Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung
„Bayerisches Ärzteblatt" — November 1980

Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen
Eine Hilfe zur Schnellorientierung — Herausgegeben von Dr. F. C. Loch

Leitsymptom: Schmerz

Der Notfall: Dentogener Schmerz Kieferentzündung

bearbeitet von Professor Dr. Dr. V. Freitag

Symptomatik:

1. Zehnschmerz (Pulpitis, Gangrän der Zehnpulpa, sogenenntes Granulom an marktotem Zahn): In der Regel läßt sich der schuldige Zehn engeben. Füllung, Zehnverfärbungen, Zahnzerstörungen, Insbesondere Klopfschmerzhaftigkeit em Zahn weisen euf die Schmerzquelle hin. Eventuell Schleimhautfistel am Alveolarfortsetz

2. Dentitio difficilis = Entzündung der Schleimhautkapuze bei Durchbruchsstörung von (Weisheits-)Zähnen: Zehnkrone nur teilweise unter Schleimhaut sichtber oder sondierber, Schleimhaut gerötet, geschwollen, Druckschmerz, Sekret exprimierber, in ausgeprägten Fällen Kieferklemme

3. Wundheilungsstörung nech Zehnextrektion: Kein Koegulum in der Zehnelveole (sogenannte leere Alveole), Alveole eventuell schmierig belegt mit Fötor, auf Druck Sekretentleerung, Rötung und Druckschmerz am Alveolarfortsatz

4. Kieferentzündung: In der Regel äußere Schwellung der Gesichtsweichteile mit Druckschmerz; Kieferklemme; intreorel Rötung und Druckschmerz der befallenen Region. Bei dentogener Entzündung Hinweise auf die Infektionsquelle wie unter 1. bis 3. In Ausnahmefällen ist die Infektionsquelle nur röntgenologisch festzustellen: Kieferzyste, tief verlagerte Zähne. Selten sind vernachlässigte Frekturen oder Spritzenabszesse nach Behandlung die Urseche.

Anamnese:

1. Zahnschmerz: Vorausgehende intermittierende Schmerzettacken, euch zehnärztliche Behandlung (Zahnfüllungen, Zahnwurzelbehandlungen)

2. Dentitio difficilis: Intermittierende Beschwerden, insbesondere beim Kauen, Kieferklemme

3. Infizierte Zehnalveole: Nach Zahnextraktion zunehmender Wundschmerz, eventuell fötider Geschmack

4. Kieferentzündung: Je nech Urseche Anamnese wie 1. bis 3., eußerdem zunehmender Schmerz, Schwellung, Kieferklemme, Schluckbeschwerden. In seltenen Fällen als Urseche Sturz oder Schlag (bei vernechlässigter Fraktur), Behandlung mit Injektionen im Mund- und Kieferbereich (bei Spritzenabszessen)

Sofortdiagnostik:

1. bis 3.: Zahnschmerz, Dentitio difficilis, infizierte Zahnelveole: Inspektion und Pelpetion der Mundhöhle, Abklopfen der Zähne

4. Kieferentzündung: In schweren Fällen Messung der Körpertemperetur! Pelpation der Gesichtsschwellung und der regionären Lymphknoten. Bei eusgedehnten Prozessen am Oberkiefer Pelpation der Vena engularis in Naso-orbitel-Winkel, bei eusgedehnten Prozessen im Unterkiefer Palpetion der zervikelen Lymphstreße. Prüfung der Kieferöffnung; insbesondere bei Kieferklemme ist in schweren Fällen die Inspektion des Rachenringes auf perapharyngeele bzw. peratonsilläre Ausbreitung unerläßlich. Intraorele Inspektion und Pelpetion zur Feststellung der Infektionsquelle

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Sofortmaßnahmen sind vor der Überweisung ellenfalls bei Kieferentzündung indiziert: Bei Schüttelfrost und/oder sehr hohem Fieber bzw. exzessiver Schwellung: Antibiotika i. v. in höherer Dosierung. Bei reifen, oberflächennahen Abszessen: Inzision in Oberflächenanästhesie; tiefe Abszesse erfordern Narkose und operative Eröffnung. Der Abszeßinzision muß die Sanierung der Infektionsquelle nachfolgen.

(N. b.: Die edäquate Therapie bei heftigem Zahnschmerz ist Trepanation oder Extraktion des Zahnes!)

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

Sollte immer erfolgen wegen der Verquickung von chirurgischen und zahnärztlichen Gesichtspunkten und wegen der Notwendigkeit spezialisierter Röntgenuntersuchungen zur exekten Feststellung der Schmerz- bzw. Infektionsquelle

Zehnschmerz, infizierte Alveole, Dentitio difficilis: Zahnarzt

Kieferentzündung, insbesondere ausgedehnte Prozesse: Arzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie bzw. Fachabteilung.

Differential-diagnostische und andere Erwägungen:

Nesennebenhöhlenprozesse, eventuell auch begleitende dentogene Sinusitis maxillaris bei entzündlichen Prozessen em Oberkiefer: eusstrahlender Schmerz im Oberkiefer, Schmerz beim Bücken verstärkt, eventuell Schwellung der Oberwenge bis Augenlid, Rötung und Sekret in der Nesenhöhle

Sinusitis maxillaris bei Mund-Antrum-Perforation nech Extraktion oberer Molaren: wie oben, Perforation sondierbar, Entweichen von Luft durch die Perforation beim Valsavaschen Druckversuch

Entzündungen der Glandule submandibularis, insbesondere bei Steuung durch Speichelstein: die Petienten geben an, daß sich die Beschwerden bei der Essenseinnahme jeweils verstärken. Trübes Sekret aus Papille

Parotitis: die Schwellung het ihr Maximum vor dem Ohr, hinter und oberhalb des Kieferwinkels, das Ohrläppchen ist abgehoben. Bei Entzündungen em Kieferwinkel ist das Maximum der Schwellung vor und unter dem Kieferwinkel, es besteht Kieferklemme, das Ohrläppchen ist nicht ebgehoben.

Kiefergelenkserkrankungen: Bewegungsbehinderung des Unterkiefers, Schwellung und Druckschmerz über dem Kiefergelenk, eventuell Störung des kompletten Zehnreihenschlusses

Bayerisches Ärzteblatt

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

November 1980

Bayerns Rolle in der Gesundheitspolitik: Schrittmacher und Regulativ

Eröffnung des 33. Bayerischen Ärztetages in Rothenburg

Rothenburg ob der Tauber ist, wie man weiß, eine historische Stadt. Doch was dort vom 10. bis 12. Oktober beim 33. Bayerischen Ärztetag im alten Rathaus und der Reichsstadthalle beraten wurde, war höchst gegenwartsbezogen: Vor dem Hintergrund der Bundespolitik und – wenn auch unausgesprochen – dem Ausgang der Bundestagswahl wurde nicht nur über bayerische Gesundheitspolitik diskutiert.

Bayerns Arbeits- und Sozialminister Dr. Fritz Pirkl umriß den Standort der Bayerischen Staatsregierung. Bundesärztekammerpräsident Dr. Karsten Vilmar nutzte die erste Gelegenheit nach der Bundestagswahl zu einem Ausblick auf die anstehende Gesetzgebung. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Hans J. Sewering, der in einem kurzen Referat bei der Ärztetagseröffnung und ausführlich in seinem Tätigkeitsbericht vor dem Plenum des 33. Bayerischen Ärztetages bundespolitische Fakten und Tendenzen beleuchtete, begründete diesen Umstand damit, daß „die Bundesgesetzgebung nun einmal einen riesigen Einfluß auf die ärztliche Tätigkeit hat – sei es im Bereich der kassenärztlichen Versorgung oder auch im Krankenhausdienst". Er hoffe, so erklärte er mit Blick auf Pirkl und die Staatsregierung, der Bundesrat werde sich „als nützliches Regulativ unserer Staatsordnung bewähren". Anspielend auf das Verhalten des niedersächsischen Ministerpräsidenten bei der Verabschiedung des Kostendämpfungsgesetzes im Bundesrat fügte Sewering allerdings hinzu, die regulierende Rolle des Bundesrates werde hoffentlich nicht dadurch beeinträchtigt, daß ein „Ministerpräsident aus Rücksicht auf häusliche Koalition dann schließlich doch mit der anderen Seite stimmt". Beifall im Auditorium der rund 700 Teilnehmer bei der Eröffnung des Ärztetages am 10. Oktober im Kaisersaal des Rothenburger Rathauses. Man hat die Anspielung sehr wohl verstanden, das Kostendämpfungsgesetz ist jedem Arzt wohl bewußt und Gedanken, in dieser Legislaturperiode das Gesetz „fortzuschreiben", werden in Bonn schon nicht mehr nur im stillen Kämmerlein gepflegt.

Was kommt gesundheitspolitisch auf uns zu?

Dr. Karsten Vilmar, der Präsident der Bundesärztekammer, auch in diesem Jahr wieder Gast des Bayerischen Ärztetages, glaubt, die kommende Legislaturperiode des Bundestages werde – ebenso wie die vergangene – von außerordentlicher Bedeutung für die Gesundheits- und Sozialpolitik sein. Aus dem Kostendämpfungsgesetz (KVKG), einem Produkt der letzten Legislaturperiode, ist für 1981 die Berichtspflicht der Bundesregierung erwachsen. In dem zu erwartenden Bericht dürfte nicht nur über die Erfahrungen mit dem KVKG etwas zu lesen sein, sondern auch dargestellt werden, ob und wie grundlegende weitere Veränderungen durchgesetzt werden sollen, erklärte Vilmar.

Andeutungen dafür gibt es schon seit Monaten. So etwa wird wieder einmal von einem allgemeinem Finanzausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung geredet, die eigenständige Existenz der Ersatzkassen in Frage gestellt und über eine Erweiterung der Rechte der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen laut nachgedacht. Auch die Novellierung der Krankenhausgesetzgebung, im letzten Bundestag am Widerstand der Länder, vor allem Bayerns, gescheitert, steht wieder an. Und nicht zuletzt wird der Bundestag einem Auftrag des Bundesverfassungsgerichtes nachzukommen haben und die Gleichstellung von Mann und Frau beim Rentenbezug („Rentenreform '84") vornehmen müssen. Von der SPD wird dieser Auftrag sehr weitgehend interpretiert. Vilmar gab vor den Delegierten und Gästen des Bayerischen Ärztetages zu bedenken, daß auch die ärztlichen Versorgungswerke in die Überlegungen einbezogen werden könnten. Professor Sewering hat ähnliche Befürchtungen. Er hoffe, so erklärte er, bei der bevorstehenden Reform der Rentenversicherung werde niemand „die Altersversorgung der Berufsgruppe antasten, die noch selbstverantwortlich für sich sorgen – nämlich die Berufsstände in diesen Versorgungseinrichtungen".

In zwei Punkten zeichneten sich differierende Auffassungen zwischen Pirkl und Vilmar ab: bei der Krankenhausfinanzierung und bei Überlegungen zu einer Pflegeversicherung. Während Vilmar mit einem ge-

Eröffnung des Ärztetages im Kaisersaal

wissen Bedauern das Scheitern der Beratungen um die Krankenhausfinanzierung erwähnte und das „Gerangel der Kompetenzen", das letztlich dafür verantwortlich sei, daß die Gesetzesnovelle untergegangen ist, bedauerte, begründete Pirkl im einzelnen, weshalb die Länder und gerade Bayern auf ihren Kompetenzen so bestanden haben. Die Novelle hätte zu weiteren dirigistischen Bindungen durch den Bund geführt, verursacht vor allem durch die vom Bund angestrebte Mischfinanzierung. Außerdem hätte das Gesetz den tragenden Grundsatz der Selbstkostendeckung einseitig zu Lasten der Krankenhäuser eingeschränkt. Die von der Bundesregierung vorgesehene Limitierung der Selbstkostenerstattung hätte laufende Betriebsverluste der Krankenhäuser zur Folge gehabt, damit deren wirtschaftliche Substanz ausgehöhlt und schließlich die freigemeinnützigen und privaten Träger in ihrer Existenz gefährdet. Bayern bekenne sich aber nach wie vor zu den „drei Säulen" des Krankenhauswesens: Öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und private Träger. Man werde auch weiterhin darauf achten, daß alle eine Existenzchance behielten.

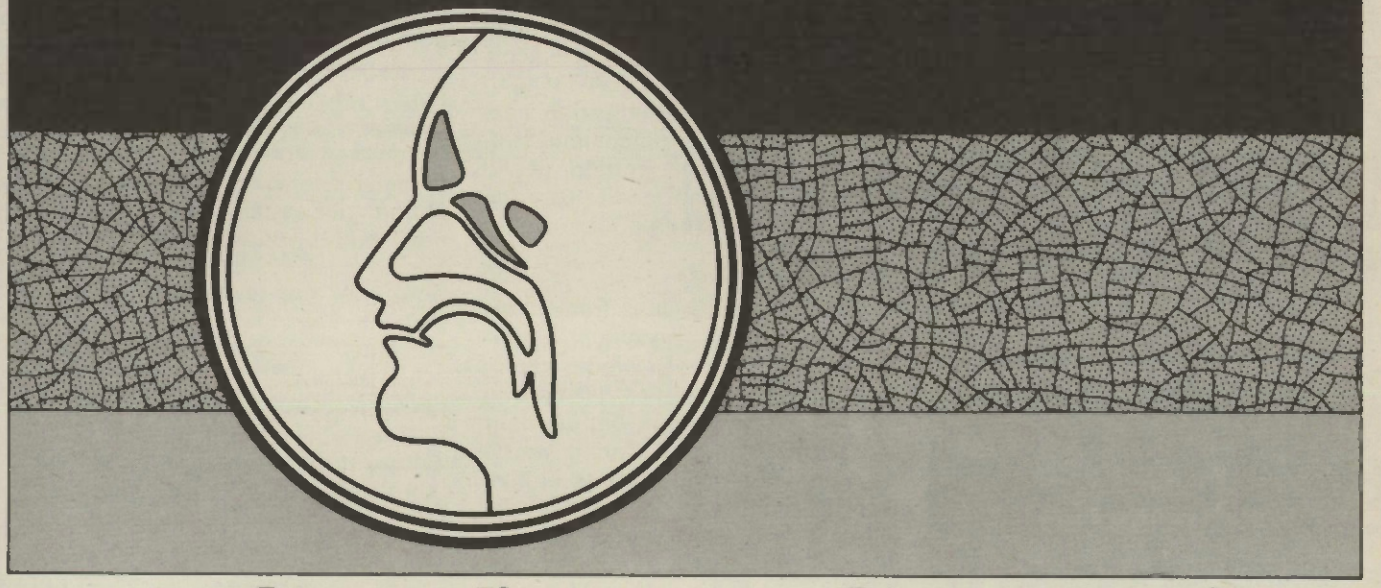
Die Pflegeversicherung birgt nach Vilmar die Gefahr einer weiteren Milliarden-Belastung des Systems der Sozialversicherung. Denn Leistungen, die heute vielfach aus allgemeinen Steuermitteln von der Sozialhilfe erbracht werden, sollen dabei in das Versicherungssystem überführt und damit auch finanziell von den Versichertengemeinschaften getragen werden. Pirkl hatte hingegen für die Forderung nach einer Pflegeversicherung viel Verständnis. Die Pension eines bayerischen Regierungspräsidenten — so rechnete er beispielhaft vor — reiche nicht aus, wenn das Ehepaar auf seine alten Tage pflegebedürftig würde. Man müsse einfach eine tragbare Lösung finden — und etwas ratlos fügte er hinzu: „Geben Sie uns doch einen guten Rat, wie wir das lösen können."

Pirkl stellt klar:
Keine ambulanten Abtreibungen

Ein Problem, das die Bundespolitik den Ländern beschert hat, folgt aus der Änderung des Abtreibungsparagraphen. Pirkl und auch Sewering gingen darauf näher ein. 1979 ist die Zahl der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche um 12,6 Prozent gestiegen, 71 Prozent der insgesamt 82788 Schwangerschaftsabbrüche wurden mit einer „sonstigen schweren Notlage" (bekannter als „soziale Indikation") begründet. Bayern liege, so Pirkl, gegenüber dem Bundesdurchschnitt jedoch spürbar günstiger, die Steigerungsrate betrage lediglich 8,5 Prozent, die „soziale Indikation" wurde nur zu 50 Prozent als Begründung herangezogen. Pirkl sieht hierin einen Erfolg der für Mutter und Kind in Bayern angebotenen Hilfen. Vom Herbst 1978 bis zum Frühjahr 1980 kamen diese über 2200 Frauen zugute, die 5,2 Millionen DM aus der Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind" bezogen. Jeden Monat kommen weitere 400000 DM hinzu.

Eindeutig äußerte sich Pirkl zur ambulanten Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Während andere Bundesländer diese gestatten, ja teilweise sogar fördern, sind sie in Bayern nicht zugelassen. Pirkl versicherte, daß es bei dieser Regelung auch künftig bleiben werde. Von Sewering wurde diese Erklärung nachdrücklich begrüßt. In seinem Tätigkeitsbericht vor dem Plenum des Bayerischen Ärztetages wies er darauf hin, daß nach Artikel 3 des 5. Strafrechtsänderungsgesetzes für ambulante Schwangerschaftsabbrüche die Zulassung durch die zuständige Behörde nötig sei. Für Bayern sei nach dieser Versicherung von

Überzeugender Therapieerfolg durch »abgestimmte« Medikation, mit selektiven Angriffpunkten



Capval® Hustensaft Tropfen Dragées

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-methylendioxy-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.
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:			**Dragées:**	
Saft:	OP m. 100 ml	DM 7,50	OP m. 30 Stück	DM 5,90
Tropfen:	OP m. 30 ml	DM 7,65	OP m. 250 Stück	DM 39,75
	OP m. 100 ml	DM 20,70	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

Sinuselect®

gegen Rhinitis, Sinuitis

Indikationen: Sinuitis, Pansinuitis, Rhinitis, alle Formen von Nebenhöhlenentzündungen, insbesondere Sinuitis chronica und maxillaris; akute und chronische Arten mit eitrigen Prozessen, mit Dauerkopfschmerz, Schwindel und Übelkeit.

Osteome und Sinuphlebitis im HNO-Bereich, Kiefer- und Stirnhöhlenkatarrhe bei fieberhaften Infekten, Influenza und Scharlach.

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Cinnabaris D_8 15 g, Carbo vegetabilis D_8 10 g, Silicea D_8 10 g, Mercur. solub D_8 15 g, Hydrastis D_4 10 g, Kalium bichromic. D_4 15 g, Thuja D_8 15 g, Calc. sulfuric. D_4 10 g.

Dosierung: 3 bis 5 mal täglich 10–15 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen.

Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 5,90, 100 ml DM 15,70. Klinikpackungen.

DRELUSO

Dreluso Pharmazeutika, 3253 Hessisch Oldendorf 1

Pirkl euch künftig mit einem entsprechenden Gesetz nicht zu rechnen. Damit gingen euch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung ambulanter Abtreibungen, wes Beyern betreffe, ins Leere.

In Bayern ist also manches anders. Vom Bund oder in anderen Ländern wird des mitunter mit einem gewissen süffisenten Unterton vermerkt, nicht selten aber auch mit einem gewissen Neid – denn manches, was in Bayern gesundheitspolitisch geschieht, ist vorbildlich und wird anderswo später übernommen. Das gilt etwa für den sogenannten „Bayern-Vertrag", der zunächst außerhalb Bayerns auf Ablehnung oder kühle Zurückhaltung stieß, dessen Prinzipien aber zunehmend bundesweit anerkannt werden (wenn auch die Urheberschaft Bayerns nicht immer gebührend hereusgestellt wird).

Auch Pirkl, der schon früher den „Bayern-Vertrag" nachhaltig unterstützt hatte, ging jetzt wieder darauf ein: Gottlob, erklärte er, der Vertrag sei am 29. September um ein Jahr verlängert worden. Damit werde weiterhin der Gastaltungsspielraum genutzt, den das geltende Recht einer verantwortungsbewußten und ideenreichen Selbstverwaltung noch belasse. Er baue auf die Eigenverantwortlichkeit der Beteiligten, bringe in vertretbarem und notwendigem Umfang marktwirtschaftliche Elemente ins Gesundheitswesen und sei geeignet, eine qualitetiv hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten, dabei gleichzeitig eber die Kostensteigerung in vertretbaren Grenzen zu halten. Er wie auch Sewering betonten, daß seine Inhalte durchaus in den Rahmen der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen" passen.

Die Grundlagen des „Bayern-Vertrages"

Sewering erinnerte noch einmel an die Ausgangsüberlegungen, die dem Vertreg zugrunde liegen:

1. Man müsse euch euf ärztlicher Seite anerkennen, daß der Kassenarzt nicht nur Leistungen erbringe, sondern auch Leistungen veranlasse und letztere finanziell mit Abstand größere Auswirkungen hätten als die selbst erbrachten Leistungen.

2. Es sei unverkennbar, daß die ambulante Behandlung mit Abstand billiger sei als die stationäre. Auch daher sei der Grundsatz gerechtfertigt: so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig.

„Wir freuen uns", so erklärte Sewering, „daß nunmehr unsere Grundsätze Anerkennung gefunden haben und offenber nun auch im übrigen Bundesgebiet die Grundlage für neue Verträge bilden sollen." An den bereits vorliegenden Ergebnissen des „Bayern-Vertrages" habe sich gezeigt, daß die Kassenärzte bereit seien, ihre Mitverantwortung zu tragen. Die Kassen hätten sich bereit gefunden, ihren Versicherten zu sagen, „daß sie alles Notwendige bekommen können, auch wenn es teuer ist, daß aber Wünsche, die darüber hinaus gehen, nun einmal nicht mehr erfüllt werden können."

Sewering ging euch auf Vorwürfe und Mutmaßungen ein, wonach es zu einem Verteilungskampf zwischen Kassenärzten und Krankenhausärzten aufgrund des „Bayern-Vertrages" kommen werde: „Die ambulant tätigen Ärzte arbeiten mit ihren Kollegen in den Krankenhäusern vertrauensvoll zusammen. Wir sind uns einig darüber,

– daß nur *der* Patient ins Krankenhaus gehört, der dieser speziellen Behandung bedarf

– und daß die Behandlung dort erfolgt, wo sie von der Sache her erfolgen muß und am kostengünstigsten ist.

Wir entlasten auch unsere Kollegen in den Krankenhäusern, wenn wir ihnen unnötige Einweisungen fernhalten. Das gilt auch für unser Verhältnis zu den Apothekern und den übrigen Beteiligten."

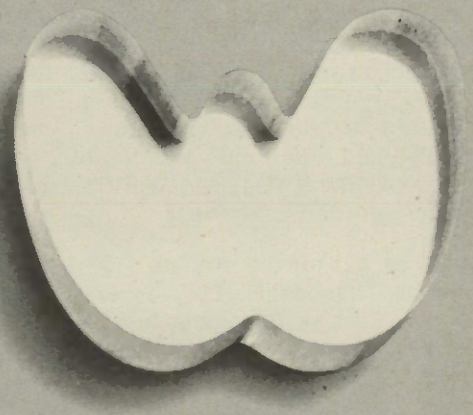
Bayern – vorbildlich mit der Perinatalerhebung ...

Schrittmacher war Bayern euch mit zwei weiteren, inzwischen bundesweit auf Interesse gestoßenen Aktionen: mit der bayerischen Perinatalerhebung (der die Münchener Perinatal-Studie vorausgegangen war) und der Tumornachsorge.

Sewering berichtete, daß 1979, dem ersten Jahr der Perinatalerhebung

Novothyral®

bevorzugt bei blander Struma



Reine Schilddrüsenhormone **Novothyral® · Novothyral® mite**

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin (= Levothyroxin-Natrium, T_4) und 20 µg L-Trijodthyronin (= Liothyronin-Natrium, T_3). **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 thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose. **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. Die angegebenen Gegenanzeigen sind im Kindesalter mit Ausnahme der Myokarditis nicht relevant. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechselsteigernden 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 Antikoagulanzien 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 Nebennierenrindeninsuffizienz 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 vermieden wird. Novothyral sollte deshalb 4–5 Stunden vor der Colestyramin-Applikation eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Novothyral-Therapie sollte Diphenylhydantoin 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 1.11.1979. ■

HORMON FORSCHUNG MERCK

E. Merck, Postfach 4119, 6100 Darmstadt 1

MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

9419a

sich bereits die Geburtshelfer in 136 Kliniken beteiligten. 63451 Neugeborene oder rund 59 Prozent aller in Bayern Geborenen wurden erfaßt. Allerdings sei dieses Ergebnis regional sehr unterschiedlich. Während in Oberfranken die Quote bei 71 Prozent liege, betrage sie in Niederbayern nur 15 Prozent. Sewering appellierte nachdrücklich an die Bezirke, die unterrepräsentiert sind, ihre Beteiligung zu verstärken. Die Erfolge dieser Bemühungen seien nämlich unverkennbar.

... und in der Tumornachsorge

In der Tumornachsorge war Bayern, laut Sewering, „unbestreitbar Pionier". Man habe damit bereits Mitte 1978 begonnen. Sewering richtete an alle Beteiligten die dringende Bitte, sich dieser Aufgabe intensiv anzunehmen und vor ellem auf eine sorgfältige Dokumentation zu achten. Hier liege ein typisches Beispiel interdisziplinärer Kooperation vor.

Hinzuzufügen wäre, daß ein Gelingen der Tumornachsorge im ambulanten Bereich, durchgeführt durch niedergelassene Ärzte, auch gesundheitspolitisch von besonderer Bedeutung ist, liegt doch hier eines der Gebiete, für die außerhalb Bayerns vielfach staatliche Einrichtungen gefordert werden.

Ähnliches gilt für die pränatale genetische Diagnostik. Die bayerischen Ärzte sind daher nur konsequent, wenn sie sich auch dieser Aufgabe künftig stärker annehmen wollen. Sewering berichtete von einem Projekt, bei dem in Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium die einschlägige Weiterbildung von sechs Ärzten und 14 medizinisch-technischen Assistentinnen gefördert wird. Ziel sei es, in jedem Regierungsbezirk Ärzte für diese Aufgabe zu gewinnen. Es handle sich – im Zusammenhang mit der ärztlichen Betreuung der Schwangeren – um eine typische Aufgabe der ambulanten Versorgung.

Sozial-psychiatrische Diagnostik und Therapie Sache der freien Praxis

Ein weiterer kritischer Bereich, zu dem vor allem auch seitens der Bundesregierung versucht wird, Änderungen im System der embulanten Versorgung einzuleiten, ist die psychiatrische Versorgung. Stichwort: die „sozial-psychiatrischen Beratungsstellen". Nach einem Konzept der Bundesregierung, über das Sewering berichtete, sollen die psychisch Kranken soweit als möglich in Ambulatorien versorgt werden, da angeblich die niedergelassene Prexis jene Kranken nicht erreiche.

Auch Minister Pirkl äußerte sich hierzu und stellte fest, Diagnostik und Therapie sei auch in diesem Bereich Sache der niedergelassenen Ärzte und nicht eines Netzes von Groß-Ambulatorien. Diese Feststellung unterstrich Sewering mehrfach.

Vom Ärztemangel zum Überangebot

Die ärztliche Versorgung und die Entwicklung der Arztzahlen sind seit Jahren Gegenstände selbstverständlich auch der Bayerischen Ärztetage. Während in früheren Jahren noch von Ärztemangel (oder besser: einer ungleichmäßigen Versorgung) die Rede war, beschäftigen sich die berufspolitischen Diskussionen heute weit eher mit dem drohenden Überangebot an Ärzten, das an einigen Orten (Paradebeispiel: München) und in einigen Fächern durchaus schon spürbar ist. Künftig wird das aller Voraussicht nach ganz allgemein ein ernsteres Problem werden.

Professor Sewering gehörte zu den ersten Mahnern in dieser Frage, der sich auch durch viele, oftmals wütende Widersprüche nicht beirren ließ. Beharrlich erinnerte er auch auf dem 33. Bayerischen Ärztetag an die besorgniserregenden Aussichten.

Die Zahl der berufstätigen Ärzte in Bayern beträgt heute rund 24 000. Die Arztdichte lag 1975 noch bei 1 : 510, heute liegt sie bereits bei 1 : 454. Dennoch – es gibt immer noch keine gleichmäßige Verteilung der Ärzte in Bayern, jedoch deutliche Verbesserung auch in solchen Gebieten, die früher Sorgen machten. Sewering wies darauf hin, daß weder der Staat noch die ärztliche Selbstverwaltung die Möglichkeit haben, mit direkten Eingriffen zu steuern, denn die freie Wahl des Arbeitsplatzes ist – auch für Ärzte! – verfassungsrechtlich garantiert. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat daher mit Erfolg versucht, durch marktwirtschaftliche Maßnahmen eine gleichmäßigere Verteilung der Ärzte zu erreichen. Dafür sind inzwischen mehr als 150 Millionen DM aufgebracht worden. Aus Mitteln der Ärzte! Eine weitere Steuerung erhofft sich Sewering von dem Bedarfsplan, der seit einigen Wochen vorliegt. Er sei „hoffentlich zumindest ein Orientierungsinstrument", damit sich junge Ärzte „nicht immer dort hinsetzen, wo schon genügend sind, sondern auch einmal in den Bedarfsplan schauen und nachsehen, wo sie noch benötigt werden".

Pirkl wies darauf hin, daß in den letzten Jahren die ambulante ärztliche Versorgung in Bayern „von einem quantitativen zu einem regionalen Problem" geworden ist, nicht zuletzt dank eben jenen marktkonformen Anstrengungen der Ärzteschaft selbst. Seit 1971, erkannte Minister Pirkl an, habe es 534 Förderungsmaßnahmen gegeben. Eine stellenweise Unterversorgung im ambulanten Bereich gebe es heute praktisch nur noch in der Oberpfalz, in Oberfranken und Niederbayern. In der Oberpfalz ist das Minus gegenüber dem Bedarfsplan in der Zeit von Oktober 1979 bis zum April 1980 von 100 auf 66 zurückgegangen. Hier wurden 86 Förderungsmaßnahmen mit einem Volumen von

ZITAT

Humanität

„Ich verstehe unter Humanität die Liebe und die Hinwendung zum Mitmenschen. Das läßt sich nicht lehren, das läßt sich bestenfalls wecken. Menschliche Zuwendung ist für mich auch keine Frage der Planstellen und der Arbeitsbelastung. Sie strahlt auch aus unter Zeitdruck und Arbeitsbelastung. Und wenn sie in unserem Arbeitstag verkrustet sein sollte, dann wird es höchste Zeit für uns, daß wir sie freilegen. Paracelsus hat einmal gesagt: ‚Der Arzneien Beste ist die Liebe.' Ich meine, diesem Wort müssen wir Ärzte wieder Geltung verschaffen. Das sollte eines unserer vordringlichen Anliegen sein, und unter diesen Gedanken möchte ich den 33. Bayerischen Ärztetag stellen."

Professor Dr. Hans J. Sewering

1. Reihe von links nach rechts: von Prümmer, MdL, Ursula Schleicher, MdEP, Dr. Vilmar, Präsident der Bundesärztekemmer, Dr. Fuchs, Vizepräsident der Bayerischen Lendesärztekemmer, Dr. Pirki, Sozieiminister, Professor Dr. Sewering, Frhr. Poschinger von Frauenau, Präsident des Bayerischen Senats, Dr. Breun, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Ruhl, Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Ansbech

27,2 Millionen DM durchgeführt. Das bedeute einen Anteil an den Förderungsmitteln von 17,9 Prozent gegenüber einem Bevölkerungsanteil von 8,9 Prozent. Oberfranken habe einen Anteil an den Förderungsmitteln von 18,5 Prozent bei einem Bevölkerungsanteil von 9,8 Prozent.

Das „Überlaufprinzip" ist gesellscheftspolitisch riskent

Sewering warnte davor, eventuell noch bestehende Mangelsituationen im Wege des „Überlaufprinzips" zu beseitigen. Das werde keinen Vorteil für unsere Gesellschaft bringen, sondern im Gegenteil gesellschaftspolitische Komplikationen auslösen, „die uns noch schwere Sorgen bereiten werden". Sewering: „Ich warne vor dieser Entwicklung, die ja alle akademischen Berufe betrifft, und von der wir wissen, daß sie eine ganz gezielte Gesellschaftspolitik ist, die zur Nivellierung der akademischen Berufe führen soll und führen wird."

Die Gewißheit, die sich in diesen Worten ausdrückt, stützt sich auf Zahlen. Im letzten Jehr waren bundesweit rund 9000 Approbationen zu verzeichnen. Der Trend geht nach oben, da jährlich über 11000 Studienanfänger neu hinzukommen; jene, die einen Studienplatz durch Gerichtsentscheid erworben haben, nicht eingeschlossen. Auch die Zahl der „Quereinsteiger" (also jener Medizinstudenten, die z. B. im Ausland studiert haben, erst in höheren Semestern in Deutschland ins Medizinstudium einsteigen und dann erst statistisch in Erscheinung treten können) müßten im Grunde noch den 11000 Studienanfängern zugerechnet werden. Auf jeden Fall, so erläuterte Sewering, bewirken diese „Quereinsteiger", daß es in Deutschland keinen „Schwund" an Medizinstudenten gibt, da alle Kandidaten, die bei den Examina durchgefallen sind und das Studium aufgeben, statistisch durch „Quereinsteiger" ersetzt werden. Das ist eine ganz andere Situation als z. B. in Frankreich, wo es zwar auch eine etwa gleichgroße Anzahl von Studienanfängern wie in der Bundesrepublik gibt, diese Zahl jedoch im Laufe des Studiums durch „Hereusprüfen" halbiert wird.

Eine Änderung der Situation zeichnet sich für Deutschland nicht eb. Die „Kleine Kommission" beim Bundesgesundheitsministerium, die sich mit einer Änderung der Approbationsordnung beschäftigt hat, äußerte sich nur vorsichtig zu dem Thema „Studienanfängerzahlen". Immerhin hat sie gefordert, die Studentenzahlen nicht weiter zu erhöhen. Zu einer *Verminderung* dagegen sei keine Pertei bereit, ja, man bezweifle sogar eine „Ärzteschwemme", erhoffe sich vielmehr eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung durch ein Überangebot.

In diesem Zusammenhang ging Sewering in seinem Tätigkeitsbericht auch auf Vorschläge zur Änderung des Medizinstudiums ein. Bei diesen Studentenzahlen sei eine Kontrolle der Anwesenheit nicht durchzuführen, eine intensivere Ausbildung — etwa durch Einbeziehung weiterer Krankenhäuser — sei nur begrenzt möglich, euch eine Ausdehnung des poliklinischen Unterrichtes stoße an Grenzen.

Wernung vor einer wissenschaftlichen Aushöhlung des Studiums

Andererseits aber müsse nachdrücklich davor gewarnt werden, die Vermittlung theoretischen Wissens für Medizinstudenten abzubauen. Der Arzt sei nun einmal kein Gesundheitshandwerker. Sewering: „Er muß eine fundierte wissenschaftliche Ausbildung durchlaufen, wenn er nach anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen handelt, die biologisch naturwissenschaftlichen Bezüge ebenso wie die psycho-somatischen Zusammenhänge erkennen und beurteilen will." Erst euf dieser Grundlage sei es für den Arzt sinnvoll, das rein technische Können aufzubauen.

Auch Bundesärztekammer-Präsident Dr. Karsten Vilmar wandte sich vor dem Bayerischen Ärztetag gegen eine Aushöhlung des Medizinstudiums. Sewering und Vilmar sprachen sich aus diesem Grunde auch nachdrücklich gegen die Vorschläge der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) aus, die auf eine dreigestufte Approbation hinauslaufen, wobei die erste Stufe zu einer Art „Basisarzt" führen würde.

Derartige Warnungen haben in den letzten Monaten zu Kritik geführt, auch innerärztlich. Sewering stellte demgegenüber fest: „Ich stehe nach wie vor zu dem, was Ich dazu geschrieben habe, und ich stehe, wie Ich zu meiner Freude feststellen konnte, damit nicht ellein."

Pflichtweiterbildung — des wäre eine Verlängerung der Ausbildung

Sewering sprach sich euch gegen eine sogenannte Pflichtweiterbildung aus. Diese bedeute nur eine Verlängerung der Ausbildung. Die Ausbildung zum Arzt müsse mit der Approbation beendet sein. Selbstverständlich sei es wünschenswert

und notwendig, daß die jungen Ärzte denach als Assistenzärzte praktische Erfahrungen sammeln („und bisher haben sich die jungen Assistenten auch pflichtbewußt verhalten"). Die Weiterbildungszeiten vor der Niederlassung hätten in den letzten Jahren sechs bis acht Jahre betregen. Sei es Schuld der jungen Kollegen, so fregte Sewering, wenn sie künftig vielleicht Schwierigkeiten hätten, sich derart weiterzubilden? Das „Überangebot" an Ärzten hätten schließlich die Politiker zu verantworten.

Gegen Weiterbildungsvorschläge, wie sie von der ÖTV vorgelegt wurden und die de facto ebenfalls eine Pflichtweiterbildung beinhalten, sprach sich auch Vilmar aus. Er bedauerte, daß sich einige Allgemeinarztfunktionäre von der ÖTV, aber euch von der ASG, offentsichtlich hätten umarmen lassen. Sewering erklärte dazu ausdrücklich, daß eine derartige Zustimmung zu den ÖTV- oder ASG-Vorschlägen nicht generell von den „Allgemeinärzten" käme, die bayerischen Allgemeinärzte jedenfalls seien in dieser Frage ganz anders eingestellt.

Gibt es wirklich 20000 Fehlstellen im Krankenhaus?

Weiterbildungsfragen, vor allem die Möglichkeit, zukünftig noch ausreichende Weiterbildungsmöglichkeiten vorzufinden, werden in den nächsten Jahren die Ärzte noch sehr beschäftigen.

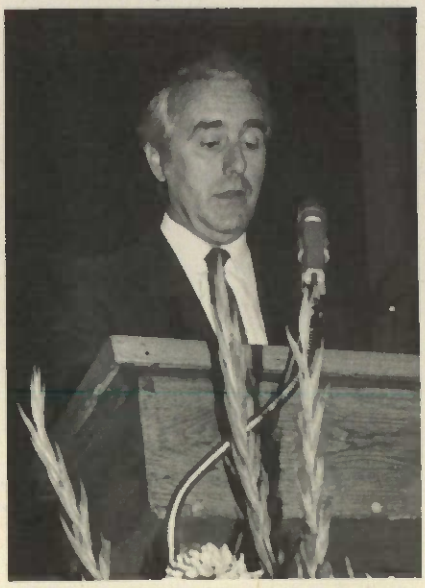
Wie sieht die personelle Situation an den Krankenhäusern aus? In den letzten Monaten sind hier recht widersprüchliche Zahlen veröffentlicht worden, so hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft von einem zusätzlichen Plenstellenbedarf von 20000 Ärzten gesprochen.

Der Marburger Bund hat einen Bedarf von zusätzlichen 12000 Ärzten angemeldet. Dabei geht es in erster Linie um Konsequenzen aus dem vom Marburger Bund geforderten Abbau von Überstunden und Bereitschaftsdiensten. Sewering dazu: „Die Einführung eines *generellen* Schichtdienstes stößt jedoch auf große Zurückhaltung. Er ist ohne Zweifel unvermeidbar in Intensivabteilungen und Notaufnahme der Chirurgie, im Stationsdienst aber unvorstellbar."

Konsequenzen einer Stellenvermehrung für die Weiterbildung

Vor allem aber werde eine derartige Vermehrung der Arztstellen beim derzeitigen System der personellen Besetzung eine Weiterbildung in angemessener Zeit ausschließen. Sewering deutete daher zwei Konsequenzen an.

1. Denkbar wäre es, daß ein größerer Teil der Planstellen als Lebensstellungen ausgestaltet werden und



Dr. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer

nur ein kleinerer Teil als Weiterbildungsstellen für solche Ärzte, die nicht auf Dauer am Krankenhaus bleiben wollen.

2. Jene, die eine Lebensstellung am Krankenhaus anstreben, sollten sich mit dem Gedanken vertraut machen – Sewering formulierte hier sehr behutsam –, daß „nicht jeder Leutnant General wird, nicht jeder Regierungsrat Ministerialrat, daß nicht jeder Diplomingenieur oder Diplomkaufmann in einem Unternehmen in die Chefetage aufsteigen kann". Nicht jeder Arzt könne die Chance haben, leitender Arzt, Chefarzt zu werden. Das Verhältnis der Ärzte untereinander solle im übrigen auch nicht durch die Funktion, sondern durch die Koliegialität bestimmt sein.

Mit diesen Fragen schnitt Sewering ein unter Ärzten und schon gar nicht in aller Öffentlichkeit bisher kaum diskutiertes Problem an. Die ersten Diskussionen euf dem 33. Bayerischen Ärztetag zeigten schon: Das ist ein heißes Thema, das in den nächsten Jahren noch für einige Unruhe sorgen wird.

Einschränkungen bei der Beteiligung

Ein heißes Thema namentlich für Chefärzte ist die Beteiligung von Krankenhausärzten an der kassenärztlichen Versorgung und die – wie Sewering zu erkennen gab – Notwendigkeit, derartige Beteiligung seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen zu überprüfen. Man müsse Verständnis haben, wenn eine Beteiligung auch widerrufen oder eingeschränkt werde, erklärte Sewering. Er begründete das mit der immer dichteren Besetzung der freien Praxis mit sehr qualifizierten Ärzten, für welche die eigene Praxis die alleinige Existenzgrundlage darstelle. Wörtlich: „Nach wie vor vertreten wir die Grundsätze des Kassenarztrechtes, wonach hauptamtliche Krankenhausärzte dann an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung zu beteiligen sind, wenn *Lücken* zu schließen sind, also ausreichend Ärzte desselben Gebietes nicht zur Verfügung stehen."

Sofern sich die Beteiligung eines Krankenhausarztes auf bestimmte Leistungen beziehe, auf die dieser Arzt spezialisiert sei, dann müsse er berücksichtigen, daß er höchst persönlich tätig werden müsse und diese Tätigkeit nicht auf Mitarbeiter delegieren könne. Der Krankenhausarzt müsse sich in einem solchen Fall „also sehr wohl überlegen, was ihm an Kapazität bleibt; denn er ist ja verpflichtet, seine *volle* Arbeitskraft und Arbeitszeit für seine hauptamtliche Tätigkeit einzusetzen. Was für eine Kassenbeteiligung übrigbleibt, kann also zeitlich und zahlenmäßig nur *sehr* begrenzt sein", erläuterte Sewering.

Für die in Weiterbildung befindlichen Ärzte bedeuten solche Überlegungen – daran ließen Sewerings Ausführungen keine Zweifel –, daß eine „Kompensation" eventuell fehlender stationärer Betätigungsmöglichkeiten durch Tätigkeiten in der Krankenhausambulanz kaum erwartet werden kann. Sewering hält solche Hoffnung im übrigen auch für inkonsequent: „Wenn die erhöhte Zahl von Krankenhausärzten erforderlich ist, um den Aufgaben der

stationären Versorgung gerecht zu werden, dann fragt man sich, wo die freien Potenzen tür die ambulante Tätigkeit herkommen sollen."

Die typischen Aufgaben des Gesundheitsamtes — das reicht vollauf

Ein weiteres aktuelles Thema in Sewerings Tätigkeitsbericht: Was sind die Autgaben des Gesundheitsamtes?

Die Autgabenstellung des Gesundheitsamtes und die Abgrenzung von anderen Tätigkeitsbereichen — zusammen mit der ambulanten und der stationären Versorgung bildet der öffentliche Gesundheitsdienst traditionsgemäß die dritte Säule unseres Gesundheitswesens — sind erst jüngst durch eine Untersuchung, die auch vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht wurde, wieder in die Diskussion geraten. Das sogenannte „Modellgesundheitsamt Marburg-Biedenkopt" tindet ottensichtlich das Wohlwollen sowohl des Bonner Gesundheitsministeriums als auch des hessischen Sozialministers. Nach den bisher verötfentlichten Vorstellungen wird — ausgehend von jenem „Modellgesundheitsamt Marburg" — eine erhebliche Ausweitung der Aufgaden der Gesundheitsämter angestrebt. Zum Teil sollen dabei Aufgaben wieder an die Gesundheitsämter zurückgezogen werden, die, wie das Impfen, inzwischen zum Autgabenbereich der ambulanten ärztlichen Versorgung gehören, zum Teil sollen neue Autgaben, wie die genetische Beratung, von vornherein den Gesundheitsämtern zugeteilt werden.

So sollen laut einer Veröffentlichung des Bundesgesundheitsministeriums Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsfürsorge von Gesundheitsämtern wahrgenommen werden, desgleichen medizinische Altenberatung, Kleinkindervorsorge und eine ganze Reihe von Beratungsdiensten (etwa solche für Tumorpatienten und Diabetiker). Die Impfungen, die bisher zwar Autgabe auch der Gesundheitsämter sind, die aber doch Zug um Zug In die kassenärztliche Versorgung überführt werden (in Bayern seit 1. Oktober Teil der kassenärztlichen Versorgung!), sollen weiter zugunsten der Gesundheitsämter ausgebaut werden. In mobilen Einheiten und über Außen- und Nebenstellen sollen derartige Leistungen gleichsam bis vor die Haustüre gebracht werden.

Sewering bekräftigte zwar, daß ein „hervorragender öttentlicher Gesundheitsdienst unbedingt nötig ist". Zu den weitergehenden Plänen aus Bonn oder Hessen oder sonstwo verwies er allerdings daraut, daß der öffentliche Gesundheitsdienst mit seinen typischen Aufgaben voll ausgelastet ist, ja hier — man denke etwa an die in diesen Tagen so akut

Oberbürgermeister Schubart

gewordene Lebensmittelüberwachung — noch erhebliche Zukunftsaufgaben der Gesundheitsämter harren. Nennen wir nur die Gesundheitsautsicht, den Umweltschutz und die Umwelthygiene, die schon zitierte Lebensmittelüberwachung, die Seuchenbekämpfung und die Gesundheitserziehung.

Angesichts eines derartigen zukunftsträchtigen Autgabenkataloges sei es anachronistisch und deshalb nur mit politisch-ideologischen Erwägungen erklärbar, wenn jetzt wieder Anstrengungen gemacht würden, die Gesundheitsämter Aufgaben übernehmen zu lassen, die längst zur ambulanten Versorgung gehören, erklärte Sewering.

