstaltungsraum im Klinikum, Krumenauerstraße 25, Ingolstadt

Auskunft und Anmeldung:  
Dr. G. Engel, Krumenauerstraße 25, 8070 Ingolstadt, Telefon (08 41) 8 80 - 21 00

## 2. bis 4. März in Bad Reichenhall

Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane in Zusammenarbeit mit der Klinik Bad Reichenhall, Fachklinik 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 (086 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

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

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. J. Kugler, Nußbaumstraße 7, 8000 München 2, Telefon (089) 51 60 - 33 21

### 10. bis 12. März in Erlangen

Psychiatrische Klinik (Direktor: Professor Dr. E. Lungershausen), Neurologische Klinik (Direktor: Professor Dr. B. Neundörfer), Neurochirurgische Klinik (Direktor: Professor Dr. R. Fahlbusch) mit Polikliniken der Universität Erlangen-Nürnberg

„17. Nervenärztliche Fortbildungsveranstaltung für Ärzte aller Fachgebiete“  
Thema: Aktuelle Entwicklungen der Therapie in der Nervenheilkunde

Beginn: 10. März, 15 Uhr

Ort: Großer Hörsaal im Kopfklinikum, Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Psychiatrische Klinik, Frau U. Brinkert,

Telefon (091 31) 85-41 60, 41 66; Neurologische Klinik, Frau K. Paschke, Telefon (091 31) 85-45 63/64; Neurochirurgische Klinik, Frau G. Philipp, Telefon (091 31) 85-45 65/66, Kopfklinikum, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen

## Onkologie

### 15. Februar in München

Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. A. Wilmanns) gemeinsam mit dem Tumorzentrum München

„29. Onkologisch/Hämatologisches Seminar für niedergelassene Ärzte“

Thema: Besprechung onkologischer und hämatologischer Erkrankungen

Zeit: 19.30 bis 21.30 Uhr

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

Auskunft:

Professor Dr. E. Hiller, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 70 95 - 30 40

### 4. März in Donaustauf

Krankenhaus Donaustauf der LVA Niederbayern/Oberpfalz – Fachklinik für Erkrankungen der Atmungsorgane (Chefarzt: Professor Dr. G. Siemon)

„Staging bei intrathorakalen Tumorerkrankungen“ – aus der Sicht des Radiologen, des Thoraxchirurgen und des medizinischen Onkologen

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Vortragsraum der Fachklinik Donaustauf, Ludwigstraße 68, Donaustauf

Auskunft und Anmeldung:

Dr. F. von Bültzingslöwen, Ludwigstraße 68, 8405 Donaustauf, Telefon (094 03) 8 01/8 02 19

### 11. März in München

Städtisches Krankenhaus München-Harlaching, IV. Medizinische Abteilung (Chefarzt: Professor Dr. R. Hartenstein) und Chirurgische Abteilung (Chefarzt: Professor Dr. J. Horn) gemeinsam mit der Bayerischen Krebsgesellschaft

Leitung: Professor Dr. R. Hartenstein und Professor Dr. J. Horn

„2. Onkologische Tagung“

Themen: Aufklärung und Führung von Krebspatienten – Psychosoziale Betreuung zu Hause und im Krankenhaus – Hospiz als Konzept der Sterbebegleitung – Strategie der Schmerzbekämpfung – Behandlung des Zytostatika-induzierten Erbrechens – Tumorkachexie: Möglichkeiten der Behandlung? – Ernährung und Krebs: Diätetische Maßnahmen zur Prävention und Behandlung? – Spättoxizität durch Chemotherapie und Bestrahlung: Prävention und Behandlung?

Zeit: 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr

Ort: Hörsaal-Gebäude im Städtischen Krankenhaus München-Harlaching, Sanatoriumsplatz 2, München 90

Auskunft:

Frau Schöniger, Sekretariat der IV. Medizinischen Abteilung, Sanatoriumsplatz 2, 8000 München 90, Telefon (089) 62 10 - 7 31

## Radiologie

### 3. bis 5. März in Nürnberg

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

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

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

Ort: Hotel Maritim, Frauentorgraben 11-13, Nürnberg

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

### 8./9. April in Kempten

Bayerische Röntgengesellschaft e. V.

„Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft e. V.“

Themen: Diagnostik des tubulären Gastrointestinaltrakts (Kontrastmittel, Kontrastmittel-Diagnostik, CT, Ultraschall, Angiographie, NRI, Nuklearmedizin) – Therapie von benignen und malignen Erkrankungen im Gastrointestinaltrakt (Strahlentherapie, interventionelle Therapie) – Digitale Radiographie, Bildarchivierung und Kommunikation (PACS) – Freie Vorträge (Anmeldung erbeten) – Fortbildungsseminare

Ort: Kornhausaal, Kempten

Auskunft und Vortragsanmeldung:

Dr. G. Antas, Abteilung für Radiologie, Robert-Weixler-Straße 50, 8960 Kempten, Telefon (08 31) 20 55 - 2 58

## Rheumatologie

### 18. Februar in Bayreuth

Klinik Herzoghöhe Bayreuth (Chefarzt: Professor Dr. G. L. Bach)

„4. Winter-Symposium Rheumatologie“

Ort: Klinik Herzoghöhe, Kulmbacher Straße 103, Bayreuth

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. G. L. Bach, Kulmbacher Straße 103, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 4 02 - 2 13

## Schmerztherapie

### 25. Februar in München

Institut für Anästhesiologie der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. E. Kolb) in Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Arbeitskreis Schmerztherapie  
Leitung: Privatdozent Dr. M. Rust

„Kreuzschmerz – ein interdisziplinäres Problem“

Themen: Epidemiologie, Pathophysiologie – Differentialdiagnose des Kreuzschmerzes – Orthopädische Untersuchung – Neurologische Untersuchung – Radiodiagnostik – Psychodiagnostik – Analgetika – Blockadetechniken – Stimulationsverfahren – Physikalische Therapie – Lumbaler Diskusprolaps – Postdiskektomiesyndrom – Spondylodiszitis – Lumbale Stenose – Spondylyse, Spondylolisthese – Intradurale Tumoren – Extradurale Tumoren – Rundtischgespräch: Kreuzschmerz

Zeit: 8.30 bis 13.45 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Frau Herrlein, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 26 84

## Sonographie

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

Getäbinstitut 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, Spengerweg 8, 8180 Targensee, Telefon (0 89 22) 12 18

