



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Herzrhythmusstörung

Der Notfall: Herzrasen

bearbeitet von Professor Dr. K. Loßnitzer und Professor Dr. R. Scharf

Symptomatik:

Allgemein: Herzfrequenz über 140/min, oft schlegartiger Beginn, Dauer für Sekunden (Salven) bis über Tage. Herzrhythmus über längere Perioden regelmäßig, manchmal leicht oder auch absolut arrhythmisch. Herztöne wehrnehmbar, manchmal von wechselnder Intensität

Subjektiv: Drückende, hämmernde und flatternde Empfindungen in Herz- und Halsregion. Mattigkeit, schneller Leistungsabfall, Schwindel, Benommenheit eventuell Bewußtlosigkeit bis hin zum Apoplex. Atemnot, Angst, gelegentlich Angine pectoris

Objektiv: Blässe, kalte Akren und Schweiß. Flacher Puls, bei Tachyarrhythmie peripheres Pulsdefizit. Blutdruckabfall, unter Umständen Schocksymptomatik. Bei anfallsartigem Herzrasen oft Harnflut mit häufigen Miktionen. Mit der Zeit Abnahme der Urinsekretion, bei längerer Dauer Anurie. Häufig Lungensteuung eventuell Lungenödem. Halsvenensteuung, gelegentlich paradoxe Halsvenenpulsation. Manchmal Lebersteuung mit rechtsseitigen Oberbauchschmerzen

Anamnese:

Früher schon Anfälle von Herzrasen, voreingegangener stärkerer Alkoholgenuß oder größere Aufregung, Herzschmerzen, Pulsunregelmäßigkeiten oder zu langsamer Puls, Atemnot, Fieber, eventuell Infekte in letzter Zeit, plötzlich aufgetretener atembhängiger Thoraxschmerz eventuell mit Husten, Hämoptyse, Zitterigkeit, Verwirrtheit, allgemeine Schwäche, anfallsartig hoher Blutdruck, Medikamente: *Digitalis*, *Chinidin*, *Lidoflezin*, *Aprindin*, *Sympathomimetika*, *tricyklische Antidepressiva*, *Phenothiazin*

Sofortdiagnostik:

Herz- und Lungeneuskultation (regelmäßige oder unregelmäßige Herzaktion, wechselnde Lautstärke des ersten Herztons als Hinweis für Kammertachykardie, Herzgeräusche, nicht-klingene Rasselgeräusche besonders rechtsbasal bei Lungensteuung), Blutdruckmessung, Beobachtung des Jugularvenenpulses (intermittierender paradoxer Venenpuls = Vorhoffropfungswellen, Hinweis für Kammertachykardie), Vegusstimulation (Karotisdrukversuch, Velselverpreßversuch) zum Nachweis einer supraventrikulären Tachykardie, EKG-Schreibung (Unterscheidung zwischen Sinustachykardie, supraventrikulärer Tachykardie, Kammertachykardie, Kammerflattern, Vorhofflattern mit hohem Überleitungsquotienten, Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern)

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

**Indikation
für die sofortige
Überweisung in
die Klinik:**

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Sinustachykardie: Neben Therapie des ursächlichen Leidens z. B. 1 Amp. *Visken* langsam i. v. (cave Bronchialspastik!). Bei Herzinsuffizienz vorher 2 bis 3 Amp. *Novodigel* bzw. *Lenitop* i. v.

Peroxymerie supraventrikuläre Tachykardie: Vagusstimulation (Trinken-essen von kaltem kohle-säurehaltigen Mineralwasser, Valsalvaproßversuch, Karotis-Sinus-Massage). Bei Erfolglosigkeit 1 (bis 2) Amp. *Isoptin* i. v., doch bei Herzinsuffizienz oder Versagen von *Isoptin* vorher bzw. zusätzlich 3 Amp. *Novodigel* bzw. *Lanitop* i. v.

Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern oder Vorhofflattern: 3 (bis 4) Amp. *Novodigel* bzw. *Lenitop* und 1 (bis 2) Amp. *Isoptin* i. v. Nach ca. vier Stunden nochmals 1 bis 2 Amp. *Novodigel* bzw. *Lanitop* und eventuell 1 Amp. *Isoptin* i. v.

Kammertachykardie: Versuchsweise kräftiger Faustschlag auf das Sternum. Bei Erfolglosigkeit, bei Kammerflattern aber sofort, 1 bis 2 Amp. *Lidocein* i. v. Bei starkem Verdacht auf Digitalis-intoxikation – Herzresen vorzugsweise paroxysmal – keine Digitalisglykoside, sondern langsam 125 bis 250 mg *Phenhydantoin* i. v.

Erfolglosigkeit der eingeleiteten Maßnahmen, Kammertachykardie und Kammerflattern in jedem Fall, auch bei erfolgreich eingeleiteten Maßnahmen; Entwicklung bzw. Verstärkung von Angina pectoris, Herzinsuffizienz oder Schock

Sedierung mit z. B. 2 bis 3 × 1 Kapsel *Trenxillium 20*. Bei Klinikeinweisung Liste der verabreichten Medikamente und – falls durchgeführt – geschriebene EKG-Streifen mitgeben.

Ferner sind mitzuteilen: Blutdruck und Maximalfrequenz, eventuell mit Pulsdefizit während der tachykarden Phase

Bei jüngeren Patienten mit bekannten Anfällen (meist peroxysmale supraventrikuläre Tachykardien) relativ harmlose Symptomatik einer kardiovaskulären Manifestation psychovegetativer Labilität. Ein bekanntes Präexzitationsyndrom im EKG (WPW oder LGL) bietet eine (funktionelle) Grundlage peroxysmaler supraventrikulärer Tachykardien

Bei bekannter organischer Herzkrankheit stellt Herzresen ein ernstes Symptom dar (Herzinsuffizienz, mögliche Vorstufe zum Kammerflimmern)

Chronische Lungenleiden, Lungenembolie, Thyreotoxikose, Phäochromozytom, akute Porphyrrie sind meist Ursache einer Sinustachykardie oder Tachyarrhythmie. Behandlung der Grunderkrankung wird oberstes Ziel sein.



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Februar 1980

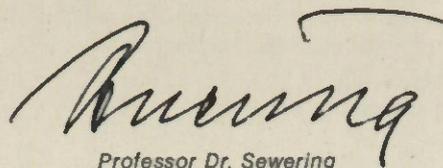
Zur Kenntnis genommen:

Der Jahreswechsel (ob er der Jahrzehntwechsel war, ist bekanntlich Gegenstand wissenschaftlichen Streits) war ein verständlicher Anlaß für Rückblick und Ausblick; denn dies ist unstrittig: Die Siebziger Jahre gingen zu Ende, die Achtziger Jahre brachen an. Wer aufmerksam gelesen hat, dem konnte nicht entgehen, daß der Rückblick beileibe nicht froh stimmen konnte. Politische Machtverschiebungen durch eine unglückliche Politik der Westmächte, Krieg, Vertreibung, Terror, Hunger und Tod überschatteten dieses Jahrzehnt. Wirtschaftliche Krisen schüttelten uns, der Öststrom wurde zur Seidenschnur, die drosseln oder reißen kann. Die Verschuldung der Öffentlichen Hand hat gefährliche Größenordnungen erreicht und beginnt, uns und die nächste Generation zu bedrohen. Gerade recht zur Jahreswende hat der russische Imperialismus wieder zugeschlagen und den Illusionisten in unserem Land und in der ganzen westlichen Welt gezeigt, was man unter „Entspannung“ zu verstehen hat. Immer mehr Länder und Völker geraten unter das Joch des Kommunismus — dieser „doppelt destillierten“ Spezies von Marxismus-Sozialismus. Die kommunistischen Imperialisten haben zuverlässige Helfer: sie sorgen für die Zersetzung, sie schicken ihre Agenten. Wenn denn in Afrika eine kommunistische Untergrundbewegung aufgebaut ist, wird sie in den „bürgerlichen“ Weststaaten als „Betreiungsbewegung der unterdrückten Schwarzen“ hochgelobt und nicht nur von der UNO honoriert, sondern sogar vom Weltkirchenrat finanziell gefördert. Aus „humanitären Gründen“, versteht sich. Wenn dann der nächste kommunistische Umsturz perfekt ist, geben unsere Staatsmänner „ernste Erklärungen“ ab. Nach einiger Zeit hat man sich daran gewöhnt. Im eigenen Lande wird uns beschwörend versichert, daß der Sozialismus, den man für uns bereithält, natürlich ein ganz anderer ist: das Glück auf Erden, Gleichheit, Brüderlichkeit und natürlich Freiheit. Nur merkwürdig, daß es bisher noch nie und nirgends gelungen ist, ihn so zu realisieren.

Möglicherweise, daß ein Leser jetzt fragt, was solche „politischen“ Betrachtungen mit dem doch völlig „unpolitischen“ Arzt zu tun haben. Ich meine, sehr viel! Wenn ärztliches Handeln frei sein soll, wenn es seine Kraft aus den Wurzeln der Humanität schöpfen darf, wenn freie Arztwahl und das ganz

persönliche Vertrauensverhältnis die Beziehung zwischen Arzt und Patient bestimmen sollen, dann bedarf es auch einer Gesellschaftsform, die das ermöglicht, in der freie Bürger sich begegnen, frei handeln und entscheiden können. Natürlich wissen wir, daß sich auch Ärzte jenseits des Eisernen Vorhanges bemühen, ihren Patienten zu helfen, dem Hippokratischen Eid zu folgen, so gut es die Verhältnisse zulassen. Aber sie tun es gegen das System, gegen die Machthaber ihres Landes, gegen den Kollektivismus, der sie umgibt. Das „Medikament aus dem Westen“ ist häufig der beste Rat, den sie geben können. Hier schließt sich der Kreis der Überlegungen am Beginn des Jahres echtzig: Wenn wir wollen, daß sich auch in Zukunft freie Bürger und freie Ärzte gegenüberstehen, dann dürfen wir den Kopf nicht in den Sand stecken. Dann müssen wir erkennen, daß es die Politik ist, die letztlich auch darüber entscheidet.

Unsere Arbeit werden wir in diesem Jahr unverdrossen fortsetzen. Die Ziele des „Bayern-Vertrages“ müssen weiterverfolgt werden. Kassenärztliche Versorgung und gegliederte Krankenversicherung müssen funktionstüchtig bleiben. Der Patient muß bekommen, was er benötigt, sein gesundheitliches Wohl steht im Mittelpunkt. Überflüssiges können wir uns nicht leisten, ganz abgesehen davon, daß es niemand nutzt. Dieser Satz gilt, wie wir zunehmend werden erkennen müssen, nicht nur für die Medizin. Die programmierte Tumornachsorge muß in diesem Jahr ebenso auf volle Touren kommen wie die auf Bayern ausgedehnte perinatale Qualitätssicherung. Für die Operations-Voruntersuchung haben wir mit den Fachleuten ein Standardprogramm entwickelt, das den bayerischen Kassenärzten in Kürze übergeben wird. Die Niederlassungsberatung auf der Grundlage der Bedarfspläne wird eine wesentliche Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung sein. Für die Vorbereitung auf die selbständige ärztliche Tätigkeit in freier Praxis muß ein geeigneter Weg gefunden werden. Der Fortentwicklung der Fortbildung praktizierender Ärzte gehört unsere volle Aufmerksamkeit. Dies alles sind nur ausgewählte Beispiele aus der Vielfalt der Aufgaben, welche die ärztliche Berufsvertretung — Kassenärztliche Vereinigung — im begonnenen Jahr zu erfüllen haben. Es möge uns gelingen, ein gutes Stück voranzukommen.



Professor Dr. Sewering

Im „Bayerischen Staatsanzeiger“, Nr. 1 vom 4. Januar 1980, wurde vom Landeswahlleiter, Rechtsanwalt POELLINGER, das nachstehend abgedruckte Wahlergebnis für die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Körperschaft des öffentlichen Rechts, bekanntgemacht.

Wahlergebnis für die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die gewählten Vertreter sind jeweils unter a), die Ersatzmänner unter b), im übrigen in der Reihenfolge der für sie abgegebenen Stimmen aufgeführt.

gez. Poellinger, Rechtsanwalt

Wahlbezirk München Stadt und Land

1. Ordentliche Mitglieder

a)

Dr. Hege Hens, Allgemeinarzt,
Terofelstr. 4, München 21

Dr. Holzgartner Hartwig, Internist,
Richard-Streuß-Str. 55, München 80

Dr. Dr. Gressl Erich, Allgemeinarzt,
Boschetsrieder Str. 75, München 70

Dr. Winkelhenn Wilhelm, Allgemeinarzt,
Gärtnerplatz 5, München 5

Dr. Sertori Carlheinz, Augenarzt,
Max-Weber-Platz 11, München 80

Dr. Zierhut Wolfgang, Allgemeinarzt,
Waltherstr. 34, München 2

Dr. Lenk-Ostendorf Herta, Kinderarzt,
Hohenascheuer Str. 10, München 80

Dr. von Weidenbech Wolff, Frauenarzt,
Lindwurmstr. 83-85, München 2

Dr. Wellhöfer Kleus, Radiologe,
Sonnenstr. 11, München 2

Dr. Frühwein Friedrich, Allgemeinarzt,
Briener Str. 11, München 2

Dr. Kleeberger Eduard, Frauenarzt,
Prinzregentenstr. 72, München 80

Dr. Wellner Peter, Allgemeinarzt,
Ohlmüllerstr. 19, München 90

Dr. Hürzinger Arnulf, Allgemeinerzt,
Himmelschlüsselstr. 57, München 50

Dr. Nitz Degobert, Internist und Nuklear-
mediziner, Weinstr. 3, München 2

Professor Dr. Zimmer Fritz, Frauenarzt,
Steinerweg 5, München 60

Dr. Bäcker Gertraud, Laborärztin,
Nikoleistr. 5, München 40

Dr. Bienies Gert, Hals-Nasen-Ohrenarzt,
Moosacher Str. 23, München 40

Dr. Hahn Klaus-Michael, Chirurg,
Belgradstr. 5, München 40

Dr. Fischer Hans-Erhard, Internist,
Tegernseer Lendstr. 150, München 90

Dr. Stöckle Herta, Internist,
Behnhofstr. 98 e, Gräfelfing

Dr. Schmid Erwin, Allgemeinerzt,
Blutenburgstr. 104, München 19

b)

Dr. Wuttge Kurt-Heinz, Radiologe,
Kerlsplatz 3-5, München 2

Dr. Conrad Friedrich, Frauenarzt,
Marienplatz 2, München 2

Dr. Steidle Arbo, Allgemeinerzt,
Virchowstr. 2, München 40

Dr. Döker Ingo, Kinderarzt,
Fasanenstr. 142, Unterhaching

Dr. von Bredow Christoph, Allgemeinerzt,
Aidenbechstr. 142, München 71

Dr. Bäcker Karl-Otto, Laborarzt,
Nikolaistr. 5, München 40

Dr. Span Mex, Internist,
Joseph-Retzer-Str. 47 a, München 60

Dr. Strauch Martin, Internist,
Kerlsplatz 3, München 2

Dr. Glogger Gottherd, prakt. Arzt,
Nikolaus-Rüdinger-Str. 37, München 50

Dr. Leng Karl, Allgemeinarzt,
Nymphenburger Str. 62, München 2

Dr. Meyer-Lutterloh Kleus, Allgemeinarzt,
Wettersteinplatz 3, München 90

Dr. Gillesberger Welter, Heuterzt,
Winterthurer Str. 3, München 71

Dr. Leiber Volker, Internist,
Mendelssohnstr. 7, München 60

Dr. Würfel Joachim, Orthopäde,
Rosenheimer Str. 2, München 80

Professor der Universität Göteborg Dr. v.
Studnitz Wilfried, Laborerzt,
Nußbaumstr. 14, München 2

Dr. Fischer Wolfrem, Internist,
Leopoldstr. 32, München 40

Dr. Lindenau Irme, Kinderärztin,
Leibnitzstr. 30, München 21

Dr. Grove Michael, Augenerzt,
Nymphenburger Str. 181, München 19

Dr. Egge Karl jun., Radiologe,
Nymphenburger Str. 147 e, München 19

Dr. Köppl Bärbel, Augenärztin,
Altheimer Eck 2, München 2

Dr. Schmitt Günther, Allgemeinerzt,
Glogeuer Str. 38, München 50

Dr. Bauer Werner, Urologe,
Isartorplatz 4, München 22

Dr. Tiller Reinhard, Frauenarzt,
Weinstr. 11, München 2

Dr. Klier Karl-Friedrich, Augenarzt,
Lendsberger Str. 509, München 60

Dr. Rebhen Klaus, Frauenarzt,
Blumenstr. 1, München 2

Dr. Raeder Gisela, Anästhesistin,
Widenmayerstr. 51, München 22

2. Außerordentliche Mitglieder

e)

Professor Dr. Hellbrügge Theodor, Kin-
dererzt, Lucile-Grahn-Str. 39, München 80

Dr. Steinkohi Hans, Chefarzt,
Sanatoriumsplatz 2, München 90

Dr. Dr. Hochreiter Frenz, Mund-Kiefer-Ge-
sichtschirurg, Landwehrstr. 9, München 2

Dr. Fesching Herbert, Internist,
Schützenstr. 5, München 2

Dr. Wiegand Eva, prakt. Ärztin,
Dacheuer Str. 4, München 2

Professor Dr. Dr. Borelli Siegfried, Klinik-
direktor, Fasangartenstr. 161, München 90

Dr. von Brenteno Karl, Allgemeinerzt,
Landwehrstr. 20, München 2

Dr. Allwein Eugen, Allgemeinarzt i. R.,
Büchmannstr. 7, München 82

b)

Dr. von Ammon Werner, Frauenarzt,
Leopoldstr. 71, München 40

Dr. Bereiter Günter, Allgemeinarzt,
Gellertstr. 3, München 81

Dr. Then-Bergh Hildegard, Orthopädin,
Kunigundenstr. 38 e, München 40

Professor Dr. Brendlmeier Paul, Allge-
meinerzt, Eslerner Str. 30, München 90

Dr. Klostermeier Hans, Hals-Nasen-
Ohrenarzt i. R., Burgstr. 10, Balerbrunn

Dr. Schwerz Herbert, Internist,
Kepuzinerstr. 8, München 2

Dr. Michael Theo, Hautarzt,
Pechdellerstr. 13, München 90

Dr. Back Hildegard, Assistenzärztin,
Kempenwandstr. 28, Prien

Dr. Arndtz Hans-Joachim, Internist,
Bahnhofstr. 81, Gräfelfing

Dr. Schröder Eckerd, Hautarzt,
Görresstr. 8 a, München 40

Wahlbezirk Oberbayern

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a)
Dr. Geith Alfons, Allgemeinerzt,
Wagnerwirtsstr. 8., Ingolstadt
- Dr. Spiegel Johann, Allgemeinerzt,
Westenstr. 20, Eichstätt
- b)
Dr. Tellesz Gertrud, prakt. Ärztin,
Försterstr. 5, Kipfenberg
- Dr. Köhler Freimut, Internist,
Theresienstr. 6, Ingolstadt
- Dr. Then Friedrich, Allgemeinerzt,
Theresienstr. 160, Neuburg
- Dr. Otto Friedhelm, Allgemeinerzt,
Bgm.-Stocker-Ring 34, Schrobenhausen

Stimmkreis II

- a)
Professor Dr. Sewering Hans Joachim,
Internist, Lungen- u. Bronchialheilkunde,
Am Oberanger 14, Dachau
- Dr. Roth Adolf, Allgemeinerzt,
Am Starzenbach 1, Wolnzach
- b)
Dr. Mayer Egon, Allgemeinerzt,
Schulstr. 8, Erdweg
- Dr. Heiser Wolfgang, Nervenarzt,
Münchener Str. 44, Dechau
- Dr. Schreyer Hermenn, Allgemeinerzt,
Ingolstädter Str. 42, Pfaffenhofen a.d. Ilm
- Dr. Sewering Rolf, Internist,
Am Oberanger 14, Dachau

Stimmkreis III

- a)
Dr. Krist Adolf, Allgemeinerzt,
Attinger Str. 1 1/2, Taufkirchen
- b)
Dr. Weißmahr Rudolf, Hals-Nasen-Ohren-
arzt, Lange Zeile 5, Erding
- Dr. Reithinger Otfried, Urologe,
Bahnhofstr. 13, Ebersberg

Stimmkreis IV

- a)
Dr. Hebel Martin, Allgemeinerzt,
Lankesbergstr. 8 a, Freising
- Dr. Haslbeck Johann, prakt. Arzt,
Kirchbergstr. 27, Kranzberg
- Dr. Geler Florian, Internist,
Freisinger Str. 1, Nandlstadt

Stimmkreis V

- a)
Dr. Seuß Friedrich, Allgemeinerzt,
Dr.-Werner-Str. 4, Gröbenzell
- Dr. Felbermeier Josef, Internist,
Leonherdplatz 8, Fürstenfeldbruck
- Dr. Letsch Karl-Wilhelm, Allgemeinerzt,
Hauptstr. 18, Fürstenfeldbruck

Stimmkreis VI

- a)
Dr. v. Hösslin Kurt, Allgemeinerzt,
Bahnhofstr. 2, Peiting
- Dr. Hoheisel Peter, Allgemeinerzt,
Behnhofstr. 3, Seeshaupt
- b)
Dr. Schießler Walter, Internist,
Murnauer Str. 6, Weilheim
- Dr. Böhm Wolfrem, Internist und Nuklear-
mediziner, Herkomerstr. 111, Landsberg
- Dr. Twardy Franz, prakt. Arzt,
Marienplatz 19, Schongau
- Dr. Schlempp Michael, Internist,
Bahnhofstr. 21, Penzberg

Stimmkreis VII

- a)
Dr. v. Einem Jobst, Allgemeinerzt,
Bahnhofstr. 33, Stockdorf
- Dr. Hellmann Reinhard, Kinderarzt,
Bahnhofstr. 4, Herrsching
- b)
Dr. Nienhaus Stephan, Orthopäde,
Maximilianstr. 6, Starnberg
- Dr. Roedel Hans, Internist,
Traubinger Str. 14, Tutzing
- Dr. Haniel Sibylle, Allgemeinärztin,
Eichenweg 6, Söcking
- Dr. Göpfert Christien, Allgemeinerzt,
Hallberger Allee 2, Tutzing

Stimmkreis VIII

- a)
Dr. Kraut Hans, Radiologe,
Töginger Str. 21, Mühldorf
- b)
Dr. Wolf Manfred, Kinderarzt,
Preger Str. 14, Waldkreiburg
- Dr. Hilbig Helmut, Frauenarzt,
Stadtplatz 23, Waldkreiburg

Stimmkreis IX

- a)
Dr. Umhau Guido, Hals-Nasen-Ohrenarzt,
Marktlar Str. 33 a, Burghausen
- b)
Dr. Lobbichler Hanns, Allgemeinerzt,
Kreszentiaheimstr. 52, Altötting
- Dr. Schöner Horst, Internist,
Altöttinger Str. 20, Neuötting

Stimmkreis X

- a)
Dr. Schloßer Otto, Internist,
Salinstr. 10, Rosenheim
- Dr. Bauer Günther, Allgemeinerzt,
Lengbehnstr. 9, Rosenheim
- Dr. Rix Jürgen, Augenarzt
Salinstr. 11 a, Rosenheim

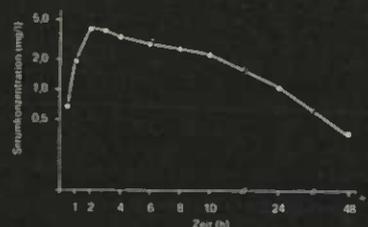
Doxy-Tablinen. Man kann
es besser machen! Wir
haben es gemacht: Tabletten.
Und sehr viel preiswerter!

Doxycyclin 100 mg
Breitbandantibiotikum

Doxy- Tablinen®

⊕ **Mit allen Vorteilen der Tablette:**

**schneller Zerfall
keine Irritation der Speiseröhre
gut teilbar (Akne, Kinder)
sehr gute Bioverfügbarkeit
sehr preiswert.**



Bioverfügbarkeit nach Gabe von 2 Tabletten Doxy-Tablinen

8 Tabl.

18.06

16 Tabl.

33.—

SANORANIA Dr. G. Strohschear
I Berlin 28

Indikationen: Infektionen mit Doxycyclin-empfindlichen Erregern.
Kontraindikationen: Leberfunktionsstörungen, Fotodermatosen, Allergien, Leukozytopenie, negative Sockstoffbilanz, Erhöhung des Rest-N bei Uriämikern, Pseudoglykosurie, Vorsicht bei Schwangerschaft, besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft, Vorsicht bei bestehendem Scor. Während der Knochen- und Zahnentwicklung kritische Abwägung der Einnahme, da Zahnverfärbungen und Knochenentwicklungsverzögerungen auftreten können.
Mögliche Nebenwirkungen: Gastrointestinale Störungen und allergische Reaktionen sind selten.
Dosierung und Anwendungsweise: Am 1. Tag morgens und abends je 1 Tablette, anschließend ist jeden Tag 1 Tablette mit möglichst viel Flüssigkeit einzunehmen.

b)

Dr. Pummerer Ernst, Radiologe,
Selinstr. 11 a, Rosenheim

Dr. Peters Rudolf, Allgemeinarzt,
Treunsteiner Str. 8, Endorf

Dr. Wimmer Josef, Allgemeinarzt,
Reifenstuelstr. 24, Rosenheim

Dr. Weber Simon, prakt. Arzt,
Penger Str. 26, Rosenheim

Meuthen Peter, Radiologe,
Münchener Str. 2/II, Bad Aibling

Dr. Gschwändler-Töller Barbara,
prakt. Ärztin, Kirchezeile 11, Bad Aibling

Stimmkreis XI

a)

Dr. Keppe Bernd, prakt. Arzt,
Seestr. 20, Rottach-Egern

b)

Dr. Nohe Werner, Internist,
Nördliche Hauptstr. 18, Rottach-Egern

Dr. Nobiling Alfred, Internist,
Josefstaler Str. 6, Neuhaus-Schliersee

Stimmkreis XII

a)

Dr. Platiel Anton, Allgemeinarzt,
Untermarkt 1, Wolfratshausen

b)

Dr. Baum Gerhard, Radiologe,
Winibeldstr. 6, Wolfratshausen

Dr. Volkmann Friedrich, Internist,
Säggasse 12, Bad Tölz

Stimmkreis XIII

a)

Dr. Roßberg Günter, Allgemeinarzt,
Reschstr. 11, Murnau

b)

Dr. Kellnar Walter, Augenarzt,
Bahnhofstr. 21, Garmisch-Partenkirchen

Dr. Brunner Wolf, prakt. Arzt,
Arnsplatzstr. 7, Mittenwald

Stimmkreis XIV

a)

Dr. Neugebauer Wilfried, Allgemeinarzt,
Dr.-Imhof-Str. 6, Berchtesgaden

b)

Dr. Deppisch-Roth Ursule, prakt. Ärztin,
Kastenweg 2, Bischofswiesen

Dr. Pallaske Hans, Allgemeinarzt,
Bahnhofstr. 8, Saaldorf

Stimmkreis XV

a)

Dr. Rechl Hermann, Allgemeinarzt,
Bahnhofstr. 5, Trostberg

Dr. Mayerhofer Carlheinz, Allgemeinarzt,
Zwieselstr. 13, Waging a. See

b)

Dr. Obermayer Wolfgang, Urologe,
Bahnhofstr. 12, Traunstein

Dr. Schraube Ernst, prakt. Arzt,
Stadtplatz 12, Traunstein

Dr. Gaumitz Eckart, prakt. Arzt,
Rupprechtstr. 2, Traunstein

Dr. Schittich Gerhard, Internist,
Staufenweg 4, Traunreut

2. Außerordentliche Mitglieder

a)

Dr. Schiede Manfred, Internist, Oberarzt,
Schirmbeckstr. 12, Rosenheim

Dr. Stuhlberger Hans, Chirurg, Oberarzt,
Werlherstr. 6, Tegernsee

Privatdozent Dr. Kunze Detlev, Kinderarzt,
Obererzt, Kremerweg 27, Gmund-St. Oulrin

Dr. Kaufmann Stefan, Internist, Obererzt,
Neuburger Str. 60, Ingolstadt

Dr. Kullmann Claus, Frauenarzt, Obererzt,
Am Hang 2 b, Krailling

Dr. Striegel Michael, Allgemeinarzt,
Possenhofener Str. 34, Starnberg

Dr. Weigl Rudolf, Internist, Oberarzt,
Gabersee 74, Reitmehring

Dr. Felder Klaus, Internist, Med.-Dir.,
Wiesenweg 14, Moosrein-Gmund

Dr. Ekkerlein Klaus, Internist, Oberarzt,
Hedwigstr. 10, Trostberg

Dr. Ulmer Dieter, Chirurg, Oberarzt,
Lene-Christ-Str. 3, Köschling

Dr. Schandert Andreas, Internist, Assi-
stenzerzt, Innerlohener Str. 7, Ruhpolding

Dr. Zebel Heinz, Assistenzarzt,
Locksteinstr. 38, Berchtesgaden

Dr. Hänsch Rudolf, Frauenarzt, Oberarzt,
Pössinger Str. 18, Landsberg

Dr. Eiden Karl Joachim, Orthopäde, Ober-
erzt, Neuer Bergweg 184, Werneck

Wahlbezirk Oberfranken

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

a)

Dr. Sebald Clemens, Nervenarzt,
Hainstr. 1, Bamberg

Dr. Dumrauf Erich, Allgemeinarzt,
Bamberger Str. 78, Breitengübbach

b)

Dr. Thoma Paul, prakt. Arzt, Kapel-
lenstr. 26 a, Memmelsdorf-Lichteneiche

Dr. Reinhardt Ruth, Allgemeinärztin,
Ottostr. 19, Bamberg

Dr. Mausolf Falk, Allgemeinarzt,
Wehrgasse 2, Beunach

Dr. Neurath Helmut, Orthopäde,
Schützenstr. 1, Bamberg

Stimmkreis II

a)

Dr. Deckert Peul, Allgemeinarzt,
Klosterstr. 4, Forchheim

b)

Dr. Distler Hans-Joachim, prakt. Arzt,
Luitpoldstr. 4, Forchheim

Dr. Platzek Rolf-Christian, Allgemeinarzt,
Am Lindenanger 13, Forchheim

Stimmkreis III

a)

Dr. Rösch Karl, Allgemeinarzt,
Kulmbacher Str. 17, Heinersreuth

Dr. Korb Günter, Radiologe,
Sophienstr. 7, Bayreuth

Dr. Kröber Frank-Ekkehard, prakt. Arzt,
Bachgasse 16, Goldkronach

Stimmkreis IV

e)

Dr. Vetke Rolf, Allgemeinarzt,
Mühldegg 3, Coburg

b)

Dr. Herm Olaf, Frauenarzt,
Lossaustr. 4 a, Coburg

Dr. Stubner Dietrich, Allgemeinarzt,
Altenbanzer Weg 3, Rossach

Stimmkreis V

a)

Dr. Straub Guido, Orthopäde,
Schwedenstr. 11, Kronach

b)

Dr. Richter Heinz, Allgemeinarzt,
Schwüribitzer Str. 17, Marktzeuln

Dr. Morgenthum Heinrich, Allgemeinarzt,
Angerstr. 16, Pressig

Stimmkreis VI

a)

Dr. Brendler Fritz, Frauenarzt,
Robert-Koch-Str. 1, Münchberg

b)

Dr. Roller Erich, Allgemeinarzt,
Am Stein 1, Feilitzsch

Dr. Schmitt Ludwig, Allgemeinarzt,
Königstr. 24, Hof/Saale

Stimmkreis VII

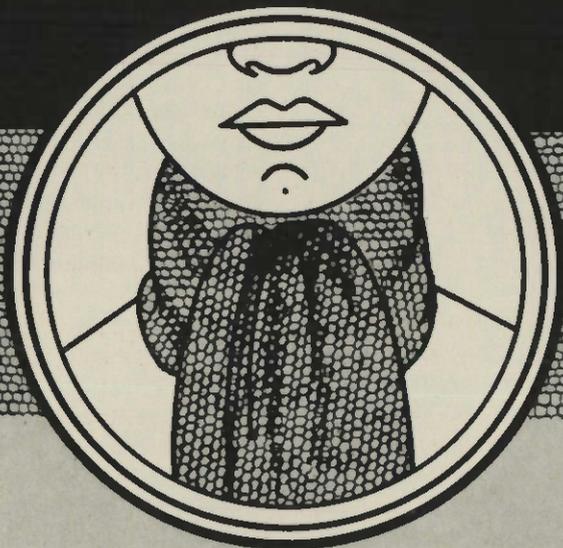
e)

Dr. Geißendörfer Erwin, Augenarzt,
Schönlinder Weg 1, Wunsiedel

Dr. Wildenauer Hans-Dieter, prakt. Arzt,
Am Markt 48 a, Marktredwitz

Dr. Reichel Emil, Allgemeinarzt,
Poststr. 1 a, Selb

Bei Husten – der unsichtbare Schal...



Capval®

Depot-Antitussikum und Expektorans als Schnellstop mit Langzeit-Effekt

Bei allen akuten und chronischen Affektionen der Atemwege für den Tag und eine ruhige Nacht.

Indikationen:

Akute und chronische Krankheitsbilder der Atemwege, die hustenreizstillende Wirkung erfordern.

Reiz-, Krampf- und Keuchhusten, leichtes Asthma bronchiale.

Zur intermittierenden Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten.

Kontraindikationen: nicht bekannt

Zusammensetzung: Saft

= 100 ml enthalten: Noscapin 500 mg, (2-Methyl-8-methoxy-6,7-methylenedioxy-1-(6',7'-dimethoxy-3'-phthalidyl)-1,2,3,4-tetrahydroisochinolin), gebunden an 286,0 mg Ionen-Austauscher der Polystyrolsulfonsäureharzgruppe; Corrigentia; Aqua demineralisata ad 100 ml.

Dosierung:

Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren 3-4mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel. Kinder von 3 bis 12

Jahren 2-3mal täglich 1-2 Teelöffel. Kleinkinder über 3 Monate 2mal täglich ½ Teelöffel.

Zusammensetzung: Tropfen

= 100 ml enthalten: Noscapin hydrochloricum 2,8 g, Corrigentia ad 100 ml.

Dosierung:

Erwachsene und Kinder über 12 Jahre nehmen täglich mehrmals 20-30 Tropfen, Kinder von 3 bis 12 Jahren 3mal täglich 10-20 Tropfen, Kleinkinder über 3 Monate 2mal täglich 4-5 Tropfen.

Hustensaft – Tropfen – Dragées

Zusammensetzung: Dragées

= 1 Dragée enthält: Noscapin-Resin entspr. 25,0 mg Noscapin.

Dosierung:

Erwachsene und Kinder über 12 Jahre mehrmals täglich 1-2 Dragées. Kinder (3 bis 12 Jahre) 3mal täglich 1 Dragée.

Handelsformen und Preise

Saft:

OP mit 100 ml DM 7,50

Tropfen:

OP mit 30 ml DM 7,65

OP mit 100 ml DM 20,70

Dragées:

OP mit 25 Stück DM 5,70

OP mit 250 Stück DM 39,75

Klinikpackungen

Wichtiger Hinweis: Als Segment-

Therapeutikum zur unterstützenden Behandlung ist

CAPVAL Salbe im Handel.

OP mit 30 g DM 5,90, OP mit

100 g DM 14,25

Dreluso Pharmazeutika, 3253 Hessisch Oldendorf 1



Stimmkreis VIII

- a)
Dr. Beyer Eduard, Allgemeinarzt,
Luitpoldstr. 13, Kulmbach
- b)
Dr. Schreiber Hermann, Internist,
Lichtenfelser Str. 43, Kulmbach
- Dr. Niederhellmann Hanskarl, Allgemein-
arzt, Kulmbacher Str. 125, Kasendorf

2. Außerordentliche Mitglieder

- a)
Dr. Tittbach Ernst, Internist, Med.-Dir.,
Vertrauensärztliche Dienststelle, Bayreuth
- Dr. Roderer Erich, Neurologe, Ltd. Med.-
Dir., Nervenkrankenhaus, Bayreuth
- b)
Dr. Hamann Johannes, Internist, Med.-Dir.,
Vertrauensärztliche Dienststelle, Bayreuth
- Dr. Weber Otto, Frauenarzt, Oberarzt,
Städtische Krenkenanstalten, Bayreuth
- Dr. Diemer Leonhard, Chirurg, Med.-Dir.,
LVA Ober- und Mittelfranken, Bayreuth
- Dr. Lenhart Anton-Ernst,
Internist, Ltd. Med.-Dir.,
LVA Ober- und Mittelfranken, Bayreuth

Wahlbezirk Mittelfranken

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a)
Dr. Deschler Friedrich, prakt. Arzt, E.-Kör-
ner-Ring 19, Ansbach-Meinhardswinden
- Dr. Wüstmann Georg, Hals-Nasen-Ohren-
arzt, Spitalgasse 15, Rothenburg o. d. T.
- b)
Dr. Schaudig Hans-Jörg, prakt. Arzt,
Nördlinger Str. 15, Dinkelsbühl
- Dr. Ruhl Georg, Allgemeinarzt,
Neustadt 24-26, Ansbach
- Dr. Gleiss Heinz, prakt. Arzt,
Ansbacher Str. 15, Rothenburg o. d. T.
- Dr. Ihle Werner, prakt. Arzt,
Hauptstr. 14, Wilhelmsdorf

Stimmkreis II

- a)
Dr. Seiler Josef, Allgemeinarzt,
Fürther Str. 71, Erlangen
- b)
Dr. Zeller Werner, Internist,
Hauptstr. 10, Erlangen
- Dr. Chmelirsch Roland, Allgemeinarzt,
Dompfaffstr. 121, Erlangen

Stimmkreis III

- a)
Dr. Horst Helko, Allgemeinarzt,
Uffenheimer Str. 3, Bad Windsheim
- b)
Dr. Filler Rudolf, Allgemeinarzt,
Konrad-Adenauer-Str. 8, Eckental
- Dr. Berthold Helmut, prekt. Arzt,
Konsul-Lindner-Str. 11, Markt Erlbach

Stimmkreis IV

- a)
Dr. Mertens Joachim, Allgemeinarzt,
Mathildenstr. 15, Fürth
- b)
Dr. Sitzberger-Stählin Irmgard, Hautärz-
tin, Rudolf-Breitscheid-Str. 1, Fürth
- Dr. Romming Lothar, Allgemeinarzt,
Alte Reutstr. 16, Fürth

Stimmkreis V

- a)
Dr. Dehler Klaus, Internist,
Hallplatz 37, Nürnberg 1
- Dr. Günther Hermann, Nervenarzt,
Moltkestr. 17, Nürnberg 80
- Dr. Kolb Friedrich, Allgemeinarzt,
Bucher Str. 11, Nürnberg 90
- Dr. Freigeng Manfred, Augenarzt,
Josephsplatz 20, Nürnberg 1
- Dr. Radwansky Rainer, Internist,
Breite Gasse 80, Nürnberg 1
- b)
Dr. Brouschek Helga, Allgemeinärztin,
Westtorgraben 5, Nürnberg 80
- Dr. Eilles Wolfgang, Allgemeinarzt,
Friedrichstr. 42, Nürnberg 10
- Dr. Kleemann Robert, Allgemeinarzt,
Nibelungenstr. 19, Nürnberg 40
- Dr. Skilandat Peter, Hals-Nasen-Ohren-
arzt, Pirckheimerstr. 40, Nürnberg 10
- Dr. Dillmann Gustav, Internist,
Josephsplatz 20, Nürnberg 1
- Dr. Strobel Wolfgang, Internist,
Dürrenhofstr. 47, Nürnberg 30
- Dr. Arnold Erich, Allgemeinarzt,
Welserstr. 69 e, Nürnberg 20
- Dr. Pfüzenreiter Ludwig, Frauenarzt,
Mariantorgraben 15, Nürnberg 1
- Dr. Schmidt Riccarda, Hautärztin,
Großweidenmühlstr. 2, Nürnberg 90
- Dr. Baigger Friedrich, Hauterzt,
Königstr. 76, Nürnberg 1

Stimmkreis VI

- a)
Dr. Reichel Klaus, Internist,
Hindenburgplatz 11, Hersbruck
- b)
Dr. Weinzierl Johann, Allgemeinarzt,
Marktplatz 37, Lauf e. d. Pegnitz
- Dr. Beer Adolf Peter, Internist,
Bahnhofstr. 20 a, Altdorf

Stimmkreis VII

- a)
Dr. Strambeck Siegfried, Kinderarzt,
Sandgasse 5 a, Roth
- Dr. Heuberger Thomas, Allgemeinarzt,
Reichswaisenhausstr. 4, Schwabach
- b)
Dr. Roth Guido, Allgemeinarzt,
Hahnenkammstr. 3, Treuchtlingen
- Dr. Mehlhorn Gustav, Allgemeinarzt,
Behnhofstr. 18, Rednitzhembach
- Dr. Schmidt Brigitte, Allgemeinärztin,
Bergstr. 11, Schwebach-Penzendorf
- Dr. Lutz Hermenn, Allgemeinarzt,
Talstr. 2, Hilpoltstein

2. Außerordentliche Mitglieder

- a)
Dr. Rothlauf Rudolf, Allgemeinarzt,
Eichenweg 11, Erlangen
- Dr. Bauer Ernst, Hals-Nasen-Ohrenarzt,
Händelstr. 2, Nürnberg 20
- Dr. Scharff Werner, Frauenarzt,
Gudrunstr. 6, Zirndorf
- Dr. Böwing Bernhard, Akad. Oberrat, Kin-
der-, Oberarzt, Hofmannstr. 74, Erlangen
- b)
Dr. Gulich Sebastien, Hals-Nasen-Ohren-
arzt, Königstorgraben 1, Nürnberg 1
- Dr. Backens Alexander, Allgemeinarzt,
Alte Reutstr. 14, Fürth
- Dr. Hillt Heinrich, Allgemeinarzt,
Haagstr. 13, Erlangen
- Dr. Leuxner Ernst, Aked. Dir., Frauenarzt,
Oberarzt, Universitätsstr. 21/23, Erlangen
- Dr. Heckel Klaus, Internist,
Universitätsstr. 32, Erlangen
- Dr. Koch Hans-Hellmut, Internist, Ober-
arzt, Kronstädter Str. 26, Fürth
- Dr. Tischendorf Peter, Radiologe und In-
ternist, Oberarzt, Gallasstr. 2, Fürth
- Dr. Seybold Peul, Allgemeinarzt,
Friedrichstr. 13, Erlangen

Wahlbezirk Unterfranken

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- e)
Dr. Schleicher Gustav Adolf, Hautarzt,
Frohsinnstr. 13, Aschaffenburg
- Dr. Erhardt Wolfgang, Allgemeinarzt,
Sudetenlandstr. 32, Goldbach
- b)
Dr. Reuß Wolfgang, Internist,
Frohsinnstr. 28, Aschaffenburg
- Dr. Baldus Karl-Heinz, Internist,
Würzburger Str. 12, Aschaffenburg
- Dr. Möller Horst, prakt. Arzt,
Kirchenstr. 12, Hösbach
- Dr. Roosen Rudolf, Orthopäde,
Frohsinnstr. 16, Aschaffenburg

Stimmkreis II

e)
Dr. Huttary Günther, Allgemeinarzt,
von-Hessing-Str. 2, Bad Kissingen

b)
Dr. du Prel Maximilien, Internist,
Heinrich-von-Kleist-Str. 2, Bad Kissingen
Dr. Bruna Franz, Augenarzt,
Ludwigstr. 9, Bad Kissingen

Stimmkreis III

a)
Dr. Ottmenn Klaus, Urologe,
Moltkestr. 9, Kitzingen

b)
Dr. Schöneberger Dieter, prakt. Arzt,
Schweinfurter Str. 11, Dettelbach
Dr. Kelber Fritz-Martin, Allgemeinarzt,
Bahnhofstr. 2, Wiesentheid

Stimmkreis IV

a)
Erbelding Roland, prakt. Arzt,
Frühlingstr. 8, Birkenfeld

b)
Dr. Bier Rudolf, Allgemeinarzt,
Färbergasse 3-5, Lohr
Dr. Schorsack Johann, prekt. Arzt,
Wiesenweg 18, Burgsinn

Stimmkreis V

e)
Dr. Weber Joachim, prekt. Arzt,
Schloßgebäude, Amorbach

b)
Dr. Vogl Richard, Allgemeinarzt,
Obere Walldürner Str. 4, Miltenberg
Dr. Meesmann Dieter, Urologe,
Fabrikstr. 10, Miltenberg

Stimmkreis VI

a)
Dr. Koch Bernherd, Allgemeinerzt,
Jakobsplatz 5, Mellrichstadt

b)
Dr. Welte Otto, Allgemeinarzt,
Mittelweg 6, Saal
Dr. Mangelisdorf Roland, Allgemeinarzt,
Röhnstr. 11, Bad Neustadt

Stimmkreis VII

a)
Dr. Hahn Hans, Allgemeinarzt,
Haus-Nr. 189, Geldersheim

b)
Dr. Drescher Hermann, Allgemeinarzt,
Kerl-Glockner-Str. 6, Kirchlater

Dr. Kraus Wolfgang, prakt. Arzt,
Am Ziegelbrunn 18, Haßfurt

Stimmkreis VIII

a)
Dr. Fischer Jürgen, Allgemeinarzt,
Josef-Säckler-Str. 2, Schweinfurt

b)
Dr. Krämer Dieter, Orthopäde,
Siebenbrückleinsgasse 10-12, Schweinfurt
Dr. Wolz Werner, prakt. Arzt,
Merk 4, Schweinfurt

Stimmkreis IX

a)
Dr. Rötter Werner, Internist,
Juliuspromenade 58, Würzburg

b)
Dr. Brückl Bernhard, Allgemeinerzt,
Ludwigstr. 11, Würzburg

Dr. Mehling Rudolf, prekt. Arzt,
Brücknerstr. 20, Würzburg

b)
Dr. Hupp Wolfgang, prakt. Arzt,
Wagnergäßchen 6, Höchberg

Dr. Schmincke Friedr.-Wilh., prakt. Arzt,
Wendelweg 10, Würzburg

Dr. Frank Horst, Hautarzt,
Keiserstr. 4, Würzburg

Dr. Hansen Uwe, prekt. Arzt,
Stifterstr. 4, Veitshöchheim

Dr. Scheuer Hubert, Freuenerzt,
Kaiserstr. 26, Würzburg

Dr. Ruppert Günter, Nuklearmediziner,
Hofstr. 10, Würzburg

2. Außerordentliche Mitglieder

a)
Dr. Vierhellig Hugo, Ltd. Med.-Dir. i. R.,
Nervenerzt, Walther-v.-d.-Vogelweide-Str.
19, Würzburg

Dr. Oschmann Franz Josef, Chirurg,
Paul-Rücklein-Str. 14, Kitzingen

Dr. Rusche Horst, Internist und Werks-
arzt, Rhönblick 2, Bad Neustadt

b)
Dr. Schicker Willibald, Internist,
Keesburgstr. 17 a, Würzburg

Dr. Heim Ludwig, Med.-Dir., Kindererzt,
Georg-Heppel-Str. 2, Gerbrunn

Dr. Heinrichs Leonhard, Landgerichtsarzt,
Gertraud-Rostosky-Str. 2, Würzburg

Dr. Hahn Ansgar Hermann, Chirurg,
Goethestr. 9, Bad Neustadt

Dr. Hessdörfer Eduard, Med.-Dir., Chirurg,
Friedenstr. 36, Würzburg

Dr. Schneider Dieter, Med.-Dir.,
Bohlleitenweg 78, Würzburg

Wahlbezirk Oberpfalz

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

a)
Dr. Wieloch Karl, Allgemeinarzt,
Fährweg 11, Sinzing

Dr. Klier Anton, Augenerzt,
Landshuter Str. 9, Regensburg

Dr. Liebl Albert, Frauenarzt,
Luitpoldstr. 11 b, Regensburg

b)
Dr. Jaxtheimer Helmut, Röntgenologe,
Bahnhofstr. 13, Regensburg

Dr. Zitzmann Othmar, Allgemeinarzt,
Von-der-Tann-Str. 28, Regensburg

Dr. Schuck Siegfried, Allgemeinarzt,
Rathausplatz 4, Berhardswald

Dr. Kaess Manfred, prekt. Arzt,
Rainheusen 33, Regensburg

Dr. Bosch Lena, prekt. Ärztin,
Weißgerbergraben 2, Regensburg

Dr. Rogenhofer Gert, Allgemeinarzt,
Brennesstr. 1, Regensburg

Stimmkreis II

e)
Dr. Zilch Hens, Allgemeinarzt,
Merkplatz 28, Schwandorf

Dr. Hirschmann Johann, Chirurg,
Äpfel 5, Furth im Wald

b)
Dr. Moser Hans, Allgemeinarzt,
Schulstr. 1, Cham

Dr. Ganß Dietrich, Allgemeinarzt,
Straubinger Str. 32, Felkenstein

Dr. Dickerhof Frenz-Josef, Allgemeinarzt,
Nunzenrieder Str. 2, Oberviechtach

Dr. Göbel, Kinderarzt,
Spitzweg 20, Schwendorf

Stimmkreis III

a)
Dr. Auer Bruno, Internist,
Herrnstr. 6-8, Amberg

Dr. Ebert Hans, Hals-Nasen-Ohrenerzt,
Bahnhofstr. 25, Neumarkt

b)
Dr. Röder Dieter, Frauenarzt
Bahnhofstr. 4, Amberg

Dr. Mühlbeuer Hans-Erwin, prakt. Arzt,
Hallerstetter Str. 2, Dietfurt e. d. Altmühl

Dr. Klever Richard, Allgemeinerzt,
Untere Bachgasse 6, Sulzbech-Rosenberg

Dr. Keiser Rudolf, Allgemeinerzt,
Dr.-Schrettenbrunner-Str. 15, Parsberg

Stimmkreis IV

a)

Dr. Rechl Christian, Allgämainarzt,
Kettalerstr. 3, Weiden

Dr. Nagal Hans-Dietar, Röntgenologa,
Goethastr. 7, Weiden

b)

Dr. Hofmaistar Halmut, Laborarzt,
Kettelerstr. 3, Weiden

Dr. Detering Jürgen, Frauenarzt,
Wolframstr. 7, Weiden

Dr. Zebisch Hans-Joachim, prakt. Arzt,
Jahnstr. 10, Erbendorf

Dr. Rals Arnfried, Allgemeinarzt,
Hauptstr. 8, Waiherhammar

2. Außerordentliche Mitglieder

a)

Dr. Mühleisen Hermann, Mad. Dir.,
Margaretanweg 1, Amberg

Dr. Seidl Odo, Allgämainarzt,
Am Sauerbrunn 3, Waldsassen-Kondrau

b)

Dr. Auer Erika, Kinderärztin,
Adalbert-Stiftar-Str. 3, Amberg

Dr. Poaplau, Internist, Oberarzt,
Am Südhang 21, Amberg

Dr. Wagner Christian, Obararzt,
Leuchtanberger Str. 7 a, Weiden

Dr. Albrecht Klaus, Bahnarzt,
Hohenstaufenstr. 51, Weiden

Wahlbezirk Niederbayern

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

a)

Dr. Dahmer Kurt, Internist,
Gabelsbergerstr. 71, Straubing

Dr. Neustifter Josef, Allgämainarzt,
Wiasanweg 3 a, Dingolfing

b)

Dr. Nagler Hans, Allgemeinarzt,
Mallarsdorf-Pfaffenberg

Dr. Paintnar Josaf, Allgemeinarzt,
Bahnhofstr. 23, Frontenhausen

Dr. Herpich Adolf, Frauenarzt,
Obara Bachstr. 30, Straubing

Dr. Eisenhut Fritz, Allgemeinarzt,
Prangstr. 20, Mamming

Stimmkreis II

a)

Dr. Rixner Adolf, Allgemeinarzt,
Praysingstr. 28, Plattling

Dr. Brettner Rudolf, Urologe,
Bahnhofstr. 7-9, Deggendorf

Dr. Schustar Raimund, Allgemeinarzt,
Stadtplatz 3, Zwiesel

Stimmkreis III

a)

Dr. Kropp Sieghart, Allgämainarzt,
Pfeffenhausener Str. 41, Pfattrach

Dr. Michel Kurt, Allgämainarzt,
Wallarstr. 22, Landshut

b)

Dr. Schwenkart Ernst, Orthopäda,
Seliganthalarstr. 60, Landshut

Schmidbauar Richard, prakt. Arzt,
Saestr. 7, Essenbach

Dr. Willeitner Eugen, Allgemeinarzt,
Watzmannstr. 14, Landshut

Dr. Kindlar Werner, Allgemeinarzt,
Rosanstr. 2, Vilsbiburg

Stimmkreis IV

a)

Dr. Gradal Max, Internist,
Am Schanzl 8, Passau

b)

Dr. Grubmüller Hans-Karl, Hautarzt,
Bahnhofstr. 8, Passau

Dr. Hahna Patar, Internist,
Abtaistr. 8-10, Passau-Grubweg

Stimmkreis V

a)

Dr. Seibold Hans, Allgemeinarzt,
Hauptstr. 4, Griesbach/Rottal

b)

Dr. Hartmann Ernst, Allgemeinarzt,
Prof.-Scharer-Str. 6¹/₂, Vilshofen

Dr. Stark Leonhard, Chirurg,
Kreiskrankenhaus, Fürstanzall

Stimmkreis VI

a)

Dr. Blömar Carl-Albrecht, Allgemeinarzt,
Allaestr. 9, Kelheim

b)

Dr. Perchermaier Alfons, Frauenarzt,
Donaustr. 14, Kelheim

Dr. Mohr Sebastian, Allgemeinarzt,
Altar Markt 8, Kelheim

Stimmkreis VII

Dr. Hartal Edgar, Allgemeinarzt,
Vordersarling, Post Diatfurt/Rott

b)

Dr. Frank Helmut, Internist,
Kraiskrankenhaus, Pfarrkirchen

Dr. Gaisbauer Josaf, Kinderarzt,
Simon-Breu-Str. 3, Simbach/Inn

2. Außerordentliche Mitglieder

a)

Dr. Zangerle Hans, Chirurg,
Städtisches Krankenhaus, Passau

Dr. Nordt Emil, Internist,
Gabalsbergerstr. 16 a, Landshut

b)

Dr. Stainig Gerhard, Internist,
Ahornstr. 4, Ergolding

Dr. Mayat Peter, Chirurg,
Söldenpeterweg 41, Passau

Dr. v. Rottkay Patar Eberhard, Radiologa,
Schweimbach 37, Landshut

Dr. Moissl Gustav, Assistanzarzt,
Braslauer Str. 4 c, Passau

Wahlbezirk Schwaben

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

a)

Dr. Hellmann Klaus, Lunganarzt,
Grottenau 2, Augsburg

Dr. Back Günthar, Radiologe,
Schleßgrabenstr. 2, Augsburg

Dr. Stiller Hans, Allgemeinarzt,
Brantanstr. 22, Augsburg

b)

Dr. Katzenmeier Friedhalm, Neurologa,
Volkhartstr. 8, Augsburg

Dr. Reinertshofar Otto, Chirurg,
Prinzragentanstr. 8, Augsburg

Dr. Schwaigart Hermann, Orthopäde,
Prinzragentenstr. 8, Augsburg

Dr. Fischbach Gunter, Internist,
Landsberger Str. 62, Augsburg

Dr. Eisela Anton, Allgemeinarzt,
Eschenhofstr. 27, Augsburg

Dr. Trautner Hans-Joachim, Allgemein-
arzt, Bahnhofstr. 18¹/₂, Augsburg

Stimmkreis II

a)

Dr. Becker Wilhelm, prakt. Arzt,
Burgwallstr. 17, Friedberg

b)

Dr. Distler Hans, Internist,
Münchener Str. 17, Friedberg

Dr. Lohmüller Gerald, Orthopäda,
Ludwigstr. 23, Friedberg

Stimmkreis III

a)

Dr. Gahbauar Alfrad, Allgemeinarzt,
Ostarfaldstr. 21, Stadtbargan

b)

Dr. Ober Hermann, Allgemeinarzt,
Obarmaitinger Str. 4, Langerringen

Dr. Welsch Herbart, Frauenarzt,
Wertachstr. 25, Bobingen

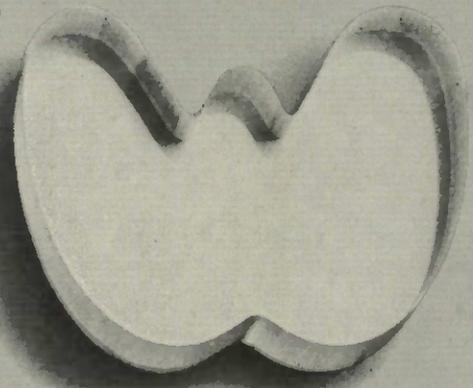
Stimmkreis IV

a)

Dr. Vogalgsang Klaus, Frauenarzt,
Schloßstr. 32, Oettingen

Novothyral®

bevorzugt bei blander Struma



Reine Schilddrüsenhormone Novothyral® - Novothyral® mite

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Levothyroxin-Natrium, T₄) und 20 µg L-Trijodthyronin (= Liothyronin-Natrium, T₃).
Anwendungsgebiete: Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormontherapie, vorzugsweise bei blander Struma und zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion; außerdem bei Hypothyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ) und zur Begleittherapie bei thyreostetischer Behandlung der Hyperthyreose. **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, Tachykardie, Herzinsuffizienz. Die angegebenen Gegenanzeigen sind im Kindesalter mit Ausnahme der Myokarditis nicht relevant. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechselfördernden Wirkung der beiden Schilddrüsenhormone können gelegentlich, vor allem zu Beginn der Behandlung, Tremor, Tachykardie, Hyperhidrosis oder Durchfall auftreten. Die Tagesdosis sollte in diesem Falle reduziert und gegebenenfalls in größeren Zeitabständen langsam bis zur Toleranzgrenze wieder erhöht werden. **Vorsichtsmaßnahmen:** Bei koronarer Herzerkrankung sollte die Therapie mit niedriger Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Die Wirkung von Antikoagulanzen kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßig Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Novothyral-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindenschwäche zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Novothyral in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermindert wird. Novothyral sollte deshalb 4-5 Stunden vor der Colestyramin-Applikation eingenommen werden. Diphenyldantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Novothyral-Therapie sollte Diphenyldantoin nicht intravenös gegeben werden. **Anwendungshinweise:** Die mit Kreuzrille versehenen Tabletten sind leicht teilbar, so daß die Dosierung dem individuellen Bedarf gut angepaßt werden kann. Die Einnahme erfolgt zweckmäßigerweise bei einer Tagesdosis bis zu 1 Tablette morgens, bei höherer Dosierung als zweimalige Gabe morgens und mittags. **Anmerkung:** Bei einem Schilddrüsenhormonbedarf unter 1 Tablette Novothyral täglich kann Novothyral mite verordnet werden, wenn eine Teilung der Novothyral-Tablette vermieden werden soll. 1 Tablette Novothyral mite enthält 25 µg L-Thyroxin-Na und 5 µg L-Trijodthyronin-Na und entspricht damit im Hormongehalt ¼ Tablette Novothyral. **Handelsformen:** Novothyral®: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 13,05; 100 Tabletten mit Kreuzrille DM 23,90. Ferner Anstalts-Packung. **Novothyral® mite:** 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 7,65. Ferner Anstalts-Packung. Apoth.-Abg.-preise. Stand t.11.1979. ■

HORMON
FORSCHUNG

MERCK



MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

- b)
Dr. Meier Jürgen, Hals-Nasen-Ohrenerzt,
Schäfflesmarkt 6, Nördlingen
Dr. Stöckl Gallus, prakt. Arzt,
Gartenstr. 10, Donauwörth

Stimmkreis V

- e)
Dr. Melcher Werner, Kinderarzt,
Am Weiher 2, Günzburg
b)
Dr. Marzelli Günther, Allgemeinarzt,
Mindelheimer Str. 41, Krumbach
Dr. Arnold Siegfried, Allgemeinarzt,
Bahnhofstr. 17, Thannhausen

Stimmkreis VI

- a)
Dr. Gerstmaier Wolfgang, Allgemeinerzt,
Schulstr. 10, Nersingen
b)
Dr. Thäle Eberhard, Internist,
Ahornweg 5, Weißenhorn
Dr. Schrode Martin, Allgemeinerzt,
Hauptstr. 14, Illertissen

Stimmkreis VII

- a)
Dr. Polk Klaus, Allgemeinarzt,
Machnigstr. 5, Memmingen
b)
Dr. Beyer Helmut, Internist,
Kelchstr. 43, Memmingen
Frank Richard, Allgemeinarzt,
Kempferstr. 47, Memmingen

Stimmkreis VIII

- a)
Dr. Maier Wolfgang, Lungenerzt,
Bad Wörishofer Str. 5, Mindelheim
b)
Dr. Stelzl Edgar, Allgemeinarzt,
Gabelsbergerstr. 6 a, Mindelheim
Dr. Seuer Hans-Jürgen, Allgemeinerzt,
Nr. 111, Egg a. d. Günz

Stimmkreis IX

- e)
Dr. Höhne Peter, Allgemeinerzt,
Ludwigstr. 7, Kaufbeuren
b)
Dr. Imgrund Elmer, Internist,
Am Breiten Bach 77, Kaufbeuren
Dr. Gleichsner Peter, Internist,
Hafenmarkt 12, Kaufbeuren

Stimmkreis X

- e)
Dr. Fröschl Josef, Augenerzt,
Schützenstr. 14, Marktoberdorf

- b)
Dr. Schiffer Alfred, Urologe,
Buchelweg 12, Marktoberdorf
Dr. Thiele Heiko, Allgemeinerzt,
Mariahilferweg 19, Füssen

Stimmkreis XI

- e)
Dr. Pürckhauer Klaus, Augenerzt,
Klostersteige 10, Kempten
b)
Dr. Negele Karl-Heinz, prakt. Arzt,
Memminger Str. 67, Kempten
Dr. Näher Albert, Internist,
Residenzplatz 33, Kempten

Stimmkreis XII

- a)
Dr. Koeberle Erwin, prakt. Arzt,
Am Steuten 3, Oberstauten
b)
Dr. Gremlich Rainer, prakt. Arzt,
Königseggstr. 14, Blaichach
Dr. Ach Robert, prakt. Arzt,
Bahnhofstr. 23, Immenstedt

Stimmkreis XIII

- e)
Dr. Hilbing Rudolf, Allgemeinarzt,
Münchhofstr. 1, Lindau
b)
Dr. Georgi Jobst, Radiologe,
Dammsteggasse 4, Lindau
Dr. Wagner Georg, Allgemeinarzt,
Alte Salzstr. 56, Simmerberg

2. Außerordentliche Mitglieder

- e)
Dr. Putz Oskar, Oberarzt,
Saarburgstr. 1, Augsburg
Dr. Kern Josef, Oberarzt
Joh.-Brähms-Str. 1, Neusäß
b)
Dr. Braun Heinrich, Oberarzt,
Zieglerstr. 6, Augsburg
Dr. Fabian Walter, Beamteter Arzt,
Ottobeurer Str. 56, Augsburg
Dr. Klein Karl-Heinz, Oberarzt,
Neusässer Str. 43 d, Augsburg
Dr. Brey Alois, Oberarzt,
Frauentorstr. 42, Augsburg

Die Bayerische Landesärztekammer – Akademie für ärztliche Fortbildung – informiert:

Pflichtfortbildung: Nein! Fortbildungsverpflichtung: Ja!