Sowohl Minister Pirkl wie auch Sewering und Vilmar kamen in ihren Austührungen euf die in Mode gekommene Kritik an der Begrenztheit der Medizin zu sprechen.

Zum einen werden hierunter Probleme diskutiert, die die ethischen Grenzen der Medizin berühren. Durch die Entwicklung der Medizin werden, um Vilmar zu zitieren, die Ärzte immer mehr mit Grundtragen des Lebens konfrontiert: „Wir müssen uns die Frage stellen, ob wir all das machen dürfen, was wir machen wollen, obwohl wir andererseits auch wissen, daß Fortschritt nur daraus resultiert, daß trüher akzeptierte Grenzen irgendwann überschritten werden." Vilmar glaubt, die Einrichtung von Ethikkommissionen werde sich für manche Teile der Medizin empfehlen. Insgesamt solle man jedenfalls hier nicht zu sehr nach dem Gesetzgeber ruten, „sondern mehr mit Sachverstand und unter Kenntnis der wissenschaftlichen Grundlagen Richtlinien entwickeln, die im Einzelfall Entscheidungshilfe für den Arzt sein können".

Verantwortung des einzelnen für seine Gesundheit

Die Begrenztheit der Medizin wird jedoch öffentlich auch als Vorwurf gegen die Ärzte verstanden. Auf diese Kritik ging vor allem Sewering ein. Wenn die Lebenserwartung der 40- bis 50jährigen nicht mehr weiter ansteige, so sei dieser Stillstand einzig und allein auf Krankheiten zurückzutühren, „die wir in ihrer Entstehung nicht beeinflussen können, weil sie allein von der Lebensweise und den Lebensgewohnheiten der Menschen abhängen oder zumindest weitgehend davon abhängen." Sewering appellierte, ähnlich wie auch Minister Pirkl, die Selbstverantwortung des einzelnen zu wekken. Die Öffentlichkeit und vor allem auch der Staat sind hier autgeruten. Sewering nannte ein Beispiel: während in den Vereinigten Staaten vor dem Zigarettenkonsum aut den Zigarettenpackungen gewarnt werden muß, hat man sich bei uns dazu noch nicht durchringen können, ja, die Werbung gehe exakt in die andere Richtung. „Fahren Sie durch die Stadt München," berichtete Sewering, „dann tinden Sie eine neue Plakatwerbewelle tür Zigaretten, mit jungen Menschen, die sportlich gekleidet sind, in der einen Hand den Tennisschläger haltend, in der anderen Hand die Zigarette. Das sind die talschen Vorbilder, des sind die Vertührer unserer Jugend. Solange hier nicht Einhalt geboten wird, wird es zu keinem Wandel unserer gesundheitlichen Landschaft in unserem Lande kommen."

– NJ –

Fotos (7): R. Jochim, Rothenburg

„Es gilt, das Gesundheitswesen auf hohem Niveau zu halten"

Bekenntnis zu einem Höchstmaß an Freiheit der ärztlichen Selbstverwaltung — Ein politischer Streifzug durch das Gesundheitswesen — Der Standort der bayerischen Staatsregierung*

Rede des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und Sozialordnung Dr. Fritz Pirkl anläßlich der Eröffnung des 33. Bayerischen Ärzteteges in Rothenburg ob der Teuber

Wenn ein Politiker zu einer Standesorganisation, zur Selbstverwaltung eines Berufes kommt, so fragt man sich unwillkürlich: *in welcher Rolle?* Als Obrigkeit, als Kontrahent, als Partner oder als Freund? Meine Antwort darauf lautet einmal: als Partner. Dies folgt eus der bewährten Partnerschaft, als welche die Bayerische Staatsregierung traditionell ihr Verhältnis zur Ärzteschaft versteht. Ich darf aber auch sagen: els Freund und Stammgast. Sie werden mir diese Formulierung gestatten, weil es heuer zehn Jahre her sind, daß Sie mir auf dem 23. Bayerischen Ärztetag in Passau das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft verliehen. Und da ich seit 1970 zum siebten Male — wie ich betonen möchte: gerne — an einer Eröffnungssitzung eines Bayerischen Ärztetages teilnehme.

In diesem Sinne heiße ich Sie namens der Bayerischen Staatsregierung auf das herzlichste in meiner mittelfränkischen Heimat willkommen. Ich überbringe Ihnen die besten *Grüße und Wünsche* unseres Ministerpräsidenten Franz Josef Streuß und meiner sämtlichen Kabinettskollegen, nicht zuletzt des für das Gesundheitswesen in Bayern mitverantwortlichen Innenministers Gerold Tandler. Ich freue mich besonders, daß das bayerische Ärzteparlement nach neun Jahren wieder nach Mitteifranken gefunden hat, noch dazu ins wirtschaftlich etwas strukturschwache, aber historisch und kulturell um so reichere West-Mittelfranken.

*) Minister Pirkl beschränkte sich in seiner Rede auf einige grundlegende politische Fregen. Oerüber hineus het er jedoch in einem schriftlich formulierten Redetext weitere bedeutseme Probleme der Gesundheitspolitik engeeprochen, die sowohl unter bayerischen wie euch unter bundespolitischen Aspekten von interesse sind. Im Einvernehmen mit Minister Pirkl veröffentlicht das „Beyerische Ärzteblett" den gesemten Redetext im vollen Wortlaut.

Staatsminister Dr. Pirkl

Der Bayerische Ärztetag, der heute zum 33. Mal zusammentritt, hat — das wird niemand bestreiten wollen — Geschichte gemacht. Seine *Bedeutung in der Öffentlichkeit,* und zwar für Arzt und Patient, geht weit über die Grenzen Bayerns hinaus. An der Genugtuung über dieses stolze Ergebnis langjähriger Arbeit nimmt auch die Bayerische Staatsregierung teil. Das Verdienst freilich kommt in erster Linie Ihrem Präsidenten Professor Sewering zu. Auf ihn geht das eigenständige bayerische Profil dieser Veransteltung und ihr hohes Niveau vor allem zurück. Dafür gebührt ihm respektvoller Dank auch seitens des Freistaates Beyern. Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang einmal eines offen und deutlich aussprechen: Herr Professor Sewering, wir sind froh und dankbar, Sie wieder ganz in Bayern zu heben. Betrachteten wir Ihre Bundesfunktionen doch immer mit einem lachenden und weinenden Auge. Der Nutzen Ihrer wieder weithin ungeteilten Anwesenheit in unserem Lende ist jedem Eingeweihten in verschiedenster Hinsicht klar erkennbar. Auch als namhaftes Mitglied unserer zweiten Parlamentskammer, Herr Senator Sewering, bringen Sie die ärztliche Sicht in ebenso sachlicher wie unentbehrlicher Weise gewichtig in das politische Leben Bayerns ein.

Sie haben mich eingeladen, um, wie alljährlich, die Meinung der Bayerischen Staatsregierung zu wesentlichen ektuellen Problemen der Gesundheitspolitik zu hören. Daß ich bei diesem *Streifzug durch die Gesundheitspolitik* nicht elle interessierenden Fragen berühren kann, liegt auf der Hand. Ich bitte Sie deshalb, dessen gewiß zu sein, daß all jene Bereiche, die ich notgedrungen unerwähnt lassen muß, keineswegs im Schetten der Nichtbeachtung stehen.

Freiheitliche Gesundheitspolitik in Beyern

Wir befinden uns in Bayern vor der Halbzeit einer Legislaturperiode. Ministerpräsident Franz Josef Strauß hat in seiner Regierungserklärung vom 14. November 1978 das *Fundament unserer Gesundheitspolitik* wie folgt bekräftigend formuliert: „Das Gesundheitswesen muß im Interesse einer bestmöglichen Vorsorge der Bürger in seiner freiheitlichen Struktur erhalten bleiben. Dazu gehören die freie Arztwahl für den Patienten, die Niederlassungsfreiheit für den Arzt, das Nebeneinender von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern, und dazu gehören auch eine gegliederte soziale Krenkenversicherung mit Selbstverwaltung der Beteiligten und private Versicherungen." Ich möchte mich hier und heute für diese Manifestation unserer ebenso traditionellen wie bewährten freiheitlichen bayerischen Gesundheitspolitik wieder eusdrücklich verbürgen. Die vom Herrn Ministerpräsidenten aufgeführten Beispiele will ich noch um das Bekenntnis zu einem Höchstmaß an Freiheit der ärztlichen Selbstverwaltung in Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung ergänzen.

Wenn man sich heute Gedanken über die *Probleme des Arztes von heute,* insbesondere des niedergelassenen Arztes, macht, so stößt man nicht zuletzt euf den ungeheu-

ren Wandel der Verhältnisse, oder – wenn Sie wollen – des gesellschaftlichen Hintergrundes, vor dem er seinen Auftrag erfüllen muß. Lassen Sie mich nur drei ganz beliebige Exempel herausgreifen. 1939 lebten durchschnittlich 3,27 Personen in einem Haushalt zusammen. 1980 sind es in der Bundesrepublik nur mehr 2,48, das ist eine Verminderung von über 24 Prozent. Die Erwerbsquote der verheirateten Frauen in der Bundesrepublik stieg von 1950 bis 1978 von 25,0 auf 39,8, das sind fast 60 Prozent. Und ein Drittes: 1950 waren 9,3 Prozent unserer Bürger in der Bundesrepublik über 65 Jahre alt, 1980 sind es 16,2 Prozent. Was allein diese drei – wie gesagt, unter unzähligen anderen herausgegriffenen – Entwicklungen für Art, Umfang und Erfolg des ärztlichen Schaffens ausmachen, brauche ich Ihnen nicht näher zu erläutern. Doch sollte es der Öffentlichkeit öfter ins Bewußtsein gerufen werden, damit der Blick für die ungeheuren Schwierigkeiten, unter denen der Arzt heute arbeitet, geschärft wird. Wenn die ärztliche Tätigkeit nicht nur gewissenhafte Anwendung erworbener Erkenntnisse und Erfahrungen ist, sondern auch Heil*kunst* – wovon ich fest überzeugt bin –, so kommt man zu dem Ergebnis, daß von all diesen gewaltigen Wandlungen unserer Gesellschaft nicht nur die Medizin als solche, sondern der Arzt als Persönlichkeit in seinem Selbstverständnis zutiefst betroffen ist.

„Die Gesundheitspolitik ist ein selbständiger Teil der Gesamtpolitik, neben der Sozialpolitik, allerdings mit einer langen Berührungslinie zu ihr", betonte Franz Josef Strauß vor dem Deutschen Ärztetag im vergangenen Jahr. Auch diese Aussage verdient, weil sie stets eine Grundlage der Politik der Bayerischen Staatsregierung war und ist, immer wieder bekräftigt und wiederholt zu werden. Dazu steht keineswegs im Widerspruch, daß gerade der *hohe Grad an Wohlstand,* den weite Kreise der Bevölkerung in der Bundesrepublik erreicht haben, zu einem zentralen *gesundheitspolitischen Problem* geworden ist. Der Überkonsum in jeder Variante wurde zu einem der größten gesundheitlichen Risikofaktoren, denen wir uns heute gegenübersehen. Heinrich Schipperges z. B. spricht von wachsenden Wohlstandsseuchen, die uns schon bald ein ganzes Heer von chronisch Kranken bescheren würden. Er gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, es sei typisch für jeden chronisch Kranken, daß er über sein Leiden Bescheid wisse, er nach und nach sein eigener Arzt werde, womit mehr und mehr ein völlig neues Arzt-Patienten-Verhältnis in die Wege geleitet werde. Wenn er dann zu der conclusio gelangt, daß wir ein neues Konzept einer mehr kranken- als krank*heits*orientierten Heilkunst kommen müßten, so entspricht dies genau meinen Gedanken über den entscheidenden Panoramawechsel, vor dem sich die ärztliche Berufsausübung heute vollzieht und den ich vorhin anzudeuten versucht habe.

Nun mag der eine oder andere daraus das Resümee ziehen: Also ist Ge*sundheits*erziehung das Gebot der Stunde. Das ist sicher richtig. Und ich meine, es geschieht heute auf diesem Gebiet mehr als je zuvor. Vom Arzt bis zur Krankenkasse, von privaten Organisationen bis hin zur Landeszentrale für Gesundheitsbildung. Ich bin nicht so pessimistisch wie Hans Schaefer, der da meint, Gesundheitserziehung könne nur durch Schaffung neuer gesellschaftlicher Verhaltensmoden wirksam praktiziert werden; die derzeitige Gesellschaft habe aber nicht einmal mehr die Methoden zur Verfügung, um gesundheitliche Schäden durch Erziehung, Bildung oder Sanktionen abzuwenden. Wir seien deshalb, meint Schaefer, dem Abstieg in ein Zeitalter ungehemmter Schädigungen durch Luxuskonsum schutzlos preisgegeben. So sehr eine Reihe gesellschaftlicher Phänomene unserer Zeit zu einem derartigen Pessimismus verführen mögen, so wenig ist es uns – und damit meine ich die Ärzte und Gesundheitspolitiker – gestattet, sich einer solch defaitistischen Haltung hinzugeben. Freilich dürfen wir es dann bei einer *rein* „biologischen" – gleichsam materialistischen – Sicht der Gesundheitserziehung nicht bewenden lassen. Geistige, um nicht zu sagen geistliche Aufrüstung muß hinzukommen. Wirkliche Alternative zu den „abgelebten Formen einer kranken Welt" (Ratzinger) ist die wahre Religiosität, die vom Egoismus frei macht.

Von diesen Gedanken führt nur ein kurzer Weg zu einem anderen schrecklichen Phänomen, dem wir uns in unserer Zeit gegenübersehen: der erschreckend veränderten Einstellung zur *Abtreibung*.

Erst kürzlich hat auch Kollege Tandler wieder darauf hingewiesen, daß auf Initiative des Freistaates Bayern die ursprünglich geplante Fristenlösung verhindert und die geltende Indikationsregelung gegen die Stimme Bayerns im Bundesrat beschlossen wurde. Die moralische und gesellschaftspolitische Situation, in die man uns hier hineingedrägt hat, läßt mich und – wie ich meine – auch die Mehrheit von Ihnen, nicht ruhen. 82 788 Schwangerschaftsabbrüche wurden 1979 in der Bundesrepublik gemeldet. Das bedeutet eine Steigerung um 12,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Bedenken Sie bitte: Auf sieben Lebendgeborene trifft damit eine gemeldete Abtreibung! Und das Bezeichnende: 71 Prozent aller Abtreibungen wurden aus „sonstigen schweren Notlagen" begründet und indiziert. Freilich ist bei uns in Bayern die Lage gegenüber dem Bundesdurchschnitt spürbar günstiger. Befriedigen kann sie aber dennoch keineswegs. In Bayern wurden um 8,5 Prozent weniger Schwangerschaftsabbrüche als im Bundesdurchschnitt gemeldet. Auch die soziale Indikation betrug in unserem Lande 50 Prozent und nicht 71 Prozent wie im Bundesgebiet. Ich sehe hierin einen Erfolg der für die Schwangeren eingerichteten Beratungsstellen sowie der Hilfen für Mutter und Kind in Bayern. Vom Herbst 1978 bis zum Frühjahr 1980 haben über 2200 schwangere Frauen in Not Beihilfen in Höhe von 5,2 Millionen DM aus der bayerischen Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind" erhalten. Jeden Monat kommen derzeit weitere 400 000 DM hinzu.

Keine ambulanten Schwangerschaftsabbrüche

Die Bayerische Staatsregierung hat es nach sehr gewissenhafter Prüfung abgelehnt, Einrichtungen für die ambulante Durchführung der Abtreibung in unserem Lande zuzulassen. Demgemäß wurden die 5645 Abtreibungen in Bayern 1979 auch zu 96 Prozent stationär durchgeführt. In diesem Zusammenhang muß ich eines betonen. Es ist einfach nicht wahr, daß es in Bayern nicht „genügend" stationäre Möglichkeiten für die vom Bund für straffrei erklärten Schwangerschaftsabbrüche gibt.

Freilich steht hierfür nicht überall eine Klinik gleichsam vor der Haustür, und wir müssen die Gewissensentscheidung von Ärzten und Pflegepersonal, an Abtreibungen aus sozialer Indikation nicht teilzunehmen, selbstverständlich, so wie das Gesetz es vorsieht, respektieren. Jedenfalls möchte ich hier ganz offen sagen, daß man von der Bayerischen Staatsregierung nicht erwarten kann, daß sie Krankenhausträger, Ärzte und Pflegepersonal etwa ermahnt, allgemein eine positive Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch aus sozialer Indikation einzunehmen. Wir hindern niemand daran, etwas zu tun, was nunmehr gesetzlich erlaubt ist. Aber wir fordern niemanden noch dazu auf.

Was nun die zur Welt gebrachten *Kinder* anbelangt, so kann ich mit deren *Gesundheitszustand* leider nicht voll zufrieden sein. Dies liegt vor allem daran, daß die Beteiligung an den von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen im Säuglings- und Kleinkindalter nicht groß genug ist. Eine besondere Sorge bereiten mir hier die Kinder ausländischer Arbeitnehmer in Bayern. Von ihnen werden am Ende ihres ersten Lebensjahres derzeit nur etwa 20 Prozent zur Früherkennungsuntersuchung vorgestellt. Insgesamt ist zu sagen, daß die unzureichende Beteiligung an der Vorsorge dazu führt, daß viele Schulanfänger mit unerkannt und unbehandelt gebliebenen Störungen in ihrer Entwicklung die Schullaufbahn beginnen. Ich bitte die bayerische Ärzteschaft, wo immer es geht, an der Beseitigung dieses unbefriedigenden Zustandes mitzuhelfen.

Relativ erfreulicher sind die Ergebnisse der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz in Bayern. Hier verringerten sich die sogenannten Gefährdungsvermerke, d. h. die Atteste, daß *Jugendliche* bestimmte Arbeiten aus gesundheitlichen Gründen nicht verrichten dürfen, von 1973 bis 1978 um 28 Prozent. Gleichwohl mußte eine ärztliche Behandlung in immerhin 9,2 Prozent der Fälle empfohlen werden.

Drogensucht — die Mitarbeit des Arztes ist unentbehrlich

Nur zu schnell wechsen die Kinder und Jugendlichen heutzutage in ein Lebensalter hinein, in dem die furchtbaren *Suchtkrankheiten* bereits eine Rolle spielen. In der Tagespresse spricht man schon von sogenennten Baby-Fixern im Alter von neun bis zehn Jahren. Seriösen Schätzungen von Fachleuten zufolge gibt es derzeit in der Bundesrepublik 1,5 Millionen bis 1,8 Millionen Alkoholkranke, etwa 700 000 Haschisch-Konsumenten, 200 000 bis 500 000 Medikamentenabhängige und, das Schlimmste von allen, 50 000 bis 60 000 Heroinabhängige. Die aktive Mitwirkung des niedergelassenen Arztes im Kampf gegen diesen schrecklichen Zustand wird mit jedem Tag unentbehrlicher.

Zur Verhütung des Medikamentenabusus ist eine Zurückhaltung in der Verschreibung von Arzneien, die der Patient mißbrauchen könnte, unerläßlich. Hinsichtlich der Früherkennung des Alkoholismus weise ich auf den Ihnen aus der Literatur bekannten Münchener Alkoholismustest nach Professor Feuerlein hin, der von meinem Ministerium nachhaltig gefördert wurde. Die ambulante Behandlung des Alkoholikers muß ebenso intensiv wie konsequent erfolgen. Die bloße Aufforderung zum sogenannten kontrollierten Trinken hat sich eindeutig als untauglich erwiesen und wird meines Erachtens zu recht heute von den maßgeblichen Fachleuten als ärztlicher Kunstfehler angesehen. Ebenso stellt sich das Verschreiben von Betäubungsmitteln zur Substitution bei Opiatabhängigkeit, die sogenannte Erhaltungstherapie, nur als eine Verlagerung der Sucht dar, vor der ich nur eindringlich warnen kann. Um weitere Fortschritte auf dem Felde der Suchtkrankheiten zu erreichen, bitte ich Sie eindringlich um eine stärkere Mitwirkung in Beratungsstellen, Nachsorgeeinrichtungen und Wohngemeinschaften, sei es nun ehrenamtlich, nebenberuflich oder teilzeitbeschäftigt. Lassen Sie uns in gemeinsamer Verantwortung für die Gesundheit unseres Volkes, insbesondere unserer Jugend, noch intensiver aktiv zusammenwirken, um diesem schrecklichen Übel unserer Zeit besser als bisher beizukommen.

Vorzügliche Bedarfsplanung der Kassenärzte in Bayern

Das Jahr seit dem letzten Bayerischen Ärztetag in Bad Tölz brachte für die bayerische Ärzteschaft ein wesentliches Ereignis, nämlich die Fertigstellung der *Bedarfsplanung für die kassenärztliche Versorgung* in unserem Lande: In neun auch äußerlich attraktiven weiß-blauen Plastikordnern liegt sie nun vor uns. Ein im Geist echter Partnerschaft entstandenes Werk, welches das Zusammenwirken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den örtlichen Kassen in sichtbarer Weise vorzüglich dokumentiert.

Sicher war schon in den letzten Jahren die ambulante ärztliche Versorgung in Bayern von einem quantitativen zu einem regionalen Problem geworden. Dieses die Bürger unseres Landes hautnah berührenden Problems regional ungleichmäßiger Verteilung der freipraktizierenden Ärzte hat sich die Bayerische Staatsregierung zusammen mit der Ärzteschaft schon frühzeitig engagiert angenommen. Ich darf nur auf die großen Anstrengungen hinweisen, durch gezielte finanzielle Förderung die ärztlichen Niederlassungen „marktkonform" zu steuern. Bemerkenswerte Erfolge stellten sich ein. Unsere Bilanz seit 1971 weist immerhin über 534 Förderungsmaßnahmen mit einem Gesamtaufwand an zinsgünstigen Darlehensmittel von 152 Millionen DM aus. Wenn einmal von Unterversorgung im ambulanten ärztlichen Bereich die Rede ist, so werden meist drei Regierungsbezirke genannt, nämlich Oberpfalz, Oberfranken und Niederbayern. Lassen Sie mich hierzu ganz konkret etwas sagen. In der Oberpfalz ist das in der Bedarfsplanung ausgewiesene Minus allein in dem halben Jahr von Oktober 1979 bis zum April 1980 von 100 auf 66 zurückgegangen. Nach dem Stand vom 30. Juni 1980 wurden dort 86 Förderungsmaßnahmen mit einem Volumen von 27,16 Millionen DM durchgeführt. Das bedeutet einen Mittelanteil der Oberpfalz am Gesamtaufwand in Bayern von 17,86 Prozent, dem ein Bevölkerungsanteil von 8,94 Prozent gegenübersteht. Dem Regierungsbezirk Oberfranken kamen im gleichen Zeitraum 101 Förderungsmaßnahmen mit einem Mittelvolumen von 27,44 Millionen DM zugute. Das bedeutet einen Mittelanteil am Gesamtaufwand in Bayern von 18,5 Prozent, dem wiederum ein Bevölkerungsenteil von 9,77 Prozent gegenübersteht. Für Niederbayern möchte ich, damit Sie nicht mit Zahlen überhäuft werden, nur ein Faktum nen-

Von morgens bis morgens

zuverlässige Betablockade bei

Koronarer Herzkrankheit
Funktionellen Herzbeschwerden
Hypertonie

Täglich 1x1 Tablette

Ausgeprägt kardioselektiv

TENORMIN® 50
TENORMIN® 100

Der β_1-Blocker mit Langzeitwirkung

ICI-Pharma
Arzneimittelwerk
Plankstadt

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 50 bzw. 100 mg Atenolol.
Indikationen: Hypertonie, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, hyperkinetisches Herzsyndrom, Dyskardien, psychogene und vegetative Herzbeschwerden.
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 Filmtablette Tenormin 50. Falls erforderlich, Steigerung auf 1 mal täglich 2 Filmtabletten Tenormin 50 oder 1 mal täglich 1 Filmtablette Tenormin 100.
Wechselwirkungen: Bei Diabetikern kann unter Umständen eine Anpassung der Diabetesbehandlung notwendig sein. Vor einer Narkose sollte der Anaesthesist über eventuelle Behandlung des Patienten mit Tenormin informiert werden.
Hinweise: Infolge der ausgeprägten Kardioselektivität ist der Einfluß auf Atemwegswiderstand und Blutzuckerspiegel gering. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können durch Bronchodilatatoren rasch aufgehoben werden. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion wird Dosisanpassung empfohlen. Bei Bestehen einer koronaren Herzkrankheit soll Tenormin nicht plötzlich abgesetzt werden.
Antidote: Atropin (0,5–2 mg i.v.), Orciprenalin (0,5 mg i.v.). **Handelsformen und Preise:** 50 mg Filmtabletten: Kalenderpackungen mit 28 Filmtabletten DM 27,29; mit 56 Filmtabletten DM 51,18; mit 98 Filmtabletten DM 83,22; Anstaltspackungen. 100 mg Filmtabletten: Kalenderpackungen mit 28 Filmtabletten DM 46,45; mit 56 Filmtabletten DM 84,93; mit 98 Filmtabletten DM 133,34; Anstaltspackungen.

Stand September 1980

nen. Im Laufe des letzten Jahres wurde die kassenärztliche Versorgung dort durch Neuzugänge in Höhe von 6,7 Prozent verbessert, während der Landesdurchschnitt nur 3,1 Prozent betrug. Freilich bestritt den Löwenanteil en dieser finanziellen Förderung die Ärzteschaft selbst. Namens der Bayerischen Staatsregierung sei ihr auch heute dafür der gebührende Dank abgestattet.

Um die Problematik aber auf lange Sicht möglichst zuverlässig in den Griff zu bekommen, brachte die Bayerische Staatsregierung bereits 1974 im Bundesrat einen Gesetzentwurf ein. Diese Initiative hat denn das Gesetz zur Weiterentwicklung des Kessenarztrechts vom 28. Dezember 1976 mit seinem Kernstück der Bedarfsplanung maßgeblich in die Wege geleitet. Wie uns der Bedarfsplan zeigt, haben die intensiven Bemühungen in der Vergangenheit gute Früchte getragen. Gleichwohl müssen wir einräumen, daß das Ziel einer in *allen* Landesteilen gleichmäßigen ambulanten ärztlichen Versorgung noch nicht *voll* erreicht ist.

Nun gibt das geltende Recht dem Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, sollten, wider Erwarten, wirklich alle „Stricke reißen", das Instrument in die Hand, eine zeitweilige Sperre der Zulassung in gut versorgten Gebieten zugunsten unterversorgter Gebiete anzuordnen. Ich hoffe sehr, daß dieser Extremfall nie eintreten wird. Im übrigen hat dieses Instrumentarium nichts mit der früheren Zulassungsreglementierung zu tun. Ich meine, daß dies mittlerweile unbestritten ist. Das Schlagwort vom „verplanten Arzt" geht angesichts dieser Regelung ins Leere.

Meine Zuversicht, daß es der erwähnten „Ultima-ratio"-Maßnahme nie bedürfen wird, hat konkrete Gründe. Zum einen stimmt mich die durchaus günstige Entwicklung in den letzten Jahren optimistisch. Insbesondere aber betrachte ich diesen Bedarfsplan als ein ausgezeichnetes Werk einer detaillierten Niederlassungsberatung. Darin und in nichts anderem sehe ich seine entscheidende Funktion. Das wiederum bedeutet: alle niederlassungswilligen Ärzte sind aufgerufen, diese Beratung – auch im eigenen wirtschaftlichen Interesse – enzunehmen und in freier, verantwortungsbewußter Entscheidung den Niederlassungsort bedarfsgerecht zu wählen.

Nachdem ein solch liberaler Weg gewählt wurde, erwartet die Öffentlichkeit nun mit Recht, daß der Ärztenechwuchs diesen Appell nicht ungehört verhallen lassen möge. Dann wird das Instrument der Bedarfsplanung für die kassenärztliche Versorgung in Bayern den von uns allen gemeinsam beabsichtigten Zweck erfüllen. Erfreulicherweise zeichnet sich schon ab, daß sich die beratende Funktion des Bedarfsplans für die kassenärztliche Versorgung in Bayern auswirkt. Hatten wir nämlich im Oktober 1979 in Bayern noch einen Fehlbestand von 378 Kassenärzten, so war dieser Mangel im April dieses Jahres bereits auf 303 Kassenärzte zurückgegangen.

Ich weiß, wie schwierig und zeitaufwendig die Planungsarbeit war und ist, welche die kassenärztliche Selbstverwaltung zu bewältigen hatte und hat. Sie können es mir deshalb nicht verdenken, daß Ich schon deshalb, aber nicht nur deshalb, froh bin, daß diese Aufgabe nicht meinem Ministerium, sprich dem Staat, übertragen wurde. So möchte ich hier und heute allen Verantwortlichen und allen, die am Planungsgeschehen, in welcher Form auch immer, beteiligt waren und noch sind, für ihren Einsatz meinen herzlichen Dank und meine fachliche Anerkennung zum Ausdruck bringen.

Gibt es wirklich diesen Ärztemangel in Krankenhäusern?

Nach einer Erörterung der kassenärztlichen Bedarfsplenung ist der Schritt zur Frage des *Ärztemangels in unseren Krankenhäusern* und sonstigen Institutionen mit angestellten Ärzten nicht weit. Sie alle kennen die seit Monaten recht lebhaft geführte Diskussion, ob und wie hoch ein Ärztemangel an unseren Krankenhäusern besteht. Die Gesundheitsministerkonferenz, der ich engehöre, ist hier derzeit der Verbandskritik ausgesetzt. Gegenstand dieser Kontroverse ist ein 1976 gefaßter Beschluß, wonach bei der Prüfung der Angemessenheit der ärztlichen Personalbesetzung im Krankenhaus von den Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1969 – natürlich fortgeschrieben auf die 40-Stunden-Woche – auszugehen sei.

Diese Verlautbarung aller deutschen Gesundheitsminister war als Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen gedacht. Sie wird heute von verschiedenen Seiten als Ursache für einen mitunter als katastrophal bezeichneten Ärztemangel im Krankenhaus angesehen.

Bei allem Verständnis für die Problematik, die ich keineswegs bagatellisieren will, vermag ich mich dieser Meinung nicht anzuschließen. Hierbei bestärkt mich eine im vergangenen Jahr aus Anlaß einer Landtagsanfrage in Bayern durchgeführte Erhebung über den Personalbedarf in Akutkrankenhäusern, und zwar en Pflegekräften. Diese auf exakten Erhebungen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft beruhenden Erkenntnisse müssen nämlich Zweifel an der Schlüssigkeit der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu Beginn dieses Jahres vorgelegten „Modellrechnung" aufkommen lassen, welche wiederum Grundlage für die Resolution der unterschiedlichsten Fachvereinigungen ist. Die Modellrechnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist vage und nicht nachvollziehbar. Somit reicht sie nicht für eine fundierte Erörterung dieses außerordentlich vielschichtigen Problemkreises der angemessenen ärztlichen Personalausstattung im Krankenheus mit all seinen einschneidenden Folgewirkungen, vor allem finanzieller Art, aus. Zwei Aspekte, so meine ich, kann man freilich ganz allgemein schon heute erkennen. Sie haben sich auch bei der Bedarfsplanung im ambulanten Bereich gezeigt. Es handelt sich um das Problem der regionalen Verteilung der Ärzte und zum zweiten das unterschiedliche Angebot der Ärzte nach Fechgebieten.

Auch bei den Krankenhausärzten stellen wir erhebliche Differenzen zwischen den Ballungsräumen und einigen ländlichen Gebieten unseres Landes fest. Was die Fachrichtungen enbelangt, so fehlen nach Auffassung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft vor allem Internisten, Chirurgen, Anästhesisten. Doch wird dies, wie gesagt, alles noch solide zu untersuchen sein. Auch der beim Bundesarbeitsminister gebildete Krankenhausbeirat, in

dem die Bundesärztekammer bekanntlich durch ihren Präsidenten vertreten ist, brachte erst im vergangenen Monat die Meinung zum Ausdruck, daß bisher noch keine abschließenden Aussagen in dieser Frage möglich sind. Um so mehr habe ich dieser Tage mit Genugtuung zur Kenntnis genommen, daß die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Mitwirkung der Bundesärztekammer eine Umfrage zur Personalausstattung der Krankenhäuser vorbereitet und gleichzeitig die Krankenhäuser aufgefordert hat, offene Arztstellen regelmäßig den Arbeitsämtern zu melden. Sie werden mit mir sicher einiggehen, daß die Erörterung dieses außerordentlich vielschichtigen Problemkreises der angemessenen Personalausstattung im Krankenhaus mit all seinen Folgewirkungen äußerst sorgfältig aufgearbeitet werden muß, um zu sachgerechten und – was durchaus notwendig ist – mit allen Beteiligten abgestimmten Ergebnissen zu kommen. Zu diesen Beteiligten zähle ich naturgemäß euch die Kostenträger, da sichergestellt bleiben muß, daß die Krankenhauspflege in Zukunft weiterhin zu finanzierbaren Preisen erfolgt.

Das alles kann und darf nicht bedeuten, die Angelegenheit etwa auf die lange Bank zu schieben. Sie dürfen versichert sein, daß ich als unmittelbarer Dienstherr und als rechtsaufsichtsführender Minister nur zu gut weiß, was der Mangel an ärztlichem Personal bedeutet. Ich will das ganz konkret erläutern. In meinem Ministerium und den ihm unmittelbar unterstellten Behörden und Institutionen gibt es 322 Planstellen für Ärzte, von denen derzeit nur 261 besetzt sind. Die meiner Rechtsaufsicht unterstehenden Sozialversicherungsträger weisen 704 Planstellen für Ärzte aus, von denen nur 578 besetzt sind. Von diesen insgesamt 1026 Planstellen sind also derzeit 187 (= 18,2 Prozent) vakant, d. h. unbesetzbar. Mit enderen Worten: Fast jeder fünfte Arzt fehlt. Die Folge dieser starken Unterbesetzung in der Versorgungsverwaltung, um nur ein Beispiel aus dem genannten Gesamtbereich zu nennen, bringt nicht nur für die Bürger längere Wartezeiten mit sich, sie erzeugt auch beim vorhandenen ärztlichen Personal durch Mehrbelastung eine Unzufriedenheit, die ihrerseits nicht selten wiederum zu beruflicher Veränderung motiviert.

Sie mögen daraus erkennen, daß mich die Frage eines mehr oder weniger großen und mehr oder weniger allgemeinen Mangels an angestellten Ärzten sogar noch über meine Funktion als Krankenhausminister gleichsam hautnah als Dienstherr ständig beschäftigt. Schon deshalb dürfen Sie davon überzeugt sein, daß mir diese Sorgen, soweit sie sachlich berechtigt sind, in gleicher Weise am Herzen liegen, wie die Versorgung unserer Bürger mit niedergelassenen Ärzten.

Kosten im Gesundheitswesen: vier gute Jahre

Personalfragen sind heutzutage in erster Linie Kostenfragen. Und *Kosten im Gesundheitswesen* sind wiederum in erster Linie Ausgabenprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier haben wir mit dem Zeitraum von 1975 bis 1979 vier gute Jahre hinter uns. In dieser Spanne bewegten sich die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung in einem gesamtwirtschaftlich vertretbaren Rahmen. Die Zuwachsraten in der Bundesrepublik mit jahresdurchschnittlich 5,9 Prozent blieben deutlich unter denen des Bruttosozialprodukts mit 7,7 Prozent. Der Anteil der Krankenversicherungsausgaben am Bruttosozialprodukt hielt sich praktisch konstant auf 5,8 Prozent. Im Vergleich zu den vier Jahren 1971 bis 1975 gingen 1975 bis 1979 die Zuwachsraten der Ausgaben für Krankenhauspflege und ambulante ärztliche Behandlung um rund ein Drittel, die Steigerungsraten der Aufwendungen für Arzneimittel aus Apotheken und für Krankengeld um knapp die Hälfte zurück. Was die speziell bayerischen Verhältnisse anbelangt, so stiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1979 um rund 1 Milliarde DM oder 8,7 Prozent auf 12,81 Milliarden DM. Diese Mehrung war damit erfreulicherweise nur geringfügig höher als im Vorjahr und hielt sich deshalb im gesamtwirtschaftlich noch vertretbaren Rahmen. Dabei stieg der an und für sich aussagekräftigste Indikator „Ausgabe je Mitglied" 1979 gegenüber dem Vorjahr um 7,1 Prozent.

Was nun die *Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern für Krankenhauspflege* anbetrifft, so betrugen sie 1979 insgesamt 3,5 Milliarden DM (= + 5,9 Prozent), das sind 577 DM je Mitglied (= + 4,3 Prozent). Damit setzte sich die seit 1976 stattfindende deutliche Abschwächung der jährlichen Zuwachsraten auch 1979 fort. Dieser maßvolle Kostenanstieg im stationären Bereich verdeutlicht, daß es nicht der im gescheiterten Entwurf der Bundesregierung zur Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehenen Zentralisierungen und Reglementierungen bedarf, um bei unseren Krankenhäusern dafür zu sorgen, daß dort „endlich" mehr gespart wird. Die oftmals kritisierten Kostensteigerungen im Krankenhausbereich sind bekanntlich in erster Linie Folgen von außerhalb des Krankenhauses getroffenen Entscheidungen, insbesondere der jährlichen Tarifabschlüsse.

Im laufenden Jahr wird allerdings die seit 1976 zu beobachtende deutliche Abschwächung der jährlichen Zuwachsraten der Krankenhauskosten leider nicht mehr anhalten. Schon die sprunghaft angestiegenen Heizölpreise, die naturgemäß in Krankenhäusern besonders stark zu Buche schlagen, werden dafür sorgen.

Anerkennung für den „Beyern-Vertrag"

Das herausragendste gesundheitspolitische Ereignis im Zeitraum seit dem letzten Bayerischen Ärztetag war wohl der Abschluß des sogenannten *„Bayern-Vertrages"*, der bekanntlich am 1. Juli 1979 in Kraft trat und am 29. September 1980 – ich möchte sagen: gottlob – um ein Jahr verlängert wurde. Dieses Vertragswerk nutzt den Gestaltungsspielraum, den das geltende Recht einer verantwortungsbewußten und ideenreichen Selbstverwaltung noch beläßt, tatkräftig und sinnvoll. Es baut auf die Eigenverantwortung der Beteiligten, woran mir besonders gelegen ist. Es bringt in vertretbarem und notwendigem Umfang marktwirtschaftliche Elemente im Gesundheitswesen zur Geltung. Es ist geeignet, eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sowie eine intensive ambulante Diagnostik und Therapie zu gewährleisten und gleichzeitig die Kostensteigerungen in gesamtwirtschaftlich vertretbaren Grenzen zu halten.

Ziel dieser Vereinbarung ist eine Intensivierung der ambulanten kas-

senärztlichen Diagnostik und Therapie im Sinne einer bestmöglichen Versorgung der Versicherten. Angesichts der entscheidenden Funktion des freipraktizierenden Kassenarztes sowohl für die medizinische Versorgung der Versicherten als auch für die dafür insgesamt entstehenden Ausgaben soll seine Diagnostik und Therapie keine Begrenzung finden, wenn durch sie bei gleichem medizinischen Erfolg kostenaufwendigere alternative Versorgungsformen erspart werden.

Zu meinem großen Bedauern mußte ich zur Kenntnis nehmen, daß es der Bundesarbeitsminister für angebracht hält, an dieser fortschrittlichen Vereinbarung politisch und rechtlich unhaltbare Kritik zu üben. Man wirft den bayerischen Vertragspartnern u. a. vor, sie hätten die Empfehlungen der „Konzertierten Aktion" im Gesundheitswesen mißachtet. Zum anderen hätten sie ein Prämiensystem geschaffen, das entsprechende Kostenminderungen nach dem Motto belohne „wer weniger krankschreibt und weniger Medikamente verordnet, verdient mehr". Das Gesetz verlangt, die Empfehlungen der „Konzertierten Aktion" angemessen zu berücksichtigen. Dabei kann den besonderen regionalen Verhältnissen durchaus Rechnung getragen werden. Genau diesen Erfordernissen wird das bayerische Vertragswerk voll gerecht. Es richtet sich auch keineswegs gegen die Krankenhausträger.

Lassen Sie uns also den für richtig erachteten bayerischen Weg unbeirrt weitergehen. Ich bin gewiß, daß uns andere folgen werden. Tendenzen der Bundesregierung, hier der Selbstverwaltung in der sozialen Krankenversicherung gesetzgeberische Handschellen zu verpassen und dabei auch die „Konzertierte Aktion" im Gesundheitswesen entsprechend umzufunktionieren, werde ich, werden sämtliche Beteiligten in Bayern gemeinsam, mit aller Kraft entgegentreten.

Über Selbstbeteiligung „sehr differenziert nachdenken"

Wenn von Kosten im Gesundheitswesen die Rede ist, so ist das Stichwort von der *Selbstbeteiligung des Sozialversicherten* an den Krankheitskosten nicht fern. Auch hier kann ich zu meiner großen Genugtuung feststellen, daß ich mit der Meinung von Präsident Professor Sewering ohne die geringste Einschränkung einiggehe. Ich brauche die Problematik deshalb vor Ihnen nicht weiter auszubreiten, da sie von Professor Sewering in der Juni-Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes" in einem trefflichen Kommentar erschöpfend behandelt wurde. Bei der Idee von der Selbstbeteiligung des Sozialversicherten an seinen Krankheitskosten handelt es sich um den typischen Fall eines Gedankens, der auf den ersten Blick bestechend wirkt, bei dem man aber auf den zweiten, geschärften Blick sieht, daß er – zu Ende gedacht und praktisch durchgeführt – keinen sachlichen Gewinn bringt. Lassen wir es also bei der übereinstimmenden Meinung von Ärztepräsident, gesetzlichen Krankenkassen und zuständigem Fachminister, daß wir darüber sehr differenziert werden nachdenken müssen.

Wenn wir auf das Jahr seit Bad Tölz Rückschau halten, darf die grundlegende, verdienstvolle Vereinbarung der beteiligten Selbstverwaltungsinstitutionen über den *Notarztdienst* – natürlich nicht zu verwechseln mit dem *Notfall*dienst – nicht fehlen. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, die Landesverbände der Krenkenkassen und die Hilfsorganisationen haben hier einen weiteren entscheidenden Schritt zum Ausbau unserer notärztlichen Versorgung getan. Der dazu abgeschlossene Rahmenvertrag zur Regelung des Einsatzes von Ärzten mit Notarztwagen trat bekanntlich am 1. Juli dieses Jahres in Kraft. Der umfassende Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung erstreckt sich auf die notärztliche Versorgung im Rahmen des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes. Demgemäß hat es die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns übernommen, die ärztliche Besetzung der Notarztwagen, die mit Blaulicht und Sirene zum Einsatzort fahren, zu gewährleisten. Sie wird dafür Kassenärzte und Krankenhausärzte gewinnen, die für diese besondere Form des ärztlichen Einsatzes bereit und geeignet sind. Das Bayerische Rote Kreuz oder andere Rettungsorganisationen stellen Fahrzeuge und Sanitätspersonal für die Einsätze zur Verfügung. Standorte der Notarztwagen werden von den Vertragspartnern vereinbart. Damit wird sich die Teilnahme der freipraktizierenden Ärzte en der notärztlichen Versorgung künftig verstärken. Das bedeutet aber keineswegs, daß auf den Einsatz derzeit im Notarztdienst mitwirkender Krankenhausärzte verzichtet werden könnte. Deren bewährte und für eine kontinuierliche Weiterführung eines geordneten Notarztdienstes unerläßliche Mitwirkung wird jetzt aufgrund kassenärztlicher Ermächtigung erfolgen.

Dank für den „Blaulicht-Doktor"

Auch an dieser Stelle gilt es Dank zu sagen, nämlich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und allen ihren Vertragspartnern für ihre äußerst anerkennenswerte Initiative. Ich bin der festen Zuversicht, daß in absehbarer Zeit auch in den Bereichen Bayerns, in denen bisher noch kein oder kein ausreichender Notarztdienst besteht, eine optimale notärztliche Versorgung sichergestellt sein wird. Kein Teil unseres Landes, bis hinein in den letzten Winkel, soll auf den „Blaulicht-Doktor" verzichten müssen. Dabei wird selbstverständlich die erforderliche Qualifikation der am Notarztdienst teilnehmenden Ärzte ein besonderes Anliegen sein, ein Gesichtspunkt, der in jüngster Zeit eine gewisse Diskussion ausgelöst hat. Es wird darum gehen, einen bestimmten Leistungsstandard festzulegen und dann auf möglichst breiter Basis die Aus-, Weiter- und Fortbildungsprogramme zu gestalten, die vor der Diensteinteilung absolviert werden müssen. Durch klare Vorstellungen und Richtlinien über den Leistungsstandard werden die Kessenärztliche Vereinigung Bayerns und die Bayerische Landesärztekammer, dessen bin ich gewiß, dafür sorgen, daß der im Einsatz stehende Notarzt seinen Aufgaben auch fachlich voll gewachsen ist. Das liegt schon im Interesse der Ärzte selbst, die ich auch an dieser Stelle um engagierte Mitwirkung bitte. Der grausame Terroranschlag auf dem Münchener Oktoberfest war erst jüngst ein Katastrophenfall, bei dem sich der Notarztdienst wieder einmal den Respekt unserer Bürger erwarb.

Ein herausragendes Ereignis im Berichtsjahr war nicht zuletzt das Scheitern der *Novelle der Bundesregierung zum Krankenhausfinanzierungsgesetz*. Wie Sie alle wissen und viele von Ihnen auch zu spüren bekamen, hat das Krankenhaus-

finanzierungsgesetz von 1972 – wie Hans Zacher es kürzlich formulierte – eine Neustrukturierung des Krankenhauswesens bewirkt. Das Gesetz, mit seinen zentralistischen und bürokratischen Zügen, hat sich in zahlreichen Punkten, darin waren sich fast alle einig, nicht bewährt. Es bedurfte einer grundlegenden Novellierung; freilich nicht irgendeiner Änderung, sondern einer Verbesserung. Indessen veranlaßten die Tendenzen des Bundesarbeitsministers den bayerischen Ministerpräsidenten schon 1978, in seiner Regierungserklärung festzustellen, daß der vom Bund vorgelegte Entwurf keine Verbesserung bringen werde, im Gegenteil. Diese Voraussage von Franz Josef Strauß hat sich voll und ganz bewahrheitet und schließlich zum Scheitern der Novelle geführt.