### 16. bis 19. Februar in Füssen

Innere Abteilung, Kreiskrankenhaus Füssen (Chefarzt: Privatdozent Dr. H. Kremer)

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

Beginn: 9.15 Uhr

Ort: Kreiskrankenhaus Füssen (praktische Übungen), Kurhaus Füssen (Vorträge)

Teilnehmergebühr: DM 450,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. H. Kremer, Kreiskrankenhaus Füssen, Stadtbleiche 1, 8958 Füssen, Telefon (0 83 62) 5 00-3 66

### 17. bis 19. Februar in München

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

Leitung: Dr. Th. Biehl

Thema: Sonographia am Stütz- und Bewegungsapparat, einschließlich der Säuglingshüfte (Grundkurs)

Ort: Orthopädische Poliklinik, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft und Anmeldung:

Orthopädische Ambulanz im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 24 86

### 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. Hamann

„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:

Oberarztsekretariat, 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 (Übersichtsreiterate, 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, Prüteninger 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. Zolner, Dr. B. Waigold

„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, Pettenkoterstraße 8 a, München 2

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

## 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 isotonomischer 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. **Dosierungsanleitung 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

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

### 3./4. März in Fürth

Kinderklinik im Klinikum Fürth (Chefarzt:  
Dr. K. Richter)

Leitung: Dr. F. Bundscherer, Privatdozent  
Dr. K.-H. Deeg, Dr. M. Zieger

Thema: Schädelsonographie durch die  
offene Fontanelle – Abschlußkurs nach  
den Ultraschall-Richtlinien der Kassen-  
ärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Ok-  
tober 1987

Beginn: 3. März, 15 Uhr; Ende: 4. März, ca.  
16.30 Uhr

Teilnehmergebühr: DM 400,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. M. Zieger, Olgahospital, Bismarck-  
straße 8, 7000 Stuttgart 1, Telefon (07 11)  
63 77 - 4 29

### 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: Stiftsklinik Augustinum, Wolkerweg  
16, München 70

Teilnehmergebühr: DM 240,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 1. März 1989

### 17./18. März und 20. bis 22. April in München

Stiftsklinik Augustinum, Medizinische  
Klinik A, München (Chefarzt: Dr. W. Zim-  
mermann)

„Seminar für Sonographie (Abdominalor-  
gane) mit klinischer Demonstration und  
Praktikum“ – Aufbaukurs nach den Ultra-  
schall-Richtlinien der Kassenärztlichen  
Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

17./18. März (Teil A)

Beginn: 17. März, 9 Uhr; Ende: 18. März,  
17 Uhr

20. bis 22. April (Teil B)

Beginn: 20. April, 9.15 Uhr; Ende:  
22. April, 16 Uhr

Teilnehmergebühr: DM 100,- je Kurs

Letzter Anmeldetermin: Teil A, 7. März;  
Teil B, 10. April

Begrenzte Teilnehmerzahl

### 6. bis 8., 10. bis 14. und 17. bis 21. April in Würzburg

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

Leitung: Dr. M. Jenett

„Ultraschalldiagnostik auf dem Gebiet  
der Inneren Medizin“; nach den Ultra-  
schall-Richtlinien der Kassenärztlichen  
Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Abschlußkurs: 6. bis 8. April

Grundkurs: 10. bis 14. April

Aufbaukurs: 17. bis 21. April

Zeit: täglich 9 bis 18 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Poliklinik,  
Klinikstraße 8, Würzburg

Teilnehmergebühr: Abschlußkurs DM  
250,-; Grundkurs DM 500,-; Aufbaukurs  
DM 500,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. M. Jenett, Klinikstraße 8, 8700 Würz-  
burg, Telefon (09 31) 31 - 4 46

### 7./8. April in München

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

Leitung: Dr. H. Nebelsieck

„7. Ultraschall-Doppler-Seminar“

(Grundkurs der cw-Dopplersonographie  
des venösen Systems, der peripheren Ar-  
terien und extrakraniellen hirnversorgen-  
den Arterien)

Zeit: jeweils 9 bis 17 Uhr

Ort: Theatersaal des Wohnstifts Augusti-  
num, Wolkerweg 16, München 70

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 31. März

### 7. bis 9. April in München

Städtisches Krankenhaus München-Har-  
lachring, Kinderabteilung (Chefarzt: Pro-  
fessor Dr. K.-D. Tymper)

Leitung: Dr. L. Löffler, Dr. B. Kernert-  
Bader

„Ultraschalluntersuchung der Säuglings-  
hüfte“ – Grundkurs nach den Ultraschall-  
Richtlinien der Kassenärztlichen Bun-  
desvereinigung vom 1. Oktober 1987

Beginn: 7. April, 15 Uhr

Ort: Städtisches Krankenhaus München-  
Harlachring, Kinderhaus, Sanatoriums-  
platz 2, München 90

Teilnehmergebühr: DM 250,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. P. Mayer, Sanatoriums-  
platz 2, 8000 München 90, Telefon (0 89)  
62 10-7 20

### 10. bis 14. April in Erlangen

Ultraschall-Schule Erlangen an der Medi-  
zinischen Klinik I mit Poliklinik der Univer-  
sität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Pro-  
fessor Dr. E. G. Hahn)

Leitung: Privatdozent Dr. N. Heyder

„Ultraschall-Grundkurs“

Thema: Ultraschall Innere Medizin; nach  
den Ultraschall-Richtlinien der Kassen-  
ärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Ok-  
tober 1987

Ort: Medizinische Klinik, Krankenhaus-  
straße 12, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 700,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Ultraschall-Schule, Frau  
Wellein, Krankenhausstraße 12, 8520 Er-  
langen, Telefon (0 91 31) 85 - 34 45

## Tropenmedizin

### 11. Februar in Würzburg

Missionsärztliche Klinik Würzburg, Tro-  
penmedizinische Abteilung (Chefarzt:  
Privatdozent Dr. K. Fleischer)

„8. Tropenmedizinisches Kolloquium“

Thema: AIDS in Afrika

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Schwesternhaus St. Michael, Mis-  
sionsärztliche Klinik, Salvatorstraße 7,  
Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Frau Krapf, Frau Giebfried, Missionsärzt-  
liche Klinik, Salvatorstraße 7, 8700 Würz-  
burg, Telefon (09 31) 8 09 - 2 28

