



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

Mai 1989

Zur Kenntnis genommen:

Die Gesundheits- und Sozialpolitik der letzten Wochen gleicht dem soeben zu Ende gegangenen Monat April. Die Temperaturen waren wechselhaft, Sonnenstrahlen und dunkle Wolken verdrängten sich gegenseitig. Man entdeckte immer wieder neue Pflanzen und Blumen, die aus der Erde sprießen, freute sich über den ersten Schmetterling und ärgerte sich, wenn die erste dicke Schmeißfliege über dem Eßtisch kreiste.

Auf dem Schreibtisch landeten Gutachten, Empfehlungen, Beschlüsse, Kommentare und Rechnungsergebnisse. Dazu zahlreiche Briefe, sachliche und sorgenvolle, gelegentlich auch solche, die ein Mindestmaß an kollegialen Umgangsformen vermissen lassen. Verständlich, daß man sich beim Lesen fühlte wie beim wechselhaften Wetter im April.

Am 10. April tagte die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“. Es trafen sich Vertreter der Arbeitgeber und Gewerkschaften, der Krankenkassen, der einschlägigen Ministerien der Länder und des Bundes, der Pharmaindustrie und natürlich Ärzte, Zahnärzte und Apotheker.

Bundesminister Dr. Blüm hat in seiner Rede auf erste Erfolge des Gesundheits-Reformgesetzes hingewiesen und eine zügige Umsetzung von allen Beteiligten gefordert. Die Beiträge zu den Krankenkassen seien stabil geblieben, bei Arzneimitteln und Brillen seien schon fühlbare Preis-Senkungen zu verzeichnen. Dr. Blüm forderte vor allem deutliche Reduzierungen bei der Arzneiverordnung. 1987 seien allein Psychopharmaka für mehr als eine Milliarde DM verordnet worden. Rund fünf Milliarden DM der Arzneimittel-ausgaben entfielen auf Präparate mit zweifelhaftem therapeutischen Nutzen. Er unterstrich die Notwendigkeit der Transparenz bei der kassenärztlichen Abrechnung, denn sie helfe „Fehlentwicklungen zu erkennen und gezielte Gegenmaßnahmen zu entwickeln“. Die Selbstverwaltung der Ärzte habe „den gesetzlichen Auftrag, eine übermäßige Ausdehnung der Menge abgerechneter Leistungen zu verhindern“. Den Propheten der baldigen Rückkehr zur Einzel-leistungsvergütung gab er eine klare Antwort:

„Einige glauben noch, die Rückkehr zu einer unbegrenzten Einzelleistungsvergütung könnte eine Lösung sein. Das würde bedeuten: Abwälzung der Kosten für die uferlose Leistungsausweitung auf die Krankenkassen. Die Verantwortungsbewußten unter den Vertretern der Ärzte weisen zu Recht immer wieder darauf hin, daß das eine Illusion ist. Es wäre der finanzielle Ruin der Krankenversicherung.“

Der Bundesarbeitsminister äußerte auch seine große Sorge zur „Ärztenschwemme“. Er forderte die Änderung der Kapazitätsverordnung, über die bisher in der Kultusministerkonferenz keine Einigung erzielt werden konnte. – Ich berichtete darüber in unserer März-Ausgabe. – Besonders am Herzen liegt Herrn Dr. Blüm die Qualifikation der Allgemeinärzte, vor allem im Hinblick auf die Umsetzung der EG-Richtlinie Allgemeinmedizin, die ich schon öfter angesprochen habe. Es gibt jetzt einen Musterentwurf für ein Landesgesetz, mit dem der EG-Richtlinie voll entsprochen wird, also zwei Jahre „zusätzliche Ausbildung“ nach Abschluß des sechsjährigen Medizinstudiums. Von diesen zwei Jahren würden 18 Monate auf die AiP-Zeit entfallen, sechs Monate wären nach der Approbation abzuleisten. Dieser Zeitablauf deckt sich auch mit den neuen Vorschriften der Zulassungsverordnung nach dem Gesundheits-Reformgesetz (jetzt SGB V). Verlangt werden innerhalb der zwei Jahre mindestens sechs Monate in einem Krankenhaus und sechs Monate in einer allgemeinmedizinischen Praxis. Das Bundesarbeitsministerium vertritt in Übereinstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Verbänden der Krankenkassen die Auffassung, „daß eine zweijährige Qualifikation in der Allgemeinmedizin nicht ausreicht, sondern halten eine dreijährige Qualifikation als Voraussetzung für eine hausärztliche Versorgung für notwendig“.

Natürlich weiß man im Bundesarbeitsministerium, daß diese drei Jahre nach einem Universitätsstudium von sechs Jahren nicht realisierbar sind. Eine Zeit von acht Jahren vor der Kassenzulassung gilt als Grenze, die nicht überschritten wird. Deshalb wird zugleich eine Verkürzung des Medizinstudiums auf fünf Jahre gefordert, wobei die EG-Norm von mindestens 5500 Unterrichtsstunden eingehalten werden muß. Ich meine dazu, daß eine solche Regelung mit fünf Jahren Studium und drei Jahren Aus- bzw. Weiterbildung in Allgemeinmedizin machbar ist. Man muß nur einsehen, daß dies nicht von heute auf morgen geschehen kann, sondern einige Jahre erfordert. Zuerst müssen die Fachleute des Medizinischen Fakultätentages die verbindlich vorgeschriebenen 5500 Stunden auf fünf Studienjahre verteilen, wobei zu bedenken ist, daß derzeit auf das sechste Studienjahr, also das „Praktische Jahr“, rund 1900 Stunden entfallen, die dann zusätzlich in den fünf Jahren untergebracht werden müssen. Bezweifelt wird, ob das bei den hohen Studentenzahlen überhaupt möglich ist. Der nächste Schritt wäre dann die Änderung der Bundesärzte-

ordnung durch den Deutschen Bundestag und anschließend die Änderung der Approbationsordnung, die als Verordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen ist. In der Zulassungsverordnung müßte dann vorgeschrieben werden, daß die Kassenzulassung erst nach einer mindestens dreijährigen Vorbereitungszeit erfolgen kann. Sie würde sich aus 18 Monaten AiP-Zeit und weiteren 18 Monaten als Assistent in einem Krankenhaus oder in einer Kassenpraxis zusammensetzen. Mindestens sechs Monate sind, wie schon dargestellt, in einer allgemeinmedizinischen Praxis abzuleisten. Das Nähere über die inhaltliche Gestaltung der drei Jahre wäre dann in der Weiterbildungsordnung zu regeln, wobei es sich anbietet, die derzeitige Weiterbildung in Allgemeinmedizin von vier auf drei Jahre zu verkürzen.

Zu klären wäre auch, wann das neue Recht wirksam wird. Ich halte es für unvorstellbar, daß Medizinstudenten, die sich bereits im Klinischen Abschnitt des Studiums befinden, davon erfaßt werden. Die Grenze wäre also das Physikum. Das bedeutet, daß dann noch weitere vier Jahrgänge das Studium nach altem Recht abschließen würden. So lange können wir mit der Umsetzung der EG-Richtlinie nicht warten. Der 1. Januar 1990 ist dafür vorgegeben. Also bliebe nur die Möglichkeit, in allen Bundesländern die landesrechtliche Regelung – gewissermaßen als Vorläufer – zu verabschieden und sie zu gegebener Zeit, also nach Erfüllung der dargestellten Voraussetzungen, durch die „fünf plus drei“-Regelung zu ersetzen. Sollte den Kronjuristen noch ein besserer und kürzerer Weg einfallen, würden wir es begrüßen, denn an einer möglichst guten Qualifizierung des Nachwuchses in der Allgemeinmedizin ist uns allen gelegen.

Zur Gesamtvergütung für die kassenärztliche Versorgung hat die Konzertierte Aktion einen Beschluß gefaßt, den alle Ärzte kennen sollten, gleich, ob sie bereits Kassenärzte sind oder es in nächster Zeit werden wollen.

„Empfehlung zum Bereich Gesamtvergütung Ärzte

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 10. April 1989

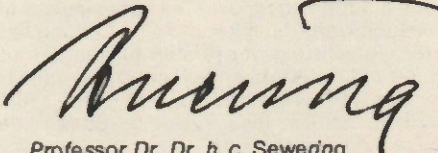
1. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt fest, daß auf der Grundlage der Vereinbarungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Vergütungsverträge geschlossen wurden, die den Anstieg der ärztlichen Gesamtvergütung im Rahmen der Grundlohnentwicklung geheilen und damit die Stabilisierung der Beitragssätze unterstützt haben. Gleichzeitig wurde der Einheitliche Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen vollständig überarbeitet. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben zu den Auswirkungen dieser Reform am 21. Februar 1989 eine Gemeinsame Erklärung abgegeben.
2. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen teilt die Auffassung der Partner dieser Erklärung, daß ein Ziel der EBM-Reform, die Steuerung der Mengenentwicklung, nicht erreicht wurde. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen begrüßt, daß sich die Partner der Erklärung über Rahmenbedingungen und Maßnahmen verständigen wollen, die einer medizinisch nicht vertretbaren Mengenentwicklung im ärztlichen Bereich entgegenwirken.
3. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vertritt nach wie vor die Auffassung, daß die Sicherung einer hohen fachlichen Qualifikation des Hausarztes wesentliche Voraussetzung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung ist. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es
 - a) einer Ausrichtung der Zugangskriterien zum Medizinstudium an den tatsächlich vorhandenen Ausbildungskapazitäten, wobei auf die für die Ausbildung geeigneten Akutkrankenbetten unter Berücksichtigung der Zumutbarkeit von Ausbildungsmaßnahmen für die Patienten abzustellen ist;
 - b) im Zusammenhang mit der Umsetzung der EG-Richtlinie „Allgemeinmedizin“ als Zugangsvoraussetzung zur haus-

ärztlichen Tätigkeit in der kassenärztlichen Versorgung einer Regelung, die den derzeitigen Qualitätsstandard der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nicht gefährdet; gegebenenfalls muß eine inhaltliche Reform und Verkürzung des Medizinstudiums die Voraussetzungen dafür schaffen. Dabei soll die Gesamtzeit der Aus- und Weiterbildung acht Jahre nicht überschreiten;

- c) der Sicherstellung ausreichender Weiterbildungsmöglichkeiten an Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung.
4. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen auf, das Instrumentarium des Gesundheits-Reformgesetzes für den Ausbau von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und für die Gewährleistung einer ausreichenden Qualifikation des Arztes für bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Interesse einer bedarfsgerechten und damit wirtschaftlichen Leistungserbringung zu nutzen.
 5. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, durch geeignete Maßnahmen die Kooperation niedergelassener Ärzte auch mit dem Ziel der gemeinsamen Nutzung medizinisch-technischer Geräte zu fördern.
 6. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen auf, die Vorschriften des Gesundheits-Reformgesetzes zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und zur Transparenz zügig umzusetzen.
 7. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geht davon aus, daß dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität durch die Empfehlungsvereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 21. Februar 1989 Rechnung getragen wird. Auf der Grundlage dieser Vereinbarung empfiehlt die Konzertierte Aktion, die geltenden Vereinbarungen zur Ermittlung und Anpassung der kassenärztlichen Gesamtvergütungen bzw. der Gesamthonorarzählung der Ersatzkassen bis zum 31. Dezember 1989 beizubehalten. Gesondert zu vergüten sind vom 1. Juli 1989 die Leistungen der Prävention (Mutterschaftsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung) und die Zuschläge zum ambulanten Operieren. Die Ausgangsbeträge für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen sind entsprechend zu berichtigen. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erwartet, daß auch in den Vergütungsvereinbarungen für die Zeit vom 1. Januar 1990 an der gesetzliche Grundsatz der Beitragssatzstabilität beachtet wird. Die Vertragspartner streben Vereinbarungen an, die die Ersparnisse bei der Menge der veranlaßten Leistungen auch den Verlessern zugute kommen lassen. Sie werden die durch das Gesundheits-Reformgesetz angestrebten Einsparpotentiale zügig angehen.“

Es bleibt also bei der bisherigen Vergütungsform Kopfpauschale, bei uns in Bayern Fallpauschale. Die vorgesehene Herausnahme der Mutterschafts-, Kinder- und Krebsvorsorgeuntersuchungen aus dem Pauschale wirkt sich bei uns nicht aus, weil wir diese Untersuchungen von Anfang an nicht in die Fallpauschale-Regelung einbezogen haben. Wesentlich erscheint mir der Hinweis, daß auch nach dem 1. Januar 1990 der gesetzliche Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten ist. Bei einer ständig steigenden Zahl von Kassenärzten keine gute Prognose. Wir werden aber darüber nachdenken, ob es andere Wege gibt, das kassenärztliche Honorar zu verbessern. Die Blüm'schen Hinweise auf die Höhe der Arzneikosten sollten dabei nicht überhört werden.

Zum Inhalt des Gutachtens der Sachverständigen der Konzertierten Aktion dann im nächsten Monat.


Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

Das **ABS** in der Herztherapie

NEU

VON AZUCHEMIE

senkt den Blutdruck
schützt das Herz

Atenolol **Beta-1** Selektiv

Blocoteno[®]

25
50
100

Atenolol

Bioverfügbarkeit
dokumentiert **AZU-
CHEMIE**

kostensenkende Marken-Präparate

AZU- CHEMIE

Zus.: 1 Filmtabl. enth.: Atenolol 25/50/100 mg. **Ind.:** Blocoteno[®]-25: Funktionelle Herz-Kreislauf-Beschwerden. Blocoteno[®]-50: zusätzlich: Hypertonie, koronare Herzerkrankung, Tachyarrhythmien. Blocoteno[®]-100: Hypertonie, koronare Herzerkrankung, Tachyarrhythmien. **Kontraind.:** AV-Block 2. und 3. Grades, Sinusknotensyndrom, SA-Block, Schock, manifeste Herzinsuffizienz, Bradykardie, Hypotonie, Azidose, Spätstadien periph. Durchblutungsstörungen, bronchiale Hyperreagibilität, gleichzeitige Gabe von MAO-Hemmstoffen, Diabetiker mit stark schwankenden Blutzuckerwerten, Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion. Bei Phäochromozytom vorherige Therapie mit Alpha-Blockern erforderlich. In der Schwangersch. nur nach Nutzen-Risiko-Abwägung durch den Arzt. **Nebenw.:** Magen-Darm-Beschwerden, Müdigkeit, Schwindel, depress. Verstimmungen, Schlafstörungen, Gelegentlich Hautrötung, Juckreiz, verminderter Tränenfluß, Muskelschwäche, Muskelkrämpfe, Kribbeln und Kältegefühl in den Gliedmaßen. Verstärkung einer Claudicatio intermittens, Raynaud-Syndrom, Hypotonie. Bei Patienten mit asthmoider Bronchitis Verengung der Atemwege und Atemnot möglich. Bei Behandlung einer Hypertonie regelmäßige ärztl. Kontrolle. Bei einer Kreatininclearance von weniger als 35 ml/min. ½ Dosis, bei weniger als 15 ml/min. Reduzierung um 75% der empfohlenen Dosis. **Wechselwirk.:** Wirkungsverstärkung anderer Antihypertensiva, von Insulin und oralen Antidiabetika. Vor einer Narkose sollte der Anästhesist über die Behandlung mit Blocoteno[®] informiert werden. **Hinw.:** Vorsicht bei Patienten mit obstrukt. Atemwegserkrank. und bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion. **Dos.:** Funktionelle Herz-Kreislauf-Störungen: 1 x täglich 1 Filmtabl. Blocoteno[®]-25 bzw. ½ Filmtabl. Blocoteno[®]-50. Bluthochdruck: 1 x täglich 1 Filmtabl. Blocoteno[®]-50 bzw. ½ Filmtabl. Blocoteno[®]-100. Koronare Herzerkrankung, Tachyarrhythmien: Täglich 1-2 Filmtabl. Blocoteno[®]-50 bzw. täglich ½-1 Filmtabl. Blocoteno[®]-100.

Preise und Darreichungsf.: Blocoteno[®]-25: OP 30 Filmtabl. (N1) DM 8,70, OP 50 Filmtabl. (N2) DM 15,70, OP 100 Filmtabl. (N3) DM 25,95, Blocoteno[®]-50: OP 30 Filmtabl. (N1) DM 17,05, OP 50 Filmtabl. (N2) DM 26,90, OP 100 Filmtabl. (N3) DM 48,75, Blocoteno[®]-100: OP 30 Filmtabl. (N1) DM 24,90, OP 50 Filmtabl. (N2) DM 41,35, OP 100 Filmtabl. (N3) DM 76,90.

AZUCHEMIE, 7016 Gerlingen

Nachsorge onkologischer Patienten in Bayern

Erste Ergebnisse und Perspektiven

von Ch. Thiem

Seit 1. April 1987 besteht für alle bayerischen Kassen- und Vertragsärzte die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Dokumentation der ambulanten onkologischen Nachsorge. Für das Ausfüllen eines onkologischen Dokumentationsbogens und die zugehörige Fortschreibung des Nachsorgekalenders sind 50 Punkte abrechenbar. Über Stand und Ziele dieser Dokumentation und weitere Aktivitäten zur Intensivierung der Nachsorge wird im folgenden berichtet.

Für die Prognose des einzelnen Tumorpatienten ist die konsequente und breitenwirksame Anwendung des heute schon gesicherten und anerkannten Wissens über Vorsorge und Früherkennung, Krebsbehandlung und Nachsorge von eben so großer Bedeutung wie deren ständige Weiterentwicklung.

Deshalb haben die Bayerische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vor etwa zwei Jahren ihr gemeinsames, für die Tumoren der Frau bereits langjährig erprobtes und bewährtes Nachsorgemodell aktualisiert, erweitert und dadurch für die Betreuung von Patienten aller Tumorformen verfügbar gemacht.

Im einzelnen wurden zur Intensivierung der Nachsorge und zur Dokumentation und Auswertung der Nachsorgeergebnisse folgende Schritte eingeleitet:

- Entwicklung bzw. Überarbeitung von standardisierten Nachsorgeempfehlungen für zahlreiche Tumorformen,
- Entwicklung und Erprobung eines für alle Tumorformen und alle Phasen verwendbaren Nachsorgekalenders,
- Aufbau einer anonymisierten Dokumentation der ambulanten Nachsorge,
- Vorhalten der Daten aus dieser Dokumentation für Auskünfte an vorbehandelnde Ärzte über den weiteren Verlauf der Nachsorge ihrer Patienten,
- modellhafte Einrichtung von Arbeitskreisen onkologisch tätiger niedergelassener Ärzte zur Intensivierung der ambulanten Nachsorge unter besonderer Berücksichtigung des Bedarfs einer ländlichen Region.

Die Entwicklung des Nachsorgekalenders und der onkologischen Dokumentation erfolgte unter fachlicher Mitwirkung der bayerischen Tumorzentren, und auch die Gestaltung der Nachsorgeempfehlungen wurde von diesen übernommen.

Stand der Entwicklungen von Nachsorgeempfehlungen

Seit Oktober 1987 erscheinen im „Bayerischen Ärzteblatt“, jeweils in der Mitte herausnehmbar, in loser Folge Empfehlungen zur Tumornachsorge für die einzelnen Organe bzw. Tumorformen. Bisher konnten die Ausarbeitungen für

- Mamma (10/87)
- Zervix (1/88)
- Endometrium (1/88)
- Ovar (3/88)
- Kolon (5/88)
- Rektum (5/88)
- malignes Melanom der Haut (3/88)

veröffentlicht werden.

Zusätzliche Exemplare dieser Empfehlungen stehen als Sonderdruck bei Bedarf zur Verfügung.

Gemessen am bisherigen Echo aus der Praxis haben sich in diese Empfehlungen, die sich durch umfangreiche Information auszeichnen und doch rationell zu lesen sind, gut eingeführt. Im Interesse der niedergelassenen Kollegen, die teilweise dringend auf diese Informationen warten, sind die Autoren aus den Tumorzentren um eine rasche Vervollständigung der Reihe bemüht.

Seitens der Herausgeber wird erwogen, im Laufe dieses Jahres die bis dahin erschienenen Empfehlungen zu sammeln und Interessenten in geeigneter Form zusammenhängend zur Verfügung zu stellen.

In Bayern, einem Bundesland mit ca. elf Millionen Einwohnern, erkranken jährlich ca. 43 000 Menschen neu an Krebs. Mindestens 120 000 Patienten stehen in Nachsorge, wenn man als Nachsorgezeitraum das Intervall der ersten fünf Jahre nach der Erstbehandlung ansetzt. Als vorsichtige Schätzung für die Häufigkeit von Arzt-Patientenkontakten im Rahmen der Nachsorge ist die Zahl 175 000 anzusetzen. Sie bezieht sich lediglich auf die vorsorgende Diagnostik zum Ausschluß von Rezidiven und Fernmetastasen innerhalb der ersten fünf Jahre nach Primärtherapie. Grundlage der Schätzung ist eine angenommene Beteiligung von etwa zwei Dritteln der betroffenen Patienten. Statt von Arzt-Patientenkontakten müßte zudem richtiger von Diagnostikschritten im Rahmen der Nachsorgeprogramme gesprochen werden, wobei jeder „Diagnostikschritt“ über mehrere Arzttermine erstrecken kann und teilweise von mehr als einem Arzt erbracht wird. Dehnt man den Nachsorgezeitraum auf zehn Jahre oder länger aus, wie dies für viele Tumorkrankheiten geboten scheint, so ergeben sich noch höhere Zahlen.

Aus diesen Größenordnungen waren besondere Anforderungen an die Konzeption einer onkologischen Dokumentation für Bayern abzuleiten. Zu kurz gegriffen hätte beispielsweise ein Ansatz, in dem die Dokumentation der ambulanten Nachsorge ohne Bezug zur stationären Erst- und Folgetherapie geblieben wäre. Beide Verlaufsabschnitte sind vielmehr untrennbar miteinander verbunden. Denn einerseits ist eine Qualitätssicherung der Primärtherapie nur aus der Kenntnis des weiteren Krankheitsverlaufs möglich und andererseits erfordert die Evaluation von Nachsorgestrategien differenzierte Kenntnisse über Primärbefund und -therapie.

Die Errichtung eines populationsbezogenen Inzidenzregisters für Bayern wurde allardings zur Verwirklichung der hier angedeuteten Ziele – Qualitätssicherung der Nachsorge, Qualitätssicherung der Primärtherapie, Weiterentwicklung der Nachsorgeprogramme – nicht als erforderlich angesehen. Ohne das Thema an dieser Stelle weiter zu vertiefen, sei in diesem Zusammenhang vor einer Reduktion der Diskussion über Statisti-

ken in der Onkologie auf die Frage „Inzidenzregister: Ja oder Nein“ gewarnt.

Statt eines Inzidenzregisters wurde eine zentrale, standardisierte und anonymisierte Verlaufsdokumentation der ambulanten Nachsorge eingeführt. Jeder Arzt hat die Möglichkeit, aus dieser onkologischen Dokumentation der ambulanten Nachsorge Verlaufsdaten für seine eigenen Patienten abzurufen. Die Kenntnis der Kalendernummer und das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt, kann er diese Daten mit den Informationen aus seinen eigenen Aufzeichnungen zusammenführen.

Die Details des Verfahrens sind in der Informationsschrift „Nachsorge onkologischer Patienten in Bayern“ beschrieben, die allen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und allen Krankenhäusern im Frühjahr 1987 zur Kenntnis gegeben wurde.

Bisherige Resonanz und erste Ergebnisse

Mit dem Versand dieser Broschüre und weiterer Informationen wurde im März 1987 begonnen. Bereits in den ersten Monaten wurden Anforderungen aus 250 Krankenhausabteilungen und etwa 2600 Arztpraxen bearbeitet. Später wurde dann die Ausstattung der Arztpraxen in den Routineablauf

bei den KVB-Bezirksstellen integriert, von wo über weiteren Zuwachs berichtet wird. Die Versorgung der Krankenhäuser mit Nachsorgekalendern erfolgt weiterhin über die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. Bis heute haben über 3000 Arztpraxen und etwa 360 Krankenhausabteilungen ihr Interesse an einer Mitarbeit bekundet und entsprechendes Material erhalten.

Die praktische Arbeit mit diesen Unterlagen läuft nun schrittweise an. Nach einer Laufzeit von fünf Quartalen wurden bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns 23 000 Belege – davon 2200 im ersten und 6300 im letzten ausgewerteten Quartal – eingereicht. Gemessen an den oben genannten Zahlen über Prävalenz und Behandlungsbedarf von Tumorpatienten liegt der Ausschöpfungsgrad noch unter 20 Prozent. Zu berücksichtigen ist jedoch einerseits die noch immer andauernde Erstaussstattung von Krankenhäusern und Ärzten, zum anderen die Vorlaufzeit, die benötigt wird, bis überhaupt in nennenswerter Zahl Patienten mit bereits ausgestellttem Nachsorgekalender zur Nachsorge erscheinen.

Betrachten wir als Beispiel eine Praxis, die durchschnittlich zehn bis zwölf Tumorpatienten in der Nachsorge betreut. In dieser Praxis wird pro Quartal gerade ein Tumorpatient neu

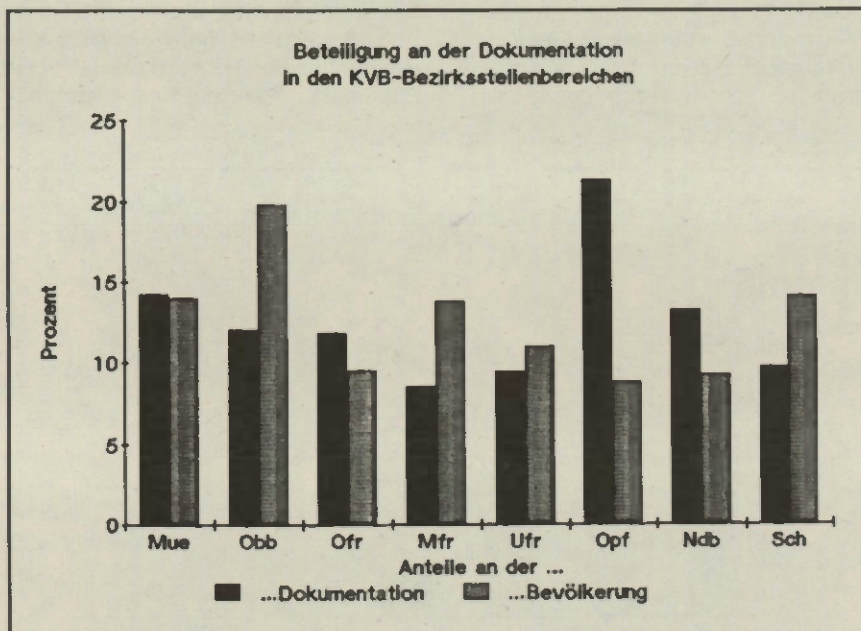


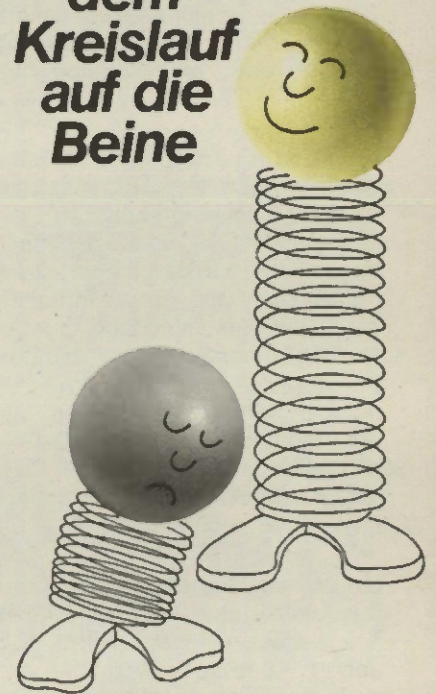
Abbildung 1: Herkunft der bereits an der onkologischen Dokumentation teilnehmenden Ärzte. Die Oberpfalz als kleinster Regierungsbezirk stellt derzeit die größte Gruppe bei den Teilnehmern.

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 6.6S
100 Tabl. N3 27.4S
2S ml Lsg. 9.9S
100 ml Lsg. 32.30



Verla-Pharm
Arzneimittelfabrik
8132 Tutzing

hinzukommen. Dem steht gegenüber, daß in der onkologischen Dokumentation bisher im Median fünf Patienten pro teilnehmendem Arzt dokumentiert wurden. Sicher ist diese Übereinstimmung teilweise zufällig, andererseits aber sehen diese Häufigkeiten nicht unplausibel aus. Im übrigen wird die Übergangszeit von vielen Kassenärzten dadurch überbrückt, daß sie selbst Kalender an ihre Patienten ausstellen, teils auch für Patienten, die schon seit geraumer Zeit in Nachsorge stehen.

Diese Zahlen deuten darauf hin, daß sich die bereits teilnehmenden Ärzte meist auch mit allen in Frage kommenden Patienten beteiligen. Um den Erfassungsgrad der Dokumentation nachhaltig zu erhöhen, ist es nun von größter Bedeutung, daß zukünftig möglichst jeder Tumorpatient bei seiner Entlassung aus der stationären Behandlung einen Nachsorgekalender erhält und weitere Kassenärzte sich an der Dokumentation beteiligen.

Nur wenn Patienten „In der Regel“ mit einem vorbereiteten Kalender erstmals zur Nachsorge kommen, ist die Teilnahme an der onkologischen Dokumentation für den niedergelassenen Arzt auf Dauer durchführbar. Und dies wiederum ist ausschlaggebend für die „Erfolgsquote“ eines späteren Datenabrufs durch den erstbehandelnden Klinikarzt. Die ersten Anforderungen von Daten aus der Dokumentation sind im übrigen bereits bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eingegangen.

Einen detaillierten Vergleich der Resonanz in den einzelnen KVB-Betriebsstellenbereichen zeigt Abbildung 1. Hingewiesen sei vor allem auf den überproportional hohen Beitrag der Ärzte aus der Oberpfalz, einem Regierungsbezirk, in dem nur 8,5 Prozent der Einwohner Bayerns leben. Hintergrund dieser starken Beteiligung ist u. a. wohl der für Bayern modellhafte (vom Bundesministerium für Arbeit geförderte) Aufbau von Arbeitskreisen onkologisch tätiger niedergelassener Ärzte, der offenbar bereits zu einer hohen Motivation der Teilnehmer, mittlerweile über 250 Ärzte, geführt hat.

Auch die Rücklaufquote ist in der Oberpfalz am günstigsten. Hier haben über 40 Prozent der Ärzte, die Unterlagen angefordert haben, bereits aktiv an der Dokumentation teil-

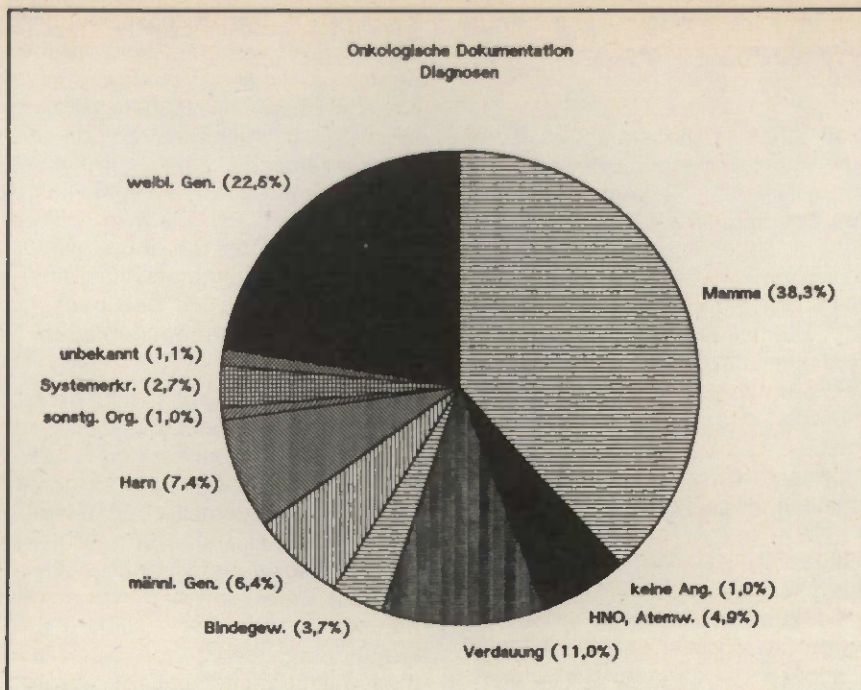


Abbildung 2: Tumordiagnosen der bisher erfaßten Patienten. In Verbindung mit der Alters- und Geschlechtsangabe kann über diese Angabe bei ausreichender Teilnahme an der Dokumentation ein realistisches Bild über die Annahme des Nachsorgeangebotes durch die Patienten entstehen. Derzeit spiegelt die Verteilung noch die unterschiedliche Beteiligung der Arztgruppen in der Anlaufphase wider.

genommen. Erstellt man dieselbe Auswertung nach Fachgebieten, so liegen für ganz Bayern die Frauenärzte mit einem Rücklauf von über 50 Prozent an der Spitze. Dies zeigt, daß die langjährige Erfahrung im Umgang mit der Dokumentation der Nachsorge nach dem bisherigen Schema den Einstieg erleichtert hat. Die Verteilung der Tumordiagnosen (Abb. 2) spiegelt den hohen Anteil von Frauenärzten unter den bereits teilnehmenden Ärzten wider. Zur Interpretation der tatsächlichen Inan-

spruchnahme der Nachsorge in Bayern sind diese Daten aufgrund der noch unvollständigen Teilnahme noch nicht geeignet.

Um auch den bisher noch nicht aktiv Beteiligten den Schritt zum erstmaligen Ausfüllen eines Bogens zu erleichtern, werden in Kürze in einer zweiten Auflage einige Änderungen am onkologischen Dokumentationsbogen vorgenommen, die sich aus der bisherigen, knapp zweijährigen Praxis als notwendig bzw. zweckmä-

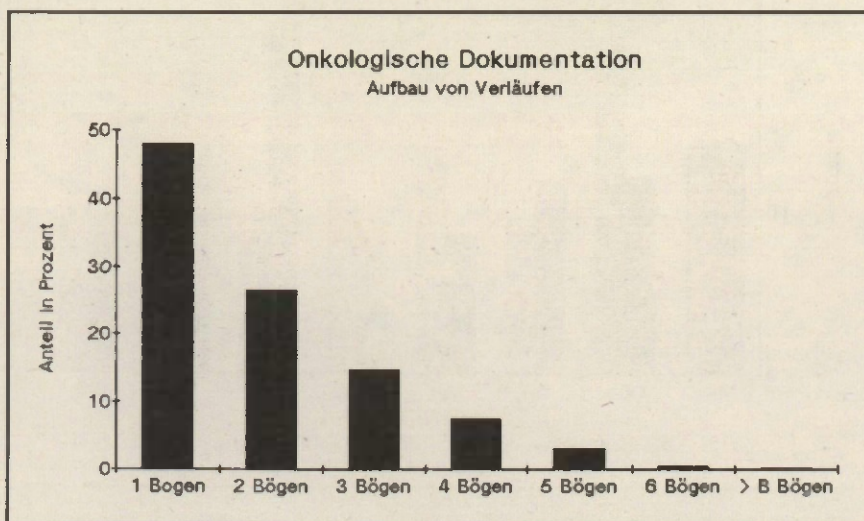


Abbildung 3: Vollständigkeit der Verlaufsdokumentation. Bereits nach fünf Quartalen wurden für über 50 Prozent der Patienten zwei oder mehr Befundbögen ausgefüllt.

Bei venösen Beinleiden

Hepathrombin[®] hilft transepidermal.

Bei oberflächennahen venösen Symptomen.



2 x tägl.
topisch reicht

selbst-
regulierender
Heparin-
Speicher
über 12 Std.

Hepathrombin[®]

Hepathrombin[®] Salbe 50000: **Zusammensetzung:** 100 g enth.: Heparin 50000 I. E., Allantoin 300 mg, Dexpanthenol 400 mg. **Anwendungsgebiete:** Bei varikösem Symptomenkomplex, Thrombophlebitis, postthrombotischem Syndrom, Varizen, Wadenkrämpfen, Ulcus cruris. Bei Sport- und Unfallverletzungen (Hämatomen, Prellungen, Kontusionen, Distorsionen). Ferner bei Tendovaginitis sowie Narbenkontraktur. **Gegenanzeigen:** Bestehen nach derzeitigem Wissensstand nicht. **Nebenwirkungen:** In vereinzelten Fällen ist über allergische Hautreaktionen berichtet worden. **Handelsformen und Preise:** 100 g Salbe DM 38,55, 150 g Salbe DM 43,15, Anstaltspackungen. A 819-0. Stand 1/89. ADENYL-CHEMIE GM8H - 1000 Berlin 10

8ig herauskristallisiert haben. Ohne Zweifel ist für die erstmalige Anwendung des Dokumentationsbogens ein gewisser Basisaufwand erforderlich. Die Erfahrung von Teilnehmern, die sich bereits mit einer großen Zahl von Belegen an der Dokumentation beteiligt haben, spricht jedoch sehr für die Praktikabilität des Verfahrens, nachdem ein oder zwei Bögen „erfolgreich“ ausgefüllt wurden.

Eine der besonders kritischen und schwierigen Fragen in der Planungsphase war stets die, ob denn die Zusammenführung von Verläufen nur aufgrund der Nummer des Nachsorgekalenders in der Praxis durchführbar sei. Fundierte Antworten zur Vollständigkeit der Verläufe werden wir wohl erst nach einer Laufzeit von einigen Jahren erwarten können. Eine erste orientierende Auswertung ergab allerdings, daß bereits heute pro Patient im Durchschnitt 1,9 Bögen ausgefüllt wurden, wobei für 52 Prozent der Patienten zwei oder mehr Bögen vorlagen (Abb. 3).

Eine der interessanten Fragen an diese Dokumentation wird die relative Gewichtung der einzelnen „Nachsorgearten“ sein. Das Formular unterscheidet zwischen „Fortdauer des tumorfreien Intervalls“, „Veränderung nach tumorfreiem Intervall“ und „Dauerbetreuung eines Tumora-

patienten bei manifester Tumorerkrankung“. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, das Ende der Nachsorge oder das Ableben eines Patienten zu dokumentieren („Abschlußerhebung“). Die ersten Auswertungen zur Häufigkeit dieser Angaben wurden noch ohne Berücksichtigung der unterschiedlichen Tumordiagnosen ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Verständlichkeit und Praktikabilität der Dokumentation durchgeführt. Es hat den Anschein, als würde die Abgrenzung zwischen „Fortdauer des tumorfreien Intervalls“ und „Veränderung nach tumorfreiem Intervall“ (Feststellung einer Metastase oder eines Rezidivs) in der Praxis gut nachempfunden. Bemerkenswert ist auch, daß bereits im ersten Jahr der Nachsorge von den Möglichkeiten der Abschlußerhebung Gebrauch gemacht wurde, zwar schleppend, aber durchaus zählbar.

Ausblick

Über die ersten Ergebnisse aus einer derartigen Dokumentation zu berichten, heißt, die Resonanz bei den angesprochenen Ärzten zu bewerten, über die Qualität der Daten zu sprechen und Betrachtungen über die Entwicklung der Teilnahme an der Dokumentation anzustellen. Den-

noch wissen wir, daß diese Dokumentation kein Selbstzweck sein kann, denn die eigentlichen Ziele liegen in der Sache selbst.

Was wir uns wünschen, ist die Unterstützung einer qualitativ hochwertigen, modernen und vor allem wohnortnahen Betreuung des onkologischen Patienten auf dem Hintergrund anerkannter, wissenschaftlich begründeter Behandlungs- und Nachsorgestandards. Was wir wissen, ist, daß diese Ziele um so effektiver erreicht werden, je reibungsloser die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Klinik, zwischen der Klinik und Praxis und zwischen den Praxen gestaltet werden kann.

In diesem Sinne soll die onkologische Dokumentation in Zukunft dazu dienen, Resonanz bei den Patienten zu messen, Qualität der Betreuung zu sichern und Entwicklungen in bezug auf die Programme und die Versorgung zu steuern. Die onkologische Dokumentation ist konzipiert als Werkzeug und Baustein, nicht als Selbstzweck.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Ch. Thieme, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Vorstandsreferat Medizin-informatik, Arabellastraße 30, 8000 München 81

Neues in Erkennung und Behandlung von Notfallsituationen in der Praxis

80. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. K. Taeger, München:

Pathophysiologie des Schocks: Aspekte für die Praxis

Schock kann man als einen akut auftretenden Zustand der inadäquaten nutritiven Perfusion lebenswichtiger Organe definieren. Die unzureichende Versorgung der Gewebe mit Sauerstoff und Substraten und die fehlende Entsorgung der Stoffwechselprodukte führt zur Störung des Zellstoffwechsels mit einem Mangel an intrazellulär verfügbarem ATP und zur Anhäufung toxischer Verbindungen. Schock ist ein dynamisches Geschehen, dessen Verlauf maßgeblich von der Dauer der O₂-Versorgungsstörung ebhängt. Dem Zeitfaktor kommt deshalb auch bei der Therapie höchste Priorität zu.

Beim hypovolämischen Schock induziert der akute Volumenmangel reflektorisch eine starke sympathoadrenerge Reaktion mit Ausschüttung von Katecholaminen, Kortisol und Glukagon. Dadurch werden Myokardkontraktilität, Herzfrequenz und peripherer Gefäßwiderstand gesteigert. Der Widerstand im Koronarkreislauf hingegen sinkt. Die relative Verteilung des Herzzeitvolumens ändert sich. Die Durchblutung im Splanchnikusgebiet, der Nieren, der Muskeln und der Haut nimmt mehr oder weniger drastisch ab zugunsten der lebenswichtigen Organe Herz und Gehirn. Die Vasokonstriktion der Venen führt zu einer Abnahme der venösen Kapazität und verstärkt den venösen Rückstrom. Die Abnahme des kapillären Filtrationsdrucks durch die Konstriktion der Arteriolen

begünstigt einen vermehrten Flüssigkeitseinstrom aus den interstitiellen Geweben. Die Stimulation der peripheren Chemorezeptoren bewirkt eine Vertiefung der Atmung. Aus dem Hypophysenhinterlappen wird antidiuretisches Hormon freigesetzt und bewirkt durch seinen Effekt auf die Sammelrohre der Niere, deren Wasserdurchlässigkeit unter der Wirkung des entidiuretischen Hormons erhöht wird, eine Antidiurese. Die renale Minderdurchblutung wird von der Freisetzung von Renin aus den epitheloiden Zellen des juxtaglomerulären Apparates beantwortet. Renin und Converting enzyme bilden aus Angiotensinogen Angiotensin II. Renin bewirkt zudem eine Freisetzung von Aldosteron. Daraus resultieren eine Intensivierung der Vasokonstriktion in den bereits erwähnten Gefäß-

provinzen und eine vermehrte Rückresorption von Natrium und Wasser in der Niere. Alle Reaktionen des Organismus auf den akuten Volumenmangel zielen darauf hin, weitere Volumenverluste zu vermeiden und Blutdruck und Herzzeitvolumen auf ausreichender Höhe zu halten.

Entspricht das Herzzeitvolumen nicht mehr dem Bedarf, resultiert eine Störung der Mikrozirkulation. Die erniedrigte Flußrate begünstigt die Aggregation von Erythrozyten, aber auch den Leukozyten wird heute ein wesentlicher Beitrag zur Störung der Mikrozirkulation im Schock zugeschrieben. Bei fortschreitendem Schock kommt es zu einer vermehrten Durchlässigkeit der Kapillaren, die die Auswärtsfiltration begünstigt. Dies führt zur Intensivierung des Volumenmangels, zur Eindickung des Blutes zum interstitiellem Ödem und zur Freisetzung von Mediatoren, die beispielsweise eine disseminierte intravasale Gerinnung auslösen. Zelluläre Prozesse, wie die Abnahme der mitochondrialen Phosphorylierung mit Übergang in die anaerobe Glykolyse und dadurch hervorgerufene Laktatanhäufung, können durch Verbesserung der O₂-Bilanz lange rückgängig gemacht werden. Der „point of no return“ ist erreicht, wenn die Membranpermeabilität so weit ansteigt, daß es zu einem Verlust intrazellulärer Proteine und Enzyme kommt. Für die Erhaltung und Funktion der Zellen ist die permanente Bereitstellung von Energie in Form von ATP erforderlich. Die Ischämietoleranz der Zellen unterscheidet sich aber erheblich.

Manche Zellen des ZNS weisen bereits nach wenigen Minuten, Nierengewebszellen erst nach Stunden strukturelle Veränderungen durch O₂-Mangel auf. Die Schocktherapie muß folglich darauf gerichtet sein, die Synthese von ATP wieder in Gang zu bringen. Dies kann nur gelingen, wenn die gestörte Mikrozirkulation wieder normalisiert, die Zellen wieder mit O₂ und Substraten versorgt und die Stoffwechselprodukte entsorgt werden. Der Einsatz von Medikamenten oder die Zufuhr von ATP kann nichts bewirken, solange die Störung der Perfusion die verabreichten Substanzen gar nicht an den Ort der Wirkung, die Gewebe, gelangen läßt. Hieraus läßt sich ableiten, daß neben der Sicherstellung eines adäquaten Gasaustausches der Restitution des Kreislaufs, insbesondere durch Volumenzufuhr, höchste Priorität gebührt.

Professor Dr. H. Laubenthal, Bochum:

Volumenersatztherapie: Risiken – Benefit

Der intravasale Blut- bzw. Flüssigkeitsverlust kann heute theoretisch mit Vollblutkonserven, Plasma, Plasmasubstituten und isotonen Elektrolytlösungen behandelt werden. Blutkonserven sind aus Gründen der nicht unmittelbaren Verfügbarkeit, der möglichen Infektion (HIV, Hepatitis), der möglichen Sensibilisierung und der Unverträglichkeitsreaktionen sicher nicht Mittel der ersten Wahl. Natürliche Kolloidlösungen (Plasma) sind sehr teuer, ihre Verfügbarkeit begrenzt und die Nebenwirkungen ebenso häufig wie die bei künstlichen kolloidalen Lösungen. Daß beim Patienten im hämorrhagischen Schock unter Notfallbedingungen die primäre Therapie optimal mit Infusionen von kolloidalen und kristalloiden Lösungen durchgeführt werden kann, zeigt eine Studie von Modig (1986) an polytraumatisierten Patienten. Patienten, die eine kolloidale Lösung erhielten, zeigten eine signifikant raschere Kreislaufstabilisierung als die Gruppe von Patienten, die nur mit Kristalloidlösungen behandelt wurden. Erstaunlich war weiterhin, daß die Patienten der ersteren Gruppe kein Atemnotsyndrom erlitten im Gegensatz zu fünf Patienten der zweiten Gruppe. Darüber hinaus zeigten kolloidale Lösungen (Dextran 70) thromboseprophylaktische und die Thrombozytenaggregation hemmende Eigenschaften. Dadurch und durch andere Faktoren ist eine Verbesserung der gestörten Mikrozirkulation nachzuweisen. Trotz all dieser positiven Effekte kolloidaler Lösungen beim primären Volumenersatz gibt es das ideale kolloidale Volumenersatzmittel bislang nicht. Infusionen von Hydroxyäthylstärkepräparaten (HAES-Steril) führen zu Nebenwirkungen, die zum Teil auf die anhaltende intravasale Verweildauer und die langdauernde Speicherung im Gewebe zurückzuführen sind. Ein meßbarer Anstieg der Serum-Amylase scheint keine pathologische Bedeutung zu haben. Wichtig erscheint die Beeinflussung der Gerinnungsfunktion und der dadurch ausgelösten Blutungen zu sein, so daß dieses Präparat nicht mehr zur Behandlung des zerebralen Vasospasmus bei subarachnoidalen Blutungen eingesetzt werden sollte. Bei niereninsuffizienten Patienten können Aszites, Leber- und Milzvergrößerungen hervorgerufen werden.

Über schwerste akute Unverträglichkeitsreaktionen wurde berichtet, ein Pathomechanismus ist bisher nicht bekannt und vor allem ist eine Prophylaxe dieser Reaktionen nicht möglich, im Gegensatz zu den Dextranlösungen durch die Haptenprophylaxe. Außerdem sind die Dextranlösungen von allen künstlichen kolloidalen Lösungen am längsten bekannt und über 40 Jahre im klinischen Gebrauch. An Nebenwirkungen werden auch Gerinnungsstörungen bei höherer Dosierung genannt, so daß beim Erwachsenen die Dosierung von 3 Infusionseinheiten einer 6%igen Lösung/die nicht überschritten werden sollte. Nierenfunktionsstörungen wurden häufig nach Infusionen einer hyperonkotischen Lösung von Dextran 40, insbesondere bei älteren Patienten beobachtet, allerdings scheint dies nur bei dehydrierten Patienten mit bereits beginnender Niereninsuffizienz aufzutreten. Eine australische Studie hat gezeigt, daß ohne Haptenprophylaxe Dextraninfusionen in einem Verhältnis von 1:1000 Patienten zu erheblichen Unverträglichkeitsreaktionen führen, so daß an der Notwendigkeit dieser Maßnahme nicht mehr zu zweifeln ist. Kommt es trotzdem zu einer schweren anaphylaktischen Reaktion, so ist trotz nicht eindeutig geklärtem Pathomechanismus die Therapie durch drei Dinge festgelegt: Volumen, Adrenalin und Kortikoide. Volumen und Adrenalin wirken rasch, Kortikoide auch nach intravenöser Gabe frühestens nach zehn Minuten.

Dr. J. Zander, Münster:

Neues zur kardiopulmonalen Reanimation

Die Maßnahmen, die heute bei der Reanimation angewandt werden, also die Mund-zu-Mund-Beatmung und die extrathorakale Herzmassage, wurden in den letzten 40 Jahren eingeführt und beruhen auf klinisch-pragmatischen Erfahrungen, da Experimente aus ethischen Gründen nicht durchführbar sind. Aufgrund der Empfehlung der American Heart Association soll die Beatmung durch zwei tiefe Hübe von Mund zu Nase erfolgen, weil dadurch die Beatmung der Lunge besser erfolgt und ein Aufblähen des Magens mit anschließendem Erbrechen verhindert wird. Daran anschließend bei der 2-Helfer-Methode fünf Thoraxkompressionen, bei der 1-Helfer-Methode 15. Vor



Vertrauen Sie unserer Beratung in allen Versicherungsfragen.



Mit Sicherheit gut beraten®



Vereinte
Versicherungen

allem bei Kindern muß die Beatmung sehr frühzeitig erfolgen, da das pulmonale System am empfindlichsten ist und meistens erholt sich dann das Herz-Kreislaufsystem automatisch. Aber auch beim Erwachsenen ist die Beatmung in den Vordergrund zu stellen. Ist eine Intubation nicht möglich, dann muß – trotz der heutigen AIDS-Diskussion – in der Regel von Mund-zu-Nase beatmet werden, da Hilfsgeräte nur bei sehr Erfahrenen die gleiche Wirkung haben. Außerdem muß gesagt werden, daß die Infektionsgefahr extrem gering ist und nur bei AIDS-Infizierten Patienten mit blutenden Gesichtsverletzungen in einem gewissen Grade besteht. Optimal ist natürlich die endotracheale Intubation, weil dadurch eine Aspiration vermieden wird, eine Hyperventilation möglich ist und der Patient mit Sauerstoff ausreichend versorgt werden kann. Eine Tracheotomie ist in keinem Fall zu empfehlen, im Höchstfall eine Koniotomie. Bei einem Fremdkörper in der Trachea oder im Ösophagus mit Kompression der Trachea sollte nicht wie früher versucht werden, mit einem Schlag zwischen die Schulterblätter diesen Fremdkörper herauszubefördern, sondern durch einen starken Druck auf den Oberbauch, wobei der Thoraxdruck erhöht wird.

Durch die extrathorakale Herzmassage wird ein Druck im Thorax erzeugt, der das Blut vorwärts treibt, während die Kompression des Herzens ohne Effekt bleibt, weil die Klappen beim Herzstillstand generell offenbleiben. Da mit der Herzmassage nur ein Minimalkreislauf aufrechtzuerhalten ist, muß diese optimal durchgeführt werden, das heißt mit durchgestreckten Armen und dem Druckpunkt im Bereich des Processus xiphoideus. Zur Aufrechterhaltung des Kreislaufes darf der Druck nicht ruckartig, sondern länger komprimierend sein. Obwohl auch bei optimaler Herzmassage in den Karotiden höchstens ein Fluß von zehn Prozent und in den Koronararterien von fünf Prozent zustande kommt, sind alle Versuche, dies zu verbessern – zum Beispiel durch einen abdominalen Dauerdruk –, gescheitert. Da 70 Prozent der Patienten mit Herzstillstand ein Kammerflimmern bzw. -flattern haben, bestehen die besten Chancen für den Patienten durch eine frühe Defibrillation vor der Gabe irgendeines Medikamentes. Als erstes Medikament sollte immer das Adrenalin eingesetzt werden, weil die Alpha-

stimulierende Wirkung den arteriellen diastolischen Druck am besten anhebt und damit eine ausreichende Perfusion der Koronararterien ermöglicht. Das Lidocain ist das Mittel der Wahl, wenn dabei Rhythmusstörungen auftreten, denn das Lidocain hat nur eine sehr geringe negativ-inotropa Wirkung und eine sehr kurze Halbwertszeit. Auch ist es mit Adrenalin sehr gut kombinierbar. Natriumbicarbonat wird heute wegen der erheblichen Nebenwirkungen nicht mehr eingesetzt, da die Azidose in der Regel respiratorisch bedingt ist und durch Beatmung am besten behandelt wird. Andere Medikamente, wie Kalzium, Alupent, sollten ebenfalls nicht mehr verwendet werden.

Als Folge des Herzstillstandes sind zerebrale Perfusionsstörungen gefürchtet, die bis zu einem apallischen Syndrom führen können. Langa galt für eine erfolgreiche Reanimation ohne Zerebralschaden die drei-Minuten-Grenze, heute weiß man, daß es durchaus Fälle gibt, bei denen auch nach zehn Minuten noch ein zufriedenstellendes neurologisches Ergebnis erreicht werden konnte. Ein Medikament, das die Situation verbessert, ist das Nimodipin (Nimotop).

*Privatdozent Dr. F. Müller-Spahn,
München:*

Der psychiatrische Notfall: Der erregte, der suizidale, der verwirrte Patient

Die Einführung der Psychopharmaka ermöglicht es heute jedem Arzt, die psychiatrische Akutsituation zu beherrschen. Dabei umfaßt die psychiatrische Diagnostik im ersten Schritt die Beschreibung der psychopathologischen Leitsymptome, das heißt die Syndromdiagnose. Erst später, oft nach erfolgter Akuttherapie, ist die nosologische Einordnung möglich.

Psychomotorische Erregungszustände sind immer als Notfallsituation zu betrachten. Oft gebietet die aktuelle Situation – ohne ausführliche Untersuchung – unverzügliches Handeln. Die Symptomatik ist charakterisiert durch eine Steigerung des Antriebs und der Psychomotorik, Enthemmung und Kontrollverlust, meist verbunden mit Angst, Panik und innerer Unruhe bzw. auch Wahnerleben, häufig im Zusammenhang mit Sinnestäuschungen. In allen Fällen ist ein sicheres, ruhiges und bestimmtes Auftreten des Arztes dringend erforder-

lich. Man sollte dabei immer versuchen, den Patienten direkt anzusprechen, auf seine Argumente zu hören, seine Einwilligung für eine Behandlung zu erhalten und notwendige Maßnahmen erklärend anzukündigen, damit sich der Patient nicht bedroht oder überwältigt fühlt. Handelt es sich um Erregungszustände im Zusammenhang mit Alkohol- oder Schlafmittelintoxikationen, gilt für die Anwendung von dämpfend wirkenden Pharmaka äußerste Zurückhaltung; Diazepam ist kontraindiziert. Die geringste Gefahr einer Komplikation – zum Beispiel Atemdepression – besteht bei der Gabe von Haloperidol. Initial werden 5 bis 10 mg i. m. oder i. v. verabreicht, eine mehrmalige Wiederholung dieser Dosis ist möglich, jedoch nicht mehr als 50 mg in den ersten 24 Stunden parenteral. Bei den Erregungszuständen im Rahmen körperlich begründbarer Psychosen (hirnorganische Erkrankung, Anfallsleiden, Stoffwechselstörungen u. a.) ist Haloperidol das Mittel der Wahl, gegebenenfalls im Zusammenhang mit einer internistischen Therapie. Die Anwendung von Clomethiazol (Distraneurin) sollte auf die Behandlung von Erregungszuständen im Rahmen von Delirien und beim Status epilepticus beschränkt bleiben. Ist weder mit Bewußtseinsstörungen noch mit einer Intoxikation zu rechnen, zum Beispiel bei Erregungszuständen im Rahmen von manischen bzw. schizophrenen Psychosen sowie bei schwer agitierten Depressionen, ist die Therapie mit einem stark dämpfenden trizyklischen Neuroleptikum, wie Laevomepromazin (Neurocil), sinnvoll. Zu Beginn der Therapie kann Neurocil i. m. verabreicht werden, bei älteren Patienten 25 mg, sonst 50 mg. Die Injektionen können im Abstand von 20 bis 30 Minuten ein- bis zweimal wiederholt werden. In den ersten 24 Stunden sollte eine Dosis von 200 mg nicht überschritten werden. Erregungszustände im Rahmen schwerer agitierter Depressionen können daneben auch mit trizyklischen sedierenden Antidepressiva vom Amitriptylintyp, wie zum Beispiel Saroten oder Doxepin (Aponal), behandelt werden. Bei Auftreten von Erregungszuständen, insbesondere mit einer ausgeprägten Angstsymptomatik, im Rahmen von psychogenen Erkrankungen ist die Gabe von Tranquilizern, zum Beispiel Diazepam, indiziert. Ängstlich gefärbte Erregungszustände unter Drogeneinfluß, zum Beispiel im Rahmen eines sogenann-

ten Horrortrips nach Halluzinogenkonsum, sind im allgemeinen mit Diazepam gut zu beherrschen.

Der suizidale Patient: In der Bundesrepublik Deutschland sterben jährlich bis zu 14 000 Menschen durch Suizid, die Zahl der Versuche liegt 10- bis 15mal höher. Die Hälfte der Patienten, die später Suizidhandlungen durchführen, kündigen dies direkt oder indirekt an. Als besonders hohe Risikofaktoren gelten das Vorkommen von Suiziden und -versuchen in der Familie bzw. in der näheren Umgebung, wobei hier häufig eine deutliche Suggestivwirkung zum Tragen kommt: frühere Suizidhandlungen, konkrete Pläne über Art und Durchführung des Suizids, Vorbereitungshandlungen, die immer wieder zitierte „unheimliche Ruhe“ nach einem bereits gefaßten Suizident-schluß, Alkohol- und Medikamenten-abhängigkeit, höheres Alter und Vereinsamung. Die Auffassung, lieber nicht nach Suizidalität zu fragen, um den Patienten nicht mit dem Gedanken vertraut zu machen, ist falsch. Der suizidale Patient ist in der Regel erleichtert, wenn er über seine Suizidgedanken bzw. über schon konkret vorliegende Pläne sich in einem Gespräch ohne Zeitdruck mitteilen kann. Als Grundsatz von zentraler Bedeutung gilt: Selbstmordhinweise immer ernst nehmen! Entschließt man sich zum Verzicht auf eine Klinikeinweisung, so muß der Patient stets einen zuverlässigen Termin wissen, an dem er den Arzt wieder sieht bzw. zumindest mit ihm telefonieren kann. Außerdem sollte der Patient – unabhängig von der ärztlichen Betreuung – immer noch zu einer anderen tragfähigen Bezugsperson in seiner näheren Umgebung Kontakt haben. Von ganz besonderer Bedeutung ist die Weiterbetreuung des Patienten nach Abklingen der akuten Suizidalität.

Die Anwendung von Psychopharmaka bedeutet in vielen Fällen neben dem konfliktorientierten psychotherapeutischen Gespräch eine wesentliche Hilfe in der Behandlung der akuten Suizidalität. Bei Suizidalität leichteren Grades kann mit Amitriptylin (Saroten, Laroxyl) oder Doxepin (Aponal) parenteral behandelt werden. Bei hoher Suizidalität kann die Applikation von stark dämpfenden Psychopharmaka, wie Laevomepromazin (Neurocil) – 25 bis 100 mg/die – erforderlich sein. Bei ausgeprägt ängstlicher depressiver Symptomatik kann eine Kombination von Amitripty-

lin und einem Benzodiazepin, zum Beispiel 1 bis 5 mg Tavor, sinnvoll sein.

Der verwirrte Patient: Hier liegt ein schweres psychopathologisches Syndrom vor, bei dem eine Störung des Denkens im Vordergrund steht. Besteht der Verdacht, daß aus der Verwirrtheit Fremd- oder Selbstgefährdung durch Fehlhandlungen entstehen könnte, ist eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik erforderlich. Verwirrtheit ist ätiologisch unspezifisch und kann Leitsymptom sowohl bei endogenen Psychosen als auch bei organisch bedingten psychiatrischen Erkrankungen sein.

Die therapeutischen Maßnahmen bei Verwirrheitszuständen orientieren sich in erster Linie an der zugrunde liegenden Erkrankung. So können nächtliche Verwirrheitszustände bei alten Patienten durch Digitalisierung im Zusammenhang mit Blutdruckstabilisierung und vor allem Kontrolle des Wasserhaushaltes häufig gut behandelt werden. Symptomatisch können geringe Dosen von Haloperidol verabreicht werden, möglich ist auch die Gabe von Dipiperon oder Eunerpan.

Abschließend soll betont werden, daß eine therapeutische Polypragmasie Verwirrheitszustände auch erheblich verschlimmern kann.

Professor Dr. D. Schmidt, München:

Der neurologische Notfall

Hier soll vor allem der akut einsetzende Kopfschmerz als Alarmsymptom vaskulärer neurologischer Notfälle behandelt werden. Ein Kopfschmerz ist dann besonders zu beachten, wenn er erstmalig auftritt und völlig ungewohnt ist, wenn er explosionsartig beginnt oder ein Dauerkopfschmerz eine deutliche Progredienz zeigt. Noch bedeutsamer wird die Situation, wenn Begleitbeschwerden, wie zum Beispiel Erbrechen (falls keine Migräne vorliegt), eine Bewußtseinsstörung im Rahmen eines hirneigenen Psychosyndroms, auftreten, oder wenn es zu epileptischen Anfällen kommt, die Ausdruck einer fokalen oder diffusen Erkrankung des Gehirns sind. Bei der neurologischen Untersuchung achtet man dann besonders auf Meningismus und Stauungspapille als Kardinalsymptome, wobei von Bedeutung ist,

daß eine Stauungspapille sich erst nach Stunden entwickelt, beim akuten Ereignis also fehlen kann.

Der Kopfschmerz entsteht pathophysiologisch durch erhöhten Hirndruck oder Zug bzw. Dehnung der Arterien, des Sinus oder der Dura.

Zu den wesentlichsten zerebrovasculären Erkrankungen mit akutem Kopfschmerz gehören die Subarachnoidalblutung, der raumfordernde Hemisphäreninfarkt, der raumfordernde Kleinhirnininfarkt, die Sinusvenenthrombose und die Arteriitis temporalis.

Die subarachnoidale Blutung beginnt subjektiv mit akut rasenden Kopfschmerzen, Meningitis, Erbrechen und einer Bewußtseinsstörung bis hin zum Koma. Je nach Lokalisation der Blutung kann es zu umschriebenen neurologischen Befunden, zum Beispiel einer Okulomotoriusstörung, kommen; vegetative Störungen sind häufig. Differentialdiagnostisch von Bedeutung ist ein benigner Anstrengungskopfschmerz, der beim plötzlichen Heben entsteht und bald wieder abklingt. Ursachen der Subarachnoidalblutung sind sackförmige Aneurysmen, Angiome, arteriosklerotische Aneurysmen, aber auch Hirntumoren. Falls möglich, ist die erste diagnostische Maßnahme ein Computertomogramm, wobei außer dem Blutungsnachweis noch die Hirnschwellung und ein intrakranielles Hämatom differenziert werden kann. Die Lumbalpunktion ist heute nicht mehr Mittel der ersten Wahl, weil es in vereinzelten Fällen zur Hirneinklemmung kommen kann. Mit Hilfe des CT kann man auch die Prognose leichter stellen: je ausgedehnter die Blutung, desto schlechter die Prognose. Schließlich kann man mit der Angiographie den Aneurysmanachweis führen. Die Therapie der Subarachnoidalblutung besteht in Bettruhe, aber Aufstehen zur Toilette, der Gabe von Kalzium-Antagonisten, die auch zur Korrektur einer Hypertonie verwendet werden können, und der Schmerzbehandlung mit Benuron oder Tramal, nicht jedoch mit Aspirin, weil das zu einer erneuten Blutung führen kann. Die Sedierung kann mit Haldol erfolgen.

Die zerebrale Blutung ist häufig die Folge einer arteriellen Hypertonie, auch einer Gerinnungshemmung, zum Beispiel durch Marcumar, in vereinzelten Fällen eines Aneurysmas

oder eines Angloms. Die Initialtherapie besteht in Bettruhe und Blutdruckeinstellung. In diesem Zusammenhang muß der sogenannte hämorrhagische Hirninfarkt erwähnt werden, wobei es zu einem heftigen okzipitalen Kopfschmerz durch Einblutung in einen vorher stattgefundenen Hirninfarkt kommt.

Bei einem *Kleinhirninfrakt* klagt der Patient über eine Gangataxie. Bei der neurologischen Untersuchung findet man einen Blickrichtungsnystagmus und eine Zeigeataxie. Wird nicht sofort behandelt, kommt es nach acht bis zehn Stunden zu Kopfschmerz und Verwirrtheit, einige Stunden später zu einer Hirneinklemmung, weil sich der Infarkt ausgedehnt hat, und es zu einem Verschußhydrozephalus gekommen ist. Bei rechtzeitiger Diagnose kommt als lebensrettende Notfalloperation ein Shunt des Hydrozephalus in Frage.

Die *Hirnvenensinusthrombose* wird sicher viel zu selten diagnostiziert. Sie beginnt in zwei Drittel der Fälle mit Kopfschmerz, der nicht so abrupt beginnt wie bei der Subarachnoidalblutung, etwas später kommt es zu Verwirrheitszuständen, psychotischen Episoden und in einem Drittel der Fälle zu epileptischen Anfällen. Untersuchungsmethode der Wahl ist die lange Serie der Karotisangiographie. Therapie der Wahl ist die Vollheparinisierung für ca. eine Woche mit anschließender Marcumarisierung.

Die Diagnose der *Arteriitis temporalis* ist leicht zu stellen, wenn es zu einem

starken Schläfenkopfschmerz kommt und die Blutsenkungsgeschwindigkeit stark erhöht ist. Es gibt jedoch eine Form, bei der es zu Allgemeinsymptomen, u.a. Depression, Gewichtsverlust, kommt und der Schläfenkopfschmerz erst viel später auftritt, so daß die hohe BKS zum Beispiel als Neoplasmasymptom mißdeutet wird und der rechtzeitige, eine Erblindung verhindernde Einsatz von Kortison unterbleibt.

Professor Dr. F. Marguth, München:

Der neurochirurgische Notfall: Diagnostik – Erstmaßnahmen

Für den Neurochirurgen stellen das größte und schwerste Kontingent die *Schädel-Himtraumen* dar. Die primäre Hirnschädigung, das heißt die Verletzung der Gefäße oder die Läsion des Parenchyms, ist irreversibel – daran ändert weder der Notarzt noch der Neurochirurg etwas. In der Klinik muß man sich also darauf beschränken, Sekundärschäden (sich sekundär entwickelnde Blutungen, Hirnschwellung, Hirnödem) zu behandeln. Für alle Kliniker, insbesondere aber auch die Neurochirurgen, ist es wichtig zu wissen, was sich vom Trauma bis zum Eintreffen des Patienten klinisch verändert hat, das heißt zum Beispiel: war der Patient am Unfallort noch wach und in der Klinik bewußlos, dann ist es im Laufe dieser Zeit zu einer Raumforderung, wahrscheinlich zu einer Blutung gekommen; war am Unfallort die Pupillenreaktion normal und trifft der Patient mit einer Anisokorie in der Klinik ein, so ist das

ein Hinweis auf die Entwicklung und Lokalisation des Prozesses. Bei den Erstmaßnahmen am Unfallort stellt sich die Frage, ob Kortikoida indiziert sind. Eindeutige Studien über Vor- und Nachteile dieser Therapie liegen nicht vor, es liegt zur Zeit im Ermessen eines jeden Arztes. In der Münchener Neurochirurgie gibt man dreimal β mg/24. Stunde Fortecortin® in den ersten Tagen. Hämatomverdächtige Symptome sind die primär anhaltende oder sekundär auftretende Bewußtseinsstörung, die primäre oder sekundäre Anisokorie, die primäre oder sekundäre Ausbildung von Halbseitensymptomen – treten diese Symptome auf, so sollte der Patient dorthin gebracht werden, wo nicht nur ein CT, sondern auch eine entlastende Trepanation gemacht werden kann.

Sehr erfolgreich kann man das sogenannte *epidurale Hämatom* neurochirurgisch behandeln. Dabei kommt es durch einen Riß zu einer Blutung zwischen Dura und Kalotte, das heißt epidural und somit extrazerebral. Es kommt zu einer zunehmenden Massenverschiebung des Gehirns und zu Bewußtseinsstörungen. Wird diese Blutung operativ entlastet, kommt es zu einer Erholung des Patienten im Gegensatz zu allen anderen Blutungen in der Neurotraumatologie. Jede Schädelfraktur ist eine potentielle Blutungsquelle, das heißt, diese Patienten müssen überwacht werden, da oft ein freies Intervall vorkommt; die Patienten sind initial bewußtseinsgestört und deren Zustand verschlechtert sich dann nach einem unterschiedlich langen Intervall. Werden sie in dieser Zeit nicht überwacht, kann es zu letalen Druckschädigungen des Gehirns kommen.

Das *akute subdurale Hämatom* ist im Gegensatz zum epiduralen Hämatom ungleich gefährlicher. Es ist Ausdruck einer kortikalen Gewebläsion, wobei sich das Blut über die gesamte Hirnoberfläche ausbreitet, es dringt sogar in den vorderen und hinteren Interhemisphärenspalt ein und hat so einen enormen raumfordernden Effekt. Nach Eröffnung der Kalotte findet man die gesamte Dura bretthart gespannt und darunter eine insgesamt lädierte Hirnoberfläche. Es kommt darauf an, daß diese Patienten früh zur Aufnahme kommen, möglichst vor neurologischen Symptomen, zum Beispiel einer Anisokorie, die das entscheidende Alarmsymptom ist.

Ausbildungsveranstaltungen für

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

– Ärztliche Berufskunde –

Zeit: 7. Juni 1989, 9 bis 13 Uhr und 14 bis 16 Uhr

Ort: Ärztehaus Bayern, Großer Saal, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80

Themen: *Ärztliches Organisationswesen – Ärztekammer: Berufsordnung, Weiterbildungsordnung, Meldeordnung, Beitragswesen – Kassenärztliche Vereinigung (Aufgaben) – Bayerische Ärzteversorgung – Strafrecht, Zivilrecht und ihre Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit*

Begrenzte Teilnehmerzahl!

Teilnahme nur nach schriftlicher Anmeldung bei der Landesärztekammer möglich!

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80

Einladung zum Test! Ab sofort bei uns: Die neue Eurocard.

Über Geld verfügen zu können, bedeutet ein wichtiges Stück Unabhängigkeit. Persönliche Freiheit heißt auch, zu je-



der Zeit und an fast jedem Ort ungehindert von seinem Geld Gebrauch machen zu können. Genau dies

ermöglicht Ihnen unsere neue Eurocard mit umfangreichen und exklusiven Zusatzleistungen. Allein in Deutschland bei über 100.000 Akzeptanzstellen, weltweit bei über 6,5 Millionen! Sie haben eine dreimonatige Testzeit. Innerhalb dieser Frist können Sie die Karte gegen Erstattung des Jahresbeitrages zurückgeben. Kommen Sie zu uns und beantragen Sie die „Eintrittskarte für die Welt“: Ihre persönliche Eurocard.



 **Volksbanken Raiffeisenbanken**

Bei Patienten mit *offenen Schädel-Hirntraumen*, die zwar viel schlimmer aussehen, hat man jedoch mehr Zeit, weil sich seltener eine raumfordernde Komplikation entwickelt und dann bereits ein Ventil nach außen besteht. Diese Patienten müssen zwar neurochirurgisch versorgt werden, aber man könnte beispielsweise andere Läsionen vorher versorgen. Für den Arzt am Unfallort gilt als Merksatz: Jeder Schädelverletzte ist auch ein potentiell Wirbelsäulenverletzter, der Transport muß so durchgeführt werden, als ob es sich um ein HWS-Trauma handelt, da sonst zwar des epidurale Hämatom erfolgreich behandelt werden kann, der Patient aber letztendlich querschnittsgelähmt ist. Der Transport sollte möglichst durch drei Personen durchgeführt werden, der Patient sollte in Retroflexion transportiert werden; diese Haltung des Kopfes gefährdet nicht die Intubation.

Bei der *zerebralen Massenblutung* unterscheidet man die hypertone Form von der spontanen Massenblutung. Während erstere zu 70 Prozent und mehr in die Stammganglien blüht, kommt es bei letzterer, deren Ätiologie man noch nicht kennt, zu Blutungen in die Hemisphären, die operiert werden können, wenn der Patient nicht komatös ist, und davon ausgegangen werden kann, daß die Stammganglien nicht betroffen sind. Insgesamt konnte aber eine Verbesserung der Letalität nicht erreicht werden.

Bei der *Subarachnoidalblutung* hat sich die Frühoperation innerhalb der ersten 72 Stunden im Stadium I bis III durchgesetzt, einzelne Gruppen operieren auch im Stadium IV.

Professor Dr. K. Theisen, München:

Der Internistische Notfall: Herzinfarkt – Lungenembolie

Die *akute Lungenembolie* ist aufgrund ihrer zum Teil unspezifischen Symptomatik häufig schwer zu diagnostizieren. Wie Sektionsstatistiken zeigen, können 70 bis 80 Prozent auch massiver Lungenembolien klinisch übersehen werden. Für die heute mögliche Lysetherapie ist eine schnelle Diagnosestellung allerdings nicht erforderlich. Akut einsetzende Atemnot, Pleuraschmerz sowie eine Techypnoe sind die häufigsten klinischen Befunde. Eine thrombosefördernde Anamnese: wie lange Immo-

bilität (z. B. durch Reisen), ausge dehnte operative Eingriffe, Störungen der Blutgerinnung (z. B. durch Antikonzeptiva) sowie Hinweise auf bereits früher durchgemachte Embolien, begründet die Verdachtsdiagnose. Typische EKG-Veränderungen, wie S₁, Q₃, Rechtsschenkelblock, P pulmonale oder Rechtsachsenabweichung, treten allerdings nur bei 26 Prozent der Patienten auf. Als gesichert kann die Diagnose nur durch die Lungenzintigraphie oder die Pulmonalisangiographie gelten. Bei Schweregrad I und II der Lungenembolie ist eine Heparintherapie mit 5000 bis 10 000 IE i. v. und 4000 bis 5000 IE/kg/die über acht bis zehn Tage indiziert, wodurch die Letalität von 42 auf acht Prozent, die Rezidivrate von 55 auf 16 Prozent reduziert werden kann. Beim Schweregrad III und IV hilft nur die Lysetherapie mit Streptokinase oder Urokinase. Ergänzend zur Antikoagulantien- bzw. Lysetherapie sind weitere allgemeine Maßnahmen erforderlich, wie Schmerzbekämpfung mit Morphin oder Tramal, Lagerung, Sauerstoffgabe bei zunehmender Ateminsuffizienz, Gabe von Dextran bei Volumenmangel, Na-bicarbonat bei metabolischer Azidose und bei Schocksymptomatik Dopamin oder Dobutamin.

Der akute Myokardinfarkt: In der Bundesrepublik Deutschland ereignen sich jährlich über 80 000 Todesfälle durch akuten Myokardinfarkt, 60 Prozent davon in den ersten vier Stunden. Die Einführung von Intensivstationen hat die Mortalität in der Hospitalphase, insbesondere durch die Beherrschung von Rhythmusstörungen, von 30 auf ca. 15 Prozent verringert.

Der Einsatz von Notarztwagen in der prähospitalen Phase mit der Möglichkeit der Rhythmusüberwachung und der antiarrhythmischen Therapie einschließlich Elektroschockbehandlung hat die Letalität während des Transportes von 22 auf neun Prozent gesenkt. Ergeben sich deutliche Hinweise oder auch nur Verdachtsmomente auf einen akuten Herzinfarkt, so besteht die prähospitaler Akutversorgung in einer Lagerung des Patienten, der Sauerstoffgabe und Kälteschutz zur Sauerstoffeinsparung. Ein venöser Zugang sollte mittels Verweilnadel und Kochsalzinfusion angelegt werden. Eine Punktion der Arteria subclavia sollte ebenso vermieden werden wie i. m.-Injek-

tionen, die eine spätere Lysetherapie verhindern. Die ekute Abnahme der CK-MB ist diagnostisch von Nutzen. Bereits hier ist eine Risikoabschätzung mit einfachen Mitteln möglich: ein niedriger Blutdruck und eine hohe Herzfrequenz bedeuten eine Letalität von über 50 Prozent, während Patienten mit normalem Blutdruck und niedriger Herzfrequenz eine sehr niedrige Letalität haben. Zur Basistherapie gehört in erster Linie die akute Ruhigstellung des Patienten durch Sedierung und Schmerzbekämpfung, je nach Situation mit Morphinpräparaten oder auch Diazepam und Tramal i. v. Nitroglyzerin sollte zur differentialdiagnostischen Abgrenzung gegenüber einer Angina pectoris gegeben werden. Nitroglyzerin zeigt aber auch beim akuten Myokardinfarkt mehrere günstige Effekte: der arterielle Blutdruck wird nur bei gleichzeitiger Hypertonie stärker gesenkt, die koronare Perfusion wird verbessert, der periphere Widerstand nimmt ab, sowie der Füllungsdruck des linken Ventrikels und damit das Herzzeitvolumen. Nitratinfusionen können die Prognose des akuten Myokardinfarktes verbessern und den Analgetikaverbrauch reduzieren helfen. Seitene Blutdruckabfälle lassen sich durch Flachlagerung kompensieren. Einer Linksherzinsuffizienz beugt man mit Nitrolingual und zusätzlich 40 bis 80 mg Isosorbiddinitrat per os vor, auch ein beginnender kardiogener Schock wird mit Nitroglyzerin oral und per Infusion in einer Dosierung von 0,75 bis 3 mg/Stunde behandelt. Bei ventrikulären Herzrhythmusstörungen ist Lidocain als Bolus 50 bis 100 mg i. v. und anschließende Dauerinfusion von 1 bis 4 mg/min das Mittel der Wahl. Alternativ: Ajmalin, Rytmonorm, Flecainid i. v. Sinusbradykardien ohne Schocksymptomatik bedürfen keiner speziellen Therapie, da diese Patienten eine günstige Prognose aufweisen. Bei Bradykardie mit Schocksymptomatik ist Atropin in einer Dosis von 0,5 bis 2,0 mg i. v. indiziert. Entscheidende Fortschritte in der Akutphase des Myokardinfarktes hat im klinischen Bereich unbestritten die Wiedereröffnung verschlossener Myokardgefäße durch die Lysetherapie gebracht. Am effektivsten scheint Streptokinase und Low dose-Aspirin (160 mg) zu sein.

Referent:

Dr. med. E. Weber, praktischer Arzt, Bahnhofstraße 2, 8587 Creußen



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Ikterus

Der Notfall: Verdacht auf Hepatitis oder Cholangitis

bearbeitet von Professor Dr. H. Lier, Saarbrücken

Symptomatik:

Das Symptom Ikterus zeigt sich bei der Inspektion eines Patienten: Gelbfärbung der Konjunktiven oder auch der Haut (Cave: Neonbeleuchtung mitigiert die konjunktivale und cutane Verfärbung; Ergo: bei Kunstlicht Glühfadenlampen verwenden). Ikterus kann sich asymptomatisch entwickeln, insbesondere bei betagten Patienten mit tumorbedingter Verlegung oder Kompression des ableitenden Gallenwegsystems. Ikterus unmittelbar mit oder nach kolikartigen rechtsseitigen Oberbauchbeschwerden (Fieber nicht ausgeschlossen) kann bei Choledocholithiasis (n. B.: Schmerzen im Gallengangsystem nur bei akuter intraduktulärer Druckerhöhung), Ikterus verbunden mit dyspeptischen Beschwerden, Gelenkschmerzen und Abgeschlagenheit kann bei virusbedingten Leberparenchymerkrankungen (Hepatitis), das Leitsymptom sein. Ikterus mit Schüttelfrost kann unter Umständen lebensbedrohliche Cholangitis bzw. cholangitische Sepsis bedeuten. Im Rahmen einer Arzneimittelleinnahme von potentiell cholesteraseauslösenden Pharmaka tritt Ikterus meist asymptomatisch oder mit leichten Temperaturerhöhungen auf. Ikterus in der Schwangerschaft, insbesondere bei fehlender Schmerzsymptomatik, ist ein Hinweis auf eine Mutter und Kind bedrohende akute Fettleber in der Schwangerschaft. Ikterus hämolytischer Ursachen ist per definitionem durch nicht dunkel verfärbten Urin gekennzeichnet.

Anamnese:

Zur Etablierung der ersten Verdachtsdiagnose ist die Anamnese hilfreich:

1. Ein nach rechtsseitigen kolikartigem Schmerz auftretender Ikterus ist dringend verdächtig auf eine Cholangiolithiasis, bei zusätzlichem Fieber muß der Verdacht auf begleitende Cholangitis geäußert werden.
2. Ohne kolikartigen Schmerz allenfalls mit Oppressionsgefühl im rechten Oberbauch auftretender Ikterus ist bei nicht betagten Patienten verdächtig auf Hepatitis. Es gilt zu erfragen, ob Kontakt mit Gelbsuchtsfällen in der Umgebung bestanden hat oder „medizinischer“ Kontakt (Injektionen, Zahnarzt u. ä.) oder potentiell Cholestase auslösende Medikamente eingenommen werden (hierzu geeignete „Suchliste“ heranziehen). Wichtig ist Erfragung von Reisen in Länder mit endemischer Hepatitis und die Frage nach Genuß hepatitisübertragender Nahrungsmittel (z. B. Muscheln).
3. Schmerzloser Ikterus bei betagten Patienten ist möglicherweise Hinweis auf maligne Erkrankungen, die das Gallenwegssystem einengen oder verschließen (extrahepatische Cholestase).
4. Verdacht auf Ikterus durch angeborene Störungen des Bilirubinstoffwechsels ergibt sich meist zwanglos aus den Aussagen der Patienten, ebenfalls zwanglos ergeben sich alkoholbedingte Ikterusepisoden aus Begleitumständen und „Umfeld“.
5. Nach chirurgischen Eingriffen an den Gallenwegen stehen postoperative Spätkomplikationen zur Debatte (z. B. Strikturen, vergessene Steine u. ä.)

Sofortdiagnostik

Da das Symptom „Ikterus“ bei der ärztlichen Erstkonsultation keine für den Betroffenen lebensbedrohliche Situation darstellt, sind diagnostische Sofortmaßnahmen zum Ziel einer situationsgerechten Soforttherapie nicht nötig. Es erscheint erlaubt, daß der notfall-diensttuende Arzt sich diagnostisch auf Inspektion, Anamnese und physikalischen Befund beschränkt.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Lebenserhaltende therapeutische Sofortmaßnahmen bei der Diagnose „Ikterus“ im Notfalldienst sind nicht bekannt, da nicht evident. — Symptomenlindernde Maßnahmen bei auf Gallenkolik hinweisenden Krankheitsbildern haben eine situationsbezogene Begründung. Das Cholericum Hymecromon i.v. erweitert den Sphinkter der Papilla vateri und trägt zur Drucksenkung im galleableitenden Gangsystem bei. Pentazocin oder Pethidin sind als Schmerztherapeutika hilfreich.

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

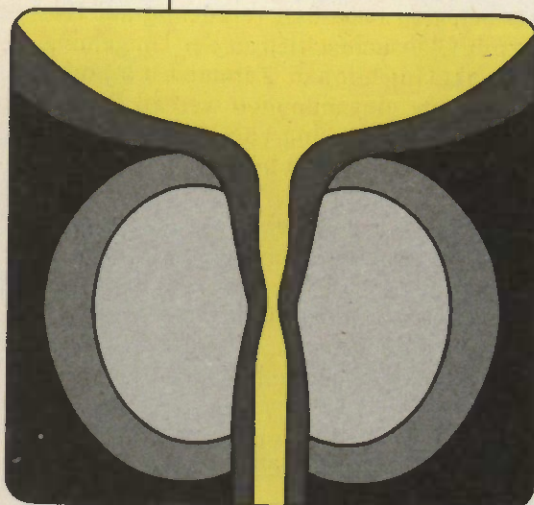
Grundsätzlich sollte gelten, daß jeder Patient, der wegen Ikterus einen notfall-diensttuenden Arzt konsultiert, nach einer evtl. therapeutischen Sofortmaßnahme in klinische Behandlung überwiesen werden sollte, es sei denn, daß sich eine passagere, einem bekannten Krankheitsbild zuzuordnende Episode präsentiert (Anamnese!), die der weiteren Führung durch den behandelnden Arzt überlassen werden soll. Da (mit dieser Ausnahme) der notfall-diensttuende Arzt anders keine Entscheidungskriterien für weiter ambulante Behandlung situativ erarbeiten kann (z. B. bildgebende Verfahren, klinisch-chemische Parameter), ist die klinische Behandlung indiziert.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Es ist prinzipiell nicht zu verkennen, daß das Symptom „Ikterus“ für den betroffenen Patienten ein alarmierendes Symptom ist, das ihn die Hilfe eines notfall-diensttuenden Arztes aufsuchen läßt, obwohl es — mit Ausnahme einer haemolytischen Krise (klinisch heller Urin!) — keine unmittelbar lebensbedrohliche Situation darstellt. Es bedarf daher eines klärenden Gespräches, aber auch der motivierenden Einwirkung, die Situation ursächlich klinisch abklären zu lassen.

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

Bericht über die Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer am 1. April 1989

Zu Beginn seines Berichtes begrüßte Professor Dr. Dr. h. c. Sewering als neue „geborene“ Mitglieder im Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer die Kollegen Dr. Egon Mayer/Erdweg, 1. Vorsitzender des Bezirksverbandes Oberbayern, und Dr. Rudolf Rothlauf/Erlangen, 1. Vorsitzender des Bezirksverbandes Mittelfranken.

Sodann berichtete der Präsident über die Beratungen des Hochschulausschusses zur Problematik der nunmehr zur Überarbeitung anstehenden Hochschullehrer-Nebentätigkeitsverordnung. Der Vorsitzende des Ausschusses habe gebeten, daß die Kammer beim Wissenschaftsministerium eine Harmonisierung von Beamtenecht und GOÄ erreichen soll. Bei der Neuregelung sind allerdings noch andere Ministerien, so das Innen- und das Finanzministerium – beide wegen der GOÄ –, beteiligt.

Im Hinblick auf Berichte über Pflegekräftemangel betonte der Präsident, daß die Arbeit der Ärzte unabdingbar mit einer qualifizierten pflegerischen Versorgung verbunden sei. Die Ärzteschaft werde sich mit den Vertretern der Pflegeberufe in Verbindung setzen und die Bereitschaft zur Unterstützung ihrer berechtigten Anliegen erklären.

Bei der Situation des ärztlichen Nachwuchses sei derzeit keine Lösung in Sicht, nachdem die Kultusministerkonferenz, die über den Numerus clausus beraten habe, ohne greifbares Ergebnis auseinandergelassen sei. Die diskutierte Verringerung der Studienanfänger auf 9500 pro Jahr sei angesichts der zur Verfügung stehenden Weiterbildungsplätze an Kliniken von jährlich 5000 bis 6000 noch unzureichend.

Zum Thema „EG-Richtlinie-Allgemeinmedizin“ informierte der Präsident den Vorstand über ein neues

Grundkonzept des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, das u. a. für 1991 die Einführung einer Studienzeiterkürzung auf fünf Jahre vorsehe. Hierzu sei jedoch eine völlig neue Strukturierung des Studiums – mit jahrelanger Vorlaufzeit – notwendig.

Der Präsident berichtete ferner, daß derzeit 565 Ärzte im Praktikum mit Aufnahme ihrer ärztlichen Tätigkeit bei den Kreisverbänden gemeldet seien. Es sei zu erwarten, daß alle bayerischen Studienabgänger eine AiP-Stelle gefunden hätten. Als schwierig sehe er nach wie vor an, AiPs in Kassenpraxen unterzubringen, nachdem die Zulassungsverordnung für Kassenärzte die Ableistung einer sechsmonatigen Tätigkeit in einer Kassenpraxis über die AiP-Zeit hinaus fordere.

Sodann befaßte sich der Vorstand eingehend mit den Tagesordnungspunkten des 92. Deutschen Ärztetages. Als bedenklich wurde dabei die ständige Ausweitung des Präsidiums des Deutschen Ärztetages angesehen, die sich nach Aufnahme einzelner Berufsverbände weiter fortsetzen werde. Der Kammervorstand beschloß, in Berlin den Antrag einzubringen, das Präsidium des Deutschen Ärztetages abzuschaffen. Dessen Aufgaben könne der Vorstand der Bundesärztekammer ohne weiteres wahrnehmen.

Eingehend wurde sodann die Änderung der Berufsordnung (§ 15 Absatz 3 Satz 2 und 3) besprochen, nachdem der vom letzten Bayerischen Ärztetag beschlossene Passus nicht genehmigungsfähig war. Zwischenzeitlich hat die Rechtsberaterkonferenz eine neue Fassung erarbeitet, die dem nächsten Bayerischen Ärztetag zur Beschlußfassung vorgelegt werden soll.

Zur Thematik „Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung – Liste weiterbildungsermächtigter Ärzte in

Bayern“ lagen insgesamt 203 Anträge vor. 139 wurden positiv entschieden, 63 mußten abgelehnt werden und eine wurde zurückgestellt. 36 Einzelüberprüfungen von Weiterbildungsermächtigungen, länger als fünf Jahre zurückliegend, bestätigte der Vorstand einstimmig. Nach fachlicher Beurteilung mußten sieben Weiterbildungsermächtigungen reduziert werden.

Auf Befürchtungen, das derzeit gültige Prinzip der Gebiete und Teilgebiete sei bei Einführung des „Freien Marktes“ 1992 bedroht, entgegnete Professor Sewering, daß das gesamte Arztrecht der EG auf der gegenseitigen Anerkennung von im Land vorhandenen Diplomen beruhe. Kein Land könne somit gezwungen werden, ein Diplom einzuführen oder aufzugeben. Im übrigen wurde die freie Niederlassung innerhalb der EG-Staaten schon durch die EG-Richtlinie von 1975 ermöglicht. Der „Freie Markt“ für Ärzte existiert also bereits.

Sodann nahm der Kammervorstand zustimmend einen Bericht über die „Ärztliche Stelle bei der Bayerischen Landesärztekammer“ nach der Röntgenverordnung – zuständig für 608 Betreiber von Röntgenanlagen im nichtkassenärztlichen Bereich mit insgesamt rund 3300 Röntgenröhren – zur Kenntnis. Die Kosten hierfür werden im Umlageverfahren erhoben, belasten also nicht den Kammerhaushalt.

Daneben stimmte der Kammervorstand grundsätzlich der Einführung der Fachkunde „Rettungsdienst“ – voraussichtlich zum Jahresanfang 1990 – zu. Hierfür soll das bestehende bewährte dreistufige Fortbildungskonzept für Notärzte, an dem seit 1984 ca. 12 000 Kollegen teilgenommen haben – 2300 davon haben alle drei Stufen abgeschlossen –, auf 50 Stunden aufgestockt und neben einer mindestens einjährigen klinischen Tätigkeit im Akutkrankenhaus

euch der Nachweis von Einsätzen im Notarztdienst verlangt werden. Daneben werden Übergangsregelungen den Erwerb der Fachkunde „Retzungsdienst“ ermöglichen. Für aktive Notärzte wird ferner eine 40stündige Fortbildung „Leitender Notarzt“ entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer angeboten werden.

Der Vorstand stimmte sodann der Empfehlung der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung zu, als Schwerpunktthema für die ärztliche Fortbildung den Kreisverbänden „Die psychische Betreuung und die soziale Beratung Schwerekranker“ zu empfehlen.

Vizepräsident Dr. Hege berichtete dem Vorstand über die Arbeit der Ethik-Kommission der Bayerischen Landesärztekammer. Die 14 im Jahr 1988 eingegangenen Anträge wurden alle bereits erledigt; im ersten Quartal 1989 sind bereits 29 Anträge eingegangen, von denen 14 abschließend behandelt werden konnten.

Zwei Rügen wurden vom Vorstand bestätigt.

Personalia

Professor Dr. F. Holle 75 Jahre

Professor Dr. med. Fritz Holle, Lindenstraße 7, 8000 München 90, emeritierter Professor für Chirurgie und mehr als 20 Jahre Direktor der Chirurgischen Poliklinik der Universität München, feierte am 30. April 1989 seinen 75. Geburtstag. Insbesondere sein Eintreten für eine form- und funktionserhaltende Magen Chirurgie verschafften ihm internationales Ansehen. Seine hervorragenden Verdienste wurden u. a. durch die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes I. Klasse und Ehrenmitgliedschaften, so der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen, des American College of Surgeons und der Hellenischen Chirurgengesellschaft gewürdigt.

ad multos annos!

Privatdozent Dr. med. Siegbert Kolb, Internist, Bahnhofstraße 87, 8623 Staffelstein, wurde der Erlanger Förderpreis 1988 (zur Hälfte) verliehen.

Privatdozent Dr. med. Wolfgang E. Berdel, I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde von der Emory University in Atlanta (Georgia) zum „Visiting Associate Professor of Medicine“ ernannt. Ferner wurde er in das Herausgebergremium der internationalen Zeitschrift „Journal of Lipid Mediators“ gewählt.

Professor Dr. med. Dr. phil. Siegfried Borelli, Direktor der Dermatologischen Klinik der Technischen Universität München, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40, wurde am 14. April 1989 zum Vorsitzenden des Kuratoriums der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin gewählt. Er ist seit Bestehen der Akademie Mitglied des Kuratoriums und seit 1982 stellvertretender Vorsitzender.

Professor Dr. med. Hennis-Jürgen Merté, Direktor der Augenklinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde anlässlich des 13. Internationalen Glaukokongresses der „Sir Stewart Duke-Elder Glaucoma Award“ verliehen.



FV
AKTUELL
Fachvermittlung
für besonders
qualifizierte Fach-
und Führungskräfte

Die Fachvermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit suchen Stellen für

Ärzte/Ärztinnen im Praktikum (AiP).

Auch in diesem Jahr richtet sich unsere dringende Bitte an Sie:

Helfen Sie Ihren jungen Kolleginnen und Kollegen, indem Sie AiP-Plätze zur Verfügung stellen!

Vermittlung und weitere Auskünfte durch die Fachvermittlungsdienste für besonders qualifizierte Fach- und Führungskräfte bei den Arbeitsämtern Augsburg, Berlin, Bielefeld, Bochum, Bonn, Bremen, Dortmund, Düsseldorf, Frankfurt, Freiburg, Gießen, Göttingen, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Kiel, Köln, Mainz, München, Münster, Nürnberg, Oldenburg, Saarbrücken, Stuttgart, Würzburg sowie durch alle anderen Arbeitsämter.



Bundesanstalt für Arbeit

Wahlen im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

In das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurden folgende bayerische Ärzte gewählt:

Professor Dr. med. Hartwig Bauer, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung am Kreis Krankenhaus Alt/Neuötting, Vinzenz-von-Paul-Straße 10, 8262 Altötting

Professor Dr. med. Franz Paul Gall, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen

Professor Dr. med. Heiko Denecke, Chirurgische Klinik der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70

Privatdozent Dr. med. Henryk Dancygier, II. Medizinische Klinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum Vorsitzenden der „European Association for Gastroenterological Emergencies and Intensive Care (EAGM)“ gewählt.

Dr. med. Ernst Bauer, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Händelstraße 2, 8500 Nürnberg 20, wurde vom Ärztlichen Bezirksverband Mittelfranken zum Ehrenvorsitzenden gewählt. Er war 30 Jahre Vorsitzender dieses Gremiums, in welcher Eigenschaft er auch dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer als Mitglied angehörte.

Dr. med. Michael Böhm, Medizinische Klinik I der Universität München, Marchloninistraße 15, 8000 München 70, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin der Theodor-Frerichs-Preis verliehen.

Professor Dr. med. Eberhart Zrenner, Leiter der Laboratorien des Max-Planck-Instituts für Physiologische und Klinische Forschung in der Augenklinik der Universität München, hat den Ruf auf den Lehrstuhl II der Augenklinik Tübingen, Abteilung für Pathophysiologie des Sehens und der Neuroophthalmologie, angenommen. Der Abteilung ist jetzt auch eine „Forschungsstelle für Experimentelle Ophthalmologie“ zugeordnet.

Privatdozent Dr. med. Joachim Mössner, Leiter des Funktionsbereiches Gastroenterologie der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, wurde anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten der „Preis für klinische Gastroenterologie“ verliehen.

Professor Dr. phil. Gerhard Pfohl, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin und Medizinische Soziologie der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde als außerordentliches Mitglied in die Bayerische Benediktiner-Akademie berufen.

Dr. med. Anton Platel, Allgemeinarzt, Schnellriederweg 6, 8190 Wolfratshausen, wurde nach zwölfjähriger Tätigkeit als Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern (damit auch Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer) zum Ehrenvorsitzenden gewählt.

Anzeige

Zur Bioverfügbarkeit/Bioäquivalenz von Nifedipin-Handelspräparaten

Das Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker (ZL) hat vergleichende Bioverfügbarkeits-Studien erstellt von:

NIFICAL-10-TABLINEN **NIFICAL-TROPFEN** **NIFICAL-TABLINEN retard**


Fordern Sie ein Exemplar der ZL-Publikation an bei:

Beiersdorf AG Abt. 2686 Postfach 54 07 07 2000 Hamburg 54

Zusammensetzung: Nifical-10-Tablinen: 1 Kapsel enthält 10 mg Nifedipin. Nifical-Tablinen retard: 1 Tablette enthält 20 mg Nifedipin. Nifical-Tropfen: 1ml Lösung enthält 20 mg Nifedipin (1 Tropfen = 1mg Nifedipin). **Anwendungsgebiete:** Koronare Herzkrankheit, Hypertonie. **Gegenanzeigen:** Herz-Kreislauf-Schock, in den ersten 8 Tagen nach akutem Myokardinfarkt, Schwangerschaft, strenge Indikation in der Stillzeit. Vorsicht bei schwerer Hypotonie < 90 mm Hg syst. **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, Flush, Wärmegefühl, Übelkeit, Schwindel, Müdigkeit, Hautreaktionen, Parästhesie, hypotone Reaktion, Palpitationen, Erhöhung der Pulsfrequenz, Beinödeme, Gingiva-Hyperplasie, äußerst selten nach der Einnahme retrosternale Schmerzen. Vorsicht bei Dialyse-Patienten mit maligner Hypertonie (deutlicher Blutdruckabfall). **Wechselwirkungen:** Andere blutdrucksenkende Pharmaka, Betarezeptorenblocker, Cimetidin (verstärkte Blutdrucksenkung). **Hinweis:** Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens möglich, besonders bei Behandlungsbeginn, Präparatewechsel, Alkoholgenuß!

Bitte senden
Sie mir den Sonderdruck
zur Bioverfügbarkeit / Bioäquiva-
lenz von Nifedipin-Handelspräparaten zu.

Name: _____
Anschrift: _____



Nach dem Gesundheits-Reformgesetz

Die politische Diskussion über das Gesundheitswesen ist, wie zu erwarten war, mit der Verabschiedung des „Gesundheits-Reformgesetzes“ nicht beendet. Dafür ist der Reformensatz trotz der mehr als 200 Paragraphen zu begrenzt geblieben; auch läßt das Gesetz viele Fragen offen, die erst bei dessen Anwendung zu beantworten sind. Zu dem Geplänkel zwischen den betroffenen Gruppen und dem Arbeitsministerium zählt auch die Frage, ob die Kassenärzte verpflichtet sind, bei der Anwendung von Heilmitteln in der ärztlichen Praxis die Zuzahlung von zehn Prozent zu kassieren. Staatssekretär Jagoda hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Androhung eines Zwangsgeldes aufgefordert, die Kassenärztlichen Vereinigungen anzuhalten, das zu tun, was das Gesetz nach Meinung des Ministeriums verlangt. Die Kassenärzte sollen die zehnpromtente Zuzahlung bei Heilmitteln einziehen und an die Kassen abführen.

Die Aufsichtsordnung des Ministeriums dürfte die Kölner Zentrale der Kassenärzte nicht überrascht haben. Die Reaktion kam nämlich prompt: Die KBV wird dagegen vor dem Sozialgericht klagen. Es wird also wohl noch Jahra dauern, ehe klar ist, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärzte verfahren müssen. Die Koalition wollte, daran ist nicht zu zweifeln, daß auch die Kassenärzte die prozentuale Zuzahlung von ihren Patienten kassieren. Aber der einschlägige Paragraph 32 Absatz 2 des Sozialgesetzbuches V ist eben nicht so eindeutig formuliert worden, wie dies in Bonn behauptet wird. Was außerhalb der ärztlichen Praxis als Heilmittel angeboten wird, gilt in der ärztlichen Praxis als Teil der ärztlichen Behandlung und wird im Rahmen der Gesamtvergütung honoriert. Damit liegt bei der Leistungserbringung nicht einmal der Preis fest, nach dem die prozentuale Zuzahlung zu bemessen wäre. Das war schon bislang so, und daran hat das Reformgesetz nichts geändert. Wer das korrigieren will, muß eben das Gesetz entsprechend formulieren. Das dürfte der neue Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Ulrich Oesingmann, dem Bundesarbeitsminister bei seinem Antrittsbesuch in Bonn gesagt haben.

Die volle Unterstützung der KBV findet dagegen das Bemühen des Arbeitsministeriums, im Zuge der Umsetzung der EG-Richtlinie über die Allgemeinmedizin in deutsches Recht die ärztliche Aus- und Weiterbildung neu zu gestalten. Gesundheitsministerin Professor Ursula Lehr scheint in dieser Frage aufgeschlossener zu sein als ihre Vorgängerin. Zwischen

dem Arbeitsministerium, den Kassenverbänden, der Ärzteschaft und Frau Lehr hat es darüber erste Gespräche gegeben. Im Anschluß daran hat das Arbeitsministerium ein Arbeitspapier formuliert. Daneben soll das Medizinstudium von sechs auf fünf Jahre verkürzt und für die Allgemeinmedizin eine Qualifikation von drei Jahren verlangt werden. Das Konzept soll gewährleisten, daß ein Arzt nach einer achtjährigen Aus- und Weiterbildung Kassenarzt werden kann.

Zur „Strukturierung“ der dreijährigen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin heißt es in dem Papier wie folgt: „Zweieinhalb Jahre sind zwingend in der Praxis eines niedergelassenen Arztes und im Krankenhaus abzuleisten. Sie sind so zu strukturieren, daß Mindestzeiten in Kernrichtungen der Allgemeinmedizin absolviert werden (beispielsweise beim Arzt für Allgemeinmedizin) ... Ein halbes Jahr kann in Komplementärrichtungen (Werks- oder Betriebsärztlicher Dienst, Medizinischer Dienst, Rehabilitationszentren, Sanitätszentren der Bundeswehr) absolviert werden.“

Recht vage sind noch die Vorstellungen über die Verkürzung des Medizinstudiums auf fünf Jahre. Damit solle beim praktischen Krankenhausjahr angesetzt werden, heißt es in dem Papier. Soweit dies mit der EG-Richtlinie, die eine Ausbildungszeit von 5500 Stunden verlangt, vereinbar sei, könnten Teile des praktischen Jahres in die allgemeinmedizinische Weiterbildung verlagert werden, meint das Ministerium. Die Abschnitte, die im Studium verbleiben, sollten dann in Vorlesungs- und Prüfungszeiten absolviert werden. Das Ministerium spricht sich für eine Entlastung beim Fächerkatalog aus. – Nach dem Zeitplan des Ministeriums soll die dreijährige Weiterbildung schon 1990 eingeführt werden, die Verkürzung des Medizinstudiums auf fünf Jahre spätestens zum Sommersemester 1991. Die Verkürzung des Studiums sollte dann auch für jene Studenten gelten, die bereits drei Jahre ihres Studiums zurückgelegt haben. Nach der EG-Richtlinie wäre die dreijährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin von 1995 an Zulassungsvoraussetzung für den Kassenarzt. Der Zeitplan, den das Ministerium vorgibt, ist sicherlich sehr optimistisch gewählt. Es wird sicherlich noch viel Wasser im Rhein in Bonn vorbeifließen, ehe dieses Programm zu Wirklichkeit ist, zumal sich die Länder darauf verständigt haben, AIP und kassenärztliche Vorbereitung zu einer zweijährigen Aus- und Weiterbildungszeit zusammenzufassen. Es kann also noch Sand ins Getriebe kommen.

Anfang April hat die Bundesregierung dem von Blüm vorgelegten Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhaus-Neuordnung 1984 zugestimmt, nachdem schon Wochen zuvor daraus Teilinformationen veröffentlicht worden waren. Der Erfahrungsbericht wurde bereits als „Blüm-Papier“ zitiert, ehe der Minister es überhaupt gesehen hatte. Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, daß die Krankenhaus-Reform erste positive Auswirkungen zeige. So seien 1988 die Krankenhausaufgaben erstmals nach zehn Jahren wieder langsamer gestiegen als die für die Einnahmen der Krankenkassen maßgeblichen beitragspflichtigen Arbeitsentgelte. Diesen positiven Trend, so meint das Ministerium, werde das Gesundheits-Reformgesetz verstärken. Dazu trügen die Krankenhaus-Preisvergleichslisten ebenso bei wie das den Krankenkassen eingeräumte Kündigungsrecht.

Für die Bewältigung der Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser gebe es keine Patentrezepte, sagte Blüm. Die Forderungen nach Ablösung des dualen Krankenhaus-Finanzierungssystems und nach der Beseitigung des umstrittenen Selbstkostendeckungsprinzips könnten nur Fernziele sein. Vor allem komme es jetzt darauf an, die Anreize in den Krankenhäusern für mehr Wirtschaftlichkeit zu stärken. Dazu nennt das Ministerium u. a. folgende Vorschläge: Ablösung des allgemeinen Pflegesatzes durch Abteilungspflegesätze; Einführung von landesweit oder regional vereinbarten Preisen für einen Teil der Krankenhausleistungen; den Krankenhäusern sollten durch Wirtschaftlichkeit erzielte Gewinne belassen werden; die Investitionsmittel der Länder sollten nicht mehr nach der Bettenzahl bemessen werden; auf die staatliche Genehmigung der von den Vertragspartnern vereinbarten Pflegesätze könne verzichtet werden.

Zur Diskussion über den „Pflegenotstand“ leistet der Bericht keinen Beitrag. Blüm sagte nur, daß es einen akuten Pflegenotstand in den Krankenhäusern nicht gebe. Dieser werde aber in den neunziger Jahren entstehen, wenn die Weichen jetzt nicht richtig gestellt würden. Bettenabbau könne daher nicht gleichbedeutend mit Personalabbau sein. In den Krankenhäusern werde zum Teil unter schwierigsten Bedingungen gearbeitet. Hier könnten auch dadurch Entlastungen entstehen, daß das Instrument der Teilzeitarbeit „offensiver und phantasievoller“ eingesetzt werden. So könne ein großes Reservoir an ausgebildeten Fachkräften genutzt und für die Zukunft erhalten werden, sagte der Minister, der dafür eintrete, den Personalbedarf stärker nach den Leistungen zu bemessen als nach der Bettenzahl. Mit diesen Hinweisen allein wird diese Diskussion nicht zu beenden sein.

bonn-mot

Oberster Datenschützer unter Beschuß

Sebastian Oberhauser, Bayerns oberster Datenschützer und knapp zwei Jahre gegen den Widerstand der Opposition im Amt, steht erneut unter Beschuß von SPD und Grünen, seit er Mitte Dezember seinen zweiten Tätigkeitsbericht dem Landtag vorlegte. Den 200 Seiten starken Report bezeichnete der für Datenschutzfragen in der SPD-Fraktion zuständige Klaus Warnecke als einen „großflächig angelegten Versuch, in Bayern existierende datenschutzrechtliche Probleme weiß- und wegzuwaschen“. Was der SPD-Sprecher als „Märchenbuch“ bezeichnete, war für den Grünen-Abgeordneten Hartmut Bäumer ein „bemerkenswert informationsarmer Exkurs in allen Bereichen von Datensammlungen“ und ein Rechtfertigungsbericht für die vom Gesetz nicht gedeckte Datensammelwut bayerischer Behörden.

Insgesamt haften Oberhauser in dem „10. Tätigkeitsbericht des Landesbeauftragten für den Datenschutz“, der alljährlich dem Landtag vorgelegt wird, den Behörden des Freistaats in den Jahren 1987/88 im großen und ganzen einen korrekten Vollzug der Datenschutzvorschriften bescheinigt. Erneut stand bei den Kontrollen die Datenverarbeitung bei Polizei, Verfassungsschutz und Justiz im Vordergrund, weil sich auf diese Bereiche das Interesse der Öffentlichkeit auf die Freiheitsrechte der Bürger konzentrierte, und nicht – so Oberhauser – weil es dort besonders viele Beanstandungen gegeben habe. Grundsätzlich sei er bei seinen Überprüfungen davon ausgegangen, es nicht auf eine Konfrontation mit den Behörden anzulegen und sich auch nicht als Opposition oder Gegengewicht gegen diese zu verstehen. Als Kontrollinstanz habe er lediglich auf die Einhaltung der Datenschutzgesetze zu achten.

Angesichts der Fülle der täglich zu verarbeitenden Informationen seien nur sehr wenige Datenschutzverstöße vorgekommen, sehe man von einzelnen Beanstandungen im Polizei- und Gesundheitsbereich ab. Für den Bereich der Polizei stellte er fest, daß die Zahl der Datenschutzfehler deutlich abgenommen habe. Während ihn beispielsweise die Überprüfung des Polizeipräsidiums München

zwei Jahre zuvor noch „recht nachdenklich gestimmt“ hatte, so habe sich die Situation dort inzwischen nachhaltig gebessert. Nach Oberhauser ist generell festzustellen, daß sich die Polizei einer wachsenden Kriminalität und einem zunehmendem Druck auf eine höhere Aufklärungsquote gegenübersehe, gleichzeitig die Mittel für mehr Planstellen aber begrenzt seien: „In dieser Situation dürfen der Polizei unter Berufung auf den Datenschutz durch die Gesetzgebung und durch die Kontrollpraxis keine vom Persönlichkeitsschutz nicht geforderten Beschränkungen auferlegt werden.“ Allerdings erfordere der zunehmende Einsatz von Personal-Computern bei der Polizei zum Teil völlig neue Überlegungen, um den Datenschutz zu gewährleisten.

Unter dem Kapitel „AIDS“ hielt der Datenschutzbeauftragte fest, neben umfassender und intensiver Beratung und Aufklärung bestünde auch der gesetzliche Auftrag, das seuchenrechtliche Instrumentarium voll anzuwenden. Der Datenschutz stünde geeigneten und wirksamen Maßnahmen, um die Ausbreitung von AIDS zu verhindern oder zu verlangsamen, nicht im Weg. Oberhauser attestierte der Polizei, daß sie sich in der Regel bei der Weitergabe eines Ansteckungsverdachts an die Gesundheitsämter korrekt verhalten habe. Auch die Gesundheitsämter selbst seien bei der anonymen AIDS-Beratung mit Vermerken sorgfältig umgegangen: Aus den Beratungsunterlagen sei keine namentliche Bestimmung der beratenen Personen möglich.

„Datenschutzlücken“ registrierte Oberhauser jedoch beim Umgang mit persönlichen Daten, die in nicht-öffentlichen Gemeinderatssitzungen bekannt werden, und aufgrund unzulänglicher Kontrollbefugnisse der Datenschützer bei ihrer Arbeit in den Finanzämtern. Er hielt es für bedenklich, daß sorglos persönliche Daten aus nicht-öffentlichen Gemeinderatssitzungen an die Öffentlichkeit gelangen, und regte gegen das Weiterplaudern an, wirksamere Gegenmaßnahmen – etwa in Form von häufigeren Ordnungsgeldern oder schärferen Vorschriften – zu ergreifen. Problematisch erschien ihm auch, daß er nicht prüfen könne, ob die

Finanzämter über rechtlich zulässiges Wissen verfügten oder unzulässig erlangte Daten speicherten oder nutzten. Wegen dieser eingeschränkten Kontrollbefugnis verlangte er: „Der Vorhang des Steuergeheimnisses darf nicht vor, sondern erst nach dem Datenschutzbeauftragten herunter gehen.“

Gleichwohl war der jüngste Datenschutzbericht für die Opposition Anlaß, den Rücktritt Oberhausers zu fordern. SPD-Sprecher Warnecke warf ihm vor, er sei „In hohem Maße bemüht, tatsächliche, den Behörden gegenüber erfolgte Kritik zu verschleiern“. So hätten die Datenschützer beim Polizeipräsidium München in einem internen, 30 Seiten umfassenden Bericht „überkritische Zustände“ aufgedeckt, die Oberhauser mit keinem Wort erwähne. Ebenso vermerke er nicht, daß Verwaltungsbehörden Datenverarbeitungsanlagen einsetzen, für die die vorgeschriebene Verfahrensfreigabe nicht erfolgt sei. Nach zehnjähriger Geltungsdauer des Datenschutzgesetzes sei das so, als würde ein Bürger sagen, ihm sei völlig neu, daß man zum Autofahren einen Führerschein brauche. Für entlarvend hielt Warnecke schließlich die Feststellung des Tätigkeitsberichtes: „Bei den Sicherheitsgesetzen kann es im wesentlichen nur darum gehen, die Befugnisse der Sicherheitsbehörden auf eine tragfähige rechtliche Grundlage zu stellen. Die weit darüber hinausgehenden Forderungen der Mehrheit der Datenschutzbeauftragten der Länder nach radikaler Beschränkung der Informationstätigkeit der Sicherheitsbehörden würden die innere Sicherheit gefährden und wären für mich deshalb nicht akzeptabel.“ Daraus folgerte Warnecke, daß Oberhauser der Schutz der Datensammelwut der Behörden wichtiger sei als der Schutz des Bürgers vor dieser Sammelwut.

Als Konsequenz aus der Auseinandersetzung mit dem Datenschutzbeauftragten hat die SPD einen eigenen Gesetzentwurf über die Errichtung einer eigenen Landesbehörde als Dienststelle für den Landesbeauftragten für Datenschutz, der gegenwärtig organisatorisch bei der Staatskanzlei angesiedelt ist, eingebracht. In ihm ist auch die Wahl des obersten Datenschützers durch das Parlament mit Zweidrittelmehrheit vorgesehen. Dadurch, so die SPD, werde Legitimation und Qualifikation des Beauftragten erhöht. Für die CSU stand jedoch eine solche Regeleiung im Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Gewaltenteilung. Aus diesem Grund lehnte die Regierungspartei den SPD-Vorstoß bereits im Rechtsausschuß des Landtags ab.

Michael Gscheidle

Arzt und Autor – Bücher für jedermann (II)

Wie angekündigt, setzen wir die Buchbesprechungen vom vorigen Heft fort. „Lesen hilft Leben“ – das Buch sei vielen Freude und Genuß, aber auch Helfer und Tröster.

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

ÄSIB – Ärzte schreiben in Bayern

Herausgeber: P. Pfeiffer/H. Rauchfuss, 392 S., kart., DM 28,80. Verlag Ph. C. W. Schmidt, Neustadt/Aisch.

Auch wenn der Titel ÄSIB (angelehnt an ÄSOP?) nicht gerade umwertend ist, so darf der erste Band dieser von Peter Pfeiffer und Harald Rauchfuss herausgegebenen Anthologie doch mit Fug und Recht als ein verheißungsvoller Auftakt einer hoffentlich weitergeführten Reihe angesehen werden. Das breite Spektrum der schreibenden Medizinerzunft in Bayern widerspiegelt sich hier bestens. Gedichte, Aphorismen, heitere und ernste Erzählungen, Essays, Glossen und Impressionen sind in dieser mit großem literarischen Gespür zusammengestellten Edition aneinandergereiht, alphabetisch geordnet von Marcel Bahro bis Erich Weihs, literarisch gesehen von der etwas betulichen Schnurre aus frohen Kindertagen bis zur durchaus überzeugenden experimentellen „Konkreten Poesie“ reichend. Freilich, ein paar Gelegenheitsgedichte mit schlichtem Reim und Allerweitsaussagen sind auch in diesen Band gerutscht. Doch was besagt das schon bei der Fülle von fast 300 Texten? Und so selen hier neben Richard Geithners lyrischen Impressionen zu Gemälden von Franz Marc und Max Beckmann und Otto Molz' herrlich-herzlichen „Schmunzel-diagnosen“, neben Renata Myketiuks tiefgründelnden Sonetten und Gian Luigi Nardis Aphorismen, neben Andreas Schuhmanns schön assoziativer Gedankenlyrik und Robert Teischingers Glossen und Limericks stellvertretend für alle wenigstens drei Medici hervorgehoben, deren Texte mich besonders angerührt haben: Karl Pfeil gelang es außerordentlich gut, einige autobiographisch angehauchte Gedichte mit der Philosophie chinesischer Weisheit zu verbinden. Erwin Stetter sinniert in seinen Gedichten voll Elegie und Wehmut vergangenen Zeiten nach und brachte dazu auch ein paar nette Sprachspielereien ein. Und Hans Spiecker setzt sich in seiner sehr zum Nachdenken anregenden Lyrik mit manchen negativen Zeiterscheinungen wie der Anonymität („Mehr als du denkst“) und dem Drogenproblem („Sackgasse“) ebenso eindringlich wie kritisch auseinander. Vieles gäbe es noch in diesem Alma-

nach zu entdecken. Ob die größeren Verlage sich darum bemühen? Zu hoffen wäre es auf jeden Fall.

Hannes S. Macher

Der Herbstwind trocknet die Tränen – Roman

Verfasser: H. Schneider, 384 S., geb., DM 38,-. J. F. Steinkopf Verlag, Stuttgart.

Welche Einsichten in wahrhaft geschichtliche Dimension einer Epoche geben uns doch jene großen Romana unserer Literatur, wenn sie Familienschicksale mit zeitbedingtem Verfall und Untergang als zentralen Kern in ihr historisches Epos stellen. Blutvolles Leben haucht der Autor seiner Geschichte ein. Romane wie „Die Buddenbrooks“ von Thomas Mann oder „Radetzki marsch“ von Joseph Roth gehören in diese Kategorie. Hugo Schneiders „Der Herbstwind trocknet die Tränen“ ist der Schicksalsroman der Bessarabiendeutschen schwäbischer Herkunft um ihre Heimat, den großen Exodus von 1940 und einen versuchten Neuanfang. Und inmitten des historischen Geschehens steht die prächtige Gestalt des Bauern Gottfried Höhn. Nein, kein herrschender Patriarch, vielmehr „rocher de bronze“ in allen freud- und leidvoll schicksalsträchtigen Tagen, die seine Familie als integrierter Teil jener hart geprüften bessarabischen Volksgruppe durchleben mußte. Hugo Schneiders „Seelengeschichte einer auslandsdeutschen Tragödie“ darf sich mit seinem hohen erzählerischen Niveau, seinem spannungsreichen, von wechselhaften Szenen erfüllten Inhalt historischer Ereignisse, mit seinen feinen philosophisch-psychologischen Einlassungen durchaus an die Seite der großen deutschen Romantradition stellen. Kommt noch hinzu: Schneider gibt das Spiegelbild der Zeitgeschichte aus authentischer Quelle; er selbst stammt aus Bessarabien. Und wer jene Zeit miterlebt hat, ist von der Echtheit und Ehrlichkeit der Schilderungen fasziniert. Wer aber nur aus reiner Historie weiß, sich nur vom Hörensagen sein Bild machen konnte, muß nach dieser Lektüre so manches Klischee über Bord werfen. Angesichts der heutigen Probleme um Aussiedler aus dem Osten gewinnt gerade dieser Roman höchst aktuelle Bedeutung.

ASch

Briefe an ein Kamel – Bekenntnisse einer Eule

Verfasserin: M. Bednara, 30 S., Paperback, DM 7,80. Th. Breit Verlag, Marquartstein.

Bekenntnisse sind Selbstenthüllungen. Mögen sie als ein Bekennen zur Umwelt, zur Mitwelt, zu sich selbst oder auch im transzendentalen Sinn gemeint sein. Bekenntnisse einer Eule aber, Symbol der dia Dunkelheit des Nichtwissens durchdringenden Weisheit, Attribut der weisen Athene, heben hier das Rollenverhalten in der Alltagswelt menschlicher Beziehungen unter dem Blickwinkel der Liebe ab. „Mir ist die Finsternis nicht finster, die Nacht so helle wie der Tag“ – der Psalm wurde in Beziehung zur Eule gebracht. Und alles Dunkle in der Einsamkeit hellt sich auf, wenn sich dieser Eule, tagscheu, Liebe offenbart, der sie in Briefen an die Erhabenheit und dienenden Demut zugleich, an die gravitätische Würde eines königlichen Wüstentieres zärtlich und feindlich distanziert Ausdruck verleiht. Der „kleine“ Nachtvogel und das „große“ Tagtier! Distanz und Nähe unter dem Siegel achtbarer Bewunderung. Ein sinnstiftender Freudenspender für alle, die geliebt wurden und lieben wollen. Nur dreißig Seiten! Der Umfang tut es nie; Qualität triumphiert. Eine lyrische Prosa! Maria Bednara gelang ein zwar kleines, aber exquisit einzeigängigeres Werk, in dem unverwechselbar eben auch die ihr eingegebene lyrische Grundhaltung beheimatet ist.

ASch

Gibt es ein Weiterleben nach dem Tode?

Verfasser: W. Freytag, 279 S., Leinen, DM 38,-. R. G. Fischer Verlag, Frankfurt.

Der Sinn von Leben und Tod aus der Sicht der Glaubensgemeinschaften und Naturwissenschaften – so der Untertitel eines exzellenten Sachbuches mit Bekennermut. Das Bemühen des Autors um die Frage, die jeden Menschen zutiefst berührt, ihn um so existentieller trifft, je näher er sich zum Tode hinbewegt, ist ehrlich und von einer Tiefendimension, die Respekt abverlangt. Sein umfassendes physikalisch-philosophisches Wissen zeichnet ihn als Universalisten aus. Der hochbetagte, viel gelesene Autor zahlreicher populärwissenschaftlicher Bücher hat hier die Quintessenz seines naturwissenschaftlichen und naturphilosophischen Denkens eingebracht. Die Naturwissenschaften sind ihm Fundament aller Erkenntnisse. „Energene“ – Grundbausteine des „Weltengeistigen“, unzerstörbar, ewig bleibend, seien die Elemente des Weiterlebens. Gefühl und Glauben unterlägen stets dem Irrtum, meint er. Und Wissenschaft? Gibt es die ohne Dogmatik, ohne Wandel, ohne Irrtum?

ASch

Kongresse: Allgemeine Fortbildung

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

Dauer: 60 Stunden

Teilnahmevoraussetzung:

Zweijährige Tätigkeit im Röntgenbereich

Termine und Kursorte:

16. bis 26. Mai 1989

Amberg, Städtisches Marienkrankenhaus

22. September bis 7. Oktober 1989

(nur Freitag und Samstag)

Bamberg, Klinikum

2. bis 24. Juni 1989

(nur Freitag und Samstag)

Deggendorf, Städtisches Krankenhaus

25. September bis 4. Oktober 1989

Erlangen, Universitätsklinik

22. bis 30. Juni 1989

21. bis 29. September 1989

Landshut, Städtisches Krankenhaus

22. Mai bis 2. Juni 1989

(22.-24. Mai und 29. Mai-2. Juni)

25. September bis 4. Oktober 1989

27. November bis 6. Dezember 1989

Regensburg, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

19. bis 27. Juni 1989

Rosenheim, Städtisches Krankenhaus

20. bis 29. September 1989

Schweinfurt, Leopoldina-Krankenhaus

2. bis 24. Juni 1989

(nur Freitag und Samstag)

Würzburg, Stiftung Juliusspital

Auskunft und Anmeldung:

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

22. Bad Reichenhaller Kolloquium vom 16. bis 18. Juni 1989

Für AiP geeignet

Veranstalter: Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. Magnussen, Großhansdorf

Themen: Inhalationstherapie - Bronchoalveoläre Lavage (BAL)

Ort: Staatliches Kurhaus, Bad Reichenhall

Freitag, 16. Juni 1989

Vorsymposium: Neue Wege in der Inhalationstherapie obstruktiver Atemwegserkrankungen

Vorträge: Bedeutung der Inhalativen Therapie - Partikelgröße und Depositionsverhalten - Treibgasinfluß auf die Ozonschicht - Bewertung neuer Formen der Inhalationstherapie - Beta-2-Sympathikomimetika - Wirksamkeit eines treibgasfreien Dosieraerosols

Samstag, 17. Juni 1989

Hauptthema: Stellenwert der bronchoalveolären Lavage (BAL) in der pneumologischen Diagnostik

Vorträge: Durchführung der BAL und Sicherheit - Meßgrößen in der BAL - Pathologisch-anatomische Befunde - Sarkoidose - Idiopathische Fibrose - Exogen-allergische Alveolitis - Interstitielle Lungenerkrankung bei systemischen Erkrankungen - Pneumonie - AIDS - Intensivmedizin - Seltene Lungenerkrankungen - Pneumokoniosen

Sonntag, 18. Juni 1989

Vorträge: Tumorerkrankungen - Lavage als Therapieansatz - Asthma bronchiale - Forschungsansätze

Rundtischgespräch „BAL: Standard oder Luxus in der pneumologischen Diagnostik“

Auskunft:

Professor Dr. D. Nolte, Städtisches Krankenhaus, Riedelstraße 5, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (0 86 51) 72-2 07 oder 2 83

4. Internationales Erlanger Anästhesie-Symposium vom 15. bis 17. Juni 1989

Veranstalter: Förderkreis für Fortbildung und Forschung in der Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin Erlangen e. V.

Leitung: Professor Dr. E. Rügheimer, Erlangen

Thema: Neue Aspekte zur respiratorischen Insuffizienz

Ort: Stadthalle Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. E. Rügheimer, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-36 76 oder 36 77

38. Deutscher Kongreß für Ärztliche Fortbildung

vom 16. bis 20. Mai 1989 in Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. Dr. h. c. mult. G. Schettler, Heidelberg

Auskunft:

Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Klingensorstraße 21, 1000 Berlin 41, Telefon (0 30) 7 91 30 91

Zus.: 1 Retardkapsel enthält 7,5 mg Terbutalinsulfat. **Anw.:** Obstruktive Atemwegserkrankungen. **Gegenanz.:** Hyperthyreose/Thyreotoxikose, Tachykardie, tachykarde Arrhythmie, Idiopathische hypertrophe subvalvuläre Aortenstenose. Vorsicht bei frischem Herzinfarkt und diabetischer Stoffwechsellage. Während der ersten drei Monate der Schwangerschaft und während der Stillperiode nur nach genauer Anweisung des Arztes. Am Ende der Schwangerschaft wehenhemmender Effekt möglich. **Nebenw.:** Gelegentlich vorübergehendes Fingerzittern und Herzklopfen. **Wechselw.:** Wirkungsverstärkung durch Theophyllin-haltige Medikamente. Wirkungsminde rung von Antidiabetika. Beta-Blocker heben Terbutalinwirkung auf. **Dos. u. Anw.:** Erwachsene morgens und abends je 1 Retardkapsel. Die Retardkapseln werden unzerkaut zur Mahlzeit mit etwas Flüssigkeit eingenommen.

Bronchospasmodolyse Tag und Nacht

TERBURET



Retardkapseln zu 7,5 mg Terbutalinsulfat

N 2 - 50 Retardkapseln DM 26,90 - N 3 - 100 Retardkapseln DM 48,83

Saarstickstoff-Fatol GmbH · Robert-Koch-Straße · 6685 Schiffweiler

Druckstand: März 89

Blaulichtärzte – Einheitliches Fortbildungskonzept für Notärzte in Bayern 1989

Orte: Augsburg, München und Nürnberg

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

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

II. Stufe – Aufbaukurs für Notärzte

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

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

III. Stufe – Fallsimulation für aktiv tätige Notärzte

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

Zeitbedarf: 1 Samstag ganztägig (9.30 bis 17.30 Uhr)

Veranstaltungsorte:	Termine:	Stufe:	Auskunft und Anmeldung nur bei:
Augsburg Ärztehaus Schwaben	1. 7. 22. 7. 28. 10. 18. 11.	II/1 II/2 III III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Frau Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
München Ärztehaus Bayern	25. 11. 16. 12.	II/1 II/2	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288
Nürnberg-Fürth 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
Zusätzlich eingeplanter Kurs (Samstag und Sonntag)			
Nürnberg Universität Erlangen-Nürnberg Meistersingerhalle	9. 12. 10. 12.	I/1 I/2	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288

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.

2. Fallseminar „Psychiatrie“

vom 2. bis 4. Juni 1989 in Gauting

Veranstalter: Nervenklinik Gauting

Zum angegebenen Termin findet der Abschnitt A statt. Das Seminar ist anrechenbar für die Weiterbildung in Psychoanalyse/Psychotherapie für Ärzte, denen das geforderte Jahr stationäre Psychiatrie fehlt.

Begrenzte Teilnehmerzahl – Anmeldung unbedingt erforderlich

Auskunft und Anmeldung:

Dr. W. Frank, Postfach 1560, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 850 78 77

4. Bayerisches Hygienesymposium

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer – Akademia für ärztliche Fortbildung

vom 6. bis 8. Juli 1989 in Kulmbach

Themen: Berufserkrankungen – Filtrationstechnik – Ver- und Entsorgung in Klinik und Praxis – AIDS – Hepatitis – Atemwegs- Harnwegsinfektionen – Sterilisation – Hygiene in der Endoskopie – Umwelthygiene u. a.

Auskunft:

Arbeitskreis Hygiene-Franken, Schlesingerstraße 7, 8728 Haßfurt, Telefon (0 95 21) 70 78

29. Bayerischer Internistenkongreß

vom 24. bis 26. November 1989 in München

Für AIP geeignet

Thema: Wichtige neue Laboratoriumsuntersuchungen – Die Betreuung von Tumorkranken in Klinik und Praxis – Neue Aspekte in der Therapie gastro-intestinaler und hepato-biliärer Krankheiten – Welche Diagnose, welche Therapie? Der Einzelfall von allgemeiner Bedeutung

Auskunft:

Professor Dr. E. Wetzels, Medizinische Klinik I, Städtisches Krankenhaus, Pettenkoferstraße 10, 8200 Rosenheim, Telefon (0 80 31) 39 52 96

XXI. Wissenschaftlicher und berufspolitischer Kongreß des Deutschen Ärztinnenbundes

vom 9. bis 11. Juni 1989 in Bamberg

Themen: Frauen zwischen Aggression und Depression – Ärztin 2000: Neue Strategien zur Bewältigung veränderter Anforderungen an Berufs- und Lebensplanung – Mitgliederversammlung – Vorstandsneuwahlen

Ort: Harmoniesäle, Bamberg

Auskunft:

Dr. Jutta Schimmelpfennig, Dr.-Stahl-Straße 17, 8602 Burgebrach, Telefon (0 95 46) 61 96

Jahrestagung der Gesellschaft für orthopädisch-traumatologische Sportmedizin

im Rahmen des VII. Münchener Kongresses für sportartspezifische Verletzungen und Schäden

vom 23. bis 25. Juni 1989 in München

Leitung: Professor Dr. W. Pförringer, München

Themen: Innovation in der Sportmedizin – Die Rehabilitation nach Sportverletzungen

Ort: Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:

Ursula Seeböck & Partner Public Relations, Walter-Flex-Straße 6, 8000 München 19, Telefon (0 89) 15 62 75

Kongresse der Bundesärztekammer

Für AIP geeignet

Grado: 27. August bis 8. September 1989

23. Internationaler Seminarkongreß

Meran: 10. bis 15. September 1989

37. Internationaler Fortbildungskongreß

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (0 21 21) 40 04 – 221 bis 224

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

3. Juni 1989,
23. September 1989 und
11. November 1989

in der Mühlbauerstraße 16 (Ärztehaus 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 26. Mai, 15. September und 3. November 1989.

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

Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RÖV)

Veranstalter: Radiologisches Zentrum im Klinikum Nürnberg (Professor Dr. E. Zeitler und Professor Dr. Th. Schmidt)

13./14. und 20./21. Oktober 1989

Grundkurs im Strahlenschutz

10./11. und 17./18. November 1989

Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen

Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, Nürnberg

Teilnehmergebühr: jeweils DM 300,-
Anmeldung bis 1. August 1989 erbeten.

Auskunft:

Klinikum der Stadt Nürnberg, Radiologisches Zentrum, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98-26 69

Lohmann



Dauerbinde®

Polyurethan-Kettfadenbinde, wahlweise in kräftiger oder feiner Gewebestruktur, überwiegend zum Stützen und Entlasten verwendet sowie für Sportbandagen. Aufgrund ihres langen Zugs ist die Dauerbinde in der Kompressionsleistung gut variiert, auch in der Hand des Patienten.

**Dauerbinde –
pflegeleicht, alterungsbeständig, rutschfest**

LOHMANN GmbH & Co. KG · D-5450 Neuwied 12

999092228

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) 4147-248

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

Fortbildungsveranstaltungen, die als **Ausbildungsveranstaltungen** nach § 34 c der Approbationsordnung empfohlen werden, sind im **Grauraster** gekennzeichnet.

Der Nachweis von **zwei Ausbildungsveranstaltungen über ärztliche Berufskunde** ist für Ärztinnen/Ärzte im Praktikum in Bayern obligat. Diese werden an einem Tag zusammengefaßt, von der Bayerischen Landesärztekammer in **München am 7. Juni 1989, in Augsburg am 20. Oktober 1989 und in Nürnberg am 7. Dezember 1989** durchgeführt, eine weitere ist für den Jahresanfang 1990 in Würzburg vorgesehen.

Auf die restlichen vier Ausbildungsveranstaltungen können die im „Bayerischen Ärzteblatt“ empfohlenen oder andere freie Fortbildungsveranstaltungen angerechnet werden. Die Teilnahme wird vom Veranstalter im AIP-Ausweis bestätigt, wobei jeweils drei Stunden einer Ausbildungsveranstaltung entsprechen.

Einzelheiten siehe Seite 226.

Arbeitsmedizin

15. Juni 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.

„91. Kolloquium“

Thema: Bewertung kanzerogener Arbeitsstoffe

Beginn: 18 Uhr c. t.

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

Anmeldung nicht erforderlich

Augenheilkunde

8./9. Juni in München

Augenklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. O.-E. Lund)

Leitung: Privatdozent Dr. K. G. Riedel

„20. Fortbildungskurs zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Ablatio retinae (Wacker-Kurs)“

Zeit: 9 bis 17 Uhr

Ort: Hörsaal der Augenklinik, Mathildenstraße 8, München 2

Schriftliche Anfragen:

Privatdozent Dr. K. G. Riedel, Mathildenstraße 8, 8000 München 2

16. Juni in Erlangen

Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor

Dr. G. O. H. Naumann) in Zusammenarbeit mit der Augenklinik der Freien Universität Berlin (Direktor: Professor Dr. J. Wollensak)

Leitung: Professor Dr. G. K. Lang, Erlangen, Privatdozent Dr. Dr. T. Seiler, Berlin, Professor Dr. J. Wollensak, Berlin, Professor Dr. G. O. H. Naumann, Erlangen

1. Zusammenkunft des deutschsprachigen Arbeitskreises „Excimer-Laser-Chirurgie der Kornea“

Ort: Kleiner Hörsaal der Augenklinik, Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. G. K. Lang, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 43 79

17./18. Juni und 12. Juli in Erlangen

Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. G. O. H. Naumann)

17./18. Juni:

Leitung: Professor Dr. G. O. H. Naumann, Professor Dr. K. W. Ruprecht, Professor Dr. G. K. Lang

„Jahrestagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte“

12. Juli:

Leitung: Professor Dr. G. O. H. Naumann, Professor Dr. K. W. Ruprecht

„51. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“
Thema: EDV in der Praxis – EDV in der Klinik

Beginn: 18.15 Uhr

Mal 1989

26./27. Psychotherapie - Erlangen

Juni 1989

2./3. Sonographie - Nürnberg und Erlangen

2.-4. Sonographie - München

3. Innere - Erlangen

3. Lungen - Zusmarshausen

3. Transfusionsmedizin - München

8./9. Augen - München

9.-11. Sonographie - München

10. Frauen - Nürnberg

10. Gastroenterologie - Würzburg

15. Arbeitsmedizin - München

15. Notfallmedizin - München und Passau

16. Augen - Erlangen

16./17. Orthopädie - Augsburg

16.-18. HNO - München

17./18. Augen - Erlangen

23./24. HNO - Erlangen

23.-25. Innere - Bad Neustadt

24. Haut - Würzburg

28. Kinder - Würzburg

Juli 1989

1. HNO - Augsburg

1. Physikalische Therapie - München

3. Haut - München

5. Kinder- und Jugendpsychiatrie - Würzburg

7./8. Augen - München

7.-9. EKG - Erlangen

8. Nerven - Erlangen

12. Augen - Erlangen

15. Kinderrediodiologie - Würzburg

Ort: jeweils Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. K. W. Ruprecht, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 43 76

7./8. Juli in München

Augenklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. O.-E. Lund)

„I. Internationales Symposium zur Laser Scanning Ophthalmoskopie und Tomographie“

Themen: Stand der Technik – Darstellung der Netzhaut – Psychophysische Messungen – Reflektometrie des Fundus – Papillenanalyse – Hornhautanalyse – Augenbewegungsmessungen

Ort: Hörsaal der Augenklinik, Mathildenstraße 8, München 2

Teilnehmergebühr: DM 30,- (einschließlich Abstraktheft und Mittagessen)

Auskunft und Anmeldung:

Dr. J. Nasemann, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-38 11

Elektrokardiographie

7. bis 9. Juli in Erlangen

Sportmedizinische Abteilung (Leiter: Professor Dr. W. Hilmer) der Medizinischen Klinik II mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzterverband e. V.

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer

„EKG-Fortgeschrittenenkurs für Sportärzte“

Themen: EKG-Befunde im Breitensport – Sportpraxis – Beurteilung ausgewählter kardialer Syndrome – Belastungs-EKG bei morphologischen Auffälligkeiten und Rhythmusstörungen

Beginn: 7. Juli, 15 Uhr; Ende 9. Juli, 13 Uhr

Ort: Sportzentrum, Gebbertstraße 123, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 100,-; Tegeskarte DM 50,-

Auskunft und Anmeldung:

Sportmedizinische Abteilung, Frau Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85 – 37 02

Frauenheilkunde

10. Juni in Nürnberg

Frauenklinik I (Leitender Arzt: Professor Dr. V. Terruhn) und Frauenklinik II (Leitender Arzt: Professor Dr. A. Feige) im Klinikum Nürnberg

„II. Nürnberger Samstags-Symposium 1989“

Themen: Aktuelle Strategien in der gynäkologischen Onkologie – Operative Anatomie des Insuffizienten Beckenbodens – Pränatale Diagnostik (Neue Aspekte)

Zeit: 10 Uhr s. t. bis 13 Uhr

Ort: Arvene-Parkhotel am Frenkenzentrum, Görlitzer Straße 51, Nürnberg 50

Auskunft und Anmeldung:

Frauenklinik I, Frau Allweyer, Telefon (09 11) 398-2222, Frauenklinik II, Frau Galsterer, Telefon (09 11) 398-2803, Flurstreße 7-9, 8500 Nürnberg

Gastroenterologie

10. Juni in Würzburg

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

Leitung: Privatdozent Dr. W. Fischbech

„Gastroenterologisches Seminar“

Theme: Chronisch entzündliche Darm-erkrankungen

Zeit: 9 bis 15 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Poliklinik, Frau Nickel, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 31 - 4 34

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

16. bis 18. Juni in München

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

Leitung: Professor Dr. K.-F. Hamann

„8. Kurs der Hördiagnostik mit ekstisch evozierten Potentiellen“

Beginn: 16. Juni, 15 Uhr; Ende: 18. Juni, 12 Uhr

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

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Oberarztsekretariat der HNO-Klinik, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 23 86

23./24. Juni in Erlangen

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

„Symposium zum 100jährigen Jubiläum der HNO-Universitätsklinik“

Thema: Resultate der funktionellen Ohrchirurgie – Podiumsdiskussionen über Otosklerose, Fehlbildungen, chronische Otitis media, Morbus Menière, Fazialislähmung, Oktevusneurinom, Stapeschirurgie

Zeit: 23. Juni, 14 Uhr; 24. Juni, 8.30 bis 18 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik, Östliche Stadtmauerstraße 11, Erlangen

Tagungsgebühr: DM 60,-

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. M. Weidenbecher, Weidstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85 - 31 41

1. Juli in Augsburg

Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Zentralklinikum Augsburg (Chefarzt: Professor Dr. P. Bumm)

„6. HNO-ärztliches Fortbildungsseminar“

Thema: Aktuelle Aspekte der Diagnostik und Therapie von Speicheldrüsenerkrankungen

Zeit: 9 bis 14 Uhr

Ort: Großer Hörsaal im Zentralklinikum, Stenglinstraße, Augsburg

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. P. Bumm, Stenglinstraße, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 4 00 - 1

Haut- und Geschlechtskrankheiten

24. Juni in Würzburg

Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. G. Burg)

Thema: Das Beingeschwür – differentialdiagnostische und therapeutische Probleme von Krankheiten mit Mikrozirkulationsstörungen

Zeit: 8.45 bis ca. 17 Uhr

Ort: Festung Marienberg, Würzburg

Traumeel® S



Breitband-antiphlogistikum

-Heel

Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

Zusammensetzung Salbe: 100 g enthalten: Arnica D3 1,5 g; Calendula ϕ , Hamamelis ϕ jeweils 0,45 g; Echinacea angustifolia ϕ , Echinacea purpurea ϕ , Chamomilla ϕ jeweils 0,15 g; Symphytum D4, Bellis perennis ϕ jeweils 0,1 g; Hypericum D6, Millefolium ϕ jeweils 0,09 g; Aconitum D1, Belladonna D1 jeweils 0,05 g; Mercurius solubilis Hahnemanni D6 0,04 g; Hepar sulfuris D6 0,025 g. Salbengrundlage: Wasserhaltige hydrophile Salbe DAB 9, konserviert mit 12,5 Vol.-% Ethanol. **Anwendungsgebiete:** Verletzungen jeder Art (Sport, Unfall) wie Verstauchungen, Verrenkungen, Prellungen, Blut- und Gelenkgüsse, Knochenbrüche, Commotio cerebri usw. Postoperative und posttraumatische Ödeme und Weichteilschwellungen. Entzündliche und mit Entzündungen verbundene degenerative Prozesse an den verschiedenen Organen und Geweben, besonders auch am Stütz- und Bewegungsapparat (Tendovaginitis, Styloiditis, Epicondylitis, Bursitis, Periarthritis humeroscapularis, Arthrosen der Hüft-, Knie- und kleinen Gelenke) Parodontitiden, Parodontosen, Zahnfleischtaschenerkrankungen. **Gegenanzeigen:** Nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** Bei Anwendung von Traumeel S-Salbe können in seltenen Fällen allergische Hautreaktionen auftreten. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Nicht bekannt. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung Salbe:** Morgens und abends, bei Bedarf auch öfters auf die betroffenen Stellen auftragen (auch auf Schürfwunden) ggf. auch Salbenverband. **Darreichungsform und Packungsgrößen** (Stand März 1989): Salbe: Tuben mit 50 g DM 9,75, mit 100 g DM 17,50 **Weitere Darreichungsformen:** Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

Auskunft und Anmeldung:
Sekreteriat Professor Dr. W. Lechner,
Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würz-
burg, Telefon (09 31) 2 01 - 27 07

3. Juli in München

Dermatologische Klinik und Poliklinik der
Universität München (Direktor: Professor
Dr. Dr. h. c. mult. O. Breun-Felco)

„Leo von Zumbusch-Gedächtnisvorle-
sung“

Thema: Immunmodulatoren in der The-
rapie des Melanoms

Beginn: 12 Uhr c. t.

Ort: Großer Hörsaal, Dermatologische
Klinik, Freuenlobstraße 9-11, München 2
Anmeldung nicht erforderlich

Innere Medizin

23. bis 25. Juni in Bad Neustadt

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

„20. Ernährungsmedizinisches Seminar“

Themen: Grundlagen der Ernährungs-
lehre – Angewandte Ernährungslehre –
Praxis der Diätetik

Beginn: 23. Juni, 19 Uhr; Ende: 25. Juni,
ca. 13 Uhr

Ort: Wandelhalle, Bad Neustadt

Teilnehmergebühr: DM 200,- (Unterkunft
und Verpflegung inbegriffen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Kurperklinik, Frau Peschke, Kurhaus-
straße 31, 8740 Bad Neustadt, Telefon
(0 97 71) 91 70

3. Juni in Erlangen

Sportmedizinische Abteilung (Leiter: Pro-
fessor Dr. W. Hilmer) der Medizinischen
Klinik II mit Poliklinik und Abteilung für All-
ergologie der Medizinischen Klinik III mit
Poliklinik (Direktor: Professor Dr. J. R. Kal-
den) der Universität Erlangen-Nürnberg

Leitung: Professor Dr. H. Baenkler, Pro-
fessor Dr. W. Hilmer

„5. Jahrestagung: Immunologie und
Sport“

Thema: Allergie und Sport I

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Sportzentrum, Gebbertstraße 123,
Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 20,-

Auskunft und Anmeldung:

Sportmedizinische Abteilung, Frau Berg-
mann, Mexlmiliansplatz 1, 8520 Erlangen,
Telefon (0 91 31) 85-37 02

Kinderheilkunde

28. Juni in Würzburg

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

„Pädiatrischer Abend“

Themen: Früherkennung von Augener-
krankungen im Kindesalter – Klinische
Demonstrationen – Fehlinterpretation
abdomineller Ultraschallbefunde

Zeit: 18 Uhr s. t. bis 20 Uhr

Ort: Wolfskeel-Stube der Festung Ma-
rienberg, Würzburg

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. H. Bartels, Jo-
sef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg,
Telefon (09 31) 2 01 - 37 01

Kinder- und Jugendpsychiatrie

5. Juli in Würzburg

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie der Universität Würz-
burg (Direktor: Professor Dr. G. Nissen)

„Würzburger Kinder- und Jugendpsych-
iatrischer Nachmittag“

Zeit: 16 bis 18 Uhr

Ort: Hörsaal der Universitäts-Nervenkli-
nik, Föchsleinstraße 15, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßsekretariat Professor Dr. G. Nis-
sen, Föchsleinstraße 15, 8700 Würzburg,
Telefon (09 31) 2 03 - 3 09

Kinderradiologie

15. Juli in Würzburg

Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Uni-
versität Würzburg (Direktor: Professor Dr.
H. Bertels) in Zusammenarbeit mit dem
Radiologischen Institut (Chefarzt: Dr. M.
Schmidt) im Klinikum Bamberg

Leitung: Dr. A. E. Horwitz, Dr. M. Schmidt
„Pädiatrische Bildgebung“

Themen: Integrierte diagnostische Bild-
gebung beim akuten Abdomen – Treume-
tologische Skelettdiagnostik im Kindes-
alter – Röntgendiagnostik des Thorax in
der Neonatalperiode

Zeit: 9 bis 17 Uhr

Ort: Kinderklinik, Bau 34, Josef-Schnel-
der-Straße 2, Würzburg

Teilnehmergebühr: DM 80,-

Auskunft und Anmeldung:

Dr. A. E. Horwitz, Josef-Schneider-Straße 2,
8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01 - 37 13

Lungen- und Bronchialheilkunde

3. Juni in Zusmarshausen

Zusammenklinik der Landesversicherungs-
anstalt Schwaben, Fachklinik für Lungen-
und Bronchialerkrankungen (Chefarzt:
Dr. D. Müller-Wening)

„Lungenfunktionsseminar“ (für niederge-
essene Ärzte)

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Zusammenklinik, Pareцelsusstraße 3,
Zusmarshausen

Teilnehmergebühr: DM 25,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Lohmann



Durelast®

Als kräftig komprimierende Binde
mit sehr kurzem Zug bietet
Durelast die Voraussetzungen
für eine erfolgreiche Kompressions-
therapie. Bei Venenstauungen
und -entzündungen ist Durelast
ebenso gut wie bei
Stütz- und Entlastungsverbänden.
**Durelast – für eine erfolgreiche
Kompressionstherapie.**

LOHMANN GmbH & Co. KG · D-5450 Neuwied 12

322770596

Letzter Anmeldetermin: 25. Mai

Auskunft und Anmeldung:
Frau Kenefzky, Zusamklinik, Percelsus-
straße 3, 8901 Zusmarshausen, Telefon
(0 82 91) 90 61, Nebenstelle 12

Nervenheilkunde

8. Juli in Erlangen

Neurologische Klinik mit Poliklinik der
Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor:
Professor Dr. B. Neundörfer)

Leitung: Professor Dr. D. Claus, Professor
Dr. B. Neundörfer, Professor Dr. H. Stefan
„5. Fortbildungsveranstaltung für Ner-
venärzte“

Thema: Moderne, klinisch relevante neu-
rophysiologische Methoden

Zeit: 10 bis 17 Uhr

Ort: Kleiner Hörsaal im Kopfklinikum,
Schwabachanlage 6, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 50,-

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. D. Claus, Schwabachan-
lage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31)
85 - 44 45

Notfallmedizin

15. Juni in München

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

Leitung: Dr. J. Konzert-Wenzel

„13. Fortbildungsveranstaltung für den
gemeinsamen Notarztdienst der Landes-
hauptstadt und des Landkreises Mün-
chen“

Thema: Rechtliche Aspekte des Notarzt-
einsatzes

Beginn: 17.30 Uhr

Ort: Hörsaal D im Klinikum rechts der Isar,
Ismeninger Straße 22, München 80

Anmeldung nicht erforderlich

15. Juni in Passau

Städtisches Krankenhaus Passau, Zen-
trum für Innere Medizin (Chefarzt: Profes-
sor Dr. J. Zehner), Chirurgische Abteilung
(Chefarzt: Professor Dr. M. Fischer) und
Gynäkologische Abteilung (Chefarzt:
Professor Dr. H. Becker)

Leitung: Dr. W. Dorn, Dr. L. Weber

„5. Fortbildungsveranstaltung für den ge-
meinsamen Notarztdienst der Stadt und
des Landkreises Passau“

Thema: Gynäkologische Notfälle – prä-
klinisch und erste klinische Maßnahmen

Beginn: 19.30 Uhr

Ort: Hörsaal I, Universität Passau, Inn-
straße 25, Passau

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. J. Zehner, Bi-
schof-Pilgrim-Straße 1, 8390, Passau,
Telefon (08 51) 53 00 - 23 31

Orthopädie

16./17. Juni in Augsburg

Orthopädische Klinik I (Chefarzt: Profes-
sor Dr. K. A. Matzen) der Hessing-Stiftung
Augsburg

„Symposion: Die operative Behandlung
der Spondylolisthesis“

Zeit: täglich 10 bis 18 Uhr

Ort: Tagungsstätte der Evangelischen
Dekonissenanstalt, Fröhlichstraße (ge-
genüber Hauptbahnhof), Augsburg

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. K. A. Matzen, Hessingstraße
17, 8900 Augsburg 22, Telefon (08 21)
909 - 2 40

Physikalische Therapie

1. Juli in Würzburg

Klinik für Physikalische Medizin der Uni-
versität München (Direktor: Professor Dr.
E. Senn)

„Therapie des Arthroseschmerzes“

Themen: Biomechanische Ursachen der
Arthrose – Entwicklung und Verlauf der
Arthrose – Formen propriozeptiver Ge-
lenkschmerzen und Möglichkeiten der
Lokalanästhesie – Systemische medika-
mentöse Therapie des Arthroseschmer-
zes – Operative orthopädische Therapie
der Arthrose – Physikalische Konzepte in
der Therapie des Arthroseschmerzes –
Krankengymnastische Techniken und
Kryotherapie bei Arthroseschmerz

Zeit: 9 bis 13 Uhr

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

Anmeldung nicht erforderlich

Psychotherapie

26./27. Mai in Erlangen

Bezirkskrankenhaus Erlangen, Kranken-
haus für Psychiatrie und Neurologie (Di-
rektor: Professor Dr. H. K. Schneider) und
Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für
Angewandte Gerontologie

Leitung: Dr. Dr. R. D. Hirsch, Professor Dr.
H. K. Schneider

„1. Arbeitstegung im BKH Erlangen“

Thema: Alter und Psychotherapie – Bleibt
es bei „Entweder – Oder“?

Beginn: 9 Uhr

Ort: Bezirkskrankenhaus, Am Europa-
kanal 71, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Dr. Dr. R. D. Hirsch, Am Europakanal 71,
8520 Erlangen, Telefon (0 91 31)
4 83 - 23 06

Sonographie

2./3. Juni in Nürnberg und Erlangen

Neurologisch-Psychiatrische Klinik (Lei-
ter: Dr. H. W. Greiling) des Klinikums
Nürnberg gemeinsam mit der Neurologi-
schen Klinik mit Poliklinik der Universi-
tät Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor
Dr. B. Neundörfer) in Zusammenarbeit mit



Gelum[®] oral-rd

erhöht den
Sauerstoffpartialdruck
normalisiert den Blut-pH

Indikationen: Sauerstoffmangelkrankungen, Lebererkrankungen, Sklerosen, Gewebe- und Geschwulsterkrankungen. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt (siehe Literatur). **Neben- und Wechselwirkungen:** Bei hoher Dosierung und Langzeit-Therapie können vereinzelt tachykardische Störungen und extrasystolische Arrhythmien auftreten. Sie sind durch Dosisminderung schnell zu beheben. **Zusammensetzung:** Kalium-Diisen(III)-triphosphat, Oikalium-Eisen(III)-citrat-Komplex 30,0 g, L (+)-Milchsäure 2,4 g, D(-)-Milchsäure 0,8 g, Vitamin-B-Komplex 0,16 g (Lactofavin 0,01 g, Pyridoxinhydrochl. 0,01 g, Calc. pantothen. 0,015 g, Aneurinhydrochl. 0,025 g, Nikotinsäureamid 0,1 g), Aqua dest. ad 100 g. **Dosierung:** Mit 3mal täglich 15 Tropfen beginnen und langsam steigern auf 3mal 30 Tropfen. In etwas Wasser (ca. 1/2 Weinglas) einnehmen, nicht in heißen Flüssigkeiten wie Kaffee oder Tee. **Handelsformen und Preise:** Gelum oral-rd 30 ml OM 13,55, 100 ml OM 31,95. **Weitere Darreichungsformen:** Gelum-Gel Antiphlogistikum 50 g OM 9,20, 100 g OM 16,55. Gelum-Salbe Dermatologikum 50 g OM 9,20, 100 g OM 16,55; Gelum-Supp 10 Supp. OM 6,70, 40 Supp. OM 28,10.

ORELUSO PHARMAZEUTIKA
3253 Hessisch Oldendorf 1

der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin

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

„Ultraschall-Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße“ – Abschlußkurs nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

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

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Neurophysiologischen Abteilung der Neurologischen Klinik, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (0911) 398-2494

2. bis 4. Juni in München

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

Leitung: Dr. H. Nebelsieck

„8. Ultraschall-Doppler-Seminar“

Aufbaukurs der cw-Dopplersonographie des venösen Systems, der peripheren Arterien und extrekraniellen hirnversorgenden Arterien – nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Zeit: täglich 9 bis 17 Uhr

Ort: Theatersaal des Wohnstifts Augustinum, Wolkerweg 16, München 70

Teilnehmergebühr: DM 500,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 24. Mai

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Medizinischen Klinik B, Frau Nohr, Wolkerweg 16, 8000 München 70, Telefon (089) 70 97-154

2. bis 4. Juni 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 Ultraschalldiagnostik in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“

Beginn: 2. Juni, 15 Uhr; Ende: 4. Juni, 12 Uhr

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

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Oberarztsekretariat der HNO-Klinik, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 41 40-23 86

9. bis 11. Juni 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: Sonographie am Stütz- und Bewegungsapparat, einschließlich der Säuglingshüfte – Aufbaukurs nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

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 (089) 41 40-22 76

Transfusionsmedizin

3. Juni in München

Transfusionszentrum, Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. W. Wilmanns)

Leitung: Dr. M. Heim, Professor Dr. W. Mempel

Thema: Eigenbluttransfusion (Klinischer Stellenwert – Praktikabilität – Tiefkühlkonservierung – Komponententherapie)

Zeit: 9 bis ca. 17 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Congress Organisation GmbH, Normannenstraße 4, 8000 München 81, Telefon (089) 98 06 76

80. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin in Zusammenhang mit dem 18. Zentralkongreß der Bundesärztekammer für die medizinischen Assistenzberufe

vom 20. bis 22. Oktober 1989 in der Neuen Universität Augsburg

Auskunft erteilt: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 32 56-200

Schnell informiert

Ethik-Kommission der Bayerischen Landesärztekammer konstituiert

Entsprechend der Berufsordnung (§ 1 Abs. 4 bis 6) sind Ärzte in Bayern verpflichtet, sich vor der Durchführung klinischer Versuche an Menschen, der epidemiologischen Forschung mit personenbezogenen Daten oder der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten oder lebendem embryonalen Gewebe beraten zu lassen.

Die vom Vorstand berutene „Ethik-Kommission der Bayerischen Landesärztekammer“ hat sich konstituiert. Folgende Mitglieder hat der Vorstand benannt:

- Professor Dr. med. Dr. rer. nat. Adam
- Professor Dr. med. Bertels
- Professor Dr. med. Forth
- Vizepräsident Dr. med. Hege
- Professor Dr. med. Wuermeling
- Rechtsanwalt Poellinger, Justizier der Bayerischen Landesärztekammer
- Zitzmann, Vizepräsident des Bayerischen Obersten Landesgerichts e. D.

Als Vorsitzender wurde Professor Dr. Wuermeling gewählt.

Die Ethik-Kommission hat ihre beratende Tätigkeit zwischenzeitlich aufgenommen und alle Vorhaben aus dem Jahr 1988 beurteilt. Zur Einreichung eines Antrags ist ein von der Ethik-Kommission erarbeiteter Fragebogen auszufüllen. Die Unterlagen, im wesentlichen in deutscher Sprache, sind in siebenfacher Ausfertigung vorzulegen.

Es ist zweckmäßig, eventuell vorliegende Voten sogenannter „Freier Ethik-Kommissionen“ beizufügen, dies kann dazu beitragen, das Verfahren zu beschleunigen.