*Sehr verehrte Kolleginnen!
Liebe Kollegen!*

In der Dezember-Ausgabe des „Bayerischen Ärzteblattes“ erhielten Sie die „Testbögen zur Selbstüberprüfung des Wissensstandes“, die wir Ihnen als eine der möglichen Nachweisformen Ihrer eigenen ärztlichen Fortbildung vorstellten.

Die Bayerische Landesärztekammer bietet Ihnen damit eine Hilfestellung, um der in der Berufsordnung getorderten Nachweispflicht entsprechen zu können.

Lessen Sie mich nochmals betonen, daß die Berufsordnung den Arzt zwar zur Fortbildung verpflichtet, es ihm aber völlig frei läßt, von welcher Fortbildungsmöglichkeit er Gebrauch macht.

Dieser Testbogen soll Ihnen somit die Möglichkeit geben, Ihren eigenen Wissensstand zu überprüfen. Sofern Sie eine der Fragen nicht gleich beantworten können, soll dies eine Anregung geben, in individueller Weise, z. B. durch ein Kollegengespräch oder durch Literaturstudium, diese noch offene Frage zu klären. Er gibt Ihnen andererseits zugleich die Möglichkeit – und dies ist nur ein Weg von mehreren –, Ihre Fortbildungsbemühungen zu belegen.

Wir rufen Sie daher nochmals auf, sich an dieser Testbogenaktion zu beteiligen, diesen Testbogen auszufüllen und ihn anonym an die Bayerische Landesärztekammer zu schicken, wie es bisher schon viele hunderte von Kollegen aus ganz Bayern taten.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. E. Thäte
Vorsitzender

Konstituierende Sitzung der neugewählten Vertreterversammlung

Neuwahl des Vorstandes

Die im Dezember 1979 neugewählte Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns trat am 12. Januar 1980 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen.

Als Vorsitzender der Vertreterversammlung wurde

Dr. Friedrich Seuß, Gröbenzell,

und als sein Stellvertreter

Dr. Franz Josef Oschmann, Kitzingen, gewählt.

Anschließend fand die Wahl des Vorstandes

statt.

Als Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wurde

Professor Dr. Hans Joachim Sewering, Dachau, wiedergewählt.

Ebenso wurde der bisherige Stellvertretende Vorstandsvorsitzende

Dr. Friedrich Kolb, Nürnberg, in seinem Amt bestätigt.

Für die acht Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wurden nachstehende Kollegen in den Vorstand gewählt:

Dr. Wilhelm Winkelhann, München – Bezirksstelle München-Stadt und -Land

Dr. Otto Schloßer, Rosenheim – Bezirksstelle Oberbayern

Dr. Karl Rösch, Heinersreuth – Bezirksstelle Oberfranken

Dr. Klaus Dehler, Nürnberg – Bezirksstelle Mittelfranken

Dr. Werner Rötter, Würzburg – Bezirksstelle Unterfranken

Dr. Erwin Stetter, Amberg – Bezirksstelle Oberpfalz

Dr. Adolf Rixner, Plattling – Bezirksstelle Niederbayern

Dr. Alfred Gahbauer, Stadtbergen – Bezirksstelle Schwaben

Als außerordentliches Mitglied wurde Dr. Winfried Koller, München, gewählt.



Der neugewählte Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns: (v. l. n. r.) Dr. Rixner, Dr. Dahler, Dr. Rösch, Dr. Rötter, Dr. Gahbauer, Professor Dr. Sewering, Dr. Kolb, Dr. Stetter, Dr. Winkelhann, Dr. Schloßer, Dr. Seuß, Dr. Koller



Die neugewählten Vorsitzenden der Vertreterversammlung, flankiert vom Justitiar und vom Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns: (v. l. n. r.) Hauptgeschäftsführer Ulbrich, Dr. Oschmann, Dr. Seuß und Rechtsanwalt Poellingner



Blick in den Saal

In den **Finanzausschuß** wurden gewählt:

Dr. Gertraud Bäcker, München

Dr. Hermann Rechl, Trostberg

Dr. Carl-Albrecht Blömer, Kelheim

Dr. Odo Seidl, Waldsassen

Dr. Erwin Geißendörfer, Wunsiedel

Dr. Georg Wüstmann, Rothenburg

Dr. Gustav Adolf Schleicher, Aschaffenburg

Dr. Klaus Hellmann, Augsburg

Dr. Eva Wiegand, München

30 Jahre Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Selbstverwaltung in Bayern

Leitlinien für eine hochwertige ärztliche Versorgung

Aus der Begrüßungsrede von Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering

Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Wir haben uns aus Anlaß eines Jubiläums versammelt: Dreißig Jahre kassenärztliche und kassenzahnärztliche Selbstverwaltung in Bayern. Das Motto der Veranstaltung ist allerdings unvollständig. Es müßte hinzugefügt werden „nach dem zweiten Weltkrieg“.

Gemessen an mehr als 1200 Jahren bayerischer Geschichte und Staats-tradition, wie sie gerade auch die Räume unserer Residenz in München ausstrahlen, sind dreißig Jahre kein besonderer Grund zum Feiern. Gemessen an ihrem Inhalt ist es aber doch eine Epoche, die mehr umschließt als manches Jahrhundert vorher.

Was in dieser Zeit geschah, zeugt von dem ungebrochenen Willen eines Volkes, zu überleben und neue Stufen in die Zukunft zu bauen. Es zeugt von dem Willen einer verwundeten Nachkriegsgeneration,

sich auf die Schultern der Vorgänger zu stellen und zugleich den Nachkommenden ein festes Fundament zu geben. In der Besonderheit dieser dreißig Jahre sehen wir also die Rechtfertigung zu einer Versammlung in diesem Rahmen. Dabei handelt es sich nicht um ein rauschendes Fest, sondern um eine Stunde der Besinnung, der Rückschau und des Ausblicks in die Zukunft.

Dem umfassenden Auftrag: „Sicherstellung der ärztlichen Versorgung“
...

Wir Ärzte sind eine zahlenmäßig kleine Gruppe unserer Gesellschaft und die Kassenärzte machen nicht einmal die Hälfte der Ärzte insgesamt aus. Doch der Gesetzgeber hat ihnen einen umfassenden Auftrag gegeben: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die den Kran-

kenkassen obliegende ärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.“

Nachdem mehr als 90 Prozent der Bürger unseres Landes den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung genießen, erweitert sich dieser gezielte Auftrag letztlich zur Sorge um das gesundheitliche Wohl der Gesamtbevölkerung.

Eine gut organisierte ärztliche Versorgung ist den Bürgern unseres Landes gegenüber ein Angebot: Niemand ist gezwungen, davon Gebrauch zu machen. Noch leben wir in einer Zeit, in der der einzelne darüber entscheidet, wie er zu Krankheit und Gesundheit steht. Ob die Lebenserwartung unserer Generation sich verbessert oder ver-

Ein ausführlicher Bericht über die Festveranstaltung anläßlich des 30-Jahres-Jubiläums der Kassenärztlichen Selbstverwaltung in Bayern ist bereits im Januar-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ erschienen. In diesem Heft werden die Reden und Grußworte, die bei dem Festakt im Cuvilliés-Theater am 14. Dezember 1979 gehalten wurden, im Wortlaut dokumentiert:

die Begrüßung durch den Vorsitzenden des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Professor Dr. Hans Joachim Sewering, MdS,

und den 1. Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, Erich H. Müller, sowie die Grußworte von

Direktor Hans Sitzmann (Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern, der auch für die Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen sprach),

Direktor Ludwig Geissinger (Verband der Angestellten-Krankenkassen),

Dr. Hans-Wolf Muschallik (1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dessen Ansprache vom Hauptgeschäftsführer der KBV, Dr. Eckert Fiedler, vorgetragen wurde, da Muschallik erkrankt war),

Dr. Helmut Zedelmaier, MdS (Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung),

der Festvortrag von Staatsminister Dr. Fritz Pirkel,

und das Schlußwort von Professor Dr. Sewering.



Woelm Pharma GmbH & Co. Eschwege

Zusammensetzung: Es enthalten 1 Dregese 200 mg Nifuratel (INN); 1 Stäbchen 250 mg Nifuratel (INN); 1 g Salbe 100 mg Nifuratel (INN). **Anwendungsgebiete:** Bei vaginalen Infektionen durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien einschließlich aller Mischformen, Entzündungen des äußeren weiblichen Genitale. Gleichartige Infektionen der ableitenden Harnwege bei Mann und Frau. Durch Trichomonaden, Pilze und Bakterien bedingte Entzündungen des Penis und Präputium. **Kontraindikationen und Hinweise:** Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt. Während der oralen Behandlung ist, wie bei allen Nitrofuranderivaten, Alkohol zu meiden. Bei einer bestehenden Schwangerschaft können Nifur-Vaginalstäbchen und Nifur-Salbe verordnet werden. Eine orale Anwendung von Nifur bei bestehender Gravidität, insbesondere im ersten Trimenon, wird im Sinne der heute anerkannten Richtlinien nicht empfohlen. Nifur ist nicht vorgesehen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten. **Handelsformen und Preise:** 21 Dregeses AVP m. MwSt. DM 20,20; 10 Vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 11,70; Kombipackung mit 21 Dregeses, 10 Vaginalstäbchen AVP m. MwSt. DM 29,70; 50 ml Salbe AVP m. MwSt. DM 23,65.
*Stand: Jan. 79



Zurück
zur Döderlein-
Flora

inimur®

● trichomonazid ● antimykotisch ● antibakteriell

Überzeugende Therapieerfolge durch breites Wirkspektrum

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

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

¹⁾ Heiss, H. Wien. med. Wschr. 121, 46, B32 (1971); ²⁾ Brandl, E. et. al.: Urologe B, 15, 2, 60 (1975); ³⁾ Niendorf, F. Therapiewoche 23, 4, 288, (1973); ⁴⁾ Brandl, E. Therapiewoche 26, 7251 (1976); ⁵⁾ Motta, M. et. al.: Boll. Soc. med. chir. Catania 35, 345 (1967).

schlechtern, liegt nur insoweit in der Hand des Gesetzgebers, der Wissenschaft, der Krankenkassen oder der Ärzte, als ihr Angebot angenommen wird. Wir alle können nur Beiträge leisten. Der einzelne Bürger ist in erheblicher Weise selbst angesprochen. Krankheit ist Schicksal, so sagt ein gängiges Wort. Man muß aber hinzufügen, es ist nicht *nur* Schicksal.

Wenn ich das betone, dann soll dies keine Flucht vor der Verantwortung sein. Es ist aber ein notwendiges Veto vor dem vermeintlichen Anspruch auf Gesundheit, der zunehmend wie ein verbrieftes Grundrecht ohne eigene Leistung verstanden wird.

Der monatliche Beitrag zur Krankenkasse sichert den Bürgern unseres Landes den Zugang zur Medizin von heute wie kaum in einem anderen Lande dieser Welt, aber das entbindet ihn nicht von der Verantwortung vor sich selbst und seinen Mitmenschen.

... mit allen Kräften nachgekommen

Die Kassenärzte des Freistaates Bayern haben sich bemüht, dem Auftrag des Gesetzgebers und ihrem ärztlichen Gewissen gerecht zu werden. Natürlich mußten wir uns in diesen dreißig Jahren manchmal nach der Decke strecken, wir konnten nicht alle Wünsche erfüllen, selbst wenn sie noch so wohlbegründet waren.

Wie sehr wir uns um die Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Bayern bemüht haben, sei nur an einer einzigen Zahl beispielhaft dargestellt:

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Bayerische Ärzteversorgung heben für die Förderung der Niederlassung von Ärzten in schlecht versorgten Gebieten in der Zeit von 1973 bis heute 140 Millionen DM an Zuschüssen und besonders günstigen Darlehen aufgebracht. Die bayerischen Zahnärzte haben sich in gleicher Weise intensiv bemüht.

Kassenärzte gibt es in unserem Lande, seit es eine gesetzliche Krankenversicherung gibt. Der Kassenarzt wurde also gewissermaßen mit der gesetzlichen Krankenversiche-

rung in Deutschland geboren. Die kassenärztliche Selbstverwaltung, also die Kassenärztlichen Vereinigungen, entstanden 1931/32 durch eine Notverordnung des Reichspräsidenten. In den Kriegsjahren konnte, wenn auch mühsam, die kassenärztliche Versorgung aufrecht erhalten werden. Nach dem Zusammenbruch haben Übriggebliebene, Heimgekehrte und Vertriebene, die in unser Land kamen, gemeinsam neu begonnen und das Menschenmögliche für unsere gequälten Mitmenschen getan.



Zusammenarbeit mit den Kassen

Der Wiederaufbau der kassenärztlichen Selbstverwaltung nach dem Zusammenbruch schuf das Fundament für ihre Arbeit. Sie war nur in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen, den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, den Landwirtschaftlichen Krankenkassen, den Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen zu leisten.

Der Bayerische Landtag gab uns 1949 dazu die gesetzliche Grundlage. Dieser gesetzgeberische Akt, eine hervorragende sozialpolitische Leistung der Landesgesetzgebung in der Nachkriegszeit, jährt sich also zum dreißigsten Male.

Dem gesteckten Ziel einer möglichst gleichmäßigen ärztlichen Versorgung in Bayern sind wir jetzt nahegekommen. Es gibt noch einige örtliche Lücken — aber keine regionale Unterversorgung mehr. In wenigen Tagen werden wir gemeinsam

mit dem Herrn Sozialminister der Öffentlichkeit den Bedarfsplan für die kassenärztliche Versorgung in Bayern übergeben. Daraus ist zu entnehmen, daß derzeit in Bayern 11 400 Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Nach dem Bedarfsplan, der nach sorgfältiger örtlicher Prüfung der Verhältnisse von den Krankenkassen und uns erstellt wurde, fehlen in ganz Bayern derzeit nur noch 378 Kassenärzte.

Wir sind sicher, daß auch diese wenigen Lücken in Bälde geschlossen sind. Unsere Sorge gilt deshalb in der Zukunft sicherlich nicht so sehr der Unterversorgung, sondern den Problemen der Überbesetzung unseres Berufsstandes.

Unsere Leitlinien

Die Leitlinien unserer Arbeit werden auch in der Zukunft unverändert sein:

Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen gleichmäßigen ambulanten ärztlichen Versorgung in allen Landesteilen, soweit dies in unserer Macht liegt.

Ständige Bereitschaft für den hilfesuchenden Patienten auch durch Ausbau eines lückenlosen Notfall-Bereitschaftsdienstes.

Diagnostik und Therapie entsprechend den Erkenntnissen der Medizin, verbunden mit menschlicher Aufgeschlossenheit für jeden Mitbürger, der unserer Hilfe bedarf.

Selbstverwaltung der Kassenärzte.

Gemeinsame Selbstverwaltung mit den Vertragspartnern, dort wo sie notwendig ist.

Vertragsfreiheit bei voller Anerkennung der verbindlichen Schlichtung.

Konstruktive Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten und Krankenkassen zur Erfüllung der uns gemeinsam übertragenen Aufgabe, zum Wohle der uns anvertrauten Versicherten und Patienten.

Wir wünschen und hoffen, daß es uns auch in den kommenden Jahrzehnten vergönnt sein möge, unsere Aufgabe in Frieden und Freiheit für unsere Mitbürger zu erfüllen. Sie alle, meine verehrten Gäste, bitte ich, uns dabei zu helfen.

Argumente für den Gedanken der Selbstbeteiligung

Aus der Begrüßungsrede von Erich H. Müller

1. Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns

Körperschaftliche Selbstverwaltung bezeichnet die eigenständige, eigenverantwortliche, insbesondere staatliche Einmischung ausschließende Erledigung von selbst gewählten oder vom Gesetzgeber übertragene Aufgaben durch nicht staatliche Einrichtungen.

Politische Selbstverwaltung hingegen meint die ehrenamtliche Beteiligung von Bürgern an staatlichen Aufgaben. Dieses selbstverantwortliche, von staatlicher Einflußnahme freie Gestalten in der Sozialversicherung ist in Gefahr, wenn die durch das Gesetz abgesteckten Grenzen derart eng bemessen werden, daß der Spielraum der Betätigungsmöglichkeit für die Selbstverwaltungskörperschaften gegen Null tendiert.

Diese Grenzen wurden leider teilweise durch das KVKG enger gezogen. Einrichtungen wie die Konzertierte Aktion und andere seien als Beispiel genannt. Dabei bestätigt gerade die Konzertierte Aktion die Erfahrung, daß mit Beteiligung weiterer Personenkreise an Entscheidungen stets eine Reduzierung von Entscheidungsspielraum und des Anteils substantiell eigenverantwortlicher Entscheidungen einhergeht. Anders gesagt, ein Mehr an Parlamentarisierung verbindet sich mit einem weniger an Eigenverantwortlichkeit, vielleicht auch an Verantwortungsbewußtsein.

Die Selbstverwaltung ist aber auch in Gefahr, wenn die Grenzen zwischen Rechtsaufsicht und Fach- oder Zweckmäßigkeitssaufsicht nicht eingehalten werden. Daß wir hier in unserem Lande keine Veranlassung haben, darüber Klage zu führen, möchte ich ausdrücklich und dankbar anerkennen. Auch wenn in der Vergangenheit die Selbstverwaltungspartner scheinbar an die Grenze der Konfliktlösungsmöglichkeiten gekommen waren und die Partner fast ungeduldig auf ein starkes Wort drängten, sind Sie, sehr geehrter



Herr Staatsminister (angesprochen ist Minister Pirk; die Red.), bei der Rolle des Vermittelns geblieben und letztlich war man nach einiger Zeit auch froh darüber. Ich meine, dies sollte auch an einem solchen Geburtstag klar gesagt werden.

Zudem haben wir gerade in unserem Fachbereich in den letzten Wochen ein sehr negatives Beispiel in einem anderen bundesrepublikanischen Land erlebt, als der dortige aufsichtsführende Minister bei Nichtzustandekommen einer Schiedsamtentscheidung – aus welchen Gründen auch immer, das spielt jetzt hier keine Rolle – einen einseitig erstellten Vertrag durch eine Aufsichtsordnung für verbindlich erklärte. Dies mag in der gegebenen Situation zweckmäßig gewesen sein und das zuständige Sozialgericht hat es überraschenderweise sogar für zulässig erklärt, aber dem Gedanken der Selbstverwaltung hat es jedenfalls erheblich geschadet. Durch solche Vorgänge wird der Gestaltungsraum der Selbstverwaltung immer mehr eingeengt.

Schon spricht man davon, ob die Schiedsamtordnung dergestalt geändert werden sollte, daß der Auf-

sichtsbehörde mehr Möglichkeiten der Einflußnahme einzuräumen sind. Man sollte sich deshalb innerhalb der Selbstverwaltungsorgane bei allen Konfliktsituationen immer fragen, ob mit Stärke und Mut zum Kompromiß nicht eine Innenregelung möglich ist, da man sich andernfalls an solchen Überlegungen der staatlichen Einflußnahme mit schuldig macht und sei es nur, weil man den Zugriff erleichtert. Hier im speziellen Fall waren Auslöser weder Zahnärzte noch Krankenkassen, sondern die Zahntechniker, ein Berufsstand, der holderdiepolter durch das KVKG in Vorschriften der RVO eingebunden wurde und sich auf diesem Parkett noch recht unsicher bewegt.

Dieses Beispiel zeigt aber auch, wie ineinander verwoben die Verantwortung der in die gesetzliche Krankenversicherung ein- oder angebundene Selbstverwaltungspartner sind, welche Auswirkungen aus Teilbereichen sachlicher oder auch regionaler Natur auf das Ganze ausstrahlen.

Gemeinsame Sorge: Finanzierbarkeit der Leistungen

Die größte gemeinsame Sorge aller an der Sozialversicherung – so auch an der Krankenversicherung – Beteiligten ist die Finanzierbarkeit der Leistungen geworden.

Die Ursachen der Kostenentwicklung gerade im Gesundheitswesen sind vielfältig und zumindest in Teilen umstritten.

Probleme, die der Gesetzgeber und die Rechtsprechung geschaffen haben, werden weggeschoben und zu lösen denen übertragen, die den Eingriffen von Anfang an kritisch gegenüberstanden.

So ist es zum Beispiel in hohem Maße unredlich, den Zahnärzten vorzuwerfen, sie hätten durch hemmungslose Mengenausweitung beim Zahnersatz die Ausgabenmisere der GKV mit verursacht, wenn man vorher die Schleusen für eine theoretisch unendliche Nachfrage eröffnet. Diese Nachfrage zu steuern, stellt sich uns Zahnärzten heute als großes Problem.

Nachfrage darf unserer Meinung innerhalb einer freiheitlichen Ordnung

nicht durch Dirigismen gesteuert werden, sondern soll durch Eigenverantwortung der Versicherten in die richtigen Bahnen gelenkt werden.

Förderung der Eigenverantwortung

Eigenverantwortung wiederum kann maßgeblich durch wirksame Selbstbeteiligungsformen gestärkt werden.

Nun will ich mich hier nicht mit den allgemeinen Argumenten für und gegen die Selbstbeteiligung auseinandersetzen. Dieses Feld ist sowieso noch recht emotionsgeladen, ist aber sicher unser aller intensiven Nachdenkens wert.

Ich will nur einem Argument entgegenreten, das neuerdings gegen den Selbstbeteiligungsgedanken eingebracht wird, nämlich dem, die Beteiligung des Patienten an den Kosten des Zahnersatzes beweise gerade, daß durch Selbstbeteiligungsformen keine Kostendämpfung erreichbar sei. So zu argumentieren heißt aber, die Besonderheit des Zahnersatzes nicht kennen. Zahnersatz wird nämlich im Gegensatz zu den meisten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen nicht allein durch die medizinische Indikation geprägt, sondern in weiten Bereichen durch die subjektiven Bedürfnisse und Wünsche des Patienten. Diese Wünsche des Patienten treten besonders stark in dem Bereich des Zahnersatzes auf, der weniger die Funktion, sondern in erheblichem Maße die subjektive Annehmlichkeit bis hin zur Kosmetik betrifft. Hier wird Komfort gewünscht, der viel kostet, aber nur zu 20 Prozent selbst bezahlt werden muß. Da aber gerade solche Leistungen mit erheblichen Material- und Laborkosten – denken Sie nur an die leidigen Goldpreise – belastet sind, so wundert es nicht, wenn in neuesten Berichten der Zahnersatz mit Kostensteigerungsraten von 18 Prozent besonders glänzt. Hier sachgerechte Abhilfe zu schaffen, gelingt nicht mit einengenden Reglementierungen, denn schließlich soll ja dem Patienten der Zugang zu diesem Bereich offen bleiben.

Spezifische Probleme fordern spezifische Lösungen. Die Lösung hier heißt deshalb, keine linearen Zuschüsse der Krankenkassen und da-

mit keine lineare Selbstbeteiligung, sondern differenziert nach Art und Umfang der Leistungen. Die Krankenkassen und wir Zahnärzte werden uns deshalb bald zusammensetzen müssen, um darüber intensiv nachzudenken. Wir jedenfalls sind gerne bereit, Überlegungen aus unserer fachlichen Sicht einzubringen.

Die Krankenkassen als Selbstverwaltungsorgane aber und alle für die Gesundheitspolitik Verantwortlichen, auch die Gewerkschaften, müssen hier den Mut zum Umdenken haben, auch wenn zugegebenermaßen die Konkurrenzsituation zwischen den einzelnen Krankenkassen den Einstieg erschweren mag. Doch wäre es betrüblich, wenn man deshalb nach staatlichen Vorgaben streben würde. Vielleicht eher zeigt gerade Bayern hier wieder ein-

mal neue Wege auf. Gilt es doch in der Selbstverwaltung,

- den Freiraum zu erhalten, wo er besteht,
- den notwendigen Freiraum dort zu schaffen, wo er fehlt,
- und den bestehenden Freiraum weise zu nützen.

Falsch wäre es, der Verteidigung der Selbstverwaltungshoheit auszuweichen, in der irrigen Meinung, hierdurch lösen sich Probleme von selbst. Unsere Organe, die die Selbstverwaltung tragen, Vertreterversammlung und Landesvorstand, sind jedenfalls bereit, die übertragenen Aufgaben in vollem Umfang ohne Einschränkung wahrzunehmen. Daß dies in der Vergangenheit gelang, dafür gebührt mein Dank unseren Amtsträgern.

Praxisnahe Lösungen

Aus einem Schreiben von Frau Ursula Schleicher, MdB, der Sprecherin für Gesundheitspolitik der CSU-Landesgruppe in der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

„... Die zeitliche Folge der Jubiläumsveranstaltungen macht deutlich, wie sehr die Wiederherstellung verfassungsmäßiger und rechtsstaatlicher Zustände im freien Teil Deutschlands nach Willkürherrschaft, Krieg und Nachkriegszeit die Voraussetzung bildete für die Neugestaltung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Dieser Selbstverwaltung im ganzen und insbesondere ihrem ärztlichen und zahnärztlichen Teil gilt es zu bestätigen, daß sie auch dann sachgerechte Lösungen der anstehenden Probleme zustandebrachten, als die politisch Verantwortlichen den Entwicklungen eine falsche Richtung wiesen. Inflation und Anspruchsinflation hatten sich seit 1969 bei den Dienstleistungen – und dazu gehören auch die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen – in besonders starkem Maße ausgewirkt. Trotzdem gelang es den Betroffenen, die Entwicklung in den Griff zu bekommen, ehe sie von der Bundesregierung und den sie tragenden Parteien von SPD und FDP zum Vorwand für

systemverändernde Eingriffe genommen wurde, wobei der schon beseitigte Vorwand durch die Teilverlagerung des Defizits der gesetzlichen Rentenversicherung auf die gesetzliche Krankenversicherung neu geschaffen wurde.

Gerade in Bayern haben die Selbstverwaltungseinrichtungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung immer wieder demonstriert, daß praxisnahe und sachgerechte Lösungen im vertrauten und überschaubaren Bereich leichter zustandegebracht werden können. Gerade mit dem letzten Abschluß haben die Verbände der Kassen und die Kassenzahnärztliche sowie die Kassenzahnärztliche Vereinigung ein weithin beachtetes und diskutiertes Modell zur weiteren Kosteneindämmung im Gesundheitswesen zur Diskussion gestellt und in die praktische Erprobung genommen.

Der zukünftigen Arbeit der Kassenzahnärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in Bayern wünsche ich meine politischen Freunde und ich viel Erfolg.“

Von morgens bis morgens

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



Ausgeprägt kardioselektiv

TENORMIN[®] 100

Der Hypertonieblocker mit Langzeitwirkung

Täglich
1x1
Tablette

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

Indikation: Hypertonie.

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

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

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

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

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

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

Antidote: Atropin, Orciprenalin.

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

Stand Juli 1979



ICI-Pharma Arzneimittelwerk Planketdt

Absage an staatliche Reglementierung

Grußwort von Direktor Hans Sitzmann

Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern

Es ist gute bayerische Art, das 30-jährige Bestehen der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Selbstverwaltung zu feiern. Ich überbringe Ihnen dazu – von Selbstverwaltung zu Selbstverwaltung – Gruß und Glückwunsch der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern. Meinen persönlichen Glückwunsch füge ich an.

In der Schnellebigkeit unserer Welt sind selbst 30 Jahre nicht mehr als eine flüchtige Zeitspanne. Für die Menschen und Institutionen freilich, die diese Zeit durchlebt, mitgestaltet und bewältigt haben, bedeuten sie drei Jahrzehnte aktueller Geschichte, gesellschaftlicher Neuorientierung und wirtschaftlicher Dynamik. Sollte ich den Weg beschreiben, den ich 28 Jahre lang mit den feiernden Institutionen auf Kassenseite gegangen bin, möchte ich meinen, daß andauernd die Suche nach dem vorherrschte, was in der Sozialpolitik „richtig“ ist, ohne daß jemand bis heute die „Wahrheit“ gefunden hätte. Deshalb auch sehe ich nicht in der Glorifizierung den Sinn einer Rückerinnerung auf 30 Jahre kassenärztliche und kassenzahnärztliche Selbstverwaltung. Mir erscheint es angebracht und zweckmäßig, den gemeinsam zurückgelegten Weg zu überprüfen, um aus Ergebnissen der Analyse thesenhaft einige Folgerungen für die Zukunft zu ziehen.

Kostendämpfung, um das System zu erhalten

Da gilt es zuerst zu bedenken: Alleinige Quelle des sozialen Aufwandes ist das Volkseinkommen. Deshalb muß das freiheitliche System der Krankenversicherung aus den Fugen geraten, wenn die Kostenentwicklung nicht auf das Ausmaß der Einkommensentwicklung der Arbeitnehmerschaft zurückgedrängt wird. Kostendämpfung ist mithin nicht bloß ein wirtschaftliches Erfordernis, Kostendämpfung ist auch



eine Notwendigkeit der Systemerhaltung.

Zum zweiten: Ordnungselement für das Zusammenwirken als Voraussetzung für das weitere Funktionieren der Krankenversicherung ist die Partnerschaft; sie betont das Gemeinsame im Ziel. Es ist eine Partnerschaft mit gesetzlich eingebautem Konflikt, weil man sich immer wieder auch über Geld einigen muß. Der Konflikt schadet nicht, er gehört nach meinem Verständnis zur Partnerschaft, der wirtschaftliche genauso wie der ideelle. Jede noch so kühle und harte Begegnung der Partner als naturgesetzliches Aufeinanderprallen von Gegensätzen fördert den Fortschritt, ist Motor für die Fortentwicklung unseres Systems – sie darf nur nicht in Sieg oder Niederlage ausarten, muß den noch tragfähigen Kompromiß suchen und finden. Partnerschaft in diesem Sinne hat uns immer geleitet, wir bekennen uns auch zukünftig dazu.

Bayern-Vertrag: Systemerhaltende Lösung

Ein drittes lassen Sie mich herausstellen: Es gehört auch zur politi-

schen Verantwortung des Gesetzgebers, der sich in Wahljahren gerade bei Krankenversicherungsgesetzen vielfältig verführen ließ, seine Grenzen in kluger Selbstbeschränkung zugunsten der Selbstverwaltung zu respektieren. Die Selbstverwaltung von Kassenärzten, Kassenzahnärzten und Krankenkassen nämlich ist in der Lage, systemerhaltende Lösungen zu finden, wenn ihr der Gesetzgeber ausreichende Entfaltungsmöglichkeiten beläßt. Wir verspüren einen erfolgversprechenden Ansatzpunkt in der Vereinbarung mit den Kassenärzten, die außerhalb unseres Freistaates den guten Namen „Bayern-Vertrag“ erhalten hat. Zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden sollte geprüft werden, ob Ähnliches möglich ist. Unsere Bereitschaft hierzu sei hiermit erklärt.

Zentralisation bedeutet Schwächung der Selbstverwaltung

Und zuletzt: Selbstverwaltung bedeutet Regelung bestimmter Sachverhalte durch den Sachverstand der Betroffenen selbst. Eine Selbstverwaltung, die problem- und bürgernah ist, kann sich mit größeren Erfolgen am unmittelbaren Lebenskreis orientieren. Zentralisation, organisatorisch oder mittels eines bundesweiten Finanzausgleichs, ist Schwächung oder sogar Beseitigung der Selbstverwaltung. Es gibt viele Gründe, aber auch deshalb wenden sich die bayerischen Krankenkassenverbände konsequent gegen jede Art von bundesweitem Finanzausgleich. Die Ärzte und Zahnärzte des Freistaates Bayern mögen daran erkennen, daß es bei der Selbstverwaltung auf Krankenkassenseite nicht bloß Lippenbekenntnisse sind, wenn sie für die Erhaltung der freiheitlichen Krankenversicherung mit freiheitlichen Gesundheitsversorgungssystemen auf Selbstverwaltungsbasis eintreten und weiteren staatlichen Reglementierungen oder Plänen, die zur Einheitsversicherung führen, eine klare Absage erteilen.

Welchen Weg die Entwicklung in den nächsten Jahren gehen wird, hängt nicht nur davon ab, wie ernst es der Gesetzgeber bei der Krankenversicherung mit dem Grundgesetz nimmt, sondern auch davon,

wie stark und leistungsfähig die gemeinsame Selbstverwaltung sich in Zukunft erweisen wird. Wenn bei legitimer Interessenvertretung gefundene Kompromisse die Freiheitlichkeit und Stabilität der Krankenversicherung gewährleisten, haben

wir die uns gestellte Aufgabe zum Wohle unseres sozialen Rechtsstaates erfüllt. Mit diesem Ziel will ich mich weiterhin redlich bemühen, der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Selbstverwaltung das Leben schwer zu machen.

Medizinische Wissenschaft, ärztliche und zahnärztliche Kunst sowie wirtschaftliche Struktur sind keine konstanten Größen. Ihre ständigen Wandlungen und Fortschritte lassen sich nur in einer anpassungsfähigen lebendigen Gebührenordnung aulangen. Soll sie nicht allzu rasch veralten und einer vorzeitigen Insuffizienz erliegen, bedarf sie auch in Zukunft der ständigen Reform und damit des Gesprächs zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen. Um dies zu ermöglichen, sind wir alle wieder einmal aufgerufen, weiterhin gemeinsam die wohlverstandenen Interessen unserer Versicherten mit Nachdruck gegen Vorstellungen zu vertreten, die verstoßen oder ganz offen auf die Einheitsversicherung und damit auch auf einen staatlich reglementierten Gesundheitsdienst hinauslaufen.

Erprobte Partnerschaft

Direktor Ludwig Geissinger

Verband der Angestellten-Krankenkassen

Im Namen des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen und des Verbandes der Arbeiterersatzkassen des Landes Bayern grüße ich die hohe Festversammlung.

Diese Selbstverwaltung, die heute ihr 30jähriges Bestehen feiern kann, hat ihre Stärke und Beweglichkeit im Grundgedanken der Partnerschaft. Wenn ich von Partnerschaft spreche, so möchte ich daran erinnern, daß die ersten überregionalen Übereinkommen zwischen den Ersatzkassen bzw. ihren Vorläufern mit dem Verband der Ärzte Deutschlands in einem Vertrag vom 27. Januar 1908 ihren Niederschlag gefunden haben. In diesem Jahr können wir also bereits auf 71 Jahre gemeinsame Vertragsgestaltung zurückblicken. Schon bald darauf, und zwar am 24. Dezember 1913 begannen auch überregionale Beziehungen zu den Zahnärzten, also auch



hier bereits seit 66 Jahren Vertragsgestaltung, die selbstverständlich dem ständigen Wandel der Einzelleistungsvergütung unterlagen.

Es darf nicht weiterhin hingenommen werden, daß die Selbstverwaltung durch immer stärkere Reglementierung auf ein Nichts reduziert wird, und wir fordern deshalb, daß man uns endlich in Ruhe, ohne ständige Angriffe von außen unsere Arbeit im Dienste der sozialen Sicherheit unserer Bevölkerung tun läßt.

Daß diese Selbstverwaltung sich gerade in den letzten Jahren bewährt hat, verdanken wir dem guten Zusammenwirken zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen. Hierfür darf ich namens der Ersatzkassenverbände in Bayern den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane der KVB und KZVB Dank und Anerkennung aussprechen.

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100g enthalten: Arnica 0,15g; Calendula 0, Hamamelis 0 ana 0,45g; Echinacea angustifolia 0 Echinacea purpurea 0, Chamomilla 0 ana 0,15g; Symphytum 0, Sella perennis 0 ana 0,1g; Hypericum 0, Millefolium 0 ana 0,09g; Aconitum D1, Belladonna D1 ana 0,05g; Aristolochia clematilla 0, Mercurius solubilis Hahnemanni D1 ana 0,04g; Hepar sulfuris D1 0,025g.

DOSIERUNGSANLEITUNG Salbe mehrmals täglich einreiben oder auftragen.

DARRECHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖßEN (incl. MwSt.)

Salbe (Reg.-Nr. 0382): Tuben mit 25 g DM 3,97 mit 50 g DM 11,50

WEITERE DARRECHUNGSFORMEN Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

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

Traumeeel®

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

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

-Heel

Die Grundprinzipien des bewährten Kassenarztrechts verteidigen

Grußwort von Dr. med. Hans-Wolf Muschallik *

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Wenn Sie heute das 30jährige Bestehen Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung begehen, derjenigen Kassenärztlichen Vereinigung, die nach dem Kriege im Jahre 1949 als erste durch Landesgesetz anerkannt und auf eine neue Rechtsbasis gestellt wurde, so ist das sicher ein markantes Datum. Es wurde damit nicht nur ein deutliches Signal für die anderen westlichen Besatzungszonen gegeben, sondern auch die Wiederbegründung kassenärztlicher Selbstverwaltung und kassenärztlichen Wirkens insgesamt auf den Weg gebracht. Aus den Trümmern des Krieges wurde das kassenärztliche Wirken mit neuem Leben erfüllt. Es ist gewachsen mit der Sozialordnung unserer Bundesrepublik Deutschland. Jener neuen Ordnung, die aus den Elementen Republik, Demokratie, sozialer Rechtsstaat und Bundesstaat entworfen und ebenfalls heute vor 30 Jahren im Grundgesetz verankert wurde.

Mit diesen wenigen Markierungen begründe ich die herzlichen und kollegialen Glückwünsche, die ich den Jubilaren im Namen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entbiete.

Bayern — stabiler Weggefährte

In diesen 30 Jahren waren Sie zusammen mit Ihrer kassenärztlichen Selbstverwaltung nicht nur ein entscheidender Wegbereiter, sondern auch ein stabiler Weggefährte, der — bei aller Eigenständigkeit — mit allen Kassenärzten im übrigen Bundesgebiet eng verbunden, für die Freiberuflichkeit des Kassenarztes und die Erhaltung der gegliederten deutschen sozialen Krankenversicherung eingetreten ist.

30 Jahre Kassenärztliche Vereinigung sind ein Anlaß zur Rückbesin-



Dr. E. Fiedler

nung und Vorausschau. Rückbesinnung auf das, was wir im Laufe dieser Jahre in Einklang mit unserer Verfassung und unserer Berufsethik als Prinzipien und Handlungsmaximen unserer kassenärztlichen Selbstverwaltung und unseres ärztlichen Tuns entworfen und bis heute weiterentwickelt haben.

Leben kann man ja immer nur vorwärts, das Leben verstehen meist aber nur rückwärts. Die Vergangenheit ist nicht tot, sie ist noch nicht einmal vergangen, und wer sie kennt, wird die Zukunft unter Bewahrung des Bewährten meistern. Ich sage dies angesichts der sich heute weltweit abzeichnenden Phänomene politischer, sozialer und ökonomischer Instabilität und angesichts eines die Menschenwürde mißachtenden Terrors, welche unser aller Grundziel, die Erhaltung des Weltfriedens, in ein sorgenvolles Blickfeld rücken.

Dieses Bild mag schlaglichtartig die Turbulenzen des neuen Jahrzehnts beleuchten. Mit ihm sind unsere speziellen Probleme im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich

verbunden, und auch wir Ärzte sind zur Lösung dieser Fragen aufgerufen. Dabei wird insbesondere die politische Entscheidung von grundsätzlicher Bedeutung sein, ob die achtziger Jahre sich hinwenden zu mehr Freiheit und Eigenverantwortung des einzelnen Menschen, wie wir sie auch zukünftig für eine aktive Gesundheitspolitik befürworten, oder zu umfassenden kollektivistischen Systemen.

Angesichts dieser Herausforderungen tun wir gut daran, die Grundsätze unseres gesundheits- und sozialpolitischen Selbstverständnisses und die Prinzipien des seit Jahrzehnten bewährten Kassenarztrechts zu verteidigen und immer wieder aber auch auf ihre heutige Gültigkeit hin zu überprüfen.

Vorzüge des freiheitlichen Systems

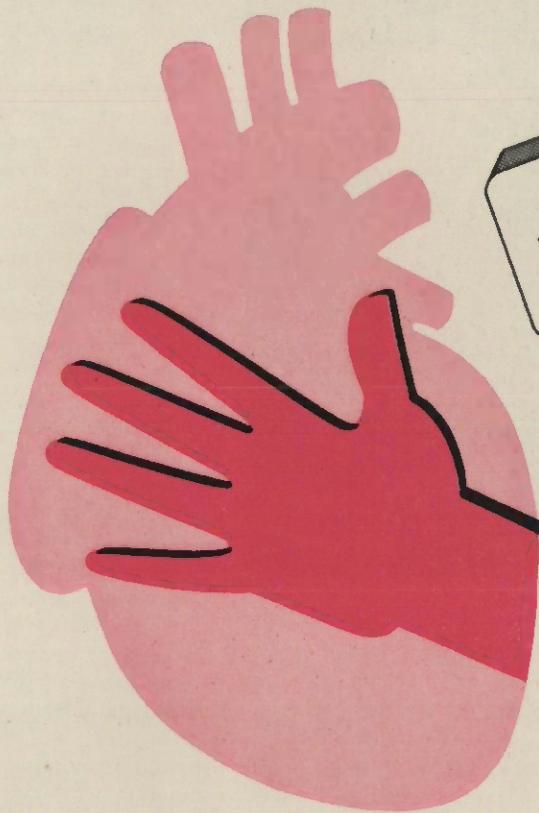
Unser soziales ambulantes Gesundheitssystem beruht auf der Freiheit des ärztlichen Berufs. Freiheit des Arztes, des Patienten und des Systems sind untrennbar miteinander verbunden, und sie müssen nach meiner Überzeugung auch die Grundpfeiler für die achtziger Jahre bleiben. Gewiß, auch die Freiheit fordert ihren Preis. Dennoch, die vergangenen 30 Jahre freiheitlicher kassenärztlicher Dienst für die Gesundheit unserer Bürger sprechen für sich. Einen eindeutigeren und überzeugenderen Beweis für die Vorzüge unseres auf dem freiberuflich tätigen Kassenarzt aufbauenden Systems mit seiner freien Selbstverwaltung im Rahmen einer gegliederten Krankenversicherung gibt es in meinen Augen nicht.

In dem ständigen Bemühen um die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit ist der Arzt heute mehr denn je in die Rolle der Mitverantwortung für den einzelnen Bürger gegenüber Staat und Gesellschaft hineingewachsen. Gesundheit ist heute nicht nur ein individueller, sondern zugleich auch ein gesellschaftlicher Wert ersten Ranges. Deshalb ist der Kassenarzt ein Garant sozialer Freiheit. In besonderer Weise gilt dies angesichts der zunehmenden Programmierung und Verdattung unserer Gesellschaft. In der sozialen Krankenversicherung ist der Arzt und speziell der Kassenarzt Vertrauter und Beschützer der

*) Das Grußwort wurde — wegen einer Erkrankung des Autors — vom Hauptgeschäftsführer der KBV, Dr. med. Eckert Fiedler, vorgetragen.

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack Retard



jetzt neu:
Nitro Mack Retard
forte

Seda Nitro Mack Retard



Heinrich Mack Nachf., Chem.-pharm. Fabrik, 7918 Jilertissen

Nitro Mack® Retard · Nitro Mack® Retard forte · Seda Nitro Mack® Retard

Zusammensetzung: Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, Nitro Mack Retard forte: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin, Seda Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. **Anwendungsgebiete:** Dauertherapie und Prophylaxe koronarer Durchblutungsstörungen, Angina pectoris; Rehabilitationsbehandlung nach Herzinfarkt. **Gegenanzeigen:** Schock, hypotone Kollapszustände. Bei Seda Nitro Mack Retard zusätzlich akute hepatische Porphyrien. **Nebenwirkungen:** Die bisweilen nach Nitroglycerin beobachteten Nebenwirkungen (Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Tachykardie, Blutdruckabfall) treten nach Nitro Mack Retard, Nitro Mack Retard forte und Seda Nitro Mack Retard meist vorübergehend und vermindert auf. Bei hohen Dosen sind Diarrhö, Methämoglobinbildung und Verwirrtheit möglich.

Wechselwirkungen: Durch Seda Nitro Mack Retard kann die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka verstärkt werden, Coumarin-Derivate, Griseofulvin und orale Kontrazeptiva erleiden einen beschleunigten Wirkungsverlust. Während einer Antikoagulantien-Therapie erfordern Barbituratgaben daher eine genaue Kontrolle der Blutgerinnungswerte. **Dosierung:** Im allgemeinen 2-3 Kapseln täglich. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Nitro Mack Retard: O.P. mit 60 Kapseln DM 20,10; A.P. mit 5 x 60 Kapseln, Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 25,80; O.P. mit 100 Kapseln DM 41,15; A.P. mit 5 x 100 Kapseln, Seda Nitro Mack Retard: O.P. mit 60 Kapseln DM 20,95; A.P. mit 5 x 60 Kapseln.

(Stand Juli 1979)

Patienten vor unberechtigten Zugriffen auf persönliche Daten durch eine politisierte Administration und Staatsbürokratie.

Gesundheit kann nicht von Staats wegen verordnet werden

Aber der Trend zu planwirtschaftlichem Denken, zur Zentralisierung der Entscheidungsbefugnisse und der Leistungserbringung hält ebenso unvermindert wie das Bemühen um eine einnahmen-ausgabengebundene Globalsteuerung im Gesundheitswesen an. Wir dürfen deshalb nicht müde werden, darauf hinzuweisen, daß man Gesundheit nicht von Staats wegen verordnen kann und Lebensqualität, Chancengleichheit und Gerechtigkeit niemals durch Zentralisierung und Bürokratisierung erreicht! Gleichheit sichern, indem man Freiheiten beschneidet – das wäre der Anfang der Entmündigung unserer Bürger.

In der Überzeugung von dem beständigen Wert freiheitlicher Grundvorstellungen und auf der Basis einer qualitativ den wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechenden ärztlichen Tätigkeit in Freiheit und Selbstverantwortung haben wir den hohen Stand unserer Leistungen in der sozialen Krankenversicherung bewahrt und ein Zerschlagen ihrer Gliederungen bisher abgewehrt.

Die Qualität und die Einsatzbereitschaft der heute tätigen Kassenärzte ist gut und erfolgreich gewesen. Ihre Einsicht und ihr Wille zu einem sachgerechten Lösungsbeitrag bei der Weiterentwicklung eines modernen und individuellen Gesundheitswesens in einer sich ändernden Welt sind vorhanden. In der Überzeugung, daß dies auch weiterhin gilt, daß die junge und die alte Arztgeneration in Beachtung ihrer gegenseitigen Verantwortung offen und fair zusammensteht, wünsche ich Ihnen mit Optimismus, diese Grundlinie auch in den nächsten 30 Jahren beizubehalten.

Nach Bismarck sind wir nicht auf dieser Welt, um zu genießen, sondern um unsere Schuldigkeit zu tun. Diese Wahrheit sollte uns ermutigen, bewährte Ordnungen auch und gerade in stürmischer Zeit zu bewahren. Glück auf uns allen für diese gemeinsame Aufgabe!

Leistungsausweitung – die wahre Ursache des „Kostenproblems“

Grußwort von Dr. med. dent. Helmut Zedelmaier

Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung



Für Ihre Einladung, mit Ihnen in diesem festlichen Rahmen das Jubiläum der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Selbstverwaltung zu feiern, möchte ich mich herzlich bedanken. Im Namen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung möchte ich Ihnen zu diesem Jubiläum gratulieren und Ihnen die Grüße meines Vorstandes überbringen. Ich bin mit Ihnen der Meinung, daß es sich lohnt, diesen Tag festlich zu begehen, denn – und damit stimme ich meinen Vordachern zu – unsere Selbstverwaltung hat sich bewährt.

Vieles ist schon gesagt worden: Zur Geschichte der Selbstverwaltung, zu ihrem Selbstverständnis, über ihre Kraft und über die Schwierigkeiten, die es zu überwinden galt und gilt.

Lassen Sie mich die kurze Zeit, die mir im Rahmen dieses Grußwortes zur Verfügung steht, benutzen, um ein paar Gedanken zur Zukunft anzufügen, die wir gemeinsam mit den Krankenkassen zu meistern haben.