## 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 Sym-  
posium“

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 (0 89) 41 40 - 25 46  
oder 25 45

## 82. Fortbildungstagung in Regensburg

vom 4. bis 7. Mai 1989

## Allgemeine Fortbildung

### 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.

## 34. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

vom 5. bis 17. März 1989 in Badgastein

**Thema: Der chronisch Kranke – medikamentöse Langzeit-Pharmakotherapie**

**Leitung: Professor Dr. L. Schweiberer, München**

*In Badgastein war und ist es üblich, den Kongreß unter ein Gesamt- oder Rahmenthema zu stellen, das gleichsam als roter Faden wenigstens für die Hauptreferate, Podiumsgespräche oder Kolloquien dient, die für das tägliche Nachmittagsprogramm bestimmend sind.*

*24 Seminare, die über eine, vereinzelt auch über zwei Wochen laufen, beherrschen rein quantitativ das Programm. Es haben sich bestimmte Schwerpunkte herausgebildet, also Seminare, die regelmäßig, aber mit stets wechselndem Programm angeboten werden.*

### A. Kongreßeröffnung und Eröffnungsvortrag

#### B. Hauptreferate

1. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
2. Kardiologie
3. Pharmakotherapie
4. Rheumatologie/Orthopädische Handchirurgie
5. Psychiatrie
6. Orthopädie/Sportmedizin
7. Anästhesie/Chirurgie
8. Stoffwechselerkrankung/Nephrologie: Arterioskleroseprävention: Hypertonie/Hyperlipoproteinämie

#### 9. Gynäkologie

10. Der chronisch Kranke in der Gastroenterologie

### C. Seminare und Kurse

Kardiologie – Ultraschall-Grundkurs mit Videodemonstrationen und praktischen Übungen (nach KBV-Richtlinien, § 6) – Rheumatologie – Sportmedizin – Pharmakotherapie – Psychiatrie – Manuelle Medizin – Urologie – HNO – Abrechnung – Gynäkologie – Dopplersonographie der hirnersorgenden Arterien mit praktischen Übungen (nach KBV-Richtlinien, § 6) – Gastroenterologie – Notfallkurs mit praktischen Übungen – Nephrologie – Stoffwechselerkrankungen – Orthopädie – Chirurgie – Anästhesie – Neurologie – EKG – Labormedizin

### D. Verschiedene Veranstaltungen

Praktische sportliche Aktivitäten im Rahmen des „Sportmedizinischen Seminars“ – Theologie und Medizin – Einfahrten in den Thermalstollen – Vorführung wissenschaftlicher Filme

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 4102 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 2 22 bis 2 24

## Fortbildungskurse für Röntgenhelfer/innen (§ 23 Nr. 4 RöV)

Dauer: 60 Stunden

Teilnehmevoraussetzungen:

Zweijährige Tätigkeit im Röntgenbereich

### Termine und Kursorte:

6. bis 15. März 1989  
Erlangen, Universitätsklinik
20. bis 28. Februar 1989  
Nürnberg, Städtisches Klinikum
13. bis 22. Februar 1989  
22. Mai bis 1. Juni 1989  
Regensburg, Krankenhaus der Barmherzigen Bröder
20. Februar bis 1. März 1989  
Rosenheim, Städtisches Krankenhaus
20. Februar bis 1. März 1989  
17. bis 26. April 1989  
20. bis 29. September 1989  
Schweinfurt, Leopoldina-Krankenhaus

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-2 81 oder 2 84 bis 2 86

### Abrechnungseminar

am 4. März 1989 in München

Der Hartmannbund, Landesverband Bayern, veranstaltet ein Abrechnungseminar für niederlassungswillige und bereits niedergelassene Ärzte sowie deren abrechnungsinteressierte Ehepartner und Arzthelferinnen für folgende Arztgruppen:

Allgemeinärzte – Chirurgen – Frauenärzte – HNO-Ärzte – Hautärzte – Internisten – Kinderärzte – Urologen

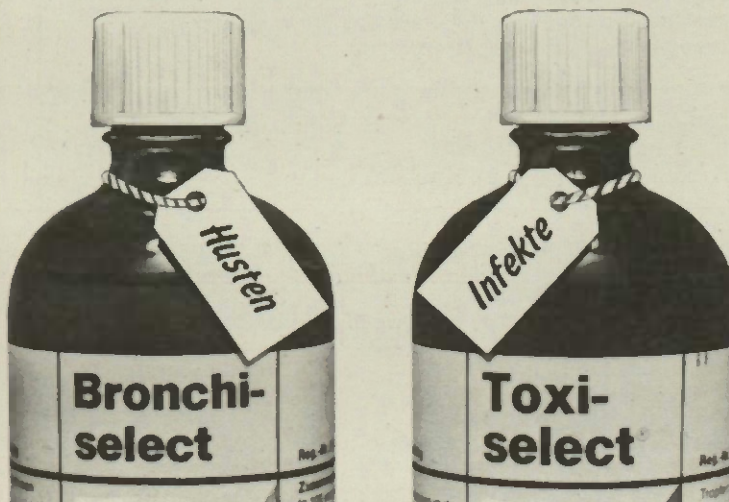
Beginn: 8.30 Uhr – Ende: ca. 14.00 Uhr

Ort: Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, München 80

Teilnehmergebühr: DM 100,- für Nichtmitglieder; DM 50,- für Mitglieder

Auskunft und Anmeldung:

Landesverband Bayern des Hartmannbundes, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 4 70 60 85



**Bronchi-select. Zusammensetzung:** 100 ml enthalten: Orosere O<sub>3</sub> dil. 20 ml, Bryonia O<sub>4</sub> dil. 20 ml, Tartarus stibiatus O<sub>4</sub> dil. 20 ml, Spongia O<sub>6</sub> dil. 20 ml, Ipecacuenhe O<sub>4</sub> dil. 20 ml. Enthält 45 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Schleimhautkatarrhe der Luftwege, feuchte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthma im Intervall, Silicose, Rippenfellentzündung, 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 OM 8,70, 100 ml OM 22,80, Klinikpackungen.

**Toxi-select. Zusammensetzung:** 100 ml enthalten: Echinacea O 40 ml, Lachesis O<sub>6</sub> dil. 20 ml, Sulfur D<sub>10</sub> dil. 10 ml, Bryonia O<sub>4</sub> dil. 20 ml, Apis mellifica O<sub>3</sub> 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 OM 8,70, 100 ml OM 22,80, Klinikpackungen.