Weshalb Bayern die Novelle zum Krankenhausfinanzierungsgesetz ablehnte

Für die ablehnende Haltung Bayerns war mit ausschlaggebend, daß der das Krankenhausfinanzierungsgesetz tragende Grundsatz der Selbstkostendeckung bei sparsamer Wirtschaftsführung leistungsfähiger Kliniken einseitig zu Lasten der Krankenhäuser eingeschränkt worden wäre. Die von der Bundesregierung vorgesehene Limitierung der Selbstkostenerstattung hätte laufende Betriebsverluste der Krankenhäuser zur Folge gehabt, deren wirtschaftliche Substanz ausgehöhlt, die freigemeinnützigen und privaten Träger auf die Dauer in ihrer Existenz gefährdet und letztlich zu dem Zustand zurückgeführt, wie er vor Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes schon einmal bestanden hat.

Die Träger hätten ihre Krankenhäuser nur fortführen können, wenn sie – wie in der Zeit vor dem Krankenhausfinanzierungsgesetz – ihre Defizite durch Betriebskostenzuschüsse decken, was langfristig (allenfalls!) bei den in öffentlicher Trägerschaft stehenden Häusern möglich wäre. So konnte Bayern dem von der Mehrheit des Bundestages verabschiedeten Gesetzesentwurf im Bundesrat nicht zustimmen.

Grundsätzlich wäre es sachgerechter, daß die Länder, die ja die Krankenhausplanungshoheit besitzen, bei entsprechender Finanzausstattung im Zusammenhang mit der Entflechtung der Mischfinanzierungen die Gesetzgebungskompetenz für die Krankenhausförderung zurückerhielten. Die Trennung beider Kompetenzen, die in einem untrennbaren sachlichen Zusammenhang stehen, hat sich nicht bewährt, hat nur bürokratischen Wirrwarr mit sich gebracht.

Ich sprach von der Krankenhausplanungshoheit der Länder. Wie sieht es nun hier derzeit bei uns in Bayern aus? In den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern nach dem Stand 1. Januar 1980 sind insgesamt 402 staatlich geförderte Krankenhäuser, öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Träger gleichberechtigt aufgenommen. Selbst unter Einbeziehung der großen Nervenkrankenhäuser der sieben bayerischen Bezirke weisen von diesen 402 bayerischen Krankenanstalten nicht weniger als 77 Prozent die patientennahe Größenordnung von bis zu 250 Betten auf. Dazu drei Details: 16 Prozent haben eine Größenordnung bis zu 50 Betten, 24 Prozent eine solche von 51 bis 100 Betten und 37 Prozent eine Größenordnung von 101 bis 250 Betten. Wenn man noch die Tatsache dazunimmt, daß sich die 402 nach dem Krankenheusfinanzierungsgesetz von der öffentlichen Hand geförderten Krankenhäuser aller Trägergruppen auf nicht weniger als 268 Städte und Gemeinden des Freistaates verteilen, so kann man mit bestem Gewissen feststellen, daß die stationäre Versorgung unserer Bürger in Bayern flächendeckend sichergestellt ist.

Bürgernähe der bayerischen Krankenhausversorgung

Die besondere Patientenfreundlichkeit und Bürgernähe der bayerischen Krankenhausversorgung hat erst kürzlich eine vom Bundessozialministerium zum Stichtag 31. Dezember 1979 bundesweit durchgeführte Erhebung deutlich bestätigt. Danach liegt nämlich in Bayern der Anteil der Krankenhäuser bis zu 250 Betten an der Gesamtzahl der nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderten Kliniken um rund ein Viertel über dem Bundesdurchschnitt. Die zielstrebigen Bemühungen der Bayerischen Staatsregierung und unserer Krankenhausträger um ein engmaschiges Netz von Krankenhäusern haben auch darin ihren sichtbaren Niederschlag gefunden, daß in Bayern in den letzten 30 Jahren wesentlich mehr Krankenhäuser der Größenordnung unter 250 Betten in Betrieb gegangen sind als in den anderen Ländern. Bayern liegt hier um nahezu 40 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Mir liegt sehr deran, all dies heute und hier wieder einmal deutlich zu machen, weil gerade in diesem Fragenkreis nur zu oft Halbwahrheiten verbreitet werden. Und die halbe Wahrheit ist – einem alten jüdischen Sprichwort zufolge – die gefährlichste Art der Lüge.

Auch die stationäre Versorgung durch patientennahe und ortsverbundene *Belegärzte* wird bei uns in Bayern in weit höherem Maße als in anderen Bundesländern gefördert. Von den 5460 in der Bundesrepublik tätigen Belegärzte arbeiten nicht weniger als 1512, das sind rund 28 Prozent, im Freistaat Bayern, der hinsichtlich der Wohnbevölkerung einen Anteil von 18 Prozent der Bundesrepublik hat.

Gleichwohl bin ich ständig bestrebt, den Stellenwert der Belegärzte in Bayern noch weiter zu verbessern. So kann ich zu meiner Freude feststellen, daß nach der fünften Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplanes Bayern zum 1. Januar 1980 von den insgesamt 372 *voll* geförderten Krankenhäusern 179 Anstaltshäuser (auch) Belegabteilungen betreiben und daneben nicht weniger als 101 Kliniken als *reine* Belegkliniken geführt werden. Erst Ende vergangenen Monats haben die Partner der bayerischen kassenärztlichen Gesamtverträge beschlossen, daß eine deutliche Anhebung der Visitgebühren und andere begleitende Vergütungsregelungen die Belegarzttätigkeit noch attraktiver machen sollen. Bayern war, ist und bleibt damit das belegarztfreundlichste Land der Bundesrepublik und leistet gerade auf diesem Gebiet einen entscheidenden gesundheitspolitischen Beitrag zur Erhaltung und weiteren Stärkung des freien Berufes schlechthin.

Zur *laufenden Krankenhausbedarfsplanung* – von Natur aus eine Daueraufgabe – ist zu sagen, daß ich sie in ständigem freimütigen Dialog mit allen wesentlich Beteiligten im Lande und mit Augenmaß und Praxisnähe zu betreiben trachte. Was den Abbau von großzügig bemessenen Krankenhauskapazitä-

ten anbelangt, so kennen viele von Ihnen die Mahnung von Ministerpräsident Franz Josef Strauß zu behutsamem Umgang mit dem sogenannten Bettenberg, die er vor dem Deutschen Ärztetag in Nürnberg im vergangenen Jahr zum Ausdruck gebracht hat. Auch sehe ich mich z. B. der Äußerung eines so namhaften Fachjuristen wie Hans Zacher gegenüber, der kürzlich unter Bezugnahme auf das Krankenhausfinanzierungsgesetz formulierte: „Heute ist ein Recht auf Heilbehandlung auch und gerade im Krankenhaus eine immanente Norm des gesamten Gemeinwesens zugunsten aller – Versicherter wie Nichtversicherter."

Aus der erwähnten fünften Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplanes des Freistaates Bayern ist noch zu erwähnen, daß die Zahl der geförderten Betten in Bayern von 84 559 auf 84 095 gesenkt wurde. Ferner konnten wir u. a. in zwölf Fällen zusätzliche Fachrichtungen als bedarfsnotwendig anerkennen und schließlich fünf Planungsvermerke streichen.

Psychiatrie, vor allem: ein klärendes Wort zu den sozial-psychiatrischen Diensten

Ein besonders Anliegen ist mir die weitere Verbesserung der *psychiatrischen Versorgung* in Bayern. Es geht hier vor allem um die Entflechtung und fachliche Gliederung der psychiatrischen Krankenhäuser in Richtung auf kleinere Einheiten, um die Sanierung der Pflegebereiche, um die Errichtung krankenhausentlastender Einrichtungen, vor allem Tag- und Nachtkliniken und um die Schaffung von Übergangseinrichtungen und Wohnplätzen mit Betreuungsdiensten zur Wiedereingliederung psychisch Kranker bzw. Behinderter.

Was die stationäre Seite der Psychiatrie anbelangt, so wird sich der gesetzliche bayerische Krankenhausplanungsausschuß im kommenden Jahr verstärkt diesen Fragen zuwenden. Er setzte erst kürzlich zur Vorbereitung seiner Meinungsbildung auf diesem ebenso bedeutsamen wie schwierigen Gebiet einen Unterausschuß ein. Dieser hat bereits für eine Fülle anstehender Entscheidungen pragmatische Lösungen erarbeitet. Es wird darüber beraten werden, ob eine strikte Trennung des Akut- und Pflegebereichs in den Nervenkrankenhäusern in absehbarer Zeit in die Praxis umgesetzt werden kann, wo und in welchem Umfang konkret eine Reduzierung der großen Nervenkrankenhäuser auf überschaubare Größenordnungen möglich ist, und wie sich die Bedarfsfrage im Bereich der stationären Psychiatrie präziser in den Griff bekommen läßt. Selbstverständlich ist die Landesärztekammer durch ein führendes Mitglied in diesem Unterausschuß vertreten. Ich bin zuversichtlich, daß gerade von der Ärzteschaft klare Aussagen zur Verbesserung der stationären Versorgung in die Beratungen eingebracht werden.

Nicht versäumen möchte ich in diesem Zusammenhang, ein klärendes Wort zu den sozial-psychiatrischen Diensten zu sagen. Dem von uns hochgehaltenen Subsidiaritätsprinzip entsprechend werden sie von den Wohlfahrtsverbänden getragen werden, die dazu besonders geeignet und auch bereit sind. Es ist für mich gar keine Frage, daß ärztliche Leistungen wie Diagnostik und Therapie nicht von *diesen* sozial-psychiatrischen Diensten geleistet werden. Diese Aufgaben verbleiben natürlich wie bisher bei den niedergelassenen Ärzten, also hauptsächlich den Nervenärzten, die nach wie vor die Hauptsäule der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Bayern bleiben werden.

Wie sehr mir bei der *Förderung von Krankenhausbaumaßnahmen* der Gesichtspunkt der Bürgernähe wichtig ist und wie sehr mir die Verbesserung der stationären psychiatrischen Versorgung in Bayern am Herzen liegt, zeigt sich an den Jahreskrankenhausprogrammen 1979 und 1980. Von den darin neu aufgenommenen 17 Baumaßnahmen gehören 14 den besonders patientennahen Versorgungsstufen E und I sowie dem Bereich der Nervenkrankenhäuser an, während lediglich zwei auf Großstädte entfallen. Damit wird das erklärte Ziel der bayerischen Krankenhauspolitik, im ländlichen Raum die Leistungsfähigkeit und Attraktivität der Krankenhäuser zu erhöhen, sowie das Versorgungsnetz dieser besonders ortsverbundenen Krankenhäuser zu festigen, sichtbar dokumentiert.

Die qualitative Verbesserung der stationären Versorgung in Bayern kommt schon dadurch zum Ausdruck, daß dafür von 1972 bis 1979 ein Betrag von über 4 Milliarden DM zur Verfügung gestellt wurde. Nun hat Bayern eine ausnehmend traditionsreiche Krankenhauslandschaft. Deshalb ist im Freistaat der Gesamtbestand an geförderten Krankenhäusern aus den Jahren vor 1951 deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Daraus folgt die der bayerischen Krankenhauspolitik stärker als in den anderen Bundesländern gestellte Aufgabe, einen historischen Altbestand zu sanieren und an die gewaltigen Fortschritte in Krankenhausbau und Medizintechnik anzupassen. Gerade die Ausgabenentwicklung im Jahre 1979 auf diesem Gebiet bestätigt, daß die im Bereich der Krankenhausfinanzierung in den letzten Jahren als Folge einer unvorhersehbaren allgemeinen Änderung der Bedarfssituation bundesweit entstandenen vorübergehenden Überhänge an staatlichen Fördermitteln lediglich dringend benötigte Rücklagen für den Finanzbedarf auf dem Gebiet des Krankenhausbaues in den kommenden Jahren darstellen. Es wird enormer Anstrengungen des Freistaates und der Kommunen bedürfen, um unsere Krankenhäuser aller Versorgungsstufen auf jenen Stand zu bringen, der nicht zuletzt von den Ärzten, seien es Anstalts- oder Belegärzte, gefordert wird.

Auch in der Medizin gilt: Nicht alles Machbare ist auch finanzierbar

„Es ergibt sich also die auf den ersten Blick paradox anmutende Feststellung, daß es um so mehr Kranke geben wird, je besser Medizin und ärztliche Versorgung sind. Die *Zunahme von Behandlungsbedürftigen* beweist also keineswegs die Ineffizienz der Medizin und speziell des deutschen Systems der ärztlichen Versorgung, sondern eher das Gegenteil." Dieser Satz stammt nicht von mir, sondern vom amtierenden Präsidenten der Bundesärztekammer. Auch wenn wir alle mitsammen aufgerufen sind, nüchtern zu prüfen, wieviel an Gesundheitsleistungen finanzierbar ist, auch wenn wir uns zu der Erkenntnis durchringen müssen, daß selbst in der Medizin nicht alles Machbare auch bezahlbar ist: Es wäre eine Illusion und – wie ich glaube – unredlich, fordern oder prophezeihen zu wollen, daß die Ausgaben für unser Gesundheitswesen *sinken* werden.

Es geht also darum, den *Stellenwert des Gesundheitswesens* nicht nur rein politisch, sondern auch ganz konkret finanziell auf dem gegenwärtigen hohen Niveau zu halten und, wenn möglich, noch zu steigern. Mit dieser Haltung handle ich nicht etwa nur im Interesse der Ärzte, sondern im Sinne eines – fast möchte ich sagen täglich von den verschiedensten Seiten an mich herangetragenen – Wunsches unserer Bürger, um deren Wohl und Wehe es ja geht. Politisch gesehen hängt der Erfolg unserer ärztlichen Versorgung von dem Grad ihrer Freiheitlichkeit ab. Dieses in Bayern selbstverständliche Bekenntnis ist essentieller Bestandteil jeder Rede des Vertreters der Bayerischen Staatsregierung auf dem Bayerischen Ärztetag, seit es diesen gibt. So sei es auch heute mit allem Nachdruck bekräftigt und als einer der wesentlichen Programmsätze der Bayerischen Staatsregierung für die zweite Hälfte der laufenden Legislaturperiode unterstrichen. Echtes Arzttum ohne Freiheit ist undenkbar. Dabei sollten wir immer bedenken, daß der Arzt seinerseits in besonderem Maße ein steter Wahrer der Freiheit des Menschen ist, indem sein Schaffen dem Ziel gilt, dessen krankhaft beeinträchtigten Freiheitsgrad soweit wie möglich wiederherzustellen.

Bleibt mir nur noch – und zwar nicht als Pflichtübung, sondern aus innerster Überzeugung – den *Dank und die Anerkennung der Bayerischen Staatsregierung* und der bayerischen Bürger an die rund 24 000 berufstätigen Ärzte in unserem Lande auszusprechen. Ich schließe hier jene Ärzte ein, die bereits ihren wohlverdienten Ruhestand genießen sowie hier und heute vor allem jene Mediziner, die in der Bayerischen Landesärztekammer und jeder anderen Art ärztlicher Selbstverwaltung in unserem Lande ihre verdienstvollen und selbstlosen Funktionen zum Wohle ihrer Kollegen und der Patienten ausüben.

Ihren morgigen Beratungen wünsche ich einen ungetrübten und ersprießlichen Verlauf und für Ihren Aufenthalt in der bekanntesten mittelalterlich erhaltenen deutschen Stadt nicht nur eine tätige Erinnerung an den Meistertrunk des Bürgermeisters Rusch, sondern auch eine Begegnung mit der reichen Kultur und Historie Rothenburgs.

Aktuelle Aspekte der Gesundheitspolitik

Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, MdS, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, zur Eröffnung des 33. Bayerischen Ärztetages in Rothenburg ob der Tauber

Professor Dr. Sewering

Ich habe bereits ein schlechtes Gewissen, Sie noch länger aufzuhalten, denn ich befürchte, daß ihnen die Kälte schon unter die warme Unterwäsche kriecht. Aber gestatten Sie mir wenigstens ein paar Worte. Ich werde versuchen, mich recht kurz zu fassen. Ich möchte in erster Linie Ihnen, Herr Oberbürgermeister, für Ihr Grußwort danken. Wir wünschen Ihnen für die Zukunft Ihrer Stadt alles erdenklich Gute. Möge sie immer ein solcher Anziehungspunkt für die Menschen aus aller Welt bleiben. Sie haben den Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt" erwähnt, diese vorzügliche Darstellung der Beiträge Ihrer Stadt zur Medizingeschichte. Der Herr Staatsminister hat soeben den Meistertrunk erwähnt, den einer Ihrer Amtsvorgänger zur Rettung dieser Stadt zustande brachte. Aber vielleicht wäre hier aus diesem Meistertrunk noch etwas anderes abzuleiten, was der Stadt zugute käme. Im Grunde genommen hat Ihr Amtsvorgänger damals bewiesen, daß Weintrinken mit Alkoholismus überhaupt nichts zu tun hat. Das erscheint mir eine wichtige Feststellung und wir sind alle recht dankbar dafür.

Meine Damen und Herren, ein herzliches Dankeswort meinem Kollegen Vilmar für seine Darstellung dessen, was diese Legislaturperiode uns bescheren, was auf uns zukommen wird. Ich teile die Sorgen in jeder Hinsicht, aber ich hoffe, daß wir sie bewältigen. Ich hoffe vor allem, daß bei der bevorstehenden Reform der Rentenversicherung niemand die Altersversorgung der Berufsgruppen antastet, die noch selbstverantwortlich für sich sorgen, nämlich die berufsständischen Versorgungseinrichtungen.

Ihnen, Herr Staatsminister, darf ich danken für die umfangreichen Ausführungen. Wir werden sie in vollem Umfange im „Bayerischen Ärzteblatt" abdrucken (s. Seite 1034 ff.). Ich glaube, das ist notwendig und wichtig, auch als Aussage für die bayerische Gesundheitspolitik, gerade jetzt, am Beginn einer neuen Legislaturperiode; denn die Bundesgesetzgebung hat nun einfach einen riesigen Einfluß auf die ärztliche Tätigkeit, sei es im Bereich der kassenärztlichen Tätigkeit oder auch im Krankenhauswesen. Ich hoffe, daß sich der Bundesrat als nützliches Regulativ unserer Staatsordnung bewähren wird und hoffentlich kein Ministerpräsident dann aus Rücksicht auf häusliche Koalitionen dann doch wieder mit der anderen Seite stimmt.

Meine Damen und Herren, nur einige wenige Fakten. Die Zahl der berufstätigen Ärzte in Bayern beträgt heute rund 24 000 und die Arztdichte, die 1975 – also vor nur fünf Jahren – noch ein Arzt auf 510 Einwohner betrug, liegt heute bereits bei 454 Einwohnern. Natürlich wissen wir – und der Herr Minister hat es ausgeführt –, daß wir noch keine gleichmäßige Verteilung der Ärzte in unserem Lande erreicht haben. Wir haben Ballungsgebiete und wir haben Verdünnungszonen. Aber wir müssen, glaube ich, immer wieder betonen, daß wir auch keine Möglichkeiten haben, hier steuernd einzugreifen, denn die freie Wahl des Arbeitsplatzes ist auch für Ärzte gewährleistet, und das Bundesverfassungsgericht hat ja vor 20 Jahren be-

(Fortsetzung auf Seite 1096)

Zur Frühdiagnose maligner Tumoren: Paraneoplastischen Syndrome — Tumorteste

von K. Possinger, R. Hartenstein und H. Ehrhart

Aus der Medizinischen Klinik III der Universität München — Klinikum Großhadern — (Direktor: Professor Dr. med. W. *Wilmanns)* und der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung Neuherberg (Abteilungsvorstand: Professor Dr. med. W. *Wilmanns)*

Der ärztliche Aufgabenbereich wurde in den letzten Jahren durch zahlreicher werdende Probleme der Krebsvorsorgemedizin und Frühdiagnostik erweitert. Frühzeitige Erkennung von Tumorkrankheiten und entsprechend früh einsetzende Behandlung durch chirurgische Methoden, Strahlen- oder internistische Therapie bestimmen im entscheidenden Maße das weitere Schicksal der Kranken.

Als frühe Zeichen beginnender maligner Erkrankungen sind die paraneoplastischen Syndrome wenig bekannt und werden deshalb wenig beachtet. Ihre Symptome können als *neurologische, dermatologische, hämatologische* und *endokrinologische* Krankheitsbilder imponieren, ohne durch lokale oder metastatische Tumorinfiltration bedingt zu sein.

Als weitere Möglichkeiten zur Frühdiagnose maligner Tumoren bieten sich serologische Tumorteste an. Inwieweit sie für die onkologische Frühdiagnose nützlich sind, soll in einem weiteren Kapitel erörtert werden.

Paraneoplastische Syndrome

Die richtige Einordnung paraneoplastischer Symptome ist aus zwei Gründen notwendig:

— Paraneoplastische Veränderungen können der Manifestation maligner Tumoren um Monate oder Jahre vorausgehen.

— Rückbildungen paraneoplastischer Veränderungen sind Zeichen einer effektiven Tumortherapie, ihr erneutes Auftreten Hinweis auf ein Malignomrezidiv.

Neurologische paraneoplastische Syndrome

Die neurologischen paraneoplastischen Syndrome können sich als Enzephalopathie, Myelopathie, Neuropathie oder Myopathie manifestieren (Tab. 1). Ihre Häufigkeit insgesamt wird von Croft (1965) bei Karzinompatienten mit 6,6 Prozent angegeben. Ganz überwiegend sind Patienten mit Lungen- oder Ovarialkarzinomen betroffen (Tab. 2).

Nur in zwei Prozent finden sich entsprechende Veränderungen bei Patienten mit malignen Systemerkrankungen (Currie, 1970). Im folgenden sei auf die wichtigsten Formen neurologischer Paraneoplasien eingegangen.

Paraneoplastische Enzephalopathien

Progressive multifokale Leukoenzephalopathie

Die multifokale Leukoenzephalopathie tritt überwiegend bei malignen lymphoretikulären Systemerkrankungen auf. Nach einer Übersichtsarbeit von Richardson (1965) geht sie mit einer Tumorinzidenz von 70 Prozent einher. Erstmals wurde sie 1958 von Astroem im Zusammenhang mit einer chronisch lymphatischen Leukämie und einem Morbus Hodgkin beschrieben. Die Symptomatik kann stark variieren. Sie umfaßt neben zunehmenden Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur Verwirrtheits- und Demenzzustände. Zusätzlich finden sich Seh- und Sprachstörungen sowie Zeichen der Pyramidenbahnschädigung (Hemi- und Tetraparesen). Kopfschmerzen und Krampfanfälle sind selten. Der Liquor ist in der Regel unauffällig. Im EEG finden sich stets schwere Allgemeinveränderungen oder fokale Störungen (Richardson, 1961). Pathologisch-anatomisch ist die Erkrankung durch herdförmige disseminierte Entmarkungsprozesse im Großhirn, Stammhirn und Kleinhirn gekennzeichnet. Elektronenmikroskopische Untersuchungen von Oligodendrozyten zeigen intranukleäre Einschlußkörperchen, die am ehesten Papovaviren entsprechen. Umstritten ist die Frage, ob das klinische Krankheitsbild der multifokalen Leukoenzephalopathie durch eine Neuinfektion oder die Aktivierung einer bisher latent gebliebenen Infektion hervorgerufen wird (Zurhein, 1969). Die Prognose der Erkrankung ist infaust. Sie endet in der Regel nach drei bis sechs Monaten tödlich. Eine medikamentöse Beeinflussung ist nicht möglich.

Zerebelläre Degeneration

Die zerebelläre Degeneration ist histologisch durch eine Destruktion der Purkinje-Zellen und der spinozerebellären Strukturen charakterisiert. Sie tritt gehäuft bei Bronchial- und Ovarialkarzinomen auf (Brain, 1965). Klinisch finden sich über Wochen und Monaten langsam zunehmende Schwindelzustände, Sprachstörungen und Insbesondere *symmetrische* Ataxien von Armen und Beinen. Ein Nystagmus tritt sehr selten auf. In fast allen Fällen lassen sich Verwirrtheitszustände und Intelligenzdefekte nachweisen. Gelegentlich findet sich sogenannter Opsoklonus; er ist durch rasche, chaotische unkontrollierbare Bulbusbewegungen charakterisiert. Paone (1980) berichtete kürzlich über einen interessanten Krankheitsverlauf: Ein 67jähriger Patient mußte mit zunehmender symmetrischer Ataxie, rasch progredienter Dysarthrie, anhaltender Übelkeit und Erbrechen stationär aufgenommen werden. Die Computertomographie des Gehirns wies

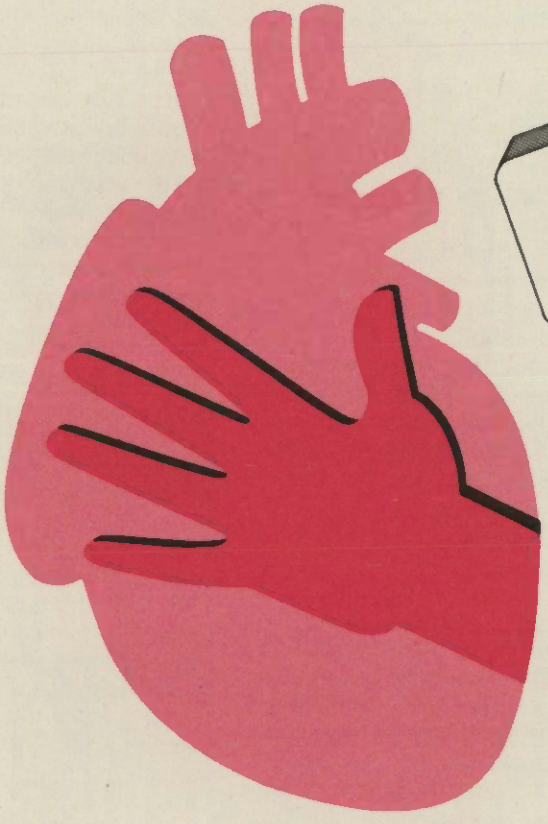
Neurologische paraneoplastische Syndrome

Paraneoplastische Enzephalopathie
a) progressive multifokale Leukoenzephalopathie
b) zerebelläre Enzephalopathie
Paraneoplastische Myelopathie
a) subakute Systemdegeneration
b) akute nekrotisierende Verlaufsform
Paraneoplastische Neuropathie
a) sensorische Neuropathie
b) sensomotorische Neuropathie
Paraneoplastische Myopathie
a) Lambert-Eaton-Syndrom (paraneoplastische Myasthenie)
b) Dermatomyositis und neuromuskuläre Störungen

Tabelle 1

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack® Retard



Nitro Mack® Retard forte

Seda Nitro Mack® Retard

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

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:** Langzeittherapie 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.

Wechselwirkungen: Durch Seda Nitro Mack Retard kann die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka verstärkt werden. Cumarin-Derivate, Griseofulvin und orale Kontrazeptiva erleiden einen beschleunigten Wirkungsverlust. Während einer Antikoagulantien-Therapie erfordern Barbituratgaben daher eine genaue Kontrolle der Blutgerinnungswerte. **Hinweis:** Seda Nitro Mack Retard 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. **Dosierung:** Im allgemeinen 2–3 Kapseln täglich. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,15; O.P. mit 100 Kapseln DM 31,15; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 27,30; O.P. mit 100 Kapseln DM 47,35; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Seda Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,95; A.P. mit 5 x 50 Kapseln.

(Stand Febr. 1980)

Häufigkeit neurologischer pereneoplastischer Syndrome bei verschiedenen Karzinomlokalisationen

Kerzinomiokelisetion	Patientenzehl	Paraneoplestische Syndrome %
Ovar	55	16,4
Lunge	316	14,2
Magen	178	9
Prostata	31	6,4
Brust	250	4,4
Kolon	160	3,8
Cervix uteri	144	2,1
Uterus	76	1,3
Rektum	207	0,5
Andere Lokalisationen	48	4,2

Tabelle 2
nach Croft, 1965

außer einer geringen zerebralen und zerebellären Atrophie keinen pathologischen Befund auf. Der Liquor war unauffällig. Die Röntgenuntersuchungen des Thorax ergaben im rechten Lungenoberfeld einen weichteildichten Tumor. Nach der operativen Entfernung dieses Herdes (es handelte sich um ein kleinzelliges Bronchialkarzinom) schwanden Übelkeit, Erbrechen, Ataxie, Sprach- und Sehstörungen innerhalb von wenigen Tagen. Elf Monate später waren keine „Kleinhirnzeichen" mehr nachweisbar, und der zuvor bettlägrige Patient war wieder fähig, ohne fremde Hilfe sein Leben zu führen. Dieser Krankheitsverlauf zeigt einerseits, daß paraneoplastische Veränderungen den Gesundheitszustand der Patienten wesentlich mehr einschränken können, els es der zugrunde liegende Tumor vermag, und daß andererseits eine gezielte Tumortherapie eine deutliche Besserung der klinischen paraneoplastischen Symptomatik bewirken kann.

Paraneoplastische Myelopathie

Paraneoplastisch bedingte degenerative Veränderungen des Rückenmarks können in eine subakute Systemdegeneration und in eine akute nekrotisierende Verlaufsform unterteilt werden. Die subakute Systemdegeneration beruht auf Läsionen im Bereich der Hinterstränge, der spinozerebellären und kortikospinalen Bahnen. Klinisch finden sich Störungen der Tiefensensibilität und der Koordination, Muskelschwäche, asymmetrisches Reflexverhalten und Auftreten positiver Pyramidenbahnzeichen. Die subakute Systemdegeneration ist meist mit Karzinomen der Lunge, des Ovars oder der Mamma vergesellschaftet. Die akute nekrotisierende Verlaufsform ist klinisch durch aszendierende schlaffe Paresen der Beine mit Areflexie und Ausfallen der Oberflächen- und Tiefensensibilität gekennzeichnet. Diese Form tritt am häufigsten beim Bronchialkarzinom euf (Jerusalem, 1972).

Auftreten neurologischer paraneoplestischer Syndrome vor klinischer Karzinommenifestierung

	Petientenzehl gesamt	Auftreten der Neuropathie v o r Kerzinominzidenz	
		Petientenzehl n	Zeit Monete
Subekute Neuropathie	19	10	2–59
Rezidivierende Neuropathie	13	4	24–94

Tabelle 3
nach Croft, 1965

Paraneoplastische Neuropathie

Die sensorische und sensomotorische Neuropathie ist die häufigste neurologische Paraneoplasie. Sie kann einer Bronchial-, Magen- oder Brustkarzinom-Tumormanifestation um Jahre vorausgehen (Tab. 3). Klinisch ist die sensorische Neuropathie durch Parästhesien, Schmerzen und Störungen der Tiefensensibilität, insbesondere an den Beinen, gekennzeichnet. Die sensomotorische Polyneuropathie geht überdies mit zunehmender Schwäche und Atrophie der Beinmuskulatur, Ataxie und symmetrischer Verminderung der Sehnenreflexe einher. Die Genese der paraneoplastischen Neuropathien ist unklar. Interessanterweise konnte Wilkinson (1965) bei vier Patienten mit sensibler Neuropathie gegen Hirngewebe und Spinalganglien gerichtete Antikörper nachweisen. Es wird deshalb die Möglichkeit diskutiert, daß die paraneoplastischen Veränderungen in diesen Fällen durch eine tumorinduzierte Autoaggressionskrankheit hervorgerufen werden.

Paraneoplastische Myopathien

Lambert-Eaton-Syndrom (Paraneoplastische Myasthenie)

Das Lambert-Eaton-Syndrom geht wie die Myasthenia gravis mit einer Schwäche und vorzeitigen Ermüdbarkeit der Muskulatur einher. Die Patienten klagen hauptsächlich über Muskelschwäche im Bereich des Beckengürtels, der Oberschenkel, zunehmende Mundtrockenheit, Potenzverlust und periphere Parästhesien. Eine typische okuläre oder bulbäre Muskelschwäche, wie sie bei der Myasthenia gravis auftritt, fehlt. Typisch für das Lambert-Eaton-Syndrom ist das Verhalten der Muskulatur bei Dauerkontraktion: während es bei der paraneoplastischen Myasthenie zu einer progredienten Kraft*zunahme* kommt, tritt bei Myasthenia gravis eine rasche Kraft*abnehme* auf (Lambert, 1965; Ricken, 1977; Reichenmiller, 1974). Unterschiedlich ist auch das Verhalten gegenüber Medikamenten: der therapeutische Effekt von Neostigmin ist beim Lambert-Eaton-Syndrom im deutlichen Gegensatz zur Myasthenia gravis nur gering. Tubocurarin und Decamethonium können selbst in kleinsten Dosen schwere Narkosezwischenfälle mit irreversibler Atemlähmung bedingen. Eine gute Be-

einflussung der paraneoplastischen Myasthenie gelingt mit Guanidin (Otsuka, 1960). Während die Myasthenia gravis auf einer immunologisch bedingten postsynaptischen Schädigung beruht, wird das Lambert-Eaton-Syndrom durch eine präsynaptische, wahrscheinlich toxisch bedingte Läsion hervorgerufen (Rikken, 1978). Nach Adams (1977) kann das Lambert-Eaton-Syndrom dem Manifestwerden eines Tumors um zwei Jahre vorhergehen. Die Tumorinzidenz liegt bei ca. 70 Prozent. Am häufigsten finden sich kleinzellige Bronchialkarzinome.

Dermatomyositis und Myopathie

Das Auftreten einer Dermatomyositis im Erwachsenenalter ist in 10 bis 50 Prozent der Fälle mit einem Malignom vergesellschaftet. Am häufigsten liegen Primärtumoren in Brust, Magen, Lunge, Uterus und Ovar zugrunde. Die Hautveränderungen zeigen in der Regel einen schleichenden Beginn, können aber auch akut einsetzen und einen raschen Verlauf nehmen. Insbesondere im Gesicht- und Halsbereich, aber auch an den Streckseiten von Armen und Beinen finden sich diffuse Erytheme mit oder ohne begleitendes Ödem. Typisch sind bläulich-rote periorbitale Ödeme, Teleangiektasien und kleine Hämorrhagien im Bereich der Augenlider und Nagelwälle. Charakteristisch ist auch eine ausgesprochene Druckempfindlichkeit und Schwäche in den betroffenen Haut- und Muskelarealen.

Die paraneoplastische Myopathie geht mit Muskelschwäche und Schmerzen, insbesondere im Bereich der Schultergürtel und der proximalen Extremitätenmuskulatur einher. Nach einer Untersuchung von Shy und Sliverstein (1965) sind symmetrische proximale Muskelschwäche bei Männern über 50 Jahren in nahezu 60 Prozent mit einem malignen Tumor vergesellschaftet. Die Schilderung enstprechender neuaufgetretener Symptome erfordert daher zwingend eine intensive Tumorsuche und eine engmaschige ärztliche Überwachung des Patienten.

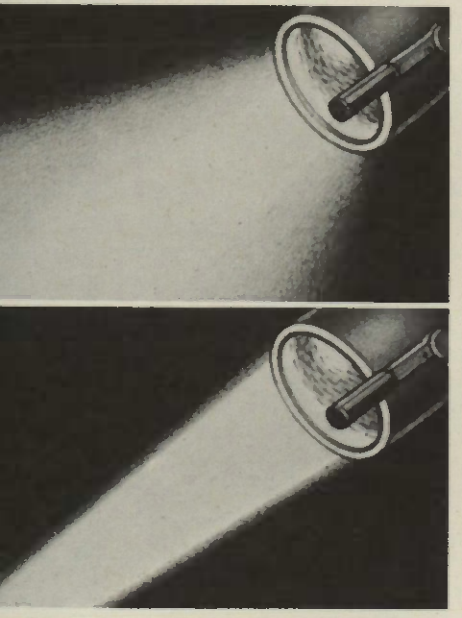
Darmatologische paraneoplastische Syndroma

Acanthosis nigricans maligna
Akrokeratose Bazex
Hypertrichosis lanuginosa et terminalis aquisita
Erythema gyratum repens

Tabelle 4

Wie alle neurologischen Syndrome so besitzen auch die dermatologischen paraneoplastischen Syndrome sowohl Signalfunktion für das Vorliegen eines bösartigen Tumors als auch Indikatorfunktion bezüglich des Tumorwachstums. Die wichtigsten paraneoplastischen Veränderungen der Haut umfassen die Acanthosis nigricans maligna, die Akrokeratose, die Hypertrichosis lanuginosa et terminalis aquisita und das Erythema gyratum repens (Tab. 4).

Das perfekte Licht der UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte erleichtert richtige Diagnosen



Nutzen Sie die umfassende Leuchten-Erfahrung von ORIGINAL HANAU für Ihre tägliche Praxis. Die UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte formt Licht so, wie Ärzte es brauchen: Hell und kühl, ähnlich dem Tageslicht, damit Sie sicher diagnostizieren können.

Leuchtfeld wahlweise breit, weich und schattenarm oder sehr hell auf den Fokus konzentriert.

Die UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte folgt der Hand widerstandslos und bleibt in der gewählten Position stehen, so daß sie für Diagnose oder Eingriff ideale Ausleuchtung bietet.

Wählen Sie das Modell, welches zu Ihrer Praxis paßt: Die Deckenleuchte mit 174 cm Aktionsradius, die platzsparende Wandarm-Ausführung oder das höhenverstellbare Stativgerät.

Die UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte nach dem System HANAU LUX® -

hilft Ihnen, Diagnosefehler durch irreführendes Licht zu vermeiden.
Fordern Sie den Prospekt mit weiteren Informationen gleich telefonisch oder schriftlich an.

ORIGINAL HANAU Heraeus

ORIGINAL HANAU Heraeus GmbH
Höhensonne-Straße · D-6450 Hanau
Telefon (06181) 363-1

Dermetologische pareneoplestische Syndrome

Acanthosis nigricans maligna

Das Krankheitsbild der Acanthosis nigricans maligna wurde 1890 unabhängig voneinander von Janovsky und Pollitzer beschrieben. Die dermatologische Erscheinungsform ist charakterisiert durch Hyperpigmentierung, Hyperkeratose und Papillarhypertrophie. Betroffen sind insbesondere Hautareale im Bereich der Achseln, des Nackens, des Nabels und der Genitalien. Generalisierte Formen können auftreten (Mikhail, 1979). Wichtig ist die bereits 1948 von Curth angegebene Unterscheidung in gutartige und bösartige Verlaufsformen. Hinweise hierfür liefern Anamnese und körperliche Untersuchung: akanthotische Hautveränderungen, die schon seit der Geburt bestehen oder in der Folgezeit bis zur Pubertät entstanden sind, sind in der Regel unverdächtig; ebensowenig weisen die Acanthosis nigricans bei Cushing-Syndrom, Akromegalie, Stein-Leventhal-Syndrom oder in intertriginösen Hautabschnitten bei adipösen Patienten auf das Vorliegen eines bösartigen Tumors hin. Tritt allerdings die Acanthosis nigricans während des Erwachsenenalters auf, so ist sie in nahezu 100 Prozent aller Fälle mit einem malignen Tumor vergesellschaftet. Insbesondere finden sich intraabdominelle Tumoren. Adenokarzinome des Magens stehen hierbei mit 64 Prozent deutlich an der Spitze (Mikhail, 1979). Der Verlauf der Acanthosis nigricans maligna geht in zwei Drittel der Fälle parallel zum Wachstum des Neoplasmas. Da mehrjährige Intervalle zwischen dem Auftreten der Hautläsionen und dem Nachweis des zugrunde liegenden Malignoms bestehen können, ist eine engmaschige Überwachung bei fehlendem Tumornachweis dringend notwendig.

Akrokeratose Bazex

Bazex beschrieb 1965 erstmals eine paraneoplastisch bedingte Akrokeratose bei einem Petienten mit Karzinom des Sinus piriformis. Diese psoriasiforme Dermatose tritt überwiegend symmetrisch auf und manifestiert sich vornehmlich em Nasenrücken, den Ohrmuscheln und den Fingerspitzen. Typisch ist ein stadienhafter Ablauf mit zentropetelem Fortschreiten der Erkrankung. Eine Abgrenzung gegenüber der Psoriasis ist aufgrund der unscharfen Begrenzung der erythematosquamösen und keratotisch veränderten Hautbezirke möglich. Bei allen über 50 beschriebenen Akrokeratosen finden sich folgende Charakteristika: sie tritt nur bei Männern auf und ist immer vergesellscheftet mit Karzinomen der oberen Luft- und Verdauungswege oder mit Karzinommetastasen im Bereich der zervikelen oder mediastinalen Lymphknoten. Die Genese dieser Hautveränderungen ist unklar. Bazex diskutiert allergische oder toxische Hautreaktionen auf Substanzen, die von den einzelnen Tumoren abgegeben werden (1979).

Hypertrichosis lanuginosa et terminalis aquisita

Die Hypertrichosis lanuginosa et terminalis aquisita ist eine sehr seltene, klinisch doch um so beeindruckendere paraneoplastische Erkrankung (Ricken, 1979). Innerhalb kürzester Zeit können insbesondere im Gesicht, an den Ohren, an Rücken und Beinen seidige, flaumähnliche Lanugohaare auftreten, die im Extremfall dem Patienten ein affenähnliches Aussehen verleihen. Im Gegensatz zu den bisher beschriebenen paraneoplastischen Veränderungen ist die aquirierte Hypertrichosis lanuginosa kein Frühsymptom eines Malignoms; sie tritt vielmehr relativ spät auf und ist prognostisch als extrem ungünstig zu werten. Differentialdiagnostisch müssen Insbesondere nicht-lanuginöse Hypertrichosen, die z. B. bei der Porphyrie cutanea tarda oder als Nebenwirkungen verschiedener Medikamente (Corticosteroide, Diphenylhydantoin, Diazoxid) auftreten können, abgegrenzt werden. Überdies muß enamnestisch die während der Schwangerschaft in seltenen Fällen auftretende Hypertrichosis lanuginosa gravidarum und die angeborene Hypertrichosis lanuginosa sive fetalis ausgeschlossen werden.

Erythema gyratum repens

Charakteristisch für das Erythema gyratum repens sind bandförmige, gerötete Hautbezirke am Stamm und den proximalen Extremitäten, die an eine „Zebrahaut" erinnern (Herzog, 1977). Das Erythema gyratum weist ebenfalls wie die übrigen beschriebenen dermatologischen Paraneoplasien eine Tumorinzidenz von nahezu 100 Prozent auf.

Die Genese der paraneoplastischen Hautveränderungen ist nicht geklärt. Ursächlich werden toxische, allergisierende oder autoimmunisierende Tumorsubstanzen diskutiert. Möglicherweise spielen auch genetisch fixierte Reaktionen eine gewisse Rolle (Niebauer, 1974).

Dermetologische paraneoplastische Syndrome treten zwar seltener auf als neurologische, hämatologische oder endokrinologische; doch gehen sie insbesondere im Falle der Acanthosis nigricans und des Erythema gyratum repens mit einer wesentlich höheren Tumorinzidenz einher. Ihre Kenntnis ist deshalb für jeden Arzt eine dringende Notwendigkeit.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. K. *Possinger,* Privatdozent Dr. med. R. *Hartenstein* und Professor Dr. med. H. *Ehrhart,* Marchioninistraße 15, 8000 München 70

(Fortsetzung folgt)

RECORSAN®

RECORSAN-LIQUID.

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

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

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis, Visc. alb. āā 8,7 g, Apium grav., Auricul. āā 7,3 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

Die DÄV-Treffs der Deutschen Ärzteversicherung: ein neuer Weg zum schnellen, umfassenden Überblick über wichtige Bereiche der finanziellen Sicherheit. Durch unabhängige, kompetente Experten.

Rechtzeitig vor der Niederlassung sollten Sie alle Aspekte der Finanzierung und Vertragsgestaltung kennen. Kommen Sie deshalb zum DÄV-Treff der Deutschen Ärzteversicherung am 12.11. Treffpunkt ist Regensburg, Parkhotel Maximilian, Maximilianstr. 28, 18.30 Uhr. Für diesen Abend haben wir drei Experten gewonnen: Dr. jur. Guida Braun – Geschäftsführer Marburger Bund, Landesverband Bayern, Direktor H. Ernst Lechner – Deutsche Bank Regensburg und Steuerberater Dipl.-Kfm. Dr. Günter Weinelt. Sie werden das Thema zunächst aus ihrer Erfahrung besprechen.

Anschließend haben Sie ausreichend Gelegenheit, mit Ihren Kollegen und den Experten das Thema eingehend aus Ihrer Sicht zu diskutieren.

Und wenn vielleicht auch nicht alle Ihre ganz persönlichen Fragen angesprochen werden können, bekommen Sie doch in kürzester Zeit einen aktuellen, objektiven Überblick.

Damit hätte sich der DÄV-Treff für Sie schon ausgezahlt. Denn mit diesem neuartigen Konzept möchte die Deutsche Ärzteversicherung Ihnen einen neuen, unkonventionellen Informations-Service anbieten. Und so fortsetzen, was mit der DÄV-Infothek begonnen wurde: Ihnen die Gelegenheit geben, sich umfassend und neutral über alle Bereiche im privaten Vorsorgeplan zu informieren.

Denn wir meinen, Sie sollten wirklich wissen, woran Sie sind, bevor Sie weitreichende Entscheidungen treffen. Darum werden noch andere DÄV-Treffs folgen. Jeweils mit einem anderen wichtigen Thema, mit unabhängigen, kompetenten Experten. Wir werden Sie weiter unterrichten.

anzierung und Verträge bei der Praxisgründung.

skutieren Sie mit Kollegen und den Experten
r. jur. Guido Braun, Direktor H. Ernst Lechner,
und Dipl.-Kfm. Dr. Günter Weinelt über juristische und
Finanzierungs-Aspekte bei der Praxisgründung.
Die Deutsche Ärzteversicherung lädt Sie ein.

DÄV-Treff am 12.11. Regensburg

Deutsche Ärzteversicherung
Eine Colonia-Versicherung

Ihr kompetenter Partner. In allen Fragen finanzieller Sicherheit.