Es sieht so aus, und auch das ist schon angeklungen, als ob zumindest die nahe Zukunft vom Kostenproblem beherrscht würde. Eine sorgfältige Diagnose fördert jedoch einige Erkenntnisse zu Tage, die es wert sind, betrachtet zu werden:

Zunächst einmal die Tatsache, daß in der Bundesrepublik Deutschland für die gesamte ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der stationären Behandlung im Krankenhaus von den gesetzlichen Krankenkassen im Jahre 1978 rund 46 Milliarden DM ausgegeben wurden. Im gleichen Jahr wurde in der Bundesrepublik für das Bildungswesen – und das nur für den wesentlich kleineren Bevölkerungsanteil aller vier- bis 28jährigen Bürger fast 85 Milliarden DM ausgegeben, ohne daß darüber jemals geklagt würde. Ohne Vergleiche anstellen zu wollen und ohne über Erfolg oder Mißerfolg beider Investitionen zu sprechen, möchte ich doch auf diese Relation aufmerksam machen. Sie erscheint mir zumindest interessant.

Zweitens die Erkenntnis, daß es sich nur vordergründig um ein Kostenproblem handelt; die wahren Ursachen liegen in einer Leistungsausweitung, die natürlich auf die Kosten durchschlägt. Hat man den ehrlichen Willen, unser Gesundheitsversorgungssystem finanzierbar zu erhalten, muß man das Problem an der Wurzel fassen, nämlich an der Leistungsausweitung. Es wäre im höchsten Maße unredlich, für die einzelne ärztliche und zahnärztliche Leistung immer weniger zu honorieren, und daher die Zahl der Leistungen vielleicht sogar noch weiter zu vermehren. Es ist ein Verdienst der Krankenkassen und Ärzte in Bayern, mit ihrer letzten Vereinbarung dem Rechnung zu tragen: Nämlich nicht unbedingt notwendige Leistungen

einzuschränken, um die notwendigen Leistungen angemessener honorieren zu können.

Kosten und Qualität sind voneinander abhängig

Ein Weiteres: Wir leben in einem Gesellschafts- und Wirtschaftssystem, in dem Kosten und Qualität voneinander abhängig sind. Eine Leistung kann nur qualitativ hochwertig erbracht werden, wenn sie betriebswirtschaftlich richtig bewertet wird. Dies ist auch der Grund, warum alle Systeme, die nicht nach diesem Grundsatz ausgerichtet sind, nur eine schlechtere Versorgung ermöglichen.

Und noch ein Letztes: Eine teilweise falsch angelegte Sozialpolitik, die man gerechterweise nicht nur einer Partei anlasten kann, hat den Willen unserer Bürger zur Selbstverantwortung und Eigeninitiative geschwächt; sie hat bequemes Wohlfahrtsdenken und Anspruchsmentalität gefördert. Wir alle tragen Mitschuld: Krankenkassen, Ärzte und Zahnärzte; denn wir haben uns dieser Entwicklung nicht ernstlich entgegengestellt.

Ziehen wir daraus die Konsequenz für die Zukunft. Noch haben wir Zeit. Noch sind wir Partner in einer freien Selbstverwaltung; noch können wir gemeinsame Erkenntnisse gemeinsam in die Tat umsetzen.

In der Bundesrepublik Deutschland haben wir unseren hohen Lebensstandard der Marktwirtschaft zu verdanken. Unser qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem haben wir aufgebaut auf dem Leistungswillen der Heilberufe, einer gesunden gegliederten Krankenversicherung und der Eigenverantwortung des mündigen Bürgers.

Die Gesetzgebung der letzten Jahre gibt allerdings zu der Sorge Anlaß, daß gerade diese Grundsätze verlassen werden sollten. Ich möchte Sie, die Sie in dieser Selbstverwaltung arbeiten und Verantwortung tragen, bitten mitzuwirken, daß diese Grundsätze nicht verlassen werden: Im Interesse der Bürger dieses Landes, die ein Recht darauf haben, nach bestem Wissen und Gewissen und nach den neuesten Erkenntnissen der Medizin behandelt zu werden, wenn sie Hilfe brauchen.

30jährige Bewährung eines freiheitlichen Gesundheitswesens

Festvortrag von Staatsminister Dr. Fritz Pirkel

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung



Das 30jährige Jubiläum der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung in Bayern ist nicht nur für die unmittelbar Beteiligten ein bedeutendes Ereignis in der jüngeren Geschichte unseres freiheitlichen Gesundheitswesens. Dieses 30jährige Jubiläum ist für uns alle auch eine Freude, die wir jetzt gemeinsam erleben, denn wir möchten Ihnen, meine sehr verehrten Herren Vorsitzenden herzlich dafür danken, daß Sie nicht nur des Anlasses gedenken, sondern Ihnen auch dafür danken, daß Sie in dieser so wohltuenden Form dieses Anlasses gedenken: im Cuvilliés-Theater, in dieser so ausgezeichneten Umrahmung durch das Münchner Nonett.

Dies ist aber auch ein Ereignis, das uns besonders Anlaß ist, über die Erfolge und Fortschritte dieser 30 Jahre nachzudenken. Ein Ereignis aber auch, bei dem der Blick nicht weniger ernst auch auf die offenen Fragen in der Zukunft gerichtet werden sollte. In diesem Jahre ist nicht nur die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung in Bayern nach dem Kriege 30

Jahre alt geworden, sondern auch unser Grundgesetz. Gewiß, auf den ersten Blick scheinen diese beiden Jubiläen nicht sehr viel miteinander zu tun zu haben, dennoch hängen sie aber aufs Engste zusammen. Deshalb lassen Sie mich die Sache so vereinfachen: 30 Jahre Bewährung des Grundgesetzes, dies wäre aus freiheitlicher Sicht, so meine ich, kaum denkbar ohne die 30jährige Bewährung einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung; und diese wiederum hängt eng zusammen mit der 30jährigen Bewährung auch eines freiheitlichen Gesundheitswesens.

Freiheit ist ein durchgreifendes Prinzip in unserer Staats- und Gesellschaftsordnung, und dieses durchgreifende Prinzip könnte man nicht an einer Stelle verletzen, ohne die andere damit auch zu treffen. Ich freue mich sehr darüber, daß die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dieses Jubiläum auch zum Anlaß nehmen, über diese zurückliegenden 30 Jahre Rechenschaft zu legen. 15 Jahre, also die Hälfte dieser 30 Jahre, durfte ich als Mitglied der Bayerischen Staatsregierung unmittelbar diese, Ihre gestaltende Arbeit miterleben. Ich bin deshalb auch sehr dankbar, daß ich Ihnen heute zum 30. Geburtstag gratulieren, die besten Wünsche der Bayerischen Staatsregierung, die besten Wünsche des Bayerischen Ministerpräsidenten Dr. Franz Josef Strauß und auch meine persönlichen Wünsche überbringen kann.

Heute ist uns kaum noch bewußt, daß die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Selbstverwaltung, so wie sie uns heute vertraut ist, Ende der 40er Jahre erst wieder aufgebaut werden mußte. Wir setzen das reibungslose Funktionieren dieser Einrichtungen fast als etwas Selbstverständliches voraus. Viel-

Alle Fotos: Fritz Kuhn

leicht vermag die breite Öffentlichkeit den Wert dieser Organisationen schon deshalb nicht richtig einzuschätzen, weil sie eigentlich in aller Stille arbeiten und nur gelegentlich bekannt werden, wenn es um Problemfälle geht, die aber nur einen kleinen Teil der Gesamtarbeit ausmachen.

Die Anfänge: 1946 bis 1949

Ein Jubiläum wie das heutige sollte Anlaß sein, sich zu erinnern: Wir schrieben das Jahr 1945. Die nach dem zentralistischen Führerprinzip organisierte Kassenärztliche Vereinigung, die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Kassendentistische Vereinigung Deutschlands haben aufgehört zu bestehen, der Neuaufbau der Selbstverwaltung auf Länderebene, so er gewollt war, konnte beginnen. Am Anfang standen allerdings staatliche Hoheitsakte, mit denen zunächst einmal Ordnung in das Chaos gebracht werden mußte. So wurde durch die Verordnung Nr. 66 zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der von der Sozialversicherung betreuten Personen vom 6. Juli 1946 die Zulassung zur Kassenpraxis vorläufig geregelt und als zuständige Stelle das Oberversicherungsamt bestimmt. Diese Verordnung wurde dann abgelöst durch das Gesetz über die vorläufige Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen, Ärzten, Zahnärzten und Dentisten, das der Bayerische Landtag am 12. August 1948 verabschiedet hat. Diesen noch überwiegend staatlich orientierten Aufbauregelungen folgten dann schließlich die Gesetze vom 14. Juli 1949 über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen und über die Zulassung von Zahnärzten und Dentisten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen. Mit diesen Gesetzen wurde endgültig die Voraussetzung für den Neuaufbau der Selbstverwaltung geschaffen. Es wurden mit diesen Gesetzen die Weichen dafür gestellt, daß nicht die öffentliche Hand unmittelbar in den Einzelheiten die medizinische Bevölkerung sicherstellen muß. Als schon wenige Monate später, nämlich am 30. September 1949, das Gesetz über die Wahl der Mitglieder zu den ersten Organen der Kassenärztlichen, der Kassenzahnärztlichen und der Kassendentistischen Vereinigung Bayerns beschlossen war, konnten auch die Vorbereitungen

für die Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen beginnen. Am 26. November 1949 war es dann soweit: Gut vier Jahre nach Kriegsende fanden die Wahlen der Mitglieder in den ersten Organen hier bei uns in Bayern statt.

Ich glaube, es ist ganz gut, wenn man sich einmal eine solche Chronologie wieder vor Augen hält, um zu sehen, welch mühsamer, welch schwieriger und welch zunächst einmal zaghafter Schritte es bedurfte, um wieder freiheitliche Ordnung nach dem Chaos zu erwirken. Ich glaube, wir dürfen gerade dem Bayerischen Landtag der ersten Legislaturperiode dankbar dafür sein, diese Schritte so mutig und so konsequent gegangen zu sein. Die zurückliegenden 30 Jahre haben nun eine Bewährungsprobe abgelegt, auf die die Träger dieser Bewährung stolz sein können.

Im Geist der Partnerschaft

Eine weitere Grundlage für das richtige und segensreiche Wirken der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Selbstverwaltung hat dann das Gesetz über das Kassenarztrecht vom 17. August 1955 abgelegt, also ein Bundesgesetz. In dieser Magna Charta des Kassenarztrechts wurde damals die Konzeption des partnerschaftlichen Zusammenwirkens von Ärzten und Zahnärzten auf der einen Seite und der Krankenkassen auf der anderen Seite niedergelegt. Es ist das Verdienst aller Beteiligten, daß der Geist dieses Gesetzes trotz aller natürlichen Interessengegensätze und mancher Rückschläge Wirklichkeit geworden ist.

Aus persönlicher Erfahrung der letzten 15 Jahre kann ich mit Genugtuung feststellen, daß die Meinungsverschiedenheiten, auch wenn sie zeitweilig noch so groß waren, letztlich immer wieder in diesem, von diesem Gesetz vorausgesetzten partnerschaftlichen Aufeinander und Zueinander gelöst und beigelegt werden konnten. Der feste Wille zum Kompromiß in geistiger Zusammenarbeit war die Voraussetzung dafür; und dieser feste Wille hat sich bewährt.

Gerade diese Bewährungsprobe muß uns immer wieder Anlaß sein, auch zugeständenermaßen schwie-

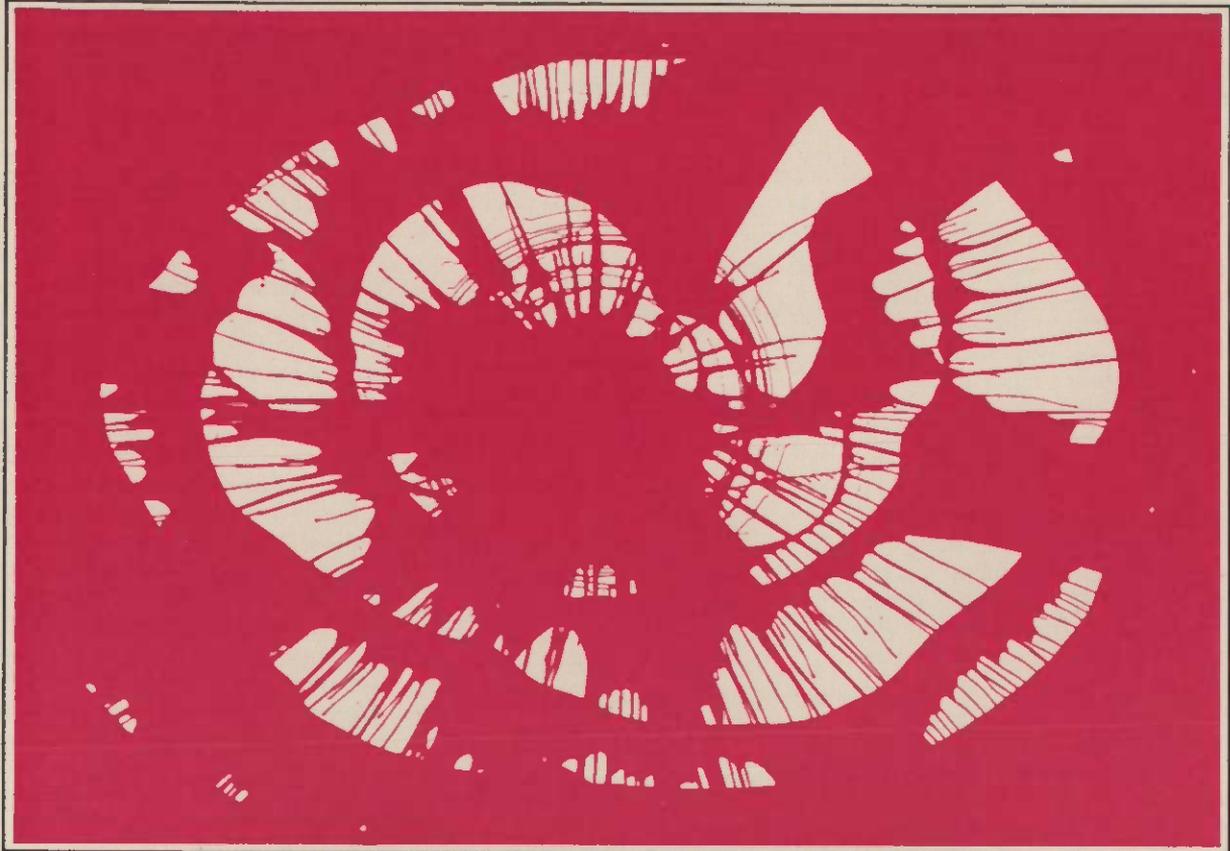
rige Probleme in Freiheit lösen zu lassen und nicht immer und überall zu denken, daß mit der Schwierigkeit der Probleme der Zwang steigt, staatliche Reglementierungen zu schaffen. Ich persönlich bin der Meinung, daß gerade auch schwierige Probleme in Freiheit oft wesentlich besser gelöst werden können!

Die Nagelprobe für den partnerschaftlichen Geist zwischen den Trägern der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung war natürlich sehr oft die ärztliche Vergütung. Das heute geltende Honorarsystem für Ärzte und Zahnärzte hat eine lange Geschichte. Wie Sie wissen, hatte das Gesetz über das Kassenarztrecht des Jahres 1955 noch grundsätzlich an der Gesamtvergütung in Form des sogenannten Kopfpauschale festgehalten. Aber schon das damalige Recht hatte die Möglichkeit eingeräumt, dieses Honorierungssystem abzuändern. Damit war ein Weg frei zu einer leistungsgerechteren Orientierung.

Die Träger der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung in Bayern haben maßgeblich Anteil daran, daß das überholte System der Gesamtvergütung durch die fortschrittliche und gerechte Einzelleistungsvergütung abgelöst werden konnte. So haben sich die bayerischen Vereinigungen, deren Geburtstag wir feiern, zusammen mit den bayerischen Krankenkassen mit viel Engagement für das Zustandekommen des Bundesmantelvertrages der Zahnärzte und des Bewertungsmaßstabes Zahnärzte des Jahres 1962 eingesetzt; und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat bereits im Jahre 1966, viel früher als anderswo im Bundesgebiet, mit den gesetzlichen Krankenkassen in Bayern in ihrem Gesamtvertrag die Einzelleistungsvergütung vereinbart.

Natürlich gab es bei den Honorarverhandlungen der letzten Jahre nicht immer nur eitel Sonnenschein. Ich denke etwa an das Jahr 1976. Sie werden sich erinnern, daß damals ein Honorarstreit um den Zahnersatz ausgebrochen war, nachdem das Bundessozialgericht zwei Jahre zuvor entschieden hatte, daß Zahnersatz zur kassenzahnärztlichen Versorgung gehört und das Rehabilitationsangleichungsgesetz diese Rechtsprechung berücksichtigt hat.

wenn der Stress stärker ist als die Psyche



PRAXITEN® **EIN GANZ VERNÜNFTIGER TRANQUILIZER**

wegen seiner besonders guten Verträglichkeit
wegen seiner relativ kurzen Halbwertszeit
wegen seiner unkomplizierten Inaktivierung

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 15 mg Oxazepam.

Anwendungsgebiete: Praxiten ist bei allen Zustandsbildern angezeigt, bei denen Erscheinungen wie Angst, Spannung, Unruhe, Erregbarkeit, erhöhte Reizbarkeit und Schlaflosigkeit im Vordergrund stehen oder die damit einhergehen.

Gegenanzeigen: Myasthenia gravis. Anwendung in der Schwangerschaft nur bei strenger Indikationsstellung.

Nebenwirkungen: Zu Beginn der Behandlung und bei höherer Dosierung kann Müdigkeit auftreten, die meist nach wenigen Tagen von selbst oder spätestens nach Herabsetzen der Dosis verschwindet.

Sonstige, jedoch seltene, meist dosisabhängige Nebenwirkungen sind Benommenheit, Schwindel, leichte Übelkeit, Mundtrockenheit, Appetitverminderung, Gewichtszunahme, Libidaabnahme. Bei hohen Dosen sind infolge des muskel-

relaxierenden Effektes Gangunsicherheit, ataktische Erscheinungen, Doppelbilder und Artikulationsstörungen möglich.

Wechselwirkungen: Zwischen Praxiten und anderen zentraldämpfenden Pharmaka (z.B. Analgetika, Schlafmittel, Psychopharmaka) ist eine wechselseitige Wirkungsverstärkung möglich.

Besondere Hinweise: Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol.

Packungsgrößen und Preise:

O.P. 20 Tabletten DM 6,19
O.P. 50 Tabletten DM 14,61
A.P. 500 Tabletten



Leider waren meine damaligen erbetenen Vermittlungsversuche erfolglos, so daß schließlich das Landesschiedsamt diese Auseinandersetzung schlichten mußte. Die Schärfe, mit der diese Kontroverse ausgetragen wurde, hat sicher das Verhältnis zwischen den Partnern des Kassenarzteswesens in unserem Lande für eine gewisse Zeit belastet. Aber zurückschauend betrachtet, glaube ich, daß diese Auseinandersetzung wiederum auch ihre guten Seiten hatte, denn gerade diese Auseinandersetzung hat bewiesen, daß die Selbstverwaltung unseres Gesundheitswesens auch in der Lage ist, solche scharfen Interessengegensätze mit eigenen Mitteln ohne staatlichen Zufluß zu meistern.

Die Honorarverhandlungen der folgenden Jahre beweisen, daß der Streit des Jahres 1976 das partnerschaftliche Verhältnis in der Folgewirkung tatsächlich selbstbewußter gestaltet hat. Als die Zahnärzteschaft auf Bundesebene die Empfehlung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Erhöhung der Gesamtvergütung abgelehnt hatte, kam es in fast allen Ländern zu beträchtlichen Einigungsschwierigkeiten. In Bayern konnte dagegen verhältnismäßig rasch und auf faire Weise eine Honorarvereinbarung erzielt werden.

Der „Bayern-Vertrag“ — Ausdruck einer kreativen Selbstverwaltung

Einen eindrucksvollen Beweis für die Leistungsfähigkeit und den Einfallreichtum der kassenärztlichen Selbstverwaltung haben die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Landesverbände der bayerischen Krankenkassen vor wenigen Monaten nun mit dem Abschluß ihres Honorarvertrages erbracht. Dieses Vertragswerk, das von der Empfehlung der Bundesverbände sowie der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen abweicht, ist von manchem kritisiert, und wie ich erst kürzlich in einer an sich sehr bedeutenden Versammlung erlebte, auch abqualifiziert worden. Ich habe meine Meinung zu diesem eigenständigen, bayerischen Weg schon mehrfach klar und deutlich geäußert und möchte an dieser Stelle folgendes wiederholen: Ich begrüße dieses bayerische Modell, ich begrüße es nicht nur als überzeugter Föderalist, ich begrüße dieses bayerische Modell insbesondere deshalb,

— weil es erstens den Gestaltungsspielraum, den das geltende Recht einer verantwortungsbewußten und kreativen Selbstverwaltung beläßt, konsequent nutzt,

— weil es zum zweiten auf die Eigenverantwortung der Beteiligten baut und vertraut,

— weil es zum dritten in vertretbarem und notwendigem Umfang mehr marktwirtschaftliche Elemente in das Gesundheitswesen einführt

— und weil es viertens schließlich geeignet erscheint, eine qualitative, hochwertige medizinische Versorgung sowie eine intensive, ambulante Diagnostik und Therapie zu sichern und dennoch die Kostensteigerungen in gesamtwirtschaftlich vertretbaren Grenzen zu halten verspricht.

Dieses bayerische Modell wurde in der Öffentlichkeit vielfach als ein Prämiensystem interpretiert, das den Arzt zu Lasten des Patienten für entsprechende Leistungen auf anderen Sektoren mit einem höheren Honorar belohnt. Ich kann hier nur folgendes sagen:

— wer in dieser Form versucht, Initiativkraft und das Verantwortungsbeußtsein der Partner und des Kassenarztesrechts abzuqualifizieren, dem fehlt entweder die erforderliche Sachkenntnis oder aber der gute Wille, die zukunftsweisenden Perspektiven dieses Vertragswerks zu erkennen.

Dabei ist doch die Idee sehr einfach, ein Konzept, das alle vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten nach Maßstäben der Effektivität und Effizienz berücksichtigen will, muß die ambulante Diagnostik und Therapie dann ohne Begrenzung finanzieren, wenn sie mit gleichem oder gar besserem medizinischen Erfolg kostspieligere Versorgungsforderungen entbehrllich machen. Dies ist doch der Grundgedanke dieses Vertrages; und ich meine, dieser Grundgedanke ist doch gar nicht so schwer zu begreifen. In diesem Falle also sollte der Kassenarzt doch nicht für seinen „Honorardeckel“ bestraft werden! Diese Einsicht scheint sich auch bei so manchen anfänglichen Kritikern dieses bayerischen Modells allmählich doch durchzusetzen. Ich beobachte jedenfalls, daß sich in allerletzter Zeit doch die positiven Stellungnahmen auch von außerhalb Bayerns her mehren. Ich hoffe, daß auch der Bundesarbeits-

minister seine kritische Einstellung revidieren möchte. Seine unberechtigten Bedenken, die er mir gegenüber schriftlich zum Ausdruck gebracht hat und worin er mich als aufsichtsführenden Minister um meine Stellungnahme gebeten hat, habe ich erst kürzlich in einem sehr ausführlichen und in einem sehr eindeutigen Schreiben zum Ausdruck gebracht.

Durch verantwortungsvolles Handeln die Chance nutzen

Der beste Beweis für die Richtigkeit des bayerischen Weges ist aber wohl der Erfolg. Ich appelliere deshalb an alle Beteiligten, die Ärzte, die Krankenkassen und die Versicherten, durch verantwortungsbewußtes Verhalten die in diesem Vertrag angelegten Chancen zu nutzen. Die bisherigen Erfahrungen können uns zur Hoffnung berechtigen.

Oft wird meist ironisch davon gesprochen, daß in Bayern die Uhren anders gehen, ich würde hier sagen, wir konnten im Laufe der zurückliegenden Jahre immer wieder feststellen, daß unsere Uhren keineswegs nachgehen, sondern unsere bayerischen Uhren im allgemeinen sehr präzise die geschlagene Stunde anzeigeln.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem umstrittenen Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz des Jahres 1977 zeigen uns, daß von gesetzlichen Regelungen allein eine dauerhafte Lösung der Kostenprobleme in unserem Gesundheitswesen wohl nicht erwartet werden kann. Diese Erfahrung gilt nicht nur für den Kostenbereich. An den Problemen, der Kassenzulassung unserer kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung zeigt sich, daß gerade Zurückhaltung des Gesetzgebers sachgerechte Lösungen fördern kann, wenn sie der Eigeninitiative und der Selbstverwaltung Raum läßt.

Ärztliche Versorgung — auch diese Bewährungsprobe wurde bestanden

Als das Bundesverfassungsgericht mit seinen Entscheidungen vom 23. März 1960 und vom 8. Februar 1961 die Zulassungsbeschränkungen des Gesetzgebers über das Kassenarztrecht für verfassungswidrig und nichtig erklärt hatte, waren die Trä-

ger der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung aufgerufen, nach freiheitlichen Lösungen für das Problem einer gleichmäßigen, regionalen, ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu suchen. Die Selbstverwaltung hat auch diese Bewährungsprobe insgesamt erfolgreich überstanden. Ihre Vereinigungen haben sich mit Einfallsreichtum und großem Einsatz der anstehenden Probleme, wie z. B. des Ärztemangels auf dem Lande, der sich auch bei uns in Bayern, in manchen Regionen sehr deutlich angezeigt hatte, angenommen. Die finanzielle Niederlassungsförderung im Rahmen des vor rund zehn Jahren begonnenen Bayern-Programms und das sich daran anschließende erweiterte Bayern-Programm ist ein Musterbeispiel für eine vorbildliche gegenseitige Ergänzung von Eigenleistungen der Selbstverwaltung und staatlichem Förderungsprogramm. Dabei haben die Ärzte- und Zahnärzteschaft, dies möchte ich ausdrücklich betonen, bei diesen Programmen selbst den Löwenanteil getragen; dafür möchte ich mich namens der Staatsregierung, aber auch für die Betroffenen, nämlich der durch diese Programme versorgten Gemeinden und Bürger, bei Ihnen sehr herzlich bedanken. Schauen wir uns einmal die Bilanz an: Seit dem Jahre 1971 konnten immerhin 520 ärztliche und über 130 zahnärztliche Niederlassungen in unterversorgten Gebieten mit einem Gesamtaufwand von rund 165 Millionen DM gefördert werden. Überlegen wir uns einmal (oder stellen wir uns einmal die Unruhe vor, die entstanden wäre, oder die heute vorhanden wäre), wenn diese 520 ärztlichen und 130 zahnärztlichen Niederlassungen nicht erfolgt wären.

Diese gezielte Niederlassungsförderung war nur möglich, weil Ihre Vereinigungen zu Anfang der 70er Jahre eine gründliche und umfangreiche Analyse der tatsächlichen Versorgungssituation in unserem Lande erarbeitet haben. In wenigen Tagen wird nun mehr ein Bedarfsplan in der Öffentlichkeit vorgestellt werden, der von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns im Einvernehmen mit meinem Haus erstellt worden ist. Die Arbeiten des zahnärztlichen Bedarfsplans stehen kurz vor dem Abschluß.

Die neue Bedarfsplanung — Instrument auch für die Niederlassungsplanung

Das Anliegen des Gesetzes vom 28. Dezember 1976, das diese Bedarfsplanung fordert, ist anfangs verschiedentlich mißverstanden worden. Man hat geglaubt, dirigistische Züge an ihm zu entdecken. Inzwischen hat sich wohl aber die Einsicht durchgesetzt, daß die darin vorgesehenen Bedarfspläne gerade auch für die Beratung junger Ärzte und Zahnärzte, die eine Niederlassung beabsichtigen, sehr wertvoll sein werden. Die im Gesetz auch vorgesehenen Möglichkeiten der Zulassungsbeschränkungen zugunsten unterversorgter Gebiete ist ja nur als ultima ratio konzipiert und hat mit dem vom Bundesverfassungsgericht aufgehobenen Zulassungsbeschränkungen des Gesetzes über die Regelung des Kassenarztrechts nichts gemein. Dieses Gesetz mit all dem, was es an Konsequenzen hat, ist letztlich aus dem Bestreben und aus dem Bemühen erfolgt, die Freiheit abzusichern — so, daß uns die Freiheit nicht durch Unordnung zerstört wird. Wir haben

es doch gemerkt, daß wir kaum mehreine Landtagsfragestunde hatten, wo nicht Fragen nach dieser Richtung hingestellt worden sind. Unterversorgung da, Unterversorgung dort, die es nicht nur in Bayern, die es in der Bundesrepublik gab. Hier machte sich eine Bewegung, eine Welle bemerkbar, die es auf- und einzufangen galt. Wir meinen, daß wir hier einen freiheitlichen Weg gefunden haben, um diese Bewegung zu kanalisieren.

Ich will der Veröffentlichung dieser Pläne nichts vorwegnehmen, denn ich meine, erst nach vorliegenden exakten Zahlen ist es sinnvoll, darüber nachzudenken, welche Konsequenzen daraus nun im einzelnen von der Selbstverwaltung und auch vom Staate zu ziehen sind. Sicher werden sich alle Beteiligten darüber Gedanken machen müssen, ob nach den zusätzlichen Kenntnissen, die diese Bedarfspläne bringen, die Kriterien für die finanzielle Niederlassungsförderung unverändert bleiben können oder sollen. Wir werden uns sicher zu manchen Gesprächen nach Vorlage dieser Pläne zusammen finden müssen. Ich erwarte mir jedenfalls von den Ergebnissen der Bedarfsplanung auch wesentliche zusätzliche Informationen darüber, wo wir in Zukunft die Schwerpunkte unserer Bemühungen setzen müssen, damit die ärztliche und zahnärztliche Versorgung in unserem Lande noch besser wird. Wir werden aus diesen Bedarfsermittlungen auch eine Reihe von Konsequenzen auf verschiedenen anderen Ebenen noch ziehen können, von denen z. B. auch die eine oder andere in unseren universitären Bereichen gezogen werden muß.

Sicher haben wir in den vergangenen 30 Jahren viel erreicht, gerade

**Frequente
Herzrhythmus-
störungen,
Tachykardien,
orthostatische
Hypotonie.**

SPARTIOL®

verlangsam die zu frequente Schlagfolge, reguliert Rhythmusstörungen, tonisiert die venöse Strombahn.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. fl. Sarothamnus scoparius, stand. auf 1 mg Spartein pro ml.

Dosierung: 3 mal täglich 20–30 Tropfen nach dem Essen in etwas Flüssigkeit.

Hendelsformen und Preise incl. MwSt.:

20 ml 6,19 DM, 50 ml 12,50 DM, 100 ml 20,98 DM



Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung,
7615 Zell-Harmersbech/Schwerzwald

auch in bezug auf die ärztliche Versorgung. Im Jahre 1949 betreuten rund 7000 Kassenärzte die Bevölkerung unseres Landes. Heute sind es rund 11 400. Ein Anstieg um fast 70 Prozent bei einem Bevölkerungszuwachs von nur rund 18 Prozent! Im Landesdurchschnitt betreut heute ein Kassenarzt 972 Einwohner. Zahlen, die man immer wieder einmal sagen und nennen soll.

Leider sieht das Bild im Bereich der kassenzahnärztlichen Versorgung nicht so günstig aus. Die zahnärztliche Versorgung hat den Aderlaß an Ausbildungsplätzen, der mit dem Wegfall des Berufsstandes der Dentisten verbunden war, heute noch zu spüren. Deshalb ist leider die Zunahme der Zahl der Kassenzahnärzte gegenüber der Bevölkerungsentwicklung zurückgeblieben. Wir müssen auch sagen, daß hier unsere Politik in bezug auf die Entwicklung unserer bayerischen Universitäten noch ein Übriges zu tun hat, um auch hier aus den eben genannten Tatbeständen die Konsequenzen zu ziehen; es ist ja nicht von ungefähr, daß in Regensburg der Ausbau der medizinischen Fakultät eben gerade mit dem Aufbau der zahnärztlichen Ausbildungsstätte beginnt.

Für beide Partner gilt leider, daß die Arztdichte regional noch immer sehr unterschiedlich ist. Das Grenzland müssen wir immer noch da und dort zu den Problemgebieten rechnen. Große Sorgen bereitet mir auch die ungünstige Altersstruktur in manchen Bereichen der Kassenzahnärzte in Bayern: mit einem Anteil von rund 23 Prozent an 65jährigen und Älteren ist Oberfranken besonders betroffen. Das sind Tatbestände, bei denen wir alle miteinander aufpassen müssen. Ich bin aber sicher, daß wir uns dieses Problems nicht nur bewußt sind, sondern daß wir in diesem Problem uns auch als Handlungsverpflichtete ansehen.

Schon für die 80er Jahre wird ein Überangebot an Ärzten prophezeit

Wenn man den wissenschaftlichen Untersuchungen und Prognosen über das Angebot an Ärzten glauben darf, sind aber die Voraussetzungen für eine weitere Verbesserung unserer ärztlichen Versorgung sehr günstig. Dies gilt mit Einschränkung auch für den zahnärztlichen Bereich, da, wie ich ja sagte, die Ausbildungskapazitäten ständig erweitert werden und der Zustrom

zum Studium der Zahnmedizin unvermindert anhält. Für den Bereich der Ärzte wird uns für die Mitte der 80er Jahre bereits ein Überangebot vorhergesagt, das sich in den folgenden Jahren noch vergrößern soll. Mir ist natürlich klar, daß wir in diesen Freges, die auch zahlenmäßig belegt werden, noch auf schwankendem Boden von Schätzungen uns bewegen. Aber die Unmöglichkeit exakter Vorausberechnungen enthebt uns eben nicht der Verpflichtung, bereits jetzt auch an solche möglichen Konsequenzen ärztlicher Überversorgung in unserem Lande zu denken. Es wird also der Selbstverwaltung und uns allen noch viel an Aufgaben gestellt sein; und es wird auch in die Zukunft hinein viel Mut bedürfen, um all diesen Aufgaben, nicht nur in die Augen zu sehen, sondern ihnen gerecht zu werden und sie zu lösen.

Einen solchen Festakt dürfen wir natürlich auf der einen Seite zu einem Rückblick benutzen; dabei zeigt sich uns aber auch, daß wir für die Zukunft klare Vorsätze fassen müssen; und ich meine, daß die Vorsätze für die Zukunft sein müßten:

Erstens einmal, Widerstand überall dort, wo eine Ordnung der Freiheit tangiert und wo diese Freiheit nicht mehr als Lösungssystem auch für die Zukunft engesehen wird. Ich meine zum zweiten, daß für uns die Weichenstellung zu einer guten Zukunft nur dann gesichert ist, wenn wir uns der solidarischen Verpflichtung unserer gesamten Bevölkerung gegenüber immer wieder bewußt werden. Diese solidarische Verpflichtung ist die tragflächige Grundlage, daß auch in der Zukunft die politischen Entscheidungen zugunsten der Freiheit beibehalten werden können und Mehrheiten finden.

Die Weichenstellungen für die Zukunft müssen auch so gerichtet werden, daß wir alle ständig im offenen Gespräch miteinander, aber auch in unserem gesamten gesellschaftlichen Ganzen uns fragen und uns fordern lassen. Wenn wir in diesem Fordernlassen zu überzeugen verstehen, dann glaube ich, braucht uns um die Zukunft unseres freiheitlichen Gesundheitswesens nicht bange zu sein. Der Versuchungen auf diesem Wege wird es sicher viele geben, es wurden viele Versuchungen in der Vergangenheit bewältigt. Ich glaube, dies wird auch in der Zukunft möglich sein.

Dank und Anerkennung

So darf ich zum Schluß dessen, was ich hier vortragen durfte und wollte, all denen danken, die in der zurückliegenden Zeit in diesen Vereinigungen und damit in diesem, unserem freiheitlichen Gesundheitssystem gearbeitet haben. Wenn ich an dieser Stelle die Vorsitzenden des Landesvorstands Ihrer beiden Vereinigungen, Herrn Professor Dr. Sewering und Herrn Müller, besonders erwähne, so nicht in erster Linie um ihres Amtes Willen (auch um dieses Amtes Willen müßte man sie erwähnen!), sondern vor allem deshalb, weil sie in aufopferungsvoller Arbeit Hervorragendes, nicht nur für ihre Vereinigungen, sondern Hervorragendes für die Gesamtheit geleistet haben. Dank und Anerkennung möchte ich aber auch all denen sagen hier aus Bayern, die die Kraft aufbringen, in bundesweiter Verantwortung in diesem Bereiche zu stehen und zu arbeiten. Ich möchte Herrn Dr. Zedelmaier hier in einer besonderen Weise so ansprechen wie auch diejenigen, die auf ärztlicher Seite in bundespolitischer Verantwortung in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung des Bundesgebietes stehen. Ich möchte an dieser Stelle aber auch den hauptamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der beiden Vereinigungen meinen Dank sagen, dies natürlich besonders auch deshalb, weil meine Mitarbeiter mit den hauptamtlichen Mitarbeitern immer wieder zu tun haben und auf eine gute Kooperationswilligkeit angewiesen sind, über die wir uns von ministerieller Seite her bisher nie zu beklagen brauchten. Ich bitte um diese gute Kooperationswilligkeit all Ihrer Mitarbeiter auch weiterhin.

Selbstverwaltung ist davon abhängig, daß sich immer wieder genügend Persönlichkeiten finden, diese Selbstverwaltung als eine persönliche Verantwortung ansehen. In Ihrem Kreise brauche ich nichts darüber zu sagen, wie unerhört schwer es ist, seine Praxis da oder dort im Stiche zu lassen, um jene Verantwortung zu übernehmen, die die Selbstverwaltung erst möglich machen. Hiermit sind Opfer verbunden, hiermit sind auch persönliche und finanzielle Belastungen verbunden. Daß so viele von Ihnen diese Belastungen nicht nur Jahre, sondern Jahrzehnte lang getragen haben, ist Voraussetzung dafür, daß wir heute diesen 30. Geburtstag feiern können.

Consoliplast®

Zusammensetzung: 100 g Consoliplast® enthalten: Rad. Symph. pulv. 170 g, Mucilago Rad. Symph. 50.0 g, Extr. Symph. e fol. aquos. 5.0 g, Cholinum chlor. 0.11 g, Camphora 0.10 g, Ol. Junip. 0.02 g, Ol. Thymi 0.01 g, Ol. Rosmar. 0.02 g, Ol. Lavand. 0.015 g, Ol. Eucalyp. 0.05 g, Ol. Terebinth. 0.05 g, Ol. Pini pum. 0.11 g, Salbengrundlage ad 100 g. **Indikationen:** Stumpfe (unblutige) Sport-, Arbeits- und sonstige Unfallverletzungen, Verstauchungen, Verrenkungen, Zerrungen, Prellungen, Quetschungen, Schwellungen, Hämatome, Blut- und Reizergüsse, Epicondylitis, Sehnen-, Sehnenscheiden- und Schleimbeutelentzündungen, Phlegmonen, Fanartien, Furunkel, Phlebitiden, Thrombophlebitis. **Dosierung und Anwendungsweise:** Consoliplast® biebstiftfick auf Verbandkomresse bzw. Mull, Leinen, Tuch o. dgl. auftragen und – mit der Paste gegen die Haut – auf die schmerzende Stelle auflegen. Anschließend den Umschlag entweder mit einer Binde fixieren oder mit Zellstoff, Tuch bzw. einer sonstigen dichten Auflage rutschfest abdecken. Umschlagdauer bis zu 18 Stunden. **Darreichungsform, Packungsgrößen und Preise:** Consoliplast® Tube zu 250 g 7,03 DM. Consoliplast® complet. Diese Packung enthält: Tube zu 100 g, Verbandkomresse, Elastikbinde, Befestigungsklammer, Spatel zum Auftragen der Paste, 7,36 DM.

(Stand 1. Juli 79)

fink

Arzneimittel 7033 Herenberg



Consoliplast®

*stillt stumpfe Traumen
über Nacht*

Antwort im Zeichen der Partnerschaft

Schlußwort von Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering

Zum Abschluß unserer Veranstaltung darf ich denen danken, die bei diesem Festakt zu uns gesprochen haben. Ich danke Ihnen, Herr Direktor **Sitzmann**, für die Überbringung der Grüße und guten Wünsche der von Ihnen vertretenen Landesverbände der RVO-Kassen. Das Thema Kostendämpfung ist unser gemeinsames Anliegen und ich bin sicher, wir werden hier weitere Fortschritte erzielen. Sie sprachen von der Partnerschaft und davon, daß sie auch den Konflikt beinhaltet. Ich stimme Ihnen zu. Selbst in der Zweisamkeit der Menschen, die jahrzehntelang miteinander durch die Welt gehen, gibt es Konflikte. Es zeichnet die Menschen aus, wenn sie in der Lage sind, im Interesse der gemeinsamen Aufgabe Konflikte zu überwinden. Die Kassenärzte Bayerns wissen es zu schätzen, daß Sie gerade in der letzten Zeit mit deutlichen Worten den Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen abgelehnt haben, denn die Einführung dieses Finanzausgleichs wäre gleichbedeutend mit dem Beginn der Einheitskrankenkasse, und die können Sie nicht wollen und die wollen wir nicht.

Lieber Herr **Geisslinger**, herzlichen Dank für die überbrachten Grüße der Ersatzkassen, mit denen wir uns seit Jahrzehnten verbunden fühlen. Wir wissen, daß es zur Zeit auch einige „kleine“ Konfliktstoffe zwischen den beiden Kassengruppen RVO und Ersatzkassen gibt. Wir hoffen, daß sie überwunden werden, und ich versichere Ihnen, daß wir uns nicht etwa als der lachende Dritte fühlen. Wir wollen vielmehr, daß wir zu dritt unsere Aufgabe gut erfüllen können.

Ihnen, lieber Herr Kollege **Fiedler**, danke ich, daß Sie in die Bresche gesprungen sind und uns das Grußwort von Herrn Kollegen **Muschallik** überbrachten, dem wir für baldige Genesung unsere besten Wünsche übermitteln. Herr Muschallik hat Bismarck zitiert, der sagte: „Wir sind nicht auf der Welt, um zu genießen, sondern um unsere Pflicht zu erfüllen.“ Nun, ich versichere, daß die Bayern sich mit Bismarck längst versöhnt haben. Aber dennoch muß ich ihm widersprechen, denn aus der bayerischen Sicht würden wir sagen: „Wir genießen es, unsere Pflicht erfüllen zu dürfen.“

Herr Kollege **Zedelmaier**, vielen Dank für Ihre fundierten Ausführungen, denen ich nichts hinzuzufügen habe.

Dank an Minister Pirki

Ich darf aber nun Ihnen, Herr Staatsminister, unseren besonderen Dank sagen, daß Sie die Festrede übernommen haben. Ich danke Ihnen zunächst auch im Namen meiner Kollegen, die Sie soeben für eine jahrzehntelange Tätigkeit im Dienste der kassenärztlichen Selbstverwaltung und, wie ich meine, damit auch im Dienste der Gesundheit unserer bayerischen Mitbürger ehrten. Es ist für uns wertvoll, daß die Öffentlichkeit auch aus Ihrem Munde hören konnte, wie sehr sich die Kassenärzte und die Kassenzahnärzte unseres Landes um die immer weitere Verbesserung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung unserer Mitbürger bemüht haben, und ich danke Ihnen ganz besonders, daß Sie sich heute wiederum vor uns gestellt haben in der Verteidigung unseres bayerischen Vertrages, zu dem Sie sich von der ersten Stunde an bekannten. Ich danke Ihnen auch, daß Sie dem Herrn Bundesarbeitsminister eine so klare Antwort erteilten. Ich bin mit Ihnen der Überzeugung, daß wir uns auf dem richtigen Weg befinden. Dieser bayerische Vertrag hat sich abgewandt von dem Prinzip des Feilschens um Prozentbruchteile. Er hat als einzige Grundlage das Bekenntnis zur Gesamtverantwortung für die Funktionsfähigkeit einer guten ärztlichen Versorgung in unserem Lande. In dieser Richtung werden wir – so hoffe ich – unseren Weg fortsetzen.

Was soll aus den vielen Ärzten der kommenden Jahre werden?

Herr Staatsminister, Sie haben die prognostizierte „Arztschwemme“ angesprochen; mit Vorsicht, wie ich verstehe. Ich darf Ihnen versichern, daß es sich hier gar nicht mehr um Schätzungen handelt. Wir kennen die Jahrgangsstärken unserer Medizinstudenten und wissen deshalb, daß in wenigen Jahren zeh-, elf-, zwölftausend junge Ärzte pro Jahr

ihre Approbation erhalten, aber nur 6000 davon die Chance haben, eine Assistentenstelle an einem Krankenhaus zu bekommen. Wir stellen uns die Frage: Was soll denn aus den anderen werden? Sollen sie zum Arbeitsamt gehen? Sollen sie sich dem sogenannten akademischen Proletariat zuschlagen oder was soll aus diesen Opfern unserer Bildungspolitik werden?

Man hat uns vorgeworfen, wir hätten nur Sorge um unseren angeblich so dicken Geldsack. Ja, meine Damen und Herren, die Sie als Gäste hier sind: Wir hören immer wieder aus dem Munde der Politiker aller Parteien, daß der technologische Fortschritt nur möglich ist, wenn viel investiert werden kann, und es könne nur viel investiert werden, wenn die Industrie, die Unternehmer, Gewinne machen. Man sollte doch endlich erkennen, daß auch die Arztpraxis ein Kleinbetrieb ist und den gleichen wirtschaftlichen Grundsätzen unterliegt. Wenn wir Ärzte in der Praxis nicht mehr investieren können, weil unsere wirtschaftliche Grundlage dahingeschmolzen ist, dann werden auch wir mit dem Fortschritt der Medizin nicht mehr Schritt halten können, und dann sind die Patienten die Leidtragenden einer solchen Entwicklung. Es wird ja von manchen Seiten empfohlen, die Ärzte sollen das Investieren bleiben lassen. Für die Medizintechnik gebe es dann medizinisch-technische Zentren, also Institutionen. Der Weg zur Institution bei der ärztlichen Versorgung bedeutet Abkehr vom Leistungsprinzip, Abkehr von der bürgernahen ärztlichen Versorgung, die nun einmal nur mit niedergelassenen, freipraktizierenden Ärzten möglich ist und damit für unsere Bürger auch in der Zukunft erhalten werden muß!

Das ist der Grund, warum wir vor der „Arztschwemme“ warnen, denn eine wirtschaftlich kranke Ärzteschaft kann ihre Aufgabe nicht so erfüllen, wie sie es möchte, wie sie es im Interesse der Volksgesundheit muß. Aber dennoch versichere ich Ihnen, daß wir bei aller Sorge um die Zukunft niemals resignieren, das Handtuch mit Sicherheit nicht werfen werden. Wir werden handeln nach einem Wort, das uns vor 20 Jahren unser verehrter Präsident Hans Neuffer mit auf den Weg gegeben hat. Er sagte: „Gottes sind Wogen und Wind, aber Segel und Steuer, womit Ihr den Hafen gewinnt, sind Euer.“

Progredienz verhindern
kausal behandeln

Venalot[®]

bei venös-lymphatischen Erkrankungen

„Dickes Bein“ • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

- Baut lokale eiweißreiche Ödeme ab
- „Entsumpft“ das Interstitium
- Mobilisiert den Lymphfluß



 **Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim**

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Extr. Mellilot, stand. sicc. 25 mg, (Cumarin Gehalt 5 mg), Rutin 25 mg. 1 Ampulle zu 2 ml/5 ml enthält: Extr. Mellilot, aquos. stand. 10 mg/25 mg (Cumarin Gehalt 3 mg/7,5 mg). Rutinschwefelsäureester-Natriumsalze 50 mg/125 mg. 1 Depot-Dragee enthält: Cumarin 15 mg, Troxerutin 90 mg. 100 ml Liniment enthalten: Extr. Mellilot, stand. 50 ml (Cumarin Gehalt 500 mg), Heparin 5000 I. E. **Kontraindikationen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** wurden bisher nicht beobachtet. Schaper & Brümmer Salzgitter-Ringelheim

Dosierung: Oral: Venalot®-Dapol: morgens und/oder abends 1 Dragee. Venalot®-Kapseln: 3x täglich 1-2 Kapseln. Perantral: 2-5 ml i.v. oder l.m. Venalot®-Liniment: mehrmals täglich über den erkrankten Stellen einreiben. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Kapseln 30 St. DM 10,40, 75 St. DM 22,50, AP 500 St. Ampullen 5 x 2 ml DM 8,84, AP 100 x 2 ml, 10 x 5 ml DM 28,60, AP 100 x 5 ml, Liniment 40 ml DM 7,35, 70 ml DM 11,35, AP 400 ml, Depot-Dragees 20 St. DM 13,85, 50 St. DM 29,40, AP 500 St. Stand: 1. September 1979

Schaper & Brümmer Salzgitter-Ringelheim

Ärztliche Ethik als Postulat ärztlicher Berufspolitik *

von J. F. Volrad D e n e k e

Selbstbesinnung und Ortsbestimmung der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis anlässlich der Einweihung eines Ärztehauses sollen helfen, die ärztliche Position in der aktuellen Gesundheits- und Sozialpolitik zu orten.

Dazu mögen drei definitorische Fragen dienlich sein:

- „Ärztliche Berufspolitik“ – Was ist das?
- „Ärztliche Ethik“ – Was ist das?
- In welchem Verhältnis stehen ärztliche Ethik und politische Realität?

I.

Die erste Frage nach der Eigenart ärztlicher Berufspolitik zielt auf den Zusammenhang der ärztlichen Berufstätigkeit mit Sozialpolitik und Gesundheitspolitik. Sie schließt die Frage nach der Definition dessen ein, was wir als „Politik“ verstehen und welchen Zielen unser mitmenschliches Handeln verpflichtet ist.

Politik als zielbewußtes Handeln richtet sich nach ideellen Orientierungssystemen. Mit dieser Feststellung hört bereits die Formulierung von Allgemeinverbindlichkeiten auf. Die ideellen Orientierungssysteme der Politik in den arabischen Staaten sind andere als die westdeutscher Parteien. Die Auseinandersetzung um Israel setzt in Syrien andere Prioritäten als Wahlkämpfe in der Bundesrepublik Deutschland.

Dennoch: In den engeren Bereichen der Sozialpolitik und der Gesundheitspolitik gibt es wieder Gemeinsamkeiten. Sozialpolitik und Gesundheitspolitik wollen die Lebensbedingungen und Überlebenschancen des Menschen verbessern. Sie wollen die mitmenschlichen Beziehungen verträglich regeln und das individuelle Leben der Bürger schützen und entfalten.

*) Nach einem Referat anlässlich der Einweihung des neuen Hauses der Syrischen Ärztekammer in Damaskus am 9. Oktober 1979

Gesundheits- und Sozialpolitik folgen vornehmlich dem ideellen Orientierungssystem humanitärer Qualität des Individuellen und gesellschaftlichen Lebens. Sie sind damit ihrerseits einer sittlichen Idee verpflichtet. Das wird als Postulat auch dort anerkannt, wo Gesundheits- und Sozialpolitik dem Primat der Außen- und Verteidigungspolitik nachgeordnet werden. Wenn ärztliche Berufspolitik mehr sein soll als lediglich die Interessenpolitik eines Berufsstandes, dann wird schon an dieser Stelle der Definition von Gesundheits- und Sozialpolitik deutlich, wie sehr die ärztliche Berufspolitik in allen Ländern dem gleichen sittlichen Leitbild verpflichtet ist. Wo ärztliche Berufspolitik als nackte Interessenpolitik betrieben wird, fördert sie elitäre Isolation und klassenspezifische Subkultur, distanziert den Berufsstand von der großen Masse hilfsbedürftiger und sozial schwacher Patienten. Das gilt selbstverständlich auch dann, wenn die Interessenpolitik emphatisch keuschert wird.

Aufgabe ärztlicher Berufspolitik muß es sein, die Funktion ärztlichen Wirkens auf das gesellschaftliche, wirtschaftliche und kulturelle Ganze zu beziehen und dem Patienten als Individuum zu dienen. Dauerhaft kann die Position des ärztlichen Berufsstandes in Gesellschaft und Staat nur gesichert werden, wenn der Berufsstand nicht seinen eigenen Interessen, sondern mindestens auch dem Gemeinwohl verpflichtet lebt.

Die Wohlstandsgesellschaft der Industrienationen bedarf dieser Sozialverpflichtung des Arztes als regulativ für massenhafte Vereinsamung in der Massengesellschaft und deren psychische Gefahren ebenso wie zur Linderung der Zivilisationskrankheiten. Die Bevölkerungen mit entwicklungsbedingten großen sozialen Spannungen bedürfen der Sozialverpflichtung des Arztes noch viel mehr zum Ausgleich dieser sozialen Spannungen und besonders in den ländlichen und randstädti-

schen Notstandsgebieten. Überall in der Welt schlägt hier die Stunde der Bewährung für die Beziehungen von staatlicher Gesundheitspolitik und ärztlicher Berufspolitik.

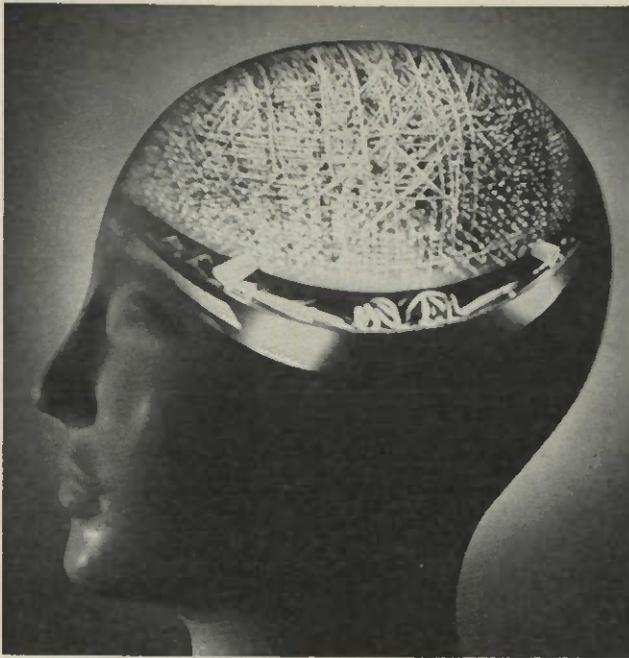
In diesem Sinne kann die ärztliche Berufspolitik ihre Aufgabe in Gesundheits- und Sozialpolitik aller Länder nur erfüllen, wenn der Arzt seinen Beruf weder als Herrschaftspraxis von Amts wegen noch als Gewerbe ausübt. Der Beruf als Brotenerwerb in der Gesellschaft der Arbeitsteilung bedarf ebenso wie ärztliche Amtsführung von Staats wegen der Verinnerlichung und Sinngebung durch die humanitäre Berufung. Nur wenn die ärztliche Berufspolitik dieses Postulat der Berufung zur Mitmenschlichkeit beachtet, dient sie letztlich auch der Entwicklung des ärztlichen Berufsstandes zur Selbstverwirklichung jedes Arztes in seinem Beruf.

II.

„Ärztliche Ethik“ – Was ist das?

Als „Ethos“ bezeichnen wir die an der ideellen Rangordnung von Werten orientierte Ausprägung von Gesinnung und Haltung eines einzelnen oder einer Gruppe. Als Ethos eines Berufsstandes wird die von der überwiegenden Mehrheit der Angehörigen dieses Berufsstandes anerkannte Norm der sittlichen Gesinnung und Haltung verstanden.

Im Hippokratischen Eid ist geschichtlich von Ärzten selbst der erste Versuch unternommen worden, Grundsätze des ärztlichen Berufsethos zusammenzufassen und zu formulieren. Diese unter dem Vorbehalt künftiger Forschungsergebnisse formulierte These schließt nicht aus, daß in irgendeiner Weise schon in der Gesetzgebung Hammurapis Gedankengut mesopotamischer Ärzte seinen Niederschlag gefunden hat. Vieles deutet darauf hin, daß der Hippokratische Eid, der in der heute vorliegenden Form aus dem dritten Jahrhundert vor Beginn unserer Zeitrechnung stammt, damals keineswegs eine für die griechische Welt bereits verbindliche sittliche Norm darstellte. Er diente – wie Schadewaldt betont – damals eher der Selbstverwirklichung einer kleinen esoterischen Gruppe, die den Lehren des Pythagoras nahestand. Aber diese zunächst elitäre Botenschaft hat die Ärzte der ganzen zivilisierten Welt erreicht.