# 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:
<b>Augsburg</b> 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
<b>München</b> Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern	15. 7. 29. 7. 9. 9. 14. 10. 4. 11.	I/1 I/2 III I/1 I/2	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288
<b>Nürnberg-Fürth</b> Stadthalle Fürth	10. 6. 24. 6.	II/1 II/2	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532
<b>Würzburg</b> Universitätsklinik	25. 2.	II/2	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg 11 Frau Schneider, Telefon (09 31) 307-230

Schriftliche Anmeldung  
– bei Stufe I und II jeweils für Teil 1 und 2 gemeinsam –  
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.

## 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 Mühlbauerstraße 16 (Ärztelhaus Bayern), München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 8.45 Uhr – Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 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.

## Strahlenschutzkurse in Bamberg

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RÖV)

Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen in zwei Teilen (3.2 der Richtlinien) am 7./8. April und 14./15. April 1989 in Bamberg

Veranstalter: Radiologisches Institut des Klinikums (Leiter: Chefarzt Dr. M. Schmidt)

Ort: Klinikum Bamberg, Buger Straße 80, Bamberg

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Auskunft und Anmeldung:

Radiologisches Institut, Buger Straße 80, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 5 03-31 31

## 39. Lindauer Psychotherapiewochen vom 17. bis 29. April 1989

Leitung: Dr. P. Buchheim, Dr. Th. Seifert, beide München

Themen: Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion – Kindliche Entwicklung als Wechselwirkung – Neue Konzepte zu den lebensgeschichtlichen Grundlagen in der Psychotherapie

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2, Telefon (0 89) 29 25 22

## Arbeitsmedizinische Fortbildung

am 22. Februar 1989 in Erlangen

Veranstalter: Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. in Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg

Thema: Wirbelsäule und Arbeitsmedizin  
Zeit und Ort: 18 Uhr c. t. – Bildungszentrum der Siemens AG, Zeppelinstraße 10, Erlangen

Auskunft:

Dr. P. Jahn, Leiter des Werksärzterverbandes Nordbayern, Fischbachstraße 16, 8505 Röthenbach, Telefon (09 11) 509-26 66

## 10. Fürther medizinischer Fortbildungstag: Aktuelle Gastroenterologie

am 11. März 1989

Veranstalter: Ärztlicher Kreisverband Fürth und II. Medizinische Klinik am Stadtkrankenhaus Fürth

Themen: Gallenblasensteine: Was tun? – Leberkoma bei akuten und chronischen Lebererkrankungen – Akute Blutung aus Fundusvarizen, therapeutische Probleme – Meteorismus – Obstipation

Zeit und Ort: 8.30 Uhr bis ca. 13.30 Uhr – Stadthalle Fürth, Rosenstraße 50

Auskunft und Anmeldung:

Ärztlicher Kreisverband Fürth, Henri-Dunant-Straße 11, 8510 Fürth, Telefon (09 11) 77 19 80

## 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, Nymphenburger Straße 81/IV, 8000 München 19

## 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 (0 89) 31 87 - 22 11

## Schnell informiert

### Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung und Überwachung beruflich strahlenexponierter Personen nach der Röntgenverordnung (RÖV) und Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)

1. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 15. November 1988, Nr. VII 2/8185/6/88, veröffentlicht im „Bayerischen Staatsanzeiger“.

2. Verzeichnis der nach der RÖV und StrlSchV ermächtigten Ärzte in Bayern, die beruflich strahlenexponierte Personen *nur innerhalb* ihres Betriebsbereiches untersuchen und überwachen können (Stand: 1. Dezember 1988).

3. Verzeichnis der nach der RÖV ermächtigten Ärzte in Bayern, die beruflich strahlenexponierte Personen *nur innerhalb* ihres Betriebsbereiches untersuchen können (Stand: 1. Dezember 1988).

4. Diese Bekanntmachung und die Verzeichnisse liegen bei allen Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden auf.

### Abrechnung von Leistungen im Zusammenhang mit der Feststellung von Alkohol im Blut

(GOÄ in der Fassung vom 1. Juli 1988)

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat sich an die Präsidenten der Bayerischen Polizei, an das Bayerische Landeskriminalamt, an die Regierungen, an die Staatlichen Gesundheitsämter, Landgerichtsärzte und Kreisverwaltungsbehörden gewandt und dabei die Vergütung für die mit der Blutentnahme zur Feststellung von Alkohol im Blut zusammenhängenden ärztlichen Leistungen mitgeteilt, die seit dem 1. Juli 1988 erbracht worden sind. Danach werden

die mit der Blutentnahme zur Feststellung von Alkohol im Blut zusammenhängenden ärztlichen Leistungen entsprechend den einfachen Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ – vom 12. November 1982 in der Fassung vom 1. Juli 1988 vergütet.

Während der Sprechstunde kommen dabei folgende Nummern des Gebührenverzeichnisses in Betracht: Nr. 2, 16, 65 und 250.

Außerhalb der Sprechstunde die Nummern 2 (bei Tage), 3 (bei Nacht), 16, 65 und 250.

An Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen sind die Nummern 4 bzw. 4a ansatzfähig.

Wenn der Arzt Sprechstunden nach 20 Uhr oder vor 8 Uhr abhält, dürfen für diese Zeit Gebühren für Leistungen bei Nacht nicht berechnet werden.

Außerhalb der Behandlungs- oder Wohnräume kann der Arzt neben den Nummern 250, 65 und 16 einen dringenden Besuch nach Nummern 6 bzw. 6a oder gegebenenfalls 8 in Rechnung stellen.

Handelt es sich um eine Leistung bei Nacht, so ist neben den Nummern 250, 65 und 16 eine Leistung nach Nummer 7 bzw. 7a ansatzfähig.

Bei der Untersuchung oder Beratung mehrerer Personen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang anlässlich eines Besuches sind für die zweite Person die Leistungen nach den Nummern 6, 6a, 7, 7a oder 8 des Gebührenverzeichnisses mit der Hälfte der Gebühr berechnungsfähig; für jede weitere Person darf der Besuch nur mit der Hälfte der Gebühr nach Nummer 5 (= DM 13,75) berechnet werden. Auch hier gilt, daß – wenn der Arzt Sprechstunden nach 20 Uhr oder vor 8 Uhr abhält – für diese Zeit Gebühren für Leistungen bei Nacht nicht berechnet werden dürfen.