Die Ethik-Kommission hat eine Verfahrensweise erarbeitet, mit der die vorgelegten Anträge zügig bearbeitet werden können.

Einbanddecke 1988 für das „Bayerische Ärzteblatt“

Die Einbanddecke 1988 für das „Bayerische Ärzteblatt“ kann zum Preis von DM 12,15 + MWSt. und Versandkosten direkt bestellt werden bei: Buchbinderel M. Ruffert, Sommerstraße 46, 8000 München 90, Telefon (089) 65 66 22

Allfinanz: Die Zeche zahlt der Kunde (I)

Allfinanz: euphorisch angepriesenes, aufgedrängtes Allheilmittel für Sparer, Anleger, Vorsorgende und Immobilien-Interessenten. Tatsächlich zahlt der Kunde in den Finanz-Gemischtwarenläden die teure Zeche.

Zu einer Allfinanzgruppe gehören Kreditinstitute, Lebens- und andere Versicherungsgesellschaften, Bausparkassen und häufig noch Wertpapier- und Immobilien-Investmentfonds. Tatsächlich bildet die Allfinanz ein Mittel zur Geschäftsausdehnung und Gewinnerhöhung der beteiligten Institutionen zum Nachteil des Kunden.

Die Banken sind auf ihn bei der Suche nach einer Kompensation der stark nachlassenden Finanzierung von Wirtschaftsunternehmen gestoßen. Die hohe Selbstfinanzierung der Wirtschaft kostet Geschäftsminderungen der Kreditinstitute. Dafür soll jetzt der Privatkunde herhalten.

Dafür wurde der Begriff „Allfinanz“ geprägt. Allfinanz heißt, alle Finanzdienstleistungen werden aus einer Hand geboten. Der Umfang ist unterschiedlich. Als Mindestangebot wird angetragen:

- alle Bankdienstleistungen,
- Abschluß eines Lebensversicherungsvertrages,
- Abschluß eines Bausparvertrages.

Häufig sind diese Offerten erweitert um Wertpapier- und Immobilien-Investmentsparen, Kranken- und auch Sachversicherungsverträge.

Jene Finanz-Supermärkte wurden und werden noch vorbereitet durch Banken, die Versicherungsgesellschaften und Bausparkassen gekauft, neue gegründet oder sich maßgeblich an solchen Institutionen beteiligt haben. Umgekehrt haben Versicherungsgesellschaften Banken erworben oder sind enge finanzielle Verflechtungen mit solchen Institutionen und ihnen nahestehenden anderen Finanzunternehmen eingegangen.

Die Gründer erwarten sich Erfolge von ihren Kooperationen aus ihren

Erfahrungen mit den Privatkunden. So erwartet der Mensch erstens allgemein, wer ihn über Anlage und Vorsorge anspricht, der müsse über alle Geld- und Versicherungsfragen informieren können. Das ist zwar ein profunder Trugschluß, aber er herrscht vor. Also erhofft sich der Mensch von jenen Partnern Aufschluß über sein vielfältiges Problem.

Zweitens ist nach uralter Versicherungswisheit der erste Schritt durch die Tür eines neuen Kunden der teuerste. Vorausgegangen waren dieser Begegnung intensive Bemühungen um die Aufmerksamkeit bei neuen Interessenten durch kosten aufwendige Werbung. Wenn daraufhin Reaktionen eintrafen, wurden sie an die regional zuständigen Versicherungs-Fachleute, den Außendienst, weitergegeben. Seine erste Anstrengung: die Bemühungen um einen Gesprächstermin mit den Interessenten.

Sodann kam es und kommt es noch heute zu einer zeitaufwendigen persönlichen Begegnung zur Information über alle Voraussetzungen, aus denen auf einen individuellen Anlage-, Versorgungs-, Versicherungs- oder Bausparbedarf geschlossen werden kann. Auf dieser sorgfältig erkundeten Basis des einzelnen wird ein Vertragsvorschlag erarbeitet. Häufig gelingt auch beim zweiten Besuch des Interessenten der Abschluß noch nicht. Kommt es gar nicht dazu, hat der Außendienst intensiv, aber umsonst gearbeitet.

Dagegen steht der Allfinanz-Vorteil, ein großer Vorteil jedenfalls für die Kooperations-Partner, ein sehr wahrscheinlich großer Nachteil für den allfinanzeuphorisierten Kunden. Wenn einem der Allfinanz-Repräsentanten der erste Schritt durch die Tür eines Interessenten gelungen ist, ergibt sich fast immer aus dem Beratungsgespräch noch ein vielfältiger andersartiger Bedarf als der des eigentlichen Beratungsgegenstandes.

Horst Beloch

(Im nächsten Heft, warum die Beratungsqualität fragwürdig ist.)

Kurz über Geld

EINE ZINSERHÖHUNG ist in der Bundesrepublik in den nächsten Monaten eher wahrscheinlich als eine Zinssenkung.

EINE REISE MIT FREUNDEN sollte dennoch einzeln gebucht werden. Der Unterzeichner eines Anmeldeformulars haftet für alle, für die er mit unterschreibt.

DIE STEUERLICHE BEHANDLUNG DER INVESTMENTERTRÄGE faßt eine Broschüre zusammen. Kostenlos vom Bundesverband Deutscher Investmentgesellschaften, Eschenheimer Anlage 2B, 6000 Frankfurt, Telefon (0 69) 59 81 64.

AUTOBAHN GEBÜHREN IN UNGARN vom 1. Mai an. Kosten 700 Forint (rund 23 DM), in der Hauptsaison einhundert Forint mehr.

DER WERT DES AUTORADIOS beträgt nach vier Nutzungsjahren noch 25 Prozent des Anschaffungspreises, rechnete der Bundesverband der Kraftfahrzeug-Sachverständigen aus.

HOCHKLASSIGE BORDEAUWEINE des Spitzenjahrgangs 1988 können jetzt ab zwölf Flaschen gekauft werden, während sie noch lagern. Zweieinhalb Jahre nach der Lese werden sie ausgeliefert. Wertverdoppelung bis dahin nicht selten.

ÖSTERREICHISCHE 20-SCHILLING-BANKNOTEN mit dem Ausstellungsdatum 2. Juli 1967 werden am 20. September ungültig.

BILLIGER MIT GROSSBRITANNIENS EISENBÄHNEN durch Kenntnis der Verbilligungen, enthalten in der Broschüre „Großbritannien mit der Bahn 1989“. Kostenlos von British Rail International, Neue Mainzer Straße 22, 6000 Frankfurt.

MIETWAGEN IN DEN USA nur mit Zusatz-Haftpflichtversicherung (Collision Damage Waver - CDW -) in Anspruch nehmen, denn die Vermieter haben nur eine 25 000-Dollar-Deckungssumme versichert.

**Ein Laxans
soll nur hier wirken**

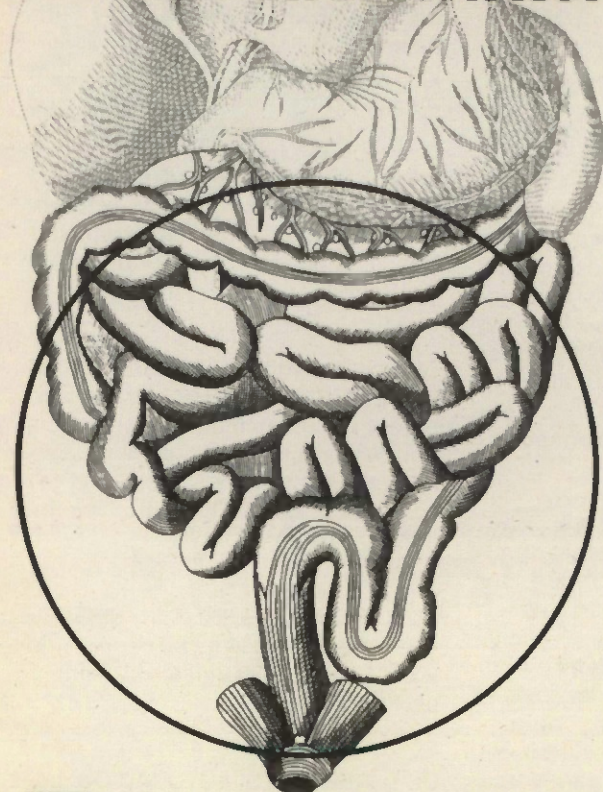


Abb. aus "Tabularum anatomicarum" B. S. Albini und B. Eustachii, 1781.

Rheogen[®]

**Rein pflanzliches Abführmittel
tut es!**

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlregulierung bzw. eine gründliche Darmentleerung erwünscht ist; bei langer Bettlägerigkeit, nach Operationen.

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

Rheogen eignet sich durch den Zusatz von Belladonna besonders bei spastischer Obstipation.

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonna. 4 mg.

Kontraindikationen: Ilaus; Abortus imminans. Kontraind. der Tropa-Alkaloide.

Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.



Handeleformen und Preise:
OP mit 30 Dragees DM 4,10
OP mit 75 Dragees DM 7,35
AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

0 9 9 5 2 0

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

UNSERE SCHULE

**ein unbequemer – fröhlicher Ort
Privatgymnasium Derksen
neusprachlich – staatlich anerkannt
gemeinnützige GmbH**

1. Weil Ihr Kind verpflichtet wird, an die anderen zu denken.
2. Weil wir uns hier gegenseitig bestärken, einander zu vertrauen.
3. Weil alle ermutigt werden, die Freiheit des einzelnen in unserer Gemeinschaft zu schützen.
4. Weil wir den Widerspruch erwarten.
5. Weil wir uns zur Einübung von Pflichten bekennen, denn nur so lernt der Mensch Bindungen einzugehen.
6. Weil wir im Interesse unserer Schüler auch dem Machtmißbrauch beherzt entgegenreten.
7. Weil wir den Mut haben, miteinander fröhlich zu sein.



**Elterninformationsabend 5. Klasse
Mittwoch, 10. Mai 1989 um 19 Uhr
im Neubau Pfungstrosenstraße 73**

**Kleines privates Lehrinstitut Derksen
8000 München 70, Tel. 7142561 und 717274**

LET-Ferisprechschule BRIGHTON/SÜDENGAND

Mit persönlichem großen Engagement organisierte Sprachferien für Schüler (ab 2. Englischjahr – LK-Niveau) SOMMER 1989.

Intensiver Unterricht durch englische Berufslehrer, kleine Gruppen in renommiertem College. Viel Sport, Tennis, Golf etc., individuelle Betreuung von Anfang bis Ende der Reise.

Wir freuen uns, wenn Sie Ihre Kinder, wie viele Ihrer Kollegen in den vergangenen Jahren, mitschicken. (Sehr gute Referenzen!)

Telefon (089) 1 50 12 85

TOSCANA - individuell

Sonne + Strand Meer + Berge
Kultur + Küche

Ausgewählte private Häuser und Wohnungen für 2-12 Personen zwischen Meer und apuanischen Apenninen in Forte dei Marmi, bekannt als "Perle der toscanischen Küste". 2-3 km zum breiten, nie überfüllten Sandstrand mit Parkplätzen. **Idee zum Baden + Erkunden der Toscana.**

Vom 29. 4. bis 7. 10. 89. Persönliche Betreuung durch: **Klaus Schukraft** Toscana-Reisen, **Loewenhardt-damm 33 C, 1000 Berlin 42**, Telefon (030) 7 85 68 13 (Bildkatalog)

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

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 5 51 77-0, Fernschreiber: 523 662, Telegrammadresse: atlaspress. Peter Schachtl, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

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

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

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

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse medizinischer Zeitschriften e. V.

IA-MED

Das

Kreiskrankenhaus Schrobenhausen

mit 174 Planbetten, Versorgungsstufe II, sucht für die Chirurgie (58 Betten) zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

zweiten gleichberechtigten leitenden chirurgischen Arzt

mit Schwerpunkt Knochen- und Unfallchirurgie.

Das Kreiskrankenhaus weist neben den üblichen Fachrichtungen der Grundversorgung Belegbetten für Urologie und Gynäkologie auf und verfügt über eine modern eingerichtete Funktionsabteilung. Es ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletztenartenverfahren zugelassen und hat eine umfangreiche Ambulanz.

Schrobenhausen (15 000 Einwohner) liegt nördlich von München zwischen Augsburg und Ingolstadt. Weiterführende Schulen sowie Sportmöglichkeiten sind vorhanden.

Bewerbungen werden erbeten an die Krankenhausleitung, Högeneuer Weg 5, 8898 Schrobenhausen.



Innenministerium
Baden-Württemberg

Bei der Bereitschaftspolizeidirektion Baden-Württemberg in Göppingen ist die Stelle

Leiter des Ärztlichen Dienstes

Leitender Medizineldirektor, Bas.Gr. A 16

zum 1. Januar 1990 zu besetzen.

Als Polizeiarzt obliegt ihm die Koordinierung des ärztlichen Dienstes der Bereitschaftspolizei und die ärztliche Betreuung der Polizeibeamten der Bereitschaftspolizei am Dienort Göppingen, beamtenrechtlich erforderliche Untersuchungen und Begutachtungen, betriebsärztliche Tätigkeiten, Untersuchungen und Erteilung von Genehmigungen im Rahmen der Heilfürsorge sowie Unterrichtstätigkeit und Begleitung zu Übungen und Einsätzen.

Die vielseitige Aufgabe verlangt in besonderem Maße Kontaktfähigkeit und Einfühlungsvermögen unter Berücksichtigung der Belange der Polizei. Es wird eine interessante, selbständige Tätigkeit und eine der Dienststellung entsprechende Besoldung geboten.

Die polizeiärztliche Dienststelle ist modern eingerichtet. Gut ausgebildetes Sanitätspersonal ist vorhanden.

Gesucht wird eine Ärztin/ein Arzt mit einer guten ärztlichen Weiterbildung auf den Gebieten „Innere Medizin“ oder „Allgemeinmedizin“. Idealerweise, wenn Sie die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ bereits führen. Der Bewerber muß die Voraussetzungen für die Berufung in das Beamtenverhältnis erfüllen. Bereits als Medizinalbeamte tätige Ärztinnen oder Ärzte können im Wege der Veretzung übernommen werden.

Auskünfte erteilt der Leitende Polizeiarzt des Landes Baden-Württemberg, Dr. med. Bürger, bei der Landespolizeidirektion Tübingen, Telefon (0 70 71) 77 - 475.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen wie beglaubigte Abchriften der Approbations- und gegebenenfalls der Promotionsurkunde, Gebietsanerkennung und Zeugnisabschriften, Lebenslauf und Lichtbild, werden innerhalb von sechs Wochen erbeten an das Innenministerium Baden-Württemberg, Dorotheenstraße 6, Stuttgart 10.

Chirurgische Assistenzarztstelle

ab 1. Juli 1989 zu besetzen. Chirurgische Praxis in Augsburg, D-Arzt, Belegarztstätigkeit mit 1 Jahr WB-Ermächtigung. Mindestens 1-2jährige chirurgische Erfahrung Voraussetzung.

Anfragen unter Chiffre 2064/1227 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Orthopäde

als Partner für große orthopädische Praxis an der Donau mit besten Kenntnissen der Arthroskopie gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/1217 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Stadt Freystadt

sucht einen Augenarzt/Augenärztin

zur baldigen Niederlassung im Stadtgebiet.

Die Stadt Freystadt, Landkreis Neumarkt i. d. Oberpfalz (35 km nach Nürnberg) hat knapp 7000 Einwohner. Am Ort sind vier Allgemeinärzte und zwei Zahnärzte niedergelassen. Im Städtischen Krankenhaus (32 Betten) könnten unter Umständen Belegbetten übertragen werden. Das Einzugsgebiet für einen Augenarzt ist über 20 000 Einwohner.

interessenten wollen sich bitte an die Stadt Freystadt, 8437 Freystadt, - Bgm. Geißler -, wenden. Telefon (091 79) 50 17.

STELLENMARKT

Deutsche Ärztin

(31 Jahre, fünfjährige klinische Erfahrung) sucht neue Tätigkeit außerhalb der Klinik. (Betriebs-, Sozialmedizin, Praxismitarbeit) auch Teilzeit, im Raum Augsburg.

Anfragen unter Chiffre 2064/1212 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Stellentausch - Arbeitsmedizin

Suche Assistentenstelle in **Innere Medizin (poti)klinisch** für 1 Jahr, biete Stelle in **Arbeitsmedizin** mit Weiterbildungsermächtigung in großem Betrieb. Raum: Nürnberg-Erlangen-Bamberg.

Anfragen unter Chiffre 2064/1219 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Anästhesie + EDV

Dr. med., dipl. math., 5 Jahre Anästhesie an Uni-Klinik, zur Zeit in ungekündigter Stellung (nicht-klinisch), mit fundierter Erfahrung in der Programmierung med.-wissenschaftlicher Fragestellungen und der Koordination von DV-Entwicklungen, sucht Assistenten-Stelle in der Anästhesie in Kombination mit med. Datenverarbeitung.

Anfragen unter Chiffre 2064/1204 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

FORTBILDUNG

Der

Psychotherapiezusatztitel

ist jetzt auch über Verhaltenstherapie möglich. - Die

Bayerische Private Akademie für Psychotherapie BAP

Nymphenburger Straße 185, 8000 München 19, Telefon (089) 168 40 06

bietet sämtliche für den verhaltenstherapeutisch orientierten Zusatztitel erforderlichen Bausteine an. Sie können wählen zwischen Abend- und Wochenendveranstaltungen und Ihren Terminplan selbst gestalten. Von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannte Dozenten und Lehrtherapeuten vermitteln:

1. 140 Stunden Theorie
2. a) Verhaltenstherapie
b) Autogenes Training
c) weitere Verfahren (z. B. Hypnose, Tagtraumtechnik u. a.)
3. Psychiatrische Diagnostik
4. Leitungsgruppe (35 Doppelstunden)
5. Selbsterfahrungsgruppe (70 Doppelstunden)
6. Supervision von sechs Behandlungsfällen

Fordern Sie schriftlich weitere Informationen an.

PRAXISRÄUME

Gut florierende Heutarztpraxis

In **Ruhrgebietsgroßstadt** (Oberzentrum). Beste City-Lage, OW noch ausbaufähig auch zur Doppel-(Gemeinschaftspraxis) geeignet. Aus gesundheitlichen Gründen zu günstigen Bedingungen abzugeben. Vertretung (KV-Vorbereitungszeit) kann erfolgen.

Anfragen unter Chiffre 2064/1207 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Praxisräume 121 qm

Erstbezug Oktober 1989 in Königsbrunn (südlicher Vorort von Augsburg, 20 000 Einwohner) zu vermieten/verkaufen. Folgende Gebiete sind im Hause belegt: Allgemeinarzt/Internist/Chirurg D-Arzt/Zahnarzt. Apotheke und 7 Ladengeschäfte mit ca. 1000 qm sowie ausreichend Parkplätze sind vorhanden.

Telefon (08231) 2988

Praxisübernahmen

Arzt, Naturheilverfahren, sucht Praxis im Raum München-Süd, -Südwest bis Starnberger See.

Arzt sucht Praxis in Kempten.

Diskretion zugesichert.

Kontaktaufnahme über

M+D, Jahnstraße 6, 8970 Immenstadt, Telefon (08323) 77 71

In 8012 Ottobrunn,

zentrale Lage, ca. 100 m von S-Bahnhof entfernt, entsteht zur Zeit ein Wohn- und Geschäftshaus mit 2 Arzt-, bzw. Zahnarztpraxen (110 qm und 96 qm) zur Vermietung. Bezug ca. 1. Januar 1990.

Anfragen unter Chiffre 2064/1225 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Gynäkologische Praxis

mit Belegbetten im Raum München/Augsburg an Kollegen mit abgeschlossener KV-Zeit zum 1. Juli 1989 abzugeben.

Näheres unter Telefon (0821) 601789

Landkreis Amberg-Sulzbach

Praxisräume für Internisten/Allgemeinarzt ab September '89 zu vermieten. Praxisräume werden neu nach den Wünschen des Mieters errichtet.

Anfragen unter Chiffre 2064/1208 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Gutgehende, alteingeführte

Allgemeinpraxis

mit Wohnhaus nebst Praxisanbau und großem Garten, unweit Kronach im Frankenwald, aus Altersgründen abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/1221 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Gynäkologische Praxisabgabe

Alleingesessene gynäkologische Praxis in schöner süddeutscher Stadt (70 000 Einwohner) an Fachkollegen(in) mit abgeschlossener KV-Zeit abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/1226 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Alteingeführte Allgemeinpraxis

Zentrale Lage in Süddeutschland mit Haue sofort abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/1216 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

VERSCHIEDENES

Befelka-Oel das altbewährte, wirksame Kräuteroel bei Milchschorf, Ekzemen, Wundsein, Bartflechte

Befelka-Oel - Zusammensetzung: Ol. Hyperici 10g, Ol. Calend. 5g, Ol. Chamom. Inf. 3g, Ol. Olivar. 3g, Ol. Violae tric. 3g, dünnfl. Paraffin 76g.
Indikationen: Hautjucken, Wundsein, Beingschwüre, Milchschorf, entzündliche trockene und nässende Flechten und Ekzeme, Bartflechte Kopfhauterkrankungen, Heutauschläge. **Dosierung:** Befelka-Oel ist mehrmals täglich auf die zu behandelnden Hautpartien aufzutragen. **Packungsgrößen:** 50 ml DM 7,92, 100 ml DM 13,74 200 ml DM 23,60.

Befelka-Arzneimittel · 4500 Osnabrück

STELLENANGEBOTE

Anspruchs-, verantwortungs- und vertrauensvolle Aufgaben für unseren

Werksarzt.

Voraussetzung für diese Position - der bisherige Stelleninhaber scheidet aus Altersgünden aus - ist eine allgemeinmedizinische, internistische oder chirurgische Weiterbildung. Die Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin ist erforderlich, arbeitsmedizinische Erfahrungen sind erwünscht. Gut geschultes Fachpersonal und moderne medizinische Einrichtungen stehen zur Verfügung.

Das Arbeitsgebiet umfaßt das gesamte Spektrum arbeitsmedizinischer Mitarbeiterbetreuung. Hierzu zählen u.a. Eignungs- und Überwachungsuntersuchungen, die Beratung in Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie die ärztliche Erstversorgung der Mitarbeiter bei Erkrankungen und Verletzungen.

Die werksärztliche Betreuung der ca. 3200 Mitarbeiter in unserem Stammwerk in Geislingen, der Fünftälertstadt an der Strecke Stuttgart-München, stellt in unserem Hause einen wesentlichen Bestandteil der Sozialpolitik dar. Unsere Produkte für Tisch und Küche sind weltbekannt, unsere Anstellungsbedingungen attraktiv.

Senden Sie Ihre Bewerbung mit Tätigkeitsnachweis sowie Foto und Gehaltsvorstellung bitte an Herrn Göttler. Erste telefonische Anfragen beantwortet er unter 07331/25-463.

WMF AG
Personal
Postfach 1401
7340 Geislingen

WMF