Wyeth **Tavor**[®]

sorgt für Distanz zum psychischen Konflikt.

Angstzustände und Angstbereitschaften
werden abgebaut.

Autonome, vegetative Regulationen
werden harmonisiert.

Organfunktionsstörungen
und psychosomatische Erkrankungen
verlieren ihre psychogene Basis.

Zusammensetzung:

Tavor 1,0 = 1 mg Lorazepam pro Tablette
Tavor 2,5 = 2,5 mg Lorazepam pro Tablette
Lorazepam ist 7-Chlor-5-(o-chlor-phenyl)-1,3-dihydro-3-hydroxy-2H-1,4-benzodiazepin-2-on.

Anwendungsgebiete:

Angstneurosen; Angst als komplizierender Faktor bei organischen Krankheiten; emotional bedingte Störungen, z. B. Schlafstörungen, Magen-Darmstörungen und weitere neuro-vegetative Funktionsstörungen; Psychoneurosen wie Zwangsneurosen und Phobien; Angstzustände bei Depressionen und Schizophrenien; Beruhigung vor operativen und diagnostischen Eingriffen.

Gegenanzeige:

Myasthenia gravis.

Vorsichtsmaßnahmen:

In höherem Alter, bei Zerebralsklerotikern und Kranken in reduziertem Allgemeinzustand sollen nur geringe Dosen angewendet werden. Erfahrungen mit Tavor während der Schwangerschaft liegen nicht vor. Frauen in der Gravidität sollen dieses Präparat daher nur bei strenger Indikationsstellung einnehmen. Bei der Anwendung von Tavor muß, besonders zu Beginn der Behandlung oder bei hoher Dosierung, an eine Einschränkung der Fahrtüchtigkeit sowie an eine Gefährdung im Straßenverkehr oder bei der Bedienung komplizierter Maschinen gedacht werden, die besonders bei gleichzeitiger Gabe weiterer Psychopharmaka und von Schlafmitteln auftreten können. Wie für alle psychotropen Wirkstoffe gilt auch für Tavor, daß gleichzeitiger Alkoholgenuß vermieden werden sollte, da die individuelle Reaktion im Einzelfall nicht voraussehbar ist.

Nebenwirkungen:

Tavor ist sehr gut verträglich. Zu Beginn der Therapie oder bei nicht angepaßter, zu hoher Dosierung können Benommenheit, Schwindel und Müdigkeit auftreten, die im weiteren Verlauf der Behandlung oder, wenn notwendig, bei Herabsetzen der Dosis meist verschwinden. Dies betrifft auch störende myotonolytische Effekte wie Bewegungsinkoordination und Doppelbilder, ferner seltene vegetative Symptome wie Mundtrockenheit und Übelkeit. In Einzelfällen wurden – wie auch bei anderen Benzodiazepinen – ernstliche Erscheinungen beobachtet.

Bei einem Psychopharmakon dieses Typs ist es nicht völlig auszuschließen, daß längere und hochdosierte Anwendung bei entsprechend disponierten und zu Mißbrauch neigenden Patienten zu einer gewissen Abhängigkeit führen kann.

Dosierung:

Zur Erreichung eines optimalen Effektes soll eine individuelle Dosierung erfolgen. Die angegebenen Dosen sollen daher nur als allgemeine Richtlinien angesehen werden.

– In der allg. und internistischen Praxis:
2- bis 3mal 1 Tablette Tavor 1,0 pro Tag. Bei emotional bedingten Schlafstörungen genügt in der Regel 1 Tablette Tavor 1,0 vor dem Schlafengehen.

– In der Chirurgie und Anaesthesiologie:
Preoperativ 2 Tabletten Tavor 1,0 etwa 1 Stunde vor dem Eingriff. Am Vorabend der Operation sowie postoperativ in geeigneten Zeitabständen 1 bis 2 Tabletten.

– in der Psychiatrie:

Die Dosierung, besonders in der Einleitungsbehandlung, muß dem Einzelfall entsprechend dem breiten Indikationsgebiet und dem individuellen Ansprechen des Patienten angepaßt werden, bei organischen Hirnprozessen und leichterem dysphorischen Verstimmungszuständen beginnend mit 1–3 x 1 mg/Tag. Phobien, Angstsymptome, Toxikomanien, Alkoholentziehungskur 5 bis 7,5 mg (2 bis 3 Tabletten Tavor 2,5 pro die), Erhaltungsdosis nach initialer Dosisanpassung.

Bei ambulanter Behandlung, zu Beginn oder Ende der Therapie sowie zur Ermittlung der individuellen Dosierung können auch halbe Tabletten angewandt werden. Im Anschluß an eine länger dauernde Behandlung soll die Medikation ausschleichend beendet werden.

Preise:

Tavor 1,0 OP 20, 50, AP 500 Tabletten

DM 7,25, 17,02, 110,84 H. AT.

Tavor 2,5 OP 20, 50, AP 500 Tabletten

DM 13,41, 31,78, 214,08 H. AT.

In Österreich als Temesta 1,0 und Temesta 2,5 im Handel.



WYETH-PHARMA
44 Münster (Westfalen)
Postfach 8808

Denn damals wurde erstmals ein Selbstverständnis des ärztlichen Berufes formuliert, das in Forschung, Lehre und Praxis die humanitäre Berufung des Arztes in den Mittelpunkt des ärztlichen Berufsbildes rückt. Nach dem Zweiten Weltkrieg hat dann der Weltärztebund im „Genfer Gelöbnis“ eine moderne Fassung des Hippokratischen Eides formuliert, die den gleichen Anspruch der Allgemeinverbindlichkeit humanitärer Verpflichtung des Arztberufes betont. Heute ist unstrittig, daß die Anwendung medizinischer Wissenschaft und Erfahrung in aller Welt nur dann als „ärztlich“ gelten kann, wenn sie dem Patienten, wenn sie der Person des Leidenden verpflichtet gelebt wird.

Das Gelöbnis ist auch in die Berufsordnung für die deutschen Ärzte eingegangen. Es hat folgenden Wortlaut:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und mich in meinen ärztlichen Pflichten nicht durch Religion, Nationalität, Rasse, Parteipolitik oder soziale Stellung beeinflussen lassen.

Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich feierlich auf meine Ehre.“

Trotz dieser über Jahrtausende lebendigen Bemühungen um eine eigene Ethik des ärztlichen Berufsstandes muß dennoch betont werden: Ärztliche Ethik fließt nicht aus der besonderen Natur eines Berufes der praktischen Anwendung medizinischer Wissenschaft. Sie ist nicht folgennotwendige Philosophie der humanmedizinischen Naturwissen-

schaft, die als solche „wertneutral“ jedem ideellen Orientierungssystem eingepaßt jeder Politik zu dienen vermag.

Allerdings: Die Medizin ist eben nicht nur Naturwissenschaft und deren Anwendung. Sie erfaßt auch das naturwissenschaftlich bisher nicht Erfassbare. Und allein darin ist in ihr angelegt ein Bezug auf die moralischen Bedingungen menschlicher Gesundheit und menschlichen Überlebens.

Ärztliche Ethik fließt insoweit aus menschlicher Ethik unmittelbar und schlechthin, und zwar aus jenem – in der Naturrechtslehre wie im kategorischen Imperativ Immanuel Kants, wie auch im Koran gerade in den auf die Heilkunst bezüglichen Suren erkennbaren – Kodex des Handelns und Verhaltens, der die Menschlichkeit überleben läßt, weil und soweit nicht der Mensch des Menschen reißender Wolf ist, sondern weil und soweit der Mensch dem Menschen hilft zu überleben.

Ärztliche Ethik ist die berufsspezifische Anwendung dieser allgemeinen Ethik mitmenschlichen Überlebens. Sie ist insoweit ein Kernstück der Ethik überhaupt. In ihrer alltäglichen Anwendung wird sie nun allerdings vom moralischen Umfeld, wie es sich in der Gesellschaft geschichtlich konkret darstellt, entscheidend mitbestimmt. Insoweit ist ärztliche Ethik auch sozial anfällig und der Hippokratische Eid nach wie vor elitär.

Der besondere Zwang zu berufsspezifischer Anwendung allgemeiner für menschliches Leben und Überleben notwendiger ethischer Grundsätze verpflichtet den Arzt – gleichsam von Berufs wegen – zu exemplarischem Handeln und Verhalten. Verstöße gegen ärztliche Berufsethik werden auch aus diesem Grunde von der Öffentlichkeit mit Recht besonders empfindlich registriert. Hier ist ein Seismograph für die Überlebensfunktion sozialer Ordnung und sozialer Befriedigung in der Gesellschaft schlechthin.

Aktuelle Brennpunkte dieser Bewährung humanitärer Ethik in der ärztlichen Praxis sind in Mitteleuropa die Diskussionen zu den Themen

- ärztliche Kunstfehler,
- medizinische und hier insbesondere klinische pharmakologische Forschung,

- Schwangerschaftsabbruch und
- aktive sowie passive Sterbehilfe.

An jedem Thema läßt sich der Grundsatz exemplifizieren, daß der Kern aller ärztlichen Ethik identisch ist mit jenem Minimum moralischer Verhaltensnormen, ohne deren Beachtung das menschliche Geschlecht sich selbst zugrunde richtet. Hier erweist sich, daß die Moral des Vorranges der mitmenschlichen Hilfe zum Leben und zum Überleben wie zur Integrität der menschlichen Person als eines einmaligen Individuums, ein unverzichtbares Lebenselixier, daß diese Moral auch Medizin ist.

III.

In welchem Verhältnis stehen ärztliche Ethik und politische Realität?

Vorfrage: Gibt es – national und international – innerhalb des ärztlichen Berufsstandes einen Konsens über Funktion und Inhalt ärztlicher Ethik und deren Bedeutung für die Realitäten der ärztlichen Berufsausübung wie der ärztlichen Berufspolitik?

Meines Wissens gibt es keine hinreichend gesicherten sozialempririschen Untersuchungen dieser Frage. Das Studium der zeitgenössischen Literatur einschließlich der Analyse von Leserbriefen in medizinischen Zeitschriften sowie der Beobachtung von Gruppenaktivitäten innerhalb der Ärzteschaften in West und Ost, Nord und Süd, deuten darauf hin, daß der Konsens über Funktion und Inhalt ärztlicher Ethik innerhalb des Berufsstandes selbst unsicher geworden und in Frage gestellt ist. Es bedarf sorgfältiger, möglichst international angelegter sozialempririscher Untersuchungen, um festzustellen, an welchen Stellen und in welcher Tiefe sowie in welchen Mehrheitsverhältnissen hier Diskrepanzen bestehen.

Wir halten derartige Forschungsvorhaben für vordringlich, weil sich nach unserer festen Überzeugung in dieser Fragestellung Patientenschicksale sowie Gesundheit und Wohlbefinden ganzer sozialer Schichten, ganzer Bevölkerungen zu entscheiden vermögen. Denn: sozial-ethischer Dissens und moralische Bedürfnislosigkeit sind ja wesentliche Ursachen der Dissoziation unserer gesellschaftlichen Ordnung in nationalen und internationalen Dimensionen. Die Wissenschaft wird die medizinischen Qualitäten ethischer Nor-

men und ihrer Beachtung bis ins Detail entdecken bzw. wiederentdecken können.

Dies ist in der Moderne möglicherweise ein Weg zur Erkenntnis und Beachtung der Antinomie von der besseren Überlebenschance des Stärkeren und der Überlebensnotwendigkeit der Hilfe für Schwächere. Ist dies überhaupt eine Antinomie?

Die Realität in Beruf und Politik gibt dem amoralischen Stärkeren und Schlauseren eine Wettbewerbschance gegenüber dem sich moralisch verhaltenden Artgenossen. Aber diese Realität ist nur temporär. Die Gruppe, die größere Gemeinschaft, die Art nimmt Schaden und kann daran zugrunde gehen – um so schneller, je ungehemmter sich einzelne oder Gruppen dieses Wettbewerbsvorteils der Amoral bedienen. Es gibt keinen Anhaltspunkt für das Vorhandensein von Mechanismen der Selbstregulierung durch morelische Aufrüstung bei Erreichen bestimmter Dimensionen der sozialen Devastation durch Amoral.

Wie groß ist in der ärztlichen Berufsausübung die Diskrepanz zwischen dem ethischen Imperativ und dem faktischen Verhalten? Welche Kluft tut sich auf zwischen dem ethischen Selbstverständnis des Berufsstandes und seiner einzelnen Angehörigen einerseits und der Erwartung der Gesellschaft, gesellschaftlicher Gruppen und einzelner Patienten andererseits?

Wenn wir anerkennen, daß die moderne Gesellschaft pluralistisch, vielgliedrig und offen für Individualität ist, dann wäre auch Platz für vielerlei Arten von Dissens und Konsens. Wir müssen aber feststellen: Viele Konflikte in Gesundheits- und ärztlicher Berufspolitik entstehen heute daraus, daß Ärzten ethisches Handeln und Verhalten von Personen und Personengruppen abverlangt wird, die ihrerseits gar nicht daren den-

ken, sich selbst vergleichbaren ethischen Anforderungen zu unterwerfen. In einer Fülle von Prozessen und Publikationen über tatsächliche oder angebliche ärztliche Kunstfehler wird dies ebenso deutlich wie in der globalen Kritik an ärztlichem Einkommen und ärztlichem Leistungsvolumen.

Diese Frage nach der Diskrepanz zwischen ethischem Anspruch und faktischem Handeln erhält für den ärztlichen Berufsstand eine besondere Dimension aus der besonderen, materialistisch übersteigerten Wertschätzung der Gesundheit in der modernen Gesellschaft. Diskrepanzen werden hier stärker empfunden und empfindlicher registriert als in anderen Lebensbereichen.

Dabei ist zu beachten, daß die Rechtsordnung immer nur Mindestnormen vorschreibt. Je „liberaler“ die Rechtsordnung, desto weiter muß die Erwartung sittlichen Handelns über die Erfüllung gesetzlicher Normen hinausgehen, wenn die Überlebenschancen optimiert und Menschlichkeit gelebt werden sollen.

Wer in einer freiheitlichen Rechts- und Gesellschaftsordnung nur tut, was das Gesetz verlangt, tut ein Mitmenschlichkeit und für das Überleben der Gruppe nicht genug. Jeder Abstrich in Anforderung und Erfüllung ethischer Normen einschließlich des Abschleifens berufsspezifischer Imperative fördert Lockerung und Verfall gesellschaftlicher Ordnung überhaupt.

Nach der Berufsordnung, die für die Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland gilt, ist es vornehmste Aufgabe der Ärztekammern, einen wissenschaftlich und sittlich hochstehenden ärztlichen Berufsstand zu fördern. Diese Forderung nach einem wissenschaftlich und sittlich hochstehenden ärztlichen Berufsstand muß als eine unverbrüchliche Einheit gesehen werden.

Gefährdung ärztlicher Ethik durch Kommerzialisierung des Berufsstandes selbst oder durch inhumane Politik der Staatsautorität gefährdet letztlich auch den wissenschaftlichen Fortschritt in der Medizin und vor allem dessen Anwendung in der ärztlichen Praxis. Wo nämlich dem „Gesetz“ des Stärkeren gelebt und Geld oder Macht der Vorrang eingeräumt wird, dort geraten über kurz oder lang auch Forschung und Lehre in die Anhängigkeit industrieller Interessen oder obrigkeitlicher Lenkung. Wo die Wissenschaft und ihre Anwendung nur nach Brot geht, und wo erworbenes Wissen nicht in beruflicher und persönlicher Lebenserfahrung geübt und vertieft wird, dort zerfällt daher auch die Substanz wissenschaftlicher Qualifikation.

Der morelische Impuls ärztlichen Dienstes für Kranke und Leidende ist auch in der Geschichte der naturwissenschaftlichen Medizin stets zugleich der stärkste intuitive Impuls für das Umsetzen von Erkenntnissen und Ergebnissen medizinischer Forschung in die ärztliche Praxis gewesen. In diesem Sinne gilt, daß die ärztliche Ethik als Postulat ärztlicher Berufspolitik auch Garant des wissenschaftlichen Fortschrittes in der praktizierten Medizin ist.

In welchem Verhältnis stehen Ethik und Realität?

Nur wo ethische Leitbilder die Lebenswirklichkeit entscheidend prägen, wird die auf die Zukunft der Menschheit gerichtete Politik ihrer eigentlichen Aufgabe gerecht werden können. Und diese eigentliche Aufgabe jeder Politik – der ärztlichen Berufspolitik wie der Gesundheitspolitik, aber auch der Verfassungs- und Außenpolitik – ist Überleben durch Menschlichkeit.

Anschrift des Verfassers:

Professor J. F. Volrad Deneke, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41

BAD FÜSSING	 Thermalbad 56°C	Ihr Kur- und Erholungsort im sonnigen Südbayern
		Schwefelhaltige Thermalquellen (56°C), Kurmittelhäuser, Thermalhallen- u. -freibäder (30-37°C). Außergewöhnliche Heilerfolge b. Rheuma, Wirbelsäulenleiden, Unfallfolgen, Lähmungen, Arthrosen, Kreislauf-Durchblutungsstörungen, Altersbeschwerden. Umfangreiches Kultur-, Sport- und Freizeitangebot, gepflegte Gastlichkeit. Prospekte: Kurverwaltung 8397 Bad Füssing, Tel. (0 85 31) 2 13 07

Von der Leberschau zur Hepatoskopie

65. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin vom 22. bis 23. März 1980

von A. Schretzenmayr

Die antibakterielle und antivirale Therapie hat sich der 65. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin zum Thema seiner Frühjahrstagung vom 22. bis 23. März 1980 in der Augsburger Kongreßhalle gestellt. Dabei spielen selbstverständlich die Antibiotika wie das Penicillin, seine vielen, allzuvielen Verwandten und die allerneueste Entwicklung auf diesem Gebiet eine überragende Rolle (Grundsatzreferat Professor Dr. Spitz, Universitätsklinik für Chemotherapie in Wien); allerdings haben sich die Antibiotika vorwiegend in der Therapie der bakteriellen Infektionen des Menschen bewährt, während die antiviral wirkenden Chemotherapeutika in der praktischen Medizin, von wenigen Ausnahmen abgesehen, noch keine überzeugende Rolle spielen.

Um so wichtiger ist deshalb aus Gründen der Früh- und Differentialdiagnose, der Vorbeugung und Isoliermaßnahmen, der Impfprophylaxe und der sonstigen epidemiologisch-sozialen Hilfen die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der Viruserkrankungen, deren Bedeutung für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung seit der Beherrschung der bakteriellen Infektionen in der ärzt-

lichen Praxis ständig zunimmt. Was nun die Häufigkeit und den Stellenwert der Viruserkrankungen im Krankengut der Ärzte der Praxis betrifft, so kann man nach grober Schätzung vier Schwerpunkte nennen:

1. Die viralen Kinderkrankheiten, vor allem die akuten Exantheme wie Masern, Röteln, Windpocken sowie solche ohne Exantheme wie Polio u. a. (Grundsatzreferat Professor Dr. Bachmann, Universitätskinderklinik, Münster)
2. Die Virusgrippe mit all ihren Begleit- und Folgeerkrankungen, besonders an oberen Luftwegen, Bronchien, Lungen und anderen Organen (Professor Dr. Kastenbauer, Universitäts-HNO-Klinik, München; Professor Dr. Nolte, Bad Reichenhall)
3. Die Virushepatitis als die seit dem zweiten Weltkrieg immer stärker gefürchtete Erkrankung der Leber (Grundsatzreferat Professor Dr. Kuntz, Akademisches Lehrkrankenhaus, Wetzlar)
4. Der Rest der in Mitteleuropa auftretenden Viruserkrankungen besteht aus einem bunten Bild von weniger häufigen Einzelerkrankungen, die im Kongreßprogramm nur dann

aufscheinen, wenn besonders wichtige therapeutisch-prophylaktische oder diagnostische Ergebnisse in den letzten Jahren bekannt wurden, z. B. Herpes zoster und andere virale „Haut“-Erkrankungen.

Um nicht durch die Aufzählung einer Vielzahl von Einzelheiten zu ermüden, sollen sich die folgenden Ausführungen auf nur eine, heute aber besonders aktuelle Viruskrankheit beschränken, auf die virale Infektion der Leber, die Hepatitis epidemica A.B.C.

Die Leber wurde bereits in der frühesten Zeit der Menschheitsgeschichte als wichtigstes Organ erkannt. Im alten China galt sie als Sitz der Tapferkeit (wie heute bei uns das Herz); Leber wurde von den chinesischen Soldaten damals wie heute als Stimulans im Kampf gegen den Feind gegessen. Die erste Hochkultur der Welt, die der Sumerer, kannte schon Lebernachbildungen aus Ton, auf denen mit Hilfe der von den Sumerern erfundenen Schrift die Funktion der einzelnen Abschnitte vermerkt war. Den Etruskern, von deren Existenz in Europa wir seit fast 900 Jahren v. Chr. archäologische Nachweise haben, gebührt die Anerkennung, daß sie und ihre haruspices (Seher-Priester) mit der von ihnen aus dem Orient übernommenen Leberschau ein ganzes System der Schicksalsvorhersage im etruskischen und später im Römischen Reich aufgebaut haben; diese Leberschau wurde noch bis in die römische Kaiserzeit hinein von etruskischen haruspices gepflegt und wurde von den Römern, zum

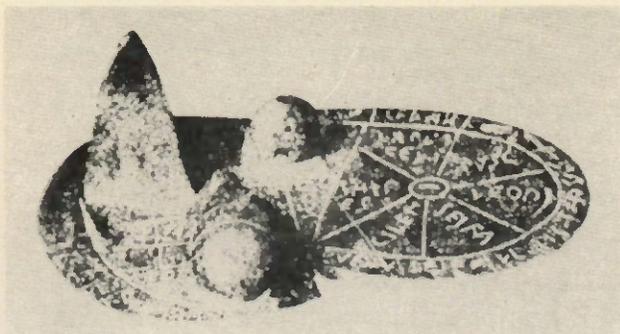


Abbildung 1
Etruskisches Schefslebermodell aus Bronze (sogenannte Leber von Piacenza, Städtisches Museum Piacenza), wahrscheinlich Unterrichtsmodell zur Ausbildung von Seher-Priestern. Man erkennt an der Unterseite den rechten und den linken Leberlappen, die praligefüllte Gallenblase, den processus pyremidalis u. a.

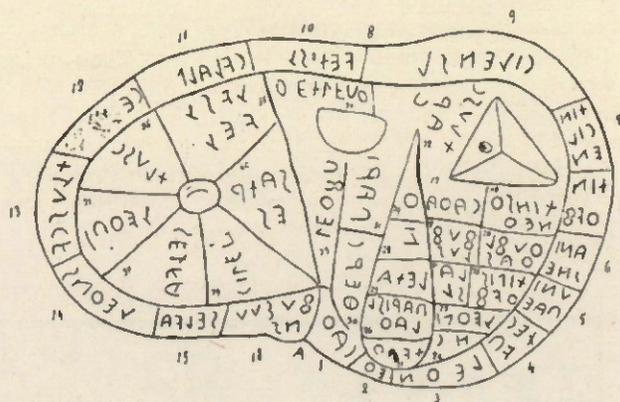


Abbildung 2
Etruskische Beschriftung der eingeteilten Felder der Bronzeleber

Teil auch in Form der zusätzlichen Eingeweideschau, zur Vorhersage des Ausgangs eines Krieges oder anderer wichtiger Staatsvorgänge benutzt. Durch archäologische Funde sind wir über diese etruskische Leberschau orientiert; aus angeborenen, zufälligen oder pathologischen Veränderungen der Leberoberfläche bei Opfertieren deutete der haruspex die Zukunft von hochgestellten Personen oder politischen Ereignissen. Kunstgeschichtlich berühmt ist die „Leber von Piacenza“: ein aus Bronze gefertigtes, in Felder eingeteiltes und mit vielen etruskischen Schriftzeichen versehenes Kalbslebermodell diente wahrscheinlich als Lehrmaterial dem Unterricht der Anwärter für den Beruf des haruspex. Auf der Rückseite von zwei etruskischen Metallspiegeln sind Szenen der Leberschau durch Ritzzeichnungen abgebildet; in der Mitte des einen Ritzbildes steht der haruspex mit typischer Kopfbedeckung, die Leber vorschriftsmäßig haltend und die Befunde einem erlesenen Kreis von Staatsmännern, Beamten und Kriegern erklärend, das zweite Bild

stellt den berühmten Seher-Priester Kalchas bei der Leberschau dar.

Die etruskische Leberschau ist für uns Ärzte medizinhistorisch deshalb von großer Bedeutung, weil dieser über tausend Jahre hinweg geübte Vorgang offenbar den entscheidenden Anstoß zur Ausführung wissenschaftlicher Sektionen zunächst an Tieren gab und damit die Anfänge der wissenschaftlichen Fächer Anatomie bzw. Pathologie induzierte. Der römische Arzt griechischer Herkunft Galenos (129 bis 199 n.Chr.), der als erster Arzt wissenschaftliche Sektionen am Tier, möglicherweise auch an der menschlichen Leiche ausführte, hat im römischen Weltreich gelebt und in Rom gewirkt, zu einer Zeit, in der es noch die etruskische Leberschau und etruskische haruspices gab.

Von dieser etruskischen Leberschau führt ein weiter und dornenreicher Weg über Jahrhunderte und Jahrtausende hin zur heutigen modernen „Hepatoskopie“ (= Leberschau) mit Endoskopie, Blindpunktion, histolo-

gischen, histochemischen, bakteriologischen, sonografischen und anderen Spezialanalysen der Leber. Trotz all dieser Mühen und Anstrengungen ist aber auch der modernen „Leberschau“ noch keineswegs die endgültige Lösung des Rätsels der Funktionen und Krankheiten der Leber gelungen, vor allem nicht bei der im Mittelpunkt des Kongresses stehenden häufigsten Lebererkrankung, der Virushepatitis = hepatitis epidemica.

Diese übertragbare Gelbsucht war ebenfalls schon seit langem, seit Hippokrates' Zeiten als Infektionskrankheit den Ärzten bekannt und ihr oraler Übertragungsmodus bei den zahlreichen Epidemien während der Kriege und Notzeiten im Laufe der Jahrhunderte festgestellt worden. Ihre Pathogenese blieb allerdings bis vor kurzem für alle ein Rätsel. Eine Vorbeugung, Differentialdiagnose oder spezifische Therapie gab es deshalb bisher nicht: die forschende Wissenschaft drehte sich im Kreise, ohne einen Ausweg zu finden.

Erst 1926 erbrachte Blumberg durch den revolutionierenden Nachweis des

TIEFENWIRKUNG

hyperämisierendes Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-Therapie

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

Marament[®] Balsam N

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

Indikationen:

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

Gegenanzeigen:

Bei Schwangeren, Säuglingen
und Kleinkindern Langzeit-

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

Zusammensetzung:

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

Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:

O.P. Flasche mit 100 ml DM 7,82
O.P. Flasche mit 250 ml DM 16,96

WIDER



Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg





Abbildung 3
Etruskischer Metallspiegel, dessen Rückseite eine Szene der etruskischen Leberschau zeigt: in der Mitte der Seher Terchies, mit der typischen spitzkonischen Kopfbedeckung. Er erklärt den Staatsmännern, hohen Beamten und Militärs des Ergebnis seiner Haruspicina anhand der gezeigten Tierleber

„Australia-Antigens“ im Blut bei einem Teil der Hepatitis-Kranken die entscheidende Lösung des Hepatitis-Rätsels: dieser immunologische Bluttest führte in rascher Folge zu weiteren epochalen Entdeckungen, deren erster Schritt die Aufdeckung der dem kompletten Hepatitis B-Virus entsprechenden „Dane Partikel“ war.

Weitere immunologische Studien brachten, insbesondere durch Schaffung von Modellversuchen, eine reiche Ernte an diagnostischen, prophylaktischen und auch spezifisch-therapeutischen Entdeckungen. Heute wissen wir es sicher: Es gibt drei Typen von Hepatitis epidemica, die Hepatitis A (HA), die Hepatitis B (HB) und die „non-A-non-B-hepatitis“ oder Hepatitis C (HC).

Jeder Typ hat verschiedene Verlaufsformen und Eigenarten, deshalb bisher das Rätselraten. Für jeden Typ gibt es auch schon spezifische Nachweistests.

Neue immunologische diagnostische Tests, Aktivitäts- und Infektionsbestimmungen, neue Dialysesysteme (bisher hohe Hepatitisinfektionsquote bei Patienten und Personal auf Dialysestationen) und neue extrakorporale Perfusionssysteme sind in Entwicklung. Die Prophylaxe ist für

die HA gesichert (Gammaglobulin). Für die HB (Hepatitis-B-Vakzine und HB-Immunglobulin) und für die HC (Gammaglobulin) ist die Prophylaxe in erfolgreicher Entwicklung.

Vor allem neue therapeutische Erfahrungen bei der Hepatitis machen Fortschritte: das Interferon, ein Virostatikum, seit vielen Jahren zwar bekannt, aber bisher ohne eindeutige Wirksamkeit bei den untersuchten Viruskrankheiten, hat – nachdem eine spezifische Diagnose möglich wurde – eine gezielte Indikation und eine wichtige Aufgabe erhalten: bei der Hepatitis B verringert es rasch die Infektiosität und bewahrt zudem den Träger vor dem gefürchteten chronischen Stadium der Virushepatitis B. Das Medikament Cyanidanol (Catergan®) bringt rasches Verschwinden aller Beschwerden des Hepatitis-Kranken, einschließlich der Gelbsucht, ähnlich wie bei Cortisongabe, aber ohne die Nachteile der Cortisontherapie. Cimetidin (Tagamet®) stellt einen echten Fortschritt als Mittel gegen die fulminante Hepatitis mit ihren lebensbedrohlichen Blutungen dar, die jetzt mit Cimetidin beherrscht werden können.

Wir haben aus dem Topf der Viruskrankheiten und Virostatika nur ein Beispiel der jüngsten Medizingeschichte herausgegriffen, um aufzuzeigen, wie durch das Auffinden eines einzigen, aber entscheidenden Tests (Australia-Antigen) nach mehrtausendjähriger Stagnation in kurzer Frist bei der Virushepatitis der Anstoß zu einer Serie von epochalen Entdeckungen gegeben wurde: Erregernachweis, spezifische Diagnostik der drei Typen der Virushepatitis, spezifische Prophylaxe und Anfänge einer spezifischen Therapie. Der Großteil der heute praktizierenden Ärzte hat noch die Unsicherheit bei der Typendiagnostik und Prophylaxe der Hepatitis selbst miterlebt und kann sich nun im Licht der neuen Erkenntnisse viele Phänomene selbst erklären, z. B. auch folgendes Erlebnis bei den Augsburger Fortbildungskongressen bald nach dem zweiten Weltkrieg:

Ein damals berühmter, heute verstorbener deutscher Internist rief in den fünfziger Jahren bei seinem Hepatitis-Referat im Ludwigsbau, der damaligen Augsburger Kongreß- und Konzerthalle, begeistert seinen Kollegen zu: „Die Therapie der Hepatitis ist gefunden: das Cortison! Beim He-



Abbildung 4
Der etruskische Seher-Priester Kalches (der gleiche Name, den der berühmte Seher im Trojanischen Krieg laut Homer trug) bei der Hepatoskopie, mit der linken Hand die Tierleber haltend, mit der rechten Hand untersuchend

patitis-Kranken *Cortison nicht zu geben, ist ein Kunstfehler!*“ Im folgenden Jahr erneutes Hepatitis-Referat des gleichen Redners am gleichen Ort: „Bei der Hepatitis *Cortison zu geben, ist ein schwerer Kunstfehler!*“ Die Meinung wechselte in den folgenden Jahren je nach der Zusammensetzung des beobachteten Krankengutes aus überwiegend A-, B- oder C-Hepatitis-Infizierten noch mehrmals. Heute glauben wir, es endgültig zu wissen: Cortison und seine Derivate sind bei allen Hepatistypen, besonders bei der Hepatitis B und C falsch und kontraindiziert; sie schwächen die immunologischen Abwehrmechanismen gegen das Hepatitisvirus, täuschen zunächst eine Besserung vor, führen dann aber zu um so schwereren und chronischen Schäden beim Erkrankten.

Das Beispiel zeigt, wie wichtig die ständige, fortlaufende Fortbildung für den Arzt der Praxis ist. Der 65. Augsburger Fortbildungskongreß wird bei dem seit Jahrzehnten diskutierten Thema der Antibiotika und der antiviralen Therapie weitere aktuelle Gesichtspunkte und wichtige Hinweise für die Praxisdiagnostik und -therapie bringen.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. A. Schretzenmayr, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg

4. Oberstufener Symposium für praktische Onkologie 1979

(Fortsetzung)

Adjuvante zytostatische Chemotherapie bei malignen Erkrankungen

von H. Sauer

Aus der Medizinischen Klinik III der Universität München – Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. W. Wilmanns)

Nach makroskopisch und auch mikroskopisch totaler Tumorentfernung sowie nach lokaler Bestrahlung mit Tumordosen treten oft innerhalb kurzer Zeit Fernmetastasen auf. Als Erklärung dafür wird angenommen, daß bereits während des lokalen Tumorstadiums sogenannte Mikrometastasen im ganzen Körper entstehen können. Die nach Tumorentfernung häufig durchgeführte Nachbestrahlung des Operationsfeldes und der regionalen Lymphknoten kann nur die lokal zurückgebliebenen Mikrometastasen oder Implantate eliminieren und ist daher nicht geeignet, die spätere Manifestation von Fernmetastasen zu verhindern, die sich aus den vorbestehenden Mikrometastasen entwickeln. Aus diesem Grund ist in den letzten Jahren die adjuvante Chemotherapie in das Gesamtkonzept der Tumortherapie eingeführt worden. Ihr Ziel ist es, die Mikrometastasen im ganzen Körper zu eliminieren.

Die klare *Definition* der adjuvanten Chemotherapie ist:

– Systematische Behandlung mit Zytostatika ohne Nachweis von Tumormasse bei Zustand nach potentiell kurativer Operation und/oder Bestrahlung

– Behandlung okkultter Mikrometastasen

Diese Definition impliziert, daß bei jedem Patienten, der einer adjuvanten Chemotherapie unterzogen werden soll, sehr sorgfältig mit allen zur Verfügung stehenden und zumutbaren diagnostischen Methoden bereits manifeste Metastasen ausgeschlossen sind.

Sinnvoll erscheint die adjuvante Chemotherapie nur bei Tumorarten, bei denen ein Chemotherapieregime etabliert ist, dessen Wirksamkeit im metastasierten Stadium des je-

weiligen Tumors nachgewiesen ist. Außerdem dürfen nur solche Tumoren einer adjuvanten Chemotherapie zugeführt werden, deren natürlicher Verlauf nach lokalen Primärmaßnahmen sehr ungünstig ist. Es müssen also folgende *Voraussetzungen* erfüllt sein:

– Tumoren mit weniger als 50 Prozent 5-Jahres-Überlebenschancen nach primärer Operation und/oder Bestrahlung

– Chemotherapiesensibilität muß erfahrungsgemäß vorhanden sein, d. h. über 50 Prozent Remissionsraten bei fortgeschrittenen Tumorstadien

Eine sichere *Indikation* für die adjuvante Chemotherapie stellen einige kindliche Tumoren dar (Wilms-Tumor, Ewing-Sarkom, embryonales Rhabdomyosarkom), auf die hier nicht näher eingegangen werden soll. Im Erwachsenenalter gelten nur das osteogene Sarkom, das bei über 20jährigen sehr selten vorkommende Ewing-Sarkom, das Chorionkarzinom der Frau und bestimmte Stadien der malignen Hodentumoren und der malignen Lymphome als sichere Indikation. Nicht endgültig gesichert ist die Indikation beim Mammakarzinom ebenso wie beim Ovarialkarzinom und beim kleinzelligen Bronchiolarkarzinom. Bei allen übrigen Tumorarten besteht derzeit keine Indikation für eine adjuvante Chemotherapie, es sei denn, ihr Wert wird innerhalb streng kontrollierter Studien geprüft (5, 7). Einen Sonderfall stellt die intrathekale Gabe von Methotrexat bei akuten Leukämien in Vollremission zur Prophylaxe der Meningiosis leucaemica dar.

Nachfolgend wird kurz auf die Tumoren eingegangen, bei denen die Indikation zur adjuvanten Chemotherapie besteht und deshalb auch durchgeführt werden sollte.

Osteogenes Sarkom (3)

Nach einer onkologisch radikalen Operation (Amputation oder Resektion) treten im Verlauf von zwei Jahren bei ca. 80 Prozent der Patienten Lungenmetastasen auf. Diese Frequenz kann auf ca. 20 Prozent gesenkt werden, wenn postoperativ eine Chemotherapie angeschlossen wird. Wirksam sind vor allem die hochdosierte Methotrexat-Therapie und das Adriamycin sowie die Kombination Bleomycin/Cyclophosphamid/Actinomycin D. Falls unter einer solchen Therapie Lungenmetastasen auftreten, sollten diese operativ entfernt werden. Wenn der Patient danach wieder klinisch krankheitsfrei ist, wird die Chemotherapie fortgeführt (= sekundär adjuvante Chemotherapie). Durch diese kombinierten Maßnahmen überleben ca. 60 Prozent der Patienten fünf und mehr Jahre. Da nach dieser Zeit Spätrezidive sehr selten sind, kann der größte Teil dieser Patienten als geheilt betrachtet werden. Nach alleiniger Primäroperation sind die Langzeitüberlebenschancen nur ca. 20 Prozent.

Ewing-Sarkom (4)

Da dieser Tumor sehr strahlensensibel ist, besteht die Therapie der Wahl in der Radiotherapie. Nach alleiniger Bestrahlung betragen aber die 5-Jahres-Überlebensraten nur 10 bis 15 Prozent. Diese Rate kann durch zusätzliche adjuvante Chemotherapie, die gleichzeitig mit der Bestrahlung begonnen wird, auf ca. 50 Prozent erhöht werden. Wirksam sind vor allem Vincristin, Cyclophosphamid, Actinomycin D, Adriamycin und hochdosiertes Methotrexat.

Chorionkarzinom der Frau (1)

Da die 5-Jahres-Überlebensraten nach Hysterektomie mit Entfernung der Adnexe wegen der sehr frühen und häufigen Metastasierung (vor allem in die Lungen) nur 30 Prozent betragen, ist die systemische adjuvante Chemotherapie sofort nach Diagnosestellung unbedingt erforderlich. Sie muß solange fortgeführt werden, bis sich die erhöhte Ausscheidung von humanem Choriongonadotropin (HCG) im Urin, das einen spezifischen Tumormarker darstellt, normalisiert hat. So kön-

nen Dauerhellungen in über 80 Prozent der Fälle erzielt werden. Wirksam sind vor allem Methotrexat, Actinomycin D und Chlorambucil.

Nichtseminomatöse maligne Hodentumoren (2)

Der natürliche Verlauf der reinen Chorionkarzinome ist ähnlich schlecht wie beim Chorionkarzinom der Frau. Sie werden bereits ab dem Stadium I (nur auf den Hoden beschränkt) ohne retroperitoneale Lymphadenektomie zytostatisch behandelt. Dasselbe gilt für Mischtumoren mit hohem Chorionkarzinomanteil (d. h. stark erhöhten Spiegeln von humanem Choriongonadotropin im Serum), die aber vorher lymphadenektomiert werden. Bei den übrigen Teratokarzinomen und Mischtumoren erfolgt im Stadium I nach der Lymphadenektomie keine weitere Therapie. Im Stadium II A (geringer Befall der retroperitonealen Lymphknoten, die total entfernt wurden) ist weder der Wert der Nachbestrahlung noch die Effektivität der adjuvanten Chemotherapie endgültig bewiesen. Da bei ca. 50 Prozent dieser Patienten später mit Fernmetastasen zu rechnen ist, erscheint uns eine adjuvante Chemotherapie gerechtfertigt. Im Stadium II B (große retroperitoneale Lymphknotenpakete und/oder nur teilweise entfernte Lymphknotenmetastasen) wird die Polychemotherapie wie bei den fortgeschrittenen Stadien III (Lymphknotenmetastasen auch oberhalb des Zwerchfells) und IV (Organmetastasen) durchgeführt. Wirksam sind vor allem Cis-Platin, Adriamycin, Bleomycin, Vinblastin und Ifosfamid.

Maligne Lymphome (5)

Bei den prognostisch ungünstigen histologischen Typen des Morbus Hodgkin (gemischtzellig bzw. lymphozytenarm) sowie bei den malignen Non-Hodgkin-Lymphomen von hohem Malignitätsgrad (zentroblastisch bzw. immunoblastisch bzw. lymphoblastisch) ist bereits in frühen Stadien zusätzlich zur Bestrahlung die Indikation für eine Polychemotherapie gegeben. Auf die Details, die für jede Krankheitsform unterschiedlich sind, und die zeitliche Beziehung zur Strahlentherapie kann hier nicht näher eingegangen werden. Wirksam sind vor allem

Zytostatika-Präparatanamen (Auswahl)

Actinomycin D	= Lyovac-Cosmegen®
Adriamycin	= Adriblastin®
Chlorambucil	= Leukeran®
Cis-Platin	= Platinex®
Cyclophosphamid	= Endoxan®
DTIC	= Dimethyl-Triazino-imidazol-Carboxamid
	= DTIC-Dome®
Ifosfamid	= Holoxan®
L-PAM	= L-Phenylalanin-Mustard
	= Melphalan
	= Alkeran®
Procarbazin	= Natulian®
Vinblastin	= Velbe®

Cyclophosphamid, Vincristin, Procarbazin und Prednison sowie Adriamycin und DTIC.

Mammakarzinom

Die adjuvante Chemotherapie wird hier viel diskutiert. Die letzte Auswertung von drei großen Studien läßt die Indikation nach wie vor offen (6). In der Studie von Fisher (Therapie mit L-PAM = Alkeran über zwei Jahre) waren nach vier Jahren noch 65 Prozent der behandelten Patientinnen krankheitsfrei gegenüber 44 Prozent in der nur operierten Kontrollgruppe. Bei Bonadonna (Therapie mit CMF = Cyclophosphamid/Methotrexat/5-Fluorouracil über ein Jahr) war das Verhältnis nach vier Jahren 63,1 Prozent zu 47,6 Prozent, wobei für Frauen in der Prämenopause mit ein bis drei befallenen axillären Lymphknoten die besten Ergebnisse mit 80,9 Prozent zu 47,9 Prozent erzielt wurden. Eine ähnliche Tendenz zugunsten der jungen Frauen mit geringem Lymphknotenbefall ergab die Fisher-Studie. Kein signifikanter Unterschied bestand bei Frauen in der Postmenopause zwischen der chemotherapierten Gruppe und der nur operierten Kontrollgruppe. Im Gegensatz zu Fisher und Bonadonna

na stehen die Ergebnisse der OSAKO (Ostschweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung; Therapie mit LMF = Leukeran/Methotrexat/5-Fluorouracil über sechs Monate, dann Immunstimulation mit BCG für 18 Monate). Nach zweieinhalb Jahren fand sich ein signifikanter Unterschied nur bei den Patientinnen ohne exillären Lymphknotenbefall, die übrigens in die beiden anderen Studien gar nicht aufgenommen worden waren. Von diesen Frauen lebten nach Chemotherapie 93,2 Prozent krankheitsfrei, in der nur operierten Gruppe 74,6 Prozent. In der Prämenopause konnten bei positivem Lymphknotenbefall nicht die günstigen Ergebnisse festgestellt werden wie in den beiden anderen Studien.

Aus dem Gesagten ergibt sich, daß bisher noch keine konkrete Patientengruppe aus dem Gesamtkollektiv der potentiell kurativ operierten Mammakarzinom-Patientinnen abgetrennt werden kann, bei der die adjuvante Chemotherapie sicher indiziert ist. Es bleibt die Aufgabe weiterer intensiver kontrollierter Studien, Risikogruppen herauszuarbeiten, die einen gesicherten Nutzen aus einer adjuvanten Chemotherapie ziehen können. Am ehesten trifft das für Frauen in der Prämenopause mit ein bis drei befallenen axillären Lymphknoten zu. Außerdem ist unklar, welches Therapie-schemata wie lange durchgeführt werden muß, um einen Erfolg zu erzielen. Solange noch so viele Fragen offen sind, bleibt die Durchführung der adjuvanten Chemotherapie des Mammakarzinoms kontrollierten Studien vorbehalten.

Zusammenfassend muß festgestellt werden, daß derzeit nur bei einigen wenigen Tumorarten eine sichere Indikation für die adjuvante Chemotherapie gegeben ist.

Vor einer allgemeinen unkontrollierten Anwendung der adjuvanten Chemotherapie muß dringend gewarnt werden, da durch sie ein gewisser (unbekannter) Prozentsatz bereits durch die Primärmaßnahmen geheilter Patienten mit Zytostatika belastet wird. Diese Patienten werden akut der Gefahr der Nebenwirkungen hochtoxischer Medikamente ausgesetzt. Über Spätwirkungen ist bisher wenig bekannt. Als Folge der immunsuppressiven

Wirkung einer Langzeitzytostatika-therapie ist mit einer Häufung von Zweitumoren und Leukämien zu rechnen.

Literatur

(weitere Literatur beim Verfasser)

1. BRUNTSCH, U. et al.: Schwangerschaftsbedingte trophoblastische Tumoren. Dtsch. med. Wschr. 100 (1975) 313-318.
2. DONOHUE, J. P. et al.: Improvement management of nonseminomatous testis tumors. Cancer 42 (1978), 2903-2908.
3. JAFFE, J. et al.: Advances in the treatment of osteogenic sarcoma, S. 291-299. In: Tagnon, H. J., Slaquet, M. J. (Herausg.): Recent Advances in Cancer Treatment. Raven Press, New York, 1977.
4. ROSEN, G. et al.: Curability of Ewing's sarcoma and considerations for future therapeutic trials. Cancer 41 (1978), 888-899.
5. SAUER, H. und WILMANN, W.: Internistische Therapie maligner Erkrankungen. S. E 235-E 321. In: Bock, H. E., Gerock, W., Hartmann, F. (Herausg.): Klinik der Gegenwart. Verlag Urban & Schwarzenberg, München, 1979.
6. Second International Conference on the Adjuvant Therapy of Cancer. (Abstracts). March 28-31, 1979, Tucson/Arizona, USA.
7. WILMANN, W. und Sauer, H.: Gegenwärtiger Stand der adjuvanten Chemotherapie maligner solider Tumoren. Chirurg 49 (1978) 551-555.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H. Sauer, Marchioninistraße 15, 8000 München 70

Nuklearmedizinische Diagnostik in der Onkologie

von P. Georgi

Aus der Abteilung für nuklearmedizinische Diagnostik (Abteilungsleiter: Professor Dr. P. Georgi) am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg (wissenschaftlicher Vorstand: Professor Dr. K. E. Scheer)

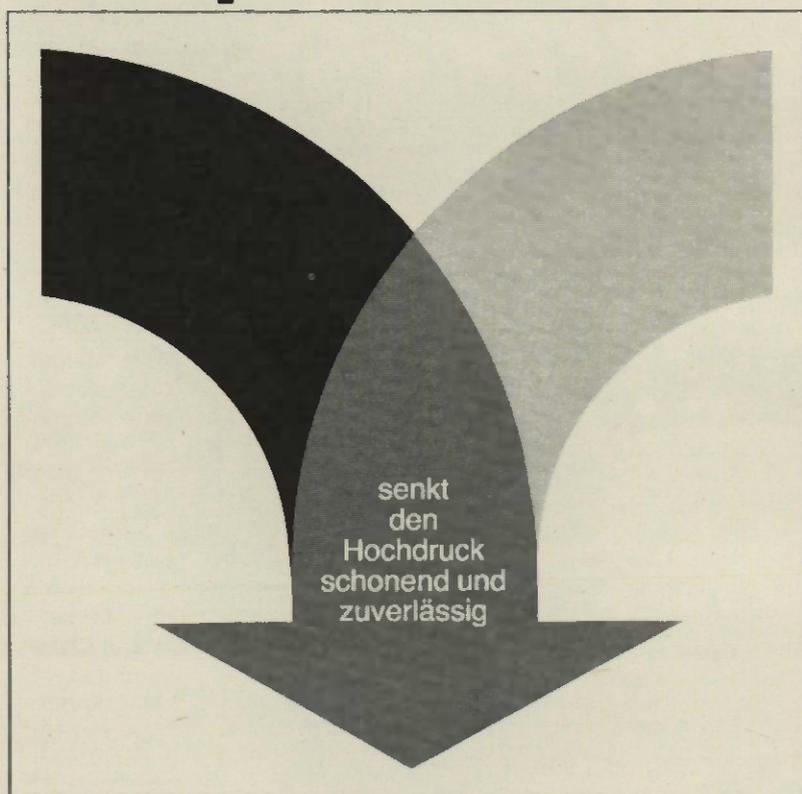
Obwohl es bisher nicht möglich ist, mit Hilfe radioaktiv markierter Verbindungen unabhängig vom Ausgangsgewebe neoplastische Prozesse nachzuweisen, hat die indirekte, organbezogene Tumorszintigraphie seit langem ihren festen Platz in der onkologischen Diagnostik. Eine erhöhte Radionuklideinlagerung durch spezifische Reaktionen des jeweiligen befallenen Organs auf das Tumorstadium oder die Zerstörung des Organparenchyms und der hierdurch bedingte Ausfall einer organspezifischen Radionuklid-speicherung ermöglichen die szintigraphische Darstellung von Tumoren. Es ist somit verständlich, daß anhand eines Szintigramms keine differentialdiagnostischen Aussagen möglich sind. Entsprechende „kalte Läsionen“ der

Schilddrüse oder der Leber können sowohl durch eine Zyste als auch durch einen entzündlichen bzw. neoplastischen Prozeß bedingt sein. Anamnese, klinischer Befund und weitere diagnostische Maßnahmen sind daher zur Abklärung des szintigraphischen Befundes erforderlich. So ist z. B. bei jedem „kalten“ Schilddrüsenknoten die technisch einfach durchzuführende Feinnadel-punktion mit anschließender zytologischer Untersuchung angezeigt.

Während der szintigraphische Nachweis solcher „kalter Läsionen“ oftmals technisch schwierig ist und somit nur Prozesse mit einem Durchmesser von mehr als 2 bis 3 cm erfaßt werden können, ist die erhöhte Speicherung der Radioaktivität gegenüber dem gesunden Organewebe

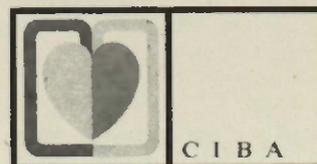
Adelphan-Esidrix

Die klassische Hochdrucktherapie



verhindert die Spätfolgen des Hochdrucks

Zusammensetzung: Eine Tablette enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin-sulfat + 10 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Arterielle Hypertonie. **Kontraindikationen:** Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz schwereren Grades; hochgradige Koronarsklerose; Depressionen, Magen-Darm-Ulzera, Kolitis und Gastroenteritis – auch in der Anamnese –. **Nebenwirkungen:** Zu Behandlungsbeginn gelegentlich Nausea und Tachykardie. In seltenen Fällen Hypokaliämie, Hyperglykämie, Hyperurikämie, orthostatische Regulationsstörungen, Verstopfung der Nase, migräneartige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Lymphdrüsen-schwellungen, Störungen des isokopelischen Systems, Magen-Darm-Ulzera, gesteigerte Magen-Darm-Motilität, Potenzstörungen oder depressive Verstimmungen. **Wechselwirkungen:** Der Reserpin-Anteil kann die bradykarde Wirkung der Digitalisglykoside sowie die Wirkung zentral dämpfender Pharmaka und den blutdrucksenkenden Effekt antihypertensiver Pharmaka verstärken. – Der Hydrochlorothiazid-Anteil kann die Wirkung von Antidiabetika verringern, die kardio- und neurotoxische Wirkung von Lithiumsalzen sowie den kaliumausschwemmenden Effekt von Glukokortikoiden erhöhen und die Wirkung von Herzglykosiden bei bestehendem Kaliummangel verstärken. **Dosierung:** Behandlungsbeginn im allgemeinen 1-2mal 1 Tablette pro Tag, evtl. vorübergehende Dosissteigerung. Zur Dauerbehandlung genügt vielfach 1 Tablette täglich. **Besondere Hinweise:** Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. – Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatwechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. – Bei höherer Dosierung und eingeschränkter Nierenfunktion sind die Plasma-Kreatininwerte sowie der Elektrolythaushalt zu kontrollieren. **Handelsformen und Preise:** 20 Tabletten DM 8,-, 50 Tabletten DM 17,55, 100 Tabletten DM 29,05; Anstaltspeckung.



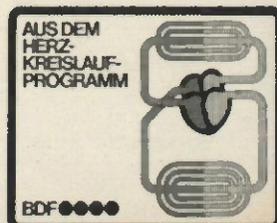
CIBA-GEIGY GmbH, 7967 Wehr

Ade 2



*Richtige
Glykosidtherapie
von Anfang an*

**Novodigal[®] mite
Novodigal[®]**





Beiersdorf AG, Hamburg, Novodigal[®] mite, Novodigal[®]

Zusammensetzung: 1 Tablette Novodigal[®] enthält 0,2 mg β -Acetyldigoxin, 1 Tablette Novodigal[®] mite enthält 0,1 mg β -Acetyldigoxin. Novodigal[®] Tropfen enthalten 0,1 mg β -Acetyldigoxin in 10 Tropfen, Novodigal[®] Injektionslösung i.v. 0,2 mg enthält 0,2 mg Digoxin in 1 ml, Novodigal[®] Injektionslösung i.v. 0,4 mg enthält 0,4 mg Digoxin in 2 ml. **Anwendungsgebiete:** Herzmuskellinsuffizienz. **Gegenanzeigen:** Extreme Bradykardie, ventrikuläre Tachykardie, AV-Blockierung. **Vorsicht bei Hyperkalzämie und Hypokaliämie.** Keine gleichzeitigen intravenösen Kalziumgaben. Strenge Indikationsstellung während der Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Treten im Verlauf der Therapie Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Farbsehen oder Herzrhythmusstörungen auf, so ist eine Dosisreduzierung erforderlich.

Handelstornen und Preise: Novodigal: Packungen mit 50 Tabletten DM 6,29, 100 Tabletten DM 11,35, Anstaltspackungen. Novodigal mite: Packungen mit 50 Tabletten DM 4,88, 100 Tabletten DM 8,57, Anstaltspackungen. Novodigal Injektionslösung i.v. 0,2 mg: Packung mit 5 Ampullen DM 4,66, Anstaltspackung. Novodigal Injektionslösung i.v. 0,4 mg: Packung mit 10 Ampullen DM 10,42, Anstaltspackung. Novodigal Tropfen: Tropfflasche mit 30 ml DM 11,14, Anstaltspackung. (Stand 1. 1. 1980)

durch einen gesteigerten Stoffwechsel oder eine erhöhte Durchblutung besser nachzuweisen. Auf diesem Prinzip beruht die Hirn- und Knochenszintigraphie. Während erstere heute durch die Computertomographie vielfach ersetzt wird, ist die Szintigraphie beim Nachweis von Knochenmetastasen die empfindlichste Untersuchungsmethode. Da beim Mamma- oder Prostatakarzinom in der Regel Knochenherde mehrere Monate vor ihrem röntgenologischen Nachweis und vor dem Auftreten klinischer Beschwerden im Szintigramm dargestellt werden können, kommt der Knochenszintigraphie sowohl beim „Staging“ als auch bei der Nachsorgeuntersuchung bei diesen Patienten eine besondere Bedeutung zu: in den ersten drei Jahren der Grunderkrankung sollte die Kontrollszintigraphie alle sechs Monate erfolgen; in den folgenden Jahren ist eine jährliche Kontrolle als ausreichend anzusehen.