Für Blutentnahmen bei Leichen gilt für die Eröffnung einer Schlagader bei Tage die Nummer 46, für die Entnahme einer Körperflüssigkeit die Nummer 47 und für den Besuch zur Blutentnahme die Nummer 5 bzw. gegebenenfalls 6 oder 8. Bei Nacht kann neben den erforderlichen Leistungen nach Nummer 46 und 47 die Gebühr nach Nummer 7 bzw. 7a in Rechnung gestellt werden. Die Lei-

stungen nach Nummer 46 und Nummer 47 können nicht nebeneinander vergütet werden. Mit der Besuchsgebühr ist auch eine etwaige Beratung der Polizei oder Dritter abgegolten.

Neben den vorbezeichneten Leistungen können vergütet werden Entschädigungen nach den §§ 7 ff. GOÄ. Als Entschädigungen für Besuche erhält der Arzt Wegegeld und Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt bei einer Entfernung bis zu 2 km zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle bei Tage DM 10,-, bei Nacht DM 20,-. Bei einer Entfernung von mehr als 2 km bis zu 25 km beträgt das Wegegeld für jeden zurückgelegten Kilometer bei Tage DM 2,50, bei Nacht DM 5,-.

Besucht der Arzt auf einem Wege mehrere Personen, so beträgt das Wegegeld je Person die Hälfte der genannten Beträge. Werden mehrere Personen zum Beispiel in demselben Haus besucht, darf der Arzt das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen (§ 8 Abs. 2 GOÄ). Auf die Reiseentschädigung nach § 9 wird darüber hinaus hingewiesen. Des weiteren kann auch eine Verweilgebühr nach Nummer 9a bzw. 9b in Rechnung gestellt werden. Diese darf nur berechnet werden, wenn der Arzt länger als eine halbe Stunde verweilen muß. Der für die Erbringung einer Leistung erforderliche Zeitaufwand ist mit der Gebühr für die Leistung abgegolten. Diese Gebühr kann darüber hinaus beansprucht werden, wenn der Arzt aus Gründen, die nicht in seiner Person liegen, über die Zeit der ärztlichen Verrichtung hinaus länger als eine halbe Stunde bei dem gleichen Probanden verweilen muß und er in dieser Zeit seiner gewöhnlichen Beschäftigung nicht nachgehen kann. Dies wird im Regelfall nur dann gegeben sein, wenn eine zweite Blutentnahme vorzunehmen ist, oder der Arzt wegen des Zustandes oder des Verhaltens des Probanden die Blutentnahme nicht unmittelbar nach seinem Eintreffen durchführen kann.

Die vorstehende Gebührenregelung gilt für die in Krankenhäusern tätigen Ärzte entsprechend, wobei folgende Besonderheiten zu beachten sind: Besuchsgebühren (Nummern 5 bis 8 GOÄ) sind für Besuche von Kranken-

haus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig, auch wenn der Arzt zu diesem Zweck seine Arbeitsstätte aufsuchen muß. Entsprechendes gilt für das Wegegeld.

Bei Blutentnahmen von Leichen gilt das Leichenhaus in einem Krankenhaus auch für die in Krankenanstalten tätigen Ärzte nicht als Arbeitsstätte. Mit den Gebühren für die ärztliche Leistung ist auch die Benützung der Einrichtung von Krankenhäusern abgegolten.

- P. Kalb, BLAK -

### **Broschüre: „Ärztliche und zahnärztliche Kooperation – Ein Leitfaden“**

Unter diesem Titel präsentiert die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank jetzt eine neue Broschüre, die die bisher zu unternehmerischen Fragestellungen der Heilberufe herausgegebene, vier Bände umfassende Informationsreihe weiter vervollständigt. In gewohnter Art wird die Thematik u.a. nach betriebswirtschaftlichen, steuerlichen und rechtlichen Kriterien durchleuchtet; es finden sich detaillierte Musterverträge ebenso wie ausführliches Datenmaterial.

Alle Heilberufsangehörigen und Kunden der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank können die 120 Seiten umfassende Broschüre zentral bei der Abteilung Volkswirtschaft und Öffentlichkeitsarbeit, Postfach 2609, 4000 Düsseldorf, kostenlos anfordern; sonstige Interessenten erhalten das Heft zum Selbstkostenpreis von DM 18,- (inkl. MWSt. + Porto).

### **Demeter Kongreßkalender Medizin 1989**

Die Ausgabe 1989 enthält über 4300 Termine und spiegelt durch eine genaue und umfangreiche Zusammenstellung das medizinische Kongreßjahr wider. Die Eintragungen der Veranstaltungen bestehen aus Hinweisen auf Ort/Lokalität, Termin, Hauptthemen (soweit bekannt), Auskunftstellen und Ausstellungsmöglichkeiten. Das Indikationsverzeichnis erleichtert das Auffinden der Termine nach Sachgebieten; eine weitere Information bietet das Verzeichnis der Kongreßorte. – Zu beziehen bei Demeter-Verlag, Würmstraße 13, 8032 Gräfelfing (DM 36,- inkl. MWSt. + Versandkosten).



### Baufinanzierung nach vielen Methoden Für jedermann ein System nach Maß (2)

Ich setze die Darstellung eines neuartigen Baufinanzierungssystems vom vorigen Monat fort:

Nach weiteren, den zweiten rund achteinhalb Jahren wird der zweite Bausparvertrag mit 30 Prozent beim ersten, mit 60 Prozent beim zweiten Modell zugeteilt. Nach dem ersten Modell wird ein dritter Bausparvertrag über den Rest von 50 Prozent abgeschlossen. Nach dem zweiten ist mit der Bausparsumme von anfangs 40 und sodann 60 Prozent die Hypothek in den zwei Raten getilgt.

Beim ersten Modell ist die Zuteilung des dritten Bausparvertrages abzuwarten. In der Schlußphase werden in beiden Modellen die ausstehenden Baudarlehen verzinst und getilgt.

Die Laufzeit beträgt im ersten Modell 29,5 und im zweiten 22 Jahre. Solange wie die Zins- und Tilgungsphase im ersten Modell dauert es auch, die erste Hypothek nach der klassischen Finanzierungsmethode mit einem Prozent Anfangstilgung zurückzuzahlen oder nach dem zweiten Modell zwei Prozent Anfangstilgung zu wählen.