Coupon bitte schnell einsenden (begrenzte Teilnehmerzahl, Bestätigung nach Eingang). Ausschneiden und senden an: Deutsche Ärzteversicherung, Filialdirektion Nürnberg, Blumenstr. 6, 8500 Nürnberg, Tel. 0911/2013388.

☐ Ich möchte um DÄV-Treff in Regensburg teilnehmen und melde mich hiermit an.

☐ Ich kann an diesem DÄV-Treff nicht teilnehmen, bitte aber um aktuelle Informationen zum Thema juristische und Finanzierungsaspekte bei der Praxisgründung.

Unterschrift:

Fortschritte bei Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege

64. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. U. Gessler, Nürnberg:

Einführung

Die Nephrologie hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem eigenständigen Teilgebiet der Inneren Medizin entwickelt und in den Dialyseverfahren und der Organtransplantation wesentlich erweiterte Behandlungsmöglichkeiten gewonnen. Aus diesen neuen Techniken heraus wurden auch im Hinblick auf die Pathogenese und Diagnostik der Nierenkrankheit sich rasch wandelnde und vertiefende Kenntnisse gezogen.

Die erste Hälfte der Referate wird sich auf diagnostische Fortschritte bei Nierenkrankheiten beziehen. Dabei sollen nicht nur spezielle röntgenologische, sonographische und bakteriologische Probleme besprochen, sondern auch neue einfache Untersuchungsmöglichkeiten des Urins in der Praxis erörtert werden. Es folgen dann pathogenetische Überlegungen zur Entwicklung der chronisch interstitiellen Nephritis, der Pyelonephritis und des nephrotischen Syndroms. Der letzte Abschnitt dieses Themas umspannt die chronische Niereninsuffizienz, deren konservative und Dialysebehandlung sowie die Rehabilitation dieser Patienten. Ein weiteres Referat soll Dosierungsprobleme wichtiger Arzneimittel bei der Niereninsuffizienz aufzeigen.

Dr. E. Lux, Nürnberg:

Neues in der Diagnostik von Nierenerkrankungen

Die Erkennung der meisten, auf wenige Syndrome beschränkte Nierenerkrankungen lassen sich durch eine begrenzte Anzahl klinischer und laborchemischer Daten erkennen. Neben der Anamnese, der klinischen Untersuchung, radiologischen, sonographischen und nuklearmedizinischen Verfahren kommt in der Praxis der Entwicklung neuer Teststreifen zur Harnuntersuchung eine besondere Bedeutung zu. Große Fortschritte konnten auf dem Gebiet der Morphologie durch Zusammenwirken von Lichtmikroskopie, Immunfluoreszenz und Elektronenmikroskopie bei der Diagnostik der Glomerulonephritis erreicht werden.

Der Nachweis von Erythrozyten kann im Sediment oder unzentrifugiertem Harn qualitativ als Blickfeldmethode, semiquantitativ als Kammerzählung und quantitativ als sogenannter Addiscount erfolgen. Bei der semiquantitativen Auszählung sind bis zu fünf Erythrozyten pro Milliliter Harn beim gesunden Erwachsenen als noch nicht pathologisch anzusehen. Zum chemischen Nachweis wurden Teststreifen entwickelt, auf denen die Pseudoperoxidase des Hämoglobins durch Oxydation eines Chromogens eine punktuelle Grünfärbung hervorruft (z. B. Sangur-Test der Fa. Boehringer, Mannheim). Die untere Nachweisgrenze liegt bei 1000 Zellen/ml Harn. Desinfektionsmittel und jodhaltige Lösungen führen zu falsch-positiven Ergebnissen.

Der Nachweis von Leukozyten gelingt analog den Erythrozyten durch Gesichtsfeldmethode, Kammerzählung und Addiscount sowie in neuerer Zeit durch Teststreifen (z. B. Cyturtest der Fa. Boehringer, Mannheim). Das Verfahren beruht auf der Spaltung eines farblosen Indoxylesters durch die Esterasen der Granulozyten. Bei einer Multizenter-Studie fand sich eine 90prozentige Übereinstimmung mit der Kammerzählung, vier Prozent zeigten falsch-positive Reaktionen (z. B. durch Trichomonaden).

Für den *Nachweis von Bakterien im Urin* ist besonders die Art der Uringewinnung von Bedeutung. Die suprapubische Blasenpunktion ist der Mittelstrahluringewinnung eindeutig überlegen. Die Katheterisierung der Harnblase lediglich zum Nachweis von Bakterien sollte wegen der Gefahr der Keimverschleppung nicht angewandt werden. Zu den einfachen, direkten Nachweisverfahren zählt die Objektträger-Eintauchmethode. Hierbei ist jedoch keine Keimdifferenzierung und keine Resistenzbestimmung möglich. Für die unterschiedlichen therapeutischen Konsequenzen wäre eine Differenzierung zwischen Infekt der unteren und oberen Harnwege sowie der sogenannten asymptomatischen Bakteriurie vorteilhaft. Hierfür existiert jedoch kein zuverlässiges Verfahren. 1974 konnte zwar nachgewiesen werden, daß bei Patienten mit symptomatischer akuter Pyelonephritis Bakterien mit Antikörpern besetzt seien, während Erreger aus den unteren Harnwegen keine entsprechenden Phänomene aufwiesen. Später wurden jedoch Antikörper auch bei Zystitiden gefunden, so daß eine sichere Differenzierung auch auf diesem Wege nicht möglich zu sein scheint.

Bei *Nachweis einer Proteinurie* ist eine quantitative Bestimmung erforderlich. Physiologische Eiweißausscheidung beträgt pro Tag maximal 150 mg. Eine stärkere Eiweißausscheidung ist Folge einer erhöhten glomerulären Permeabilität, eine vermehrte Ausscheidung niedermolekularer Proteine wird bei Störungen der tubulären Rückresorption gefunden. Übersteigt die Serumkonzentration bestimmter Proteine (Immunglobuline, L-Ketten, Amylase, Lipase) die maximale tubuläre Rückresorption, so kommt es zu einer Proteinurie, ohne daß eine renale Erkrankung vorliegt. Von der nephrogenen Proteinurie ist die postrenale Proteinurie bei Tumoren, Infekten und Blutbeimengungen zu unterscheiden.

Für den qualitativen Nachweis sind Teststreifen als Screening-Methode ausreichend geeignet. Mit Ausnahme von den meist nicht nachweisbaren Paraproteinen spricht ein negativer Befund gegen eine pathologische Proteinurie. Zur Quantifizierung der Proteinurie sind Teststreifen jedoch ungeeignet; hierfür bietet sich die Bestimmung nach Biuret an; die Esbach-Methode ist obsolet. Die Differenzierung der Urineiweißkörper in glomeruläre

(höher molekulare) und tubuläre Proteinurie bleibt vorerst Spezial-laboratorien vorbehalten.

Bei der *Bestimmung des Serum-Kreatininspiegels* werden bei den meisten Methoden auch andere Chromogene miterfaßt, deren Anteil im Serum schwankt. Unterschiedliche Werte treten auch zwischen Bestimmungen in Ruhe und nach starker Muskelbeanspruchung auf, sowie nach Genuß von reichlich gekochtem Fleisch (Schwankungen bis zu 100 Prozent). Die Bestimmung des Serum-Kreatinins erlaubt bereits eine grobe Abschätzung der Nierenfunktion. Ist der Wert auf etwa 1,5 mg% erhöht, so liegt bereits eine Einschränkung der Nierenleistung auf etwa 50 Prozent entsprechend der endogenen Kreatinin-Clearance vor.

Die Kreatinin-Clearance ist das bewährteste Routineverfahren zur Bestimmung der Nierenleistung. Es ist wesentlich weniger aufwendig als das klassische und genaueste Verfahren zur Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate, die Inulin-Clearance. Die endogene Kreatinin-Clearance wird über 24 Stunden bestimmt, zusätzlich können auch kürzere Sammelperioden verwendet werden.

Der *Phenolrottest und Konzentrationsversuch* zur Erfassung der glomerulären und partiellen Nierenfunktionsstörungen sind aufgrund ihrer großen Störanfälligkeit nicht zu empfehlen.

Von den *nuklear-medizinischen Methoden* ist allein die Kamerafunktionsszintigraphie von Bedeutung. Seitengetrennte Funktionsanalysen können in Verbindung mit nuklearmedizinischer Clearancetechnik durchgeführt werden.

Bei Erkrankungen der Nieren (besonders des Glomerulum) spielt die Immunpathogenese eine besondere Rolle. Für die Diagnostik stehen die Immunhistologie, das Serum-Komplementsystem und der Nachweis von Immunkomplexen zur Verfügung. Bei nahezu allen Formen der Glomerulonephritis findet man immunhistologisch Ablagerungen von *Komplementen* in den Glomerula. Ein Kausalzusammenhang zwischen Ablagerung der Komplementfaktoren und niedrigem Serum-Komplementspiegel ist jedoch nicht unbedingt anzunehmen. Von klinischer Bedeutung ist die Bestimmung des Serum-Komplements bei der Lupus erythematodes-Nephritis, der akuten postinfektiösen Glomerulonephritis und der membranoproliferativen Glomerulonephritis. Eine eindeutige Klärung der vorliegenden Verlaufsform ist bei der Glomerulonephritis meist nur durch eine Nierenbiopsie möglich.

Professor Dr. Trude Kröpelin, Freiburg:

Röntgendiagnostik der Nieren

Die konservativen, nichtinvasiven (und den Patienten dadurch nicht sonderlich belastenden) Röntgenuntersuchungsmöglichkeiten bestehen in einer Nativaufnahme zur Erkennung von Konkrementen oder intrarenalen Verkalkungen vor der Kontrastmittelgabe und in der Ausscheidungsurographie mit ihren verschiedenen Variationen der Kontrastmittelapplikation. Auch die Sono- und Zonographie als Körperlängsschnittverfahren gehören seit langem zur täglichen Routine. Schichtaufnahmen können vor Kontrastmittelgabe aber auch in Verbindung mit der modifizierten Urographie bei pathologischen Prozessen unterschiedlicher Ätiologie durchgeführt werden.

Gegenüber dieser konventionellen Röntgendiagnostik haben sich in den letzten Jahren zwei neue, nichtinvasive diagnostische Methoden entwickelt: Die Ultraschallsonographie, über die nachfolgend gesprochen wird, und die Computertomographie; letztere benutzt als moderne Version der Schichtuntersuchung den Körperquerschnitt. Hier werden nicht mehr Schwärzungsunterschiede auf dem fotografischen Film registriert, sondern Dichteschwankungen der morphologischen Strukturen gemessen und zu einem Bild zusammengesetzt. Das geschieht über Szintilationsdetektoren mit Hilfe eines Computers. Verschiedene Gewebsabschnitte lassen sich durch die unterschiedlichen Strahlenabsorptionsmessungen – auch ohne Kontrastmittel – klar voneinander abgegrenzt aufzeichnen. Die zusätzliche Kontrastmittelgabe kann jedoch auch hier zu einer zusätzlichen morphologischen Funktionsanalyse beitragen. Die Computertomographie ist eine sehr sichere, risikolose Methode, mit der sehr exakt Tumoren, Zysten, sogar raumfordernde Prozesse im Bereich des Nierenbeckens (die sonst unter Umständen sehr schwer zu erkennen sind) diagnostiziert werden. Hinzu kommt die Differenzierungsmöglichkeit entzündlich-vaskulärer Parenchymveränderungen von Nierenverletzungen und pathologischen Prozessen

Prostata-hypertrophie Stadium I und beginnendes Stadium II

PROSTAMED®

Proliferationsbremse des Prostatagewebes bei gleichzeitiger Beseitigung venöser Stauungskongestionen der Prostata.

Zusammensetzung: 1 Tablette à 0,5 g enthält: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0.2 g, Kakao 0,05 g, Extr. fl. Herb. Solidag. 0,04 g, Extr. fl. Fol. Popul. trem. 0,06 g. Sacch. lact. ad 0,5 g.

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten ganz oder zerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen.

Handelsformen u. Preise incl. MWSt.: 60 Tabletten DM 7,85; 120 Tabletten DM 13,49; 360 Tabletten DM 31,95

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

in der Nachbarschaft der Nieren. Da das Verfahren sehr teuer ist, wird seine Anwendung vorerst auf spezielle Zentren beschränkt bleiben müssen.

Auch bei den invasiven Techniken haben sich neue Methoden entwikkelt, die zum Teil schon mit Erfolg angewandt, zum Teil eber auch noch verbessert werden müssen. Hauptaufgabe der Arteriographie ist weiterhin die Tumordiagnostik und die Feststellung von Gefäßveränderungen als Folge und Ursache einer Hypertonie (Nierenarterienstenosen, arteriovenöse Aneurysmen, Fisteln oder eine Arteriolosklerose). Solche Gefäßveränderungen sind durch keine andere Untersuchungstechnik aufzudecken und am ehesten durch die selektive Nierenarteriographie abzuklären. Gerade hierdurch werden zwei neue Techniken kreiert:

– die Katheterdilatation von Nierenarterienstenosen und

– die Embolisation

Bei der überwiegenden Zahl der durch Katheterdilatation behandelten Hochdruckpatienten mit Nierenarterienstenosen konnte (bei bisher allerdings noch kleinen Fallzahlen) eine Besserung oder Normalisierung der Blutdruckwerte erreicht werden.

Auch die perkutane Katheterembolisation gewinnt neuerdings an Bedeutung bei Nierentumoren, zur Blutstillung bei größeren Aneurysmen und bei insuffizienten Nieren mit Hypertonie. Bei einer Embolisation, die bis ins Kepillarnetz vordringt, hat sich Ethiblock bewährt. Die Tumorembolisation, vor allem von hypernephroiden Karzinomen, wird einmal als präoperetiver Eingriff zur Erzielung einer Blutleere und zum anderen bei inoperablen, stark blutenden Tumoren durchgeführt. Ob dadurch das Wachstum inoperabler Tumoren über längere Zeit stagniert, bleibt abzuwarten.

In Anlehnung an die perkutane Nierenbiopsie wurden zwei weitere diagnostische und therepeutische Verfahren entwickelt:

Die Renozystographie und zum enderen die Nephro-Pyelo-Stomie.

Die Indikation zur perkutanen Punktion von Nierenzysten beschrenkt sich einmal auf sehr große und zum anderen auf solche Gebilde, die durch Größe oder Lage eine Hypertonie induzieren können.

Schließlich kommen für die Punktion noch Zysten in Betracht, die sonographisch inhomogene Strukturen mit Verdacht euf Entzündungen und Zystenwandtumoren aufkommen lassen. Bei dem Verfahren wird eine ölige Kontrastmittelflüssigkeit zur Beurteilung der Hohlräume und Wandkonturen eingebracht und neben dem diagnostischen Wert auch eine Behandlung durch Verödung der Zysten erreicht. Der daraus resultierende Schrumpfungsprozeß ist meist nach vier Wochen, spätestens nach zwölf Monaten abgeschlossen.

Die perkutane, antegrade Pyelographie oder Nephro-Pyelostomie ist gezielt unter Durchleuchtungsmonitorkontrolle oder besser noch sonographisch (auch bei urographisch stummen Nieren) möglich. Hierbei wird das aufgestaute Nierenbecken nach Punktion direkt mit Kontrastmittel aufgefüllt. Zusätzlich kann perkutan zur Entlastung ein Katheter in das Hohlraumsystem eingebracht werden. Die Erholung des Nierenparenchyms ist später urographisch zu beurteilen. Diese Technik hat sich besonders bewährt bei der Pyonephrose und bei alten Patienten, bei denen ein operativer Eingriff sehr risikoreich wäre. Dieser kann durch dieses Verfahren häufig verschoben und nach Besserung des Allgemeinzustandes nachgeholt werden.

Dr. H. Will, Nürnberg:

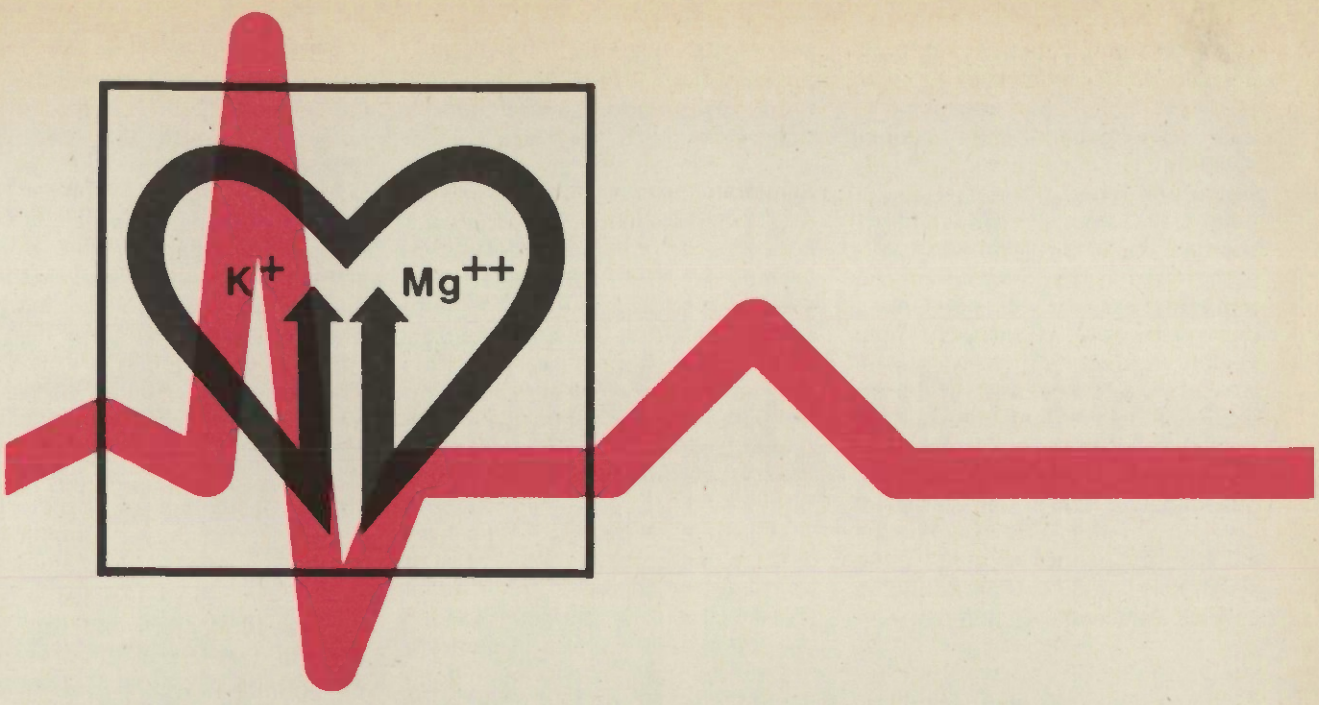
Ultraschalldiagnostik der Nieren

Die Sonographie hat ihre Leistungsschwerpunkte in der nephrologischen Diagnostik bei der Differenzierung liquider und parenchymatöser Raumforderungen, der Abklärung der akuten Oligoenurie, der fortgeschrittenen Niereninsuffizienz und der einseitig urographisch stummen Niere sowie der engmaschigen Überwachung labiler Krankheitszustände (nach Transplantation, bei fraglich abszedierenden Schüben einer Glomerulonephritis oder bei einem Aufsteu in der Schwangerschaft).

Durch technische Verbesserung konnte das Verfahren auch für die Identifizierung der chronischen Pyelonephritis eingesetzt werden. So kann im frühen Stadium der chronischen Pyelonephritis schon das Sichtbarwerden von Kelchen und eines nicht kollabierenden Pyelons Hinweis euf eine entzündliche Destruktion geben. Hinzu treten später Vernarbungen im Parenchym und Organschrumpfungen. Die chronische Glomerulonephritis fällt demgegenüber durch relativ geringe morphologische Veränderungen selbst bei weit fortgeschrittener Niereninsuffizienz auf.

Als ältester Schwerpunkt bei der renalen Ultraschalldiagnostik sind die liquiden Reumforderungen anzusehen. Diese werden angeführt durch die polyzystischen Nierendegenerationen, die bei genügender Ausprägung bereits palpatorisch nachgewiesen werden können. Hier liegt der Wert des Ultraschalls vornehmlich in der Dokumentation. Bei zwei Dritteln aller Zystennieren finden sich auch entsprechende Leberveränderungen. Viel häufiger als die örtliche polyzystische Nierendegeneration sind vereinzelte Nierenzysten, die im Ausscheidungsurogramm durchaus als Tumor imponieren können. Hierbei ist die Sonographie ein geradezu ideales Verfahren zur Eingrenzung der teuren und noch nicht überall verfügbaren Computertomographie und der nicht unerheblichen Belastung und Risiken bei der Angiographie. Die Unterscheidung parenchymatöser und liquider Raumforderungen gelingt in etwa 90 bis 95 Prozent der Fälle. Probleme entstehen, wenn die zu unterscheidenden Strukturen klein sind (bei Querschnitten unter 2 cm), oder wenn sie durch starke Streureflexe von einem Schallschleier überlagert werden (bei Adipositas).

Bei der akuten Oligoanurie muß schnell und unkompliziert geklärt werden, ob eine postrenale Abflußbehinderung oder ein ekutes Nierenversagen vorliegt. Erst danach können die Weichen für eine urologische bzw. nephrologische Behandlung gestellt werden. Dies ist mittels der Ultreschalldiagnostik meist möglich. Bei der Abklärung einseitig urographisch stummer Nieren findet man als Ursache am häufigsten Hydronephrosen und Pyonephrosen, in zweiter Linie Hypo- und Aplasien und netürlich sekundäre, oft pyelonephritische Schrumpfnieren. Weitere Ursachen sind zentral sitzende Zysten und



„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 H_2O
360,57 mg Magnesium-bis-D,L-hydrogenaspartat · 4 H_2O

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
Arzneimittelfabrik · 5110 Alsdorf bei Aachen

Tumoren sowie Nierenvenenthrombosen.

Sehr wertvoll und durch keinerlei Kontraindikationen behindert sind sonographische Verlaufsbeobachtungen bei labilen Krankheitszuständen. Bei abszedierenden Pyelonephritiden kann hierdurch entschieden werden, ob konservativ behandelt oder chirurgisch interveniert werden muß. Wertvolle Aufschlüsse gestattet das Verfahren auch bei der Verlaufsbeobachtung transplantierter Nieren. Auch wenn bei akuten Abstoßungsreaktionen das klinische Bild in der Wertigkeit Vorrang vor dem sonographischen hat, bestehen doch typische ultraschallmorphologische Veränderungen als Entscheidungshilfen.

Professor Dr. H. Knothe, Frankfurt:

Problemkeime und Antibiotika bei der Pyelonephritis

Bei der Behandlung eines akuten Schubes einer Pyelonephritis, aber auch bei sonstigen Harnwegsinfekten, sind folgende Fragen von Bedeutung:

1. Mit welchem Antibiotikum sollen wir behandeln? — Dies richtet sich selbstverständlich nach dem Erreger.

2. Wie lange soll eine Chemotherapie durchgeführt werden? — Hierbei ist der Sitz der Infektion von entscheidender Bedeutung.

3. In welcher Dosierung soll behandelt werden? — Diese Frage kann bisher oft nur ungenau beantwortet werden.

Durch die Fortschritte in der Chemotherapie ist die Behandlung der Problemkeime leichter geworden. Geblieben ist jedoch u. a. die Immunabwehrschwäche des älteren und alten Patienten, das Problem des unterschiedlichen Sitzes der Infektion und die Rezidivneigung bei Abflußbehinderungen, z. B. durch eine Prostatahypertrophie. Unter dem Mitte der fünfziger Jahre geprägten Begriff des Problemkeimes versteht man Erreger, die gegenüber einer großen Anzahl von Chemotherapeutika resistent sind oder solche, die früher als harmlos angesehen wurden, denen man heute aber doch eine Pathogenität zusprechen muß. Die wichtigsten Problemkeime sind Pseudomonaserreger, Klebsiellen, Enterobacter, Protheusspezies und Seratia. Auch die Behandlung von Staphylokokken kann zu einem echten Problem werden. Entscheidend für eine gute Behandlung ist eine exakte Urindiagnostik mit Keimzahlbestimmung und Antibiogramm. Wahl, Applikationsart, Dosierung und Dauer der Therapie sollten stets den individuellen Verhältnissen angepaßt werden. Das Therapieziel ist nicht nur die Keimfreiheit des Urins, sondern auch die Beeinflussung der häufig bestehenden Gewebsinfektionen.

Drei Tage nach Behandlungsbeginn einer blind eingeleiteten Therapie bei Bakteriennachweis sollte durch Harnkontrolle die Wirksamkeit des gegebenen Mittels geprüft und drei bis sieben Tage nach Beendigung der Behandlung der Urin nochmals auf Keimfreiheit überprüft werden. Bei Vorliegen einer chronischen Pyelonephritis sind weitere Harnkontrollen nach 14 Tagen, nach einem und zwei Monaten erforderlich. Die Leitkeime bei sogenannten unkomplizierten Harnwegsinfektionen sind nach wie vor die Kolibakterien, die auf alle wichtigen Antibiotika noch gut ansprechen und der indolnegative Protheus mirabilis. Werden zwei, drei oder vier verschiedene Keime in der Kultur nachgewiesen, so liegt bei den meisten Proben eine Verunreinigung vor. Lediglich bei chronisch rezidivierenden Infektionen nehmen Mischinfektionen zu. Bei dieser Patientengruppe treten die Kolibakterien mehr und mehr zurück, die Problemkeime mit Mono- und Multiresistenzen nehmen zu. Werden Problemkeime nachgewiesen, so ist zu beachten, daß diese auch gegenüber Cephalosporinen, Aminoglykosiden und Tetracyclinen in etwa 10 bis 30 Prozent Resistenzen aufweisen. Insbesondere in diesen Fällen ist die Anfertigung eines guten Antibiogrammes unumgänglich.

Professor Dr. D. Höffler, Darmstadt:

Dosierung wichtiger Arzneimittel bei Niereninsuffizienz

Noch in der Mitte der sechziger Jahre herrschte selbst bei bekannten Pharmakologen keine Vorstellung über die Frage, wie Arzneimittel bei Niereninsuffizienz zu dosieren seien. Nachdem dann aber die Nephrologie durch die Entwicklung der Hämodialyse einen raschen Aufschwung nahm, wurden bald praktische Vorstellungen entwickelt. Trotzdem sind noch viele Einzelheiten dieses Sonderkapitels der Pharmakologie und Toxikologie ungeklärt. Von der Industrie ist zu fordern, daß sie auf den Packungsbeilagen genaue Anweisungen gibt und sich nicht durch Formulierungen, wie „bei Niereninsuffizienz kontraindiziert", aus der Verantwortung mogelt. Der nephrologisch tätige Arzt sollte Nachschlagwerke zur Hand haben, um sich im Einzelfall informieren zu können.

Für die Dosierung von Arzneimitteln bei eingeschränkter Nierenfunktion eignet sich folgende Einteilung:

— Substanzen vom „Penicillintyp" (werden in aktiver Form renal ausgeschieden)

— Substanzen vom „Chloramphenicoltyp" (werden als Metaboliten ausgeschieden)

— Substanzen vom „Nitrofurantointyp" (wirken durch hohe Harnkonzentrationen)

Arzneimittel vom Chloramphenicoltyp müssen bei Niereninsuffizienz „normal", d. h. nicht anders als bei Nierengesunden, dosiert werden. Sie sind somit am einfachsten zu handhaben und daher vorzuziehen. Hierher gehören u. a. Digitoxin, Propranolol (Dociton), Allopurinol und Glibenclamid (Euglucon).

Die Substanzen vom Penicillintyp (Penicilline, Cefalosporine, Aminoglykoside u. a.) müssen reduziert dosiert werden. Hierfür wurden entsprechende Tabellen erarbeitet. Wird eine solche Dosisreduktion nicht beachtet, so ist insbesondere bei den Aminoglykosiden (z. B. Gentamycin = Refobacin, Aminocain = Biklin) mit schwersten Nebenwirkungen (Schädigung des Nervus stato-acusticus) zu rechnen.

Die Substanzen vom Nitrofurantointyp sind bereits bei beginnender Niereninsuffizienz nicht mehr indiziert, da sie dann toxische Plasmaspiegel bewirken können und ihr Wirkprinzip, der Urinspiegel, vermindert ist.

Referent:
Dr. med. A. Paetzke, Parkstraße 27, 8501 Schwaig bei Nürnberg

(Schluß folgt)

Die Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts zum Liquidationsrecht der Altverträgler bei Selbstzahlern im Mehrbettzimmer

von W. Weißbauer

Das neue Pflegesatzrecht gibt jedem Patienten den Anspruch, von den öffentlich geförderten Krankenhäusern alle allgemeinen Krankenhausleistungen gegen Zahlung des Pflegesatzes in Anspruch zu nehmen. Zu diesen Leistungen gehört auch die zweckmäßige und ausreichende ärztliche Behandlung.

Für die persönliche Behandlung durch die leitenden Ärzte und damit auch für die Ausübung des Liquidationsrechtes läßt das neue Pflegesatzrecht nur noch dort Raum, wo der Patient die gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen mit dem Krankenhausträger vereinbart. Auf die Gestaltung der „Chefarztverträge" wirkt sich dies dahin aus, daß den leitenden Krankenhausärzten das „automatische Liquidationsrecht" für Selbstzahler im Mehrbettzimmer und für Patienten, die eine Unterbringung im ein- oder zwei-Bettzimmer (als Wahlleistung) in Anspruch nehmen, nun nicht mehr eingeräumt werden kann („Entkoppelung" des Liquidationsrechtes).

Dies darf als unbestritten gelten. Ein lebhafter Meinungsstreit entstand dagegen um die Frage, ob der Bestandsschutz des § 6 S. 5 Bundespflegesatzverordnung zugunsten der „Altverträge" (Dienstverträge, die vor dem 1. Juli 1972 geschlossen wurden), nur das gekoppelte Liquidationsrecht für die Patienten im ein- und zwei-Bettzimmer oder auch das automatische Liquidationsrecht für die Behandlung der Selbstzahler im Mehrbettzimmer schützt.

Fortbestand des „automatischen" Liquidationsrechtes verneint

Das Bundesarbeitsgericht hat mit Urteil vom 9. Januar 1980 — 5 AZR 71/78 — diese Frage entschieden. Es vertritt die Auffassung, der Besitzstandsschutz des § 6 S. 5 Bundespflegesatzverordnung beziehe sich nur auf die in § 6 S. 3 vorgeschriebene Entkoppelung. Damit kann der Selbstzahler nun in den öffentlich geförderten Krankenhäusern, die den leitenden Ärzten in den Chefarztverträgen das automatische Liquidationsrecht eingeräumt hatten, die Behandlung im Mehrbettzimmer als Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen fordern. Nur wenn er die bessere Unterbringung wählt, muß er bei Häusern mit Altverträglern noch das (gekoppelte) Liquidationsrecht in Kauf nehmen.

Ausgleichspflicht des Krankenhausträgers bejaht

Zu entscheiden war vom Bundesarbeitsgericht im konkreten Fall über den Fortbestand eines unwiderruflichen Liquidationsrechtes, das dem Chefarzt (wie dies seit langem bei Chefarztverträgen üblich ist) die Versorgung aller stationären Patienten als Dienstaufgabe übertrug und ihm das Liquidationsrecht als Teil der dienstlichen Vergütung einräumte. Es sieht im Wegfall dieses Teils der Vergütung deshalb keinen Verstoß gegen die Eigentumsgarantie, weil sie den Chefärzten nicht ersatzlos genommen werde. Sie hätten die Versorgung der Selbstzahler nun nicht unentgeltlich zu erbringen; der Vertrag sei an die veränderte Rechtslage anzupassen. Dies sei primär Sache der Vertragspartner, also des Krankenhausträgers und des Chefarztes.

Im einzelnen führt das Bundesarbeitsgericht dazu aus:

„Das Liquidationsrecht der leitenden Krankenheusärzte bei Selbstzahlern der III. Pflegeklasse konnte in den Dienstverträgen unterschiedlich geregelt werden. Falls den Chefärzten nur die Chance einer weiteren Verdienstmöglichkeit eingeräumt wurde, können sie sich bei Entzug der Liquidationsbefugnis nicht euf Artikel 14 Abs. 1 Satz 1 GG berufen. Eine bloße Chance oder Verdienstmöglichkeit ist kein durch Artikel 14 Abs. 1 Satz 1 GG geschützter Vermögenswert (BVerfG Bd. 45 S. 272, 296[4]; Bd. 30 S. 292, 334 f.[5]; vgl. euch Diederichsen, e.a.O., [oben zu A II 2 b] S. 111). Eigentumsrechte im Sinne dieser Bestimmung könnten nur dann betroffen sein, wenn die Einnahmen aus dem vertraglich eingeräumten Liquidationsrecht ein Teil der Vergütung für die vom Chefarzt geschuldete Leistung sind. Aber auch in diesem Falle wäre Artikel 14 Abs. 1 Satz 1 GG nur dann verletzt, wenn den Chefärzten die Liquidationsbefugnis für die Zukunft er-

ZUSAMMENSETZUNG. Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D6 ana 30 mg. Tropfen: 100 ml enthalten: Cocculus D4 70 ml; Conium D3, Ambra D6, Petroleum D6 ana 10 ml. Injektionslösung: 100 ml enthalten: Cocculus D3 0,7 ml; Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ana 0,1 ml; Meerwasser 32 g. Aqua pro inject. ad 100 ml.
DOSIERUNGSANLEITUNG. Tabletten, Tropfen: 3–4 mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 8–10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und bei Übelkeit initiale Stoßtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5–10 Tropfen. Injektionslösung: Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3–1 mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., sc., i.c.
DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖSSEN (incl. MwSt.): Packungen mit 50 Tabletten DM 4,63, mit 250 Tabletten DM 15,10. Tropfflaschen mit 30 ml DM 7,50, mit 100 ml DM 20,95. Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 8,66, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 14,46. 1/80

Schwindel verschiedener Genese
(besonders arteriosklerotisch bedingter)

Vertigoheel®

Kinetosen (See-, Luft-Autokrankheit)

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

setzlos genommen würde. Soweit die Vergütung nur en die neue Pflegesatzregelung engepaßt wird, ist dieses Grundrecht gewahrt. Einer inhaltlichen Umgestaltung von Vermögenswerten einzelner aus Gründen des Gemeinwohls steht Artikel 14 Abs. 1 Satz 1 GG nicht im Wege, sofern die Substanz erhalten bleibt (BVertG Bd. 42 S. 263, 294 f.[6]; Bd. 37. S. 132, 140 f[7]).

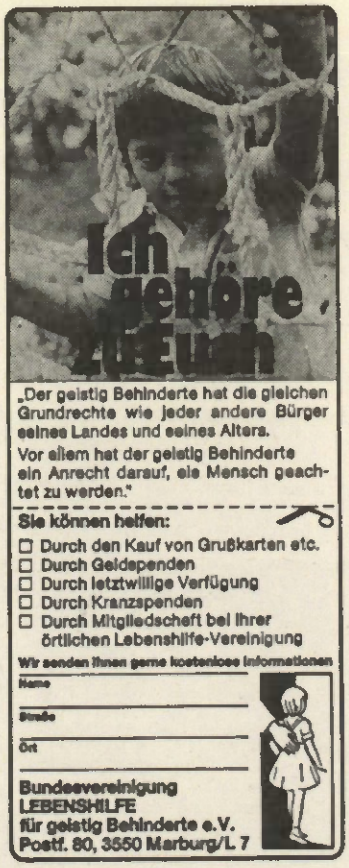
Bei erbeitsrechtlicher Betrachtung erweist sich, daß der Chefarzt eine ersatzlose Streichung eines als Teil seiner Vergütung vereinbarten Liquidationsrechtes nicht hinzunehmen braucht. Wenn die von den Krankenhausträgern tür die Behendlung der Selbstzehler in Mehrbettzimmern zugesagte Gegenleistung eus Rechtsgründen unmöglich geworden ist, kann die Folge offensichtlich nicht sein, daß Chefärzte insoweit ihre ärztlichen Dienste nicht mehr schulden; § 323 Abs. 1 BGB ist hier nicht enwendber. Diese Rechtsfolge ziehen auch die Beteiligten nicht in Betracht. Andererseits kann man auch bei der von keiner Vertragspartei vorauszusehenden Gesetzesänderung nicht ennehmen, daß die Chefärzte entgegen dem Sinn der vertreglichen Vergütungsregelung insoweit ihre Dienste unentgeltlich zu erbringen hätten. Dadurch würde das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung entscheidend gestört. Denn bleibt els einzige denkbere Folge für das Vertragsverhältnis der Pertelen eine Anpassung der vom Krenkenhausträger zugesagten Gegenleistung en die geänderte Rechtslage nech § 242 BGB (zur Anpassung eines Vertreges en eine geänderte Gesetzesiege vgl. z. B. Soergel-Siebert-Knopp, BGB, 10. Aufl., § 242 Rdnr. 403; Esser-Schmidt, Schuldrecht, Bd. I, Teilbend 1, 5. Aufl., § 24 II 4 S. 274 f.). Mit dieser Anpassung wird zugleich dem Grundgedanken des § 6 Satz 5 BPflV, Schutz der Altverträge, Rechnung getregen.

Leistet somit das Arbeitsrecht die erforderliche Anpassung des Arbeitsvertrages, kann von einem verfassungswidrigen Eingritt in Vermögensrechte der Chefärzte keine Rede sein. ...

Im vorliegenden Fell kommt ein Anspruch euf Ausgleich der finanziellen Nachtelle in Betracht.

Nach § 2 des Dienstvertrages ist der Kläger verpflichtet, sämtliche stetionären Krenken seiner Abteilung zu behandeln. Seine gegenüber dem Beklegten übernommene Arbeitspflicht unterscheidet danach nicht nach dem Liquidetionsrecht. Bezüglich der Gegenleistung des Beklagten enthält der Vertrag eine differenzierende Regelung: Nach § 4 Abs. 1 Buchst. e wird durch das tarifliche Gehalt die ärztliche Behandlung derjenigen Patienten vergütet, bei denen der Kläger kein eigenes Liquidetionsrecht het; bei den in § 4 Abs. 1 Buchst. b des Vertreges genannten Patientengruppen besteht die Gegenleistung des Beklagten darin, deß er dem Kläger des Liquidationsrecht einräumt. Beide Einnahmen sind im Vertreg eusdrücklich els Vergütung für die vom Kläger geschuldete hauptamtliche Tätigkeit eis Chefarzt bezeichnet. Es kommt hinzu, daß die tarifliche Vergütung ohne zusätzliche Einnehmen aus dem Liquidationsrecht im Regelfell nicht els angemessene Honorierung eines Chefarztes gilt. Deshalb hat der Senat schon in dem Vertrag, der der Entscheidung des Senats vom 11. Januar 1978 – 5 AZR 797/76 –[1] (AP Nr. 4 zu § 611 BGB Arzt-Krenkenhaus-Vertrag – [zu II der Gründe]) zugrunde lag, die Einnehmen aus dieser Liquidationsbefugnis als besondere Form der Vergütung bezeichnet (ebenso G. Küchenhoff, Anm. zu AP e.e.O. [zu IV 3]; Reichel, Angestellte Chefärzte im Wandel der Krankenhausstrukturen, Würzburger Diss., 1976 S. 52 ff.). Deran hält er fest, soweit die Chefarztverträge nicht etwas enderes ergeben. Er kann insoweit der Auffassung von Diederichsen (a.a.O. [oben zu A II 2 b] S. 111 f.) nicht folgen. Nach dessen Ansicht eröffnet des Liquidetionsrecht dem Arzt nur die Möglichkeit zu einem zusätzlichen Verdienst und ist jedenfalls keine Gegenleistung für die dem Krenkenhausträger geschuldete Leistung. Diederichsen beachtet jedoch nicht, daß sich eus dem jeweiligen Arbeitsvertreg zwischen Chefarzt und Krenkenheusträger etwas enderes ergeben kenn. Die Pertelen haben es in der Hend, den Umfeng von Leistung und Gegenleistung zu bestimmen. Deshalb kann der Kläger Ausgleich dieses Einnahmeverlustes dann verlangen, wenn ein erheblicher Teil seiner Vergütung weggefallen ist. Über Art und Höhe dieses Ausgleichs ist nech § 242 BGB unter Berücksichtigung eller Umstände des Felles zu befinden. Neben der abzuschätzenden Höhe der Einkommensminderung auf Seiten des Klägers ist euch zu berücksichtigen, ob und inwieweit der Beklegte infolge der Reform des Ptlegesatzrechtes zusätzliche Einkünfte hat. Eine pauschalierende nach billigem Ermessen zu tretfende Regelung kann mangels fester Anhaltspunkte geboten sein.

Der Senat kann in dieser Frage nicht abschließend entscheiden. Das Berufungsgericht hat über die hiertür maßgeblichen Tatsachen noch keine Feststellung getroffen. Außerdem müssen die Parteien Gelegenheit erhalten, miteinander über einen Ausgleich zu verhendeln und – wenn sie sich nicht einigen können – ihren Vortreg entsprechend zu ergänzen. Der Rechtsstreit war deshalb wegen des Klageantregs zu 2 an das Berufungsgericht zurückzuverweisen."



Vertragsanpassung bei Ausgestaltung als Nebentätigkeit

Nicht berührt sieht das Bundesarbeitsgericht die Eigentumsgarantie dort, wo dem Chefarzt mit dem Liquidationsrecht nur die „Chance einer weiteren Verdienstmöglichkeit" eingeräumt wurde. Es denkt dabei offenbar an die Verträge, in denen die stationäre liquidationsberechtigte Versorgung der Patienten den Chefärzten nicht als Dienstaufgabe zugewiesen, sondern als genehmigte Nebentätigkeit ausgestaltet wird.

Einer Vertragsanpassung bedarf es aber auch bei dieser Vertragsgestaltung, weil hier der Bereich der Nebentätigkeit nun in die Dienstaufgaben einbezogen werden muß. Es ist dem leitenden Arzt nicht zuzumuten, daß die Dienstaufgaben ohne

Versicherungstips von der ›Vereinigten‹

Wozu Anwartschaftsversicherung?
Wenn gruppenversicherte Ärzte vorübergehend keine Leistungen aus ihrer privaten Krankenversicherung benötigen, können sie in bestimmten Fällen eine sog. Anwartschaftsversicherung vereinbaren. Das ist vor allem für Ärzte interessant, die z. B. länger im Ausland sind oder vorübergehend in der Bundeswehr als Sanitätsoffiziere (freie Heilfürsorge!) dienen. Durch die Anwartschaftsversicherung können – bei geringem Beitrag – die bisherigen Rechte gewahrt werden. Und: Es ist dabei unerheblich, ob sich inzwischen der Gesundheitszustand verschlechtert hat.

Krank im Winterurlaub?
Davos, 20. 12. 79, 17.00 Uhr: Dr. K. aus München stürzt die vereiste Hoteltreppe herunter. Diagnose: Komplizierter Beckenbruch. Per Sanitäts-Jet wird er am nächsten Tag nach München zurückgeflogen. Kosten: 21.600 DM – 100%ig erstattet von der »Vereinigten«. Die kurzfristige Reisepolice mit 100%-Leistungen ist wegen des Rückhol-Services auch für »gruppenversicherte« Ärzte, deren Vollversicherung weltweit gilt, interessant. Der Reise-Tarif kann problemlos und schnell abgeschlossen werden – zu einem geringen Beitrag: nur 60 Pf. pro Tag und Person.

Krankentagegeldversicherung und Betriebsausgaben
Der Bundesfinanzhof hat vor Jahren kategorisch festgestellt, daß die Prämien für eine Krankentagegeldversicherung in keinem Fall als Betriebsausgaben oder Werbungskosten behandelt werden dürfen (Urteil vom 22. Mai 1969, IV R 144/68). Jetzt ist ein Finanzgericht von dieser starren Haltung abgewichen. Es stellte entscheidend darauf ab, ob der Abschluß der fraglichen Versicherungsverträge beruflich veranlaßt ist. Ist das der Fall, so können die Versicherungsprämien als Betriebsausgaben abgezogen werden.

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

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

»Kleider machen Doktoren«

Quellenhinweis:
Bildband Kunst und Medizin,
Verlag M. Du Mont Schauberg, Köln

Unsere Quiz-Frage:
Damit im Mittelalter nur geprüfte und approbierte Ärzte Kranke behandelten, mußten Sie den Doktortitel erwerben. Als sichtbares Zeichen ihrer Doktorwürde trugen sie dann den roten Talar, den Doktorring und ein drittes auffälliges Erkennungsmerkmal. Welches? Kreuzen Sie bitte Ihre Antwort im Coupon an.

Vereinigte Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Im Unternehmensverbund
Vereinigte
Versicherungsgruppe

Generaldirektion
Leopoldstraße 24, 8000 München 40

Ihr Quiz-Gewinn:
Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir eine nach antikem Vorbild gestaltete Äskulapnatter aus Bronze (Höhe ca. 28 cm). Der Einsendeschluß ist der 31. 12. 1980. Der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen.

Meines Wissens konnte man im Mittelalter einen Doktor auch an folgendem Merkmal erkennen:

☐ Doktorschuhe
☐ Doktorbrille
☐ Doktorhut

Adresse:

KX 8 F

eine angemessene Vergütung erweitert werden.

Zur Bemessung des finanziellen Ausgleichs

Grundlage für die Bemessung des Ausgleichs ist in den Fällen, in denen die Versorgung der Selbstzahler im Mehrbettzimmer zu den Dienstaufgaben gehört, das finanzielle Erträgnis des automatischen Liquidationsrechtes, das sich auch für die zurückliegende Zeit ohne große Schwierigkeiten ermitteln lassen dürfte. Abzuziehen sind von dem Bruttobetrag die Kostenerstattung an den Krankenhausträger und die Einnahmen aus der Privatliquidation bei den Selbstzahlern im Mehrbettzimmer, die von der Möglichkeit Gebrauch machen, die persönliche Behandlung durch die leitenden Krankenhausärzte zu wählen.

Da es um eine Anpassung des Dienstvertrages an eine geänderte Rechtslage geht, ist es primär Sache der beiden Vertragspartner, eine angemessene Lösung zu finden. Die Möglichkeiten der Vertragsgestaltung reichen von der Zahlung einer festen Zulage zu den Dienstbezügen (die an den Änderungen der Grundbezüge teilnimmt) bis zur Abgeltung von Dienstleistungen, die bisher nicht vergütet wurden (z. B. Vergütung von Bereitschaftsdienst).

Gute Anhaltspunkte für die Bemessung des Ausgleichs in Form einer (dynamisierten) Zulage gibt die Verfügung des Hessischen Sozialministers vom 27. Juli 1979 – III B 1 a 1 8 c 04/04 – zu einem Parallelfall, dem Wegfall des Liquidationsrechtes der angestellten und beamteten Anästhesisten in den Belegabteilungen. Auch hier war der Fortbestand des Liquidationsrechtes (aufgrund der Formulierung des § 3 Abs. 2 S. 1 BPflV) nach dem Inkrafttreten des neuen Pflegesatzrechtes umstritten und das Bundessozialgericht hat ihn für die Anästhesisten, bei denen die Versorgung zu den Dienstaufgaben gehört, verneint. Die erwähnte Verfügung hat der Berechnung des Ausgleichs die bisherigen Einkünfte zugrunde gelegt und im Ergebnis den finanziellen Besitzstand voll gewahrt.

Anschrift des Verfassers:

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

Gesundheits-Sozial-Berufspolitik

Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchungen in Bayern im Jahre 1978

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat den Bericht über das Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 9. August 1960 bzw. vom 12. April 1976 vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung in Bayern im Jahre 1978 nunmehr fertiggestellt. Der ausführliche, mit reichlichem Zahlenmaterial belegte Bericht schließt mit folgender nachstehend wörtlich wiedergegebener Zusammenfassung und den daraus sich ergebenden Schlußfolgerungen:

1.

Im Jahre 1978 gab es in Bayern 133 875 Schulabgänger unter 18 Jahren, wovon 129 859 in das Berufsleben eintraten. Von der Kassenärztlichen Vereinigung wurden 129 477 – davon 125 900 statistisch auswertbare – Erstuntersuchungen abgerechnet. Aus dem Vergleich der Gesamtzahl der Berufsanfänger mit der Zahl der abgerechneten Untersuchungsbögen läßt sich die Beteiligung an der Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz ablesen. Diese Relation war 1978 und 1977 nahezu gleich, insgesamt wesentlich günstiger als 1976 und übertraf auch dieses Mal wieder die Ergebnisse von 1975 und 1974.

2.

Im Berichtsjahr wurden 90 343 Jugendliche nachuntersucht. Damit blieben die Nachuntersuchungen hinter den Erstuntersuchungen von 1977 – 126 131 – wieder etwas weiter zurück als im Jahr davor. Irgendwelche bedeutsamen Rückschlüsse auf die Beteiligung an den Nachuntersuchungen können daraus dennoch nicht gezogen werden, weil eine größere Anzahl Jugendlicher vor dem Nachuntersuchungstermin das 18. Lebensjahr vollendet hatte und damit nicht mehr zu den Untersuchungspflichtigen zählte. Die Einbeziehung der weiteren Nachuntersuchungen (§ 34 JArbSchG) in dieses Zahlenmaterial hat auf das Ergebnis keinen wesentlichen Einfluß.

3.

Der prozentuale Anteil derjenigen Erstuntersuchten, die ärztlicher Behandlung bedurften, ist nach einem Maximum – etwa 14,5 Prozent in den Jahren 1971 bis 1973 – seit 1974 laufend zurückgegangen. Der jeweilige Anteil betrug 1974 13,4 Prozent (zahnärztliche Behandlung 7,2 Prozent), 1975 12,9 Prozent (6,5 Prozent), 1976 11,5 Prozent (6,2 Prozent), 1977 10,5 Prozent (5,6 Prozent) 1978 9,2 *Prozent (4,8 Prozent)*. Bei den Nachuntersuchten ergaben sich diesbezüglich folgende Zahlen: 1974 12,3 Prozent (zahnärztliche Behandlung 7,3 Prozent), 1975 12,1 Prozent (6,8 Prozent), 1976 10,5 Prozent (6,1 Prozent), 1977 9,5 Prozent (5,7 Prozent), 1978 8,5 *Prozent (5,0 Prozent)*. Hier ist die Tendenz also ebenfalls eindeutig rückläufig.

Gefährdungsvermerke, die zu Beschäftigungsverboten geführt haben, sind bei den Erstuntersuchten erstmals nicht weniger geworden. Gegenüber dem Vorjahr ist sogar eine leichte Steigerung eingetreten. Ebenso ist bei den Nachuntersuchten eine geringfügige Zunahme festzustellen.

	Erstuntersuchte	Nachuntersuchte
1973	23,9 %	22,0 %
1974	21,9 %	20,4 %
1975	20,3 %	16,6 %
1976	18,7 %	16,0 %
1977	16,6 %	14,5 %
1978	17,2 %	14,7 %

4.

Die vor Eintritt in das Erwerbsleben überstandenen Krankheiten haben mit Einflüssen der Arbeitswelt nichts zu tun und dienen ebenso wie die zwischen Erst- und Nachuntersuchung aufgetretenen Krankheiten und Operationen lediglich der Bestandsaufnahme. Die Unfälle der

Nachuntersuchten sagen mehr aus, ist doch ein nicht unwesentlicher Anteil sicherlich den betrieblichen Verhältnissen zuzuschreiben bzw. der mangelhaften Anpassung des Jugendlichen an die Gefahren am Arbeitsplatz. Nach wie vor liegt hier das Maximum mit 12,7 Prozent (1977 13,8 Prozent) bei den 16jährigen: es folgen die 17jährigen mit 12,1 (12,5) Prozent, die 15jährigen mit 10,0 (10,6) Prozent. Der Altersgang in der oben angegebenen Weise ist bereits seit Beginn der statistischen Erhebungen zu beobachten.

5.

Was die nachteiligen Auswirkungen der bisherigen Arbeit der Jugendlichen auf die Gesundheit anbelangt, so ist die fallende Tendenz, die nach 1976 festzustellen war, wieder zum Stillstand gekommen: 1973 0,6 Prozent, 1974, 75 und 76 je 0,5 Prozent, 1977 0,4 Prozent und 1978 0,4 Prozent.

Folgende Beschäftigungsverbote stehen unverändert im Vordergrund: (Erstuntersuchte = EU, Nachuntersuchte = NU; % = vom Hundert der Gefährdungsvermerke; Zahlen von 1977 in Klammern)

	EU %	NU %
– schwere (bei NU mittelschwere) körperliche Arbeit	45,8 (47,4)	39,4 (42,0)
– Arbeiten, die volle Sehkraft erfordern	37,4 (35,2)	39,2 (37,2)
– häufiges Heben, Tregen und Bewegen von Lasten	26,1 (27,4)	24,0 (24,9)
– Arbeiten, die Schwindelfreiheit erfordern	6,8 (7,1)	7,5 (6,8)
– Arbeiten im Stehen	5,4 (5,9)	5,2 (5,7)

Auffällig ist hier wie im Vorjahr ein weiterer deutlicher Anstieg der Beschäftigungsverbote wegen Minderung der Sehkraft. Bei den Erstuntersuchten gehen die meisten Gefährdungsvermerke auf Einschränkungen des Sehvermögens zurück, während bei den Beschäftigungsverboten die Minderbelastbarkeit des Skeletts und der Muskulatur an erster Stelle steht. Ähnlich verhält es sich bei den Nachuntersuchten. Dort folgen den an der Spitze stehenden Sehstörungen Skelettveränderungen und schwache Muskulatur, d. h. also Minderbelastbarkeit des Stütz- und Bewegungsapparates.

6.

Gegenüber den Jahren 1975 bis 1977 ist ein Rückgang der Angaben über eine aktive Teilnahme an Sport, Turnen oder anderen Formen körperlicher Ertüchtigung zu verzeichnen:

	EU %	männl. %	weibl. %
1973	53,4	62,0	44,4
1974	54,7	63,3	45,2
1975	54,5	63,0	45,3
1976	54,8	61,0	38,9
1977	55,6	63,3	46,3
1978	53,7	62,0	45,0

	NU %	männl. %	weibl. %
1973	40,0	51,1	27,3
1974	39,2	50,1	26,6
1975	39,2	49,3	27,0
1976	39,0	48,4	27,7
1977	38,8	47,6	27,8
1978	36,2	44,9	25,5

Der hier schon wiederholt ergangene Appell an Eltern, Meister, Betriebsärzte und andere Bezugspersonen, die Motivation zu sportlicher Betätigung der Jugendlichen zu aktivieren, ist daher mehr denn je aktuell.

Wahlen im Marburger Bund

Auf der Jahresversammlung des Marburger Bundes, Landesverband Bayern, am 20. September 1980 wurden gewählt:

1. Vorsitzender:
Professor Dr. med. Detlef Kunze, München

2. Vorsitzender:
Dr. med. Friedrich Strobl, Ingolstadt

Beisitzer:
Dr. med. Michael Bartoschek, Bamberg
Dr. med. Gerhard Dandorfer, Schweinfurt
Dr. med. Georg Fuchs, Würzburg
Dr. med. Ansgar Hahn, Bad Neustadt
Dr. med. Franz Josef Helmig, München
Dr. med. Rüdiger Hohenbleicher, Vilsbiburg
Dr. med. Peter Holzer, München
Dr. med. Winfried Koller, München
Dr. med. Wolfgang Robens, Würzburg
Dr. med. Hannelore Siebold, Kempten
Dr. med. Günter Steurer, Ansbach
Dr. med. Volkhard Ulbert, München
Dr. med. Sibylle Wagner, München
Privatdozent Dr. med. Gerhart Wündisch, Bayreuth

Kooptierte Mitglieder:
Dr. med. Peter Eilert, München
Andreas Unterberg, Gräfelfing

Ehrenvorsitzende:
Dr. med. Jürgen Bausch, Salmünster
Dr. med. Klaus Dehler, Nürnberg
Medizinaldirektor Dr. med. Hermann Mühleisen, Amberg

Personalia

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Professor Dr. med. Herbert Lang, Türkenstraße 71, 8000 München 40, wurde mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Ingeborg Bausenwein, Hersbrucker Straße 8, 8500 Nürnberg;

Professor Dr. med. Wilhelm Feuerlein, Hilblestraße 40, 8000 München 19;

Medizinaldirektor a. D. Dr. med. Hugo Heyn, Mozartstraße 4, 8700 Würzburg;

Professor Dr. med. Otfried Messerschmidt, Neuherbergstraße 54, 8000 München 45;

Dr. med. Rudolf Rothlauf, Eichenweg 11, 8520 Erlangen;

Professor Dr. med. Eugen Schreck, Eichenweg 19, 8520 Erlangen

Dr. med. Ernst Strauß, Stadtplatz 115, 8263 Burghausen;

Dr. med. Heinrich Vogel, 8391 Tiefenbach Nr. 24 1/3;

Dr. med. Franz Wolf, 8351 Haus im Wald;

Dr. med. Max Josef Zilch, Karthauser Straße 14, 8400 Regensburg.

Hans Schmidinger

— Vom 14. Oktober bis 14. November 1980 findet im Ärzteheus Beyern, München 80, Mühlbeurstraße 16, eine Ausstellung von ausgewählten Bildern des Künstlerarztes Dr. Hans Schmidinger stett —

Dem Münchener Arzt Hans Schmidinger (1915 bis 1978) standen zeitlebens Malerei, Bildhauerei, Musik und deren Ausübung sowie der Beruf des Mediziners gleich nah. Die sinnliche Freude an der Kunst und die Liebe zu den Menschen waren Voreussetzung für die Innere Harmonie, die seine charismatische Ausstrehlung begründete.

Über viele Jahre hinweg steht der Brunnenbau im Mittelpunkt seines künstlerischen Interesses. Hier sieht Schmidinger die Möglichkeit, ein Gesamtkunstwerk zu schaffen, das seine gestalterischen Ideen am reinsten vermittelt. Mit seinen Brunnen lädt er die Menschen zum Verweilen ein, zum Schauen und Lauschen, um sie in einem ständig sich ändernden Schauspiel seine Freude am dynamischen Dasein miterleben zu lassen. Die Themen werden unmittelbar von der sichtberen Umwelt bestimmt: Pflanzen, Bäume, Tiere, Menschen sind in abstrekt ornamentale Kupfer- oder Messingformen übertragen, die sich durch die Strahlen des Wassers

Kreuzigung

in ein andauerndes Mobile verwandeln. Diese kinetischen Brunnenskulpturen veranschaulichen rhythmische Bewegungsabläufe, die durch die Korrespondenz der Kunstform mit dem Element des Wassers ausgelöst werden. Die Gestalt des Kunstwerks erneuert sich daher ständig und offenbart eine hohe Form des Spiels, die Kunst und Natur in Raum und Zeit miteinander verbindet und durch die Wandelbarkeit des Wasserstrahls ein ekustisches Klanggebilde erzeugt, das auch die Musik mit einschließt.

Erst vier Monate vor seinem Tod, um den er wußte, entschied sich Schmidinger ganz für die Malerei als seelisches Ausdrucksmittel und schuf allein in dieser kurzen Zeitspanne ein Werk von zweihundert großartigen Bildern. Diese gehören keiner bestimmten malerischen Richtung an, sondern offenbaren ein Zugleich aller künstlerischen Möglichkeiten, um Abschied von dieser Welt zu nehmen.

Die erste Gruppe wird von Erinnerungen an sinnliche Eindrücke bestimmt, schöne Ornamente, betörende Blumen. Mit einfachster, aber magisch kreisender Form wachsen Kelche von Blüten herauf, auf denen eine brennende, dunkel rufende Farbe liegt. In diese Farbaura bettet sich ein Märchenhaftes ein, das die Blumenwesen nahe an uns heranrückt. Die Formenvereinfachung und Farbintensivierung sind hier der Weg, um die Empfindung an den Dingen und den seelischen Bezug zu ihnen sichtbar zu machen.

Die zweite und größte Gruppe gilt dem Bild vom Menschen. Dieser existiert nicht einsam und verloren in einer fremden oder gar feindlichen

Das erste Venodiureticum

dehydro sanol tri

entstaut aktiv mit sanftem Zwang

kaliumneutral

Zusammensetzung: Triamteren 20 mg, Bemetizid 10 mg, Hesperidin-Komplex 80%ig (Citrus-Flavonoide) 50 mg, Aneurinnitrat 2 mg. **Indikationen: Schmerzhafte Stauungsbeschwerden** in den Beinen, statische (lokale) Ödeme mit Störung der Kapillarpermeabilität. **Dosierung: Täglich morgens 1 Dragée** nach dem Frühstück einnehmen. Erhaltungsdosis: Einnahme von 1 Dragée jeden 2. oder 3. Tag morgens. **Nebenwirkungen:** Nach Literaturangaben: Benzothiadiazin-Derivate können in seltenen Fällen Veränderungen des Blutbildes verursachen. Bei Anwendung von Triamteren kann es sehr selten zu Veränderungen des roten Blutbildes (Megaloblastose) kommen. Zum Präparat: Selten Magen- und Darmbeschwerden, Schwindel und hypotone Dysregulationsstörungen (z.B. bei Patienten mit orthostatischem Syndrom). DEHYDRO SANOL TRI kann die Wirkung blutdrucksenkender Mittel verstärken. **Kontraindikationen:** Schwere Leber- und Niereninsuffizienz, therapieresistente Hypo- und Hyperkaliämie, Sulfonamidüberempfindlichkeit, Gicht, in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten. **Hinweise:** Bei Diabetikern ist eine Herabsetzung der Glukosetoleranz möglich. Bei Langzeitbehandlung empfehlen wir monatliche Kontrollen des Mineralstoffwechsels und Kontrollen der Harnstoffwerte bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion. Harnsäurekontrollen bei Patienten mit Gicht. Kontrollen des Blut- und Harnzuckers bei Diabetikern. **Darreichungsformen und Preise:** Packung mit 20 Dragées DM 18,87 incl. MwSt. Packung mit 50 Dragées DM 38,95 incl. MwSt. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserer wissenschaftlichen Basisdokumentation oder fragen Sie unseren Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.
Sanol Schwarz GmbH, 4019 Monheim

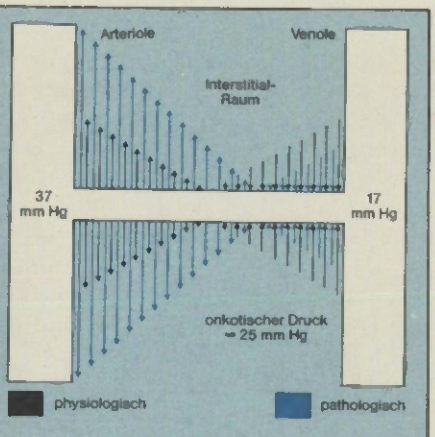
Spezialist im Dienst der Gesundheit

SANOL SCHWARZ

Schreiben Sie uns

. . . ob Sie bei einem venostatischen Ödem ein Venenmittel oder ein Venodiuretikum einsetzen. Ihre Erfahrung ist für uns wichtig!

1. Wird der Druck in den Beinvenen zu groß, wird Flüssigkeit ins Gewebe gedrückt. Es kommt zum **venostatischen Ödem.**



Schematische Darstellung der Druckgradienten entlang der Gefäßwand einer Muskelcapillare.

2. Mit einigen Venenmitteln kann man zwar die Entstehung von Ödemen hinauszögern, nicht aber bestehende **venostatische Ödeme** ausschwemmen.

„Ich glaube, daß diese Substanzen einen gewissen Schutzeffekt für die Gefäße darstellen, die noch einigermaßen normal sind, bei denen sich erst krankhafte Prozesse entwickeln können, nicht jedoch darin, daß die Substanz beim „dicken Bein" die morphologisch bereits veränderten Kapillaren wieder gesund macht!"

Felix, W.: in „Ergebnisse der Angiologie" Bd. 16, S. 87, Schattauer Verlag, Stuttgart, 1977

3. Zur Behandlung und Beseitigung des **venostatischen Ödems** wird als Ergänzung bzw. Alternative zur Kompressionstherapie immer wieder ein **mildes** Diuretikum gefordert.

„Vielmehr ist eine mäßige Wirkung erwünscht, und eine starke muß unter allen Umständen vermieden werden. Dies ist aber mit einem stark wirkenden Diuretikum zwar in der Theorie, doch kaum in der Praxis zu erreichen!"

Felix, W.: in „Ergebnisse der Angiologie" Bd. 16, S. 15, Schattauer Verlag, Stuttgart, 1977

4. Somit eignet sich nicht jedes Diuretikum zur Therapie des **venostatischen Ödems.**

DEHYDRO SANOL TRI ist bei Behandlung des **venostatischen Ödems** anerkannt.
Es senkt den Druck in den Venen, so daß Wasser aus dem ödematösen Gewebe ins Gefäßnetz abströmen kann, gesundes Gewebe aber nicht ausgetrocknet wird.

„Bei venösen Beinleiden wenden wir immer eine Kompressionstherapie an, die wir mit der Pharmakotherapie kombinieren. Sind Ödeme vorhanden, geben wir das Venodiuretikum **DEHYDRO SANOL TRI** zur Ausschwemmung der Ödeme?"

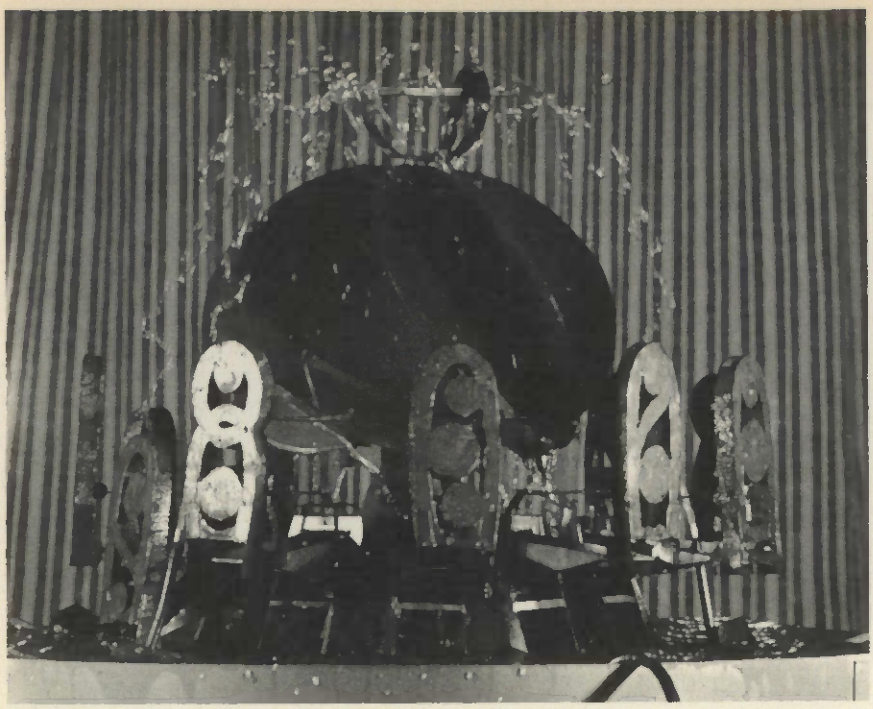
Dustmann, H. O.: In „Ergebnisse der Angiologie" Bd. 16, S. 90, Schattauer Verlag, Stuttgart, 1977

10 Millionen Verordnungen jährlich belegen die hohe Wirksamkeit und gute Verträglichkeit.
Bitte vergleichen Sie beim **venostatischen Ödem** **DEHYDRO SANOL TRI** mit einem Venenmittel – auch von den Kosten.

Schreiben Sie uns, welche Ergebnisse Sie aus diesem Vergleich gezogen haben. Auch Ihre Erfahrungen mit **DEHYDRO SANOL TRI** sind für uns wichtig.

Schreiben Sie uns

Sanol Schwarz GmbH, Mittelstraße 11–13, 4019 Monheim



Brunnen

Umwelt, sondern er befindet sich stets im Dialog mit seinem Mitmenschen, im Nebeneinander, Miteinander oder auch Gegeneinander. Mit liebevollem Humor führt Schmidinger uns die Spielenden vor, die Schauenden, die Streitenden, die Staunenden, die Diskutierenden, die Angeberischen oder auch nur die Beiden unter der Frisierhaube. Situationen aus dem prallen Leben sind da herausgegriffen, ihr Anlaß liegt immer im alltäglichen Bereich. Wir sehen nicht das Hintergründige, sondern die menschlichen Schwächen, das komisch Unbeholfene und Naive, das letztlich zu Verständnis und Nachsicht führt. Vor einfarbig getöntem Hintergrund heben sich die Gestalten in leuchtenden Farben ab, die maskenhaften Gesichter pointiert und karikiert mit feiner Tuschezeichnung. Die Menschen sind wie Schauspieler, die die merkwürdigen Begegnungen und Ereignisse des Lebens und deren Komik vorspielen, Akteure einer Weltbühne, die das Leben als heiteres Welttheater vorstellt.

Nach diesem fröhlichen Abschied von der sichtbaren Welt, die für Schmidinger trotz seiner Krankheit so ganz ohne tragischen Unterton bleibt, wendet er sich einer dritten Gruppe von Bildern zu. Es sind jetzt religiöse Themen, die sich auf Kreuzigung und Erlösung konzentrieren. In zeichenhaften, abstrakten Abbreviaturen erscheint immer wieder der Gekreuzigte, zu dem eine Gruppe von Lebenden als Gesamtheit der Gläubigen emporsieht, auch sie zurückgeführt auf ein einfaches geometrisches Schema, verbunden durch leuchtende Farbigkeit. Mit dieser Reduktion führen die Bilder unmittelbar in den Bereich religiöser Meditation.

Die vierte und letzte Gruppe bedeutet für Schmidinger den Höhepunkt seines Lebens und künstlerischen Schaffens. Er entdeckt die Möglichkeit, Musik und Malerei zu vereinen und setzt die Bachschen Goldberg-Variationen, die ihn ein Leben lang gefesselt hatten, auf die Bildfläche um. Damit gibt er seine seelische Betroffenheit beim Anhören oder Spielen der Musik und deren Interpretation für die Nachwelt eindringlich wieder. Im Wettlauf mit der Zeit und mit dem immer weiter geschwächten Körper kämpfend, transponiert er die musikalischen Klangstrukturen in visuelle malerische Entsprechungen. Dreißig abstrakte Bilder krönen sein Werk mit rhythmischen Farb- und Formstrukturen, die die harmonische, melodisch-kontrapunktische und polyphone Musikwelt von Bach als farbige Vision von sphärischen Klängen sichtbar machen.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Gitte Battenberg, Prinzregentenstraße 79, 8000 München 80

Personalia

Bergmann-Plakette für Dr. Strauß

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekamer, Professor Dr. Sewering, überreichte anläßlich einer Sitzung des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern Dr. med. Ernst Strauß, Stadtplatz 115, 8263 Burghausen, die Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Dr. Strauß, der auch seit 28. April 1976 Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Altötting ist – seit 1954 Fortbildungsbeauftragter für die ärztliche Fortbildung des Ärztlichen Kreisverbandes –, hat sich über zweieinhalb Jahrzehnte in hervorragender Weise für die ärztliche Fortbildung eingesetzt, wobei er auch sich selbst immer wieder als Referent und seine Ertahrung als Chefarzt der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses zur Verfügung stellte. Zehn Jahre lang, von 1964 bis 1974, veranstaltete er monatlich an einem Samstagvormittag „Klinische Demonstrationen" im Kreiskrankenhaus Burghausen. Seither führt er klinische Abende durch, die durch ihn, seine Mitarbeiter und durch auswärtige Referenten gestaltet werden. Darüber hinaus hat er eine große Zahl von EKG-Kursen für Anfänger und Fortgeschrittene abgehalten. Insgesamt hat Kollege Dr. Strauß in dieser Zeit weit über 250 Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, die er überwiegend selbst mit seinen Mitarbeitern gestaltete. Dr. Strauß hat sich um die ärztliche Fortbildung verdient gemacht.

Es ist ihm und den Ärzten des Landkreises Altötting zu wünschen, daß er noch viele Jahre seiner Tätigkeit als Fortbildungsbeauftragter und Standespolitiker nachgehen kann.

Bayerische Staatsmedaille

Dr. med. Gabriel Mayer, Pfeilweg 2, 8023 Pullach, wurde vom Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung die Bayerische Staatsmedaille für soziale Verdienste verliehen.

Vollzug des Bundes-Seuchengesetzes (BSeuchG): Meldepflicht

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 1. Juli 1980 – Nr. I E 9 - 5279/20 - 1/80 –

Die Gesundheitsämter beschaffen Formblätter nach dem Muster der Anlage und geben sie an die Meldepflichtigen unentgeltlich ab.

Die Gesundheitsämter tragen die Kosten für das Übermitteln der Meldungen (§ 62 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BSeuchG). Sie fügen jedem Formblatt einen roten Umschlag (DIN C 6) bei. Dieser trägt den Hinweis „Gebühr zahlt Empfänger" und bündig, aber deutlich abgesetzt (etwa 1 cm) über der Anschrift des Gesundheitsamtes den Vermerk „Antwort".

Die bisher verwendeten Formblätter können aufgebraucht werden.

Die Nummern 1, 9 und 10 der Bekanntmachung vom 13. Februar 1970 (MABl S. 117) werden aufgehoben.

Auf den Abdruck der Vorderseite mit den persönlichen Daten des Erkrankten kann verzichtet werden.

Die Rückseite hat folgenden Text, der uns für die Ärzte in Praxis und Krankenhaus wichtig erscheint:

1. Dem für den Aufenthatt des Betroffenen zuständigen Gesundheitsamt ist **unverzüglich** zu melden, spätestens innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis (§§ 3, 5 Bundes-Seuchengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Dezember 1979, BGBl I S. 2262)

1.1 der **Krankheitsverdacht**[1]), die **Erkrankung**[2]) sowie der **Tod** an

Botulismus
Cholera

Enteritis infectiosa
a) Salmonellose
b) übrige Formen einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung

Fleckfieber
Lepra
Milzbrand
Ornithose
Paratyphus A, B und C
Pest
Pocken
Poliomyelitis
Rückfallfieber
Shigellenruhr
Tollwut
Tularämie
Typhus abdominalis
virusbedingtem hämorrhagischen Fieber

1.2 die **Erkrankung**[2]) sowie der **Tod** an angeborener

a) Zytomegalie
b) Listeriose
c) Lues
d) Toxoplesmose
e) Rötelnembryopathie

Bruzellose
Diphtherie
Gelbfieber

Leptospirose
a) Weilsche Krankheit
b) übrige Formen

Malaria

Meningitis/Enzephalitis
a) Meningokokken-Meningitis
b) endere bakterielle Meningitiden
c) Virus-Meningoenzephalitis
d) übrige Formen

Q-Fieber
Rotz
Trechom
Trichinose

Tuberkulose (aktive Form)
a) der Atmungsorgane
b) der übrigen Organe

Virushepatitis
e) Hepatitis A
b) Hepatitis B
c) nicht bestimmbare und übrige Formen

anaerober Wundinfektion
a) Gasbrand/Gasödem
b) Tetanus

1.3 der **Tod** an
Influenza (Virusgrippe)
Keuchhusten
Masern
Puerperalsepsis
Scharlach

1.4 jeder **Ausscheider**[3]) von
Choleravibrionen

Salmonellen
a) S.typhi
b) S.paratyphi A, B und C
c) übrige

Shigellen

1.5 die Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes oder -verdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

2. Zur Meldung verpflichtet sind (§ 4 Bundes-Seuchengesetz)

2.1 der behandelnde oder sonst hinzugezogene Arzt (in Krankenhäusern und Entbindungsheimen ist zusätzlich der leitende Arzt für das Einhalten der Meldepflicht verentwortlich),

2.2 ersatzweise jede sonstige mit der Behandlung oder Pflege des Betroffenen berufsmäßig beschäftigte Person, die hinzugezogene Hebamme, auf Seeschiffen der Kapitän, die Leiter von Pflegeanstalten, Justizvollzugsanstalten, Heimen, Lagern, Sammelunterkünften und ähnlichen Einrichtungen.

3. Zusätzliche Meldepflichten für Krankenhäuser und ähnliche Einrichtungen (§ 6 Abs. 4, § 8 Bundes-Seuchengesetz):

3.1 Der leitende Arzt eines Krankenhauses oder Entbindungsheimes ist dafür verantwortlich, daß die Aufnahme meldepflichtiger Fälle (s. Nr. 1) sowie deren Entlassung unverzüglich dem für den Aufenthalt des Betroffenen zuständigen Gesundheitsamt angezeigt werden.

3.2 Treten in Krankenhäusern, Entbindungsheimen, Säuglingsheimen, Säuglingstagesstätten etc. durch Krankheitserreger verursachte Erkrankungen nicht nur vereinzelt auf, so ist der leitende Arzt dafür verantwortlich, daß diese Erkrankungen unverzüglich els „Ausbruch" dem Gesundheitsamt gemeldet werden.

[1]) Krenkheitsverdächtig ist eine Person, bei der Erscheinungen bestehen, die das Vorliegen einer bestimmten übertragberen Krenkheit vermuten lassen.

[2]) Krenk ist eine Person, die an einer übertragbaren Krenkheit erkrankt ist.

[3]) Ausscheider ist eine Person, die Krenkheitserreger ausscheidet, ohne krenk oder krenkheitsverdächtig zu sein (§ 2 Bundes-Seuchengesetz).

Ausschnitte aus dem Schaffen Bayerischer Schriftstellerärzte (III)

Wir fahren heute mit den Sondervorstellungen bayerischer Schriftsteiierärzte fort. Vor zwei Jahren hatten wir mit Confrère Erwin Stetter begonnen, voriges Jahr wer es unser leider kranker Confrère Bernhard Rauch und dieses Jahr geben wir dem allen Lesern des „Äskulap und Pegasus" wohlbekannten Confrère Alfred Rottler das Wort. Er gibt uns mit den nachfolgenden, bisher nicht veröffentlichten Manuskripten, damit dem Wunsche der Schriftleitung folgend, einen interessanten Einblick in sein weit gestreutes Arbeitsgebiet, das sich mit ellen Arten der Dichtkunst befaßt.

Wir haben Confrère Rottler, der Gründungsmitglied der Bayerischen Lendesgruppe und des BDSÄ sowie dessen erster Verbandssekretär ist, in Heft 2/1970, S. 196/97, des „Bayerischen Ärzteblattes" vorgestellt. Auf diesen Artikel sei hingewiesen. in der Zwischenzeit hat sich natürlich bei der Vitalität unseres Confrères auf dem Gebiete der Verbandspolitik und der Schriftstellerei ellerhand getan. Davon möchten wir wenigstens das Wesentliche kurz anführen.

Als erster Verbandssekretär unter der Präsidentschaft unseres verehrten Heinz Schauwecker hat sich Confrère Rottler schnell und sicher in die oft schwierigen und völlig neuen Probleme der Schriftstellerärzte eingearbeitet, so daß ihm das Vertrauen dieser bald immer weitere neue Aufgeben übertrug, die er mit seinem gewohnten Elan und mit Zuverlässigkeit bewältigt. Er ist in der Zwischenzeit zum Generalsekretär der internationalen Union Mondiale des Ecrivains Médecins, zum Vizepräsidenten der BDSÄ und zum Vizepräsidenten der mit uns freundschaftlich verbundenen Regensburger Schriftstellergruppe gewählt worden. Er ist auch Mitglied des Verbandes der fränkischen Schriftsteller. Neben diesen Ämtern, die eine Menge Arbeit mit sich bringen, het er das dreisprachige Periodikum der UMEM „Musa Medica" gegründet, deren Redaktion er seitdem leitet. Dabei kommt ihm die Beherrschung der französischen Sprache sehr zu statten.

Trotz der zeitraubenden Tätigkeit für unseren Verband ist Rottier schriftstellerisch noch sehr fruchtbar. Anläßlich der Olympiaden in Rom, innsbruck, Tokio, Mexiko, Grenoble und München Reisebeschreibungen, Erzählungen, Romane, Kurzgeschichten, Essays, Gedichte in Anthologien von Coryiis, Pratschke, Jüngling, Reichel, ferner im „Boot", in der „Oberpfalz", „Nordgau", „Nürnberger Nachrichten", „Die Waage", im „Bayerischen, Baden-Württembergischen und Deutschen Ärzteblatt", eine Kurzgeschichte in einer Warschauer Zeitung übersetzt und zum Wettbewerb ein- und eine solche ins Frenzösische gereicht; zum Schluß noch mehrere Kunstkalender „Lyrik und Grafik" von Professor Huber, Nürnberg, illustriert.

Dazu kommen noch sechs Buchveröffentlichungen*), die zum Teil im „Beyerischen Ärzteblatt" besprochen" wurden.

Dr. med. Robert Peschke, Emskirchen

Im folgenden bringen wir nun eus seinem Schreibtisch eine Auswahl unveröffentlichter Manuskripte.

Aus Rottlers Gedichten und Aphorismen

Je nech Deinen Fëhigkeiten
wirst Du dulden oder streiten.

Angriff oder Flucht.
Gesegnet und verflucht.

Ich finde einen elten Brief,
den ich vergaß, den ich verschlief.

Den Treum vermegst du erst zu deuten,
der erfüllt.

Rechtsprechen läßt sich leicht,
wenn Unrecht ruchbar.

Am größten ist Gefahr für Prahler
nachher.

Hinter deinem weißen Kittel schleicht der Tod.

Wissenscheft ist nichts anderes, els eine Forscherfehrt in die Wirklichkeit. Der Einfachste kenn sie finden.

Der Teufel hat es eilig.
Gott läßt sich Zeit. Sie ist heilig.

Ein freier Mensch
lebt seiner Überzeugung.
Kennst Du einen?

Nicht der Wein, das Trinken macht zum Säufer.

Viele fellen, bis ihre Idee Fuß gefeßt.

*) „Den Sternen verschwistert", Privatdruck. „Brautzug in Kärnten". Heimatverleg, Margarethenstraße 114, A-1050 Wien, OM 12,50. Bayer. Ärztebl. 12/1975, S. 1012.

„Charekter- und Landschaftsbilder". Rudolf-Diesel-Fachschule, Nürnberg.

„Hoch-Zeit des Staufers". Hohenloher Druck- und Verlagshaus Gerabronn. DM 18,—. Bayer. Ärztebl. 11/1977, S. 1137.

„Windstille Sonnentage". Relief Verlag, Martin-Greif-Straße 3, 8000 München 2. DM 18,—. Bayer. Ärztebl. 4/1979, S. 364.

„Ergebnis ellenlenger Erfahrung" — Aphorismen.

SEKRETOLYTIKUM
bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationsn: Akute, subekute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom; sinogener Kopfschmerz. · **Kontrsindikstionen** und **Nebsnwirkungsn** sind bisher nicht bekannt. · **Zusammensstzung:** 100 g enthslten 29 g Mazerat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,8 g, Herb. Rumic. acet. 0,8 g, Flor. Sambuc. 0,8g, Herb. Verben. 0,8 g - 1 Oragée 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 ½ bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dregées. · **Handelsformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 8,95, OP mit 60 Dragées DM 8,95, OP mit 240 Dragées DM 26,80; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Oragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

DEFLUINA®

BLUT-UMVERTEILUNG IN DAS ARTERIELLE SYSTEM

DEFLUINA® nutzt die physiologischen Gegebenheiten: Kontinuierlicher Durchfluß durch Blut-Umverteilung. Denn DEFLUINA® mobilisiert den Venenpool ohne nachteilige Beeinflussung der Kreisloufporometer. Dos größere Blutangebot färdert die Ausbildung funktionsfähiger Kollaterolen und sorgt für eine bessere Durchblutung in bisher minderversorgten Gebieten.

Wirksame Bestandteile: 1 Tablette enthält: Raubasinhydrochlorid 2 mg, Dihydroergocristin-methansulfonat 0,2 mg, Dihydroergotamin-methansulfonat 0,05 mg. 1 ml (ca. 30 Tropfen) enthält: Roubasin 8 mg, Dihydroergocristin-methansulfonat 0,8 mg, Dihydroergotamin-methansulfonat 0,2 mg. **Anwendungsgebiete:** Arterielle Durchblutungsstörungen (peripher, zerebral), Angioneuropathien. **Gegenanzeigen:** Dekompensierte Herzinsuffizienz, Klappenstenosen des Herzens, starke Einengung der Lungenstrombahn. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die Wirkung zentraldämpfender Pharmako kann verstärkt werden. **Dosierungsanleitung:** Tabletten: Soweit nicht anders verordnet, 3mal täglich 1–2 Tabletten einnehmen. Tropfen: Soweit nicht anders verordnet, 3mal täglich 15 – 30 Tropfen, am besten in etwas Wasser, einnehmen. **Warnhinweise:** Eine eventuell bestehende Herzinsuffizienz muß vorher kompensiert werden. Die Tabletten sind lichtempfindlich; sie sollen daher stets in der Faltschachtel aufbewahrt werden. **Packungsgrößen und Preise*:** 30 ml Tropfen DM 32,15, 60 ml Tropfen DM 58,85, 300 ml Tropfen (10 x 30 ml = Klinikpackung), 50 Tabletten DM 22,87, 100 Tabletten DM 40,66, 500 Tabletten (10 x 50 Tabletten = Klinikpackung) *(Apoth.-Verk.-Preise mit MwSt.).

NATTERMANN

Glück gibt es für elle, nur nicht als Vordruck.

Wer himmelan spuckt, bespeit sich selbst.

Ich verstehe nicht
plärrte der Preßluftbohrer,
wenn man vom Lärm spricht.

Wer zweifelt, ob er enkommt,
sollte nicht reisen.

Der den Tod zum Freund wählt,
liebt noch lieber das Leben.

Auch die kleinste Kritzelei
steuert zum Gesamtbild bei.

Schwermut

Immer Abschied feiern,
um zurückzukehren;
gleiche Floskeln leiern,
stets das Aug' verschleiern,
ohne sich zu wehren
bleiern
den Reihern
oder Geiern,
die danach gehren,
sich euszuleeren.

Ein kleines Wort,
ich liebe Dich,
wirf es nicht fort!
was bliebe ich?
Das leise Lied,
das Du mir sangst,
indes mich mied. –
Mir ist so engst.

Ahasver

Wechsel und Wandern
zur nächsten,
zur andern,
wie den Verhexten
jagt mich der Trieb.

Lüge mag es scheinen,
immer der einen
nur bin ich lieb.

Teumel und Treum!
Alle Quellen
münden;
Parallelen
finden
sich im Raum.

Des Gedicht

Ich hab'
in meinem Leben
so große Lieb' erfahren.
Ich gab
und werde geben
in ell den Jahren
nur Lieb'.
Ich gib
sie wieder, wieder
und meine Lieder
die ich schrieb,
nur Lieb'.
Was bleibt und blieb,
ist Lieb'.

Aus dem dramatischen Gedicht
„Michelangelo und Lukrezie" (1945)
(letzter Aufzug, Steinbruch in Carara)

1. Steinhauer:
Unbänd'ge Willenskräfte wohnen inne
dem Zwergenkörper mit dem hohen Sinne.

Michelangelo:
Des strahlende Gestirn des Tages teilt
zur Mitt' den hellen Tag. Die Zeit enteilt
und noch ist nicht das vorgenomm'ne Werk
zur Hälfte durchgeführt.
Noch hält der Berg
die Quadern fest des gleißenden Gesteins,
so wie es wohl seit Jahrmillionen steht,
bis es nach eben soviel Zeit vergeht.
Welch Riesenfäuste haben dermaleins
die schneeig weißen Massen aufgetürmt;
aus heut vertrockneten Weltmeereswogen,
und Korn bei Korn gelegt, die fortgezogen
unwandelbar im Weltuhrpendelschlag;
im Sturzfall grausem Sintflutwolkenbruch,
vielleicht auch liegen sie vom ersten Teg
denkwürdig seit dem
Sel = und = Werde = Spruch. –
Geschaffen oder worden, wie man mag,
ich weiß, wie alles war,
jedoch ich schweige
urewigen Geheimnis' stiller Zeuge.
Uns faßt's mit Ehrfurcht und voll Demut en.
So recht kleinwinziglich empfindet men
Geheimnisvolles außerhalb begrenzter
gepriesner Menschvernunft. –
Jäh, wie Gespenster
erstehen Zweifel, Fregen ob wir dürfen
In solch geweihter Erd'
geschäftig schürfen,
Jungfräuliches entheiligend, wie Dreck
wie Kehrricht,
nur um Reichtum zu gewinnen.
Nur Kunst und Arbeit,
ernster Lebenszweck,
die hoheitvollen Auftraggeberinnen
berechtigen den engemaßten Schritt.

Steinhauer:
Auf denn! Er steckt uns en.
Er reißt uns mit.

Aus „Griechische Tragödie"
Personen: Er, Paul – Sie, Franziska
4. Szene (Telefon läutet, der zweite Ehemann nimmt ab, es meldet sich der erste, Totgesegte, Peter)

Er, Paul:
Wer ist em Apparat? Wer bitte? Nochmals, wer bitte: Peter? Machen Sie, keinen blöden Witz! – Peter Burenkopf? Nein! Nein! Frenziske! Franziske! Komm schon. (Läßt den Hörer fellen, rennt wie besessen in die Küche) Ulk oder Spuk? Hirngespinst oder satanischer Scherz!

Sie:
Wer ist em Apparet? Ich bin verrückt! Das ist doch nicht wehr. Peter? Peter! Peter? Das ist nicht möglich. Es gibt kein Telefon aus dem Jenseits. – Du rufst eus Hof en. Und in zwei Stunden willst Du hier am Bahnhof sein. – Ich hole Dich ab, Peter. – Frage jetzt nichts! Ich bin pünktlich da. Auf Wiedersehen. Peter.
(Sie starrt vor sich hin und dreht geistesabwesend das Radio an;) nach einigen verschiedenen Tagesnachrichten, fährt sie hoch, denn eus dem Lautsprecher tönt der Ansager: Unser früherer Bürgermeister, der seit zehn Jahren Vermißte, tref heute mit einem Heimkehrertransport an der Landesgrenze ein. Wir begrüßen ihn auf das Aufrichtigste, voller Freude und Stolz!

Er:
(steht unter der Küchentüre)
Franziska!

Sie:
Peul schweig! Sage nichts! Ich brauche keinen Trost, was willst Du denn dazusagen, Menn.
Mann! Mann! Ich habe zwei Männer. Wem gehöre ich denn? Vor dem Gesetz? Vor Gott?

Er:
(wie auswendig und ebwesend)
wer unversehrt sein will, umarme nicht das Feuer, setze an die Lippen nicht den Kelch, streichle nie die Hand einer Frau und frage nicht ob Gott ist.

Sie:
Ich bin nicht ich. Wir sind nicht wir. Narren sind unter uns

Er:
(immer noch geistesabwesend)
Gnädig sind die Sterne, gnädig sind die strahlenden Häupter die ihren Glanz

Dichterlesung

veranstaltet von der **Landesgruppe Bayern des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte** in Zusammenarbeit mit der **Bayerischen Landesärztekammer**

am 10. Dezember 1980

16.00 Uhr – Ärztehaus Bayern, München

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

„Das Wort als Medizin"

Anmeldungen der Gäste für Teilnahme an der Lesung und am anschließenden Beisammensein erbeten an Dr. med. E. Stetter, Prechtlstraße 9, 8450 Amberg.

spiegeln. Gnädig sind die glühenden Sonnen, sie werfen Schatten für Schmachtende, daß sie nicht verbrennen.

Sie:
(verzweifelt schreiend)

wo bleibt der Schrei, den ich hinaus brüllte wie ein verendender Hirsch, als sie mir die Todesnachricht ins Haus brechten?

Vom Wind verwehrt, vom Sturm verschluckt, vom Getöse des Taglärms erstickt.

Es müsse ihn jeder, jeder hören – Jeder – habe ich gedacht. Keiner hat ihn vernommen und Dein Ohr, Herrgott, war euch verschlossen, sonst' hättest Du mir segen müssen, daß es eine Lüge war, eine infame Lüge. Felschmeldung, wie alle Meldungen damals. Aber Du hast mitgemacht, mit diesem Schwindel Du Gott, den ich so geechtet habe, Du hast mich hineintappen lassen in die grausemen Folgen, dieser Lüge. Du hest mitgelogen. Du kennst nicht der Gott sein für den ich Dich gehalten hebe. Du hast kein Herz. Veter, Vater schreie ich Dich an, Herrgott warum hast Du mir das engetan? Wo liegen Grenzen zwischen Wirklichkeit und Wahn? –

Ihr züchtigen Heusfrauen, Ihr ehrbaren Eheleute; Ihr erstmals Liebenden, ell Ihr verantwortungsbewußten Väter und all Ihr Mütter, die Ihr nie Anfechtungen erlegen seid, weint, weint über mich weint dreifach über mich, über meine Sünde, über mein unglückseliges Erleben. – Doch es gibt Vorbilder.

Alle haben wir gelernt eus dem Buch der Bücher, den Brudermord des Ersten Weibgeborenen, Jeremies Klege, den Schmerz des Titus, Jakobs Betrug, den lügenden Petrus, Hiobs heilloses Hinsiechen und das sinnlose Leiden des Lazerus.

Aus dem Menuskript **„Hel"** (1979) – Kapitel „Der Schiffsarzt"

(Der Grieche, der in Wien studiert het, spricht fehlerlos deutsch)

„Damit er in Frieden dem Nächsten dienen und sich dem Frieden weihen kenn, muß der Arzt selber den Frieden in sich haben. Es besteht eine Weltunion schriftstellernder Ärzte. Ich gehöre ihr en. Der Sinn dieser Institution ist nicht nur in Satzungen niedergelegt, sondern ist wehrheft verwirklicht: Völkerverständigung, Freundschaft unter den ‚confrères' aus aller Herren Länder, Förderung des Musischen, Vorschub leisten ellem Frieden. Überall können wir euf bekannte und berühmte Ärzte blicken, die sich der Poesie verschrieben haben. Viele davon, auch Schiller, haben gerungen, welchem Ruf sie folgen sollen: dort, wo sich Ethik und Ästhetik treffen und ergänzen. Im Gegensatz zu enderweitigen Auslegungen heißt die immerwährende Bestimmung des Dichters: ‚das Zerbrochene wieder ins Reine zu denken'. Wie nahe steht dieser Botschaft und Sendung der Arzt." „Für ihn steht das Wohlergehen und Wohlbefinden seiner Petienten en erster Stelle. Leben ohne Gesundheit ist eine Bürde, mit der Gesundheit ist es Glück."

Der leidenschaftliche Verfechter des Friedensarztes, der mich en Albert Schweitzer erinnerte, erzählte: „Auf einem Kongreß der Weltschriftstellerärzte in Debrecen hielt der jüdische Arzt Dr. Baron eus Polen einen Vortreg in deutscher Spreche und endete: „Die Dichter unter den Medizinern haben doppelte Pflicht, doppelte Verantwortung! Kein Haß." Der Arzt unterscheidet seine Krenken nicht nach Rasse, Religion, nach Idealen, Charakter, Persönlichkeit, Fähigkeiten, sozialer Lage oder intelektuellem Niveau, indem er sich nur mit ihrer Gesundung befaßt und dem Frieden." „Jeder besitzt alles, was er braucht, um tugendvoll zu werden." Er nahm nochmel seinen vorigen Gedenken euf: „Schon der Medizinmann, der Ahne unseres Berufes, wer nicht nur Heiler, sondern Sänger, Priester und Prophet, in Asien, in Afrika, im indianischen Amerika." „Zufriedenheit des Kranken durch Einheit von körperlicher und geistiger Gesundheit."

TIEFENWIRKUNG

hyperämisierendes Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-Therapie

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

mit dem Vorzug der besonderen Wirtschaftlichkeit
100 ml DM 8,94

Marament® Balsam N

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

Gegenanzeigen:
Bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern Langzeitbehandlung auf großen Flächen vermeiden; ebenso bei vorgeschädigter Niere.

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

Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:
O.P. Flasche mit 100 ml DM 8,94
O.P. Flasche mit 250 ml DM 18,27

WIDER

Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 2. Vierteljahr 1980

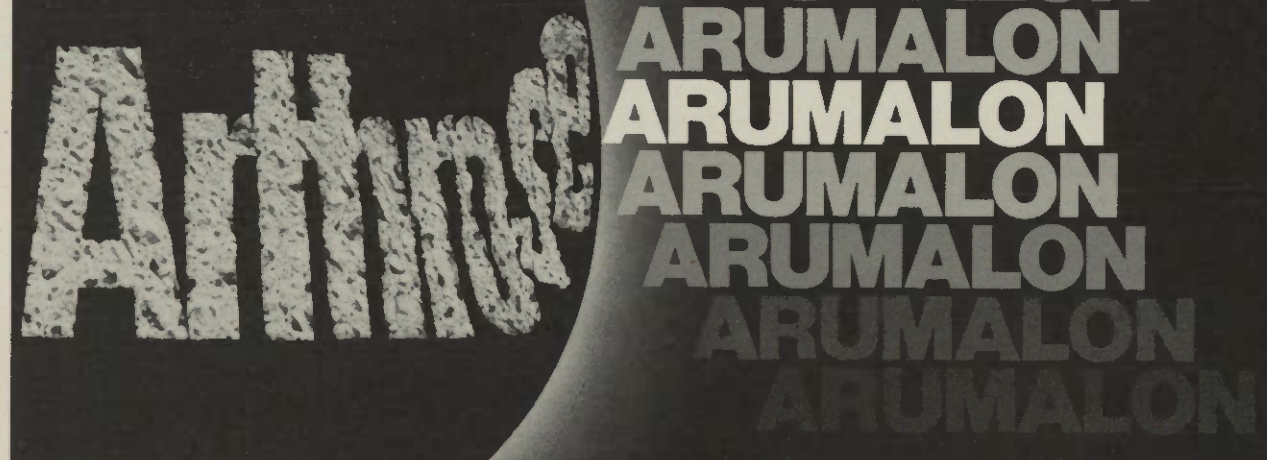
Nr. der ICD 1979[1])	Todesursachen	Sterbefälle		
		1979		1980
		Vierteljahres-durchschnitt	2. Vierteljahr	
001-139	Infektiöse und perasitäre Krenkheiten	212	209	237
	darunter			
011-018, 137	Tuberkulose insgesamt	114	99	116
140-199	Bösartige Neubildungen	6 318	6 156	6 227
	darunter			
151	des Magens	1 048	1 042	1 042
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms	969	885	941
160-163	der Atmungsorgane	914	900	961
174	der weiblichen Brustdrüse	505	457	470
179-182	der Gebärmutter	220	218	212
185	der Prostata	333	334	335
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphetischen und hämetopoetischen Gewebes	387	391	397
210-239	Gutertige Neubildungen, Carcinome in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekennten Cherekters	425	464	414
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrenkheiten, Störungen des Immunitätssystems	980	1 020	920
	darunter			
250	Diabetes mellitus	839	866	779
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	61	53	65
290-389	Psychiatrische Krenkheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	497	560	462
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	14 494	14 488	14 538
	darunter			
410	akuter Myokardinfarkt	2 976	2 911	3 168
411-414	sonstige ischämische Herzkrenkheiten	1 529	1 559	1 581
426, 427	Herz-Reizleitungs- und -Rhythmusstörungen	340	355	339
428, 429	Herzinsutfizienz und mengelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	3 145	3 221	3 015
430-438	Krenkheiten des zerebrovaskulären Systems	4 495	4 497	4 418
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	1 887	1 812	1 882
	darunter			
480-486	Pneumonie	654	591	698
487	Grippe	31	15	22
466, 490, 491	Bronchitis	559	550	541
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	1 655	1 677	1 612
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	151	128	172
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	87	94	72
571.2, .5, .6	Leberzirrhose	620	614	585
570, R. v. 571 u. 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gellengänge	335	328	335
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	628	618	571
	darunter			
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere	53	62	49
630-676	Kompliketionen der Schwengerscheft, bei Entbindung und im Wochenbett	6	7	5
680-739	Krenkheiten der Haut, des Unterheutzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	116	127	137
740-759	Kongenitele Anomelien	126	129	129
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinetelzeit haben	177	165	179
780-799	Symptome und mengelheft bezeichnete Todesursachen	399	411	396
E800-E949	Unfälle	1 552	1 617	1 592
	darunter			
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	817	877	834
E850-E869	Vergittungen	10	16	11
E880-E888	Unfälle durch Sturz	476	457	501
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	586	577	607
E960-E999	Mord, Totschleg und sonstige Gewalteinwirkungen	64	59	47
	Sterbefälle insgesemt	30 568	30 540	30 417

[1]) ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursechen.

Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamts aus den Ergebnissen der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenschauarzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln des sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette" steht, berücksichtigt.

ARUMALON®

**hemmt die Progredienz der Arthrose*
weil es die Chondrozyten reaktiviert**



*
IX. Europ. Kongress für Rheumatologie, Wiesbaden (1979): Über den Nutzen der Langzeitbehandlung von Coxarthrose-Patienten mit Arumalon (Rejholec et al.)

Indikationen: Degenerative Gelenkerkrankungen wie Kniegelenkarthrose, Hüftgelenkarthrose, Fingergelenkarthrose, Wirbelgelenkarthrose. **Dosierung:** Intramuskuläre Injektionen. Zur Prüfung der Verträglichkeit gibt man Testdosen von 0,3 ml am ersten und 0,5 ml am zweiten Tag, dann 5–6 Wochen lang zweimal 2 ml oder drei- bis viermal 1 ml Arumalon wöchentlich (insgesamt 25 ml). **Kontraindikationen:** Neigung zu allergischen Reaktionen auf Medikamente. **Nebenwirkungen:** Bei entsprechend disponierten Patienten können Unverträglichkeitserscheinungen (starke Rötung und/oder Pruritus an der Injektionsstelle, Urticaria, Unwohlsein, Schwindel und Hitzegefühl, leichter Kopfschmerz) auftreten. In solchen Fällen muß die Behandlung abgebrochen werden. **Hinweis:** Klinische Langzeituntersuchungen (10 Jahre) haben bestätigt, daß bei zweimaliger Kurbehandlung im Jahr das Fortschreiten des arthrotischen Prozesses entscheidend gehemmt wird. **Zusammensetzung:** 1 ml Injektionslösung enthält 0,4986 ml Extr. aquos. ex 0,25 g Cartilago sternocostalis, 0,4986 ml Extr. aquos. ex 0,15 g Medulla ossis rubra, 0,0028 ml m-Kresol (Stabilisator). **Handelsformen und Preise** (Stand 16. 1. 80): 5 Ampullen zu 1 ml DM 14,85; 25 Ampullen zu 1 ml DM 63,45; 50 Ampullen zu 1 ml (Anstaltspackung).

ROBA PHARM ROBA PHARM

Deutsche ROBAPHARM GmbH
7847 Badenweiler 3

Weitere Informationen, Literatur und Muster werden auf Wunsch zugestellt.

6086.0.80.118

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im August 1980 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Salmonellose-Erkrankungen wurden im August wiederum häufiger gemeldet als im Vormonat; die Erkrankungsziffer stieg von 94 auf 108, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen und auf ein Jahr umgerechnet. Im August des Vorjahres hatte diese Ziffer einen Wert von 124 erreicht.

Die Erkrankungshäufigkeit an Virushepatitis ging im Berichtsmonat leicht zurück, nämlich von 20 auf 19 Erkrankungen je 100 000 Einwohner. Davon entfielen 6 Fälle auf Hepatitis A, 9 auf Hepatitis B und 4 auf nicht bestimmbare und übrige Formen.

An Meningitis/Enzephalitis erkrankten im August etwas mehr Menschen als im Juli, und zwar sowohl an Meningokokken-Meningitis als auch an übrigen bakteriellen und virusbedingten Formen. Insgesamt stieg die Erkrankungsziffer von 12 auf 14 je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. Juli bis 31. August 1980 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningoenzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen [1]		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimmbare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	6	–	6	–	9	1	7	–	458	–	–	–	17	–	24	–	19	1
Niederbayern	3	–	6	–	1	1	5	–	72	–	–	–	3	1	7	–	2	–
Oberpfalz	4	–	1	–	–	–	11	–	90	–	1	–	5	–	–	–	4	–
Oberfranken	5	1	8	–	4	–	20	–	98	–	1	–	2	–	15	–	1	–
Mittelfranken	1	–	14	–	–	–	6	–	128	–	2	–	12	–	23	2	8	–
Unterfranken	1	–	5	–	4	–	2	–	172	1	10	–	9	–	12	–	4	–
Schwaben	4	–	4	1	–	–	5	–	109	–	18	–	10	–	17	–	5	–
Bayern	24	1	44	1	18	2	56	–	1127	1	32	–	58	1	98	2	43	1
Vormonat	13	1	30	1	11	1	45	1	784	–	35	–	50	–	79	–	38	–
München	1	–	1	–	3	–	1	–	160	–	–	–	10	–	16	–	8	–
Nürnberg	–	–	7	–	–	–	–	–	20	–	–	–	4	–	5	2	6	–
Augsburg	1	–	1	–	–	–	–	–	21	–	–	–	3	–	6	–	1	–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	14	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	32	–	5	–	–	–	–	–	1	–
Fürth	–	–	–	–	–	–	2	–	12	–	–	–	2	–	2	–	–	–
Erlangen	–	–	1	–	–	–	–	–	17	–	–	–	–	–	3	–	1	–

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellenruhr		Malaria		Ornithose		Leptospirose				Angeb. Toxoplasmose						Tollwutverdacht [2]
											Weilsche Krankheit		übrige Formen								
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20
Oberbayern	–	–	–	–	11	–	4	–	–	–	1	–	–	–	–	–					60
Niederbayern	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–					–
Oberpfalz	–	–	–	–	1	–	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–					12
Oberfranken	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–					5
Mittelfranken	–	–	–	–	2	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–					9
Unterfranken	–	–	–	–	–	–	2	–	1	–	–	–	–	–	–	–					13
Schwaben	–	–	1	–	3	–	3	–	1	–	–	–	–	–	–	–					17
Bayern	1	–	2	–	17	–	10	–	5	–	1	–	1	–	1	–					116
Vormonat	5	–	1	–	21	–	6	–	1	–	–	–	–	–	–	–					139
München	–	–	–	–	6	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–					13
Nürnberg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Augsburg	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Erlangen	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

E = Erkrankungen, einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle, unter Ausschluß der Verdachtfälle.

St = Sterbefälle.

[1]) Enteritis infectiosa übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.

[2]) Tollwutverdacht: Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes oder -verdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Coburg-West:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof-Neuhof:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Michelau, Lkr. Lichtenfels:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neustadt b. Coburg, Lkr. Coburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Zell, Lkr. Hof/Saale:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:
1 Augenarzt

Bamberg:
1 Hautarzt

Kronach:
1 Urologe

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

Unterfranken

Großostheim, Lkr. Aschaffenburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Laufach, Lkr. Aschaffenburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:
1 Allgemein-/Prektischer Arzt

Rauhenebrach, Lkr. Haßberge:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kleinheubach, Lkr. Miltenberg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schweinfurt, Stadtteil Bergl:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:
1 Augenarzt

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

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

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Hautarzt

Miltenberg, Lkr. Milfenberg:
1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Nervenerzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Urologe

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-1.

Oberpfalz

Fuchsmühl, Lkr. Tirschenreuth:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

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

Pechbrunn, Lkr. Tirschenreuth:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

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

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:
1 Hauterzt

Welden:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Landshuter Streße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71.

Niederbayern

Regen-Stadt:
1 Augenarzt

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Freuenerzt

Deggendorf-Stadt:
1 Hautarzt

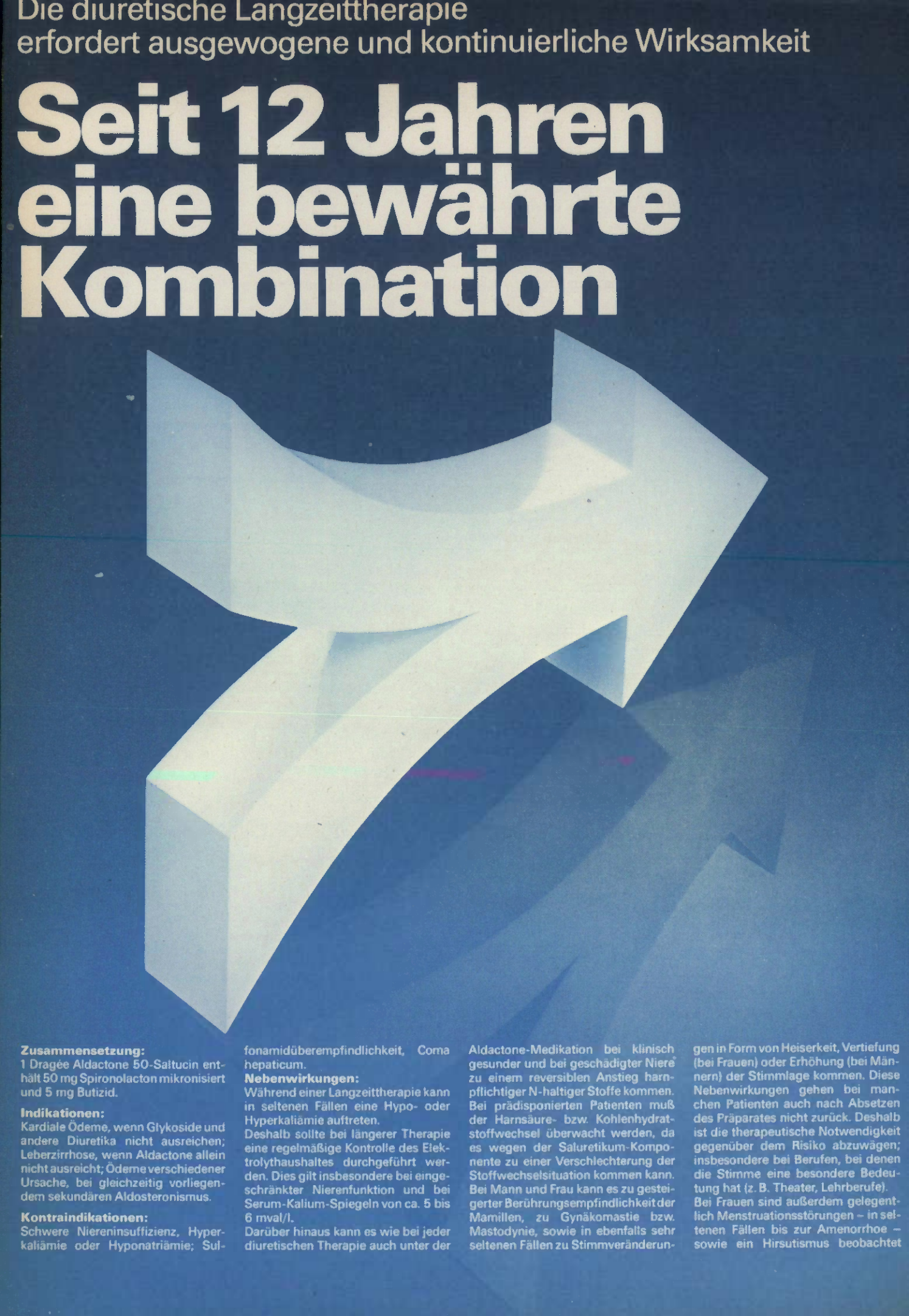
Dingolfing-Stadt:
1 Hautarzt

Regen-Stadt:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5–9, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 70 53.

Die diuretische Langzeittherapie
erfordert ausgewogene und kontinuierliche Wirksamkeit

Seit 12 Jahren eine bewährte Kombination



Zusammensetzung:
1 Dragée Aldactone 50-Saltucin enthält 50 mg Spironolacton mikronisiert und 5 mg Butizid.

Indikationen:
Kardiale Ödeme, wenn Glykoside und andere Diuretika nicht ausreichen; Leberzirrhose, wenn Aldactone allein nicht ausreicht; Ödeme verschiedener Ursache, bei gleichzeitig vorliegendem sekundären Aldosteronismus.

Kontraindikationen:
Schwere Niereninsuffizienz, Hyperkaliämie oder Hyponatriämie; Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum.

Nebenwirkungen:
Während einer Langzeittherapie kann in seltenen Fällen eine Hypo- oder Hyperkaliämie auftreten.
Deshalb sollte bei längerer Therapie eine regelmäßige Kontrolle des Elektrolythaushaltes durchgeführt werden. Dies gilt insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion und bei Serum-Kalium-Spiegeln von ca. 5 bis 6 mval/l.
Darüber hinaus kann es wie bei jeder diuretischen Therapie auch unter der Aldactone-Medikation bei klinisch gesunder und bei geschädigter Niere zu einem reversiblen Anstieg harnpflichtiger N-haltiger Stoffe kommen. Bei prädisponierten Patienten muß der Harnsäure- bzw. Kohlenhydratstoffwechsel überwacht werden, da es wegen der Saluretikum-Komponente zu einer Verschlechterung der Stoffwechselsituation kommen kann.
Bei Mann und Frau kann es zu gesteigerter Berührungsempfindlichkeit der Mamillen, zu Gynäkomastie bzw. Mastodynie, sowie in ebenfalls sehr seltenen Fällen zu Stimmveränderungen in Form von Heiserkeit, Vertiefung (bei Frauen) oder Erhöhung (bei Männern) der Stimmlage kommen. Diese Nebenwirkungen gehen bei manchen Patienten auch nach Absetzen des Präparates nicht zurück. Deshalb ist die therapeutische Notwendigkeit gegenüber dem Risiko abzuwägen; insbesondere bei Berufen, bei denen die Stimme eine besondere Bedeutung hat (z. B. Theater, Lehrberufe).
Bei Frauen sind außerdem gelegentlich Menstruationsstörungen – in seltenen Fällen bis zur Amenorrhoe – sowie ein Hirsutismus beobachtet

Aldactone® 50-Saltucin®

- Wirksame Diurese durch additiven Effekt
- Schonende Diurese über 24 Stunden – ohne Diurese-Spitzen
- Physiologische Kalium-Balance

Deshalb für die Langzeittherapie prädestiniert

Aldactone® 50 – Saltucin®
seit 12 Jahren bewährt
für die Ödemtherapie bei sekundärem Aldosteronismus

Die harmonische Kombination von Aldactone und Thiaziden wird weltweit erfolgreich eingesetzt.

orden, beim Mann können gelegent-
h Potenzstörungen auftreten.
lergische Hautreaktionen, zentral-
rvöse Nebenwirkungen wie Lethar-
e und Ataxie und gastrointestinale
ebenwirkungen sind möglich.
tienten, deren Tätigkeit hohe Kon-
ntration erfordert, z. B. Kraftfahrer,
lten auf mögliche Kreislaufstörun-
n aufmerksam gemacht werden.

osierung:
urchschnittlich 1–2 Dragées
dactone 50-Saltucin täglich.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:
Bei gleichzeitiger Gabe von Aldactone und kaliumsparenden Substanzen (Amilorid, Triamteren) sowie bei gleichzeitiger medikamentöser Kalium-Gabe kann es zu einer unerwünschten Erhöhung des Serum-Kalium-Spiegels kommen.
Es ist zu beachten, daß Aldactone die Wirkung von Antihypertonika verstärken und die von Carbenoxolon herabsetzen kann und daß durch Acetylsalicylsäure und ihre Salze die eldosteron-entagonistische Wirkung vermindert sein kann. Durch die Thiezid-Komponente kann die Wirkung von Antidiabetika vermindert werden.

Hinweis:
Da mit tierexperimentellen Methoden nicht mit Sicherheit zu ermitteln ist, ob ein Medikament beim Menschen teratogen wirkt, wird darauf hingewiesen, daß auch die Verordnung von Aldactone und Aldactone-Saltucin-Kombinationen während einer Schwangerschaft kritisch abgewogen werden muß.

Für Ihre Verordnung:
Aldactone® 50-Saltucin®

OP mit 20 Dragées	DM 33,70
OP mit 50 Dragées	DM 74,76
AP mit 500 Dragées	

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt, z. Zt. gültige Auflage: September 1978. Auch informiert Sie gern unser Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

mannheim boehringer
Boehringer Mannheim GmbH
6800 Mannheim 31

(Fortsetzung von Seite 1049)

reits bestimmt, daß auch die Planung der Kassenarztsitze und die Zulassung nur euf eusgeschriebene Kassenarztsitze mit unserer Verfassung nicht zu vereinbaren ist. Dennoch hat die Kassenärztliche Vereinigung – und ich danke Ihnen für diese Anerkennung – sich sehr bemüht, die kassenärztliche Versorgung zu verbessern. Es sind mehr als 150 Millionen DM von uns aufgebracht worden, und zwar aus Mitteln, wie Sie ja sagten, der Ärzte selber, aus unserer Versorgungseinrichtung, unserer Kassenärztlichen Vereinigung. Wir werden unsere Bemühungen fortsetzen und hoffen, daß der Bedarfsplan zumindest ein Orientierungsinstrument sein wird für junge Ärzte, sich nicht immer dorthin zu setzen, wo schon genügend sind, sondern auch einmal in den Bedarfsplan schauen und nachsehen, wo sie noch benötigt werden.

In diesem Zusammenhang nur ein kurzes Wort zu der so oft angesprochenen Ärzteschwemme. Es wird eingewandt, „was wollt Ihr denn mit Euerer Ärzteschwemme, wir haben ja noch freie Stellen für Ärzte". Nun, im öffentlichen Gesundheitsdienst, der immer so besonders erwähnt wird, also im Bereich der Gesundheitsämter, sind in Bayern zur Zeit 60 Stellen zu besetzen. Im Amtsbereich des Herrn Staatsminister Pirkl sind es 182. Ich würde einmal rund sagen, wir könnten noch einige Tausend Ärzte unterbringen. Aber meine Damen und Herren, bereits im vorigen Jahr sind über 9000 Approbationen ausgefertigt worden, und die Jahrgänge der Studienanfänger liegen jetzt seit mehreren Jahren bei mindestens 11000 pro Jahr. Da fregen wir nun wirklich die Verantwortlichen, wo diese Ärzte eines Tages noch untergebracht werden sollen. Man liebäugelt immer mit dem sogenannten Überlaufprinzip. Ich möchte unserer Gesellschaft und unseren Mitmenschen ganz nachdrücklich sagen, daß das keinen Vorteil für die Gesellschaft bringt, sondern die Überbesetzung gesellschaftspolitische Komplikationen auslösen wird, die uns noch schwerste Sorgen bereiten werden. Ich warne vor dieser Entwicklung, die ja alle akademischen Berufe betrifft und von der wir wissen, daß sie eine ganz gezielte Gesellschaftspolitik ist, die zur Nivellierung der ekademischen Berufe führen soll und führen wird.

Zur ambulanten kassenärztlichen Versorgung hat der Herr Staatsminister bereits Ausführungen gemacht, und ich darf auch hier wieder danken für die Anerkennung, die die Vertragspartner gefunden haben. Wir hatten volles Verständnis dafür, daß bei Beginn unseres Vertrages Kritik geübt wurde, daß man skeptisch war. Die Diffamierungen in diesem Zusammenhang wollen wir zu den Akten legen. Aber wir freuen uns ebenso, daß nunmehr unsere Grundsätze Anerkennung gefunden haben und offenbar nun auch im übrigen Bundesgebiet die Grundlage für neue Verträge werden sollen. Seien Sie versichert, meine Damen und Herren, wir sind nicht in einen Jubelgesang ausgebrochen und wir werden es euch in der nächsten Zeit nicht tun, denn wir sind realistisch genug, zu wissen, daß derartige Wege mühsam sind und daß man nicht nach einem Jahr schon sagen kann, man habe sein Ziel erreicht. Das wäre gefährlich für alle Beteiligten. Aber wir konnten an Ergebnissen zeigen, daß die Kassenärzte unseres Landes bereit sind, Mitverantwortung zu tragen für Ausgabenbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung, die nun einmal in den ärztlichen Verordnungsbereich fallen. Ich darf auch meinem Kollegen Vilmar die Versicherung mit nach Hause geben, daß für uns bayerische Kassenärzte der Patient unverrückbar im Mittelpunkt steht. Aber man kann das Prinzip hochhalten und verteidigen und dennoch auch kostenbewußt handeln.

Meine Damen und Herren, die Kassen haben – und auch das ist neu – sich bereit gefunden, auch ihren Versicherten zu sagen, daß sie alles Notwendige bekommen können, auch wenn es teuer ist, aber Wünsche, die darüber hinausgehen, nun einmal nicht mehr erfüllt werden können. Wir betrachten unsere Bemühungen als den Versuch eines neuen Weges, einer neuen Kooperation zwischen den Beteiligten, weil wir wissen, daß wir aufeinander angewiesen sind und nur gemeinsam unsere Aufgaben nach dem Gesetz und dem, was uns vorgegeben ist, erfüllen können. Es sollte aber, wenn wir über Kosteneinsparungen sprechen, nicht vernebelt werden, meine Damen und Herren, daß die entscheidenden finanziellen Schläge, welche die gesetzliche Krankenversicherung bekommen hat, nicht von ihren Partnern herkamen, sondern vom Gesetzgeber. Denken Sie an die Rentensanierung und die Tatsache, daß die Krankenkassen für die Rentnerkrankenversicherung Beiträge erhalten, die nicht einmal mehr die Hälfte der echten Aufwendungen zu decken in der Lage sind. Das sind Dinge, die einmal politisch bereinigt werden müssen. Man darf der Krankenversicherung nicht immer wieder sachfremde Aufgaben aufladen und sich dann wundern, wenn finanzielle Engpässe entstehen. Jedenfalls werden wir mit unseren Vertragspartnern diesen Weg weitergehen und wir warnen vor jedem Versuch, die gegliederte Krankenversicherung zu unterlaufen. Wer das tut, der zerstört die Initiative und die Leistungsbereitschaft der Beteiligten und damit die elementaren Interessen unserer Versicherten, unserer Patienten. Es möge auch niemand hoffen, daß es zu Verteilungskämpfen oder zu Schlachten zwischen den Beteiligten kommen wird. Die ambulant tätigen Ärzte arbeiten mit ihren Kollegen in den Krankenhäusern vertrauensvoll zusammen. Aber wir sind uns einig darüber, daß eben nur der Patient ins Krankenhaus gehört, der dieser speziellen Behandlung bedarf und wir auch insoweit eben daran denken müssen, daß die Behandlung dort erfolgt, wo sie von der Sache her erfolgen muß und wo sie am kostengünstigsten ist. Damit entlasten wir – nur am Rande gesagt – auch unsere Kollegen in den Krankenhäusern, wenn wir ihnen unnötige Einweisungen fernhalten. Das gilt auch für unser Verhältnis zu den Apothekern und den übrigen Beteiligten. Ich möchte darauf nicht noch einmal näher eingehen.

Unter den Leistungen der bayerischen Ärzte, die wohl einer Erwähnung bedürfen, darf ich darauf hinweisen, daß es uns gelungen ist, im zurückliegenden Jahr in Zusammenarbeit mit unseren Vertragspartnern auf der Krankenkassenseite und den Rettungsverbänden in Bayern, ein modernes und schlagkräftiges Notarztsystem aufzubauen. Wir werden 148 Notarztwagen in Bayern im Laufe der Zeit besetzen und wollen damit unserer Bevölkerung – neben dem funktionierenden kassenärztlichen Notfallbereitschaftsdienst – eine weitere Hilfe in Notfällen anbieten. Ich bin sicher, daß das auch von unseren Mitbürgern so gesehen

wird, wenngleich es auch hier wieder Leute gibt, die glauben, Kritik üben zu müssen.

Ein Beitrag für die Verbesserung der Säuglingssterblichkeit wird von uns seit Jahren geleistet: Mit der Münchener Perinatal-Studie haben wir begonnen. Wir haben sie nun ausgedehnt auf ganz Bayern. Allein im vergangenen Jahr wurden von uns fast 64000 Geburten ausgewertet. Wir bemühen uns in jeder Weise, die Säuglingssterblichkeit so weit zu senken, als es nur gerade möglich ist. Wenn man demgegenüber die Ausführungen des Herrn Staatsministers zum Schwangerschaftsabbruch stellt, dann könnte einem der Mut vergehen, diese enormen Anstrengungen zu machen. Aber wir tun es für die, die ihre Kinder lieben und in die Welt bringen wollen.

Herr Staatsminister, ich begrüße Ihre Versicherung, daß die Bayerische Staatsregierung keine ambulanten Schwangerschaftsabbrüche zulassen wird. Wir halten dies für einen Beitrag zur Gesunderhaltung der Frauen, wenn sie schon diesen Weg gehen.

Ich danke Ihnen für Ihre Ausführungen zur psychiatrischen Versorgung. Ich glaube, die sozial-psychiatrischen Beratungsstellen müssen soziale Beratungsstellen für psychisch kranke Menschen sein und dürfen nicht ausgedehnt werden, wie das die Bundesregierung anstrebt, zu Großambulatorien für psychisch Kranke. Das paßt nicht in unser freiheitliches gesundheitliches System. Der psychisch Kranke muß die freie Arztwahl so haben wie der körperlich Kranke. Er darf nicht in die Ambulatorien gelenkt werden. Ich hoffe, daß wir hier gemeinsam diesen Weg gehen können. Wir versichern Ihnen, daß die Zusammenarbeit mit den sozial-psychiatrischen Beratungsstellen von der Ärzteschaft sehr gepflegt werden wird. Sie, Herr Minister Pirkl, haben auch die allgemeine gesundheitliche Situation angesprochen. Auch Herr Kollege Vilmar sprach sie an. Es wird davon geredet, daß die Lebenserwartung der 40- bis 50jährigen nicht mehr weiter ansteige. Meine Damen und Herren, sehr kritische Untersuchungen haben erwiesen, daß dieser Stillstand einzig und allein auf Krankheiten zurückgeht, die wir in ihrer Entstehung nicht beeinflussen können, weil sie allein von der Lebensweise und den

Barock-Ensemble unter der Leitung von Professor Scherbaum

Lebensgewohnheiten der Menschen abhängen oder weitgehend davon abhängen, wie der Herzinfarkt, die chronische Bronchitis, der Lungenkrebs, der Diabetes der älteren Menschen, der Bluthochdruck und nicht zuletzt die Verkehrsunfallrate, die so erschreckend hoch ist. Alkoholismus und Drogen kommen hinzu. Hier muß sich die Gesellschaft selbst endlich entschließen, umzudenken, sich ein anderes Handeln, eine andere Einstellung zu ihrer Gesundheit anzugewöhnen. Ich möchte beispielhaft sagen, wir werden die Problematik und das schwere Schicksal der Herzinfarktkranken nicht durch Intensivstationen für Infarktpatienten lösen, sondern nur dadurch, daß die Menschen durch ihre eigene Lebensweise versuchen, Herzinfarkte zu verhindern. In den Vereinigten Staaten wurden hier jedenfalls sehr erhebliche Fortschritte erzielt. Dort warnt man wenigstens jetzt vor dem Zigarettenkonsum; bei uns hat man sich bis jetzt noch nicht dazu durchringen können. Fahren Sie durch die Stadt München, dann findet sich eine neue Plakatwerbewelle für Zigaretten mit nur jungen Menschen, die sportlich gekleidet, in der einen Hand den Tennisschläger, in der anderen Hand die Zigarette haben. Das sind die falschen Vorbilder, das sind die Verführer unserer Jugend. So lange hier nicht Einhalt geboten wird, wird es zu keinem Wandel unserer gesundheitlichen Landschaft in unserem Lande kommen.

Der Schweizer Wissenschaftler und Präventivmediziner Schär hat vor einiger Zeit gesagt: „Man kann unter Umständen einen Kranken wider seinen Willen heilen, einen Gesunden dagegen kann man nicht wider seinen Willen gesunderhalten. Deshalb kann die Medizin so wenig für die Gesundheit tun, es sei denn, der Gesunde selbst trägt das Wesentliche dazu bei." Ich glaube, das kann man nur unterstreichen und ich möchte Ihnen versichern: wenn wir dies immer wieder ausführen, dann tun wir es nicht, um uns um unsere Verantwortung zu drücken. Aber wir sind verpflichtet, der Gesellschaft diese bitteren Wahrheiten immer wieder zu sagen. Wir betonen es auch, weil es uns auf die Dauer nicht zugemutet werden kann, die Prügelknaben für gesundheitliche Fehlentwicklungen zu sein und die Schuld zu übernehmen für eine angeblich unzureichende Effektivität der ärztlichen Versorgung, obwohl die Probleme in Bereichen liegen, die uns als Ärzten gar nicht primär zugänglich sind.

Ich komme zum Schluß. Ich habe versprochen, mich kurz zu fassen. Aber gestatten Sie mir noch ein abschließendes Wort, ich würde fast sagen, in eigener Sache. In einer Sache, die uns Ärzte primär angeht.

Es wird so viel gesprochen vom Mangel an Humanität im Krankenhaus, ja, in der ganzen Medizin. In einer Zeitung konnte ich neulich lesen: „selbstkritische Ärzte vermissen Ausbildungsziel Humanität". Ich verstehe unter Humanität die Liebe und die Hinwendung zum Mitmenschen. Ich glaube, so etwas läßt sich nicht lehren, das läßt sich bestenfalls wecken. Menschliche Zuneigung, meine Damen und Herren, ist für mich auch keine Frage der Planstellen und der Arbeitsbelastung. Sie strahlt auch aus unter Zeitdruck und Arbeitsbelastung. Und wenn sie in unserem Arbeitstag verkrustet sein sollte, dann wird es höchste Zeit für uns, sie wieder freizulegen. Paracelsus hat einmal gesagt, der Arzneien Beste sei die Liebe. Ich meine, diesem Wort müssen wir Ärzte wieder Geltung verschaffen. Das sollte eines unserer vordringlichen Anliegen sein, und unter diesen Gedanken möchte ich den 33. Bayerischen Ärztetag stellen.

Ich danke Ihnen für ihre Geduld.

33. BAYERISCHER ÄRZTETAG

Begrüßung, Ehrengäste

Dr. Georg Ruhl, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Ansbach und Umgebung, begrüßte bei der Eröffnung des 33. Bayerischen Ärztetages (Bericht dazu auf Seite 1023ff.) am 10. Oktober im Kaisersaal des Rathauses im Namen des gastgebenden Kreisverbandes und des Bezirksverbandes Mittelfranken die Delegierten und Gäste.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Hans J. Sewering, begrüßte neben den 183 Delegierten der fast 29 000 Ärzte Bayerns zahlreiche Ehrengäste, an ihrer Spitze als Vertreter der Bayerischen Staatsregierung und des Ministerpräsidenten Dr. h. c. Franz Josef Strauß den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung Dr. Fritz Pirkl, weiter den Präsidenten des Bayerischen Senats Freiherrn Hippolyt Poschinger von Frauenau, den Vorsitzenden des Ausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik des Bayerischen Landtags und des Bayerischen Landesgesundheitsrates Franz von Prümmer, das Mitglied des Europaparlaments Frau Ursula Schleicher, die Mitglieder des Bayerischen Landtags Hans Mauerer und Wolfgang List und die Mitglieder des Bayerischen Senats Dr. Friedrich Wilhelm, den Vorsitzenden des Rechts- und Verfassungsausschusses sowie Ministerialdirigent Dr. Bernhard Kläß, Leiter der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, und Senator Georg Ehnes als Landrat.

Vom Bayerischen Staatsministerium des Innern begrüßte Professor Dr. Sewering Ministerialdirektor Dr. Siegwin Süss und den Leiter der Gesundheitsabteilung, den Kollegen Ministerialdirigent Dr. Heinz Drausnick, und Ministerialrat Georg Scholz, ferner vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Ministerialdirigent Dr. Karl Schmitt und die Leitenden Ministerialräte Dr. Hermann Miesbach und Dr. Friedrich Beck, ferner Regierungspräsident Heinrich von Mosch für die Regierung von Mittelfranken und Bezirksrat Dietmar Peter in Vertretung des Bezirkstagspräsidenten.

Weiterhin waren u. a. anwesend: Der Vorsitzende des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages und Präsident der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin Professor Dr. Helmut Valentin, der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg Professor Dr. Walter Kersten und Professor Dr. Erich Lindner in Vertretung des Dekans der Universität Regensburg, der Präsident des Bayerischen Obersten Landesgerichts Dr. Wolfgang Schier, der Präsident des Bayerischen Landessozialgerichts Dr. Max Kerschbaumer, der Präsident des Sozialgerichts Nürnberg Dr. Konrad Zolles, der Präsident des Bayerischen Verwaltungsgerichts Ansbach Dr. Lothar Schmitt, der Vorsitzende des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landgericht, der Vorsitzende Richter Johann Zitzmann und der Vorsitzende des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München Richter Ernst Wolf.

Mit dem Kommandeur der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr Generalarzt Dr. Claus Voss und dem Leiter des Flugmedizinischen Instituts der Luftwaffe, Generalarzt Dr. Joachim Garbe, grüßte Professor Dr. Sewering alle Kollegen in Uniform. Der Präsident konnte weiterhin den Oberbürgermeister der Stadt Rothenburg Oskar Schubart begrüßen, ferner die Vertreter der beiden großen Konfessionen: Dekan Johannes Rauh und Pfarrer Heribert Klier, den Vizepräsidenten der Bayerischen Versicherungskammer Dr. Hans Winklhofer sowie den Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Abteilungsdirektor Walter Albrecht.

Seitens der Vertragspartner: für den Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern kamen der Stellvertretende Vorsitzende Dr. Fritz Schenk, der Geschäftsführer Direktor Hans Sitzmann und Abteilungsdirektor Eduard Ziegler, von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Mittelfranken Direktor Friedrich Hermann, vom Landesverband der Betriebskrankenkassen die Vorsitzenden Direktor Johann Dietrich von Hassell und Hans Fuchs, vom Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern die beiden Vorsitzenden Willi Pokörn und Pius Abenthum, von der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Oberbayern Direktor Dr. Alban Braun, vom Verband der Angestelltenkrankenkassen Direktor Ludwig Geissinger. Ferner: von der Vereinigten Krankenversicherung Generaldirektor Carl-Friedrich Meinecke und Direktor Dr. Hans Karl Jäkel, für die Winterthur-Versicherungsgruppe die Herren Aloys Rech und Wolfgang Jahn, von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank der Vorstandsvorsitzende Walter Schlenkenbrock und der Leiter der Niederlassung München Direktor Winfried Kahlich, von der Niederlassung Nürnberg Direktor Wolf-Dietrich Schröder.

Ein besonderes herzliches Willkommen galt wie in jedem Jahr den Trägern der Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft: Frau Dr. Elisabeth Alletag-Held und Ministerialdirigent a. D. Dr. Erich Hein, und den Trägern des Ehrenzeichens der Deutschen Ärzteschaft, ferner dem Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Bremen Dr. Karsten Vilmar, dem Vizepräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Niedersachsen Dr. Gustav Osterwald. Von der Geschäftsführung der Bundesärztekammer waren gekommen Dr. Heinz Peter Brauer und Dr. P. Erwin Odenbach, von der Rechtsabteilung Dr. Jürgen W. Bösche. Weitere Vertreter ärztlicher Organisationen waren der Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen Kollege Dr. Horst Joachim Rheindorf, der Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz.

Professor Dr. Sewering begrüßte ferner den Vorsitzenden des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins Medizinaldirektor Dr. Kurt Käfer, die Repräsentanten der Landesverbände des Hartmannbundes und des Marburger Bundes, sowie den Kollegen Dr. Gabriel Mayer als Vorsitzenden des Verbandes der Privatkrankenanstalten in Bayern, die Bundesvorsitzenden der Berufsverbände der Frauenärzte Dr. Eduard Koschade und der Radiologen Dr. Klaus Wallnöfer, die Vorsitzenden der ärztlichen Berufsverbände Bayerns und schließlich die Vertreter von Presse und Funk, namentlich den Chefredakteur des „Deutschen Ärzteblattes" Ernst Roemer.

Uricovac M

Der einzige Harnsäuresenker mit mikronisierter Substanz: ausgezeichnet verträglich, ursachengezielt wirkend.

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 80 mg Benzbromaron mikronisiert. **Anwendungsgebiete:** Erhöhung der Harnsäure im Blut aus verschiedenen Ursachen – Primäre Erhöhung der Harnsäure, wie z. B.: verminderte Harnsäureausscheidung (renale Genese); ohne oder mit chronischer Gelenkbeteiligung (Gicht); unbekannte Ursache (idiopathisch) – Sekundäre Erhöhung der Harnsäure wie z. B.: bei rheumatischen Erkrankungen; bei Hochdruckkrankheit (art. Hypertonie); infolge Therapie mit harntreibenden Mitteln (Diuretika); bei bestimmten Blutkrankheiten, bei erhöhtem Eiweißabbau infolge medikamentöser Tumor- oder Strahlenbehandlung. **Gegenanzeigen:** Das Arzneimittel soll nicht angewendet werden bei mittelschweren bis schweren Nierenfunktionsstörungen. Obwohl Uricovac M in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, soll das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden. **Nebenwirkungen:** Unter einer Uricovac-Behandlung können Durchfälle auftreten. Treten diese Durchfälle häufig oder über längere Zeit auf, so sind die Natrium- und Kalium-Werte im Blut zu kontrollieren. Der Arzt entscheidet dann, ob die Therapie fortgesetzt werden kann. Zu Beginn jeder harnsäuresenkenden Therapie kann es zu Gichtanfällen kommen; hier wird die zusätzliche Gabe von Colchizin empfohlen.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sind bisher nicht bekannt geworden. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, 1 Tablette Uricovac M täglich unzerkaut mit etwas Flüssigkeit während oder nach einer Mahlzeit einnehmen. Wie bei jeder harnsäuresenkenden Therapie sollte bis zur Normalisierung der Serum-Harnsäurewerte für eine ausreichende Diurese und für eine Harnalkalisierung Sorge getragen werden. Die Dauer der Therapie wird je nach Grundleiden vom Arzt bestimmt. Die primäre (idopathische) Harnsäureerhöhung und Gicht verlangen ihrem Wesen nach eine Dauerbehandlung. Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind auch bei langfristiger Anwendung über Jahre keine unvertretbaren Nebenwirkungen bekannt geworden. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** 30 Tabletten zu 80 mg DM 32,78 · 90 Tabletten zu 80 mg DM 84,34 · 300 Tabletten zu 80 mg AP · Stand 10/1980

LABAZ GmbH
Pharmazeutische Präparate
Heinrich-Hertz-Straße 44

Kongresse

31. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 5. bis 7. Dezember 1980 in der Meistersingerhalle in Nürnberg
Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. Kleinfelder, Nürnberg

Freitag, 5. Dezember 1980

Magen-Duodenal-Ulkus – Gastroösophageale Refluxkrankheit

9.00 – 9.50 Uhr:
Eröffnung des Kongresses
Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.50 – 15.00 Uhr:
Konservative Therapie des Magen-Duodenal-Ulkus
Professor Dr. F. Halter, Bern

Konservative Methoden in der Behandlung des blutenden Magen-Duodenal-Ulkus
Privatdozent Dr. P. Frühmorgen, Erlangen

Operative Behandlung des Magen-Duodenal-Ulkus
Professor Dr. E. Holle, München

Diagnose und konservative Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit
Professor Dr. O. Stadelmann, Fürth

Nuklearmedizinische Diagnostik des gastroösophegealen Refluxes
Dr. B. Leisner, München

Operative Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit
Professor Dr. W. L. Brückner, München

Filmvorführung: „Struma-Petienten in der ärztlichen Praxis"
Firme Merck, Darmstadt

Schilddrüsenerkrankungen

15.00 – 18.15 Uhr:
Aktuelle Diagnostik von Schilddrüsenkrankheiten für die Praxis
Professor Dr. W. Börner, Würzburg

Möglichkeiten und Grenzen der Feinnadelbiopsie in der Diagnostik von Schilddrüsenerkrankungen
Professor Dr. H. A. Müller, Würzburg

Aktuelle Therapie von Schilddrüsenkrankheiten für die Praxis
Professor Dr. F. A. Horster, Düsseldorf

Rundtischgespräch und Diskussion zum Thema: „Magen-Duodenal-Ulkus, Gastroösophageale Refluxkrenkheit"
Moderator: Professor Dr. E. Holle, München
Mitwirkende: Professor Dr. W. L. Brückner, München; Privatdozent Dr. P. Frühmorgen, Erlengen; Professor Dr. F. Helfer, Bern; Dr. B. Leisner, München; Professor Dr. O. Stadelmann, Fürth

Samstag, 6. Dezember 1980

Praktische Fragen aus der Geriatrie

9.15 – 14.30 Uhr:
Physiologische Alternsveränderungen
Professor Dr. D. Platt, Nürnberg

Wesen und Bedeutung der Polypathie und Multimorbidität in der Altersheilkunde
Professor Dr. H. Franke, Würzburg

Möglichkeiten und Grenzen bei der Behandlung mit Geriatrika
Professor Dr. H. Coper, Berlin

Juristische Probleme für den Arzt bei geriatrischen Patienten
Professor Dr. H. Sattes, Würzburg

Formen der Depression im Alter
Professor Dr. S. Kanowski, Berlin

Osteoporose: Diagnose und Therapie
Professor Dr. R. Ziegler, Heidelberg

Filmvorführung: „Rehabilitation durch Koronarchirurgie?"
Pharma Schwerz GmbH, Monheim

Aktuelle Probleme in der Kardiologie

14.30 – 18.15 Uhr:
Digitalistherapie im höheren Alter
Professor Dr. N. Rietbrock, Frankfurt

Diuretika in der Behandlung der kardialen Dekompensation
Professor Dr. J. Schaefer, Kiel

Pharmakologische Grundlagen in der Therapie der Herzinsuffizienz mit Vasodilatatoren
Professor Dr. D. Palm, Frankfurt

Klinische Erfahrungen in der Therapie der Herzinsuffizienz mit Vesodiletatoren
Dr. K.-A. Zölch, Nürnberg

Fortschritte in der Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Professor Dr. B. Lüderitz, München

Konservative Behandlung nach Herzinfarkt
Professor Dr. E. Lang, Erlangen

Rundtischgespräch und Diskussion zum Thema „Aktuelle Probleme in der Kardiologie"
Moderator: Professor Dr. N. Rietbrock, Frankfurt

Mitwirkende: Professor Dr. E. Lang, Erlangen; Professor Dr. B. Lüderitz, München; Professor Dr. D. Palm, Frankfurt; Professor Dr. J. Schaefer, Kiel; Dr. K.-A. Zölch, Nürnberg

Sonntag, 7. Dezember 1980

Diagnostische Möglichkeiten und Grenzen bei der Anwendung moderner Untersuchungsmethoden

9.15 – 12.10 Uhr:
Neuere Entwicklungen der Computertomogrephie unter Einbeziehung computertomographischer Nicht-Röntgenverfahren
Dr. M. Pfeiler, Erlangen

Computertomographie des Schädels
Professor Dr. S. Wende, Mainz

Computertomographie des oberen Abdomens
Professor Dr. H. Fuchs, Frankfurt

Nicht-invasive Funktionsbeurteilung des Herzens mit Radionukliden
Professor Dr. N. Schad, Passeu

Echokardiographie des Herzens
Privatdozent Dr. G. Autenrieth, München

Stellung der Sonographie in der Diagnostik von abdominellen Erkrankungen
Privatdozent Dr. H. Lutz, Erlangen

Pharmazeutische Ausstellung

Öffnungszeiten: täglich von 8.45 Uhr bis zum Ende der Vorträge

– Das vollständige Programm wurde allen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland zugesandt –

9. Arzthelferinnen-Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer

am 5./6. Dezember 1980 in Nürnberg

Freitag, 5. Dezember 1980

10.00 – 11.15 Uhr:
Begrüßung der Teilnehmer und Eröffnung des Laborseminars
Professor Dr. H. J. Sewering, München

Fakten zum Alkoholmißbrauch – Diskussion
Dr. E. Schuster, München

11.30 – 13.00 Uhr:
Praktikum in 6 Arbeitsgruppen (Leber- und Herzinfarkt-Diagnostik – Cholesterin und HDL-Cholesterin, Triglyceride – Quick, Hepato-Quick, PTT – Neue Immunologische Methoden – Qualitäts-Control-Service – Der rationelle Photometrieme8platz)

14.00 – 15.00 Uhr:
Neue Methoden und Geräte im klinisch-chemischen Labor
Dr. F. Kanter – Dr. F. W. Seume, Mannheim

15.00 – 18.00 Uhr:
Fortsetzung: Praktikum in 6 Arbeitsgruppen

Samsteg, 6. Dezember 1980

8.30 – 9.30 Uhr:
Häufigste Schilddrüsenerkrankungen und ihre Diagnostik
Professor Dr. F. A. Horster, Düsseldorf

10.00 – 13.00 Uhr:
Fortsetzung: Praktikum in 6 Arbeitsgruppen (Leber- und Herzinfarktdiagnostik – Cholesterin und HDL-Cholesterin, Triglyceride – Neue Einsatzgebiete für Testsimplets – Schilddrüsendiagnostik mit Enzymun-Tests – Quelitäts-Control-Service – Der rationelle Photometrieme8platz)

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

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer — Akademie für ärztliche Fortbildung —

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

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

Onkologie

Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl/Oberaudorf

Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. A. Leonherdt

Klinisch-onkologische Wochenende am
21./22. November 1980
5./6. Dezember 1980
16./17. Januar 1981

Beginn:
Freitag, 9 Uhr — Ende: ca. 18 Uhr
Samstag, 9 Uhr — Ende: ca. 13 Uhr

Ort: Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl/Obereudorf

Themen: Zusammenarbeit von Klinik und Praxis in der Nachsorge gynäkologischer Tumorpatientinnen (Interdisziplinäres Konsilium mit Patientenvorstellung, Visite, Röntgen- und nuklearmedizinische Demonstretionen)

Begrenzte Teilnehmerzehl

Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vor Kursbeginn

Physikalische Therapie

Kurs über Grundlegen und Techniken der Physikalischan Medizin unter Berücksichtigung der Präventation und Rehebilitetion zum Erwerb der Zusetzbezeichnung „Physikelischa Therepia"

4. Kurswoche: Elektrotherapie — Lichttherapie — Ultreschettthereple

vom 19. bis 24. Jenuer 1981 in München

Auskunft und Anmeldung: Professor Dr. H. Drexel, Institut für Medizinische Belneologie und Klimatologie der Universität München, Marchioninistreße 17, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 38 24

November 1980 bis Januar 1981

21./22. November
Onkologie, Bad Trissl

21. bis 23. November
Praktische Elektrokerdiographie, Teil It, München

5./6. Dezember
Onkologie, Bad Trissl

16./17. Januar
Onkologie, Bad Trissl

19. bis 24. Januar
Physikelische Therepie, München

Praktische Elektrokardiographie

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

Leitung: Professor Dr. Dr. C. S. So, Chefarzt em Kreiskrankenhaus Plettling

Fortbildungsseminer II vom 21. bis 23. November 1980
(Seminer für Fortgeschrittene)

Beginn: Freiteg 17.00 Uhr — Ende: Sonntag 12.00 Uhr

Hörsaal B, Ismaninger Straße 22

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 11. November 1980 (Posteingang)

Nachsorge bei krebskranken Kindern

em 29. November 1980 in München

Leitung: Professor Dr. W. Ch. Hecker, Professor Dr. R. Haas, Dr. E. Thäla

Ort: Großer Saal dee Ärztehausee Beyern, Mühtbaurstreße 16, München 80

Veranetalter: Pädietrische und Kinderchirurgische Universttätsklinik München im Dr. von Haunerschen Kinderspitet, Mitglieder des Tumorzentrums München (gefördert durch die Deutsche Krebshilfe e. V.), gemeinsem mit der Akademie für ärztlicha Fortbildung der Bayertschen Landesärztekemmer

9.00 — 9.05 Uhr:
Eröffnung
Professor Dr. W. Ch. Hecker, München, Dr. E. Thäle, Weißenhorn

9.10 — 11.10 Uhr:
Allgemeine Gesichtspunkta zur Nechsorge

Vorsitz: Professor Dr. W. Ch. Hecker, München

Allgemeines zur praktischen Durchführung der ambutanten Tumorthereple durch Hausarzt und pädiatrischen Onkologen
Professor Dr. R. Haes, München

Notwendigkeit und Durchführung der Dokumentation in der Onkologie in Zusammenarbeit zwischen niedergelessenen Kollegen und pädiatrischen Onkologen
Dr. D. Hölzel, München

Typische Nebenwirkungen häufig angewendter Zytostetika
Dr. G. Janka, München

Zur Indikation diagnostischer radiologischer Vertahren bei der Nachsorge krebskranker Kinder

e) Computertomographie
Dr. B. Sommer, München

b) Nuklearmedizin
Dr. E. Leisner, München

Behendlung von tnfektionen bei zytostatischer Therapie
Professor Dr. Dr. D. Adam, München

11.10 — 14.50 Uhr:
Spezielta Diagnostik und Tharapie in der Necheorge

Vorsitz: Professor Dr. K. Betke, München

Leukämien und maligne Lymphome
Professor Dr. R. Haas, München

Überwachung knochenmark-transplantierter Kinder
Privatdozent Dr. C. Bender-Götze, München

Wilmstumor und Rhabdomyosarkom
Professor Dr. K. Devens, München, Dr. F.-J. Helmig, München, Dr. M. Helmig, München

Neuroblestom
Professor Dr. F. Lampert, Gießen

Lebertumoren
Privatdozent Dr. F. Höpner, München

Knochentumoren
Privatdozent Dr. J. Engert, Herne

Schilddrüsentumoren
Professor Dr. D. Knorr, München

Metastasenchirurgie
Professor Dr. W. Ch. Hecker, München

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

V. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin"

vom 14. bis 17. Jenuer 1981 in Köln

Leitung: Dr. Vilmer, Professor Dr. Wolff, Profeesor Dr. Lipproes, Professor Dr. Loew, Dr. Loch, Dr. Ddenbech

Verenstelter: Bundesärztekemmer (Arbeitegemeinscheft der Westdeutechen Ärztekammern)

Mittwoch, 14. Jenuer 1981

Eröffnung des V. Interdisziplinären Forums „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin" und Verleihung des Fortbildungsfilmpreises 1980 der Bundesärztekammer

Referat „Das ärztliche Gespräch"
Professor Dr. Dr. h. c. H.-E. Bock, Tübingen

Thema I: Suchteste (Screening) in der Neugeborenenperiode und ihre Konsequenzen für den Arzt — Hypothyreose, Mukoviszidose, Stoffwechselstörungen

Donnersteg, 15. Jenuer 1981

Thema II: Immungiobuiine in Prophylaxe und Therapie von Viruserkrenkungen

Theme III: Ouelitätssicherung in der Medizin (apparetive Medizin)

Freitag, 16. Jenuer 1981

Theme IV: Störungen von Durchblutung und Stoffwechsei des Hirns

Thema V: Infektionsverhütung in Krankenhaus und Praxis

Semsteg, 17. Jenuer 1981

Thema VI:
Photochemotherapie

— jewells Diskussion —

Aufgabe des Forums ist, wesentliche Neuerkenntnisse aus den verschiedenen Disziplinen darzustellen und deren Bedeutung für den ärztlichen Ailteg in Praxis und Krenkenhaus zu diskutieren. Bereten wird, welche dieser Erkenntnisse so schnell wie möglich über die ärztliche Fortbildung weitergegeben werden sollten.

Auskunft:

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

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1981

14. bis 17. Jenuar 1981 in Köln:
V. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin"

8. bis 21. März 1981 in Badgastein:
XXVI. Internationaler Fortbildungskongreß

9. bis 21. März 1981 in Davos:
XXIX. Internetioneier Fortbildungskongreß

13. bis 25. Aprii 1981 in Meren:
Xiii. Internationaier Seminarkongreß für praktische Medizin

31. Mai bis 13. Juni 1981 in Grado:
XXIX. Internationaler Fortbildungskongreß

27. Juli bis 8. August 1981 in Davos:
XI. Internationaler Seminarkongreß für prektische Medizin

23. August bis 5. September 1981 in Grado:
XV. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

24. August bis 5. September 1981 in Meren:
XXIX. Internetioneler Fortbildungskongreß

18. bis 20. September 1981 in Augsburg:
X. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem und rëumiichem Zusammenheng mit dem 68. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeidung:
Kongreßbüro der Bundesärztekemmer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 233, 234 und 235

12. Seminar der Sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

vom 7. bis 9. November 1980 in Erlengen

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlengen

Theme: Sport im Aiter — Chence oder Risiko

Ort: Sportzentrum Erlengen, Gebbertstraße 123, Erlangen

Auskunft:

Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik Erlangen-Nürnberg, Frau E. Bergmenn, Maximiliensplatz 1, 8520 Erlengen, Telefon (0 91 31) 85 - 37 02 oder 37 03

Symposion über die Anästhesieambulanz

em 15. November 1980 in Kleinheubach

Veranstelter: Anästhesieabteilung des Kreiskrankenhauses Erienbach in Zusammenarbeit mit dem Verbend Ambulant tätiger Anästhesisten in München

Thema: Schmerz: Der Kreuzschmerz — Ambulante Anästhesie: Ambulante Narkose- und Operationsvorbereitungen

Ort: Schloß des Fürsten zu Löwenstein-Wertheim-Rosenberg, 8764 Kleinheubach/Mein

Auskunft und Anmeidung:

Sekreteriet der Anästhesieabteilung des Kreiskrankenhauses Erienbach, 8765 Erlenbach, Telefon (0 93 72) 700 - 291, und Verband Ambulant tätiger Anästhesisten, Postfach 106, 8000 München 44, Telefon (0 89) 37 75 56

12. Managementseminar „Krankenhausbetriebsführung"

vom 28. Jenuar bis 5. Februer 1981 in Düsseldorf

Themen: Führbarkeit des Krankenhauses eis Betrieb — Erkenntnisse und Methoden moderner Betriebsführungspraxis — Organisetorische Führungsgrundlagen — Miterbeiterbeurteilung — Arbeitsteilung mit Steilenbeschreibung und Funktionsdiagramm — Kreetivitätstreining — Konferenzführung — Struktur und Organisation der Krenkenheusleitung

Teiinehmergebühr: DM 2000,—

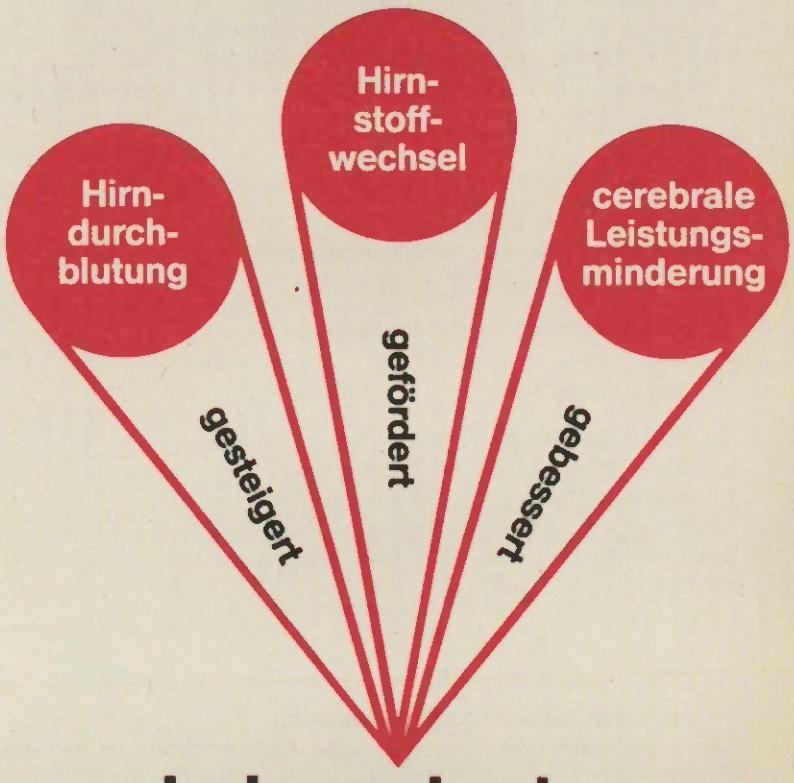
Auskunft und Anmeldung:

Deutsches Krenkenhausinstitut, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf 30, Telefon (02 11) 43 44 22/24

Wenn das Gedächtnis Hilfe braucht...

Esberidin®

Anwendungsgebiete: Psychische Symptome: insbesondere Konzentrations-und Gedächtnisstörungen; Emotionale Störungen in Form von Ängstlichkeit, Unsicherheit, Unruhe und Reizbarkeit. Neurologische Symptome: Störungen von Motorik und Sprache, Folgezustände von Apoplexie, Schädel-Hirn-Trauma. Angiopathien: wie hypertonische Retinopathie, vaskuläre Störungen im HNO-Bereich und in der Ophthalmologie. Funktionelle Störungen: wie Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrgeräusche. Stoffwechselstörungen und Kreislaufinsuffizienz des Gehirns.
Zusammensetzung: Esberidin® (Vincamin Depot) enthält pro Dragee 20 mg Vincaminhydrochlorid.
Verträglichkeit: Oral gegebenes Vincamin hat sich als sehr gut verträglich erwiesen, vereinzelte Fälle von Magen-Darm-Beschwerden verliefen nicht.
Kontraindikationen: Bei intrakraniellen Drucksteigerungen infolge von Gehirntumoren oder anderen raumfordernden Prozessen ist Esberidin® nicht anzuwenden. Vorsorglich sollte auch eine Einnahme während der Schwangerschaft unterbleiben, obwohl bisher teratogene Schädigungen nicht bekannt geworden sind.
Dosierung: 2 x täglich ein Esberidin®-Dragee; zu Beginn der Behandlung ggf. 3 x 1 Dragee Esberidin®.
Packungen und Preise: 30 Dragees DM 34,45; 100 Dragees DM 61,90; Anstaltspackungen 300 u. 1000 Dragees.
Stand: Juni 1980



bei cerebralen Durchblutungs- und Stoffwechselstörungen

Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim
Naturstoff-Forschung und -Therapie

20. Bayerische Internistentagung

vom 14. bis 18. November 1980 in München

Leitung: Professor Dr. med. E. Wetzels, Rosenheim

Ehrenvorsitz: Dr. med. R. Schindlbeck, Herrsching

Veranstalter: Vereinigung Bayerischer Internisten e. V.

Tagesvorsitzende: Professor Dr. med. G. Paumgartner, Direktor der Medizinischen Klinik II im Klinikum Großhadern der Universität München, Professor Dr. med. W. Wilmanns, Direktor der Medizinischen Klinik III im Klinikum Großhadern der Universität München, Professor Dr. med. N. Zöllner, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität München

Ort: Sheraton-Hotel, Kongreßzentrum, Arabellastraße 6, München 81

Samstag, 15. November 1980

Allgemeine und spezielle Pharmakotherapie in der Gastroenterologie

Vorsitz: Professor Dr. med. G. Paumgartner, München

9.00 – 13.00 Uhr:

Eröffnung der Tagung
Professor Dr. med. E. Wetzels, Rosenheim

Die Beeinflussung der Pharmakokinetik durch Erkrankungen der Leber
Professor Dr. med. G. Paumgartner, München

Pharmakotherapie der chronischen Hepatitis
Dr. med. G. Pepe, München

Pharmakotherapie der hepatischen Enzephalopathie
Professor Dr. med. J. Eisenburg, München

Unerwünschte Wirkungen lipidsenkender Medikamente am Gastrointestinaltrakt
Professor Dr. med. P. Schwandt, München

Therapie gastrointestinaler Erkrankungen mit Hormonen
Professor Dr. med. D. Engelhardt, München

Pharmakotherapie des Gallensteinleidens
Dr. med. T. Sauerbruch, München

Internistische Therapie des Mammakarzinome

Vorsitz: Professor Dr. med. W. Wilmanns, München

15.00 – 18.15 Uhr:

Einleitung
Professor Dr. med. W. Wilmanns, München

Bedeutung der Operation für das gesamte Therapiekonzept
Professor Dr. med. G. Heberer, München

Postoperative Nachsorge
Professor Dr. med. H. Ehrhart, München

Adjuvante Chemotherapie
Privatdozent Dr. med. H. Sauer, München

Hormonelle Behandlung des metastasierten Mammakarzinoms
Privatdozent Dr. med. U. Jehn, München

Chemotherapie des metastasierten Mammakarzinoms
Privatdozent Dr. med. R. Hartenstein, München

Sonntag, 16. November 1980

Erkennung dringlicher Situationen in der internistischen Praxis
Vorsitz: Professor Dr. med. N. Zöllner, München

9.00 – 13.15 Uhr:

Einleitung: Definition und einige Grundzüge
Professor Dr. med. N. Zöllner, München

Infekte in der Praxis
Privatdozent Dr. med. F.-D. Goebel, München

Der symptomenarme Herzinfarkt
Dr. med. G. Lohmöller, München

Akute erterielle Verschlüsse
Professor Dr. med. H. Hess, München

Venöse Verschlußkrankheiten
Privatdozent Dr. med. M. Marshall, München

Dringliche Diagnostik in der Gastroenterologie
Privatdozent Dr. med. W. Gröbner, München

Dringlichkeit aufgrund von Zuweisungsdiagnosen
Privatdozent Dr. med. M. Schattenkirchner, München

Zusammenfassung: Erkennung dringlicher Situationen
Professor Dr. med. N. Zöllner, München

Die **Mitgliederversammlung** der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. findet am Freitag, **14. November 1980,** 18.30 Uhr, im Kongreßzentrum C, München, Sheraton-Hotel, statt.

Der Tagung ist eine **Ausstellung** der pharmazeutischen und der medizinisch-technischen Industrie angeschlossen.

Auskunft:

Professor Dr. med. E. Wetzels, Städtisches Krankenhaus, Pettenkoferstraße 10, 8200 Rosenheim, Telefon (0 80 31) 39 52 95

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Landesverband Südbayern

am 20. November 1980

Thema: Strahlenschutz in Kernkraftwerken für Arbeitnehmer und Umwelt (Dr. rer. nat. T. Herzog, Kernkraftwerk Isar-GmbH) – Diskussion

Zeit und Ort: 18.15 Uhr – Kleiner Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II, Zimmer 251, München 2

14. Wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärzteverbandes e.V.

vom 5. bis 7. Dezember 1980 in München

Leitung: Dr. med. E. Goßner, Augsburg

Themen: Das interdisziplinäre Gespräch – Ein Gespräch zwischen Sportarzt, Bürger und Übungsleiter (Die Kommunikation auf allen Ebenen, in allen Regionen – Der Sport als Therapie – Der Beitrag der Wissenschaft Sportmedizin – Arbeitsgruppengespräche)

Beginn: Freitag, 5. Dezember, 9.15 Uhr – Ende: Sonntag, 7. Dezember, 13.00 Uhr

Ort: Hotel Hilton, Am Tucherpark 7, München 22

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

Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

22. November 1980

im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, einen Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-793, Frau Klockow, bis 14. November 1980 zu richten.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Schnell informiert

Klinikum Großhadern erhält Familienplanungsstelle

An der Frauenklinik im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. K. Richter) der Universität München wurde auf Beschluß des Bayerischen Landtages eine Familienplanungsstelle eingerichtet. Die Familienplanung hat sich in den letzten Jahren zu einem Spezialgebiet der Frauenheilkunde entwickelt. Sie befaßt sich in erster Linie mit den unterschiedlichen Aspekten der geplanten Elternschaft, wie Empfängnisverhütung, Behandlung der unfruchtbaren Ehe, der Erkennung kindlicher Erkrankungen vor der Geburt und den vielfältigen Problemen beim Schwangerschaftsabbruch.

Die ärztliche Beratung und Behandlung erfolgt in den Sprechstunden der Familienplanungsstelle (telefonische Terminvereinbarung unter [0 89] 70 95 - 46 96).

Komm. Leiter des Instituts für Freie Berufe Nürnberg

Nach dem plötzlichen Tod von Professor Dr. K. G. Specht hat der Vorstand des Instituts für Freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg e. V., Marienstraße 2/IV, 8500 Nürnberg, beschlossen, Dr. R. Wasilewski die kommissarische Leitung zu übertragen. Zusammen mit Professor Specht widmete er sich der sozial-wissenschaftlichen Analyse einzelner Bereiche der Freien Berufe, insbesondere aber der übergreifenden Erforschung von Stellung und Bedeutung der Freien Berufe in Wirtschaft, Gesellschaft und Staat.

Fortschritt und Fortbildung in der Medizin

Berichtsband über das IV. Interdisziplinäre Forum der Bundesärztekammer

Mit dem Jahrbuch der Bundesärztekammer werden die Ergebnisse des IV. Interdisziplinären Forums und die Schwerpunkte der ärztlichen Fortbildung für das Jahr 1981 an alle in der ärztlichen Fortbildung Tätigen, aber auch an alle Ärzte, die diesen Band erwarben, weitergegeben. Der Band enthält die Beiträge der neun Moderatoren, 35 Referenten, 43 eingeladenen Diskussionsgästen und die Diskussion des Plenums mit den Mitwirkenden. – „Forum" und Jahrbuch beweisen die Fortbildungsanstrengungen der Ärztekammern.

Das Jahrbuch 1980/81 kann zum Preis von DM 20,– über die Deutsche Ärzte-Verlag GmbH, Postfach 40 04 40, 5000 Köln 40, bezogen werden.

„Magna cum laude" für Bayer-Film

Der Film „Neue Aspekte zur Chemotherapie bakterieller Infektionen" ist auf der „Medikinale International Marburg 80" mit dem Prädikat „magna cum laude" ausgezeichnet worden. Mit dieser Auszeichnung, so erklärte die Jury, würden Maßstäbe für die ärztliche Fortbildung gesetzt. Darüber hinaus wurde der Film mit Sonderpreisen für hervorragende Kameraführung und Trickgestaltung bedacht. – Autor und Produzent des 16 mm-Lichton-Films, der über die Bayer-Filmstelle an Ärzte ausgeliehen wird, ist Eberhard Stock, Film in Wissenschaft und Technik, Bielefeld.

B12 NERVinfant®
Sirup

NERVinfant®
Sirup

Sedativum mit Vitamin B_1 und organischen Phosphorträgern. Konzentrationsschwäche, vegetative Störungen, unruhiger Schlaf, Schulmüdigkeit, Angst, nervöse Allergien, Pavor nocturnus.

B12 NERVinfant®
1000 ml enthalten: Vitamin-B_{12}-Cyanokomplex 1000 µg, Vitamin-B_1-chloridhydrochlorid 0,14 g, Extr. Flor. Humuli Lupuli (1:1) 16,00 g, Extr. Herb. Passiflorae incarnata fld. (1:1) 16,00 g, Extr. Cort. Piscidiae fld. (1:1) 3,00 g, Extr. Herb. Visci albi fld. (1:1) 13,00 g, Guaifenesin 2,10 g, Fytinsäure, Nona-Natrium-Salz 2,90 g, Natrium glycerinophosphoricum 10,70 g, Sirupus simpl. ad 1000 ml.
100 ml AVK DM 7,67
250 ml AVK DM 15,03
500 ml AVK DM 25,88

NERVinfant®
1000 ml enthalten: Vitamin-B_1-chloridhydrochlorid 0,14 g, Extr. Flor. Humuli Lupuli (1:1) 16,00 g, Extr. Herb. Passiflorae incarnata fld. (1:1) 16,00 g, Extr. Cort. Piscidiae fld. (1:1) 3,00 g, Extr. Herb. Visci albi fld. (1:1) 13,00 g, Fytinsäure, Nona-Natrium-Salz 2,90 g, Guaifenesin 2,10 g, Natrium glycerinophosphoricum 10,70 g, Sirupus simplex ad 1000 ml.
100 ml AVK DM 7,62
250 ml AVK DM 14,88
500 ml AVK DM 25,67

Dosierung und Anwendungsweise: Wenn nicht anders verordnet, Erwachsene und Jugendliche 3mal täglich 1 Eßlöffel, Kinder und Kleinkinder individuell 3mal täglich 1–2 Teelöffel, schlafbegünstigend 2 Teelöffel, nach den Mahlzeiten einnehmen.
Hinweis für Diabetiker: 1 Eßlöffel entspricht ca. 3,2 g KH (0,27 BE); 1 Teelöffel entspricht ca. 1,6 g KH (0,13 BE).

TOSSA ARZNEI
Arzneimittel so natürlich wie möglich
KURT MERZ · 6497 STEINAU
Stand Februar 1980

Den Haushalt diktiert diesmal der Rotstift

Die öffentlichen Haushalte stehen in den nächsten Jahren vor großen Problemen. Die abflauende Konjunktur läßt die Steuererträge schrumpfen, eine im gleichen Tempo wie bisher fortschreitende Verschuldung wird aber von allen Haushaltsexperten abgelehnt. Das muß dazu führen, daß die staatlichen Kassenwarte unter dem Diktat der Sparsamkeit zum Rotstift greifen. Auch der Freistaat Bayern, obwohl in puncto Schuldenmachen in den letzten Jahren wesentlich zurückhaltender als die meisten anderen Bundesländer, kommt nicht daran vorbei, jeden Steuergroschen zweimal umzudrehen.

Etatfragen werden zu Beginn der zweiten Halbzeit der neunten Landtagsperiode, die in diesen Tagen beginnt, im Mittelpunkt der Parlamentsarbeit stehen. Scharfe Kontroversen dürfte es vor allem um den Personalsektor geben, und nicht nur zwischen Regierungsfraktion und Opposition. Der Ministerrat hat für den neuen Doppelhaushalt, der die Jahre 1981 und 1982 umfaßt, eine Steigerungsrate vorgegeben, die unter dem Zuwachs des Bruttosozialprodukts liegen soll, also bei etwa fünf Prozent. Heuer gibt der Freistaat etwa 32 Milliarden DM aus.

Die von den Ressorts angeforderten neuen Planstellen sollen sich bereits auf 19000 addieren. Kostenpunkt rund 800 Millionen DM. Die vom Kabinett auferlegte Sparsamkeit ließe aber nur rund 2000 neue Stellen zu. Ein heftiges Tauziehen zwischen Haushalts- und Kulturpolitikern, die vor allem mehr Lehrerstellen verlangen, ist damit schon vorprogrammiert. Ende des Jahres wird der vielbändige Etatentwurf, der letzte hatte 3300 Seiten, auf dem Tisch liegen. Anfang 1981 wird dann der Landtag mit den Beratungen beginnen.

Schon bei der Verabschiedung des letzten Doppelhaushaltes hatte Finanzminister Streibl die Gefahren der Staatsverschuldung an die Wand gemalt. 1979 nahm der bayerische Staat 3,3 Milliarden DM, 1980 3,2 Milliarden DM Kredite auf. Mehr hielt Bayerns oberster Steuerverwalter keinesfalls für vertretbar. Einschließlich der Nachträge waren die Etatzuwächse 6,3 bzw. fünf Prozent.

Doch die Budgetbeschlüsse sind in den nächsten Monaten nicht die einzige Aufgabe der bayerischen Volksvertretung. Hitzige Debatten werden die erste Vollsitzungswoche kennzeichnen, die für Ende Oktober anberaumt ist. Auf der Tagesordnung steht dann nämlich ein Antrag der Sozialdemokraten, unterstützt von den Liberalen, auf Einsetzung eines parlamentarischen Untersuchungsausschusses gegen Regierungschef Strauß. Es handelt sich dabei gewissermaßen um ein „Nachbeben" des Bundestagswahlkampfes, denn das Gremium soll klären, ob Strauß bei einer CSU-Kundgebung auf dem Münchener Marienplatz tatsächlich den Polizeieinsatzleiter abgesetzt und so seine Kompetenzen überschritten hat. Da die Mehrheitsfraktion den Untersuchungsausschuß nicht verhindern kann, wird es wohl zu heftigen Auseinandersetzungen um den Untersuchungsauftrag und die Liste der zu hörenden Zeugen kommen. Die Regierungserklärung, die Ministerpräsident Strauß für Dezember dem Landtag angekündigt hat, verspricht ebenfalls Debattenschlachten zwischen Regierungspartei und Opposition.

Im übrigen besteht auch sonst kein Mangel an politischen Themen für die zweite Hälfte der Wahlperiode. Obenan im Terminkalender des Landtags steht die Reform der Bayerischen Bauordnung. Der Regierungsentwurf, der beim Baugenehmigungsverfahren dem Bürger manche Erleichterung bringen soll, hat in den Sommermonaten viel Staub aufgewirbelt. Vor allem die geplante Genehmigungsfreiheit für Fassadenänderungen hat Architekten wie Denkmalschützer auf die Palme gebracht. Sie bangen um das Gesicht der Altbauviertel in den Städten.

Schwierigkeiten beim Vollzug des neuen Berufsschulgesetzes, das bekanntlich die berufliche Grundbildung in zweierlei Form einführte (Kooperation von Schule und Betrieb bzw. Berufsgrundschuljahr), zwingt den Landtag, sich nochmals damit zu befassen. Korrekturen an dem erst vor zwei Jahren verabschiedeten Gesetz sind nicht ausgeschlossen. Auch das Erziehungs- und Unterrichtsgesetz verlangt nach Retuschen, da es der Allgemeinen Schulordnung in manchen Punkten an der rechtlichen Absicherung fehlt. Das Verbot der Prügelstrafe wird dabei eine Rolle spielen. Wenig Chancen bestehen allerdings für den Wunsch der Opposition nach einem eigenen „Schulverfassungsgesetz".

Eine seit langem überfällige Reform auf dem Gesundheitssektor wird ebenfalls bald die Volksvertreter beschäftigen: Die Ablösung des 30 Jahre alten Verwahrungsgesetzes durch ein modernes Psychiatriegesetz. Der Bayerische Senat hat dazu einen eigenen Entwurf erarbeitet, der in der Öffentlichkeit viel Zuspruch gefunden hat. Den Senatoren geht es vor allem darum, die Rechte der Patienten zu stärken und auch Fragen der ambulanten Versorgung und Nachsorge psychisch Kranker zu lösen. So tritt beispielsweise die zweite Kammer dafür ein, in jedem Fall einem Patienten bei der Einweisung einen Rechtsanwalt zur Seite zu stellen. Daneben wird sich die Gesetzesarbeit des Landtags in den nächsten zwei Jahren vorwiegend um Korrekturen an bestehenden Gesetzen drehen. Zur Zeit stehen Novellierungen an zum Wasserhaushaltsgesetz, zum Naturschutz-, Landesplanungs- und Waldgesetz.

Michael Gscheidle

Österreich lockt mit Zins und Diskretion

Nach Österreich der Zinsen wegen – und manche fügen hinzu, weil man da nicht einmal seinen Namen nennen müsse, wenn man Geld aut ein Sparkonto einzehle oder Wertpaplere datür kaute. Tatsächlich sind die Erträge in Österreich sehr interessant geworden, seit dort vor mehr als zwei Monaten die Habenzinsen freigegeben worden sind.

Die österreichischen Banken und Sparkassen liefern sich seitdem einen Wettbewerb, daß manchen von ihnen schon angst und bange wird. Achteinhalb Prozent auf drei Jahre gäbe es prektisch für jeden Betrag, ertuhr ich im Gespräch mit einem der größten Kreditinstitute des Landes. Wer mehr einlege, könne mit neun Prozent Zinsen pro Jahr sicher rechnen.

Einen Gamstuß haben diese großzügigen Angebote: Die Zinshöhe ist ohne vorherige Ankündigung von einem aut den anderen Teg veränderbar. Das ist tür uns nicht neu. Vergleichbare Bedingungen gelten für Spareinlagen in Deutschland.

Den Österreichern geht es jetzt gut. Ihr Bruttosozialprodukt, also die Summe aller Leistungen im Lande, hat sich von 1,5 Prozent im Jehr 1978 – gegenüber dem vorangegangenen – auf über fünf Prozent erhöht. Das ist mehr als dreimal soviel. Seit 1976 haben unsere südlichen Nachbarn keinen einzigen Arbeitstag durch Streik verloren. Die Inflationsrate liegt wie hierzulande bei 5,5 Prozent im September gegenüber dem gleichen Vorjahresmonat. Seit Beginn der siebziger Jahre hat sich der Wechselkurs des Schilling stabil gehalten.

Wie wir leiden die Österreicher trotz ihrer hohen Devisenzuflüsse aus Fremdenverkehr und aus Kapitelimporten unter einem starken Leistungsbilanzdefizit. Sie werden nur zu seiner Dämptung kommen, wenn sie ihr Zinsniveau attrektiv halten.

Gerade beim Schreiben dieses Beitrages erfahre ich von einer bevorstehenden Schilling-Anleihe mit 9,5 Prozent Zinsen, voraussichtlich 99 Prozent Auszahlung und vermutlich sieben bis zehn Jahren Laufzeit. Eine Anleihen-Zinshöhe kann dem Anleger nicht genommen werden, solange es im Lande mit rechten Dingen zugeht. Und jeder Staat hütet sich, seinen Kredit zu verspielen.

Sie können sich solche Papiere von einem österreichischen Kreditinstitut schicken und später euch die Zinsen überweisen lassen. Das österreichische Bankgeheimnis schützt Sie sehr weitgehend. Sie können aber auch völlig ausschließen, daß Ihr Name genannt werden kann – weil ihn das Kreditinstitut selbst nicht erfährt.

Dazu müssen Sie allerdings in die Enklave Kleines Walsertal oder in eine der reizvollen österreichischen Städte nahe der deutschen Grenze fahren. Nach einem Erkundungsgang über die Zinshöhe lassen Sie sich beim günstigsten Institut ein anonymes Sparkonto eröttnen. Dafür vereinbaren Sie lediglich ein Code-Wort. Außerdem wird Ihr Geburtsdatum und Ihr Geschlecht, nicht eber Ihr Name und Ihre Adresse testgehalten.

Geburtsdatum und Geschlecht sind nur Hiltsmittel zu Ihrer Identifizierung, talls Sie das Code-Wort vergessen haben sollten. Nach den gleichen Bedingungen erbeitet das Wertpepier-Kassa-Konto tür Etfekten. Sie müssen sie aber nicht im Depot lassen, denn weder der österreichische noch der deutsche Zoll dürfen gegen solche Wertpepiere in Ihrem Gepäck etwas einzuwenden heben.

Diese Möglichkeiten werden den deutschen Finanzminister nicht eben glücklich stimmen. Immerhin wäre es ja denkbar, daß in Österreich anlegende Deutsche bei der Einkommensteuererklärung ihre Erträge und bei der Vermögensteuererklärung ihre Werte in unserem südlichen Nachbarland anzugeben vergessen.

Davon wollte Österreichs Bundeskanzler Bruno Kreisky protitieren. Wenn jemend schon die Besteuerung seiner Kapitalerträge in Österreich vermeiden kann, soll das Lend etwas davon haben, sagte er sich und erwog einen automatischen Steuerebzug. Dieser Plan dürfte um so weniger verwirklicht werden, els Androsch Finenzminister geblieben und für solche Absichten nicht einzunehmen ist.

Sparbücher wie Wertpapiere eus Österreich können Sie beliebig auch verschenken und vererben, nur sollten Sie die Code-Wörter irgendwo festhalten, damit Schwierigkeiten bei der Auszahlung vermieden werden.

Horst Beloch

Neuer oder alter Besen

Wer auch immer das Ressort Arbeit und Sozialpolitik in der Bundesregierung wehrnehmen wird, die Anerkennung der Tetsachen im Bereich der Krankheitskostenentwicklung kenn er nicht verweigern. Er wird eußerdem die Selbstverweltung euf dem Gebiet der Sozialpolitik zu achten haben – mehr als bisher.

Das überragende Ereignis der Zusammenarbeit von Selbstverwaltungen in den letzten Jahrzehnten ist der sogenannte „Bayern-Vertrag" zwischen dem Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern (LdO) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit dem Ziel einer Kostenminderung im Gesundheitswesen. Schon das Resultet des ersten Jahres hat die Zweifler durch die Wirksemkeit dieser Vereinbarung eines Besseren belehrt.

Der nächste Minister, und sei es euch der vorhergegangene, wird en diesem Ergebnis ebensowenig vorbeigehen können. Die Zeichen mehren sich, wonach die Bundes-Spitzenverbände nach diesen Erfehrungen die Philosophie des „Bayern-Vertrages" erproben wollen.

Daren kenn sie nur zu hindern versuchen, wer die Theorie eines eigenen Rezeptes für erfolgreicher hält els die Praxis der Resultate des „Bayern-Vertreges". Ein risikoreiches Unterfangen des Inhebers eines Schlüssel-Ministeriums. „In seinen Taten meit sich der Mensch", Schiller in seinen Schriften über die ästhetische Erziehung des Menschen.

Prosper

Kurz über Geld

BERLIN-DARLEHEN mittel- wie langfristig sind durch neue, eber befristete Konditionen wieder interessant geworden.

STEUERBEGÜNSTIGTE KAPITALANLAGEN sind nur interessant, wenn die entsprechenden Objekte euch ohne Steuervorteile Erträge abwerfen würden.

DIE ZINS-UNSICHERHEIT dürfte kaum sobeld behoben sein. Nach wie vor: Rentenpepiere mit nicht längerer els zwei- bis dreijähriger Restleufzeit.

ZUR DIAMANTEN-BEURTEILUNG wurden erstmals internationale Normen geschaffen. Neukauf nur, wenn die Steine nach diesem Maßsteb klassifiziert sind.

Prosper

Buchbesprechungen

Kleines Diagnostikon

Differentialdiagnose klinischer Symptome

Verf.: D. M. Bärschneider, 384 S., Leinen, DM 36,–. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart - New York.

Das bereits in der 15. Auflage erschienene Buch enthält in übersichtlicher Darstellung alle wichtigen Symptome und Beschwerdebilder in alphabetischer Reihenfolge. Hierbei werden alle klinischen Fächer in einer Synopse zusammengefaßt. Jedes Symptom wird ätiologisch aufgegliedert und seine Differentialdiagnose besprochen. Zur genauen Abklärung des Beschwerdebildes werden wichtige anamnestische Fragen mitgeteilt und weiterführende Untersuchungsmethoden angegeben. Ein übersichtliches Register und die textliche Klarheit erleichtern die Orientierung und erhöhen den praktischen Wert des Buches. Das preiswerte Buch ist ein handliches Nachschlagewerk für alle medizinischen Fachrichtungen.

Dr. med. J. Maier, Nördlingen

Das Magenkarzinom

Frühdiagnose und Therapie

Herausgeber: Prof. Dr. H. G. Beger / Dr. W. Bergemann, Prof. Dr. H. Oshima, 348 S., 16 Farbtaf., 243 Abb., davon 36 in Farbe, 199 Tab., geb., DM 128,–. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das Magenkarzinom ist in Europa ein häufiges Malignom, das nach der Todesursachenstatistik noch vor dem Dickdarmkarzinom rangiert. Unser diagnostisches Bemühen ist daher auf frühzeitige Erkennung dieser Magenwandläsion gerichtet.

Von in der Magendiagnostik anerkannten Fachautoritäten wird hier über Erfahrung und Stand der radiologischen und endoskopischen Frühdiagnostik des Magenkarzinoms umfassend referiert. Neben epidemiologischen und Gesichtspunkten der Kanzerogenese wird eine Definition von Präkanzerosen und Risikokrankheiten gebracht. Die Darstellung neuer Gesichtspunkte über morphologische Typen, Tumorwachstum und Ausbreitungstypen des Magenkarzinoms erfolgt in Verbindung mit der klinischen Erfahrung. Die Effizienz der Vorsorgeuntersuchungen und der Stellenwert der endoskopischen und röntgenologischen Frühdiagnostik wird im Spiegel praktischer Erfahrungen diskutiert. Die Darstellung der chirurgischen Therapie des Magenkarzinoms – Gastrektomie, Magenresektion – erfolgt unter besonderer Berücksichtigung von Indikation, Rekonstruktionsalternativen, Letalitätsraten und Spätergebnissen. Die Kapitel zum Thema „Der magenlose Patient" und „Möglichkeiten und Grenzen der adjuvanten Chemotherapie" schließen die aktuelle Bestandsaufnahme zum Magenkarzinom ab.

Radiologie des Verdauungstraktes

Funktionelle Untersuchung und Diagnostik

Verf.: Prof. M. M. Brombart, ins Deutsche übersetzt von Dr. G. und Prof. Dr. G. Gollmann, 452 S., 688 Abb. in 1796 Einzelbildern, geb., DM 248,–. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Dieser eindrucksvolle Bildband ist als Einführung in die funktionelle Röntgendiagnostik des Magen-Darm-Traktes konzipiert. Vom Röntgenologen wird eine am Individualfall orientierte Diagnostik verlangt, an deren Ende ein klares „Ja" oder „Nein" zur Fragestellung des Klinikers stehen sollte und kein „Vielleicht". Der Autor demonstriert sehr nachdrücklich, wie diese Aufgabe nicht in Form routinemäßig ablaufender Serienuntersuchungen zu lösen ist, sondern durch krankheitsspezifische und gezielt eingesetzte Einzeluntersuchungen. Die Befundung der Bildbeispiele wird erleichtert, indem der Originalabbildung eine Skizze gegenübergestellt wird, deren pathologische Veränderungen rot hervorgehoben sind.

Verbrennungen im Kindesalter

Herausgeber: Dr. I. Butenandt/Dr. I. Coerdt, 164 S., 58 Abb., davon 24 farbig, kart., DM 44,–. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Ziel des Buches: eine praktische und theoretische Hilfe dort zu sein, wo Kinder mit Verbrennungen und Verbrühungen behandelt werden müssen. Seine Gliederung: Allgemeines – Historisches, Epidemiologie, Prophylaxe –. Pathophysiologie der Verbrennungen. Therapie der Verbrennungen im Kindesalter – hier ist besonders hervorzuheben die Darstellung der Infusionsbehandlung der Verbrennungskrankheit. – Komplikationen bei Verbrennungen. Anästhesie bei Verbrennungen. Lokale Behandlung von Verbrennungswunden.

Die Autorinnen, beide Universitäts-Kinderklinik München, gingen von ihren eigenen praktischen Erfahrungen in der Behandlung von Kindern mit schweren Verbrennungen aus. Dabei wurde das theoretische Wissen über die vielfältigen pathogenetischen Faktoren, die den Verlauf der Verbrennungskrankheit bestimmen, weitgehend berücksichtigt. Das umfassende Literaturverzeichnis läßt das erkennen. Die zum Teil farbigen Abbildungen wurden sorgfältig ausgewählt, die zahlreichen Tabellen sind klar und übersichtlich. – Angesprochen sind vor allem Ärzte, die in Spezialabteilungen Kinder mit ausgedehnten Verbrennungen behandeln, aber auch die Kollegen, die Kinder für den Transport vorbereiten müssen oder mit kleineren Verbrennungen ambulant betreuen, finden in dem empfehlenswerten Buch viele praktische und theoretische Hinweise.

Dr. med. M. Wolf, Waldkraiburg

Die Arbeitsmedizin in den EG-Ländern

Band 5 der Schriftenreihe „Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Prophylaxe"

Herausgeber: Prof. Dr. W. F. Diller/St. Fegers, 204 S., 3 Abb., 27 Tab., kart., DM 36,–. Verlag für Medizin, Dr. Ewald Fischer GmbH, Heidelberg.

Das lesenswerte Buch gibt eine gute und straff gegliederte Übersicht über den Aufbau und die Konzeption der Arbeitsmedizin in den neun Ländern der Europäischen Gemeinschaft. Einleitend werden die Aktivitäten der Europäischen Institutionen dargestellt, einschließlich ihrer Stellungnahmen und Empfehlungen hinsichtlich Vorsorgeuntersuchungen, der Europäischen Liste der Berufskrankheiten u. a. Eine systematische Analyse der arbeitsmedizinischen Situation erfolgt für die Länder Belgien, die Bundesrepublik Deutschland, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Italien, Irland, Luxemburg und die Niederlande. Aufgrund der Darstellung historischer, organisatorischer und staatlich-rechtlicher Entwicklungen und Regelungen lassen sich aufschlußreiche Vergleiche im internationalen Rahmen ziehen.

Dr. med. J. Thürauf, Erlangen

Neuraltherapie nach Huneke

Herausgeber: Dr. J. P. Dosch, 304 S., 56 Abb., 4 Tab., kart., DM 60,–. Karl F. Haug Verlag, Heidelberg.

In den Kapiteln Grundlagen, Behandlung des gynäkologischen Raumes und der Schilddrüse, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Neurologie und Geriatrie haben 24 Autoren die Freudenstädter Vorträge mit dem Hereusgeber die Neuraltherapie nach Huneke eingehend dargestellt, wie sie in den Vorträgen abgehandelt wurden. Seit der homerischen Darstellung des vegetativen oder autonomen Nervensystems durch L. R. Müller hat sich die Neural- und Segmenttherapie weit über die Headschen Zonen hinaus durch die Entdeckungen der Brüder Huneke einen wichtigen und bedeutenden Platz der erfolgreichen Behandlung gegen unberechtigte Widerstände durchgesetzt, de die Biokybernetik in Anatomie und Physiologie neue Gedankengänge aufgezeigt het. Studium, Klinik und Praxis werden von diesem Verfahren wertvoll bereichert werden.

Dr. med. G. H. Schneider, Bamberg

Alkohol – Alkoholismus

Herausgeber: Prof. Gerchow / Dr. Heberle, 160 S., 14 Abb., 19 Tab., DM 32,60. Neufend-Verlagsgesellschaft mbH, Hamburg.

Des Alkoholproblem hat mittlerweile einan hohen Stellenwert in unserer „Freizeit"-Gesallschaft erlangt. Immer mahr werden in dar Öffentlichkeit Wirkende mit Fragen der verschiedenartigen Auswirkungen des Alkoholismus euf Mensch und Gesellschaft konfrontiart. Deshalb ist es zu begrüßen, wann allen mit diesem Problem befaßten und ainschlägig Intarassierten ein kurzgefaßtes Laxikon zur Verfügung steht. Des vorliegende Lexikon erleichtert die begriffliche Orientierung wesentlich, zumal auch Rechtsfragen eingeschlossen sind.

Professor Dr. med., Ing. grad. G. P. Liebaldt, Würzburg

Trendentwicklungen bestimmter Krenkheitsgruppen

Verf.: Dr. L.-D. Gercke, 340 S., zahlr. Teb., kert., DM 48,–. Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgart.

Der 340seitige Band enthält die sorgfältiga Ausarbeitung der emtlichen Statistik dar deutschen Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten von 1961 bis 1971. Sowohl Verfasser als euch Rezensent sehen den Hauptzweck des Buches in der Hilfe für die Erstellung ganz gezielter sozialmedizinisch-epidemiologischer Arbeiten, ist also ein Nachschlagewerk für ainen engen Leserkreis, obwohl zwischen den nüchternen Fekten wichtige Diskussionspunkta auftauchan, wie: ... wird nicht für des Gebiet dar Erkrankungen das rheumatischan Formankreises präventiv und rahabiiitativ zu wenig geten? ... stetistischer Nachweis über Zu- und Abnahme während des zehnjährigen Beobachtungszeitreums von ulcus duodeni und ulcus pepticum ventriculi. Es ist en eine Forfsetzung dieser Ausgabe gedacht.

Dr. med. J. Welck, Rosenheim

Geriatrie im Abriß

Verf.: Dr. H. M. Hodkinson, 196 S., 5 Abb., kart., DM 36,–. Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgart.

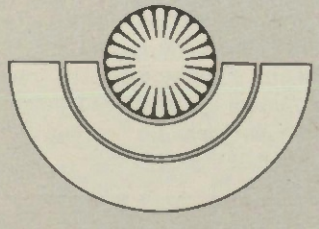
Dieses Buch befaßt sich mit dan klinischen, präventiven, medikementösen und sozialen Aspekten von Krankheiten bei älteren Menschen. Alte Menschen stellen große Anforderungen an die Gesundheitsdienste und besonders auch an den Arzt. Deshalb müssen sich Klinik und Praxis den neuen Problemen anpassen, die durch ältere Patienten erwachsen.

Unser Beitrag zur Kostendämpfung

Dia Wirkstoffa der Kamilla
In standardisierter und
therapeutisch
optimaler Zusammensetzung

KAMILLEN
BAD
ROBUGEN

badefertig portioniert



O.P. 400 ml
(10 Beutel zu 40 ml)
13,40 DM

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

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

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

H77344

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Vegetative Physiologie

Herausgeber: Prof. Dr. K. Kremer

Band *I*

229 S., 154 Abb., Arbeitsbuch, DM 24,–

Band *II*

219 S., 126 Abb., Arbeitsbuch, DM 24,–.

Verlag Urban & Schwerzenberg, München.

Die beiden vorliegenden Bände des Arbeitsbuches „Vegetative Physiologie" enthalten zusammen mit dem von J. Haase herausgegebenen Buch „Neurophysiologie" den gesamten Lehrbuchtext der Physiologie, wie er im Gegenstandskatalog für die ärztliche Vorprüfung vorgeschrieben ist. Die nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgerichteten Arbeitsbücher sind inhaltlich so angelegt, daß sie den Studenten in didaktisch kluger Weise in die komplexe Wissenschaft der Physiologie einzuführen vermögen und ihm zudem wichtige Grundkenntnisse für die spätere ärztliche Praxis mitgeben. Beide Bände enthalten für Eintragungen des Lesers einen freien Seitenrand, ein Sachverzeichnis, ausführliche Literaturangaben und einen Hinweisindex auf den Gegenstandskatalog „Physiologie".

Dr. med. H. Schrüffer, Augsburg

Sieg über den Tod

Verf.: A. Silverstein, 220 S., Leinen, DM 29,80. C. Bertelsmann Verlag, München.

Der Verfasser ist Leiter der Abteilung für Biologie an der City University von New York. Er referiert – begeistert und mitreißend – die großen Erfolge der Medizin in diesem Jahrhundert, speziell in den letzten zwei Jahrzehnten. Neue Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Kardiologie, Cancerologie, Diabetologie, Genetik, Gerontologie, Immunologie, Organtransplantation usw. lassen ihn davon überzeugt sein, daß menschliche „Unsterblichkeit" noch in diesem Jahrhundert möglich ist. Die prognostizierte Lebensdauer dieser „Unsterblichkeit" schwankt freilich um einige Zehnerpotenzen ...

Trotz der offenbaren Belesenheit des Autors und einer Reihe interessanter Einzelinformationen hat der Rezensent das Buch nach gut 100 Seiten ermüdet aus der Hand gelegt. Muß Wissenschaftsinformation für die Öffentlichkeit wirklich zu derartig unrealistischen Ankündigungen greifen, wenn sie „verkaufbar" sein will? Muß das Wort „Unsterblichkeit" in fast jeder Kapitelüberschrift und den jeweils vorangestellten Zitaten stehen? Tut man schließlich den Patienten einen guten Dienst, wenn man sie glauben macht, die Heilung ihrer Krankheit sei eigentlich nur noch eine Sache von Stunden?

Dr. med. H. Piechowiak, München

Atemwegserkrankungen

Ein Expertengespräch über Fragen aus der Praxis

Herausgeber: Prof. Dr. D. Nolte, 80 S., DM 18,50. Verlag pmi-pharm & medical inform. Verlags GmbH, Frankfurt.

Dieses Büchlein ist die Niederschrift eines Expertengespräches über Atemwegserkrankungen. Praxisnahe Fragen über Diagnostik und Therapie von Bronchitis, Asthma und Emphysem werden diskutiert, wobei auch so wichtige Themen, wie Atemwegserkrankungen im Kindesalter und Fragen zur Sozial- und Kurmedizin, mit in die Diskussion eingeschlossen wurden. Das Buch stellt eine kompakte Zusammenfassung des neuesten Wissensstandes über pulmologische Erkrankungen dar, das infolge seiner übersichtlichen Gliederung und Überschaubarkeit sicher interessierte Leser finden wird.

Dr. med. G. Vorberg, München

Lexikon der Psychologie

Band *1: A-Gyrus* / Band *2: H-Psychodiagnostik* / Band *3: Psychodrome – ZZ*

Herausgeber: W. Arnold / H. J. Eysenck / R. Meili, insges. 1336 S., Leinen, Subskriptionspreis je Band DM 128,–. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Gemeinsam mit den bekannten Herausgebern haben über 400 internationale Experten aus allen Forschungs- und Anwendungsbereichen der modernen Psychologie ein umfassendes Nachschlagewerk für die achtziger Jahre geschaffen. Sie haben sich bemüht, in der präzisen Ausarbeitung der Artikel möglichst allgemeinverständlich zu bleiben. Alle, auch widersprüchliche Auffassungen, Theorien, Konzepte werden referiert; gegebenenfalls kommen deshalb bei einem Stichwort mehrere Autoren zu Wort. Über die Ergebnisse der Sexualforschung wird ebenso vorurteilsfrei berichtet wie über Lernexperimente, Gedächtnis, Gefühl. Kritische Stellungnahmen zu Begriffen wie Charakter, Manipulation, Persönlichkeit fehlen ebensowenig wie jene zum Leib-Seele-Problem oder zum Begriff der Prägung.

Unter starker Berücksichtigung der interdisziplinären Forschung und der Grenzgebiete wie Biologie, Informatik, Statistik, Kybernetik, Pharmakopsychologie, Physiologie und Neurologie informiert das Lexikon sowohl unter dem engewandten wie dem Forschungsaspekt.

Das Werk ist für jeden Psychologen in Wissenschaft und Praxis ebenso geeignet wie für Studenten der Psychologie und Pädagogik, für Angehörige sozialer Berufe, der Justiz und Polizei.

Vor Ihrer Praxis-Eröffnung sind wir für Sie da.

Ad usum proprium:
Unsere Erfahrung zu Ihrer Praxisabsicherung. Unser „gewußt wie" bei Ihren Bankgesprächen.

Finanzierungsmodell mit Einsparung bis zu 40 Prozent der Praxisdarlehen.

Ihr Nutzen und Vorteil:
Unsere Stärke in der Lösung Ihrer Versicherungsprobleme, wenn es um die Ärzte-Haftpflicht-, die Hausrat-, die Ärzte-Unfallversicherung geht.

Interesse?
Dann rufen Sie uns bitte an: Es berät Sie Herr Georg C. Klughardt. Anschrift: Stiftsbogen 41, 8000 München 70, Tel. (089) 7143200 oder (0911) 834298

Meine Anschrift

Ich erwarte Ihren Anruf unter Telefon

Ein Beratungsbesuch ist erwünscht

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE
Außendienstbeauftragter
BAYERISCHE VERSICHERUNGSKAMMER Bayerischer Versicherungsverband

Medizinische Soziologie

Sinn und Aufgabe des ärztlichen Berufsstandes in der Bundesrepublik Deutschland

Verf.: Prof. Dr. W. Roessler / Prof. Dr. H. Viefhues, 167 S., 2 Abb., Taschenbuch, DM 14,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Dieses Taschenbuch kann als solide Einführung in die medizinische Soziologie für Studenten und Ärzte gelten. Es ist sauber gegliedert, zeigt die Stellung der Sozialmedizin in unserer Gesellschaft auf, gibt einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung des Gesundheitswesens und zeigt ferner, wie der Dienst des Arztes in der Gesellschaft verstanden werden soll.

Positiv anzumerken ist weiter, daß die Autoren versuchten, keine ideologischen Tendenzen aufkommen zu lassen, sondern sachlich und nüchtern das Stoffgebiet der medizinischen Soziologie umrissen.

So ist es für den Studenten eine gute Examensvorbereitung und für den Arzt ein kleines Nachschlagewerk, wenn er sich in der medizinischen Soziologie weiter informieren will.

Dr. med. B. Deininger, Garching

Es gibt immer einen Weg

Briefe an einen Körperbehinderten

Verf.: H. Viscardi, 112 S., DM 14,80. Matthies-Grüneweld-Verlag, Mainz.

Schlicht und eindrucksvoll werden Probleme Körperbehinderter geschildert in einer Sprache, die unwillkürlich gefangennimmt. Wenn man sieht, wieviel Kraft diese Menschen für Leben und Beruf benötigen, fühlt man Bewunderung. Freilich haben nicht alle diese Kraft, sich gegen die Widrigkeit ihres Schicksals durchzusetzen. Ihnen muß unsere besondere Betreuung gelten. Das Buch zeigt, wieviel Hilfe hier gegeben werden kann. Der Verfasser ist selbst körperbehindert. Wohl deshalb die mitreißende und überzeugende Darstellung in der Nüchternheit des Alltags, in Siegen und Niederlagen. Ein hohes Lied des Lebenswillens gegen ein hartes Schicksal.

Dr. med. W. Fick, Kutzenhausen

Brönner Kalenderprogramm 1981

Aus dem reichhaltigen Angebot können wir euch in diesem Jahr wieder eine Reihe besonders schöner Kalender für das Jahr 1981 empfehlen. Die Formate reichen von der bescheidenen heraustrennbaren Postkarte über Zwischengrößen bis hin zum Großkalender, geplant in gekonnter Manier und hergestellt in bester Qualität. So kann eus einem anonymen Geschenk eine ganz persönliche Gabe werden.

Marc Chegall, DM 148,–

Theatrum Kalendarium, DM 32,–

Der blaue Reiter, DM 24,80

Kleine Künstler – ganz groß, DM 24,80

Europa in alten Ansichten, DM 24,80

Natur-Palette, DM 24,80

Die Alpen im Großbild, DM 16,80

Deutschland im Großbild, DM 16,80

Europa im Großbild, DM 16,80

Automobil Museum, DM 15,80

Die schönsten Katzen, DM 11,80

Die schönsten Hunde, DM 11,80

Alpenblumen 1, DM 8,80

Alpenblumen 2, DM 8,80

Kongreßkalender

De die Termine der Kongresse menchmel geändert werden, empfehlen wir, euf jeden Fall vor dem Besuch einer Tegung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Dezember 1980

5.–6. **Obereudorf:** Klinisch-onkologisches Wochenende. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.

5.–7. **München:** 14. Internationele Wissenschaftliche Tegung des Bayerischen Sportärzteverbandes. – Auskunft: Bayerischer Sportärzteverband, Nymphenburger Straße 81/IV, 8000 München 19.

5.–7. **Nürnberg: 31. Nürnberger Fortbildungskongreß der Beyerischen Lendesärztekemmer. – Auskunft: Beyerische Landesärztekemmer, Fortbildungsreferet, Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80.**

6.–13. **Oberlech/Arlberg:** VIII. Fortbildungswoche des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V., Lendesgruppe Bayern. – Auskunft: Dr. F. Conrad, Marienplatz 2/IV, 8000 München 2.

10. **Beyreuth:** Fortbildungsveranstaltung „Therapie und Diegnostik von Schilddrüsenerkrenkungen". – Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Hohe Werte 8, 8580 Bayreuth.

10. **Fürth:** Fortbildungsverenstaltung „Neues in der Abdominei- und Thoraxchirurgie". – Auskunft: Dr. J. Mertens, Brandenburger Straße 11, 8510 Fürth.

„Bayerisches Ärzteblatt". Inheber, Hereusgeber und Verleger: Beyerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hens Joechim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hens Joechim Sewering, Dr. med. Hermann Breun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verentwortlich für den Inhelt: Rite Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47 - 1.

Die Zeitschrift erecheint monetlich mit regelmäßiger Verlegerbeilege „Beyerische Akedemie für ärztliche Fortbildung".

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebere oder der Schriftleitung der. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreis monatlich DM 5,– einschließlich Postzeitungsgebühr und 6½ % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52 - 802, Amt München, Beyerische Landesärztekammer (Abt. „Beyerisches Ärzteblett"). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitreg enthelten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verleg und Werbung GmbH & Co. KG, Postfech, Sonnenstreße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 51 77 - 1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammedresse etlespress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke.

Druck: Druckerei und Verleg Hans Zeuner jr., Augsburger Straße 9, 8060 Dechau.

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlegs. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung voreusgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

Enka – ein großes europäisches Unternehmen mit weltweiten Aktivitäten – produziert u. a. Chemiefasern für textile und technische Anwendungsbereiche, synthetische Werkstoffe, technische Kunststoffe, Spezialmaschinen sowie Membranen für medizinische und technische Anwendungen.

Für unser Produktionswerk Obernburg/Main, das gleichzeitig auch Standort unserer Forschung und eines zentralen Ingenieurbüros ist, suchen wir als Nachfolger für den in den Ruhestand tretenden Leiter des Werksärztlichen Dienstes einen

Betriebsarzt

der die arbeitsmedizinische Betreuung der am Standort tätigen ca. 5000 Mitarbeiter übernimmt.

Der Werksärztliche Dienst verfügt über eine großzügige räumliche und apparative Ausstattung: dem Betriebsarzt sind neun hauptamtliche ärztliche Hilfskräfte (Krankenschwestern, MTA, Arzthelferin, Masseur/Bademeister etc.) zugeordnet. Der jetzige Stelleninhaber wird seinen Nachfolger eingehend einarbeiten. Sollte der Nachweis der erforderlichen Fachkunde noch nicht vorliegen, besteht die Möglichkeit des Besuchs eines Weiterbildungslehrgangs zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin".

Obernburg liegt am Spessartrand in einer landschaftlich reizvollen Gegend. Aschaffenburg und Frankfurt/Main sind über eine Autobahnverbindung schnell erreichbar.

Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir Ihnen behilflich. Die großzügigen Vertragsbedingungen enthalten neben einer entsprechenden Vergütung die umfangreichen Sozialleistungen eines Großunternehmens.

Bitte, schicken Sie bei Interesse an einer Mitarbeit ihre Bewerbungsunterlagen mit Angaben über den voraussichtlichen Eintrittstermin an die angegebene Adresse. Wir werden uns unmittelbar mit Ihnen in Verbindung setzen.

Enka AG
Personalabteilung Führungskräfte
Postfach 10 01 49
5600 Wuppertal 1

Enka ist ein Unternehmen der Akzo-Gruppe

Assistenzarzt (Assistenzärztin)

für das St.-Berbera-Krankenhaus in 8460 Schwendorf in Bayern gesucht. Gute Fach- und Allgemeinausbildung möglich!

Bewerbung an die **Verwaltung des Krankenhauses, Telefon (0 94 31) 521.**

Allgemeinärztin möchte Orthopäden in **Gemeinschaftspraxis** aufnehmen. Vorort Münchens.
Anfragen unter Chiffre 2064/313.

Arztpraxis

In Bayerbach bei Ergoldsbach, Landkreis Landshut, wird zum 31. Dezember 1980 die einzige Arztpraxis geschlossen.
Bayerbach bei Ergoldsbach (Einzugsgebiet ca. 1800 Einwohner) sucht zum 1. Januar 1981 einen neuen praktischen Arzt.
Interessenten möchten sich bitte mit der **Gemeinde Bayerbach bei Ergoldsbach** in Verbindung setzen, Telefon (0 87 74) 236.

Arztpraxis im Donauries-Kreis

modern mit Labor eingerichtet, geeignet für alle Gebiete der Medizin, MTA und Arzthelferin vorhanden. 208 qm, billige Miete, wegen Erkrankung schnellstens abzugeben.
Anfragen unter Telefon (0 83 82) 54 16.

Städtisches Marienkrankenhaus
8450 Amberg/Opf.

(Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen-Nürnberg, 615 Betten, naun Fachebtailungen)
Zentrele Röntgensbteilung, Cheterzt Dr. Heckrodf

Wir suchen zum nächstmögtichen Termin einen

Oberarzt

(Radiologie, nuklearmedizinische Weiterbildung erwünscht)

sowie einen

Assistenzarzt

Die in Röntgendiagnostik, Nuklearmedizin und Strahlentherapie gegliederte Abteilung ist modern eingerichtet (neun Röntgen-Diagnostik-Arbeitsplätze mit zwei Ebenen, AOT Angiographie, Gamma Camera mit EDV, konventionelle Therapie und Kobalt-60-Bestrahlungsgerät, Ultraschall).

Alle bewährten, modernen röntgendiagnostischen Untersuchungsverfahren werden durchgetührt (z. B. Angiographie, Lymphographie, Myelographie, PTC), in der Nuklearmedizin Organdiagnostik, radioimmunologische, dynamische und Clearence Untersuchungen.
Stellenplan der Abteilung: Chefarzt, zwei Oberärzte, aechs Assistenzärzte, ein Physiker.

Der Chefarzt ist zur vollen Weiterbildung zum Radiologen ermächtigt.

Vergütung nach BAT • zuzüglich Rufbereitschattsvergütung • übliche Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes (Beihilfe, zusätzliche Altersversorgung) • Sonstige Nebeneinnahmen nach Absprache.

Amberg (ca. 50 000 Einwohner) liegt zwischen Nürnberg und Regensburg in reizvoller Landschaft mit hohem Freizeitwert, alle Schulen am Ort.

Nähere Auskünfte:
Chefarzt Dr. Heckrodt, Telefon (0 96 21) 1 50 81.

Bewerbungsunterlagen werden erbeten innerhalb von zwei Wochen nach der Ausschreibung an das

Personalamt der Stadt, Postfach, 8450 Amberg.

Bei den **Krankenanstalten des Landkreises Bamberg** sind die Stellen

eines leitenden Arztes für Anästhesiologie und **eines Oberarztes für Anästhesiologie**

zu besetzen.

Wir suchen daher zum nächstmöglichen Zeitpunkt

erfahrene Ärzte/Ärztinnen für Anästhesiologie

Er/Sie sollen für die anästhesiologische Betreuung der Patienten in den Kreiskrankenhäusern Burgebrach und Scheßlitz (125 und 175 Betten) — je mit Chirurgischer und Innerer Abteilung — zuständig sein. Das erforderliche weitere Personal wird zur Verfügung gestellt.

Vergütung und Arbeitsbedingungen werden durch Vertrag geregelt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an

Landratsamt, Promenadestraße 2 a, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 8 53 24

LAND-KREIS **Freyung-Grafenau**

Die **zentrale regionale Anästhesieabteilung des Lankreises Freyung-Grafenau im Bayerischen Wald** sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Oberarzt/-ärztin und mehrere Assistenzärzte/-ärztinnen

Die Abteilung versorgt drei Krankenhäuser, das Krankenhaus Freyung wurde am 10. Dezember 1979 bezogen und ist modernst eingerichtet. Die Krankenhäuser verfügen über die Disziplinen Chirurgie, Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie, HNO und Augen. Durchgeführt werden alle Operationen der Allgemeinchirurgie, Traumatologie und Urologie, sowie Herzschrittmacher und Gefäßchirurgie, gelegentlich Zahn- und Kieferchirurgie.

In unseren Kreis von vier Ärzten suchen wir noch einen Kollegen oder eine Kollegin, die die Arztanerkennung tür Anästhesiologie besitzen, weiterhin jüngere Kolfegen und Kolleginnen, die an dem vielseitigen Gebiet der Anästhesie Interesse haben, wobei Vorkenntnisse erwünscht sind, jedoch nicht unbedingt Bedingung.

Wir bieten ein offenes kollegiales Klima. Die Bezahlung ertolgt nach BAT, wobei dem Oberarzt ein Garantie-Einkommen gewährleistet wird — zusätzliche Vergütung des Bereitschaftsdienstes und Zulagen für ärztliches ala auch nichtärztliches Personal, aus dem Pool.

Die Städte **Grateneu, Freyung und Waldkirchen** sind landschaftlich wunderschön gelegen mit allen Schulen am Ort, sowie Hallenbädern und Skiliften. In unmittelbarer Nähe befindet sich Osterreich und die Tschechoslowakei. Die sehr reizvolle Stadt Passau ist innerhalb von 30 Minuten Autofahrt zu erreichen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und Anfragen werden erbeten an:
Chefarzt Dr. med. Gerd Noack, Zantrale regionale Anästhesieabtailung, Kreiskrankenheus, 8393 Freyung, Telefon (0 85 51) 50 11

LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OBERFRANKEN UND MITTELFRANKEN

Wir suchen für unsere **vertrauensärztlichen Dienststellen in Bayreuth, Hof/Saale, Kronach, Selb** ab sofort oder nach Vereinbarung

Vertrauens-(Gutachter-)Ärzte (-Ärztinnen)

die Interesse an sozialmedizinischen Aufgaben haben. Da es sich um eine praxisbezogene, selbständige Tätigkeit handelt, ist eine längere Praxis- oder klinische Erfahrung, auch aut dem Gutachtensektor, erwünscht.

Moderne diagnostische Hiltsmittel (Röntgen, EKG, Labor usw.) stehen zur Verfügung.

Die Vergütung erfolgt je nach Vor- und Ausbildung nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT.

Bei Erfüllung der lautbahnrechtlichen Voraussetzungen ist Übernahme in daa Beamtenverhältnis — Laufbahn des höheren Dienstes — möglich. Die Besoldung erfolgt im Rahmen der besoldungsrechtlichen Vorschriften.

Wir bieten:

- gute Autstiegsmöglichkeiten
- alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes
- 5-Tage-Woche (ohne Wochenend- und Bereitschaftsdienst)
- Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der Richtlinien.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlegen (Lebenslaut, Zeugnisse, Lichtbild, Nachweise über ärztliche Tätigkeit usw.) richten Sie bitte an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken — Personalreferat —, Wittelsbacherring 11, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 60 72 28.

Unser Landesvertrauensarzt, Herr Abteilungsdirektor Dr. Pöhlmann, Telefon (09 21) 60 76 40, ist auch gern bereit, mit interessierten Bewerbern zur näheren Information ein erstes kollegiales Kontaktgespräch zu führen.

Die Oberpostdirektion Regensburg

baut in Vollzug des Arbeitssicherheitsgesetzes ihren betriebsärztlichen Dienst aus.

Sobald wie möglich kann deshalb ein

Postbetriebsarzt

für den Raum Niederbayern mit Dienstsitz in Plattling oder Deggendorf eingestellt werden. Der betriebsärztliche Dienst beim größten Dienstleistungsunternehmen der Bundesrepublik ermöglicht Ihnen eine weitgehend selbständige und befriedigende Berufstätigkeit.

Ihre Vergütung richtet sich nach Ihrer Ausbildung und Ihrem Alter (zwischen A 13 und A 15/16). Daneben sind 40-Stunden-Woche bei freiem Wochenende und alle im öffentlichen Dienst üblichen Vergünstigungen (13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld, Trennungsgeld, Umzugskostenvergütung, Beihilfen im Krankheitsfall, Hinterbliebenenversorgung, Wohnungsfürsorge usw.) selbstverständlich. Falls Sie Wert auf die Ausübung einer eigenen Praxis legen, kann Ihnen auf Antrag die Genehmigung zu einer privatärztlichen Nebentätigkeit in den Diensträumen erteilt werden.

Wir erwarten von Ihnen den Nachweis der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin", bzw. der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin", den Sie jedoch auch nach einer evtl. Einstellung durch die hierzu erforderlichen Fortbildungsmaßnahmen erbringen können.

Auch wenn Sie nur wenige Jahre ärztlicher Tätigkeit nach Ihrer Approbation nachweisen können, sollten Sie Kontakt mit uns aufnehmen.

Nähere Auskunft erhalten Sie auf Ihre Anfrage von der DPD Regensburg, Dompletz 3, 8400 Regensburg.
Oder rufen Sie doch einfach an bei Herrn Förster, Telefon (09 41) 5 05 23 60 oder Herrn Dr. med. Schmid, Telefon (09 41) 5 05 25 55.

Beim **Kreiskrankenhaus Mühldorf a. Inn**

(60 km östlich von München, Gebirgsnähe, sämtliche weiterführende Schulen am Ort), ist zum Sommer 1981 die Stelle eines

Oberarztes

für die **Chirurgische Abteilung**

zu besetzen. Der Leitende Arzt der Abteilung scheidet spätestens am 31. Januar 1984 aus. Dem Bewerber wird die Nachfolge des

Leitenden Arztes (Chefarzt)
der Chirurgischen Abteilung zugesichert.

Das Haus verfügt über 322 Betten in den Hauptfachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie mit Intensiv-Pflegestation sowie Belegabteilungen für Gynäkologie, Orthopädie, HNO und Augenkrankheiten. Auf die Chirurgische Abteilung entfallen 91 Betten.

Das Förderverfahren für eine grundlegende Funktionsverbesserung des gesamten Kreiskrankenhauses ist bereits eingeleitet.

Bei Bewerbern wird an eine qualifizierte Persönlichkeit gedacht, die über ein gut fundiertes breitgefächertes Fachwissen und langjährige klinische Erfahrungen sowohl in der Allgemein-Chirurgie als auch in der Unfall-Chirurgie verfügt.

Senden Sie bitte Ihre Bewerbungsunterlagen (Lichtbild, Lebenslauf und Zeugnisse) an die
Haupt- und Personalverwaltung beim Landratsamt Mühldorf am Inn, Töginger Straße 18, 8260 Mühldorf am Inn.

Das Kreiskrankenhaus in 8458 Sulzbach-Rosenberg
ca. 55 km von Nürnberg entfernt (Autobahn) sucht für die Anästhesie-Abteilung

Oberärztin

oder

Oberarzt

- Teilzeit- oder Vollbeschäftigung
- Bei Teilzeitbeschäftigung Arbeitszeit sehr flexibel (z. B. 2 – 3 Tage pro Woche)
- Kein Nacht- oder Wochenenddienst
- BAT I a + Poolbeteiligung
- Zusammenarbeit mit weiteren 3 Anästhesisten

Wir bitten um Kontaktaufnahme schriftlich oder telefonisch mit dem
Leitenden Arzt der Anästhesieabteilung, Telefon (0 96 61) 40 71.

CEDIP

Der leistungsstarke Partner des Arztes. Ihr ORG-Spezialist.

- Praxiseinrichtungen
- Praxisrenovierungen
- Praxisorganisation
- Praxisbedarf
- Med.-wissenschaftl. Literatur
- Sonderprogramme

Ingolstädter Str. 172 · 8000 München 46
Tel. (089) 31 61 71 · Tag + Nacht

8A 11

Arztpraxis für Allgemeinmedizin

In Neu-Ulm, Ortsteil Burlafingen, 4500 Einwohner, ab 1. 1. 1981 in Neubau (zentrale Lage) zu vermieten. Bisher kein Arzt am Ort. Praxisfläche 197 qm.

Bauherr: **Kreuch und Pintar, Wohnbau, 7910 Neu-Ulm/Burlafingen, Wörthweg 10, Telefon (07 31) 71 18 60.**

Praxisräume **ca. 100 qm, in Bemberg**
für Allgemeinarzt oder fast alle Fachrichtungen geeignet, ab 1. Dezember 1980 oder später zu vermieten.
Anfragen unter Chiffre 2064/311.

Die Bundesanstalt für Arbeit,
die Landesarbeitsämter Nord- und Südbayern,

suchen

Ärztinnen und Ärzte

für vielseitige selbständige erbeitsmedizinische Tätigkeiten bei Arbeitsämtern in den Lendeserbeitsamtsbezirken

a) Nordbayern (insbesondere für die Arbeitsämter Aschaffenburg und Coburg)

b) Südbeyern (insbesondere für die Arbeitsämter Ingolstadt, Memmingen, Passau, Pferrkirchen und Treunstein)

Vergütung entsprechend BAT; Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich mit Aufstieg zum Medizineldirektor (BesGr. A 15);

elle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen; 5-Tege-Woche;

die Erlangung der Zusetzbezeichnung „Betriebsmedizin" wird gefördert;

privetärztliche Nebentätigkeit, die Ausübung privatärztlicher Nebentätigkeit in den Diensträumen zur Erstellung von Gutachten für endere öffentliche Einrichtungen (z. B. Sozielversicherungsträger, Femiliengerichte) sowie die Fortbildung en Kliniken und Instituten (drei Monate innerhelb von drei Jehren) sind möglich.

Bewerbungen erbeten an:

zu e)

Präsident des Landesarbeitsamtes Nordbayern
Regensburger Streße 100
8500 Nürnberg 1

Telefonische Auskunft erteilt:

Leitender Arzt
MedDir Dr. Wernsdorfer
Telefon (09 11) 17 41 23

zu b)

Präsident des Landesarbeitsamtes Südbayern
Postfach
8000 München 34

Telefonische Auskunft erteilt:

Leitender Arzt
MedDir Dr. Batke
Telefon (0 89) 38 77 - 329 / 326

Praxisräume für HNO-Arzt

Im Bedarfsplan der KV ausgewiesener Arztsitz für HNO-Arzt ist noch frei. Praxisräume in Neubau (120 qm) in zentraler Lage vorhanden. Oberbayerische Kleinstadt (14 000 Einwohner, 30 000 im Umland) im Mittelpunkt Bayerns; 50 min. nach München, 40 min. nach Augsburg, 30 min. nach Ingolstadt. Alle Schulen, Kreiskrankenhaus, vielfältige Sportmöglichkeiten vorhanden.

Schriftliche Anfragen unter Chiffre 2064/324.

Neubau Praxisräume

Kreisstadt Mittelfrankan, 35 000 Einwohner, großea Einzugsgabiet, Bauherrenmodell, Erdgeschoß und 1. Etage, Aufteilung und Größe nach Wunsch, insgasamt ca. 600 qm. Finanzierungshilfe möglich, Allgemeinarzt und Apotheke vorhanden. City-Lage, Parkmöglichkeiten am Haus, Tiefgarage, Aufzug. Alle Schulen am Ort. Geeignet für fast alle Fachrichtungen. Standortanalyse kann angefordart werden. Baubeginn Ende 1980.
Anfragen unter Chiffre 2064/314.

Gute Landpraxis

(Allgamainpraxis) bestehend seit 1946 mit Haus in Oberfranken zu verkaufen. Praxis mit gesamtem Inventar, dasselbe auch das Haus mit gesamter vorhandener Einrichtung. Schöner Garten mit Obstbäumen und vier Garagen. Größe des Grundstücks ca. 1000 qm. Abgabe erfolgt aus Altersgründen.
Anfragen unter Chriffre 2064/315.

Beim **Kreiskrankenhaus Mühldorf a. Inn**

(80 km östlich von München, Gebirgsnähe, sämtliche weiterführenden Schulen am Ort), ist zum 1. Mai 1981 die Stelle eines

Leitenden Arztes
(Chefarzt)

für die **Abteilung der Inneren Medizin**

zu besetzen. Das Haus verfügt über 322 Betten in den Hauptfachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie mit Intensiv-Pflegestation sowie Belegabteilungen für Gynäkologie, Orthopädie, HNO und Augenkrankheiten. Auf die Interne Abteilung entfallen 109 Betten. Das klinische Labor ist der Inneren Abteilung angeschlossen.

Das Förderverfahren für eine grundlegende Funktionsverbesserung des gesamten Kreiskrankenhauses ist bereits eingeleitet.

Bei Bewerbern um die Position des Leitenden Arztes wird an eine qualifizierte Persönlichkeit gedacht, die über ein gut fundiertes breitgefächertes Fachwissen und langjährige klinische Erfahrungen verfügt.

Senden Sie bitte Ihre Bewerbungsunterlagen (Lichtbild, Lebenslauf und Zeugnisse) an die

Haupt- und Personalverwaltung beim Landratsamt Mühldorf am Inn, Töginger Straße 18, 8260 Mühldorf am Inn.

Memmingen

Ab 1. Januar 1981 werden die

Praxisräume

im Ledenzentrum, Machnigstraße 4 in Memmingen neu vermietet. (Zur Zeit vertrauensärztliche Dienststelle.) Das Mietobjekt umfaßt 4 große Räume zwischen 24 – 29 qm, Wartaraum, Garderobe, Toiletten und Abstellraum. Gesamtnutzfläche: 164 qm.

Interessenten wenden sich bitte an

Memminger Wohnungsbau eG
gemeinnütziges Wohnungsunternehmen
Ulmer Straße 2, 8940 Memmingen, Telefon (0 83 31) 31 67 oder 20 33.

Wir vermieten für ein neues in Planung befindliches Ärztehaus Praxisräume für

Zahnarzt
Allgemeinarzt

in Augsburger Stadtrandsiedlung. Ein Allgemeinarzt am Ort. Fertigstellung der Praxen erfolgt im Herbst 1981. Konzeptwünsche und Flächenbedarf können voll berücksichtigt werden, auf Wunsch auch moderne Wohnung.

Mieten und Plan auf Anfragen unter Chiffre 2064/336.

Mikrobiologie

mit langjähriger bakteriologisch-serologischer Erfahrung sucht eine

Leitende Stelle

als Mikrobiologe und (oder) Krankenhaushygieniker. Übernahme der Leitung eines Krankenhauslabors auch möglich, da Anerkennung als Laborarzt vorliegt.

Anfragen unter Chiffre 2064/321.

Augsburg

in bester City-Randlage Räume für

Arztpraxis

1. Etage (über Apotheke), 150 qm, zu vermieten. Einzugsgebiet 8000 Einwohner.

Anfragen unter Chiffre 2064/335.

Übernehme einer

Land-Allgemein-Praxis

zum 1. Januar 1981 oder später gesucht. Mitarbeit oder Vertretung ab sofort möglich.

Anfragen unter Chiffre 2064/339.

Gewerbliche Räume

in Mühldorf, Nähe Bahnhof, 142 qm, Erdgeschoß, Gas-Zentralheizung (auch für Arztpraxis/– Heilarzt – geeignet) ab sofort zu vermieten.

Telefon (0 86 31) 74 73.

Praxisräume für Gynäkologen

(Neubau) in Vorort von Fürth/Bayern 1981 zu vermieten.

Anfragen unter Chiffre 2064/330.

Deutscher Arzt sucht für sofort oder später

Landpraxis

Anfragen unter Chiffre 2064/337.

Bayerischer Internist, versiert in Röntgen, Endoskopie, Sonographie, freundlich, engagiert, ortsgebunden, sucht Übernahme einer internistischen Praxis oder Assoziation in **München** ab III. Quartal 1981.

Anfragen unter Chiffre 2064/318.

Wir bieten

Praxisräume

eventuell für HNO-Arzt (da noch keiner am Ort), Neubau, 180 qm, in bester Lage, Stadtmitte, Hauptstraße. Bezugsfertig bis ca. Oktober 1981.

Telefon (0 82 52) 22 68

Mittlere

Allgemeinpraxis

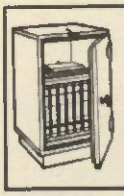
in unterfränkischer Kleinstadt (alle Schulen am Ort) aus Altersgründen nahtlos abzugeben, möglichst zum 1. Januar 1981. 3-Zimmer-Wohnung kann mitvermietet werden.

Anfragen unter Chiffre 2064/319.

Allgemeinpraxis

seit über 30 Jahren bestens eingeführt, günstig an S-Bahn im Norden Münchens gelegen, ausbaufähig, da in Gemeinde mit großer Zuwachsrate und weitem Einzugsbereich, aus Altersgründen an jungen Kollegen abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/322.



KLEINTRESOR
80 od. 120 x 48 x 55 feuersicher. Einbautresore ab DM 313,– Katalog „BY" frei!
W. Dreiaörner
6000 Frankfurt/M. 50
Postfach 50 10 49
Tel. (06 11) 52 48 44

Privatnervenklinik Gauting
bei München

● Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütsleiden, Psychotherapie. Alle Kassen. Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen. S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt
Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 8 50 60 51
wochentags auch Telefon (0 89) 53 20 02

Zuschriften auf Chiffreanzeigen

nur an

ATLAS VERLAG UND WERBUNG
Sonnenstraße 29, **8000 München 2,**
Telefon (0 89) 51 77-1

Dickes Bein" • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

Venalot®

rifft Stauung · Entzündung · Ödem · Schmerz

beseitigt Schwere-gefühl und Schmerzen

bessert venöse Zirkulationsstörungen

befreit das Interstitium von angehäuften Plasma-Proteinen

mobilisiert den Lymphstrom

sammensetzung: 1 Kapsel enthält: Extr. Melilot. stand. sicc. 25 mg. (Cumaringehalt 5 mg), Rutin 25 mg. **1 Ampulle** zu 2ml / 5 ml enthält Extr. elilot. aquos. stand. 10 mg/25 mg (Cumaringehalt 3 mg / 7,5 mg), Rutinschwefelsäureester-Natriumsalze 50 mg / 125 mg. **1 Depotdragée** enthält: marin 15 mg. Troxerutin 90 mg. **100 ml Liniment** enthalten: Extr. Melilot. stand. 50 ml (Cumaringehalt 500 mg), Heparin 5000 I. E. **Kontraindika-nen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** wurden bisher nicht beobachtet.

Schaper & Brümmer Salzgitter – Ringelheim

sierung: Dral: Venalot®-Depot: morgens und / oder abends 1 Dragée. **Venalot®-Kapseln:** 3 × glich 1 – 2 Kapseln. **Parenteral:** 2 – 5 ml i.v. oder i.m. **Venalot®-Liniment:** mehrmals täglich über n erkrankten Stellen einreiben. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Kapseln 30 St. M 10,95, 75 St. DM 23,65, AP 500 St.; Ampullen 5 × 2 ml DM 9,10, AP 100 × 2 ml; 5 x 5 ml DM 18,29, × 5 ml DM 28,60, AP 100 × 5 ml; Liniment 40 ml DM 7,88, 70 ml DM 12,26, AP 400 ml; Depot-agées 20 St. DM 14,40, 50 St. DM 30,89, (Stand: Juni 1980).

Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Tylex®

Tabletten und Saft

packt Grippe, Schnupfen, Erkältung

© C-C 1980 Tx 80.602

Tylex® wirkt rasch ● schleimhautabschwellend ● sekretionshemmend ● antiallergisch ● fiebersenkend ● schmerzlindernd

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 2 mg Carbinoxamin-maleat, 300 mg Paracetamol, 10 mg Phenylephrin-hydrochlorid. 100 ml Saft enthalten 40 mg Carbinoxamin-maleat, 2400 mg Paracetamol, 100 mg Phenylephrin-hydrochlorid. **Indikationen:** Fieberhafte Erkältungskrankheiten, Rhinitis simplex, akute Rhinitis, Rhinitis allergica (Heuschnupfen), Rhinitis vasomotorica, Sinusitis, Nebenhöhlenentzündung, Kopfschmerzen infolge Erkältungskrankheiten. **Kontraindikationen:** Schwere Nierenfunktionsstörungen, Erkrankungen infolge Hyperthyreose, hämolytische Anämie infolge Mangel an Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Phäochromocytom, Glaukom. Keine Monoaminoxidase-Hemmer gleichzeitig einnehmen. **Nebenwirkungen:** Selten Müdigkeit; Herzklopfen, Herzrhythmusstörungen, sehr selten pektanginöse Beschwerden; bei Überdosierung Leberzellschädigungen und Hypokaliämie. **Darreichungsformen und Packungsgrößen** (AV mit MwSt.): OP mit 20 Tabletten DM 10,51, Reg.-Nr. 49240; OP mit 100 ml Saft DM 8,75, Reg.-Nr. 48829. Apothekenpflichtig. Bitte fordern Sie ausführliche wissenschaftliche Informationen an. ◆Cilag-Chemie

Tylex®-mehr ist kaum zu machen.