Die direkte positive Tumorszintigraphie mit einem Radiopharmakon, das im neoplastischen Gewebe selbst gespeichert wird, ist mit radioaktivem Gallium möglich. Die klinische Bedeutung dieses Verfahrens ist jedoch dadurch limitiert, daß Gallium-67 nicht nur im neoplastischen Gewebe, sondern auch in entzündlichen Prozessen gespeichert wird. Es findet daher auch bei der Suche nach okkulten Entzündungsherden bei Patienten mit unklarem Fieber Verwendung. In der Onkologie hat Gallium-67 eine klinische Bedeutung bei dem Staging von Morbus Hodgkin und Nicht-Hodgkin-Lymphomen erlangt. Da nach Chemotherapie oder Bestrahlung eine Abnahme der ⁶⁷Ga-Speicherung durch fibrotische und nekrotische Veränderungen zu beobachten ist, wird von einigen Autoren die Radiogallium-Szintigraphie auch zur Kontrolle und Beurteilung einer zytostatischen oder radiologischen Therapie empfohlen. Eine klinische Bedeutung beim Nachweis von Organumoren hat Gallium-67 bisher nicht erlangt; das gleiche gilt für andere Radionuklide bzw. radioaktiv markierte Verbindungen, wie z. B. das Bleomycin.

Eine gewisse Bedeutung für die Klinik haben die onkofetale Antigen – das Alpha₁-Föto-Protein (= AFP) und das karzinoembryonale Antigen (= CEA) – erlangt. Bei beiden

handelt es sich um Substanzen, die vom gesunden Organismus nur während des embryonalen und fetalen Lebens gebildet werden und im adulten Organismus nur bei dem Vorliegen bestimmter Erkrankungen wieder erscheinen. So ist bei etwa 80 Prozent aller Patienten mit primären Leberzellkarzinomen AFP im Serum nachzuweisen. Da aber auch bei entzündlichen und degenerativen Lebererkrankungen sowie bei teratogenen Geschwülsten ebenfalls AFP im Serum gefunden wird, kommt diesem in-vitro-Verfahren keine differentialdiagnostische Bedeutung zu.

Nach einer Therapie fällt der AFP-Serumspiegel ab und steigt bei dem Auftreten von Rezidiven und Metastasen erneut an. Ein entsprechendes Verhalten wird bei dem CEA beobachtet, das im Serum von Patienten mit kolorektalen Karzinomen gefunden wird. Nachteilig ist jedoch, daß ein generelles, signifikantes Ansteigen nur bei dem Auftreten von

Fernmetastasen zu beobachten ist, während dies bei lokalen Rezidiven nur in etwa 20 Prozent der Fälle ist.

Zusammenfassung

Die Szintigraphie hat in den letzten Jahren zunehmend bei dem „Staging“ und der Nachsorgeuntersuchung von Tumorkranken klinische Bedeutung erlangt. Dies trifft insbesondere auf Patienten mit Mamma- und Prostatakarzinomen zu. Bei der Suche nach unbekanntem Primärtumoren und bei dem Screening größerer Risikogruppen kann sie aufgrund ihrer fehlenden differentialdiagnostischen Aussagemöglichkeiten jedoch nicht eingesetzt werden.

Literatur kann beim Verfasser angefordert werden.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. P. Georgi, Im Neuenheimer Feld 280, 6900 Heidelberg

Kooperation zwischen Klinik und Praxis bei der programmierten Chemotherapie maligner Erkrankungen

von R. Hartenstein

Aus der Medizinischen Klinik III der Universität München – Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. W. Wilmanns)

Die internistische Tumorbehandlung hat in den letzten Jahren an Komplexität und Intensität zugenommen. Sie ist damit schwerer überschaubar, aber auch gefährlicher geworden. Kollegen in der Praxis und an kleineren Krankenhäusern fühlen sich der Aufgabe häufig nicht mehr gewachsen.

Schon von der Zahl der an Tumoren erkrankten Patienten her ist jedoch die alleinige Betreuung durch spezialisierte, onkologische Zentren nicht möglich. Darüber hinaus machen psychologische, soziologische und volkswirtschaftliche Aspekte eine Dezentralisierung der Verantwortlichkeit für den Tumorkranken notwendig mit dem Ziel der Erhaltung des häuslichen, familiären Milieus für den Patienten und der Senkung der entstehenden Kosten. Daraus geht die Wichtigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen dem praktizierenden

Arzt, dem regionalen, onkologisch-orientierten Krankenhaus und dem überregionalen onkologischen Zentrum hervor.

Zwei Fragenkomplexe sollen näher erörtert werden:

1. Was bedeutet programmierte Chemotherapie von Tumoren und wie wird sie durchgeführt?
2. Welche Aufgaben können vom praktizierenden Arzt bei der Behandlung von Patienten mit Tumoren übernommen werden?

Zu 1.:

Die programmierte Chemotherapie ist die am internationalen Standard ausgerichtete medikamentöse Behandlung von Tumorerkrankungen. Ihre Wirksamkeit ist durch statistisch geprüfte, prospektive klinische Studien nachgewiesen.

Wirkung der Chemotherapie bei disseminierten Tumoren

1.	<ul style="list-style-type: none"> - Akute lymphatische Leukämie des Kindes - Malignes Lymphom - Hodenkarzinom - Rhabdomyosarkom - Ewing-Sarkom - Wilms-Tumor - Chorionkarzinom 	Heilung möglich
2.	<ul style="list-style-type: none"> - Mammakarzinom - Ovarialkarzinom - Akute Leukämie des Erwachsenen - Plasmozytom - Prostatakarzinom - Endometriumkarzinom - Nebennierenrindenzellkarzinom 	Lebensverlängerung möglich
3.	<ul style="list-style-type: none"> - Kleinzelliges Bronchialkarzinom - Kopf-Hals-Karzinome - ZNS-Karzinome - Gastro-Intestinal-Karzinome - Osteogenes Sarkom - Weichteilsarkome - Karzinoid - Malignes Melanom 	Lebensverlängerung nicht sicher
4.	<ul style="list-style-type: none"> - Hypernephroides Karzinom - Blasenkarzinom - Ösophaguskarzinom - Plattenepithelkarzinom der Lunge - Pankreaskarzinom - Leberzellkarzinom - Schilddrüsenkarzinom 	Kein oder unzureichendes Ansprechen

Tabella
(nach Da Vita und Mitarb., 1975)

In ihr sind wachstumskinetische Grundlagen der Tumoren, ihre Ansprechraten auf Zytostatikakombinationen sowie toxische Wirkungen auf physiologische Normalgewebe und Praktikabilität der Behandlung berücksichtigt. Sie unterliegt mit zunehmender Fülle neu hinzukommender Erkenntnisse einem ständigen Wandel.

Indikation und Kontraindikation für die Chemotherapie (Tab.)

Sie dient häufig der Linderung des Tumorleidens, ohne jedoch mit Si-

cherheit eine Lebensverlängerung herbeizuführen (Tumoren des Gastrointestinaltraktes, des Kopf-Hals-Bereiches, Weichteilsarkome und kleinzelliges Bronchialkarzinom).

Sie dient der Lebensverlängerung bei Tumorerkrankungen, ohne jedoch eine Heilung herbeizuführen zu können (Mammakarzinom, Ovarialkarzinom, akute Erwachsenenleukämie, Plasmozytom und Prostatakarzinom).

Sie ist potentiell kurativ bei Tumorerkrankungen, bei denen Heilungen

bereits erreicht wurden (akute Leukämie des Kindesalters, Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphom, Hodenkarzinom, Chorionkarzinom, echtes Burkitt-Lymphom, Wilms-Tumor und einige kindliche Sarkome).

Sie sollte tunlichst unterlassen werden bei Tumoren, die nicht oder nur unzureichend auf die medikamentöse Therapie ansprechen (Hypernephrom, Ösophaguskarzinom, Pankreaskarzinom, primäres Leberzellkarzinom, Plattenepithelkarzinom der Lunge und Blasenkarzinom). Hier kann der Zustand durch die derzeitigen Möglichkeiten der Chemotherapie nur verschlechtert werden.

Wahl der Zytostatika

Bei der Chemotherapie sollen nur Medikamente verwendet werden, die als Einzelsubstanz eine hohe Ansprechrate auf den Tumor gezeigt haben.

Durch Kombination der Einzelsubstanzen mit meist unterschiedlichem Angriffspunkt im Zellzyklus und unterschiedlichem biochemischen Wirkungsmechanismus in der Zelle, kann eine erhöhte therapeutische Wirksamkeit am Tumor unter Reduktion und Verteilung der Toxizität der Einzelsubstanzen erreicht werden. Jedoch hat auch heute noch die Monotherapie bei einigen Tumorerkrankungen, wie der chronisch myeloischen Leukämie und dem Plasmozytom, ihre Berechtigung.

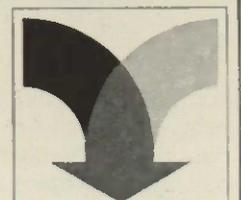
Behandlungsintensität

Bei der Entscheidung über die Intensität der Chemotherapie sind vor allem zwei Faktoren zu berücksichtigen: die Erfolgsaussicht und die Zumutbarkeit für den Patienten.

Bei Tumoren mit starker Wachstumstendenz und hoher Chemosensibilität (malignes Lymphom hohen Malignitätsgrades, Hodenkarzinom) besteht eine große therapeutische Erfolgsaussicht. Dementsprechend ist eine größere therapeutische Aggressivität gerechtfertigt und auch



Adelphan-Esidrix



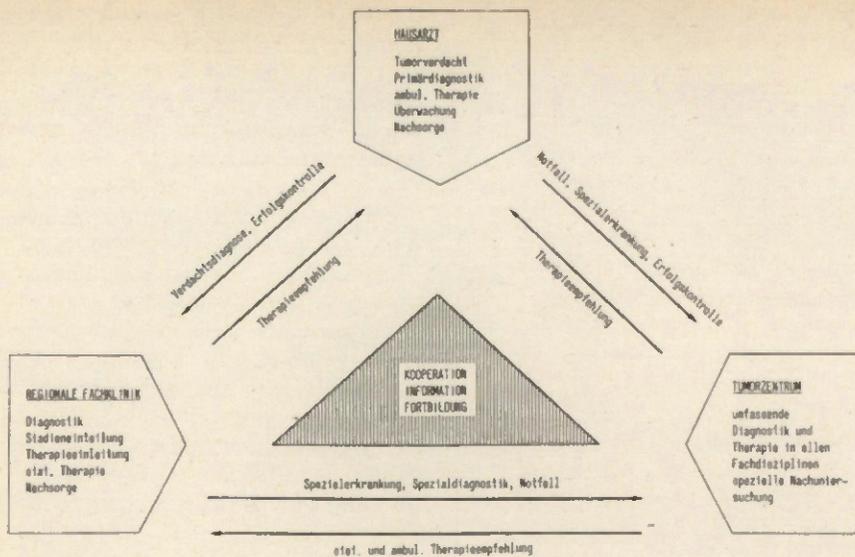


Abbildung
(modifiziert nach Jungl und Mitarb., 1978)

zumutbar. Anders verhält es sich bei langsam proliferierenden Tumoren mit geringerer Aussicht auf eine wesentliche Änderung des Spontanverlaufes durch die Chemotherapie (Plasmozytom, chronische Leukämie). Hier ist eine zurückhaltend gemäßigte Behandlung angebracht.

Zeitliche Abfolge der Behandlungszyklen

Aus Gründen der Toxizitätsminderung und der besseren Therapieerfolge wird heute die intermittierende Chemotherapie, d. h. die stoßweise Verabreichung von Therapiezyklen, bevorzugt. In den therapiefreien Intervallen ist die Regeneration der physiologischen Normalgewebe, wie Knochenmark und Immunsystem, möglich. Dabei ist die gegenüber Normalgeweben häufig langsamere Regeneration der Tumorgewebe der eigentliche therapeutische Effekt einer Chemotherapie. Hinzu kommt eine oft stärkere Chemosensibilität von Tumorzellen gegenüber normalen proliferierenden Zellen.

Eine zu lange Verzögerung der Chemotherapiestöße kann zur Exazerbation des Tumorwachstums infolge überwiegend regenerativer Vorgänge führen.

Zu 2.:

Mit wenigen Ausnahmen (Abb.) können theoretisch die meisten Aufgaben der Behandlung von Tumorkranken durch den niedergelassenen Arzt bzw. den Hausarzt über-

nommen werden. Voraussetzung sind allerdings fundierte Kenntnisse in Onkologie, ständige Fortbildung und eine enge Kooperation mit dem onkologischen Zentrum und dessen regionalen Facheinrichtungen zur Lösung dieses interdisziplinären Problems. Zu den Aufgaben des niedergelassenen Arztes gehören Vor-

sorge, Diagnostik, ambulant durchführbare Therapie und Nachsorge.

Zu den Ausnahmen gehören schwierigere diagnostische Eingriffe, Fragen der Stadieneinteilung und daraus hervorgehende, schwierigere Therapieentscheidungen, spezielle Erkrankungen des onkologischen Bereiches, aggressive, nur stationär durchführbare Chemotherapien und vertiefte Kontroll- und Verlaufsuntersuchungen in größeren Abständen.

Diese speziellen Aufgaben sollen von spezialisierten Krankenhäusern und Tumorzentren übernommen werden. Dieses Konzept der Arbeitsteilung erfordert eine enge Zusammenarbeit von Tumorklinik und in der Praxis tätigen Ärzten. Damit fällt vor allem dem Tumorzentrum die Aufgabe der Fortbildung in Onkologie zu. Den niedergelassenen Kollegen sollte es ein Bedürfnis sein, diese Möglichkeiten zu nutzen.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. R. Hartenstein,
Marchioninistraße 15, 8000 München 70

(Schluß folgt)

Wohnanlage der Bayerischen Ärzteversorgung in Veitshöchheim bei Würzburg

Die von der Bayerischen Ärzteversorgung errichtete Wohnanlage in Veitshöchheim bei Würzburg, Am Schenkenfeld 25-55, wird zum 1. April 1980 bezugsfertig.

Die drei- bis fünfgeschossigen Wohnbeuten liegen auf einer Anhöhe, die freie Sicht über das Maintal bietet. Im Süden schließt sich unbebautes, bewaldetes Freiland an. Einkaufsmöglichkeiten, Volksschule, Realschule, Kindergarten und ein Freibad sind in nächster Nähe vorhanden. Die Ortsmitte der Gemeinde Veitshöchheim mit dem berühmten Rokoko-Garten ist in wenigen Minuten erreichbar. Über eine vierspurige Autostraße ist man ebenfalls in wenigen Minuten in Würzburg; die Erschließungsstraße „Am Schenkenfeld“ endet im Wohngebiet (keine Durchfahrtsstraße).

Die Mehrzahl der 1- bis 4-Zimmer-Wohnungen mit 42 bis 99 qm und die Penthouse-Wohnungen mit 88 bis 118 qm sind nach Süden auf Grünflächen orientiert. Die Netto-Miete beträgt DM 322,- bis DM 678,- (1-4-Zimmer-Wohnungen) bzw. DM 690,- bis 877,- (Penthouse-Wohnungen).

Bitte richten Sie Ihre Anfragen an: Bayerische Versicherungskammer, Bau- und Häuserverwaltung, Ludwigstraße 27, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 5 04 97 bzw. an das örtliche Vermietungsbüro: Am Schenkenfeld 39/UG, 8702 Veitshöchheim, Telefon (09 31) 9 38 98, das Freitag von 13.00 bis 18.00 Uhr und Samstag von 10.00 bis 16.00 Uhr besetzt ist.

Aktuelle Fortschritte in der Chirurgie

62. Fortbildungstagung in Ragansburg

Professor Dr. F. Dauchar, Aarau:

Fortschritte bei kontinenzerhaltenden Eingriffen in der Rektumchirurgie

Fünf von hundert Deutschen erkranken im Laufe ihres Lebens an einem kolorektalen Karzinom, mehr als die Hälfte aller dieser kolorektalen Geschwülste treten im Mastdarm auf. Das oberste Ziel der operativen Behandlung ist die Radikaloperation, ein zweites Ziel die Erhaltung der natürlichen Kontinenz.

Eine kurative Tumorausrottung mit Radices, die Radikaloperation, ist nur möglich, wenn man die Bauchhöhle eröffnet und das Rektum zusammen mit dem proximalen Lymphabflußgebiet, also mit perirektalem Fettkörper, Rektosigmoid und Mesosigmoid en bloc entfernt. Von 100 Patienten mit Rektumkarzinom sind nur vier inoperabel, 96 sind operabel, davon drei Viertel kurativ und ein Viertel palliativ. Bei der Resektion ist ein proximaler Verlust von 10 bis 50 cm Dickdarm folgenlos, entscheidend ist die Resektionslinie unterhalb des Tumors:

1. Sie soll 5 cm unterhalb der unteren Tumorbegrenzung sein, damit die Radikalität des Eingriffes in keinem Fall in Frage gestellt wird.
2. Der Analkanal mit der sensiblen Analschleimhaut, dem Sphinkterapparat und dem Levatortrichter muß vollständig intakt erhalten bleiben, damit die befriedigende Lebensqualität, d. h. vollständige anale Kontinenz, erhalten bleibt.

Ob ein kontinenzerhaltendes Operationsverfahren oder — wie in den meisten Fällen — eine Kolostomie durchgeführt werden muß, entscheidet der Operateur. Wenn der behan-

delnde Hausarzt die ängstlichen Fragen des Patienten und seinen Angehörigen, ob eventuell ein künstlicher Ausgang angelegt werden müsse, nicht beantworten kann, so soll er das auch sagen und nicht eilig ein billiges Versprechen abgeben, da sonst das Krankenhausteam mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen hat, den Patienten mit der Realität vertraut zu machen.

Beim tiefsitzenden Rektumkarzinom kann die Kontinenzhaltung in weniger als fünf Prozent der Fälle angestrebt werden, nämlich wenn der Tumor klein, oberflächlich und nicht exulzeriert beweglich auf der Darmwand sitzt, so daß er transanal total exzidiert werden kann. Dann ist die Aussicht auf 5-Jahres-Heilung sogar besser als bei Rektumamputation wegen der geringen Operationsletalität. Bei der Resektion der ganzen Mastdarmampulle mit tiefsitzender Anastomose des heruntergezogenen Dickdarms dicht über dem Anus bleibt die anale Kontinenz wohl erhalten, es fehlt aber ein Stuhlreservoir. Die Patienten müssen anfänglich mehrmals täglich plötzlich und dringend den Abort aufsuchen, wenn der heruntertretende Stuhl einen Defäkationsreiz auslöst. Mit stopfender Kost und Reasec® können die Symptome gemildert werden. Das Karzinom im oberen Mastdarndrittel bläht keine Probleme. Man kann die Rektumampulle ja teilweise stehen lassen und die Anastomose unter Sicht im kleinen Becken ausführen.

Bei primären multiplen Karzinomen, aber auch bei sukzedanen multiplen Kolonkarzinomen, soll man eine subtotale Kolektomie durchführen, damit das karzinomgefährdete Organ total entfernt ist. Mit der Ileorektostomie lebt es sich angenehm, die

Patienten entleeren zwei- bis dreimal täglich breiigen weichen Stuhl.

Die vermutlich beste Behandlung des Anus praeter ist eigenartigerweise in Deutschland kaum bekannt. Seit 30 Jahren hat sich an der Klinik des Autors eine Spülbehandlung durchgesetzt, mit der die Patienten so zufrieden sind, daß kein Anlaß besteht, sie zu ändern. Etwa vom siebten postoperativen Tag an wird täglich ein dünner Katheter in das Kolostoma eingeführt, der Dickdarm wird dann mit zwei bis vier Litern Wasser leer gespült. Wasser und Kot gehen durch einen dicken Plastikschauch, der mit Trichter und Gürtel am Bauch befestigt ist, in die Toilette hinunter. Die ganze Prozedur, bis der Darm sich vollständig entleert hat, dauert etwa 40 Minuten. Wenn die erste Entleerung eingetreten ist, verschließt der Patient den Plastikschauch, damit der Stuhl unten aufgefangen wird, er kann sich rasieren, das Frühstück zubereiten, er spürt, wenn der Dickdarm leer ist. Dann nimmt er eine Dusche und verschließt das Kolostoma mit einem aufklebbaren Hollister Cap, der Geräusche und Geruch dämpft, weil ein Kohlefilter eingebaut ist. Der Dickdarm bleibt während 24 Stunden ruhig, es tritt gar kein Kot aus, viele Patienten fühlen sich so sicher, daß sie sogar auf den Cap verzichten und bloß täglich die Unterwäsche wechseln, wenn sie von etwas Schleim verschmiert ist.

Professor Dr. K.-J. Paquat, Bonn:

Die Wandsklerosierung der Speiseröhre bei Ösophagusvarizen

Möglichkeiten, Indikation und Grenzen

Das Problem der Behandlung des Pfortaderhochdrucks bei intrahepatischem Block der Leberzirrhose und ihrer gravierendsten Komplikation, der Ösophagusvarizenblutung, ist chirurgisch noch nicht befriedigend gelöst. Sowohl die konservative Behandlung als auch die primäre Shunt-



Adelphan - Esidrix



Operation, insbesondere der sogenannte Not- oder Katastrophen-Shunt, sind mit einer hohen Letalität belastet. Hauptursachen der Morbidität und Letalität nach Shunt-Operationen sind Leberkoma, hepato-portale Enzephalopathie und Blutungsrezidiv.

Im letzten Jahrzehnt gelang es jedoch, durch semiinvasive Maßnahmen die akute massive und häufig katastrophale, konservativ unstillbare oder rezidivierende Blutung ohne belastenden und prognostisch ungünstigen chirurgischen Eingriff zu beherrschen. Dafür stehen die perkutane transhepatische intravasale Sklerosierung, die Laser-Koagulation und die Wand- oder Fibrosklerosierung der Speiseröhre zur Verfügung. Dabei hat die perkutane transhepatische intravasale Sklerosierung die in sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt. Sie kann zwar bis zu 70 Prozent die lebensbedrohliche Blutung zum Stillstand bringen, muß dies jedoch mit einer Rezidivquote von 40 Prozent in den Wochen danach bezahlen. Bei der Laser-Koagulation handelt es sich um ein Verfahren, das sich noch in der Entwicklung befindet, relativ teuer ist und besondere Vorrichtungen am Endoskop erfordert. In erfahrener Hand hat sie sich bewährt. Verbesserungen sind möglich und zu erwarten. Eine wesentliche Verbesserung jedoch hat die Fibrosklerosierung der Speiseröhre gebracht, bei der Substanzen neben die blutenden oder blutungsgefährdeten Krampfadern gespritzt werden; es bildet sich ein paravasales Ödem, das die blutende Varize komprimiert. Innerhalb der folgenden Tage und Wochen wandelt sich die Innenschicht der Speiseröhre in Narbengewebe um. Das Narbenrohr schützt die weiter perfundierten, darunter befindlichen Krampfadern vor einer erneuten Ruptur.

Die Ergebnisse an mehreren hundert Patienten werden skizziert: Bei 293 Patienten bestand eine konservativ unstillbare Blutung; damit ist eine nach Einlegen einer Ein- oder Doppelballonsonde konservativ nicht beherrschbare oder nach Eröffnung des Sondenballons rezidivierende Hämorrhagie gemeint. Eine Blutstillung gelang in 92 Prozent. In 520 Fällen wurde im blutungsfreien Intervall nach ein- oder mehrmaliger Varizenblutung sklerosiert. 45 Patienten wurden prophylaktisch sklerosiert, d. h., diese Patienten hatten aus

nachgewiesenen Varizen noch nicht geblutet.

Der Wert eines Behandlungsverfahrens wird an seinen Komplikationen, Früh- und Spätergebnissen, an seiner Reproduzierbarkeit und an den Ergebnissen prospektiver kontrollierter randomisierter Studien gemessen. Als Komplikationen werden vor allem Wandnekrosen der Speiseröhre mit Mediastinitis und Pleuraempyem, Blutungen aus Magenvarizen, Ulzera der Speiseröhre und Ösophagusstenosen gefürchtet. Die Komplikationsrate beträgt zehn Prozent. Die Letalität der Wandsklerosierung macht 13,5 Prozent aus. Haupttodesursachen waren Leberkoma und unstillbare Blutungen, Mediastinitis und kardiopulmonale Ursachen.

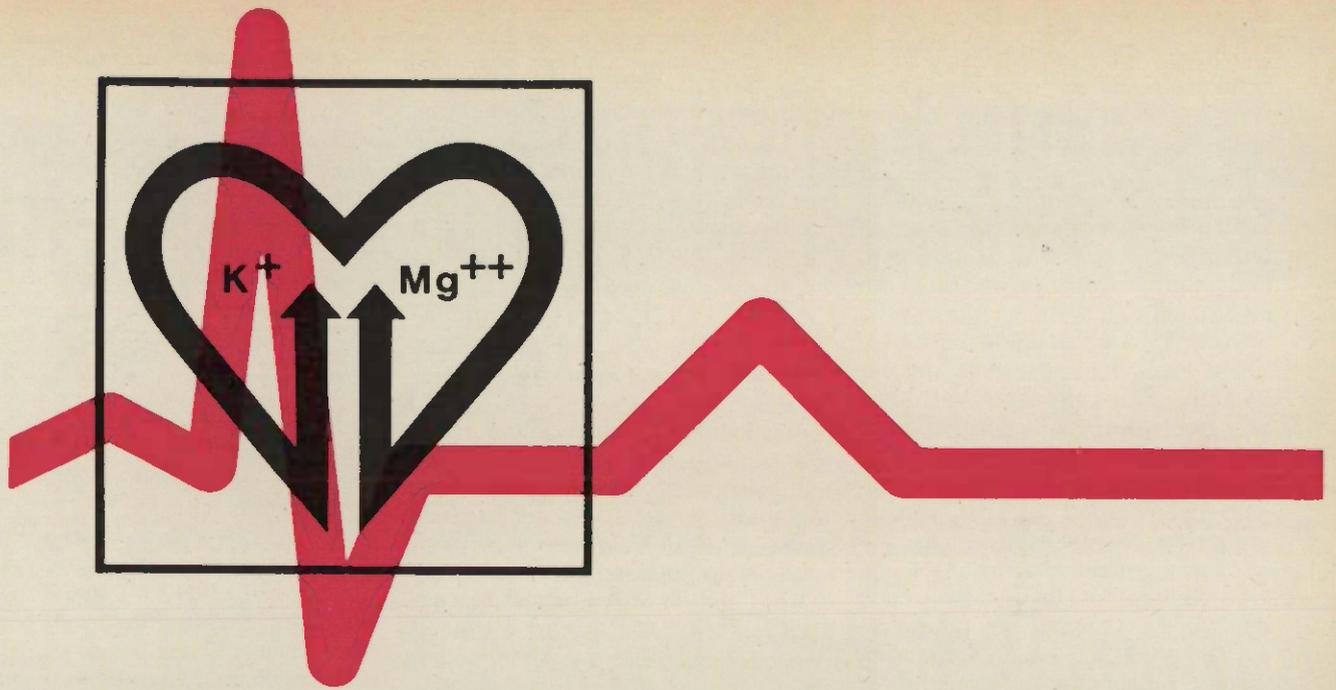
Da die Wandsklerosierung der Speiseröhre bis zur Versenkung der Krampfadern in ein Narbenrohr in mehreren Sitzungen durchgeführt werden muß, ist mit Blutungsrezidiven während der Behandlung stets zu rechnen. Diese treten meist nach der ersten Sitzung auf. Nach Abschluß der Therapie müssen alle Patienten nach vier Monaten kontrolliert werden. Werden neue Krampfadern oder ein Nachlassen der Narben endoskopisch festgestellt, muß die Sklerosierung wiederholt werden. Nach Sklerosierungsbehandlung kann eine Blutungsfreiheit bei 20 Prozent für zwei bis drei Jahre, bei 40 Prozent für neun bis zwölf Monate und bei 40 Prozent für vier bis sechs Wochen erreicht werden. Zusammenfassend ergibt sich folgendes neuzeitliches Behandlungskonzept: Not-Shunts sollten wegen ihrer hohen Letalität nicht mehr durchgeführt werden; sogenannte Venensperroperationen mögen im Einzelfall ihre Berechtigung haben, wenn kein weniger belastendes semiinvasives Alternativverfahren zur Verfügung steht. Die intravasale Sklerosierung hat die in sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt; die ersten Ergebnisse der Laser-Koagulation sind vielversprechend; diese Methode sollte daher weiter erprobt werden. Als Therapie der Wahl der akuten massiven Ösophagusvarizenblutung scheint sich augenblicklich die Wandsklerosierung der Speiseröhre am besten zu bewähren. Sie basiert auf überzeugenden Grundlagen, erfordert kein aufwendiges und teures Instrumentarium und ist relativ leicht zu erlernen und zu reproduzieren.

Privatdozent Dr. G. Kieninger,
Tübingen:

Der Warren-Shunt, eine neue Perspektive in der Chirurgie des Pfortaderhochdrucks

Die starke Zunahme der Leberzirrhose in unserer Konsumgesellschaft konfrontiert uns immer häufiger mit der gefährlichsten Manifestation aus der Kombination von Zirrhose und portaler Hypertension, der massiven Blutung aus Ösophagusvarizen. Für Chirurgen gibt es kaum ein anderes Krankheitsbild, dessen Behandlung frustrierender ist. Hoffnungsvollere Perspektiven eröffnet jedoch der von Warren in den USA Ende der sechziger Jahre entwickelte distale splenorenale Shunt.

Die konventionellen bisher angewandten portosystemischen Shunts bewirken alle eine mehr oder weniger totale Ableitung des Pfortaderbluts. Auch die peripheren portosystemischen Shunts – wie der mesenterikokavale und der zentrale splenorenale Shunt – haben diesen Effekt auf die Pfortaderdurchblutung. Beim portokavalen End-Seit-Shunt wird primär die gesamte portale Leberperfusion unterbrochen. Die verminderte Leberdurchblutung und der Ausfall hepatotropher Substanzen aus dem Splanchnikusgebiet können zu atrophischen Veränderungen der Leber führen. Inwieweit die zusätzliche Arterialisierung der portalen Strombahn einen günstigen Einfluß hat, läßt sich heute noch nicht sicher beurteilen. Aus diesen Überlegungen heraus versucht man heute, ein sogenanntes over-Shunting, d. h. die möglicherweise totale Ableitung des Pfortaderblutes, zu vermeiden. Diesem Prinzip genügt allein der Warren-Shunt, d. h. der distale splenorenale Shunt. Die mesenterikoportale Leberperfusion bleibt durch diese Operation völlig unbeeinträchtigt, damit kommt es postoperativ zu keiner Verschlechterung der Leberfunktion, die portosystemische Enzephalopathie liegt sehr niedrig und ist letztlich nur durch das Grundleiden, nicht aber durch den chirurgischen Eingriff bedingt. Hinsichtlich der Blutungsverminderung ist der Warren-Shunt so effektiv wie die portokavalen Shunts. Damit kann die Indikation zur Shunt-Anlage großzügiger gestellt werden. Einzige Kontraindikation ist ein massiver Aszites. Warren hat in Atlanta den mesokavalen und den distalen splenorenalen Shunt in einer prospektiven, rando-



„
**Unsere Untersuchung zeigt,
 daß K-Mg-Aspartat gegenüber ventrikulären
 und supraventrikulären Extrasystolen
 eine deutliche antiarrhythmische Wirksamkeit
 besitzt.**
 „

Dr. Habeler
 Primarius Dr. Ehrenböck
 Ärztl. Praxis XXXI-Nr. 6, 157-160 (1979)

Tromcardin® FORTE

Indikationen

Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Extrasystolien;
 Herzinfarkt-Prophylaxe und -Therapie;
 Digitalis-Intoxikation und -Intoleranz, besonders beim Altersherz.
 Kalium-Mangelsyndrom,
 Magnesium-Defizit.

Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstörungen und av-Block.

Zusammensetzung pro Tablette

360,42 mg Kalium-D,L-hydrogenaspartat · ½ H₂O
 360,57 mg Magnesium-bis-D,L-hydrogenaspartat · 4 H₂O

Dosierung (Richtwerte)

Initialdosis 3 x täglich 2 Tabl.
 Erhaltungsdosis 3 x täglich 1 Tabl.

Handelsformen und Preis

Packung mit 50 Tabletten DM 14,88
 Anstaltspackungen mit 500, 3000 u. 5000 Tabletten.

Weitere Informationen über die gesamte Tromcardin-Gruppe entnehmen Sie bitte unseren wissenschaftlichen Dokumentationen oder fragen Sie unseren Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.



H. Trommsdorff
 Arzneimittelwerk · 5110 Alsdorf bei Aachen

misierten Studie verglichen. Die Ergebnisse fielen so eindeutig signifikant zugunsten des Warren-Shunts aus, daß die vergleichende Studie nach 28 Fällen in beiden Gruppen von der Ethik-Kommission der Klinik gestoppt wurde. Beeindruckend und entscheidend war der Unterschied in der Enzephalopathiehäufigkeit von 32 Prozent zu fünf Prozent! Man kann also ohne weiteres sagen, daß dieser Shunt-Typ heute als Methode der Wahl bei der operationspflichtigen portalen Hypertension anzusehen ist, wohlgermerkt als Elektiv-Shunt, nicht als Not-Shunt. Neben der Ösophagusvarizenblutung ist der ausgeprägte Hypersplenismus mit und ohne stettgehebter Varizenblutung eine weitere Indikation zur Anlage des Warren-Shunts – als Alternative zu der in solchen Fällen vorgenommenen Splenektomie. Postoperativ sieht man einen signifikant positiven Einfluß auf die splenomegale Markhemmung mit Besserung der Thrombopenie und Leukopenie.

Das Therapiekonzept an der Tübinger Chirurgischen Universitätsklinik sieht heute wie folgt aus: Kein primärer Not-Shunt mehr, da die Letalität unvertretbar hoch ist, sie liegt bei 50 Prozent. Möglichst keine Sperroperationen mehr, da auf lange Sicht nur eine unsichere blutungsverhindernde Wirkung besteht, und wiederum eine hohe Letalität diese Eingriffe begleitet. Die Akutbehandlung der Ösophagusvarizenblutung erfolgt nach endoskopischer Sicherung der Diagnose – jeder zehnte Ösophagusvarizenträger blutet aus einem gastroduodenalen Ulkus! – durch Sengstaken- bzw. Linton-Sonde. Liegt keine Kontraindikation vor, wird Vasopresin (20 i.E. in 10 bis 20 min) zur Verringerung des Blutvolumens im Splanchnikusgebiet infundiert. Steht die Blutung nicht, so wird die Akutsklerosierung des distalen Ösophagus durchgeführt (Ergebnisse und Beurteilung s. Professor Dr. Paquet, S. 155 f.). Gelingt die Blutstillung mit den genannten Methoden nicht, so bietet sich der mesenterikokavale H-Shunt nach Drapanas als schnellste und technisch einfachste Methode an. Beim Vorliegen guter Kriterien ist nach akuter Blutstillung heute der Warren-Shunt die Methode der Wahl.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die bisherige Alternative für den Chirurgen: „Verbluten lassen oder die Hand zu einer Shunt-Operation reichen, die mit einer Wahrscheinlichkeit von wenigstens 30 Prozent

zur portosystemischen Enzephalopathie führt“, nicht mehr uneingeschränkt gilt. Der distale splenorenale Shunt kann den Patienten guten Gewissens nahe gelegt werden, wenn die erforderlichen Kriterien gegeben sind.

Professor Dr. L. Koslowski, Tübingen:

Die Indikation zur Appendektomie

Bei epidemiologischen Untersuchungen Anfang der siebziger Jahre ergab sich, daß die Sterblichkeit an Appendizitis mit 3,3 Prozent Todesfällen auf 100 000 Einwohner pro Jahr dreimal so hoch lag als in vergleichbaren Ländern, etwa England, Schweden und den USA. Auch die Häufigkeit der durchgeführten Appendektomien war in der Bundesrepublik höher als in den erwähnten Ländern, etwa im Verhältnis 1 : 3. So lag es nahe, einen kausalen Zusammenhang zwischen hoher Operationsfrequenz und höherer Mortalität zu suchen, was aber durch mehrere Arbeitsgruppen nicht bestätigt werden konnte. Weitere Untersuchungen ergaben, daß die Appendektomie in Deutschland häufiger durchgeführt wurde, weil die Erkrankung tatsächlich häufiger auftritt. Hierfür werden Ernährungsfaktoren als Ursache angeführt. Ähnlich wie beim Kolonkarzinom und bei der Kolondivertikulitis muß wohl die eiweiß- und zuckerreiche Kost in unserem Land eine Rolle bei der Erkrankung des Wurmfortsatzes spielen. Als zweiter Faktor kommt hinzu, daß im vergleichbaren Ausland die Simultan-Appendektomien sehr viel häufiger durchgeführt werden als bei uns. Man versteht darunter die Entfernung des Wurmfortsatzes bei Operationen aus anderen Anlässen. Den Hauptanteil der Todesfälle stellen die höheren Altersklassen, die eben nicht schon in jungen Jahren ihren Wurmfortsatz entfernen ließen und daher häufiger eine Alters-Appendizitis bekommen. Es kommt noch ein dritter Faktor hinzu, und das ist die schulmäßig in unserem Lande bisher relativ großzügig gestellte Indikation. An ihr wirken Hausarzt und der operierende Chirurg mit. Sie gründet sich auf eine Diagnose oder zumindest einen Verdacht. Und hier beginnen die Schwierigkeiten, denn die Differentialdiagnose der Appendizitis ist auch heute noch eine der schwierigsten in der Chirurgie.

Zunächst zur Anamnese: Wie lange darf man vom Beginn der ersten Krankheitszeichen bis zur Operation warten, ohne eine Perforation zu riskieren? Hier kann nur als Hinweis gelten, daß bereits nach zwölfstündiger Krankheitsdauer eine Perforation möglich ist. Eine sehr ausführliche Datensammlung bei fast 900 Patienten zeigt, daß nur die Summation mehrerer Symptome, subjektive wie objektive, unter denen Appetitlosigkeit, Übelkeit, Brechreiz und Klopfeschmerz im rechten Unterbauch an erster Stelle stehen, die Verdachtsdiagnose rechtfertigen. Freilich kann der peritoneale Schmerz beim Beklopfen oder bei Erschütterung der Bauchdecken bei einer retrozökal gelegenen Appendizitis fehlen. Hier ist aber das Psoaszeichen fast immer positiv, meist auch die rektale Untersuchung auf Druckschmerz im Douglas. Welchen Schwierigkeiten man bei der Diagnose gegenübersteht, zeigen die histologischen Befunde, da nur bei 41 Prozent der Kinder und Erwachsenen eine akute eitrige Appendizitis wirklich vorlag.

Noch eine Bemerkung zur Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik bei der Diagnose der Appendizitis und der Indikation zur Appendektomie: An der Tübinger Klinik wird grundsätzlich kein Patient nach Hause geschickt, der vom Hausarzt wegen Verdachts auf Appendizitis eingewiesen wurde. Mit dieser Einstellung wird vermieden, daß der Hausarzt sich durch eine Zurückweisung des Patienten brüskiert fühlt oder daß der Patient an den diagnostischen Fähigkeiten seines Hausarztes zweifelt. Die Indikation zur Appendektomie wurde eingeschränkt und man wartet in unklaren Fällen mit subakuten Symptomen ab, in welche Richtung sich das Krankheitsbild entwickelt. Hier wie bei allen Fällen von akuten Abdomen, ist nicht die einmalige Untersuchung, sondern die Beobachtung des Verlaufs entscheidend. In vielen Fällen bilden sich die Symptome rasch zurück, so daß die Operation überflüssig erscheint. Ob und wann dann ein neuer akuter Schub auftritt, muß offen bleiben. Ein appendizitisches Infiltrat wird zunächst sorgfältig stationär beobachtet. Selten kommt es dabei zu einer freien Peritonitis, häufiger bildet sich das Infiltrat unter feuchtwarmen Wickeln zurück. Solche Fälle sollten dann im freien Intervall, etwa nach einem viertel Jahr, operiert wer-

den, da Rezidive zu erwarten sind. Es würde die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis erleichtern, wenn der einweisende Kollege dem Patienten nicht sagt: „Sie müssen sofort operiert werden“, sondern lediglich den Verdacht auf eine akute Appendizitis äußert und dem Chirurgen die Entscheidung für oder gegen die Operation überläßt. So kann eine kollegiale Desavouierung vermieden werden.

Privatdozent Dr. B. Husemann, Erlangen:

Chirurgische Behandlung der Fettsucht

Die extreme Adipositas stellt nicht nur ein medizinisches, sondern vor allem ein soziales, psychologisches und wirtschaftliches Problem dar. Die konservative Therapie durch Kalorienreduktion und Steigerung des Kalorienverbrauchs hat bei geringgradigem Übergewicht gute Erfolge. Bei Fettsucht von mehr als 30 Prozent über dem Broca-Wert erreichen jedoch nur 30 Prozent aller Patienten ihr Normalgewicht. Handelt es sich um extreme Adipositas von über 90 Prozent Übergewicht, haben nur fünf Prozent aller Patienten eine Chance, von ihrem Übergewicht auf Dauer befreit zu werden. Auch die alleinige psychologische und somatische Betreuung kann keine Dauererfolge vorweisen. Wahrscheinlich trägt die psychosomatische Behandlung nur zur Stabilisierung des durch andere medizinische Maßnahmen erreichten Gewichtes bei. Aus diesem Grunde suchen immer mehr Patienten Hilfe bei Chirurgen. Dieser kann:

1. Fettdepots reseziieren, wodurch das Übergewicht nicht wesentlich beeinflussbar ist. Die Hauptindikation zu solchen operativen Verfahren ist die Korrektur der entspeicherten Bauchdecken nach erfolgreicher Gewichtsreduktion,
2. durch Jejunioleostomie eine Malabsorption erzeugen, eine Methode,

die zugunsten einer anderen verlasen worden ist, nämlich

3. eines Magen-Bypass, wodurch die Möglichkeit, Nahrung aufzunehmen, stark eingeschränkt wird. Aus dem Magenfundus wird ein kleines Reservoir von 100 bis 150 ml gebildet, das über eine enge Anastomose mit einem Durchmesser von 9 bis 12 mm nur verzögert entleert werden kann. Im Gegensatz zur Jejunioleostomie ist der Magen-Bypass chirurgisch technisch wesentlich aufwendiger und schwieriger durchführbar. Sorgfältige chirurgische Technik kann Komplikationen jedoch vermeiden.

Mit den beiden letztgenannten Verfahren wird das vom Patienten erwünschte Ergebnis, die effektive Gewichtsreduktion, erreicht. Nach 18 Monaten schwankt das Gewicht um den Broca-Wert. Die Verbesserung der Stoffwechsel, vor allem im Kohlenhydrat- und Fetthaushalt, tritt bei beiden Verfahren ein. Der Eiweißhaushalt ist, wenn keine Komplikationen eintreten, nicht beeinflusst. Auch die Vitaminwerte sinken mit Ausnahme des Karotins nicht ab. Die entscheidende Frage der chirurgischen Therapie des extremen Übergewichts ist die Häufigkeit von schwerwiegenden Komplikationen. Die Operationsletalität beträgt weniger als ein Prozent. Gravierender sind die Spätfolgen nach Jejunioleostomie. Wegen des chronischen Wasser- und Elektrolytverlustes ist eine konsequente Substitution, vor allem von Kalium und Kalzium, notwendig. Die Kalziumsubstitution muß lebenslang erfolgen, um der zu erwartenden Kalziumoxalat-Enteropathie mit Nierensteindisposition vorzubeugen. Die Kaliumsubstitution ist erst bei einer Stuhlfrequenz von zwei- bis dreimal pro Tag nicht mehr notwendig. Die bei der Jejunioleostomie auftretende Fettleber mit erhöhten Transaminasen tritt beim Magen-Bypass nicht auf, die Transaminasen sinken nach der Operation ab. Die Gesamtletalität der Jejunioleostomie beträgt in Erlangen bei einer Beobachtungszeit von nun mehr als acht

Jahren 2,3 Prozent für fünf Jahre. Dieser Wert muß mit der statistischen Absterberate für die gleiche Altersgruppe von 1,7 Prozent für fünf Jahre verglichen werden und darüber hinaus muß noch berücksichtigt werden, daß es sich in diesem Fall um einen durch die extreme Adipositas erheblich gefährdeten Kranken mit einer höheren Absterbequote handelt. Nach Anlegen eines Magen-Bypass sind ähnliche Komplikationen nicht zu erwarten. Im Vordergrund stehen hier die Folgen der Magenresektion. Ein Dumping-Syndrom ist wegen der engen Anastomose unwahrscheinlich. Nach Mason kommt es zu einem Anastomosenulkus bei 1 : 193 Patienten pro Jahr. Die Vielzahl der Komplikationsmöglichkeiten veranlaßt die Erlanger Chirurgen, die Indikation zur chirurgischen Therapie der extremen Adipositas besonders sorgfältig zu prüfen. Nur bei mehr als 100 Prozent Übergewicht ist ein chirurgisches Vorgehen angezeigt. Korrigierbare metabolische Störungen, wie Kohlenhydratintoleranz oder Erhöhung der Triglyzeride, sekundäre Folgen des Übergewichts, erleichtern den Entschluß zur Operation. Mehrere Kuren, am besten unter stationären Bedingungen, sollten vorausgegangen sein. Zusammenfassend muß also gesagt werden, daß die chirurgische Therapie der extremen Adipositas nicht eine Standardtherapie ist, sondern nur eingesetzt werden sollte, wenn alle anderen Maßnahmen versagen.

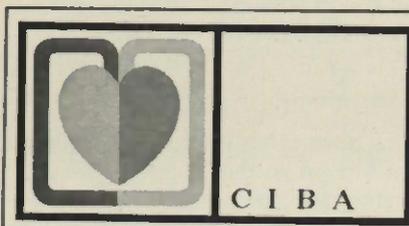
Professor Dr. D. Kummer, Tübingen:

Ärztliche Nachsorge nach Operationen

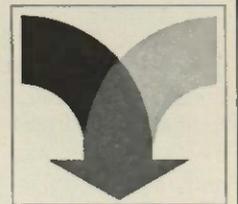
Hier sollen aus einer unübersehbaren Fülle nur einige Beispiele gegeben werden, die eine besonders intensive Zusammenarbeit von verschiedenen Kliniken und Hausärzten erforderlich macht.

1. Struma

Der euthyreote Knotenkropf wird nach Resektion zur Rezidivprophy-



Adelphan-Esidrix



Volltreffer gegen Entzündungs-

Dolo-Prolixan®, Siegfried GmbH, Fabrik für chemisch-pharmazeutische Produkte, 7880 Bad Säckingen



Zusammensetzung: 1 gelbe Filmtablette (für den Tag) enthält 300 mg Azapropazon-Dihydrat (Prolixan®300) und 60 mg Dextropropoxyphen. 1 blaue Filmtablette (für die Nacht) enthält 200 mg Azapropazon-Dihydrat und 200 mg Phenprobamat (Gamaquil®). **Indikationen:** Zur symptomatischen Behandlung bei entzündlichen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, besonders in extraartikulären Bereichen mit Muskelverspannungen, z. B. HWS-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Periarthritis humeroscapularis, Lumbalgie und Ischialgie sowie bei Gonarthrosen, Coxarthrosen, Spondylosen und Spondylarthrosen; entzündliche Schwellungen nach chirurgischen Eingriffen in folgenden Bereichen: Kiefer, HNO, Orthopädie und Gynäkologie. **Kontraindikationen:** Akute Ulcera ventriculi et duodeni. Myasthenie. Während der Schwangerschaft sollte DOLO-PROLIXAN® nur unter strenger Indikationsstellung verabreicht werden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich können in geringem Maße Nausea, leichte Magenschmerzen, Magendruck zur Beobachtung kommen. Ein Absetzen des Präparats ist aber in den meisten Fällen nicht erforderlich.

Dosierung: Morgens und mittags je eine gelbe, abends zwei blaue Filmtabletten **nach dem Essen** einnehmen. DOLO-PROLIXAN® ist zur Behandlung von akuten Schmerzzuständen auf den genannten Indikationsgebieten bestimmt. Für die Dauertherapie wird empfohlen, auf PROLIXAN®300 überzugehen. **Besondere Hinweise:** DOLO-PROLIXAN® kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen, beeinträchtigen. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol, barbiturathaltigen Präparaten sowie Psychopharmaka (z. B. Phenothiazine, MAO-Hemmer). Bei Patienten unter Antikoagulantien-Therapie ist eine häufigere Bestimmung des Quickwertes bei Anbehandlung mit DOLO-PROLIXAN® zu empfehlen. Bei Leukopenie sowie renalen und hepatischen (auch kardial bedingten) Insuffizienzerscheinungen sollte der Patient sorgfältig beobachtet werden. **Packungen und Preise:** 24 Filmtabletten DM 13,75 m. MwSt., 48 Filmtabletten DM 25,85 m. MwSt., 120 Filmtabletten DM 55,99 m. MwSt., Anstaltspackungen. Verschreibungspflichtig.

laxe schon in der Klinik mit L-Thyroxin behandelt. Diese Therapie muß zu Hause fortgesetzt werden. Die Routinekontrolluntersuchungen werden für die sechste postoperative Woche und den dritten, neunten und 21. Monat nach der Operation empfohlen. Dabei sollten neben der klinischen Untersuchung Serumkalzium, T₃/T₄-Test und TSH-Wert kontrolliert werden. Nach 21 Monaten erfolgt zusätzlich die Anfertigung eines Schilddrüsenzintigramms. Die Hormonsubstitution kann entsprechend der in-vitro-Werte korrigiert werden. Nach dreijähriger Substitution von Schilddrüsenhormonen als Rezidivprophylaxe sollte unter Kontrolle der in-vitro-Werte mit dieser Therapie ausgeschlichen werden. Beim autonomen Adenom ist zunächst keine postoperative Hormonsubstitution angezeigt. Die Kontrolluntersuchungen entsprechen den oben angegebenen, nur daß bei operativ behandelten autonomen Adenomen die Schilddrüsenzintigraphie schon nach der sechsten Woche durchzuführen ist. Die hyperthyreote Struma

wird postoperativ engmaschiger nachkontrolliert. Nach Operation einer Struma maligna muß neben der Thyroxin-Substitution auch ein eventueller Kalziumersatz mit Gabe von AT-10-Tropfen gedacht werden. Daneben ist zu beachten, daß bis zur Anfertigung des Ganzkörperzintigramms in den ersten beiden postoperativen Wochen zum Ausschluß etwaiger jodspeichernder Metastasen die Schilddrüsenhormon-Substitution nicht eingeleitet werden darf.

2. Magen-Duodenalulcus

Neben der klassischen 2/3-Resektion des Magens wird zunehmend häufiger die Vagotomie, vor allem bei jüngeren Patienten, bevorzugt. Etwa ein viertel Jahr nach der Operation sollte der Erfolg der Säurereduktion durch Titrierung des fraktioniert gewonnenen Magensaftes kontrolliert werden. Danach kann, falls noch eine Hyperchlorhydrie besteht, das zu erwartende Rezidivulcus durch medikamentöse Säurereduktion vermeiden helfen. Es kann aber auch sein,

daß inzwischen eine Sub- oder Anazidität besteht, die medikamentösen Ersatz erfordert. Nach 2/3-Resektionen sollten etwa nach zwei Jahren wegen der Gefahr eines Magencarcinoms Nachuntersuchungen in ein- bis zweijährigen Abständen röntgenologisch und endoskopisch erfolgen.

3. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn

Diese Erkrankungen werden zunehmend häufiger und nicht selten ist ein operativer Eingriff notwendig. Es ist bekannt, daß bei beiden Krankheitsbildern eine Dauermedikation von Azulfidinen und eventuell Cortisonpräparaten erforderlich ist. Röntgenologische und endoskopische Kontrollen sollten in drei- bis sechsmonatigen Abständen erfolgen.

4. Karzinome

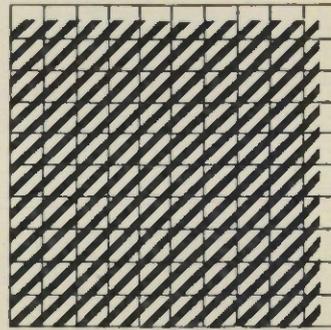
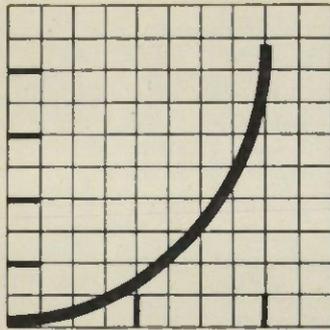
Ganz besonders intensiv und langdauernd muß die Nachsorge von Karzinompatienten sein. Die routinemäßige Erfassung dieser Patienten

gen schmerz

Dolo-Prolixan® rasche, nachhaltige
Hilfe für Ihren Rheumapatienten.

Prompte Wirkung:
44% Besserung
bereits 2 Std.
nach der 1. Gabe.

44%



**Ausgeprägte
Wirkung:**
96% Besserung
bei Patienten mit
starken Schmerzen.

96%

Dolo-Prolixan®

Veil der Rheumatiker prompte Hilfe braucht.

und die Einbestellung in regelmäßigen Zeitabständen zur Kontrolluntersuchung ist an die Krankenblatt-Dokumentation der Klinik gebunden. Es ist dann generell gleichgültig, wer die Untersuchung vornimmt, der Hausarzt oder der Klinikarzt.

Mammakarzinom:

Nach der eingeschränkten Radikaloperation und Nachbestrahlung werden die Patientinnen zunächst vom Strahleninstitut aus zu den Nachsorgeuntersuchungen einbestellt. Ist eine generalisierte Metastasierung nachgewiesen worden, dann wechseln die Patientinnen zur Chemo- oder Hormontherapie über in die onkologische Ambulanz der medizinischen Klinik.

Magen- und Dickdarmkarzinom:

Die Nachsorgeuntersuchungen dieser Patienten obliegt der chirurgischen Klinik. Die Patienten werden nach der Operation insgesamt für einen Zeitraum von zehn Jahren kon-

trolluntersucht, anfänglich in viertel- bis halbjährlichem, zuletzt in zweijährigem Abstand. Wesentlich ist die Beratung und das Gespräch über die Eßgewohnheiten beim gastrektomierten Patienten. Der magenlose Patient muß wissen, daß er zwar stets fünf- bis sechsmal täglich kleinere Mengen zu sich nehmen muß, daß er aber nach einer Anpassungszeit von einem halben Jahr wieder alles essen kann. Es ist ein grundlegender Fehler, wenn man als Arzt durch Diätvorschriften die eigene Unsicherheit, die eigene Ängstlichkeit gegenüber den lehrbuchmäßig zu erwartenden Dumping- und Refluxbeschwerden auf den gastrektomierten Patienten überträgt und ihn tatsächlich zum Krüppel macht. Das einzige Medikament, das man diesen Patienten in zweimonatigen Abständen parenteral verabreichen muß, ist das Vitamin B₁₂ in Dosen von 200 γ . Ganz wesentliche Bedeutung für sämtliche Karzinompatienten hat die sogenannte psychosoziale Nachsorge, d. h. die Beratung über soziale Hilfsmöglichkeiten.

Nach- und Festigungskuren dienen der vollen Rehabilitation des Kranken und werden in der Regel bei Rezidiven oder Weiterwachsen des Tumors abgelehnt. Die BfA genehmigt in den ersten drei Jahren jährlich eine sechswöchige Kur. Die LVA billigt in den ersten fünf Jahren drei Kuren zu je vier Wochen zu. Andere Kassen verhalten sich entsprechend. Kuren können aber auch über andere soziale Einrichtungen beantragt werden: den Vdk, das Müttergenesungswerk, die Arbeiterwohlfahrt, den Caritasverband, die Innere Mission, den paritätischen Wohlfahrtsverband und das Rote Kreuz. Wirtschaftliche Hilfen, wie Krankenkostzulage, Hilfe zur Pflege usw., kommen in der Regel nur besonders Bedürftigen zu. Die Anträge sind beim Stadt- oder Kreisozialamt zu stellen.

Die mögliche Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises ist aus psychologischen Gründen problematisch. Die finanziellen Vorteile – steuerliche Vergünstigungen, Kündigungsschutz u. a. – sind aber so

groß, daß man sie bei Bedürftigen nicht außer acht lassen darf. Der Antrag ist beim zuständigen Versorgungsamt zu stellen.

Ein weiteres Problem ist die Berentung. Auf Antrag können Karzinompatienten mit günstiger Prognose eine Rente auf Zeit für ein bis zwei Jahre, alle anderen eine zeitliche unbegrenzte Rente erhalten. Eine Rente auf unbestimmte Zeit wird ab Diagnosestellung, eine Rente auf Zeit ab der 27. Woche gewährt. Besteht ein Arbeitsverhältnis, so erhält der Patient zunächst Krankengeld, das bis zu 78 Wochen bezahlt wird. In der Regel erlischt mit der Rentengewährung das Arbeitsverhältnis und der Arbeitsplatz geht verloren. Die Frage einer Berentung sollte deshalb bei Berufstätigen besonders sorgfältig überlegt werden. Besteht kein Arbeitsverhältnis und leitet sich der Rentenanspruch aus früher bezahlten Versicherungsbeiträgen ab, sollte baldmöglichst, spätestens innerhalb von drei Monaten, eine Rente auf unbestimmte Zeit beantragt werden.

Referent:

Dr. med. E. Weber, Bahnhofstraße 21, 8581 Creußen

Personalia

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Georg Dausch, Hauptstraße 53, 8452 Hirschau;

Dr. med. Karl Rösch, Vorsitzender der Bezirksstelle Oberfranken und Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Kulmbacher Straße 17, 8581 Heinersreuth;

Dr. med. Rudolf Steininger, Guldenmundstraße 1, 8450 Amberg.

Professor Dr. med. Albert Schretzenmayr, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, erhielt das Ehrenzeichen der österreichischen Ärzteschaft.

Privatdozent Dr. med. Klaus-Rüdiger Trott, Strahlenbiologisches Institut der Universität München, Bavariaring 19, 8000 München 2, wurde von der Deutschen Röntgengesellschaft der Holthusen-Ring verliehen.

Gesundheits-Sozial-Berufspolitik

Statistische Erhebungen in der Arztpraxis

von Dr. Gerhard Till, München

Wenn die Papierflut an Zeitschriften, Werbematerial, Rundschreiben, Informationsbroschüren und anderen Druckerzeugnissen die Arztpraxis zu überschwemmen droht, sieht sich der Arzt gelegentlich zu allem Überfluß auch noch statistischen Fragebogen gegenüber. Häufig besteht Unsicherheit darüber, ob der Fragebogen dem Papierkorb anheimfallen kann oder ob mit dem amtlichen oder zumindest amtlich aufgemachten Erhebungsbogen eine Auskunftspflicht verbunden ist oder ob sich im Falle freiwilliger Angaben die Beantwortung empfiehlt.

Dazu folgende Hinweise:

1. Zunächst ist zwischen statistischen Erhebungen und der damit u. U. verbundenen Beantwortungspflicht einerseits und den auf Rechts- oder Vertragsvorschriften beruhenden, sanktionierten Melde- und Anzeigepflichten andererseits zu unterscheiden. In letzterem Fall hat der Arzt den jeweils zuständigen Stellen – in Betracht kommen im Gegensatz zur Statistik nur öffentliche Stellen – bestimmte Tatsachen mitzuteilen. Dabei ist die Auskunft des Arztes häufig nur im Zusammenhang mit seiner Person oder mit der Person seines Patienten von Interesse. Daher sind bei Melde- und Anzeigepflichten anders als bei statistischen Umfragen anonyme Angaben nicht möglich.

Bedeutsame Anzeige- und Meldepflichten des Arztes bzw. Kassenarztes sind beispielsweise:

– Die Pflicht zur An- und Abmeldung des Arztes beim zuständigen Ärztlichen Kreisverband nach Art. 4 Abs. 6 Bayerisches Kammergesetz i. V. m. der Meldeordnung sowie die Anzeigepflicht nach § 5 der Meldeordnung,

– die Anzeigepflicht gegenüber dem Ärztlichen Kreisverband hin-

sichtlich der Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiter nach § 17 der Berufsordnung,

– die Anzeigepflicht bezüglich Neuerkrankungen und Sterbefällen an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten nach § 3 ff Bundesseuchengesetz,

– die Pflicht zur Meldung von Patienten mit ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten nach §§ 12 und 13 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,

– die Verpflichtung zur Meldung von Schwangerschaftsabbrüchen gemäß Art. 4 des 5. Gesetzes zur Reform des Strafrechts,

– die Verpflichtung zur Anzeige einer Praxisgemeinschaft an die Kammer und die Kassenärztliche Vereinigung nach § 19 der Berufsordnung bzw. § 33 der Zulassungsordnung/Ärzte,

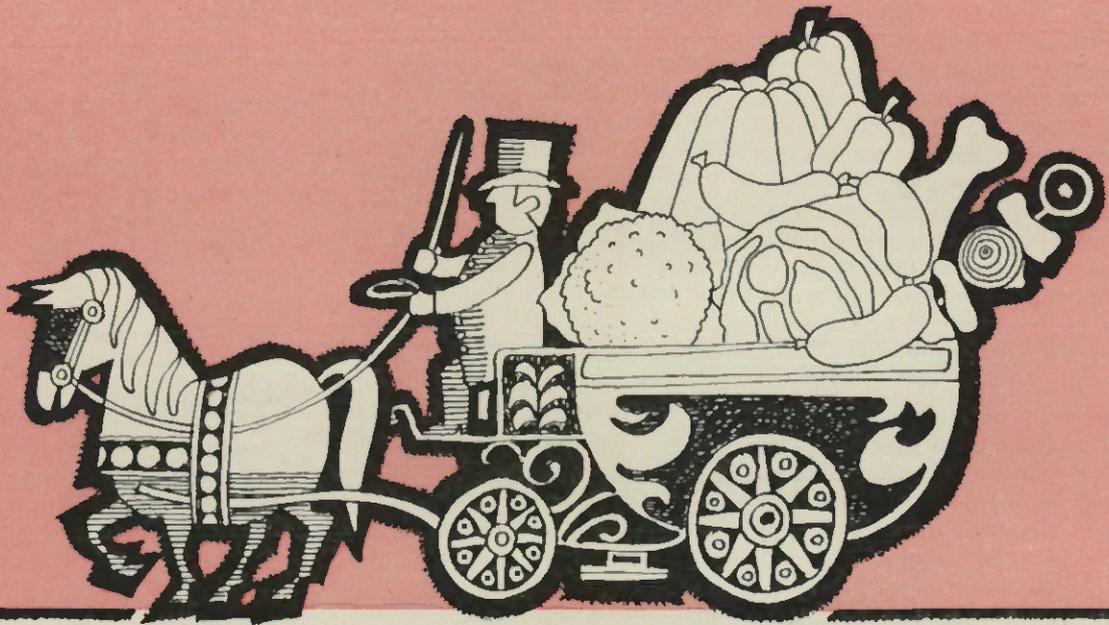
– die Pflicht des Kassenarztes gegenüber der Krankenkasse zur Mitteilung über die Feststellung von Behinderungen und Anregung von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 368 s RVO.

Teilweise dienen derartige Melde- und Anzeigepflichten jedoch in erster Linie zur Erstellung von Statistiken. So steht etwa bei der Verpflichtung der direkten Meldung von Schwangerschaftsabbrüchen der statistische Zweck im Vordergrund. Bei anderen Meldepflichten fällt die statistische Auswertung als Nebenprodukt an.

Die Meldung der Neuerkrankungen und Sterbefälle an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten nach dem Bundesseuchengesetz werden von den Gesundheitsämtern gesammelt, an das Statistische Landesamt weitergeleitet und hier statistisch ausgewertet. Eine besondere Stati-

ohne Sorgen
essen und verdauen

Pankreaplex[®]



aktiviert die Verdauungs-
sekretion ohne Enzym-
Substitution

wirkt krampflösend

beruhigt die entzündete
Magenschleimhaut

behebt Flatulenz und
Meteorismus

Indikationen: Sekretionsschwäche von Magen, Leber und Pankreas, Inappetenz, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meteorismus, Flatulenz, Roemheld-Komplex, Dysbakterie, Intestinale Begleitsymptome bei Diabetes.

Zusammensetzung: Percolat. 1 = 10:
Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml,
Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml,
Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin.
hydrol. 0,5 g, Corrigentia ad 20 ml.
1 Dragée entspricht 10 Tropfen Liquidum.

Preise: Packungen: 60 Dragées 6,06 DM,
150 Dragées 12,16 DM, 20 ml Liquidum 6,06 DM,
50 ml Liquidum 12,16 DM
(Stand: 1. September 1979)

 **Schaper & Brümmer**
Salzgitter-Ringelheim

stik wird für tuberkulose Erkrenkungen geführt. Nebenzweck der Meldungen von Patienten mit ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten an die Gesundheitsämter ist die Erstellung einer Statistik durch des Bayerische Statistische Landesamt. Statistiken werden auch aus den Meldungen der behandelnden Ärzte bzw. Hebammen über erkennbare Fehlbildungen bei Neugeborenen bzw. aus den an die Gesundheitsämter übermittelten Leichenschau-scheinen (Todesursachenstatistik) erstellt.

Mitteilungen aufgrund verbindlicher Melde- und Anzeigepflichten können behördliche Maßnahmen begünstigender oder belastender Art gegenüber dem Anzeigenden oder bestimmten dritten Personen zur Folge haben. Demgegenüber sind statistische Erhebungen nie daraufhin angelegt, Konsequenzen gegenüber der Person des jeweiligen Befragten aus dessen speziellen Angaben nach sich zu ziehen. So gesehen erscheint die Mitwirkung an statistischen Erhebungen durch den Befragten zunächst harmlos.

2. Über Sinn und Unsinn statistischer Erhebungen nachzudenken ist insoweit müßig, als gesetzliche Mitwirkungspflichten für den Arzt bestehen. Eine derartige Verpflichtung statuiert in allgemeiner Form § 10 des Gesetzes über die Statistik für Bundeszwecke (Statistikgesetz). Danach sind angeordnete Fragen wahrheitsgemäß, vollständig, fristgemäß und in der Regel unentgeltlich zu beantworten und zwar denjenigen Stellen und Personen gegenüber, die mit der Durchführung einer Bundesstatistik betraut sind (§ 11 Statistikgesetz). Wer die Auskunft vorsätzlich oder fahrlässig, ganz oder teilweise verweigert, nicht rechtzeitig, unrichtig oder unvollständig erteilt, begeht eine Ordnungswidrigkeit, die mit einer Geldbuße bis zu 10 000,- DM geahndet werden kann (§ 14 Statistikgesetz). Eine dergestalt erzwingbare Auskunftspflicht folgt jedoch nur aus statistischen Umfragen, die durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes (etwa durch Verordnung) angeordnet werden.

Solche Erhebungen werden überwiegend durch die Landesbehörden, meist die statistischen Landesämter, durchgeführt. Dies gilt nach der ver-

fassungsrechtlichen Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern (Art. 83 Grundgesetz) auch für Bundesstatistiken, soweit deren Durchführung nicht kraft Gesetzes Bundesbehörden unmittelbar (Statistisches Bundesamt) übertragen ist. So fallen etwa statistische Erhebungen über das Liquidationsverhalten des Arztes gegenüber Privatpatienten (Statistik für Verbraucherpreise), die für ausgewählte, typische ärztliche Leistungen gemäß § 2 Ziff. 3, 4 des Bundesgesetzes über die Preisstatistik durchgeführt werden, in die Zuständigkeit der Länder (VGH Kassel, 21. 3. 1977, NJW 1977, S. 2131). Soweit danach das Statistische Bundesamt zur Durchführung von Bundesstatistiken nicht zuständig ist, besteht ihm gegenüber keine Beantwortungspflicht. Die Länder bestimmen die für die Durchführung von statistischen Erhebungen zuständigen Behörden. In Bayern ist es das Statistische Landesamt, das gesetzlich zur zentralen Stelle für die gesamte amtliche Statistik bestimmt worden ist.

3. Hier stellt sich nur die Frage, wie der Arzt, der sich einer statistischen Umfrage gegenübersteht, erkennen kann, ob es sich um eine Statistik handelt, bei der vorerwähnte Auskunftspflicht besteht. Nachstehend einige Anhaltspunkte, die für die Auskunftspflicht sprechen, auch wenn hierauf nicht ausdrücklich hingewiesen wurde:

Derartige offizielle statistische Umfragen werden mittels amtlicher Formblätter durchgeführt, die die erhebende Behörde mit Namen und Anschrift ausweisen und die Rechtsgrundlage für die Erhebung aufführen. Wenn solche Erhebungsformblätter staatlicher Stellen in Bayern nicht schon in ihrer Gestaltung gesetzlich vorgeschrieben sind, muß auf ihnen noch folgender Genehmigungsvermerk angebracht sein: „Genehmigt vom Statistischen Landesauschuß am Nr.“. Artikel 10 des Bayerischen Gesetzes zur Vereinheitlichung und Vereinfachung der Statistik bestimmt sogar, daß Erhebungsformblätter, die diesen Genehmigungsvermerk nicht tragen, von den Befragten zurückzuweisen sind.

Setzt die erhebende Behörde Mitarbeiter zur Befragung ein, so wird deren Besuch in der Regel durch die

Behörde vorher schriftlich angekündigt. Auf jeden Fall müssen diese Personen mit amtlichen Ausweisen ausgestattet sein, die sie als Auskunftsberechtigte kennzeichnen.

Verbleiben dennoch Zweifel über die Berechtigung einer Umfrage bzw. über die Verpflichtung, die geforderten Angaben zu machen, kann der Befragte vor der Beantwortung der Fragen Auskunft von der erhebenden Stelle über die Rechtsgrundlage und die eventuell bestehende Auskunftspflicht fordern.

4. Meistens werden Statistiken aber auf der Basis freiwilliger Auskünfte erhoben. Neben öffentlichen Stellen sind es überwiegend Privat-institute, die diese Umfragen starten. Soweit öffentliche Stellen Bundesstatistiken durchführen, die auf freiwilligen Auskünften beruhen, muß auf die Freiwilligkeit der Beantwortung hingewiesen werden (§ 7 Abs. 2 Statistikgesetz). In Bayern bedürfen staatliche Stellen für ihre statistischen Erhebungen der Genehmigung durch einen besonderen interministeriellen Ausschuß. Körperschaften des öffentlichen Rechts (auch Gemeinden, Landkreise und Bezirke) sowie private Institute und Unternehmen müssen die von ihnen durchgeführten Umfragen allerdings nur anzeigen. Dadurch gestaltet sich die behördliche Kontrolle statistischer Erhebungen durch nichtstaatliche Stellen lückenhaft.

Bei der Beantwortung statistischer Umfragen auf freiwilliger Grundlage ist eine differenzierte Betrachtung angebracht. Statistiken können durch entsprechende Auswertung, Aufbereitung und Darstellung in der Öffentlichkeit zum Gegenstand gefährlicher Manipulationen und subtiler Meinungsmache mißbraucht werden. Der Arzt sollte daher statistischen Erhebungen kritisch gegenüber stehen, auch wenn es sich nicht um Umfragen von Instituten und Wirtschaftsunternehmen zu privaten Zwecken, sondern um aufwendige Großprojekte der Gesundheits- und Struktur-forschung der öffentlichen Hand handelt. Dennoch wäre es kurzsichtig, die freiwillige Beantwortung statistischer Umfragen in jedem Falle abzulehnen. Dies gilt vor allem dann, wenn die erhebende Stelle eine ärztliche Institution (z. B. eine Kammer oder Kassenärztliche Vereinigung) oder eine

Eudyna®

Vitamin-A-Säure

Überlegene Monotherapie der Akne mit pathogenetisch relevantem Angriffspunkt

Eudyna®
löst Komedonen
fördert den Talgfluß
wirkt der Narbenbildung
entgegen

»Nur eine unkomplizierte Behandlung verspricht einen Erfolg. Die galenische Zubereitung von Eudyna® 0,05%ig als Gel und Creme wird den verschiedenen Hauttypen gerecht.«

(K. Ewert, unveröffentlichter Prüfbericht)

Eudyna® Gel für fettige Haut • Eudyna® Creme für fettarme Haut

Zusammensetzung: Eudyna Gel: 100,0 g alkoholhaltiges Gel enthalten 50 mg Tretinoin (Vitamin-A-Säure); Eudyna Creme: 100,0 g Cremegrundlage enthalten 50 mg Tretinoin (Vitamin-A-Säure). **Indikationen:** Akne comedonica, Akne venenata (Halogenakne, Steroidakne, medikamentös oder durch Kosmetika ausgelöste Akne), Elastoidosis cutanea nodularis (Kolloidmilium). **Kontraindikationen:** Akute Dermatitis, akutes Ekzem. **Nebenwirkungen:** Die therapeutische Wirkung kann mit Rötung der Haut, Spannungsgefühl und evtl. Juckreiz und Brennen verbunden sein. Auch die Umwandlung von Mitesserpropten in kleine Pusteln zeigt den Wirkungseintritt an. Die Reizerscheinungen und Pusteln verlieren sich im weiteren Verlauf der Behandlung.

Besondere Hinweise: Exposition der behandelten Körperstellen gegenüber Sonnen- bzw. künstlicher Ultraviolett-Bestrahlung (z. B. Höhensonne, Solarien) ist während der Behandlung möglichst zu vermeiden. Dieser Hinweis gilt besonders für jenen Personenkreis, der berufsmäßig langdauernder Sonneneinstrahlung ausgesetzt ist sowie für Patienten, die aufgrund familiärer Veranlagung eine große Lichtempfindlichkeit aufweisen und zur Entwicklung von Sonnenlicht induzierten Hautschäden neigen. Patienten mit Sonnenbrand sollten diesen vor Beginn der Behandlung mit Tretinoin-haltigen Präparaten abheilen lassen. Eudyna sollte nicht mit den Augen in Berührung kommen. Wiederholte Applikation von Eudyna auf die Haut um Mund- und Nasenwinkel ist zu unterlassen. Der Gebrauch von Hautpflegemitteln, Kosmetika oder Rasierwasser sollte möglichst unterbleiben. Bei Vorliegen stark entzündlicher Varianten der Akne (Pusteln) erhöht eine zeitweilige zusätzliche Behandlung mit antibakteriellen Mitteln (z. B. Tetracycline, Supristol®) den Erfolg der lokalen Tretinoin-Therapie. Die äußere Behandlung der Akne mit Eudyna wird durch eine vitaminreiche, fettarme Kost und durch Regulierung der Verdauung unterstützt. **Dosierung und Anwendungsweise:** Eudyna Creme bzw. Eudyna Gel soll morgens und abends nach gründlicher Reinigung auf die erkrankten Hautbezirke aufgetragen werden. Die Häufigkeit der Anwendung von Eudyna ist der Schwere des Krankheitsbildes anzupassen und soll auch im weiteren Verlauf der Behandlung vom Arzt bestimmt werden. Die tägliche Hautreinigung erfolgt mittels Waschen unter reichlicher Verwendung körperwarmen Wassers und ggf. einer milden Seife. Wegen der Gefahr einer Keimverschleppung oder Neuinfektion sollte auf Weschlappen und Schwamm verzichtet werden, solange noch eitrige Aknepusteln vorhanden sind. Bei Jugendlichen im akne-vulgaris-gefährdeten Alter kann eine vorbeugende Weiterbehandlung mit verminderter Häufigkeit der Applikation angebracht sein. Im allgemeinen ist mit Beseitigung der Effloreszenzen die Behandlung der Akne vulgaris mit Eudyna bei 20-25-jährigen Patienten abgeschlossen. **Packungsgrößen und Preise (einschl. MwSt.):** Eudyna Gel: O.P. Tube mit 20 g DM 8.-, A.P. 200 g (10 Tuben mit 20 g); Eudyna Creme: O.P. Tube mit 20 g DM 8.-, A.P. 200 g (10 Tuben mit 20 g). (Stand: 1. Juli 1979)



NORDMARK-WERKE GMBH
HAMBURG
Werk Uetersen/Holstein

im Auftrag ärztlicher Institutionen tätig werdende Einrichtung (z. B. das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland) ist und der Erhebungsbogen dies klar erkennen läßt. Hier liegt es vielmehr im Interesse eines jeden Arztes, die notwendigen Daten und Angaben zu liefern. Der Arzt kann dabei sichergehen, daß seine Angaben nicht gegen die Interessen von Arzt und Patient verwertet werden. Die ärztlichen Institutionen sind zur Erfüllung ihrer gesetzlichen bzw. satzungsmäßigen Aufgaben auch auf statistisches Material ihrer Mitglieder angewiesen. Erhebung und Aufbereitung dieses statistischen Materials erfolgt bei ihnen zu internen Zwecken, wie etwa der Unterrichtung und Beratung des Arztes selbst, zur Wahrung der Belange der Ärzteschaft und der Patienten in der berufs- und gesundheitspolitischen Auseinandersetzung oder zur sachgerechten, objektiven Information der Öffentlichkeit.

5. Bei der statistischen Erhebung werden häufig Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse der Befragten gefordert. Für Bundesstatistiken bestimmt daher § 12 Statistikgesetz, daß diese Einzelangaben einer besonderen Geheimhaltungspflicht unterliegen. Sie dürfen als Einzelangaben nicht veröffentlicht und an andere Stellen nur weitergegeben werden, soweit dies in den die Statistik anordnenden Rechtsvorschriften zugelassen und in den Erhebungsvordrucken angegeben worden ist. Nicht mehr der Geheimhaltung der erhebenden Behörde unterliegen allerdings aus den Einzelangaben zusammengefaßte Ergebnisse einer statistischen Erhebung. Die Geheimhaltung ist auch gewährleistet bei Erhebungen der ärztlichen Institutionen und der in ihrem Auftrag tätigen Einrichtungen.

6. Abschließend bleibt darauf hinzuweisen, daß der Arzt anläßlich einer statistischen Erhebung, gleichgültig, ob sie auf einer Auskunftspflicht beruht oder auf freiwilliger Basis durchgeführt wird, keine Angaben machen darf, die dem ärztlichen Berufsgeheimnis unterliegen (z. B. patientenbezogene Diagnose und Behandlungsweise oder sonstige Angaben über den Patienten). Insofern geht das Berufsgeheimnis auch der gesetzlichen Auskunftspflicht vor (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Statistikgesetz).

Verbesserung der Zusammenarbeit der Ärzte mit den ambulanten Pflegekräften der Nachbarschaftshilfen und Sozialstationen

Der 32. Bayerische Ärztetag 1979 in Bad Tölz hat folgende EntschlieÙung gefaßt:

Die wachsende Zahl der pflegebedürftigen Menschen durch die Überalterung der Bevölkerung, die Zunahme der Behinderten auch durch Verkehrsunfälle, die Zunahme der psychisch Kranken macht mehr Betreuung und Pflege durch ambulante soziale Dienste notwendig. Zudem wollen 95 Prozent der alten Menschen – so hat eine Befragung ergeben – ihren Lebensabend nicht in einem Pflegeheim, das sie meist gar nicht finanzieren können, verbringen. Ambulante Versorgung bringt auch einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen durch Verkürzung der Krankenhausverweildauer und der geringeren Inanspruchnahme der Altenpflegeheime.

Die niedergelassenen und Krankenhausärzte müssen um die Existenz der ambulanten Hilfen in ihrer Wohngegend, der Nachbarschaftshilfen mit ehrenamtlichen Helfern, der Sozialstationen, der ambulanten Pflegestationen, der „Essen auf Rädern“-Dienste usw. wissen und mit ihnen eng zusammen arbeiten. Sie müssen aber auch bereit sein, die Führung von Nachbarschaftshilfen und Sozialstationen zu übernehmen oder in ihren Beiräten mitzuarbeiten. Eine Verstärkung der Zusammenarbeit der Ärzte mit den Schwestern und Helfern und der sachkundige Rat der Ärzte ist für die Verbesserung und Ausgestaltung der ambulanten Pflegedienste unentbehrlich.

Zehn Prozent der Kranken werden in der Bundesrepublik im Krankenhaus, 90 Prozent zuhause behandelt. Dabei nehmen durch die Überalterung der Bevölkerung, durch die vielen Behinderten infolge von Verkehrsunfällen, durch die psychisch Kranken, die Pflegebedürftigen und die Gelähmten die schwereren Erkrankungsfälle erheblich zu. Der Arzt, der zum Besuch gerufen wird oder den Patienten behandelt, kommt ohne Hilfe nicht aus. Vielfach sind die Angehörigen in der Arbeit, können oder wollen sich nicht um den Kranken und Pflegebedürftigen kümmern. So liegt der Patient tags-

über und nachts allein zuhause oder wird von einem selbst oft hilflosen alten Ehepartner betreut. Wenn nach den Berechnungen die über 75jährigen in der Bundesrepublik von 1975 bis 1990 um ca. 30 Prozent, nämlich von 2 910 000 auf ca. 3 759 000, zunehmen und man nach der Erfahrung davon mit fünf Prozent schweren Pflegefällen rechnen muß, so braucht man dafür nicht nur in der nächsten Zeit 50 000 bis 60 000 neue Pflegebetten (psychiatrische Fälle, chronisch Kranke, Gelähmte), man braucht auch mehr ambulante Alten- und Krankenhilfe (1).

Es sind dies die Helfer und Schwestern der Sozialstationen, der ambulanten Pflegestationen, der Nachbarschaftshilfen, mit denen in Zukunft der niedergelassene Arzt mehr und besser zusammenarbeiten muß. Er muß von ihrer Existenz wissen, muß auch ihre Arbeit für seine Patienten (z. B. Insulin-injektionen, Verbände usw.) beaufsichtigen und Ratschläge für die Helfer geben. Die ambulanten Kranken- und Altenhilfen vermitteln meist nicht nur ambulante Krankenpflege, sie kümmern sich auch um ein warmes Essen für Bettlägerige (Essen auf Rädern), häufig gibt es einen Wäsche-Waschdienst, meist auch Verleihung von Krankenhilfsmitteln (Rollstühle, Bettgalgen, Bettschüsseln usw.).

Es ist nicht nur notwendig, daß der niedergelassene Arzt von der Existenz dieser Einrichtungen weiß und mit ihnen zusammenarbeitet, auch die Krankenhausärzte müssen davon Bescheid wissen, vor allem wenn sie einen noch pflegebedürftigen Patienten nach Hause entlassen wollen. Sie sollten sich vorher schon mit den ambulanten Pflegekräften über den Patienten unterhalten und Pflege und Essensversorgung schon vorher regeln.

Die Nachbarschaftshilfen, die Sozialstationen und ambulanten Pflegestationen fördern Humanität und Nächstenliebe in einer Zeit, in der

(Fortsetzung Seite 172)

Alternative zu § 218

Haus für das Leben: Eine Chance für Mutter und Kind



Dr. med. Manfred Krätzschar,
Wiesenfelden, 1. Vorsitzender des
Vereins „Haus für das Leben“

Aus dem Protest der niederbayerischen Ärzte, die sich gegen die Eskalation der Abtreibung aus sozialen Gründen gewandt haben, ist eine konkrete Hilfestellung geworden: In Straubing wurde ein Verein „Haus für das Leben“ gegründet, der sich zum Ziel gesetzt hat, ein Haus zu bauen, in dem in Not geratene Schwangere aufgenommen und betreut werden.

Der Vorstandschaft zur Seite steht ein 40köpfiges Kuratorium, dem neben zahlreichen Vertretern der Ärzteschaft auch namhafte Persönlichkeiten aus dem öffentlichen Leben in Niederbayern und der Oberpfalz angehören. Erster Vorsitzender des Kuratoriums wurde Staatsminister für Landesentwicklung und Umweltfragen A. Dick.

In einer ersten Aktion des Vereins ging an alle Ärzte in Niederbayern und der Oberpfalz ein Spendenaufruf. Die Reaktion der ostbayerischen Ärzte war beachtlich: Über DM 60 000 wurden spontan gespendet. Nachdem der Rotary-Club Straubing weitere DM 60 000 zur Verfügung stellte, ist der junge Verein inzwischen so-

weit, an die Verwirklichung des Projektes gehen zu können.

Besonders wichtig ist es aber auch, möglichst viele Vereinsmitglieder zu gewinnen. Denn diese sollen durch eine freiwillige jährliche Spende, deren Höhe sie selbst festsetzen, den Betrieb des Hauses mitfinanzieren.

Das „Haus für das Leben“ soll als Appartementhaus gebaut werden. Mutter und Kind sollen getrennte Räume, Naßzellen und Küche zur Verfügung haben. Die Bewohner sollen sich eine neue Existenz aufbauen können. Deshalb sieht der Verein es auch als eines seiner Ziele an, die Frauen nicht nur optimal zu betreuen und zu beraten, sondern ihnen z. B. auch eine Arbeitsstelle zu vermitteln, wenn Bedarf besteht. Deshalb wird dem „Haus für das Leben“ als wesentlicher Bestandteil auch eine Kinderkrippe angegliedert, in der die Kinder versorgt werden, während die Mütter berufstätig sind. Die Mütter können in dem „Haus für das Leben“ wohnen, bis ihre Kinder Kindergartenalter erreicht haben oder aus anderen Gründen die Hilfe des Hauses nicht mehr benötigen. In der An-

fangsphase soll das Haus Platz für zehn bis zwanzig Frauen und Mädchen bieten.

Der Verein „Haus für das Leben“ e. V. sieht seine Aufgabe neben der Erstellung des Hauses auch in der Information und Aufklärung der Bevölkerung. Ein nichteheliches Kind darf nach Meinung des Vereins nicht länger als „Schande“ gelten. Die Einstellung der Gesellschaft zu Mutter und Kind muß sich grundlegend zum Positiven ändern. Abtreibung darf nicht zur Methode der Geburtenkontrolle werden. Das „Haus für das Leben“ soll Mutter und Kind eine Chance geben. In seiner Ausrichtung ist es beispiellos in der Bundesrepublik. Wenn es sich bewährt, wird es nicht beispiellos bleiben! Wer dem Verein beiträgt oder für das „Haus für das Leben“ spendet, hilft dabei mit und schützt das ungeborene Leben!

Spendenbeträge können auf das Kto. Nr. 23000 bei der Volksbank Straubing (BLZ 742 900 00) sowie bei der Stadtsparkasse Straubing Kto. Nr. 34 (BLZ 742 500 00) eingezahlt werden.

Spendenbescheinigung für das Finanzamt wird umgehend übersandt.



Bitte ausschneiden und einschicken an Verein „Haus für das Leben“ e. V., Obere Bachstraße 20, 8440 Straubing

Beitrittserklärung

ich,
(Vorname, Nachname, Wohnort, Straße, Hausnummer)

erkläre hiermit bis auf Widerruf meinen Beitritt zum

Verein Haus für das Leben e. V., Obere Bachstraße 20, 8440 Straubing

Ich unterstütze die gemeinnützigen Ziele des Vereins mit einer jährlichen Spende von DM.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

diese Begriffe nicht mehr so hoch bewertet werden. Auf einer Tagung des Hertmannbundes in Niedersachsen forderte der niedersächsische Sozialminister Hermann Schnipkowitz (2) die Ärzteschaft auf, die Führung von Sozialstationen zu übernehmen oder in ihren Beiräten tätigen Pflegekräften mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Besonderes Augenmerk sollten die frei praktizierenden Ärzte auf die Gründung, Leitung und Unterstützung von Nachbarschaftshilfen legen, die mit ehrenamtlichen und freiwilligen Kräften erarbeiten und unbürokratisch und selbstlos sich der Alten und Kranken annehmen.

Nach der letzten Statistik des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung gab es in Bayern 1620 ambulante Pflegeeinrichtungen; diese teilen sich auf in 57 Sozialstationen, 1052 Krankenpflegestationen, 123 Haus- und Familienpflegestationen, 174 Dorfhelferinnenstationen, 5 Altenbetreuungsstellen sowie 209 Nachbarschaftshilfen und Bürgerinitiativen („Soziale Dienste in Bayern“, Dez. 1977) (3).

Daneben wurden 127 Mahlzeiten-dienste, 112 Altenwohnenlagen, 131 Altentagestätten und rund 1600 Altenklubs gezählt. Es hat sich gezeigt, daß ein ansprechendes Netz sozialer Dienste vorhanden ist, andererseits sind jedoch auch noch Lücken in der Versorgung festzustellen.

Mit Recht heißt es in dem Bericht: „Eine bedarfsgerechte Versorgung der bayerischen Bevölkerung in Stadt und Land mit sozialen Diensten gehört zu den vorrangigsten Aufgaben der Staatsregierung. Die ambulante Krankenpflege ist die größte und stärkste Säule der sozialen Dienste.“

Inzwischen sind die Sozialstationen in Bayern auf 72 angestiegen. Nur in acht Bundesländern gibt es Sozialstationen, einige – z. B. Nordrhein-Westfalen – stehen damit erst am Anfang.

Die Helfer und Schwestern der Nachbarschaftshilfen, Sozialstationen und Krankenpflegestationen können für den niedergelassenen Arzt die hervorragendsten und besten Helfer sein, um kranke und vor allem schwerkranke und pflegebedürftige

Patienten in ihrem häuslichen Milieu belassen zu können und zu pflegen. Ihre Hauptaufgabe ist, nicht in der „Sozialstation“ oder „Krankenpflegestation“ sich aufzuhalten, sondern Hausbesuche zu machen und den Kranken in seiner Wohnung zu betreuen (4).

Keine Pflege und keine pflegerische Leistung kann ohne Zustimmung des behandelnden Arztes durchgeführt werden. Die Notwendigkeit der Pflege muß von ihm ausdrücklich bestätigt werden. In der „Rahmenvereinbarung über die Durchführung ambulanter Kranken- und Hauspflege“ vom 21. April 1976, die zwischen den Wohlfahrtsverbänden und den Krankenkassen abgeschlossen wurde, wurde ein eigenes Antragsformular entworfen und zur Vorschreibung gemacht, das immer die Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der Pflege haben muß. § 1 der Rahmenvereinbarung hat folgenden Wortlaut:

„Gegenstand der Vereinbarung:

1. Die caritativen Verbände führen für Anspruchsberechtigte der Krankenkassen in Bayern die ambulante Kranken- und Hauspflege entsprechend dieser Vereinbarung durch. Sie halten das hierfür erforderliche und geeignete Personal (Krankenpfleger, Krankenschwester oder andere Pfleger), sowie die notwendigen Pflegegeräte bereit und übernehmen die Gewähr für eine sachgerechte Betreuung. Bei der Auswahl der Pflegepersonen ist auf die gegebenenfalls notwendige Ausbildung und Berufserfahrung zu achten. *Etwaige ärztliche Anweisungen sind von den Pflegepersonen zu befolgen.*“

Hier ist für den niedergelassenen, vor allem den Hausarzt ein weites und wichtiges Feld. Er muß sich darum kümmern, daß seine Anordnungen einwandfrei und zuverlässig ausgeführt werden und die Behandlung und Pflege seinen Vorstellungen und den Notwendigkeiten entspricht. In der Rahmenvereinbarung der freien Wohlfahrtsverbände mit den Krankenkassenverbänden wurden auch eigene Gebührenvereinbarungen für die Dienstleistungen ausgehandelt, und festgelegt. Die Anlage 1 zur Rahmenvereinbarung über die Durchführung ambulanter Kranken- und Hauspflege hat folgenden Wortlaut (5):

Naprosyn®
Syntex GmbH, 4030 Ratingen

Zusammensetzung:

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

Anwendungsgebiete:

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

Gegenanzeigen:

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

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:

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

Handelsformen und Preise:

20 Kapseln	DM 19
50 Kapseln	DM 43
100 Kapseln	DM 80
10 Supp.	DM 19
20 Supp.	DM 36



SYNTEX

Syntex GmbH · 4030 Ratingen

Naprosyn[®]

Analgesie
ist die erste Hilfe.

Antiphlogose
ist der entscheidende
Punkt.

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



Bewegung ohne Schmerz.

Gebührenvereinbarung

§ 1

Gebührensätze

(1) Behandlungspflege

	Gebühren
1. Injektionen	3,50 DM
2. Verbände anlegen oder wechseln	4,- DM
3. Katheterisierung einschließlich Spülung	5,- DM
4. Einlegen eines Verweilkatheters	5,50 DM
5. Einlauf	3,50 DM
6. Sonstige pflegerische Leistungen (z. B. Tropfen bzw. Spülungen in den Augen, Ohren; Einreibung, Wickel)	2,50 DM

Grundpflege

7. Pflege, höchstens 2mal je Tag berechenbar (z. B. Waschungen, Bäder, Betten, prophylaktische Maßnahmen)	12,- DM
8. Tagwache je angefangene Stunde	6,- DM
höchstens	33,- DM
9. Nachtwache je angefangene Stunde	7,50 DM
höchstens	49,- DM
10. Tag- und Nachtwache höchstens	65,- DM

(2) Soweit Hausbesuche durchgeführt werden, können neben den Gebühren der Positionen 1 bis 6 zusätzlich 5,- DM berechnet werden. Bei der gleichzeitigen Abgabe mehrerer Leistungen an einem Tag ist die Hausbesuchsgebühr nur einmal berechenbar. Neben Position 7 sind gegebenenfalls auch die Gebühren der Positionen 1 bis 6 berechenbar. Die Positionen 1 bis 6 sind neben den Positionen 8 und 9 nicht verrechnungsfähig, soweit die Tag- bzw. Nachtwache mehr als eine angefangene Stunde beträgt.

§ 2

Gebühreninhalt

(1) Mit den in § 1 genannten Gebühren sind sämtliche im Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen erforderlichen Aufwendungen abgegolten (u. a. auch die Versorgung und Sterilisation der bei der Pflege verwendeten Geräte). Dies gilt nicht für ärztlich verordnete Arzneien, Verbandsmaterial und sonstige Heil- und Hilfsmittel, die von den Lieferanten direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden.

(2) Mit den Gebühren für Hausbesuche ist auch der Aufwand für alle im Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen notwendig gewordenen Wege abgegolten. Wegepauschale oder Wagegeld können nicht gesondert berechnet werden.

§ 3

Inkrafttreten

Die Gebührenvereinbarung gilt für alle ab 1. April 1976 erbrachten Leistungen. Sie ist für alle caritativen Einrichtungen und Krankenkassen verbindlich, die ihr durch schriftliche Erklärung beitreten.

§ 4

Kündigung

Die Gebührenvereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens zum 31. Dezember 1977, gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an alle Vertragspartner erfolgen.

Die Gebührensätze sind maßvoll und gerade kostendeckend. Es wird einleuchten, daß selbst intensivste häusliche Pflege samt Besuch des Hausarztes um ein Vieles billiger kommt, als die Pflege und Behandlung im Krankenhaus.

Auch die Entlassung nach der Entbindung könnte viel schneller sein, wenn Kräfte der ambulanten Pflegestationen die Pflege und allerdings dann auch die Haushaltsführung übernehmen. Leider fehlen weitgehend noch solche Kräfte, die häusliche Arbeiten ausführen. In einem Bericht „Sozialstation aus der Sicht des Frauenarztes“ berichtet (6) Professor Dr. W. Föllmer, daß während seiner Tätigkeit als Chefarzt in der Frauenklinik in Tripolis die Wöchnerinnen nicht länger als bis zum dritten Tag nach der Entbindung und Operierte bis zum Entfernen der Fäden im Krankenhaus zu halten waren. „Die Heilungserfolge waren dabei keineswegs schlechter als bei einer ausgedehnten Krankenhausbehandlung. Allerdings kehrte in Tripolis die Patientin in eine gesunde, funktionstüchtige Familie zurück, wo Mütter, Geschwister und Verwandte noch bereit waren, der Kranken alle Arbeit abzunehmen und sie zu pflegen“, schreibt Professor Föllmer. Auch er spricht sich dafür aus, daß wir in der Bundesrepublik mehr Nachbarschaftshilfen mit freiwilligen Helfern gründen und aufbauen sollten. Sie sollten die Arbeit der Sozialstationen stützen. Mit Recht schreibt er: „Durch die ehrenamtlichen Helfer wird die Arbeit dieser Sozialstation gleichzeitig zum echten Kristallisationspunkt mitmenschlicher Hilfe und Begegnung. Die Sorge für den Mitmenschen, die wir nicht nur in den Großstädten

heute so sehr vermissen, wird der Bevölkerung wieder zum Bewußtsein gebracht und als christliche Verpflichtung empfunden werden.“

Sowohl der niedergelassene Arzt wie der Krankenhausarzt müssen um die Existenz der in ihrem Bezirk bestehenden Krankenpflegestationen, Sozialstationen, Nachbarschaftshilfen, „Essen auf Rädern“ usw. wissen und mit ihnen in Kontakt stehen. In kleineren Städten und auf dem Lande ist dies einfacher als in den Großstädten. Hier wird es notwendig sein, eine Zusammenstellung der Hilfsstationen jedem niedergelassenen Arzt und Krankenhausarzt in die Hand zu geben. Es wird hier zweckmäßig sein, Großstädte dann zur besseren Orientierung in Süd, West, Nord, Ost, Mitte und Landkreis aufzuteilen. Eine solche Zusammenstellung ist gerade in München in Vorbereitung. Ein Versuch, darüber hinaus auch noch eine Übersicht über alle sozialen Dienste der Stadt zu geben, war die Herausgabe des Nachschlagewerkes „Wer hilft in München?“ (7).

Je enger der Kontakt der niedergelassenen und Krankenhausärzte mit den örtlichen Nachbarschaftshilfen, Sozialstationen und Krankenpflegestationen wird, um so mehr und besser wird der in der eigenen Wohnung versorgte Patient gepflegt werden können. Und die meisten Kranken – vor allem die Pflegefälle – sind glücklicher und zufriedener in den eigenen vier Wänden und in ihrem Hause, in dem sie doch immer wieder Besuch von Nachbarn und Freunden, vom Pfarrer und von ihrem Hausarzt bekommen.

Schrifttum:

1. E. GRASSL: Altenhilfe und Altenarbeit für die Zukunft. „Das öffentliche Gesundheitswesen“, Sept. 1978.
2. Sozialstationen brauchen die Mitarbeit von Ärzten, in „Der Deutsche Arzt“, Heft 15/16, 1979.
3. Soziale Dienste in Bayern, Teil 2, Ambulante Krankenpflege, hrsg. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Dez. 1977.
4. H.-J. SCHLAUSS: Ambulante Pflegedienste. Sozialstationen: Analysen, Vorschläge, Materialien, Schriftenreihe des Hartmannbundes, 1976.
5. Soziale Dienste in Bayern, S. 42 ff.
6. Prof. Dr. W. FÖLLMER: „Sozialstationen aus der Sicht des Frauenarztes“, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Heft 9/1978.
7. „Wer hilft in München“, hrsg. von E. GRASSL, Verlag Reiners, 1975.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. et phil. Erich Grassl, Allgemeinarzt, Boschatsrieder Straße 75, 8000 München 70

**München —
Technische Universität**

Professor Dr. med. Georg Maurer, em. Ordinarius für Chirurgie, schied auf eigenen Wunsch aus dem Amt als Direktor des Klinikums rechts der Isar aus. Bis zur Bestellung des Nachfolgers hat das Kultusministerium Professor Dr. med. Alfred Oberdorfer, Ordinarius für Klinische Chemie und Pathobiochemie, mit der kommissarischen Wahrnehmung der Aufgaben des Direktors des Klinikums rechts der Isar beauftragt.

apl. Professor Dr. rer. nat., Dipl.-Phys. Reinhardt Rüdel, Institut für Physiologie, wurde zum Professor an der Universität Ulm ernannt.

Privatdozent Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Unfallchirurgische Klinik am Allgemeinen Krankenhaus in Bamberg, wurde die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor verliehen.

Dr. med. Wolfgang Ehrenstein wurde der akademische Grad eines Dr. med. habil., Arbeitsphysiologie, verliehen.

Dr. med. Josef Johannigmann, Frauenklinik und Poliklinik, wurde zum Akademischen Oberrat ernannt.

Professor Dr. med. Hermann Anacker, Ordinarius für Röntgendiagnostik, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde von der Mitgliederversammlung der Deutschen Röntgengesellschaft zum Präsidenten des Deutschen Röntgenkongresses 1981 gewählt.

Professor Dr. med. Otto Braun-Falco, Ordinarius für Dermatologie und Venerologie, Frauenlobstraße 9, 8000 München 2, wurde die Verdienstmedaille des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen verliehen.

Professor Dr. med. Frithjof Hamner, Ordinarius für Anatomie, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40, wurde zum Präsidenten der European Society for Microcirculation gewählt.

Dr. jur. Hans Schmatz †

Der Amtschef des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Ministerialdirektor Dr. Hans Schmatz, ist am 22. Dezember 1979 verstorben. Zwischen Weihnachten und Silvester haben wir ihn zu Grabe getragen.

Die bayerische Sozialpolitik, die er seit zehn Jahren mitgestaltete, hat mit diesem Mann eine ihrer markanten Persönlichkeiten verloren. Der bayerische Sozialminister hat ihn seinerzeit aus dem Bundesarbeitsministerium nach Bayern geholt. Er gewann damit den Amtschef und Mitarbeiter, der die Entwicklung der deutschen Sozialgesetzgebung in Bonn besonders hautnah miterlebt und mitgestaltet hat. Das vermittelte ihm gleichermaßen Erfahrung und Abstand.

Das bayerische Sozialministerium führt bekanntlich die Rechtsaufsicht sowohl über die Krankenkassen als auch über die Kassenärztliche Vereinigung. Dr. Schmatz war dabei sicherlich nicht gefordert, wenn es um Routinefragen ging. Aber er war stets zur Stelle, wenn Fragen von wesentlicher Bedeutung zur Beurteilung anstanden. Sein guter Rat und seine unumstrittene Objektivität verschafften ihm ein Vertrauen, das auch dann nicht in Frage gestellt war, wenn er Erwartungen nicht erfüllen konnte.

Man kann in einer solchen Stunde aber nicht nur des Ministerialdirektors gedenken. Was viel mehr schmerzt, ist der Verlust eines persönlichen Freundes. Unsere erste Begegnung mag zwanzig Jahre zurückliegen. Hans Schmatz war damals ein enger Mitarbeiter des Bundesarbeitsministers Blank. Es ging um die Vorstellungen seines Hauses zur Reform der Krankenversicherung. Viele Stunden haben wir gemeinsam mit Otto Schloßer in Rosenheim die Probleme erörtert. Wir haben uns nicht geeinigt, aber wir sind uns nahe gekommen.

Als Hans Schmatz dann in München war, haben wir gar manche Stunde

im beruflichen Gespräch, aber auch in froher Runde miteinander verbracht. Das letzte Anliegen, das wir erörterten, war die Förderung der genetischen Beratung in Bayern. Daran werden wir weiterarbeiten.

Beim Glase Wein zeigte er seine Freude, wieder in Bayern, nahe seiner Heimat, dem Bayerischen Wald, zu sein. Manchmal griff er dann auch zur Gitarre und erfreute uns mit seinen urigen Gstanzln.

Alles in allem: Hans Schmatz war ein Mann, der als Sozialpolitiker und als hoher Beamter die Geschichte der Nachkriegszeit mitgestaltet hat, ein Mann, den alle, die ihm nahe standen, wegen seiner Menschlichkeit, seiner Aufrichtigkeit und seiner stillen Fröhlichkeit nicht vergessen werden.

Professor Dr. H. J. Sewering

Professor Wieck †

Am 2. Januar 1980 verstarb im 62. Lebensjahr Professor Dr. H. Wieck, Direktor der Universitäts-Nervenklinik mit Poliklinik Erlangen-Nürnberg. Der Verstorbene war Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats und des Senats für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer und hat sich in ganz besonderer Weise um die ärztliche Fortbildung verdient gemacht. In den über 13 Jahren seit seiner Berufung nach Erlangen hat er über 200 Fortbildungsvorträge gehalten, einen erheblichen Anteil davon vor Ärztlichen Kreisverbänden in der gesamten Bundesrepublik Deutschlands. Professor Wieck veranstaltete seit 1973 in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer alljährlich die „Fortbildungsveranstaltung Neurologie und Psychiatrie für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete“.

Die Bayerische Landesärztekammer wird Professor Wieck stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Warmensteinach, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
Wiederbesetzung der wegen Ablebens des Stelleninhabers vakanten Kassenarztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 3050 Einwohnern.

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bayreuth:

1 Augenarzt

Naila, Lkr. Hof:

1 Augenarzt

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

Mittelfranken

Vorra, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
Wiederbesetzung des Einzelarztsitzes Vorra, einer Landgemeinde im oberen Pegnitztal, für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Ehingen, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Unterfranken

Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Knetzgau, Lkr. Haßberga:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Großlangheim, Lkr. Kitzingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Zellingen, Lkr. Main-Spessart:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kleinheubach, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schweinfurt,

Stadtteile Deutschhof/Hochfeld-Steinberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadtteil Oberndorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kist, Lkr. Würzburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Aizenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

Kitzingen, Lkr. Kitzingen:

1 Augenarzt

Gemünden, Lkr. Main-Spessart:

1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:

2 Augenärzte

Karlstadt, Lkr. Main-Spessart:

1 Frauenarzt

Bad Brückenau oder Hammelburg, Lkr. Bad Kissingen:

1 HNO-Arzt

Haßfurt/oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 HNO-Arzt

Stadt Aschaffenburg:

2 Hautärzte

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

Stadt Schweinfurt:

1 Hautarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:

1 Kinderarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Nervenarzt

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

Oberpfalz

Waldthurn, Lkr. Neustadt/WN:

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

Bodenwöhr, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Delning, Lkr. Neumarkt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Leonberg, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

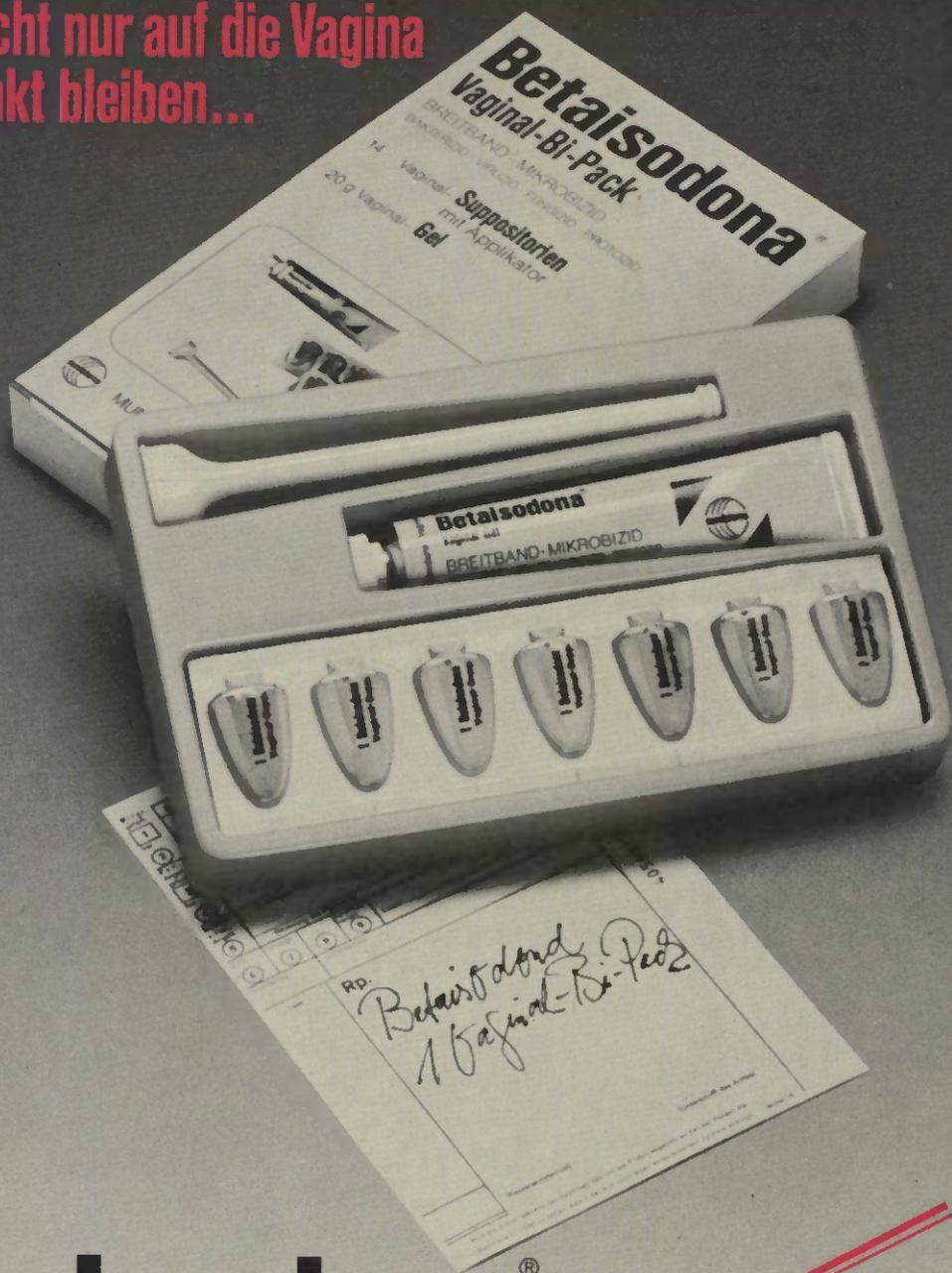
Neukirchen-Balbini, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Pechbrunn, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weil Misch-, Candida- und Trichomonadeninfektionen häufig nicht nur auf die Vagina beschränkt bleiben...



Betaisodona[®]

Vaginal-Bi-Pack mit 14 Vaginal-Suppositorien und 20 g Gel

bakterizid • viruzid • fungizid • protozid

Die praktische
Komplett-Packung
für die Patientin
- und für den Partner

Mundipharma GmbH, Limburg. **Betaisodona[®] Vaginal-Bi-Pack**

Zusammensetzung: 1 Vaginal-Suppositorium enthält 200 mg Polyvinylpyrrolidon-Jod-Komplex (Mundidon) mit einem Gehalt von 10% verfügbarem Jod. 20 g Vaginal-Gel enthalten 2 g Polyvinylpyrrolidon-Jod-Komplex (Mundidon) mit einem Gehalt von 10% verfügbarem Jod. **Anwendungsgebiete:** Infektiöse Vaginitis, hervorgerufen durch Mischinfektionen, „unspezifische“ Infektionen (Haemophilus, sp. vaginalis), Trichomonas vaginalis, Candida albicans. **Gegenanzeigen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** oder Begleiterscheinungen treten selbst bei jodüberempfindlichen Patienten äußerst selten und meist nur vorübergehend auf.

Dosierung und Anwendungsweise: 1 Betaisodona Vaginal Suppositorium wird täglich abends vor dem Schlafengehen tief in die Vagina eingeführt. Betaisodona Vaginal-Gel wird täglich am äußeren weiblichen bzw. männlichen Geschlechtsorgan und 1-2 cm darüber hinaus aufgetragen. **Handelsform und Preis:** 1 Vaginal-Bi-Pack enthält: 14 Vaginal-Suppositorien mit Applikator (Reg.-Nr. 47662); 20 g Vaginal-Gel (Reg.-Nr. 47663). Preis DM 34,85 AVP m. MwSt. (Stand 1.1.1980)



MUNDIPHARMA GMBH - 6250 Limburg (Lahn)

Werk Limburg



**Stadt Schwendorf, Ortsteil Klerdorf,
Lkr. Schwandorf:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Vilseck, Lkr. Amberg-Sulzbech:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wackersdorf, Lkr. Schwandorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Windischeschenbach, Lkr. Neustadt/
WN:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Amberg:

1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:

1 Hautarzt

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

Niederbayern

Ohu, Lkr. Landshut:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rohr, Lkr. Kelheim:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Roßbach, Lkr. Rottal-Inn:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Vlechtach, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Deggendorf-Stadt:

1 Hautarzt

Dingolfing-Stadt:

1 Hautarzt

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

Schwaben

Höchstädt/Donau, Lkr. Dillingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Amtliches

Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns über die fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung der Dialysebehandlung in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung (Dialyserichtlinien) vom 1. Januar 1980

I.

Zur Durchführung der Dialysebehandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden der RVO-Krankenkassen in Bayern sowie der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Oberbayern über die Dialysebehandlung vom 3. September 1979 bedarf der Arzt einer Anerkennung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns über das Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen für diese Leistungen.

II.

1. Die Anerkennung setzt voraus, daß der Antragsteller die Gebietsbezeichnung Internist/Arzt für innere Medizin führt.

Darüber hinaus muß die Berechtigung zur Führung der Teilgebietsbezeichnung Nephrologie vorliegen oder eine dieser Qualifikation entsprechende Weiterbildung nachgewiesen werden. In letzterem Fall muß der Antragsteller *insbesondere* nachweisen

- umfassende theoretische und praktische Kenntnisse in der Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie von Nierenkrankheiten
- spezielle Kenntnisse in der Dialysetechnik, den verschiedenen Shunt- und Fisteltechniken

- spezielle Kenntnisse in der Behandlung von *Dialysezwischenfällen*
- fundierte Kenntnisse in der *Heimdialysebehandlung*
- Erfahrung in der *ambulanten* Betreuung von Nierenkranken und der Versorgung transplantierter Patienten.

Für die Dialysen im Kindesalter sind die Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich der pädiatrischen Nephrologie nachzuweisen.

2. Wenn keine ausreichende Nachweise im Sinne der Ziffer 1 vorliegen oder trotz vorliegender Nachweise Zweifel an der fachlichen Qualifikation des Antragstellers bestehen, kann die Überprüfung der Fachkunde im Rahmen eines Kolloquiums erfolgen.

III.

Über Anträge auf Anerkennung der fachlichen Voraussetzungen nach Ziffer II. entscheiden die satzungsgemäß zuständigen Stellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

IV.

Diese Richtlinien treten am 1. Januar 1980 in Kraft.

München, den 10. November 1979

Professor Dr. Sewering
Vorsitzender des Vorstandes

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 3. Vierteljahr 1979

Nr. der ICD 1979 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1978		1979
		Vierteljahresdurchschnitt	3. Vierteljahr	
001-139	Infektlöse und parasitäre Krankheiten	226	191	178
	darunter			
011-018, 137	Tuberkulose insgesamt	130	112	100
140-199	Bösartige Neubildungen	6 337	6 302	6 345
	darunter			
151	des Magens	1 096	1 062	1 075
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms	996		
160-163	der Atmungsorgane	943	938	885
174	der weiblichen Brustdrüse	496	483	499
179-182	der Gebärmutter	244	227	216
185	der Prostata	326	334	334
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	391	376	365
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinome in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekanntes Charakters	427	443	394
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems	1 206	1 041	886
	darunter			
250	Diabetes mellitus	1 013	887	747
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	53	44	72
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	622	558	434
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	13 736	12 315	13 098
	darunter			
410	akuter Myokardinfarkt	2 866	2 638	2 772
411-414	sonstige ischämische Herzkkrankheiten	2 520	2 231	1 337
426, 427	Herz-Reizleitungs- und -Rhythmusstörungen	309		
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkkrankheiten	1 932	1 648	2 897
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4 251	3 735	4 030
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	2 341	1 703	1 515
	darunter			
480-486	Pneumonie	930	672	531
487	Grippe	121	12	5
466, 490, 491	Bronchitis	640	492	462
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	1 682	1 512	1 581
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	141	119	139
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	88	75	89
571.2, .5, .6	Leberzirrhose	695	644	603
572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	323	295	346
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	617	607	608
	darunter			
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere	88	90	47
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	7	7	5
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	106	88	104
740-759	Kongenitale Anomalien	114	108	125
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	196	180	181
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	896	754	395
E800-E949	Unfälle	1 560	1 659	1 653
	darunter			
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	816	947	952
E850-E869	Vergiftungen	17	16	7
E880-E888	Unfälle durch Sturz	475	411	448
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	610	586	612
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	70	61	68
	Sterbefälle insgesamt	31 197	28 535	28 619

¹⁾ ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen. — ²⁾ Durch die ab 1979 gültige (9.) Revision der ICD hat sich die Abgrenzung mancher Todesursachengruppen geändert. Einige Positionen sind dadurch mit dem Vorjahr kaum vergleichbar. Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamts aus den Ergebnissen der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenschausatz in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln das sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

Die Rentenpolitik der SPD

Die Ungewißheit über die Energieversorgung und ihren Preis, die Zuspitzung der Krise zwischen den Vereinigten Staaten und dem Iran und die Spannungen zwischen der Nato und dem östlichen Block über die sowjetische Vor- und die westliche Nachrüstung bei den Raketenwaffen verdunkelt den Blick auf das Jahr 1980. Wir leben am Rande von Konflikten, die leicht weitpolitische Dimensionen annehmen können, und wir tun doch so, als wenn wir dies nicht wüßten. Nach dem Jahreswechsel geht der Alltag weiter, auch in der Innenpolitik. Da wird zwischen Koalition und Opposition mit Blick auf die Wahlen um Steuerentlastung gefeilscht, zwischen Bundestag und Bundesrat ist bis zuletzt das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz umstritten, und in der Rentenpolitik verschärft sich der Schlagabtausch über die Reformpläne für 1984. In der Innenpolitik regiert die Normalität, auch wenn die weitpolitischen Risiken zunehmen. In einem demokratischen Gemeinwesen geht dies wohl nicht anders, und das ist wohl auch gut so.

Schmidt ist vom Berliner Parteitag der SPD gestärkt nach Bonn zurückgekehrt. Die Partei hat ihm für die unausweichlichen Entscheidungen der Nato freie Hand gegeben, nach langer Debatte zwar, aber mit deutlicher Mehrheit. In der Energiepolitik sieht Schmidts Position schwächer aus. Nur dem Mechtelkühl der Genossen und der Unterstützung durch die Gewerkschaften hat es Schmidt zu danken, daß er seine Energiepolitik fortsetzen kann, ohne den Bruch mit seiner Partei zu riskieren. Aber der Spielraum des Kanzlers ist gering. Alle Optionen, so heißt es beruhigend, seien offen geblieben, sowohl die behutsame Weiterentwicklung der Kernenergie als auch der Ausstieg aus der Kernenergie. Die stärkste Regierungspartei stellt sich in dieser für unser Land lebenswichtigen Frage gespalten dar, was schon in wenigen Jahren weitreichende Konsequenzen haben kann.

In der Rentenpolitik hat der Parteitag zu Vorentscheidungen geführt; die endgültige Weichenstellung für die „Reform 84“ wollen nun am 21. Februar die Spitzenorgane der SPD vornehmen. Nach den intensiven Diskussionen im sozialpolitischen Arbeitskreis auf dem Berliner Parteitag lassen sich zumindest drei Feststel-

lungen treffen: Die Renten sollen auch künftig der Entwicklung der Bruttolöhne folgen. Für die Besteuerung der Renten dürfte es in der SPD keine Mehrheit geben. Zeiten der Kindererziehung sollen rentensteigernd eingerechnet werden.

Alle Delegierten, die sich zu Wort meldeten, forderten, daß 1982 die bruttolohnbezogene Rentenformel wieder in Kraft gesetzt wird. Die Finanzlage der Rentenversicherung wird heute deutlich günstiger eingeschätzt. Dennoch soll es bei der zum 1. Januar 1981 beschlossenen Beitragserhöhung um 0,5 Prozentpunkte auf 18,5 Prozent bleiben. Die SPD will für die bevorstehende Rentenreform ein finanzielles Polster ansammeln.

Durch frühere Äußerungen der Staatssekretärin im Bundeserbeitsministerium, Anke Fuchs, sowie durch das Gutachten einer SPD-Kommission unter Leitung des Parteistategen Wehner war der Eindruck entstanden, als wenn die SPD die heute für die Masse der Rentner nicht fühlbare Rentenbesteuerung drastisch verschärfen wolle. Dieser Eindruck muß korrigiert werden. Für diesen Kurswechsel gibt es vor allem zwei Gründe:

1. Die Sozialdemokraten haben gemerkt, daß die Bundesbürger auf ihre Besteuerungspläne allergisch reagieren; die Rentner vermögen nicht zu übersehen, was eine Besteuerung für die Höhe ihrer Rente bedeuten würde. Nach dem Rentendebakel des Jahres 1976/77 hat die SPD, wie wohl alle Parteien, an Glaubwürdigkeit verloren.

2. Inzwischen hat sich herumgesprochen, daß die Besteuerung kein Geld in die Rentenkasse bringt.

Die SPD verkündet für die entstehende Rentenreform ein neues Ziel: die verfügbaren Einkommen der Arbeitnehmer und der Rentner sollen im Gleichschritt steigen. Trotz des Bekenntnisses zur Bruttolohnformel wird die Grundidee einer am Nettolohn orientierten Rente übernommen. Doch gibt es einen gewichtigen Unterschied in der Zielsetzung. Die Kopplung der Renten an die verfügbaren Einkommen der Arbeitnehmer soll nur für die Bezieher höherer Renten gelten, während bei den Bezieher kleinerer Renten eine weitere Erhöhung des Versorgungsniveaus als erwünscht bezeichnet wird.

Die SPD strebt also die Nivellierung der Renten an. Dies wird nicht einmal kassiert.

Dafür bietet die SPD ernsthaft nur zwei Modelle an:

1. Die Alterseinkommen sollen generell – unter Berücksichtigung eines höheren Freibetrages – besteuert und mit einem individuellen Krankenversicherungsbeitrag, wie vom Gesetzgeber bereits beschlossen, beigesteuert werden.

2. Die Altersrenten werden einem Krankenversicherungsbeitrag unterworfen; wie bei den Arbeitnehmern soll der halbe Beitragssatz (gegenwärtig im Durchschnitt etwa 5,5 Prozent) erhoben werden.

Es kann keinen Zweifel geben, daß allein das erste Modell – Besteuerung plus Krankenversicherungsbeitrag – den Zielsetzungen der Sozialdemokraten entsprechen würde.

Dennoch hat sich die klare Mehrheit aus politischen Überlegungen gegen die Besteuerung der Renten ausgesprochen, die zwar systematisch zu rechtfertigen wäre, die im Ergebnis aber doch zu einer doppelten Belastung jener führen müßte, die ihre Versorgungswirtschaften zum erheblichen Teil aus versteuertem Einkommen angesammelt haben. Dies gilt vor allem für die Selbständigen und die Freiberufler, aber auch für die Bezieher höherer Einkommen unter den Arbeitnehmern. Die SPD, so scheint es nach dem Berliner Parteitag, steuert also auf die Einführung eines neuen Krankenversicherungsbeitrags für die Rentner zu.

Das ist erstaunlich, denn im Ergebnis kann die Belastung, insbesondere für die Bezieher kleinerer Renten, härter als nach dem Besteuerungsmodell sein, denn es wird keine vorherige Anhebung der Renten vorsehen. Der Beitrag würde also zu einer generellen Senkung des Rentenniveaus um 5,5 Prozent führen. Allerdings denkt die SPD an gestaffelte Beitragssätze oder an Freigrenzen, um die Bezieher kleinerer Renten zu schonen. Doch das wäre sehr problematisch, denn solche Regelungen könnten kaum auf den Kreis der Rentner beschränkt werden; sie hätten sich an der Höhe der Einkommen zu orientieren. Der Krankenversicherung gingen damit Einnahmen verloren. Die Finanzen der Kassen würden durch solche Regelungen eher geschwächt, da zugleich die Zuschüsse der Rentenversicherung halbiert würden.

Die SPD wird noch viel Mühe haben, bis zum Februar plausible Pläne vorzulegen. Die CDU/CSU steht freilich vor denselben Problemen.

bonn-mot

Erfolgreiche Forschung
führt zu wirksamen Präparaten.

Wirksame Präparate
machen die Therapie kostengünstig.

Gastrozepin[®]

Spezifischer Magensekretionshemmer

- Eine Monosubstanz. Bei Ulcus und Gastritis.
- Sekretionshemmend, soviel wie nötig.
Auch während der Nacht.
- Keine Blockierung physiologischer Regulationen
im Gastrointestinaltrakt.
- Keine Kontraindikationen bekannt.
Kurze Heilungszeit. Bei nur
zweimal täglicher Einnahme.
- Ampullen für die rasch wirksame
Initialbehandlung bei Ulcera und für die
Intensivmedizin.
- Die kostengünstige Therapie.
Ergebnis der Thomae-Forschung.



Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Pirenzepin-dihydrochlorid = 5,11-Dihydro-11-[[4-methyl-piperazin-1-yl]-acetyl]-6H-pyrido-[2,3-b][1,4]benzodiazepin-6-on-dihydrochlorid 25 mg. **Anwendungsgebiete:** Akute und chronische Formen von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, hyperazider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden. **Gegenanzeigen:** In Tierversuchen wurde festgestellt, daß Gastrozepin auch bei hoher Dosierung keine teratogenen Eigenschaften besitzt. Trotzdem wird, wie bei allen neuen Arzneimitteln, von der Anwendung während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate abgeraten. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetitanregung bewirken. Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist als wünschenswerter Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werden.

Dosierungsanleitung, Art der Anwendung: Soweit nicht anders verordnet, sind zu Beginn der Therapie einmalig 2 Tabletten, dann jeweils morgens und abends 1 Tablette einzunehmen. Nach Eintritt der Beschwerdefreiheit, die mit Gastrozepin in der Regel schon nach wenigen Tagen erreicht wird, soll bis zur völligen Ausheilung noch 2-3 Wochen (je 1 Tablette morgens und abends) weiterbehandelt werden. Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Flüssigkeit. Bei schweren und komplizierten Ulcera ventriculi oder Ulcera duodeni kann die tägliche Dosis auf 100-150 mg erhöht werden. Die Einnahme sollte 2 x täglich (morgens und abends) erfolgen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Driginelpackung mit 20 Tabletten DM 14,50, Driginelpackung mit 50 Tabletten DM 32,05, Driginalpackung mit 100 Tabletten DM 57,80, Klinikpackung. **Weitere Darreichungsform:** Gastrozepin-Trockenampullen mit Lösungsmittel: Driginalpackung mit 5 Ampullen DM 28,50, Originalpackung mit 10 Ampullen DM 51,25, Klinikpackungen. - Preisänderung vorbehalten.

Thomae

Wenn Gesetze „alte Zöpfe“ sind

Ein Volljähriger, der in Bayern eine Spielbank aufsucht, aber noch nicht 21 Jahre alt ist, kann für sein Spielvergnügen oder seine Leidenschaft mit einer Geldbuße bestraft werden. Der Bewohner einer Spielortgemeinde riskiert derzeit ebenfalls eine Geldbuße beim Geng ins Casino. Fast wie ein Faschingssscherz nimmt sich die Bestimmung aus, daß ein Bußgeld anfallen kann, wenn jemand „einen Beamten in der rechtmäßigen Ausübung seines Amtes trotz Abmahnung durch ungebührliches Verhalten stört“. „Alte Zöpfe“ dieser Art sollen jetzt abgeschnitten werden.

Zum Kahlschlag im Dschungel oft überholter Gesetzesparagrafen und Verordnungen hat eine Kommission der Staatsregierung eingesetzt, mit erstem Erfolg. Die „Kommission für den Abbau von Staatsaufgaben und für Vereinfachung (KAV) unter Vorsitz des Staatssekretärs im Innenministerium, Franz Neubauer, hat die bayerischen Rechtsvorschriften gründlich durchforstet und kritisch gesichtet. Ein erstes Ergebnis ist der Entwurf für ein 1. Aufhebungsgesetz, durch die im bayerischen Landesrecht 18 gegenstandslos oder entbehrlich gewordene Gesetze im ganzen, einzelne Vorschriften des Jugendamtsgesetzes sowie zwölf Verordnungen und Bekenntnemeinungen ersatzlos aufgehoben werden.

Ein Blick in den Gesetzentwurf, den die Staatsregierung bereits gebilligt hat, zeigt, wie Vorschriften – obwohl längst von der Entwicklung überholt – noch ein rechtskräftiges Schattendasel über Jahrzehnte führen. Da gibt es das „Gesetz über die Prüfung der Filmvorführer“ vom 3. 7. 1951 samt einschlägiger Verordnung. Für eine solche Prüfung besteht jedoch seit langem kein praktisches Bedürfnis mehr, da heute der gefährliche Normalfilm (Nitrofilm) längst durch einen gefahrlosen Sicherheitsfilm abgelöst wurde, während der Nitrofilm überhaupt nicht mehr verwendet werden darf. Ein anderes Gesetz im bayerischen Landesrecht kann eigentlich überhaupt nicht mehr angewendet werden: Das Gesetz über die Aufhebung der Familienkommission vom März 1919. Diese Familienkommission stellte eine besondere Form der treuhänderischen Verwaltung von Familienstiftungen dar, die es seit Jahrzehnten nicht mehr gibt. Folglich wurde auch das Gesetz über ihre Aufhebung überflüssig. Ähnlich ist es mit

dem „Kompetenz-Konfliktsgerichtshof“, der vor rund hundert Jahren installiert wurde und bei Zuständigkeitskonflikten zwischen den verschiedenen Gerichten bzw. Verwaltungsbehörden zu entscheiden hatte. Die moderne Rechtsprechung machte diese Institution überflüssig, was sich auch daran zeigt, daß der Kompetenzgerichtshof letztmals 1974 einen Konflikt zu entscheiden hatte. Auf Vorschlag der Neubauer-Kommission entschied die Staatsregierung deshalb seine Abschaffung.

Insgesamt hat die Kommission bis jetzt allein 90 Gesetze gefunden, die entweder ganz oder bei denen Bestimmungen teilweise entfallen können. Da gibt es beispielsweise das Feldschadengesetz vom März 1902: Es erlaubt den Besitzern von Wiesen oder Äckern, fremde Haustiere, die dort Schaden angerichtet haben, solange in Verwehr zu nehmen, bis Wiedergutmachung geleistet ist. Auch ein Gesetz über die „registrierten Gesellschaften“ aus dem Jahr 1873 wurde aufgespürt und für überholt befunden, denn solche „registrierten Gesellschaften“ sind heute nicht mehr bekannt.

Gründlich unter die Lupe genommen hat die Neubauer-Kommission die Straf- und Bußgeldvorschriften im bayerischen Landesrecht. Derzeit gibt es in Bayern 53 Gesetze, zwei von Bayern mitunterzeichnete Staatsverträge und 66 Verordnungen der Staatsregierung und der Ministerien, auf deren Grundlage Bußgelder verhängt werden können. Weitere fünf Gesetze und eine Verordnung enthalten Straf- und Bußgeldtatbestände. Hierzu stellte die Kommission in einem Bericht fest: Es „soll aber die Senktion nicht im Regelfall die strafähnliche Bußgeldandrohung sein“, denn es gebe eine Vielzahl anderer Mittel, eine Rechtspflicht durchzusetzen. Vom Standpunkt der Behörden möge es zwar „weiterhin vorteilhaft erscheinen, wenn das Wohlverhalten des Bürgers durch das allenthalben schwebende Damoklesschwert des Bußgeldbescheids gefördert wird. Solche Verhältnisse entsprechen aber nicht unserer auf die Wahrung der Bürgerfreiheit ausgerichteten Staatsordnung“. Dieser Ansicht schloß sich die Staatsregierung an und beschloß, einen Gesetzentwurf zur Bereinigung des Ordnungswidrigkeitenrechts vorbereiten zu lassen. Als Kriterium wurde festgelegt, „den Freiheitsraum der Bürger so weit

wie möglich durch die Verminderung staatlicher Senktionen zu erweitern und damit einen Beitrag zur Entstaatlichung zu leisten“.

Unter den rund 240 einzelnen Kommissionsvorschlägen findet sich denn auch der Wegfall des Spielverbots für die voll geschäftsfähigen 18jährigen, wie die „dienstliche Störung“ eines Beamten, der sich ohnehin aufgrund anderer Rechtsvorschriften in einem solchen Fall zur Wehr setzen kann. Auch wer in Zukunft in der Öffentlichkeit „fehlässig“ nackt badet, also wenn der Betreffende sich nicht vorher vergewissert hat, ob sein Tummelplatz nicht einzusehen ist, soll künftig kein Bußgeld mehr zahlen müssen. Das Gleiche gilt für den Jäger, der keinen Jagdhund hält oder für den Mitbürger, der bei Bundestags- oder Landtagswahlen ein Ehrenamt als Wahlbeisitzer ablehnt, oder wer ein nach dem Bestattungsgesetz vorgeschriebenes Formular nicht verwendet.

Bei ihrer kritischen Würdigung der Bußgelder, die im Landesrecht zwischen 1000 DM als Regeldrohung und einer Million DM im Denkmalschutzrecht betragen können, empfahl die Kommission einen Regeldrohungsbetrag von 1000 DM, wobei allerdings der wirtschaftliche Vorteil eines Täters berücksichtigt werden soll. Nur bei schweren Verstößen soll das Bußgeld bis 50 000 DM betragen können. Auch die Unbestimmtheit mancher Bußgeldandrohungen war der Kommission ein Dorn im Auge. So soll es in Zukunft nicht mehr heißen, „Wer vorsätzlich oder fahrlässig ...“, sondern nur noch „Wer als Unternehmer, Bauherr usw. . . ., kann mit Geldbuße ...“.

Die Arbeit der Neubauer-Kommission ist jedoch nicht nur auf bestehendes Recht fixiert. Aufgrund von wiederholten Forderungen aus dem Landtag, nach einem Rechtspflegeministerium erstellte sie ein Gutachten. In diesem Rechtspflegeministerium sollten alle Organe der Rechtspflege zusammengefaßt werden und damit die „Hausgerichtsbarkeit“ der Ressorts abgeschafft werden. Dieses Schlagwort sei jedoch ohne Berechtigung, befand die Kommission. Im Gegenteil, die gewünschte Zusammenfassung erfordere zusätzlichen Koordinierungsaufwand und widerspreche der zunehmenden Differenzierung der Lebensbereiche ebenso wie einer sachgerechten Rechtsprechung, die eine Erfahrung der Richter in der aktiven Verwaltung erfordere.

Für ihre künftige Arbeit wird die Kommission noch zwei bis drei Jahre Zeit brauchen. Ihre letzte Tätigkeit jedoch wird sein: Sie wird sich selbst vereinfachen und auflösen.

Michael Gscheidle

Treffen der Bayerischen Schriftstellerärzte

Am Wochenende des 24./25. November 1979 fand in Berching/Opf. ein Treffen der Landesgruppe der Bayerischen Schriftstellerärzte statt, die – wie öfters gewünscht – diesmal nur eine interne Zusammenkunft mit Familienangehörigen sein sollte, also ohne die sonst übliche öffentliche Lesung.

Das reizende tausendjährige Berching mit seiner noch vollständig erhaltenen Wehrbefestigung ist den Älteren unter uns noch gut bekannt aus der Zeit, als unser verehrter Ehrenpräsident Heinz Schauwecker dort in seinem Hause „Schaubeck“ unter dem Schutzpatronate des Ritters Götz mit der eisernen Hand wohnte.

Das erste Berchinger Treffen der Bayerischen Schriftstellerärzte fand am 20./21. Oktober 1973 statt („Bayerisches Ärzteblatt“, 5/1974), an dem letzten anlässlich der Verleihung der Paracelsus-Medaille am 6. November 1976 konnte Schauwecker wegen eines Krankenhausaufenthaltes nicht mehr teilnehmen („Bayerisches Ärzteblatt“, 5/1977). Dazwischen waren aber noch manche Sitzungen der Vorstandschaft des BDSÄ in seiner Heimatstadt. Schauwecker zeigte uns dabei immer wieder mit Stolz sein Berching. In seiner „Berchinger Mappe“ hat er seiner Stadt, die ihn zum Ehrenbürger ernannte, Gedichte

zugeeignet, die so recht deren Türme und Tore, das Kloster mit seinen Heiligenfiguren, den Roßmarkt und Steinbruch lebendig werden lassen. Nachdem die Zusammenkunft am Samstag erst mit der gemeinsamen Kaffeetafel um 16 Uhr begann, machten manche nach früherer Ankunft bei Sonnenschein einen geruhsamen Spaziergang durch die Stadt.

Nach einer unterhaltsamen und anregenden Kaffeetafel konnte der Vorsitzende der Landesgruppe, Confrère Professor Schmid, in einem für Tagungen stilvoll ausgebauten Dachraum des Hotels folgende Mitglieder und Gäste mit ihren Angehörigen begrüßen: Maria Bednara (München), Paul Endres (Nürnberg), Ruth Herold (Greiselbach), Walter Ladisich (München), Elfriede Leyer (Bad Orb), Theodor Meny (Bad Orb), Robert Paschke (Emskirchen), Ingeborg Rauch (Binabiburg) in Vertretung ihres erkrankten Mannes, Alfred Rottler (Nürnberg), Franz Schmid (Aschaffenburg), Adalbert Schönhammer (Langquaid/Landshut), Andreas Schuhmann (München), Erwin Stetter (Amberg) und Robert Teischinger (Neustadt/D.). Grüße sandten die Consoeurs Erika Hamann (Heppenheim) und Anneliese Leugermann (Bad Oeynhausen) sowie die Witwe Tien Nio unseres Walter G. Picard (Rodenbach), der in Berching immer mit dabei war. Der Vorteil der eini-

germaßen zentralen Lage Berchings war, daß fast alle Landschaften Bayerns vertreten waren, mit Bad Orb sogar ehemaliges bayerisches Gebiet, das nach dem Bruderkrieg von 1866 verlorenging.

Confrère Professor Schmid wies in seinen Eröffnungsworten darauf hin, daß diese Zusammenkunft dazu dienen solle, sich ungezwungen kennenzulernen. Daher könne auch jeder aus seinen Werken lesen, was er wolle. Zum Zweiten soll unser Hiersein auch dem Gedenken an das verdienstvolle Wirken Schauweckers gewidmet sein. Schmid sprach dann unter dem Beifall aller Anwesenden unserem verdienten Sekretär Confrère Stetter für die wohlgelungene Vorbereitung der Tagung herzlichen Dank aus.

Der Tag verging dann – mit Unterbrechung durch ein gemeinsames Abendessen – mit der Lesung der Schriftstellerärzte aus ihren Werken. Lyrik und Kurzgeschichten, Ernstes und Heiteres ließen die Stunden schnell vergehen. Confrère Stetter gab wiederum zusammen mit seiner Frau Gemahlin ein heiteres Spiel um den Kauf eines Buches zum besten: „Zum Lesen, wo Menschen drin vorkommen so etwa 53, etwas Volkstümliches usw.“. Der Preis von 4,95 DM machte den Käufer wegen der auf fünf Mark fehlenden fünf Pfennige mißtrauisch und letztlich ging dieser vom Buchladen „gleich ins Kaufhaus“. Gegen 23 Uhr begab man sich dann zur Ruhe.

Am Sonntag nach dem Morgenkaffee führte uns ein Spaziergang zur Grabstätte unseres unvergeßlichen Ehrenvorsitzenden Heinz Schauwecker. Confrère Professor Schmid legte einen Strauß roter Nelken nieder und wir gedachten in einigen stillen Minuten Schauweckers Persönlichkeit und seinem Wirken.

Anschließend wurden im Beratungszimmer verschiedene aktuelle Probleme der Schriftstellerärzte besprochen, von denen das wichtigste wohl die Möglichkeit der Veröffentlichung eigener Werke ist, da in den letzten Jahren die nichtkommerziellen Verlage fast unerschwingliche Druckkostenbeiträge verlangen und sich andererseits um den Vertrieb des Buches wenig oder gar nicht kümmern. Dies ist ein sehr schwieriges Kapitel, das schon einmal die Generalversammlung des BDSÄ 1970 mit



von links nach rechts: Ladisich, Teischinger, Schuhmann, Paschke, Schmid, Rottler, Stetter, Leyer

dem Einsetzen eines „Kuratoriums zur Förderung verlegungswürdiger Arbeiten der Schriftstellerärzte“ („Bayerisches Ärzteblatt“ 11/1970, S. 1127) lösen wollte. Das Kuratorium kam über bescheidene Anfänge nicht hinaus. Confrère Rottler brachte die Überlegungen, Erfahrungen und Vorschläge auf einen Nenner, indem er feststellte, es gäbe nur drei Möglichkeiten:

- Selbstverlag
- Anschluß an einen Verlag
- entdeckt zu werden

Da die dritte Möglichkeit eine Ausnahme bleiben wird (Vescoviti), so bleiben nur die beiden ersten Möglichkeiten übrig. Es wurde daher einstimmig der Antrag angenommen, daß die Confrères Schmid und Stetter in dieser Angelegenheit vorfühlen und Möglichkeiten aufzudecken sollten. Hoffen und wünschen wir, daß ihr Tun von Erfolg begleitet sein möge.

Nach dem gemeinsamen Mittagessen fuhren wohl alle Teilnehmer befriedigt nach Hause. Confrère Schuhmann, der erstmals an einem solchen Treffen teilnahm, schrieb mir folgende Zeilen, mit denen ich schließen möchte: „Es ist mir nach der sehr gelungenen, wohltuend harmonisch verlaufenen Tagung der Bayerischen Schriftstellerärzte, die meiner Meinung nach auf einem hohen literarischen Niveau stand, ein ehrliches Bedürfnis, Ihnen hiermit nochmals meine Dankbarkeit dafür zu bezeugen, daß ich ja durch Sie den Zugang zu diesem Verband eröffnet bekommen habe. Es hat mir sowohl von der literarischen als auch gerade von der menschlichen Seite her außerordentlich gut gefallen. Sie werden mich in Zukunft als ständigen Teilnehmer derartiger Veranstaltungen finden.“

Dr. med. Robert Peschke, Emskirchen

Einige Proben, soweit der Schriftleitung die Texte zugänglich gemacht wurden:

Maria Bednare:
Die, die mit Gott sprechen

Ich ging Dir nach
zum Brunnen
in der Stadt,
Du schöpfst Wasser
weil Du durstig warst –

was mecht Du hier
war meine Frege ...
ich suche Menschen
für die Tege
en denen Du
ganz einsam bist ...
werum
decht Ich
werum –
vielleicht
breuch Ich
nur Dich

Eifriede Leyer:
Begegnungen

Ich wollte dir meine Hand reichen,
da wurde sie schwer und versank in der Erde.
Ich wollte dir zurufen: Hallo, ich bin da!
Doch meine Zunge leg wie Blei in meinem Munde.
Auf ein Wort hoffte ich,
eber in meinen Ohren dröhnten Motoren.
De warf ich meine Blicke nach dir eus,
sie kamen nicht mehr zurück.
Da zog die Angst in meine Füße,
im Sprung wollte ich zu dir hin –
eber du warst nicht mehr da.

Alfred Rottler:
Des Gedicht

Ich hab'
in meinem Leben
so große Lieb' erfahren.
Ich gab
und werde geben
in all den Jahren
nur Lieb'.

Ich gieb
sie wieder, wieder
und meine Lieder,
die ich schrieb
nur Lieb'.
wes bleibt und blieb
ist Lieb'.

Andreas Schuhmann:
Gezotten

Die Zeitung
kriecht unter die Heut
des Gutgläubigen
verführt ihn
zum Wegdenken
Die Schlegzeile
nimmt Besitz Der Vertührte
glaubt sich sicher
sie schützt ihn
vorm Nechdenken

Erwin Stetter:
Frenzösische Kethedreen

Erlebtem Glauben verdanken
Wir Dome voii Klarheit und Kraft –
Zu Stein gewordne Gedanken,
Von Meistern zu Gotik gestreift.
Es wuchsen dort in dem Stein
Die Werke, darin man erfeßt
Den Geist dieser Zeit, deren Sein
Zum Glauben noch ohne Kontrast.
Die Kethedralen bezeugen
Von außen und innen: vor keinem
Der Herren möchte sich beugen
Der Genius, außer vor Einem.

Robert Telschinger:
„Hühner-Frikessée“

Heut' gibt es Hühner-Frikesséei
Wenn ich dies euf der Kerte seh'
Denk' ich, das Hähnchen, das ich eß,
Het übertahr'n man euf der Streß'.
Denn wär' es heil und unblesiert,
Hätt' man's eis „Hahn vom Grill“ serviert.
Beim echten Hühner-Frikassée
Gehört zum guten Renommé,
Deß man dabei erwähnen muß:
„MERCEDES“ oder „OMNIBUS“.

Amtliches

Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe beim OLG München

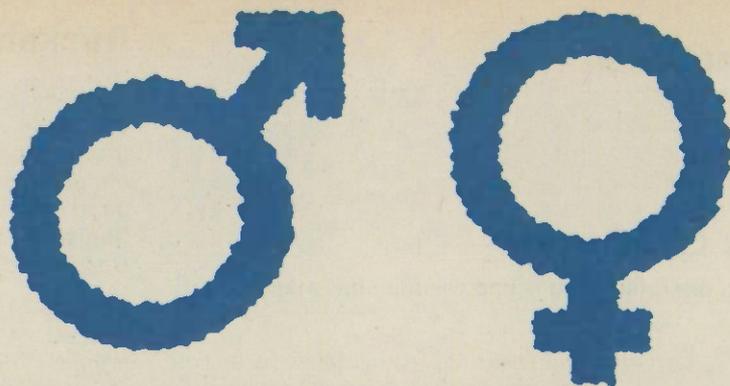
Dr. med. Hilmar Leiblein, Internist, Romanstraße 18, 8000 München 19, wird für die Zeit vom 24. November 1979 bis 31. August 1982 als ehrenamtlicher Richter zum Beisitzer des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München ernannt.

**Dein Porto
mit Herz
Wohlfahrts
marken**

Wohlfahrtsbriefmarken
sind schön und helfen



Erhältlich bei den
Freien Wohlfahrtsverbänden
und allen Postämtern



Prostatitisches Syndrom Reizblase

Nommon[®]

**beherrscht die vegetativ und
organisch bedingten Beschwerden:**

die Dysurie
den Miktionszwang
den Schmerz
die gestörte Sexualfunktion

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Extr. Bulbus Allii cepae spir. 23,015 mg, Extr. Rad. Echinaceae purpur. spir. 24,659 mg, Extr. Sem. Cucurbitae spir. 4,931 mg, Extr. Gemmae Populi spir. 3,451 mg, Extr. Fol. Damianae spir. 2,301 mg, Extr. Rad. Pareirae bravae spir. 1,643 mg, 100 ml enthalten: Tinct. Cepae 40 ml, Tinct. Echinaceae purpur. 20 ml, Tinct. Cucurbitae 10 ml, Tinct. Populi 6 ml, Tinct. Damianae 2 ml, Tinct. Pareirae bravae 2 ml.

Anwendungsgebiete: Prostatitisches Syndrom; funktionelle und neuro-hormonale Reizblase.

Gegenanzeigen: Schwere Pankreatitis.

Nebenwirkungen: Bei Dauermedikation in seltenen Fällen Magenunverträglichkeitserscheinungen.

Dosierung und Anwendungswiese: Im allgemeinen 3mal täglich 1-2 Kapseln bzw. 30 Tropfen mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten einnehmen über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen.
Bei prostatitischem Syndrom empfiehlt sich eine konsequente Medikation über 3 Monate, auch nach Besserung der subjektiven Beschwerden.

Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise: OP mit 90 Kapseln DM 15,44;
OP mit 100 ml Liquidum DM 15,44.

Stand: Jan. 1980



HOYER GmbH & Co.
Pharmazeutische Präparate
4040 Neuss 21

Wie das Geld das Laufen lernt

Überweisungen lassen sich beschleunigen – und wie man das macht

Vor einiger Zeit raunte es als Geheimtip durch den Blätterwald: „Schreiben Sie auf Überweisungsformularen über das Kästchen mit dem Betrag die drei Buchstaben ‚Val.‘ und daneben das Datum des dritt- oder viertnächsten Tages. Aufgrund einer solchen Anweisung kommt das Geld an dem bezeichneten Tage beim Empfänger an.“

Eine Irreführung. Tatsächlich gibt es ein solches Verfahren zuweilen bei Überweisung eines sieben- oder noch mehrstelligen Betrages, also mindestens einer Million DM nach vorherigem Kontakt zwischen dem überweisenden und dem empfangenden Geldinstitut. Ein solcher Val.-Vermerk für die Valutierung oder Wertstellung ist nur im internen Verkehr üblich. Ein gleichartiger Vermerk durch den Kunden wird nicht beachtet.

Eine Überweisung dauert zwischen einem Tag von Konto zu Konto innerhalb desselben Geldinstituts am gleichen Ort, bis zu fünf Tagen, wenn zwei Clearingzentralen oder „Rangierbahnhöfe fürs Geld“ eingeschaltet werden müssen. Sie verlängert sich um einen Tag bei Abgabe der Überweisung nach Auftragsannahmeschluß und um zwei, wenn es außerdem Freitag ist. Bei diesen Fristen sind Postlaufzeiten am Ort und von Ort zu Ort von einem Tag unterstellt.

Jedes Kreditinstitut hat eine bestimmte Uhrzeit täglich für die Bearbeitung von Überweisungen noch am selben Tage bestimmt. Dieser Zeitpunkt wird dem Kunden auf Anfrage natürlich mitgeteilt.

„Rangierbahnhöfe für Geld“ sind die Deutsche Bundesbank und ihre Filialen in allen Bundesländern, die Landeszentralbanken und die Zentralbanken der einzelnen Kreditinstitutsgruppen wie private Banken, Sparkassen, genossenschaftliche Kreditinstitute. Eine Überweisung z. B. von einem Bank- auf ein Spar-

kassenkonto durchläuft erst die Clearingzentrale der Banken und von da aus die Girozentrale der Sparkasse bis hin zur Ankunft bei dem kontoführenden Institut des Empfängers.

Wenn ein Zahlungsempfänger also mehrere Konten unterhält, bekommt er die Überweisung am schnellsten, wenn der Einzahler ein Konto wählt, dessen Institut zur gleichen Gruppe gehört, also von Bank- auf ein Bank-, von Sparkassen- auf ein Sparkassen- und von Genossenschafts- auf ein Genossenschaftskonto.

Die genaue Adresse des Empfängers beschleunigt die Überweisung natürlich. Dazu gehören die richtige Bezeichnung des Empfängers mit seiner Anschrift, seiner kontoführenden Bank, ihrer Bankleitzahl und die Kontonummer. Falls die Bankleitzahl fehlt, ist sie auch beim eigenen Kreditinstitut fernmündlich zu erfragen. Außerdem sollte man auf eigenen Drucksachen mit der Bankverbindung und der Kontonummer auch die Bankleitzahl nennen.

Zur schnelleren Bearbeitung der Überweisung tragen auch die Angabe des genauen eigenen Absenders und der Hinweis auf den Verwendungszweck mit Versicherungs-, Bausparkassen-, Rechnungs- oder Kundennummer bei. Bei Durchschreibevordrucken muß auch die Lesbarkeit der Durchschläge kontrolliert werden. Und eine vergessene Unterschrift auf dem Überweisungsvordruck kostet mindestens zwei Verzögerungstage.

Mehrere Überweisungen können auf einem Sammelüberweisungsauftrag zusammengefaßt werden. Die Buchung eines Sammelauftrags anstelle von vielen Einzelposten im Kontoauszug vereinfacht die Kontrolle des eigenen Kontos. Sammelüberweisungsvordrucke gibt es am Bankschalter.

Horst Beloch

Rückenwind

Klimawandel im gesundheitlichen Verhalten: Zwanzig Prozent der Befragten sprechen sich in einer Meinungsforschung zum Thema Umgang mit Arzneimitteln für eine Selbstmedikation bei bestimmten Beschwerden und Krankheiten aus.

Sechzig Prozent gaben an, niemals bestimmte Verordnungswünsche zu hegen. Vor fünf Jahren äußerten sich lediglich 48 Prozent in diesem Sinn. 31 gegen 21 Prozent im Jahr 1976 achten von sich aus sehr auf ihre Gesundheit.

In diese Tendenz hinein wurde der „Bayern-Vertrag“ zwischen dem LdO und der KV Bayern mit dem Ziel einer wirtschaftlich vertretbaren Verwendung der Krenkenkassenbeiträge abgeschlossen.

Das heißt: Der Patient bringt den Bestrebungen des Arztes nach einer qualitativ nicht geminderten, von Drittleistungen indes unabhängiger Diagnose und Therapie zunehmend mehr Verständnis entgegen.

Rückenwind für die Erfüllung des Bayern-Vertrages. Mehr noch. Eine wechselnde Anzahl von Patienten würde vermutlich verständnislos reagieren, würde der Arzt ihnen mehr Medikamente in größeren Packungen und intensivere physikalische Therapie verordnen, als objektiv gerechtfertigt erscheint, würde er sie diagnostisch unzulänglich vorbereitet ins Krankenhaus schicken oder eine Arbeitsunfähigkeit offenbar etwas zu großzügig attestieren.

Tempora mutantur.

Prosper

Kurz über Geld

GELD IM BRIEF IN DIE DDR wird dort ersatzlos konfisziert.

IMMOBILIEN-PREISEINBRUCH wird in diesem Jahr nicht, indes Konsolidierung auf dem hohen Niveau erwartet.

8,39 PROZENT ZINSEN bietet neuerlicher Sparbrief auf vier Jahre mit Mindestzinssicherheit.

GOLDMINEN-AKTIEEN dürften jetzt eine interessantere Anlage als Gold in natura sein.

BEI ABSCHREIBUNGSANLAGEN auf Rentabilität des Objekts auch während einer Rezession achten.

Jubiläumskongreß in Badgastein 1980

Die von der Bundesärztekammer zusammen mit der Österreichischen Ärztekammer veranstalteten Internationalen Fortbildungskongresse werden jährlich von vielen Tausenden von Ärzten aus beiden Ländern besucht. Dabei erfreut sich Badgastein zunehmender Beliebtheit. Über 32 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Bundesrepublik und Österreich, aber auch aus anderen europäischen Ländern, haben bisher den Fortbildungskongreß in dem weltbekannten Kurort Badgastein besucht.

Neben den breitgelächerten Fortbildungsprogrammen, welche alle Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer kennzeichnen, bietet Badgastein noch die Möglichkeit, wirksame therapeutische Methoden der Behandlung rheumatischer Erkrankungen kennenzulernen und zu erproben.

Das Programm des Jubiläumskongresses soll in besonderem Maße einen Überblick über den wissenschaftlichen Fortschritt der letzten 25 Jahre in der angewandten Medizin geben. Eine Fülle von Seminaren bietet Ärzten aus den verschiedensten Gebieten der Medizin reichhaltige Möglichkeiten der ärztlichen Fortbildung.

Für Kolleginnen und Kollegen, welche ihre Fortbildung für das Jahr 1980 planen wollen, geben wir nachstehend das Kurzprogramm für diesen vom 9. bis 22. März 1980 stattfindenden Kongreß bekannt.

Gesamthema: 25 Jahre wissenschaftlicher Fortschritt in der angewandten Medizin — Bewährtes und Neues

I. Kongreßeröffnung und Festvortrag

II. Hauptreferate und Podiumsgespräche oder Kolloquien

1. Humangenetik
2. Immunologie
3. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
4. Dermatologie und Venerologie
5. Gastroenterologie
6. Gynäkologie und Geburtshilfe
7. Pädiatrie
8. Allergologie
9. Kardiologie
10. Psychiatrie
11. Psychotherapie
12. Neurologie
13. Neurochirurgie
14. Ophthalmologie
15. Oto-, Rhino-, Laryngologie
16. Nephrologie
17. Urologie
18. Orthopädie
19. Plastische Chirurgie

III. Seminare der ersten Woche

1. Rheumatologisches Seminar
2. Hämatologisches Seminar
3. Psychiatrisches Seminar
4. Sportmedizinisches Seminar
5. Urologisches Seminar
6. Seminar über Alkoholismus und Drogenabhängigkeit
7. Dermatologischer Operationskurs
8. Pädiatrisches Seminar
9. Hepatologisches Seminar

10. Orthopädisches Seminar

11. Seminar über Funktionsstörungen der Schilddrüse

IV. Seminare der zweiten Woche

1. Sportmedizinisches Seminar
2. Kardiologisches Seminar
3. Seminar für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
4. Seminar über Kinder- und Jugendpsychiatrie
5. Pneumologisches Seminar
6. Seminar für Ernährung und Diätetik
7. Seminar Autogenes Training
8. Geriatrisches Seminar
9. Seminar für Leberdiagnostik und -technik
10. Seminar für Psychotherapie und Psychosomatik
11. Seminar für Arzneimitteltherapie

V. Veranstaltungen verschiedener Thematik

1. Balneologie
2. Der Problempatient
3. Berufspolitik in Österreich
4. Theologie — Psychologie — Medizin
5. Vorführung wissenschaftlicher Filme gemäß Sonderprogramm
6. Quellenführungen
7. Einfahrten in den Thermalstollen Badgastein-Böckstein

Auskunft und Anmeldung:

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

Fortbildungsveranstaltung für Anästhesisten

des Instituts für Anästhesiologie der Universität Würzburg (Vorstand: Professor Dr. K. H. Weis)

vom 18. bis 23. Februar 1980 in Würzburg

Vormittags:

Anästhesiearbeitsbereiche: Augenklinik, Chirurgie, Frauenklinik, Hals-Nasen-Ohrenklinik, Neurochirurgie, Orthopädie, Thoraxchirurgie, Intensivtherapie, Notfallmedizin

Nachmittags:

Vorträge und freie Diskussion
Visite auf der Intensivstation

Samstag, 23. Februar 1980

10.00 Uhr: Fortbildung im Schönbornsaal der Residenz

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. K. H. Weis, Sekretariat Fräulein Stühler, Institut für Anästhesiologie der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01 - 34 51

Kolloquien des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

Donnerstag, 21. Februar 1980

Thema: Physikalisch bedingte Berufskrankheiten und berufliche Schädigungen (Professor Dr. med. H. Wittgens, Leiter der Bundesbehörde i. R., München)

Donnerstag, 20. März 1980

Thema: Arbeitsmedizinische Überlegungen zur Problematik von Nacht- und Schichtarbeit (Professor Dr. Dr. J. Rutenfranz, Direktor des Instituts für Arbeitsphysiologie der Universität Dortmund)

Zeit und Ort: jeweils 18.15 Uhr — Kleiner Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II, Zimmer 251, 8000 München 2

Fürther Internistischer Fortbildungstag 1980

am 23. Februar 1980 in Fürth

Veranstalter: Ärztlicher Kreisverband Fürth in Zusammenarbeit mit der 2. Medizinischen Klinik des Stadtkrankenhauses Fürth

Zeit und Ort: 8.30 Uhr s. t. bis 13.00 Uhr — Fürther Stadttheater, Königstraße 116, Fürth

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. O. Stadelmann, Fürth

Themen: Antibiotikatherapie in Klinik und Praxis — Konservative Therapie peptischer Läsionen des oberen Verdauungskanals — Medikamentöse Gallensteinauflösung — Erkrankungen des Dickdarms — Lymphome des Verdauungskanals

Klinische Fortbildung in Bayern

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

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

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

Echokardiographie

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

Einführungs- und Fortbildungskurs In die Klinische Echokardiographie (UKG) am 7./8. November 1980

Leitung: Oberarzt Dr. Alber

Beginn: Freitag 9.15 Uhr — Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

Letzter Anmeldetermin: Posteingang am 28. Oktober 1980

Ergometrie

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern

Chefarzt: Dr. H. Hofmann

Ergometriewochenende am 14./15. Juni und am 25./26. Oktober 1980

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

Teilnahmegebühr: DM 60,—

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24-369 bzw. 370

Gynäkologie

I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München

Direktor: Professor Dr. J. Zander, Meistraße 11, 8000 München 2

in Verbindung mit dem Tumorzentrum München

Fortbildungsveranstaltung für Gynäkologie am 21./22. März 1980

Thema: Des Ovarialkarzinom (Diagnostik, Therapie und Nachsorge)

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. K. J. Lohe, I. Frauenklinik der Universität München, Meistraße 11, 8000 München 2, Telefon (0 89) 5 39 71

Innere Medizin

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern

Direktor: Professor Dr. M. J. Halhuber

Seminar über präxissnahe kardiologische Prävention und Rehabilitation vom 5. bis 10. Mai 1980

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Chefarzt Dr. Lepper, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 2 42 66

Mechanokardiographie/ Echokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München

Direktor: Professor Dr. D. Michel

31. Fortbildungskurs für Mechanokardiographie (Phonokardiographie — Teil II) verbunden mit 5. Einführungskurs für Echokardiographie am 25./26. April 1980

Beginn: Freitag 9.15 Uhr — Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

Letzter Anmeldetermin: Posteingang am 15. April 1980

Neurologie und Psychiatrie

Universitäts-Nervenklinik Erlangen

8. Fortbildungsveranstaltung für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete vom 28. bis 30. März 1980

Freitag, den 28. März 1980

Beginn 17.00 Uhr — Ende 19.00 Uhr

Treffpunkt: Im Foyer des Kopfklinikums
Fallvorstellungen und -besprechungen neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen — Einsatz neurophysiologischer Untersuchungsmethoden (Doppler-Sonographie, BLG, EMG usw.) — Bedeutung des Röntgen-Nativbildes in der Praxis — Computertomographie — Demonstration von Augenerkrankungen

Samstag, den 29. März 1980

Beginn 9.00 Uhr — Ende 18.30 Uhr

Stadthalle-Kongreßzentrum

Depressive Zustände — Schmerzzustände — Aktuelle Probleme

März bis November 1980

21./22. März

Gynäkologie, München

28. bis 30. März

Neurologie und Psychiatrie, Erlangen

25./26. April

Mechanokardiographie / Echokardiographie, München

5. bis 10. Mai

Innere Medizin, Höhenried

9./10. Mai

Sonographie, München

14./15. Juni

Ergometrie, Höhenried

12./13. September

Sonographie, München

24./25. Oktober

Phonokardiographie, München

25./26. Oktober

Ergometrie, Höhenried

7./8. November

Echokardiographie, München

Sonntag, den 30. März 1980

Beginn 8.45 Uhr — Ende 13.00 Uhr

Stadthalle-Kongreßzentrum

Moderne Behandlungsverfahren in der Neurologie

Anmeldung und Auskunft:

Frau B. Heerklotz, Universitäts-Nervenklinik mit Poliklinik (Kopfklinikum), Schwabachanlage 10, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 45 63/64

Phonokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München

Direktor: Professor Dr. D. Michel

32. Fortbildungskurs für Phonokardiographie (Teil I) am 24./25. Oktober 1980

Beginn: Freitag 9.15 Uhr — Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

Letzter Anmeldetermin: Posteingang am 14. Oktober 1980

Sonographie

Stiftsklinik Augustinum, München

Direktor: Professor Dr. D. Michel

Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie am 9./10. Mai 1980 und am 12./13. September 1980

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann

Beginn: Freitag 9.00 Uhr — Ende: Samstag 12.00 Uhr

Stiftsbogen 74, 8000 München 70

Kursgebühr: DM 40,—

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: Mai-Kurs ausgebucht! — September-Kurs: Posteingang am 2. September 1980

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

16. Februar 1980

26. April 1980

21. Juni 1980

20. September 1980

22. November 1980

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

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, zu richten bis 8. Februar, 18. April, 13. Juni, 12. September und 14. November 1980.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jeweils die Irenen Kassenerztätze (In diesem Heft Seite 178 f).

65. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

am 22./23. März 1980 in Augsburg, Kongreßhalle

Programmplanung: Collegium Medicum Augustenum

Theme: Antivirale und antibakterielle Therapie

Samstag, 22. März 1980

Einführung in die klinische Virologie und virale Infektion im Kindesalter (Doppelreferat)

Professor Dr. K. D. Bechmann, Münster
Virale Infekte im HNO-Bereich
N. N.

Bronchopulmonale virale Infekte
Professor Dr. D. Nolte, Bad Reichenhall
Immunprophylaxe der viralen und bakteriellen Erkrankungen

Professor Dr. H. Stöckl, München
Zum Generalthema werden die Fachgebiete Dermatologie – Gastroenterologie – HNO-Heilkunde – Nephrologie – Pädiatrie und Pneumologie in Seminaren abgehandelt.

Sonntag, 23. März 1980

Die Virushepatitis
Professor Dr. E. Kuntz, Wetzlar

Antibakterielle Chemotherapie
Professor Dr. K. H. Spitz, Wien

Anschließendes Podiumsgespräch und Diskussion mit den Referenten des Samstag und Sonntag

Freitag, Samstag und Sonntag

Leboreseminar für Arzthelferinnen

Auskunft und Anmeldung:

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

Fortbildungskurs für Röntgenhelfer (-Innen)

vom 14. bis 25. April 1980 in Erlangen

Leitung: Dr. W. Rödl, Erlangen

Teilnehmvoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 272

Flugreise des „Deutschen Verbandes langlaufender Ärzte“ zum Marathonlauf 1980

vom 19. bis 26. April 1980 nach Boston mit New York-Aulenthalt

Veranstalter: „Deutscher Verband langlaufender Ärzte“ (Vorsitzender: Dr. H.-H. Borchers, Augsburg) und „Spiridon Club Deutschland“

Reisepreis: DM 1495,-

Anmeldeschluß: 15. März 1980

Anmeldung:

Reisebüro König + Lex GmbH, Hansestraße 24, 4770 Soest, Telefon (0 29 21) 18 83-86

Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

vom 6. bis 8. Juni 1980 in Regensburg

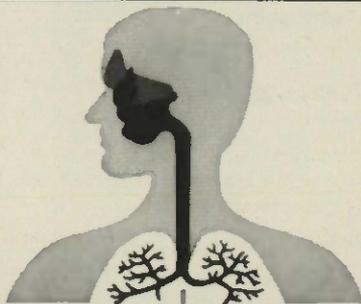
Hauptthema: Was kann die Praxis und die Klinik aus den Ergebnissen der Münchener Perinatalstudie lernen?

Symposium: Grenzen der Frühdiagnostik des Mammekarzinoms

Teilnahme- und Vortragsanmeldung bis 15. Februar 1980

Anmeldung:

Professor Dr. H. Greeff, I. Frauenklinik der Universität München, Maistraße 11, 8000 München 2



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom; sinogener Kopfschmerz. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mezerat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,6 g, Herb. Rumic. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,6 g – 1 Drogée enthält: Rad. Gentian.

0,006 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,018 g, Herb. Rumic. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Dosierung:** 3mal täglich $\frac{1}{2}$ bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Drogées. • **Hendelformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 8,95, OP mit 60 Drogées DM 8,95, OP mit 240 Drogées DM 26,60; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Drogées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin

vom 2. bis 8. März 1980 in Garmisch-Partenkirchen

Themen: Klimatologie-Klimatherapie – Herz- und Gefäßerkrankungen – Innere Sekretion – Mykologie – Geriatrie – Pädiatrie – Naturgemäße Heilverfahren – Raucherentwöhnung – „Das Praxisnehe Seminar“ – Spezialkurse – Filmprogramm

Ort: Konzertsaal, Richard-Streuss-Platz, Garmisch-Partenkirchen

Auskunft und Anmeldung:

Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 2 66 08 / 09

42. DKD-Fortbildungstagung am 15. März 1980 in Wiesbaden

Thema: Aktuelle Probleme des Mammakarzinoms – Diagnostik, Therapie, Nachsorge

Auskunft und Programm:

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

Fortbildungsveranstaltungen des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth

13. Februar 1980

Bronchitis – Aktive Therapie statt Frühinvalidität

Dr. Boelcskei, Nürnberg

Ort: Balkonsaal der Stadthalle, Bayreuth

12. März 1980

Rheumatische Erkrankungen – Differenzialdiagnose und Therapie

Professor Dr. Bech, Bayreuth

Ort: Balkonsaal der Stadthalle, Bayreuth

16. April 1980

Periphere arterielle Durchblutungsstörungen

Professor Dr. Böhme

Ort: Balkonsaal der Stadthalle, Bayreuth

30. April 1980

Psycho-vegetative Störungen

Privatdozent Dr. Blaha, Erlangen

Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

14. Mai 1980

Ist die Freiheit ärztlichen Handelns bedroht?

Dipl.-Volkswirt Ost

Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

18. Juni 1980

Fertilitätsstörungen beim Manne

Dr. Jeecht, Erlangen

Ort: Stadthalle, Bayreuth

Auskunft:

Medizinaldirektor Dr. W. Reisch, Hohe Werte 8, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 28 02 22

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Epidemiologie und epidemiologische Methodik vom 3. bis 14. März 1980

Tegungsort:

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

Auskunft und Programmversand:

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

Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

9. bis 22. März 1980 in Badgastein:

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

10. bis 22. März 1980 in Davos:

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

31. März bis 12. April 1980 in Meran:

Thema: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin

1. bis 14. Juni 1980 in Grado:

Thema: Der Notfall – Akutdiagnostik und Akuttherapie

21. Juli bis 2. August 1980 in Devos:

Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

24. August bis 6. September 1980 in Grado:

Thema: Retionelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

25. August bis 6. September 1980 in Meran:

Thema: Wird noch bekanntgegeben werden

26. bis 28. September 1980 in Augsburg:

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

Auskunft und Anmeldung:

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im November 1979*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der Erkrankungen an Salmonellose ging im November deutlich zurück. Auf 100 000 Einwohner trafen im Oktober 114, im Berichtsmontat 56 Erkrankungen, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Ähnlich hoch wie im Vormonat war die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung), nämlich 34 Fälle je 100 000 Einwohner.

Die Meldeziffer von Scharlacherkrankungen stieg im November an, und zwar von 44 im Oktober auf 59 je 100 000 der Bevölkerung. Etwas weniger Menschen als im Oktober erkrankten an übertragbarer Hirnhautentzündung. Die Erkrankungsziffer an sonstiger, nicht durch Meningokokken erregter infektiöser Meningitis sank von 9 auf 6 je 100 000 Einwohner,

die an Meningokokken-Meningitis blieb unverändert niedrig bei 3 auf 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 5. November bis 2. Dezember 1979 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										E		ST			
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	-	-	210	-	1	-	6	-	9	-	1	1	2	-	-	-	18	-	197	-	7	-	-	-
Niederbayern	-	-	20	-	-	-	5	1	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	28	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	21	-	-	-	3	1	13	-	1	-	-	-	-	-	1	-	39	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	45	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	1	-	12	-	1	-	-	-
Mittelfranken	-	-	107	-	-	-	1	-	9	-	-	-	1	-	-	-	1	-	65	-	7	-	-	-
Unterfranken	-	-	45	-	-	-	1	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	86	-	7	-	-	-	
Schwaben	-	-	45	-	-	-	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	38	-	10	-	-	-
Bayern	-	-	493	-	1	-	21	2	49	-	2	1	3	-	-	-	23	-	465	-	32	-	-	-
München	-	-	91	-	-	-	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	8	-	71	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	23	-	-	-	-	-	4	-	-	-	1	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	12	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	2	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	16	-	3	-	-	-	-
Fürth	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Brucellose				Malaria-Erkrankung		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf						Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾			
			Psittacose		übrige Formen																		Mikrosporidie	
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	109	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21
Niederbayern	17	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	12	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Oberfranken	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Mittelfranken	47	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Unterfranken	29	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schwaben	43	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Bayern	283	2	1	-	1	-	6	-	1	-	2	-	2	-	8	-	1	1	-	-	-	-	-	14
München	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53
Nürnberg	20	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Augsburg	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) „E“ = Erkrankungen (einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

2) „ST“ = Sterbefälle.

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

75 Jahre Universitätsnervenklinik München

Die Nervenklinik der Universität München feierte ihr 75jähriges Jubiläum. Sie wurde am 7. November 1904 eröffnet. Ihr erster Leiter war der bekannte Psychiater Emil Kraepelin, der aus Heidelberg an die Münchener Universität berufen worden war. Der Bau der Klinik ist Professor Anton Bumke zu verdanken, der den Plan einer eigenen Universitätsnervenklinik durchsetzen konnte und die Pläne ausarbeitete. Professor Kraepelin gründete u. a. die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie; er hat sehr früh die Wichtigkeit der experimentellen Psychologie und der Pharmako-Psychologie erkannt und Mitarbeiter engagiert, sich mit diesen damals neuen Gebieten zu beschäftigen.

Nachfolger Emil Kraepelins wurde 1924 Professor Oswald Bumke, der von Leipzig nach München berufen wurde. Nach der Aufbauphase der Ära Kraepelins folgte nun eine Zeit der Konsolidierung, Erneuerung und des Umbruchs. Professor Bumke organisierte einen Teil der Münchener Klinik um und richtete offene neurologische Abteilungen ein. Schwierige Zeiten hatte die Klinik in der Zeit des Nationalsozialismus durchzumachen. 1946 übernahm Professor Georg Stertz die Klinikleitung. Ihm folgte 1952 Professor Kurt Kolle, der den Wiederaufbau der Nachkriegsjahre forcierte.

Die Weiterentwicklung der Fächer machte eine institutionelle Trennung von Neurologie und Psychiatrie notwendig. Fast gleichzeitig wurden 1971 Professor Adolf Schrader für Neurologie und Professor Hanns Hippus für Psychiatrie berufen. Die Neurologie zog in das Klinikum Großhadern, die Psychiatrie blieb in der alten Nervenklinik. Trotz dieser schwierigen äußeren Umstände gelang es Professor Hippus, neue Akzente zu setzen und neue Entwicklungen zu fördern. Die forensische Psychiatrie wurde eine eigene Abteilung. Neu sind auch die klinische Psychologie, die Psychosomatik, die „Forschungsstation“ und seit etwas mehr als einem Jahr die „Tag- und Nacht-Klinik“.

Wie wirken Arzneien im Alter?

Am Lehrstuhl für Gerontologie, den Professor Dieter Plett an der Universität Erlangen-Nürnberg innehat, fördert die Stiftung Volkswagenwerk mit rund DM 496 000 ein Forschungsvorhaben über die Wirkung von Arzneimitteln im Alter. Ziel des Projektes ist es, festzustellen, inwieweit altersbedingte Erkrankungen und Veränderungen von Organen – wie der Leber oder der Niere – Rückwirkungen auf die Konzentration von Medikamenten im Blut und Urin zeigen. Ergebnisse dieser Forschungen könnten Hinweise darauf liefern, wie verschiedene Arzneien im höheren Lebensalter dosiert und verabreicht werden müssen.

Sicherung für geschlossene und geklippte Fensterflügel

Das Doppelriegelschloß mit Schließzylinder (Vertrieb: G. Diepelt, Sicherheitstechnik, Neukirchen-Vluyn) verriegelt den Fensterflügel in geschlossenem Zustand und in Kippstellung. Zum Öffnen oder Verschließen muß der passende Zylinderschlüssel eingeführt und um 360° gedreht werden. In verschlossenem Zustand sind die Befestigungsschrauben verdeckt, so daß ein Abschrauben durch Unbefugte ausgeschlossen ist.

Einkommensteuerliche Behandlung von Aufwendungen für die Teilnahme an Fortbildungskongressen der Bundesärztekammer

In dem Urteil des Bundesfinanzhofs vom 4. August 1977 (IV R 30/76 – BStBl. II S. 829) wurden strenge Kriterien für die Teilnahme und den Nachweis der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, insbesondere in Orten, die eine persönliche Nutzung zur Freizeitgestaltung ermöglichen, gefordert, um die steuerliche Abzugsfähigkeit der Aufwendungen für die Teilnahme zu erreichen.

Die Bundesärztekammer hat daraufhin sofort für alle ihre Kongresse ab 1978 ein Testat-Verfahren angeboten, das dem Teilnehmer einen objektiven Beleg der Teilnahme an jeder einzelnen Fortbildungsveranstaltung ermöglicht.

In Verhandlungen mit dem Bundesfinanzministerium konnte erreicht werden, daß für alle bis 1977 von der Bundesärztekammer durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen noch die bis zum oben genannten Urteil des Bundesfinanzhofs übliche Praxis angewandt werden wird, da entsprechende Nachweisverfahren vor dem Bekanntwerden dieses Urteils nicht gegeben waren.

Der Bundesminister der Finanzen hat der Bundesärztekammer dies in seinem Schreiben vom 30. Oktober 1979 bestätigt. Der Bundesminister weist allerdings ausdrücklich auf die erforderliche Würdigung der gesamten Umstände des einzelnen Falles hin und stellt fest, daß der Nachweis der Teilnahme nicht das alleinige Kriterium für die Frage der steuerlichen Absetzbarkeit von Aufwendungen für Fortbildungskongresse ist. Andererseits aber wird das von der Bundesärztekammer angebotene besondere Testat-Verfahren als Möglichkeit des Nachweises aufgeführt.

Das Bayerische Staatsministerium der Finanzen hat mit Bescheid vom 13. Februar 1979 der Bayerischen Landesärztekammer gegenüber klargestellt, daß nach seiner Auffassung

die Finanzämter im Rahmen der erforderlichen Gesamtwürdigung der Teilnahme eines Arztes an Fortbildungsveranstaltungen eine tägliche Veranstaltungsdauer von mindestens fünf Stunden – über den ganzen Tag verteilt – als ausreichendes Kriterium für den „weitest überwiegenden“ beruflichen Anteil am täglichen Programmablauf ansehen können.

Die oben wiedergegebene Meinungsäußerung des Bundesfinanzministers berührt nach Auffassung des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen die der Bayerischen Landesärztekammer mitgeteilte eigene konkrete Auffassung nicht.

Kongreßteilnehmer, die intensiv und regelmäßig an den einzelnen Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen und dies nachweisen können, dürfen also auch in Zukunft mit großer Wahrscheinlichkeit mit der steuerlichen Anerkennung rechnen, es sei denn, daß die große Zahl besuchter Kongresse nicht mehr als im Interesse der Fortbildung notwendig für die Berufsausübung angesehen wird.

– BLAK –

Zeitschrift: Der Nuklearmediziner

Ziel und Aufgabe dieser neuen Zeitschrift ist es, alle nuklearmedizinisch tätigen Ärzte sowie an der Nuklearmedizin besonders interessierte Ärzte aus anderen Gebieten der Medizin und Naturwissenschaftler über den neuesten Stand der Nuklearmedizin zu unterrichten. Die vierteljährlich erscheinenden Hefte behandeln jeweils ein Thema der Nuklearmedizin unter Berücksichtigung der praktischen Anwendung.

Jahresabonnement DM 120,- (für Mitglieder des Berufsverbandes Deutscher Nuklearmediziner kostenlos). Karl Demeter Verlag, Gräfelfing.

Ausschreibungen

Boxberger-Preis 1981 — Die Boxberger-Stiftung schreibt alle zwei Jahre für eine wissenschaftliche Arbeit über die natürlichen Heilschätze Bad Kissingers den nunmehr mit DM 10 000 dotierten Boxberger-Preis aus. — Einsendeschluß: 1. März 1981. Weitere Auskünfte erteilt die „Boxberger-Stiftung“, 8730 Bad Kissingen.

Homburg-Preis 1981 — Das Kollegium für ärztliche Fortbildung Regensburg zur Förderung der medizinischen Forschung schreibt alle zwei Jahre den vom Chemiewerk Homburg — Zweigniederlassung der Degussa — gestifteten Homburg-Preis aus. Es werden drei Arbeiten aus dem Gebiet der Inneren Medizin oder einer Disziplin, die als Grundlagenforschung die Innere Medizin wesentlich zu fördern imstande ist, prämiert. — Einsendeschluß: 1. Oktober 1980. Weitere Auskünfte erteilt das Sekretariat des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 5 07 - 21 83.

Film- und Fernsehpreis 1980 — Der Hartmannbund — Verband der Ärzte Deutschlands e. V. — schreibt hiermit diesen Preis aus. Prämiert werden ein Film oder ein Fernsehbeitrag, der in der Zeit vom 1. August 1979 bis 31. Juli 1980 erstautgeführt oder gesendet wird und der die Beziehungen zwischen Patient und Arzt in objektiver und verständlicher Form wirklickeitsnah schildert. — Weitere Auskünfte erteilt der Hartmannbund, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2, Telefon (0 22 21) 37 30 45.

Peul-Martini-Preis 1980 — Die Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V. schreibt hiermit gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e. V. den mit DM 20 000 dotierten Peul-Martini-Preis aus. Ziel des Preises ist die Förderung klinisch-pharmakologischer Methodenforschung und die Entwicklung einer wissenschaftlichen Therapiebeurteilung. — Einsendeschluß: 27. April 1980. Weitere Auskünfte erteilt die Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V., Humboldtstraße 94, 6000 Frankfurt.

Verleihungen

Hertmann-Thieding-Plakette — Der Hartmannbund — Verband der Ärzte Deutschlands e. V. — verlieh einer Ärztin und fünf Ärzten in Würdigung ihrer Verdienste um die deutsche Ärzteschaft und um den Hartmannbund die Hartmann-Thieding-Plakette, und zwar an: Dr. Hedde Heuser-Schreiber, Oberaudorf; Dr. Gerherd Büch, Saerbrücken; Dr. Karl-Hans Metzner, Mainz; Dr. Bodo Rüdiger Perlitz, Gelsenkirchen; Dr. Wilhelm Schiüter, Haltern; Dr. Karl-August Samse, Holzminden.

Franceschetti-Liebrecht-Preis 1979 — Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft verlieh Dr. Eberhardt Zrenner, Bad Nauheim, den Franceschetti-Liebrecht-Preis 1979.

Goldener Äskulepstab — Der Hartmannbund — Verband der Ärzte Deutschlands e. V. — verlieh Thomas Schamoni für seine Leistung als Regisseur des Films „Platzangst“ in der Reihe „Notsingale“ des ZDF den Goldenen Äskulepstab.

50 Jahre Cesra-Arzneimittel

Die Firma Julius Redet, Cesra-Arzneimittelfabrik, Baden-Baden, konnte das 50jährige Geschäftsjubiläum feiern. In diesen Jahren war ein stetiges Wachstum zu verzeichnen. Erfahrung, Verantwortung und Dynamik schufen die Basis für eine gute Zusammenarbeit mit der Ärzte- und Apothekerschaft.

Film: „Aufbruch ins zweite Leben“

Dieser Bayer-Film greift einen Aspekt des Herzinfarktes auf, der, auf die Dauer gesehen, für den Patienten ebenso wichtig sein kann wie eine wirksame Therapie: die umfassende Nachbetreuung. Er erläutert Ziele und Methoden bei der Aufstellung und Leitung eines solchen Trainingsprogramms und gibt medizinische Hinweise sowie organisatorische Ratschläge für die praktische Durchführung solcher Programme.

Der ursprünglich für den niedergelassenen Arzt konzipierte Film steht jetzt auch interessierten Rehabilitationsgruppen und Übungsleitern zur Verfügung (Ausleihe über Beyer AG, Filmstelle AVI, Geb. Q 26, 5090 Leverkusen, Telefon (02 14) 30 86 71). — Er ist unter der wissenschaftlichen Beratung der Professoren W. Hollmann und R. Rost, Köln, entstanden.

„Messerli-Bedewennenlift“ für Behinderte

Dieses Gerät (Vertrieb: Firma Wolfgang Braun KG, Sulzbach), eine rostfreie Leichtmetall-Konstruktion, läßt sich mit zwei verstellbaren Haltebügeln sicher an jeder konventionellen Badewanne befestigen. Die Sitzfläche und die Rückenlehne bestehen aus körperfreundlichem, rutschfestem Kunststoff. Durch einen einfachen Drehgriff wird der Lift auf das Körpergewicht des jeweils Badenden eingestellt. Da alle Bewegungen, durch Federdruck unterstützt, rein mechanisch erfolgen, sind weder Stromanschluß noch irgendwelche anderweitigen Installationen notwendig. — Er wird seit ca. einem Jahr in Alten- und Pflegeheimen, Krankenhäusern, Sozialstationen, Kurbetrieben, Privathaushalten usw. benutzt.

Dr. Lange Flammenphotometer M 7D

Dieser Flammenphotometer der Dr. Bruno Lange GmbH, Berlin, ist ein mikroprozessorgesteuertes Gerät und dient der schnellen Bestimmung von Kalium, Natrium und Lithium im Serum. Mit nur vier Funktionstasten werden der Null- und Standardwert gespeichert, der Meßwert abgefragt und der Meßbereich kontrolliert. Mikroprozessoren errechnen die Konzentration aus 100 Einzelmessungen als Mittelwert. Die Anzeigen der Meßwerte erfolgen digital und in direkten Werten und stehen zur Ablesung beliebig lange zur Verfügung.

Medimex-Gipstrenndraht

Diese Methode zum Auftrennen von Gips- und Kunstharzverbänden ist sicherer und einfacher als das Arbeiten mit der Gipsschere oder Gipsäge. Es gibt weniger Gipsstaub und keine Hautverletzungen mehr. Der Gipstrenndraht kann bei allen zirkulären Gips- und Kunstharzverbänden an Extremitäten verwendet werden.

Bezugsquellennachweis durch die ZMT-Zentralvereinigung Medizin-Technik, Sachsenring 89, 5000 Köln 1.

Buchbesprechungen

Atlas der Anatomie des Menschen: Arm und Bein

Verf.: R. Bertolini / G. Leutert, 332 S., 405 Abb., davon 361 farbige, gezeichnet v. H. Schmidt, geb., DM 78,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Der Band „Arm und Bein“ ist der erste Teil des neuen dreibändigen Atlases der Anatomie des Menschen.

Band 1 enthält im ersten Teil eine Systematik und Topographie des Armes. Dabei wird mit der Darstellung der Knochen und Gelenke begonnen. Anschließend folgen die Muskeln, Gefäße und Nerven und zum Schluß die praktisch wichtigsten Regionen. Der zweite Teil, der das Bein behandelt, ist in gleicher Weise gegliedert. Die Abbildungen sind nach Originalpräparaten gezeichnet. Außerdem enthält der Atlas zahlreiche Röntgenbilder.

Elementare Pädiatrie

Herausgeber: K. Betke / F. Lampert / K. Riegel, 2. Aufl., 308 S., DM 17,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Dieses Taschenbuch ist als „Lehrbuch“ konzipiert, mit dessen Hilfe sich Medizinstudenten für den Unterricht am kleinen Patienten vorbereiten können. Dabei wollten die Autoren das vermitteln, was ein Student nach einem Semester Pädiatrie wissen soll und ihm somit rasch den Erwerb wesentlicher Grundkenntnisse zu ermöglichen. Den leitenden Ärzten und Mitarbeitern der Münchener Universitäts-Kinderklinik ist es gelungen, ein didaktisch ausgezeichnetes und handliches Kompendium der „Elementaren Pädiatrie“ zu schreiben, das erstaunlich viel Wichtiges enthält. Am Schluß aufgeführte multiple choice questions gestatten dem Leser eine Überprüfung des durch die Lektüre erworbenen Wissens, sei er nun Examenkandidat oder als praktizierender Arzt bemüht, pädiatrische Kenntnisse aufzufrischen.

Dr. med. M. Wolf, Waldkraiburg

Die Lärmschwerhörigkeit und ihre Begutachtung

Verf.: T. Brusis, 280 S., 52 ganzs. Gutachten-Beispiele, 50 Abb., 6 Tab., Leinen, DM 58,—. Karl Demeter Verlag, Gräfelfing.

Dieses Buch ist eine gelungene Einführung in das Gebiet der Lärmschäden. Es wird zur Handlungsanweisung, indem auch der gesetzliche Rahmen der Unfallversicherung und die Begutachtung von Lärmschäden ausführlich dargestellt wird. Dabei fehlt auch nicht das klinische Bild und die Vermittlung von Untersuchungstechniken. Neben den rein medizinischen Fragestellungen habe ich sehr erfreut festgestellt, daß auch nicht durch Industrielärm verursachte Gehörschäden beschrieben werden, so z. B. Diskothekenlärm, Lärm durch zahnärztliche Turbinenbohrer usw. Gesetzestexte und Formulare am Schluß des Buches.

Dr. med. H. Weber, Prien

Diät bei Übergewicht

Verf.: Dr. Chr. Keller — Herausgeber: Prof. Dr. N. Zöllner / Dr. I. Korfmacher, 96 S., Piktogramme, Farb., broch., DM 8,80. K. Thienemanns Verlag, Stuttgart.

Die Autorin greift auf die bewährteste Diät, FdH, zurück, nur das WIE macht den Spaß. Hier darf man schlemmen, aber eben in kleinen Mengen.

Kolonkarzinom

Herausgeber: Prof. Dr. Ch. Herferth / Dr. M. Betzler, 86 S., 67 Abb., 12 Tab., kart., DM 37,—. Verlag Hens Huber, Bern-Stuttgart-Wien.

Epidemiologische Fakten, Frühdiagnostik, allgemeine Therapierichtlinien, die besonderen Aspekte in der Behandlung der Polypen und frühen Karzinome, Fragen der Nachsorge und der Zusatztherapie beim Dickdarmkrebs sind aktuelle Probleme, die aus der Sicht eines Klinikums behandelt werden. Die verschiedenen Kapitel, die durch den onkologischen Arbeitskreis erarbeitet wurden, schließen mit knapp gefaßten, für die tägliche Praxis bestimmten Richtlinien ab.

Augenärztliche Fortbildung

Jahreskurse für die praktische Augenheilkunde

Herausgeber: Prof. Dr. H.-J. Merté, Band 5, Teil 2, 112 S., 28 Abb., Band 5, Teil 3, 112 S., 16 Abb. Bei Einzelbezug je Teilband DM 40,— (Band 5 besteht aus 4 Teilbänden; Bandpreis DM 136,—. — Vorzugspreis für Mitglieder des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands e. V. DM 118,—; Vorzugspreis für Ärzte in abhängiger Stellung und in Ausbildung DM 88,—). Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Der Autor hat vor Jahren ein völlig neues Konzept der ärztlichen Fortbildung entwickelt. In Einzelreferaten wird das gesamte Gebiet der Augenheilkunde behandelt und immer wieder durch neue Beiträge verschiedener Autoren ergänzt. Die Übersicht über diese Referate, die bis jetzt in über 20 Einzelbänden publiziert wurden, erleichtert eine eigene Stichwortkartei. Dazu können die Leser sie besonders interessierende Fragen an das Autorenkollegium richten. Aus den beiden jetzt vorliegenden Bänden sei als Beispiel ein kurzer und sehr informativer Beitrag von Reiner über handelsübliche Brillengläser besonders erwähnt. Dem Augenarzt in Klinik und Praxis wird der Bezug der gesamten Serie empfohlen.

Professor Dr. med. W. D. Schäfer, Würzburg

Giftliste

Herausgeber: Dr. L. Roth / Dr. M. Dauderer, Loseblattwerk im Plastikordner, ca. 850 S., Preis incl. 5. Ergänzungslieferung DM 198,—, Ergänzungslieferungen zum Seitenpreis v. DM 0,18. ecomed verlagsgesellschaft, München.

Auf einen Blick findet man eine Fülle stoffbezogener Angaben über synonyme Stoffbezeichnung, UN- und EG-Nummer, Kennzahl und Gefahrenklasse nach den Transportvorschriften, Gefahren- und Sicherheitsratschläge (R- und S-Sätze) nach EG-Richtlinie und Arbeitsstoffverordnung, MAK-Wert, systembezogene Behandlungshinweise für Arzt und Leiden im Giftnotfall, Giftverordnung der Länder, Pflanzenschutzmittelverordnung, Giftklasse nach dem Schweizer Giftgesetz, Vernichtung von Kleinmengen, verbotene oder nur beschränkt erlaubte Stoffe nach TRGA 110, Giftabteilung im DDR-Giftgesetz, EG-Schädlingsbekämpfungsmittelrichtlinie, zugelassene Lebensmittelzusatzstoffe nach LMBG. Alle wichtigen Vorschriften und gesetzlichen Regelungen sind im Wortlaut wiedergegeben. 71 Originalaufnahmen von wichtigen Gift- und Arzneipflanzen geben dem Arzt wie auch dem interessierten Laien eine wichtige Erkennungs- und Bestimmungshilfe an die Hand. Ein Notfallteil mit Telefonnummern und Adressen der Giftinformations-Zentralen und Bereitschafts-Depots für Gegengifte runden dieses Werk ab.

Klinische chinesische Pharmakologie

Vert.: Prof. Dr. M. Porkert, 630 S., 21 siebenfarb. Tab., lateinisches u. deutsches Register, chinesisches Register mit Pflanzennamen, DM 140,—. Verlag für Medizin, Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.

Das bislang einmalige Werk enthält zum einen ca. 400 Seiten ausführliche Beschreibungen chinesischer Pflanzen, tierischer und mineralischer Substanzen mit Wirkrichtung, Verbreitungsgebiet, literarischer Quellen usw. Gegliedert streng im Sinn der traditionellen chinesischen Indikationslehre. Zum anderen werden die zum Verständnis der chinesischen Medizin unverzichtbaren Begriffe und Denkstrukturen erläutert. Dies alles in der Porkert eigenen, nicht ganz leicht lesbaren Art. Der Antänger sei vor diesem Buch gewarnt! Ohne Vorkenntnisse bleibt zu viel unverständlich. Porkerts Verdienst ist, die Notwendigkeit des tiefen Eindringens in die chinesische Medizinteorie klarzulegen. Für den etwas Eingedrungenen ist das Buch ein großer Gewinn!

Dr. med. S. Zeller, München

Die Kontraktibilität des Herzmuskels bei elektrischer Stimulation

Experimentelle Untersuchungen zur Pharmakologie der elektromechanischen Koppelung

Vert.: Prof. Dr. E. G. Schmidt, 77 S., 62 Abb., kart., DM 9,80. F. K. Schettauer Verlag GmbH, Stuttgart.

Schon seit Sidney Ringer 1883 die Abhängigkeit der Herzmuskelkontraktion von spezifischen physiologischen Ionen beschrieben hat, sind diese Wechselbeziehungen immer wieder Gegenstand intensivster Untersuchungen gewesen. Die vorliegende Arbeit präsentiert das Ergebnis von über 2400 Einzelversuchen, die sich speziell mit dem Phänomen der elektromechanischen Kopplung und Entkopplung am Herzmuskel von Kaninchenherzen befassen. Die besondere Rolle des durch den elektrischen Stimulus ionisierten Kalziums wird herausgearbeitet sowie auch der Einfluß von Lenthane als Kalziumantagonist auf die Kontraktionsspannung während Glycerinzugs diskutiert.

Dr. Dr. L. Luchner, Passau

Duden-Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke

Herausgeber: Redaktion Naturwissenschaft und Medizin des Bibliographischen Instituts, 3. vollständig überarb. und ergänzte Aufl., 751 S., geb., DM 36,—. Bibliographisches Institut, Mannheim, und Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Auch die medizinische Fachsprache befindet sich in einer ständigen Expansion. Die immer weiter um sich greifende Spezialisierung und die neu entstehenden Unterdisziplinen schaffen neue Terminologien, neue Wort- und Fachtermini, die oft bereits von der Nachbardiziplin nicht mehr verstanden werden können. Hinzu kommen die nach wie vor in großer Anzahl auftretenden angloamerikanischen Ausdrücke, die oftmals unverändert übernommen werden müssen, da im Deutschen keine gleichwertigen Fachtermini zur Verfügung stehen. So ist es unvermeidbar, daß von Zeit zu Zeit der Medizin-Duden überarbeitet werden muß. Rund 2500 Neuwörter aus allen Bereichen der Medizin wurden in die 3. Auflage dieses Wörterbuchs medizinischer Fachausdrücke aufgenommen. Ein Werk also, das vor allem in die Hand jener gehört, die als Assistenzkräfte in den Arztpraxen, als Pflegepersonal in Krankenhäusern arbeiten oder als Sekretärinnen Krankengeschichten schreiben und Briefwechsel für Ärzte führen. Selbst der Arzt wird das Buch mit Gewinn benutzen.

Bayerisches Ärzteblatt 2/80

Hüftluxation und Hüftnekrose

Herausgeber: Prof. Dr. D. Tönnis, 106 S., 84 Abb., kart., DM 38,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Diese Semmelstatistik erfaßt die konservativen Einrenkungsergebnisse von 3316 Hüftgelenken und von 730 operativ behandelten Luxationen. Es wird vor allem der Häufigkeit der Hüftknochennekrose bei verschiedenen Behandlungsmethoden, verschiedenen Altersstufen und verschiedenen lenger Fixationszeit nachgegangen. Bei den operativ eingestellten Fällen wurde die Nekrose rate bei verschiedenen Schnitttechniken und der Kombination mit Zusatzeingriffen untersucht.

Die Akademie von Gondischapur

Vert.: Dr. H. H. Schöffler, 150 S., mit Karten, Abb., Skizzen u. Zeittafeln, kart., DM 28,—. Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart.

Der gesetzte Rahmen erlaubt keine kritische Analyse, sondern nur stichwortartige Anmerkungen. Gondischapur, im alten Perserreich gelegen, war vom dritten bis zehnten Jahrhundert, also einer uns schwer zugänglichen Zeit, Bischofssitz und bekannte philosophisch-theologische Schule, dazu über lange Zeit berühmteste medizinische Akademie, die erste Pharmakopoe wurde dort erstellt (Erlindung des Schachspiels, Zuckerraffinerie usw.). Entscheidende Bedeutung erlangte es in seiner Funktion als Schmelzstelle, von dort ging aristotelisches Denken in den Orient, indische Weisheit wurde in den Mittelmeerraum vermittelt. Dem Verfasser, Arzt und Historiker, gelang trotz karger Quellen ein faszinierendes Bild der geistigen Atmosphäre in den Wandlungen des Urchristentums und des Islams. Eine Erfahrung mehr, wie Geistesgeschichte oft gleich Kirchengeschichte wird. Die Schrift ist eine tiefe Bereicherung für jeden, sie ist unentbehrlich für den, der sich ernsthaft um eine medizinische Anthropologie bemüht.

Dr. med. F. Butters, Nürnberg

Schluß mit dem Familienkrieg

Konflikte am runden Tisch gelöst

Vert.: G. Winkler, 128 S., Band 712, DM 5,90. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Das Besondere an diesem in der Herderreihe „Menschlicher leben“ erschienenem Büchlein ist, daß es kein theoretischer Leitfaden zur Bewältigung alltäglicher Familienkonflikte, sondern ein lebensnaher Erlebnisbericht eines Elternpaares und seiner Kinder ist. Durch die Begegnung mit der Individualpsychologie und ihrem Postulat der Gleichwertigkeit, mit menschlicher Partnerschaft und Ermutigung auf dem Fundament der Gleichwertigkeit begannen die Autoren neue kooperative Konfliktlösungen gemeinsam mit ihren Töchtern zu finden, die Schäden eines verwöhnenden, überbehütenden Familienklimas aufzuheben und durch einen praktikablen Familienrat zu für alle akzeptable „Wir-Lösungen“ zu kommen. „Unser Lösungsziel bei Problemen war und ist das Suchen nach Übereinstimmung auf der Ebene der Gemeinsamkeit bei gleichzeitigem Abbau von Abhängigkeiten.“ Jeder der Beteiligten kommt dabei zu Wort, ebenso oft wie kritisch. Der Leser — jeder, der sich der Fragwürdigkeit des selbstertehrten wie selbstpraktizierten Erziehungsstils bewußt ist — gewinnt den Eindruck, daß hier eine Familie sich ehrlich um neues Selbstverständnis in gleichwertiger Partnerschaft erfolgreich bemüht hat und bewundert gleichermaßen Mut und Aufrichtigkeit, mit der sie sich einer breiten Öffentlichkeit stellt.

Dr. med. O. Molz, Kelheim

Kongreßkalender

De die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

März 1980

- 2.-8. **Garmisch-Partenkirchen:** Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin. — Auskunft: Dr. V. Harth, Heinstreße 9, 8600 Bemberg.
- 3.-14. **München:** Epidemiologia und epidemiologische Methodik. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 8.-15. **Bed Kleinkirchheim:** Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Kongreßbüro des Berufsverbandes Deutscher Internisten, Adolfsallaa 25, 6200 Wiesbaden.
- 9.-22. **Badgastein:** XXV. Internationaler Fortbildungskongreß der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 9.-22. **Pontresina:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzteverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 10.-22. **Devos:** XXVIII. Internationaler Fortbildungskongreß der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 11.-14. **Berlin:** Arbeitsmedizinisches Fortbildungsseminar für Führungskräfte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
12. **Bayreuth:** Rheumatische Erkrankungen — Differentialdiagnose und Therapie. — Auskunft: Medizinisch-direktor Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth.
- 12.-14. **München:** 15. Deutscher Krebskongreß. — Auskunft: Dr. H. Schmellenkemp, Im Neuenheimer Feld 11Ü, 6900 Heidelberg 1.
- 13.-16. **Bad Wiessee:** Arbeitstegung und Ärztekongreß „Naturheilverfahren in der modernen Medizin“. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.
- 17.-20. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 17.-20. **Erlangen:** 23. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschalldiagnostik. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 17.-20. **München:** interregionales Biometrisches Kolloquium 1980. — Auskunft: Dr. W. Koepcke, Mercklinstraße 15, 8000 München 70.
19. **Fürth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth. — Auskunft: Dr. J. Mertens, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth.
- 21.-22. **München:** Fortbildungsveranstaltung für Gynäkologie. — Auskunft: Privatdozent Dr. K. J. Loha, Malstraße 11, 8000 München 2.
- 21.-23. **Augsburg:** 65. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 21.-26. **Bed Abbech:** Seminar en speziell rheumatologisch Weiterbildung interessierte Krankenschwestern und Krankenpfleger. — Auskunft: Fortbildungsakademie der Deutschen Rheuma-Liga, Rheuma-Zentrum der I. Medizinischen Klinik, 8403 Bed Abbach.
- 22.-29. **Bed Hofgastein:** I. Österreichischer Geriatriekongreß. Auskunft: Professor Dr. A. Neumayr, Juchgasse 25, A-1030 Wien.
- 26.-27. **Bonn:** XVII. Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. — Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Feldbergstraße 28, 6000 Frankfurt 1.
- 26.-28. **Berlin:** Spezial-Strahlenschutzkurs. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
31. 3.-12. 4. **Meren:** XII. Internationale Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Inhaber, Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordaur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaustraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und 8 1/2 % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 77-1, Fernachrichtbar: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wlaatzke. Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., Augsburger 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. Bei Einwendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

Das Krankenhaus St. Elisabeth, Dillingen/Donau
sucht einen

Oberarzt

für die
Innere Abteilung (Hauptabteilung)

Wir sind ein freigemeinnütziges Krankenhaus mit 220 Betten in fünf Fachdisziplinen. Unsere Innere Abteilung verfügt über beste diagnostische und therapeutische Einrichtungen (Endoskopie, Ultraschall, Intensivstation mit Rechtsherzkatheter, Schrittmacherimplantation u. a.).

Der Bewerber soll Arzt für Innere Medizin sein bzw. im letzten Weiterbildungsjahr stehen (Vertretung des Chefarztes). Vergütung nach AVR zuzüglich Bereitschaftspauschale und Chefarztzulage.

Die Große Kreisstadt Dillingen bietet in reizvoller Lage alle Freizeitmöglichkeiten und beste schulische Voraussetzungen.

Bewerbungen bitte an

Herrn Cheferzt Dr. Christoph Gronde oder
Herrn Verwaltungsdirektor J. Eberts,
Krankenhaus St. Elisabeth, Regens-Wagner-Straße 3,
8880 Dillingen/Donau, Telefon (0 90 71) 20 11

Für das Bildungswerk Abensberg, Landkreis Kelheim/Niederbayern, eine überbetriebliche Ausbildungsstätte für behinderte Jugendliche, suchen wir zum baldmöglichsten Eintritt einen hauptberuflichen

Arzt

als Leiter des ärztlichen Dienstes.

Wir bieten Ihnen:

- ein medizinisch interessantes Betätigungsfeld in modernen, gut ausgestatteten Räumlichkeiten
- selbständiges Arbeiten, wobei Ihnen eine Krankenschwester, eine Arzthelferin und eine Masseurin Hilfe leisten
- Die Vergütung, Beihilfen und Altersversorgung richten sich nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR), die dem BAT angelehnt sind.
- Nebentätigkeit kann in unseren Räumen ausgeübt werden.

Abensberg, eine hübsche Kleinstadt, das Tor zur Hallertau, liegt verkehrsgünstig zwischen Regensburg und Ingolstadt und verfügt über Schulen, Sportstätten und sonstige Freizeleinrichtungen.

Dem ärztlichen Dienst obliegt die gesamte Gesundheitspflege unter dem Gesichtspunkt der Rehabilitation für im Endausbau 300 Rehabilitanden.

Wir erwarten von Ihnen:

- Allgemeine Gesundheitsfürsorge
- ärztliche Betreuung gemäß der jeweiligen (Mehrfach-) Behinderung
- schul-, sport- und arbeitsmedizinische Betreuung einschließlich Arbeitserprobung und Berufsfindung
- Beratung von Mitarbeitern und Eltern
- Behandlung interkurrent auftretender Erkrankungen auf Krankenschein

Die Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit Mitarbeitern der Werkstätten, des sozialen und therapeutischen Dienstes und der Internate wünschen wir uns ebenso wie die Identifizierung mit dem kirchlichen Engagement des Trägers im sozialen Bereich.

Schriftliche Bewerbungen werden erbeten an:

— Kath. Jugendfürsorge der Diözese Regensburg e. V. —
Berufsbildungswerk Abensberg, Regensburger Straße 60,
8423 Abensberg, Telefon (094 43) 17 33.

Dualfizierte, auf dem Gebiet der Bakteriologie und Serologie besonders erfahrene

MTA

zum nächstmöglichen Termin gesucht. Alter nicht unter 30 Jahren. Geboten werden: Anfangsgehalt nach BAT IV b, 13. Gehalt, VL, Essenzuschuß.

Allen Erfordernissen moderner Methodik entsprechende Arbeitsplätze bzw. Geräte sind vorhanden.

Ausführliche Bewerbungen mit Lichtbild erbeten an
Dr. med. Hans Joachim von Dascke, Laborarzt, Med.-diagnostische Laboratorien, 8390 Passau, Postfach 1380.



LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OBERFRANKEN UND MITTELFRANKEN

Wir suchen für unsere hochmoderne Höhenklinik, 8583 Bischofsgrün im Fichtelgebirge ab sofort oder nach Vereinbarung eine(n)

Funktionsarzt/-ärztin

wobei der Bewerber bzw. die Bewerberin nach Möglichkeit mindestens 2 Jahre vor der Vollendung der Facharztweiterbildung für Innere Krankheiten stehen sollte,
und eine(n)

Stationsarzt/-ärztin

Die 1975 neu eröffnete Rehabilitationsklinik für Herz- und Kreislaufkrankungen verfügt über 310 Betten und ist mit modernsten klinischen Einrichtungen ausgestattet. Der Chefarzt ist zur Weiterbildung in Innerer Medizin für zwei Jahre ermächtigt.

Die Vergütung erfolgt je nach Vor- und Weiterbildung nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT. Bei Vorliegen der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich.

Wir bieten außerdem:

- alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes
- Umzugskostenerstattung, Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung
- günstige Wohnmöglichkeit im Bereich der modernen Wohnanlage (Terrassenhaus)
- preiswerte Voll- oder Teilverpflegung
- Fortbildungsmöglichkeiten, Kongreßbesuche
- Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der Richtlinien.

Die Klinik ist landschaftlich schön in zentraler Lage des Fichtelgebirges gelegen und verkehrsmäßig gut erschlossen. Alle weiterführenden Schulen sind in der nahen Universitäts- und Festspielstadt Bayreuth vorhanden.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, — Personalrat —, Wittelsbacher- ring 11, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 607-226 oder direkt an den Chefarzt der Höhenklinik, Herrn Leitenden Medizinaldirektor Dr. Rupprecht, 8583 Bischofsgrün, Telefon (092 76) 501-503.

Die Bundeswehrverwaltung

sucht im bayerischen Raum für Ihren zivilen Medizinaldienst berufserfahrene

Ärztinnen und Ärzte

Ihre Aufgabe ist es, im Rahmen des Musterungsverfahrens die Tauglichkeit der Wehrpflichtigen zu beurteilen. Geregelte Arbeitszeit bei 40-Stunden-Woche ohne Nacht- und Wochenenddienste.

Genehmigte Nebentätigkeit kann ausgeübt werden. Soziale Leistungen wie Beihilfen in Krankheitsfällen, Wohnungsfürsorge, Umzugsunterstützung sind gegeben.

Sie können als Musterungsärzte an folgenden Orten tätig werden:

Ansbach	Landshut
Aschaffenburg	München
Bamberg	Nürnberg
Bayreuth	Weiden
Deggendorf	Würzburg

Die Einstellung erfolgt als beamteter (A 13/14) oder angestellter Arzt (BAT II a/1 b).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, auch als Vertragsarzt tätig zu werden.

Auskünfte erteilt die

Wehrbereichsverwaltung VI — Dez. V 3
Hufelandstraße 8 I, 8000 München 45
(Postanschrift: Postfach, 8000 München 19)
Telefon (0 89) 3 86 94 35.

Das Krankenhaus in 8783 Hammelburg/Untarfranken
sucht zum baldigen Eintritt

1 Arzt für Anästhesie

als Oberarzt und stellvertretenden Chefarzt

2 Assistenzärzte

Vergütung erfolgt nach BAT-VKA mit zusätzlicher Altersversorgung und Beihilfenversicherung.

Das Krankenhaus ist in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern als bedarfsnotwendiges Krankenhaus aufgenommen und umfaßt 158 Planbetten für die Disziplinen „Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie mit Geburtshilfe“. Es ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen, wurde 1952–1954 erbaut, 1964–1966 erweitert und wird in nächster Zeit umfassend saniert.

Hammelburg ist eine Garnisonstadt mit rund 12000 Einwohnern, liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung am Südrand der Rhön. Günstige Verkehrslage nahe der Universitätsstadt Würzburg und der Kreisstadt des Großlandkreises Bad Kissingen. Alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Landratsamt – Zentralsverwaltung der Krankenhäuser und Altenheime – 8730 Bad Kissingen.**

Das Kreiskrankenhaus Eschenbach i. d. Opf.,

Grundkrankenhaus mit zur Zeit 151 Betten, den drei Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, sucht ab sofort für die **Innere Abteilung** (76 Betten) einen

Assistenzarzt

Der Chefarzt ist für 4 Jahre zur Weiterbildung für Innere Medizin ermächtigt. Das Labor, EKG-Abteilung, Röntgendiagnostik und Endoskopie sind nach modernsten Gesichtspunkten eingerichtet.

Die Vergütung erfolgt nach dem BAT und den im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen, sowie Rufbereitschaftsdienstvergütung.

Die **Stadt Eschenbach i. d. Opf.** liegt in einer landschaftlich schönen Gegend mit hohem Freizeitwert, besitzt ein Gymnasium, Wirtschafts-, Berufs- und Grundschule und hat verkehrsgünstige Verbindungen nach Nürnberg, Bayreuth und Weiden i. d. Opf.

Bewerbungen werden erbeten an

**Chefarzt OMD Dr. Neba, Kreiskrankenhaus,
8481 Eschenbach i. d. Opf., Telefon (0 96 45) 541**
oder an das

**Landratsamt, Personalverwaltung,
8482 Neustadt a. d. Waldnaab**

Universität München Klinikum Großhadern

Die Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor Professor Dr. K. Richter) sucht im Rahmen des Ausbaues der Familienplanungsstelle einen

ärztlichen Mitarbeiter(in).

im Beamtenverhältnis (akad. Rat auf Zeit) bzw. im Angestelltenverhältnis.

Aufgabengebiet: Konzeptionsberatung und -behandlung, Pränatale Diagnostik (Amniozentese, Fetoskopie), Kontrazettivberatung und -behandlung sowie Schwangerschaftskonfliktberatung. Die klinische Weiterbildung zum Facharzt für Frauenheilkunde ist möglich.

Anforderungen: Promotion und theoretische oder klinische Vorbildung für das Aufgabengebiet; Neigung zu wissenschaftlicher Tätigkeit, sowie Teilnahme an Lehr- und Weiterbildungsaufgaben.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an:

Ludwig-Maximilians-Universität
Klinikum Großhadern, Verwaltungs-
direktion, Marchionin-
straße 15, 8000 München 70,
Telefon (0 89) 70 95-20 32



Das Kreiskrankenhaus Fürstenfeldbruck

verliert seinen bisherigen chirurgischen Oberarzt infolge Erreichens der Altersgrenze.

Wir suchen daher für unser modern eingerichtetes Krankenhaus mit 399 Betten zum 1. 6. 1980 einen

erfahrenen Arzt für Chirurgie als Oberarzt für die Chirurgische Abteilung (Chefarzt Dr. Hohmann)

Die Abteilung verfügt über 156 Betten, ein weiterer Oberarzt ist vorhanden. Das Kreiskrankenhaus Fürstenfeldbruck ist ein Krankenhaus der Grundversorgung, in dem alle Arten der Unfall- und Abdominalchirurgie durchgeführt werden.

Wir wünschen uns gute Teamarbeit und bieten:

- Bezahlung nach dem BAT mit Zusatzversorgung
- Arbeit in gutem Betriebsklima
- Rufbereitschaftsvergütung
- Zuwendungen vom Chefarzt

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbitten wir an das **Kreiskrankenhaus Fürstenfeldbruck, Personalverwaltung, Dachauer Straße 33, 8080 Fürstenfeldbruck.**

Neubesetzung einer Arztstelle

Im Ortsteil Weilach der Gemeinde Gachenbach, Landkreis Neuburg-Schrobenhausen, ist die derzeit verwailete Arztstelle neu zu besetzen. Die Gemeinde Gachenbach zählt 1750, das Einzugsgebiet der umliegenden Gemeinden ca. 3000 Einwohner. Der bisherige Praxisinhaber führte die Praxis fast 30 Jahre und ist vor einiger Zeit in den Ruhestand getreten. Weilach/Oberbayern liegt im Städtedreieck Schrobenhausen/Pfaffenhofen/Aichach in schöner landschaftlicher Lage. Die erforderlichen Praxisräume mit entsprechender Wohnung können durch einen vorgesehenen Umbau alsbald zur Verfügung gestellt werden. Entsprechende Wünsche könnten dabei noch berücksichtigt werden.

Ärzte, die an einer Niederlassung als Arzt für Allgemeinmedizin Interesse haben, möchten sich bitte an die

**Gemeinde Gachenbach, 8899 Gachenbach, Landkreis Neuburg-Schrobenhausen oder an
1. Bürgermeister Bitscher, Telefon (0 82 52) 12 01,**
persönlich wenden.

Landgemeinde in der mittleren Oberpfalz sucht

praktischen Arzt

Die Gemeinde ist für die Bereitstellung von Praxisräumen bereitwillig.

Anfragen unter Chiffre 2064/59.

Arzt für Allgemein- medizin

sucht Praxisnachfolger in Regensburg zum 1. 4. 1980.

Anfragen unter Chiffre 2064/65.

Diätassistentin

Examen 1979, sucht für Frühjahr 1980 Stelle im oberbayerischen Raum.

Anfragen unter Chiffre 2064/63.

Meteorismus behandeln heißt Lefax verordnen.

Lefax und Enzym-Lefax: ausgezeichnet in Wirkung und Verträglichkeit.



LEFAX* – gegen Blähungen jeder Art

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Dimethylpolysiloxan 40 mg, Siliciumdioxid 2 mg. **Indikationen:** Meteorismus, Völlegefühl, Aerophagie und gastro-intestinale Beschwerden, Roemheld-Syndrom. **Dosierung und Anwendungsweise:** Täglich 3mal 1-2 Tabletten zerkaut zwischen den Mahlzeiten und vor dem Schlafengehen. **Packungsgrößen und Preise:** 30 Tabletten DM 5,60 i.A.T., 100 Tabletten DM 16,80 i.A.T.

LEFAX*-Liquid – gegen Blähungen jeder Art

Zusammensetzung: 5 ml Emulsion enthalten: Dimethylpolysiloxan (mittleres Molekulargewicht 30000) 40,0 mg, Siliciumdioxid 1,2 mg. **Indikationen:** Zur symptomatischen Behandlung von Meteorismus, Völlegefühl, Aerophagie und gastro-intestinalen Beschwerden, Roemheld-Syndrom, Vorbereitung endoskopischer Untersuchungen im Magen-Darm-Bereich, Vorbereitung von Röntgenuntersuchungen der Gallenwege, des Darms und der Nieren. **Dosierung und Anwendungsweise:** Erwachsene und Schulkinder täglich 3mal 1-2 Teelöffel LEFAX*-liquid. Säuglinge und Kleinkinder täglich 3mal 1 Teelöffel LEFAX*-liquid nach dem Essen.

Zur Vorbereitung endoskopischer Untersuchungen im Magen-Darm-Bereich: 10 ml LEFAX*-liquid unmittelbar vor oder während der Untersuchung; zur Röntgenvorbereitung: am Tag vor der Aufnahme 4mal 2 Teelöffel LEFAX*-liquid. **Packungsgröße und Preis:** Flasche mit 200 ml DM 8,75 i.A.T.

ENZYM-LEFAX* – gegen Blähungen bei Verdauungsschwäche

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Dimethylpolysiloxan 40,0 mg, Siliciumdioxid 1,2 mg, Bromelin 1,5 mg, Pankreatin 50,0 mg, Diastase 15,0 mg, Pepsin (1:3500) 20,0 mg. **Indikationen:** Meteorismus bei gleichzeitigem Fermentmangel, Völlegefühl, Roemheld-Syndrom. **Dosierung und Anwendungsweise:** 3mal täglich 1-2 Tabletten nach den Mahlzeiten. **Packungsgrößen und Preise:** 30 Tabletten DM 7,25 i.A.T., 100 Tabletten DM 21,75 i.A.T.

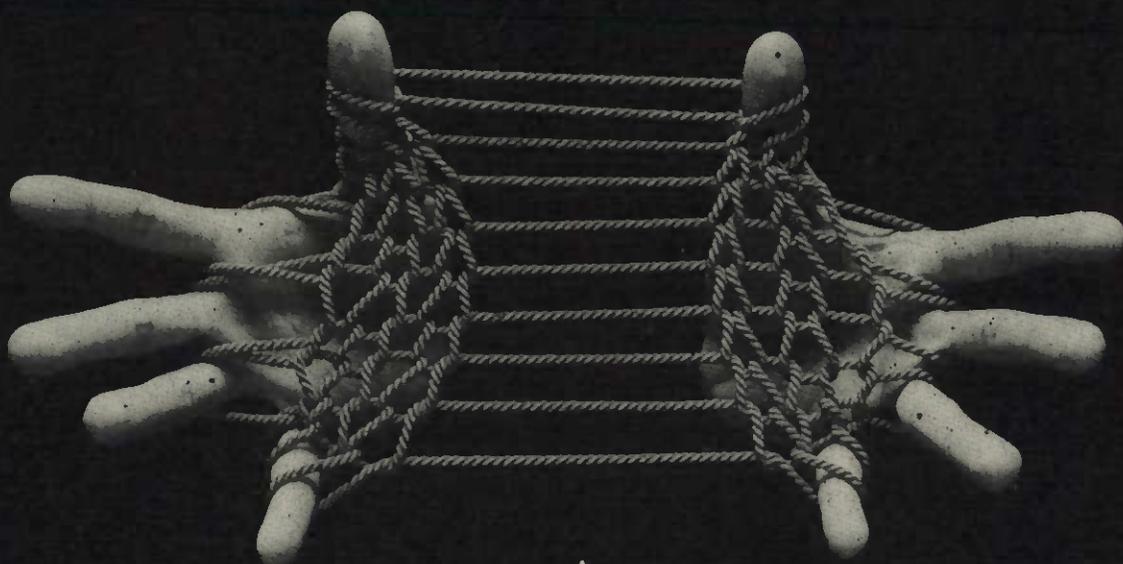
Weitere Informationen in den wissenschaftlichen Prospekten!

ASCHE

Neue
Monosubstanz

Biarison®

optimiert
die
Rheumatherapie



Sandoz AG 8500 Nürnberg
Biarison®

○ Zusammensetzung

1 Kapsel enthält 300 mg Proquazon
1 Zäpfchen enthält 300 mg Proquazon

■ Anwendungsgebiete

Degenerative rheumatische Erkrankungen

- Osteoarthritis der Hüfte, des Knies
oder anderer Gelenke

Chronisch-entzündliche Erkrankungen

- chronische Arthritis

- Spondylarthritis ankylopoetica

Akute entzündliche Erkrankungen

- akute Gicht

- akute rheumatische Schmerzzustände (Ischias,
Zervikalsyndrom, Hexenschuß, Torticollis etc.)

- extraartikuläre rheumatische Erkrankungen

(Tendinitis, Bursitis, Synovitis und Tendosynovitis)

- schmerzhaft-entzündliche Krisen im Verlauf
degenerativer Gelenkerkrankungen

- Verrenkungen und Verstauchungen

⊘ Gegenanzeigen

Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, bekannte

Überempfindlichkeit gegen Salicylate

Vorsicht ist geboten bei Neigung zu Verdauungsstörungen
oder bei Leber- und Nierenfunktionsstörungen.

Da über die Wirkung von Biarison auf das ungeborene Kind
und den Säugling bisher keine Erfahrungen vorliegen,
sollte Biarison während der Schwangerschaft und Stillzeit
nicht angewandt werden.

Desgleichen können über die Behandlung von Kindern
vorläufig noch keine Angaben gemacht werden.

■ Nebenwirkungen

Gelegentlich können während der Biarison-Behandlung

Magen- und Darmschmerzen (Magen- und Unter-

leibsschmerzen, Übelkeit, Durchfall) auftreten, die bei

Reduzierung der Dosis, Einnahme der Kapseln zu einer

Mahlzeit, Verabreichung von Zäpfchen statt Kapseln oder

ggf. durch kurze Unterbrechung der Behandlung von selbst

abklingen. Sehr selten werden Blutdruckabfall, Herzjagen,

Kopfschmerzen oder Hautreaktionen beobachtet.

Besonderer Hinweis: Wie bei anderen entzündungs-

hemmenden Arzneimitteln sollten auch während einer

längeren Behandlung mit Biarison regelmäßige Blutbild-

kontrollen durchgeführt werden.

■ Dosierung

Die Dosierung richtet sich nach dem Krankheitsbild und der
individuellen Reaktion des Patienten. Die Normaldosis

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

Fällen kann ohne weiteres auf 3mal, kurzfristig auch auf

4mal täglich 1 Kapsel oder 1 Zäpfchen erhöht werden.

Die Gabe von Zäpfchen empfiehlt sich auch als

abendliche Dosis, vor allem bei empfindlichen Patienten.

Die Kapseln werden zu oder nach den Mahlzeiten unzerkaut

mit etwas Flüssigkeit geschluckt.

■ Wechselwirkungen mit anderen Mitteln

sind nicht bekannt. Biarison kann mit anderen

Antrheumatika wie Kortikosteroiden oder Acetylsalicylsäure

kombiniert werden. Eine Wechselwirkung mit oralen

Antikoagulantien wurde nicht festgestellt.

■ Handelsformen

Kapseln: Originalpackungen zu 20/50/100 Stück

DM 17,96/37,46/65,95 sowie Anstaltspackung

Zäpfchen: Originalpackung zu 10 Zäpfchen DM 10,95

sowie Anstaltspackung

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung.

November 1979