Die Vorteile dieses neuen Verfahrens:

- während der gesamten Laufzeit in etwa gleichbleibend hohe Belastung annähernd in der Höhe, die beim ersten Modell eine erste Hypothek mit einem Prozent, beim zweiten Modell mit zwei Prozent Anfangstilgung kosten würde,

- zunehmende Unabhängigkeit von Zinsveränderungen der ersten Hypothek zum Ende der Zinsfestschreibungen, weil die Schuld immer stärker auf Bauspardarlehen mit der unveränderbaren Zusage eines niedrigen Zinssatzes übergeht,

- für die zu Teiltilgungen bestimmten Bausparbeiträge Wahrnehmung von Wohnbauprämie oder Steuerersparnis und Arbeitnehmer-Sparzulage für die vermögenswirksamen Leistungen,

- über die Regel-Bausparbeiträge hinausgehende Besparungen und Sonderzahlungen zur Beschleunigung der Zuteilungen der Bausparverträge und somit der Tilgung sind zulässig. Schon seit jeher wird die erste Hypothek nur verzinst, wenn gleichzeitig ein Lebensversicherungsvertrag ab-

geschlossen wird und die Hypothek bei seiner Fälligkeit durch die Lebensversicherungssumme zurückgezahlt wird.

Während der Laufzeit des Vertrages werden die Zinsen für die Hypothek und der Lebensversicherungsbeitrag fällig. Im Falle des Todes des Hypotheknehmers wird die Versicherungssumme ausgezahlt und zur Tilgung der Hypothek verwendet. Zusätzlich werden die Gewinnanteile aus der Lebensversicherung in diesem wie im Erlebensfall des Vertragsablaufs ausgezahlt. Sie betragen nach 25jähriger Laufzeit etwa noch einmal die Höhe der Versicherungssumme.

Diese Gewinnerwartung kann auch vorweggenommen werden. Der Hypotheknehmer schließt in diesem Falle eine niedrigere Versicherungssumme ab, als seine Hypothek ausmacht. Der Unterschiedsbetrag wächst bis zur Fälligkeit bei Erleben durch die Gewinnanteile an. Zur Risikoabsicherung für den Todesfall wird eine reine Risiko-Lebensversicherung eingegangen, deren Summe mit ansteigenden Gewinnanteilen aus der Hypotheken-Lebensversicherung fällt. Dementsprechend ermäßigen sich die Beiträge für die Risikoversicherung.

Lebensversicherungsgesellschaften kennen auch die zinssparenden Teiltilgungen durch Verträge mit mehreren Fälligkeiten erstmals nach zwölf Jahren und noch einer oder mehreren weiteren Etappen. Der Hypotheknehmer sichert über die Finanzierung hinaus die Schuldenfreiheit des Eigenheimes oder der Eigentumswohnung für den Fall seines vorzeitigen Todes.

Schuldenfreiheit der eigenen vier Wände bedeutet hier eine Entlastung der Ausgaben im Ruhestand oder eine Befreiung der Hinterbliebenen von den der Miete entsprechenden Kosten für die eigenen vier Wände. Trotz der Teilauszahlungen zur etappenweisen Tilgung kann für den Todesfall stets die Auszahlung der vollen Versicherungssumme vereinbart werden. Die üblichen Vorsorge-Aktivitäten werden – unabhängig davon – in vollem Umfang weiter betrieben.

*Horst Beloch*

## Kurz über Geld

**RENTENANSPRÜCHE** an gesetzliche Rentenversicherung für das Jahr 1984 verfahren am Jahresende für die Jahrgänge 1919 und älter. Bis zum Ultimo '89 müssen die Anträge gestellt sein.

**VERLUSTE** durch die viegepriesenen Goldpläne sind im Jahr 1988 entstanden. Selbst Goldplan-Banken sind für Goldpreis-Entwicklung nicht mehr optimistisch.

**WÄHREND SPEISEWAGEN-BESUCH** ist das Gepäck im Abteil automatisch bis zu 3000 DM versichert.

**WERTSTEIGERUNGEN VON 21,4 bis 38,7 Prozent** erzielten deutsche Aktien-Investmentfonds 1988. Prognose weiter aufwärts.

**RÜCKKEHR DER INFLATION** von Experten nicht befürchtet. Daher weiterhin die Wertpapier-Anlage viel aussichtsreicher als Edelmetalle und Edelsteine.

**AUCH FÜR DAUERWOHNRECHT** sind Bausparverträge prämien- und steuerunschädlich einzusetzen, wenn die Wohnrecht-Laufzeit mindestens fünfzig Jahre beträgt.

**JAHRES-SONDERMARKENMAPPEN** der Bundespost mit erheblichen Wertsteigerungen.

**WEITERER DOLLARKURSVERFALL** unwahrscheinlich – äußerte Bundesbankpräsident Karl Otto Pöhl mit der Begründung, eine Währung verfallt nur dann, wenn die Notenbank zuviel Geld druckt. Davon könne in den USA nicht die Rede sein.

**DIE GOLDPREISBILDUNG** wird von der US-Dollarschwäche beeinflusst, deutliches Zeichen: in DM oder Schweizer Franken weist die Tendenz des Goldes eindeutig nach unten. Bei weiter steigender Produktion müßte vor allem die private Nachfrage schon sehr rege bleiben – allein, damit das Angebot zu stabilen Preisen aufgenommen wird, urteilen nüchterne Analytiker.

**TELEFON-ANLAGEVERKÄUFER** locken mit hohen Zinsen in den USA: Verschweigen, daß sich Höhe des Ertrages umgekehrt proportional zu Sicherheitsgrad einer Anlage verhält.

# peripher peripher

Die periphere Unterbrechung des Hustenreflexes durch Benproperin läßt die Therapie auch bei Zuständen mit eingeschränkter Atemfunktion zu

# peripher peripher peripher



## gegen Husten

**Indikationen:** Akuter und chronischer Husten, insbesondere Reizhusten, auch bei Zuständen, die mit eingeschränkter Atemfunktion einhergehen. Auch für Diabetiker geeignet!

**Zusammensetzung:** 1 Dragee enthält 33 mg Benproperin-dihydrogenphosphat, entspr. 25 mg Benproperin.

**Kontraindikationen:** Keine bekannt.

Für Kinder unter sieben Jahren steht Tussafug<sup>®</sup>-Saft zur Verfügung.

O.P. 30 Dragees 10,40 DM; A.P. 300 Dragees (10 x 30).

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

## Buchbesprechungen

### Cortison – Die Geschichte eines Medikamentes

Herausgeber: Prof. H. Kaiser/Dr. Dr. N. Klinkenberg, 165 S., 27 Abb., 5 Tab., DM 30,-. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.

Die Autoren zeigen zunächst die Entdeckung und Erforschung der Nebennierenrindenhormone auf. In einer auch dem Laien verständlichen Sprache wird dann der heutige Stand der Erkenntnis und Erfahrung dargestellt. Vorstellung über den Wirkungsmechanismus kommen dabei ebenso zur Sprache wie die anerkannten Indikationen und Probleme der praktischen Anwendung.

### Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes

Herausgeber: Prof. H. Schipperges, 180 S., Paperback, DM 24,-. Verlag Josef Knecht, Frankfurt.

Unter Berufung auf die Klassiker der ärztlichen Kunst wie auch in Anlehnung an die Vertreter der neueren ganzheitlichen Medizin entwirft hier der Autor das Bild einer humanen Medizin, in deren Mittelpunkt der Mensch als Person steht. Ziel allen medizinischen Bemühens muß die Erhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit des Patienten unter Berücksichtigung seiner individuellen Lebensumstände sein.

### Maskeraden auf Schlitten

Herausgeber: D.-R. Moser, 132 S., zahlr. Abb., DM 29,80. Süddeutscher Verlag, München.

„Die Narreteien dieser Welt als solche zu erkennen“ ... Eine Demonstration der verkehrten Welt zur „liturgischen Zeit“ – Fastnacht, Fasching, Karneval – aus der Sicht der „Herrn Studenten von Lateinschulen“ im bayerisch-österreichischen Raum. „Schlittagen“ mit hintergründigem Gaudium, dargeboten von jesuitischen und benediktinischen Kollegiaten im 18. Jahrhundert. Profunda Darstellung von weitgehend Unbekanntem in Verquickung von Literatur und Brauchtum. ASch

„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. Hens 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: Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1

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) 55177-0, Fernschreiber: 523662, Telegremmedresse: atlaspress. Peter Schachtl, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisetzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

Druck: Zauner Druck- und Verlags GmbH, Augsburgener Straße 9, 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie des Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlängerter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt.

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse medizinischer Zeitschriften e. V.

**IA-MED**

## Hier könnte Ihre Anzeige stehen

Das Bayerische Ärzteblatt als offizielles Organ der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist der ideale Werbeträger mit dem Sie alle niedergelassenen und Klinik-Ärzte Bayerns erreichen.

41 000 Bezieher dieser Zeitschrift können Sie zu ausgesprochen günstigen Bedingungen ansprechen.

Wir stehen Ihnen gern mit Rat und Tat zur Seite

**Atlas Verlag und Werbung**  
**Abt. Bayerisches Ärzteblatt**  
 Sonnenstraße 29

8000 München 2

oder rufen Sie einfach an

Telefon (0 89) 5 51 77 - 269 (Herr Schachtli)

## EDV-Beratung für die Arzt-Praxis im Hartmannbund Bayern/Baden-Württemberg

- Unabhängige, praxisgerechte Beratung auch am Wochenende
- Entscheidungsunterstützung
- Einführungsseminare für Ärzte und Mitarbeiter
- Einweisung in Ihrer Praxis
- Persönliche und telefonische Betreuung
- Beratung auch für Nichtmitglieder

### Stellen Sie Ihre eigene Diagnose -

Prüfen und vergleichen Sie folgende Systeme:

■ Fa. CPV/Grunbacher Datendienst GmbH	- dimed
■ Fa. Büro 2000	- Doc-Expert
■ Fa. Nixdorf Computer AG	- Medias
■ Fa. Compudent	- ON-MED
■ Fa. Frey Computersystem GmbH	- Quincy Praxis
■ Fa. Siemens AG	- Sisymed

EDV-Beratung für die Arztpraxis  
 Barbara Lietz  
 Nymphenburger Straße 156 a  
 6000 München 19  
 Tel. (069) 166 51 59 / 69

Albstadtweg 11  
 7000 Stuttgart 80  
 Tel. (07 11) 780 44 15  
 Ihre Ansprechpartnerin:  
 Fr. Claudia Schöllhorn



## PRAXISRÄUME

### Landarztpraxis

In der bayerischen Rhön, mit hoher Rendite und repräsentativem Wohn- und Praxisgebäude aus Altersgründen zu verkaufen.

Bewerber mit ernstzunehmendem Interesse wenden sich bitte an: Chiffre 2064/1116, Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

### Raum Niederbayern

Große, naturheilkundlich orientierte

### Allgemeinpraxis

(Röntgen, Sono, Labor, EKG, EAV, Decoder, Kirlian, Neuraltherapie, Mora, Akupunktur, Laser) sucht **Partner**, möglichst mit Kenntnissen in Chiropraxis. Ziel: persönliche Entlastung und Übergang in überwiegend naturheilkundliche Diagnose- und Therapieverfahren.

Anfragen unter Chiffre 2064/1126 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

### Allgemeinarztpraxis

In Nordbayern, Schwerpunkt Badearzt, Sauerstofftherapie, im Kundenauftrag abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/1112 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

### Praxisräume in Arzberg/Ofr.

113 qm, angrenzende Bäder- und Massagepraxis, Einzugsbereich ca. 10 000 Einwohner.

Sehr gute Pacht- oder Mietbedingungen.

Näheres: **Stadt Arzberg, Postfach 11 45, 8594 Arzberg**, Telefon (0 92 33) 10 91, Telefax (0 92 33) 47 99

### Urologe

für Praxisräume im nördlichen Hamburger Umland gesucht. Allgemeinarzt, Frauenarzt, und Kinderarzt im Haus seit ca. zehn Jahren.

Telefonische Anfragen unter (0 41 02) 6 12 92

### Hörsch bei Aschaffenburg

### Praxisräume

zu vermieten, u. a. für **Augenarzt**.  
 Neubau, zentrale Lage.

Telefon (0 60 23) 22 31

### Bad Wörishofen

### Praxisräume

120 qm, in bester, zentraler Lage,  
 ab sofort zu vermieten.

Telefon (0 82 47) 14 45,  
 von 8 bis 10 Uhr und ab 17 Uhr

Alteingeführte, gutgehende

### Frauenarztpraxis + Belegbetten

50 Autobahnkilometer von München entfernt, zum 1. April 1989 abzugeben.

Telefon (0 8 21) 60 17 89

### Von acht Praxen

in einem Geschäftshaus mit Apotheke

### in Nürnberg

nur noch eine Praxis frei.

Bezug nach Vereinbarung.

Alleinvermietung durch

**Gebhardt & Fischer, Immobilien-Management GmbH**

Gewerbering 4, 8504 Stein

Telefon (09 11) 6 70 05

Weitere Objekte in Planung!

**Im Institut für Gefäßerkrankungen  
(Chefarzt Prof. Dr. med. H. Böhme)  
Zentralkrankenhaus Gauting**

ist die Stelle eines/r

**Assistenzarztes/ärztin**

neu zu besetzen.

Gesucht wird ein/e Kollege/in mit internistischer Vorbildung. Das Institut verfügt über 68 angiologische Betten. Es wird die gesamte konservative Diagnostik und Therapie arterieller und venöser Gefäßerkrankungen im Rahmen eines internistischen Krankengutes in enger Zusammenarbeit mit der Gefäßchirurgie im Hause durchgeführt.

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

Bewerbungen erbeten an:

**Professor Dr. med. H. Böhme  
Institut für Gefäßerkrankungen  
Zentralkrankenhaus Gauting**

**Unterbrunner Straße 85, 8035 Gauting,  
Telefon (0 89) 8 57 91 370**

**Internist sucht Praktiker**

für Zusammenarbeit im Großraum Nürnberg. Geeignete Räume stehen zur Verfügung. Weitere Gebietsärzte im Haus niedergelassen.

Anfragen unter Chiffre 2064/1138 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

**HNO-Arztpraxis**

In Umgebung München sucht HNO-Kollegin für Teilzeitarbeit. Keinen Operations- und keinen Bereitschaftsdienst.

Anfragen unter Chiffre 2064/1139 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

**STELLENMARKT**

**Stellentausch – Innere Medizin**

Suche Assistentenstelle in Krankenhaus mit voller Weiterbildung, **biete Stelle mit umfangreichen Funktionen** (Sono, Echo, Duplex, Gastro- und Koloskopie, LZ-EKG, Rö) für internistisch erfahrene Kollegen. Weiterbildungsermächtigung für vier Jahre. Betristeter Tausch möglich.

Anfragen unter Chiffre 2064/1121 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

**Ärztin**

5 Jahre klinisch-stationäre Tätigkeit (Innere), 1½ Jahre wissenschaftliche Tätigkeit, 1½ Jahre Rheuma-Klinik, sucht Stelle als **Weiterbildungsassistentin** in allgemeinmedizinischer oder interner Praxis, ab sofort oder später, Raum München. Interesse auch an Naturheilverfahren.

Telefon (0 89) 7 59 31 78

**Ärztin**

34 Jahre, unabhängig, drei Jahre Berufserfahrung Innere, Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren, zur Zeit Weiterbildung in Homöopathie, sucht **Assistentenstelle** in Praxis oder Klinik ab sofort oder später, eventuell mit langfristiger Perspektive.

Anfragen unter Chiffre 2064/1117 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

**Praktischer Arzt**

Naturheilverfahren, 36 Jahre, Deutscher, promoviert, sucht **Praxisübernahmemöglichkeit** in München zum 1. April 1989 bzw. später.

Anfragen unter Chiffre 2064/1128 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

**Ärztin**

übernimmt Vertretung, Allg. Innere, im Raum Augsburg, bis 100 km.

Telefon (08 21) 70 92 48

Die Stadt Würth a. d. Donau

wünscht die Niederlassung eines

**Augenarztes.**

Die Stadt Würth a. d. Donau liegt auf halbem Wege zwischen Regensburg und Straubing. In Würth ist ein Kreis Krankenhaus mit 108 Betten und drei Abteilungen. Der Einzugsbereich für einen Gebietsarzt wird auf rund 30 000 Einwohner geschätzt.

Würth a. d. Donau bietet günstige Freizeitmöglichkeiten und ist verkehrsgünstig an die BAB A 3 angeschlossen.

Nähere Auskünfte erteilt die **Stadt Würth a. d. Donau,**  
Telefon (09482) 472



**BEZIRK UNTERFRANKEN**

Beim **Orthopädischen Krankenhaus Schloß Werneck** (147 Betten) des Bezirks Unterfranken sind zum nächstmöglichen Zeitpunkt folgende Stellen zu besetzen:

**Leitender Arzt für Anästhesie  
Arzt für Anästhesie (evtl. auch Teilzeit)**

Die Stellen sind nach dem Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) beworben; für den Leitenden Arzt wird ein selbstständiges Liquidationsrecht für Privatpatienten eingeräumt. Die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen werden gewährt.

Werneck liegt verkehrsgünstig an der Autobahn zwischen Würzburg (ca. 25 km) und Schweinfurt (ca. 12 km). Wohnmöglichkeit besteht im krankenhaus-eigenen Personalwohngebäude, Mithilfe bei sonstiger Wohnungsbeschaffung wird zugesichert.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisabschriften, Tätigkeitsnachweise usw.) werden innerhalb von drei Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige erbeten an die

**Hauptverwaltung des Bezirks Unterfranken,  
Peterplatz 9, 8700 Würzburg,**

z. Hd. Herrn Leitenden Regierungsdirektor Bauer,  
Telefon (09 31) 380 - 269.

**Hinweis für Auftraggeber von  
Immobilienanzeigen**

Bei Veräußerung oder Vermietung von Praxen oder in Planung befindlicher Praxen werden Allgemein- oder Gebietsärzte zur Niederlassung gesucht. – Für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist der Bedarfsplan maßgebend, welcher bei den Dienststellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eingesehen werden kann. – Unter diesem Aspekt werden die Anzeigen veröffentlicht, korrigiert oder abgelehnt.

Anschriften der Bezirksstellen der KVB:

**München Stadt und Land, Briener Straße 23,  
8000 München 2**

**Oberbayern, Elsanhelmerstraße 39, 8000 München 21**

**Niederbayern, Lilienstraße 5-7, 8440 Straubing**

**Oberpfalz, Yorkstraße 15/17, 8400 Regensburg**

**Oberfranken, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth**

**Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1**

**Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg**

**Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg**