„Dickes Bein“ • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

Venalot®

trifft Stauung · Entzündung · Ödem · Schmerz

beseitigt Schweregefühl und Schmerzen

bessert venöse Zirkulationsstörungen

befreit das Interstitium von angehäuften Plasma-Proteinen

mobilisiert den Lymphstrom

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

Schaper & Brümmer Salzgitter – Ringelheim

Dosierung: Oral: Venalot®-Depot: morgens und/oder abends 1 Dragée. **Venalot®-Kapseln:** 3 × täglich 1 – 2 Kapseln. **Parenteral:** 2 – 5 ml i.v. oder i.m. **Venalot®-Liniment:** mehrmals täglich über den erkrankten Stellen einreiben. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Kapseln 30 St. DM 11,28, 75 St. DM 24,40, AP 500 St.; Ampullen 5 × 2 ml DM 9,36, AP 100 × 2 ml; 5 × 5 ml DM 18,84, 10 × 5 ml DM 29,45, AP 100 × 5 ml; Liniment 40 ml DM 8,15, 70 ml DM 12,63, AP 400 ml; Depot-Dragées 20 St. DM 15,12, 50 St. DM 32,43, 100 St. DM 57,38. (Stand: Mai 1981)

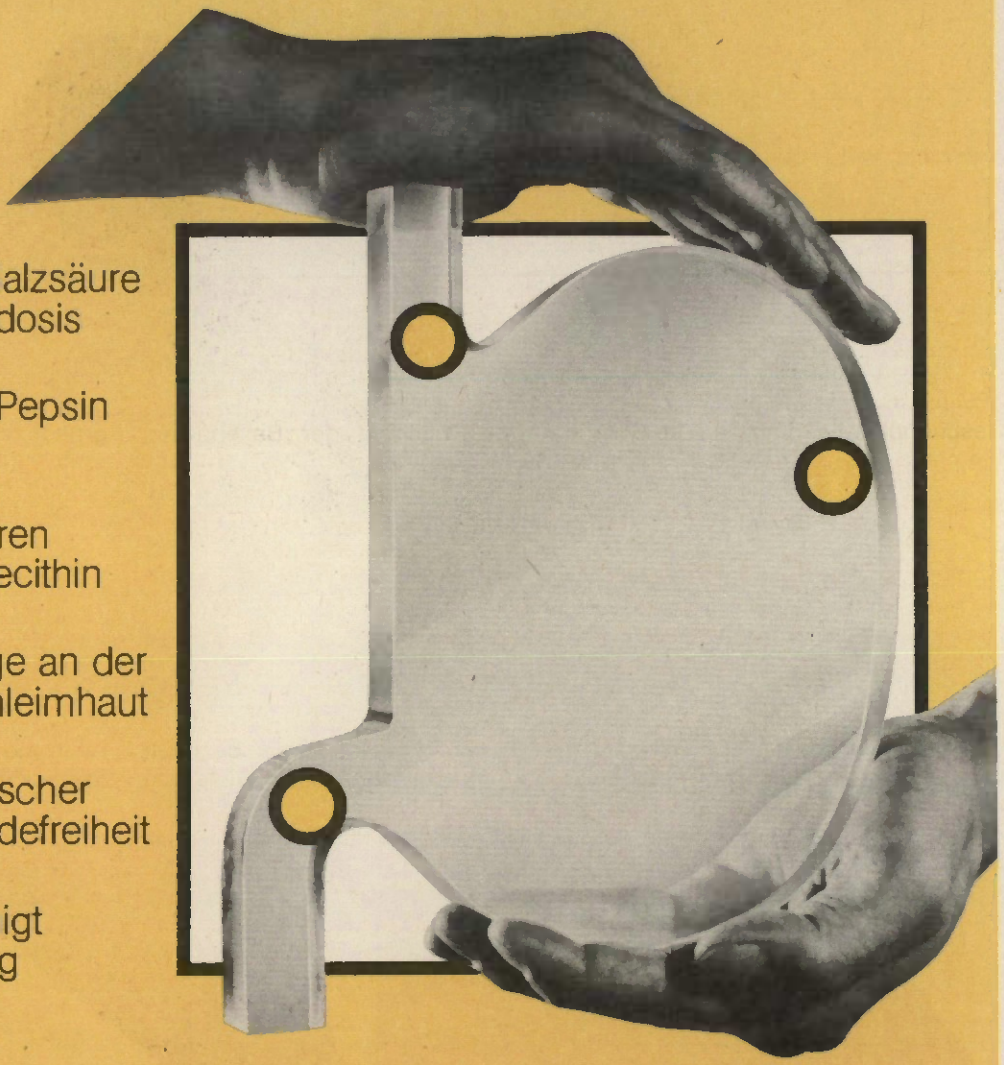
Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Gastropulgit® 50

NEU von Dr. Schwabe

Das spezielle Antacidum mit 50 mval Säurebindung pro Einzeldosis.



- bindet 50 mval Salzsäure pro Einzeldosis
- inaktiviert Pepsin
- adsorbiert Gallensäuren und Lysolecithin
- haftet lange an der Magenschleimhaut
- führt zu rascher Beschwerdefreiheit
- beschleunigt die Heilung

Ausgeprägter Schleimhautschutz.

Gastropulgit® 50 · Antacidum
Zusammensetzung: 12,5 g Suspension (Inhalt eines Beutels) enthalten: Attapulgit aus Mormoiron 1 g (natürliches hydratisiertes Aluminium-Magnesium-Silikat), Aluminiumhydroxid-Magnesiumcarbonat-Gel 1,8 g (entspr. 720 mg Aluminiumoxid und 153 mg Magnesiumoxid), Sorbit 0,7 g (entspr. 0,06 BE).
Indikationen: Ulcus ventriculi et duodeni, Gastritis, Refluxösophagitis. Hyperazider Beschwerdekomplex mit Druck- und Völlegefühl, saurem Aufstoßen, Sodbrennen.
Gegenanzeigen: Bei schweren Nierenfunktionsstörungen hochdosierte Daueranwendung vermeiden, sofern nicht systematische Kontrollen des Serum-Magnesium- und Aluminiumspiegels möglich sind. Nebenwirkungen: Bei stark eingeschränkter Nierenfunktion kann Gastropulgit 50, wie alle hochdosierten magnesium- und aluminiumhaltigen säurebindenden Arzneimittel bei Langzeittherapie erhöhte Serum-Magnesium- und Aluminiumspiegel verursachen. Anwendung in hoher Dosierung kann wegen des Magnesiumgehaltes in seltenen Fällen zu breiigen oder dünnflüssigen Stühlen führen. Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Wegen der starken Bindungsfähigkeit von Gastropulgit 50 andere Medikamente (z. B. Tetracycline, Herzglykoside, Atropin, Eisen, Ursodesoxycholsäure) nicht gleichzeitig, sondern zeitversetzt 1 Stunde vor oder 1 Stunde nach Einnahme von Gastropulgit 50 anwenden.

Dr. Willmar Schwabe · Arzneimittel · Postfach 41 09 25 · 7500 Karlsruhe 41

SCHWABE

Handelsformen/Preise: OP zu 20 Beutel DM 14,15, OP zu 50 Beutel DM 30,60.

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

„Bayerisches Ärzteblatt" — November 1981

Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Akutes Abdomen

Der Notfall: Akute Cholezystitis

bearbeitet von Professor Dr. G. Simonis und Professor Dr. E. H. Ferthmann, Homburg/Saar

Symptomatik:

Die Symptomatik beginnt meist mit einer Gallenkolik oder mit einem viszeralen, nicht scharf lokalisierbarem dumpten Schmerz im rechten Ober-Mittelbeuch. Das Andauern des Schmerzes oder sein Wiederauttreten nach analgetischer Behandlung unterscheiden ihn von der banalen Gallenkolik. Übelkeit und Brechreiz sind häufig, der Anstieg der Körpertemperatur ist nahezu obligat, ein hinzutretender Schüttelfrost spricht tür eine Cholangitis oder ein Gallenblasenempyem. Eine scharfe Schmerzlokalisation auf die Gallenblasengegend zeigt ein Übergreiten eines entzündlichen Prozesses aut das parietale Peritoneum en. Bei der Untersuchung des Abdomens besteht eine aut die Umgebung der Gallenblase beschränkte Druckempfindlichkeit und in 9 von 10 Fällen eine Abwehrspannung der Oberbauchmuskulatur. Oft ist die Gallenblase als pralles, bei der Atmung verschiebliches Gebilde zu tasten.

Anamnese:

Typische Angaben in der Krankheitsgeschichte sind häufige Gallenkoliken. Die ekute Cholezystitis entsteht in über 90 Prozent der Fälle durch ein Steinleiden, nur selten hämatogen bei bakterieller Streuung, Typhus, gelegentlich bei Colitis ulcerosa, durch Torsion oder Knickung des Ductus cysticus, gelegentlich euch postoperativ und bei alten Leuten durch thrombotischen Verschluß der Arteria cystica. Die Durchblutung der Gallenblase wird durch den Druck des eingeklemmten Steins und durch das Begleitödem gedrosselt. Die Gallenblasenwand wird trophisch geschädigt, so daß es zu Gangrän und Perforation mit den Zeichen einer Peritonitis kommen kann. In erster Linie ist also auf kremptartige rechtsseitige Oberbauchbeschwerden zu achten, die im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme standen (tette Speisen, Gebretenes, kalte Getränke, Kohlgemüse, gelegentlich Kaftee). Diese Schmerzen waren heftig, hatten jedoch bisher passageren Charakter. Für die Annahme einer akuten Entzündung sprechen hingegen Dauerschmerz und enhaltende klinische Symptomatik mit entzündlichen Zeichen.

Sofortdiagnostik:

Neben der eingehenden klinischen Untersuchung emptiehlt sich die Messung der Körpertemperetur und die wiederholte Überprütung des Lokalbetundes. Das Blutbild zeigt meist eine neutrophile Leukozytose bis 20000, die Senkungsreaktion steigt erst im späteren Krankheitsverleuf en. Die schwere akute Cholezystitis gehört sotort in klinische Beobachtung. Die Röntgenleeraufnahme zeigt in einem Fünttei der Fälle kalkhaltige Gallensteine. Bei unklarer Diagnose und tehlendem Ikterus emptiehlt sich die intrevenöse Cholezystogrephie. Ein negetives Cholezystogramm bei dargestelltem Choledochus spricht im Zusammenhang mit der oben beschriebenen klinischen Symptomatik für die Diagnose einer akuten Chotezystitis.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Sofortiga intravenösa analgatischa, besser spasmolytischa Bahandlung *(Baralgin®, Buscopan®* u. ä.). Bei erhöhter Körpertemparatur kann zu diesem Zaitpunkt baraits mit dar antibiotischan Bahandlung begonnen werdan. Bettruha und Nahrungskarenz sind obligatorisch. Nur in seltanen Fällen wird unter diesen Maßnahmen eina Zurückdrängung der klinischen Symptoma galingan, eine Klinikeinweisung ist meist unumgänglich.

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

Die Häufigkeit der Komplikationan und dia Unberechenbarkeit des Verlaufes machen dia akuta Cholezystitis zu einer ernsten Erkrankung. Die Gangrän der Wand kann schon weniga Stunden nach den ersten Symptomen eintraten, Perforationen nach zwei Stunden sind beschrieben worden. Der Durchbruch erfolgt in einam nicht unarheblichen Tail der Fälle in die freia Bauchhöhle mit einer hohan Letalität. Wenn dia Perforation gedeckt arfolgt, ist die Prognose besser, doch droht weiterhin die Gangrän der Wand. Deshalb gehört jede akute Cholezystitis in klinische Aufsicht. Über den Zaitpunkt einar chirurgischen Intervention muß in engmaschiger Verlaufsbaobachtung entschieden werden. Die Frühoperation ist angezeigt bai persistierender klinischer Symptomatik trotz adäquater konservativer Behandlung und/oder Hinzutreten von Komplikationen.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Zusätzliche Maßnahmen sind ambulant nicht zu empfahlen. In der Klinik stellen die Komplikationen der akuten Cholezystitis, z. B. aina mit einar Gallankolik oder einem beginnenden Ikterus auftretende Begleitpankreatitis, aina dringende Oparationsindikation dar, wenn dia Symptome anhaltend oder ansteigend sind.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Die Diffarentialdiagnose zur akuten Appandizitis kann bei retrozäkaler Laga schwierig werden. Ein waiteres differentialdiagnostisches Problem stellt die akute Pankreatitis dar, die sowohl unabhängig als auch als Folga eines Gallensteinleidens eina ähnlicha Symptomatik geben kann. Groβa differentialdiagnostische Schwiarigkeiten könnan beim gedeckt perforierten Duodenalulkus auftreten. Darüber hinaus können alle entzündlichen intraperitonealen und in seltenen Fällen auch extraperitoneale Erkrankungen dem Bild einer akuten Cholezystitis ähneln. Auszuschließen sind urologische und thorakale (Pleuritis usw.) Affektionan. Die akute Cholezystitis tritt mit zunehmendem Alter gehäuft auf und dominiert entsprechend dem Stainbefall beim weiblichen Geschlecht.

Weihnachtsaufruf für den Hilfsfonds

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir haben in Bayern immer noch eine große Zahl von alten und kranken Kolleginnen und Kollegen, beziehungsweise deren Hinterbliebene, die die Ärmsten von uns sind. Sie könnten auch nicht das Notwendigste für ihren Lebensunterhalt bestreiten, wenn sie nicht regelmäßige Zuwendungen durch unseren Hilfsfonds erhalten würden. Daß diese Zuwendungen durch den Hilfsfonds unserer Kammer nicht sehr großzügig bemessen sind, sondern nur einen minimalen Lebensstandard gewährleisten, versteht sich aus der Natur dieser Einrichtung.

Nun steht wieder Weihnachten vor der Tür. Durch Ihre Weihnachtsspenden war es uns immer wieder möglich, diesen Ärmsten unter uns kleine Sonderzuwendungen zukommen zu lassen, mit denen sie sich entweder einen Wunsch erfüllen konnten, der mit ihren sonstigen bescheidenen Einkommen nicht realisierbar gewesen wäre, oder mit denen sie sich einfach Dinge bezahlen konnten, die ihre sonstige Leistungsfähigkeit überstiegen – und wenn es nur um Mehrausgaben für die Heizkosten ging.

Gerade in der jetzigen Zeit, in der manche von uns schon an ihrem eigenen Geldbeutel spüren, daß die fetten Jahre offenbar vorüber sind, sind wir vielleicht noch etwas mehr motiviert, an die Sorgen der Ärmsten unter uns zu denken. Dies gibt uns den Mut, auch heuer wieder an Sie heranzutreten, um an Ihre kollegiale Solidarität zu appellieren, damit Sie uns eine Weihnachtsspende zukommen lassen, deren Höhe Sie selbst nach Ihren eigenen Möglichkeiten bestimmen sollen.

Wir wissen seit vielen Jahren, welche Freude und Denkbarkeit diese Weihnachtszuwendungen bei den Betroffenen auslösen. Sie erkennen dabei dankbar an, daß sich die Ärzteschaft als Familie empfindet und die schuldlos Verarmten in dieser Familie wie in einer Großfamilie alter Prägung mitträgt und sie nicht in Ablehnung jeder Verantwortung anonymen Instanzen wie der Sozialhilfe überantwortet.

Wenn wir als Ärzteschaft frei sein wollen – und dies zu erhalten wird uns immer schwerer gemacht –, dann dürfen wir auch die Armen unter uns nicht vergessen und müssen sie in diese freie Arztfamilie mitintegrieren.

Wir glauben nicht vergebens auf Ihre kollegiale Solidarität rechnen zu können und bitten Sie daher, auch in diesem Jahr uns eine Weihnachtsspende zukommen zu lassen. Der Belegabschnitt auf der anhängenden Zahlkarte dient als Quittung für die Vorlage beim Finanzamt.

Wir wünschen Ihnen aufrichtig, daß Sie ohne große Sorgen Weihnachten feiern und daß Sie euch in Zukunft ohne wirtschaftliche Sorgen bei guter Gesundheit Ihren ärztlichen Aufgaben nachgehen können und darin Ihre volle Erfüllung finden.

Mit den besten kollegialen Grüßen und Wünschen

Ihre

Dr. Dr. Graßl — Vorsitzender des Hilfsausschusses der Bayerischen Landesärztekammer

Dr. Braun — Vizepräsident

DM | Pf — für Postscheckkonto Nr. 52 52-802

Absender der Zahlkarte

Für Vermerke des Absenders: Weihnachtsspende

stscheckkonto Nr. des Abs. | PSchA | Postscheckkonto Nr. des Abs. | Postscheckteilnehmer | Postscheckkonto Nr. des Abs.

pfängerabschnitt

Zahlkarte/Postüberweisung

Die stark umrandeten Felder sind nur auszufüllen, wenn ein Postscheckkontoinhaber das Formbl. als Postüberweisung verw. (Erl. s. R.)

Einlieferungsschein/Lastschriftzettel

DM | Pf — DM | Pf — (DM-Betrag in Buchstaben wiederholen)

Postscheckkonto Nr. 52-802

ender (mit Postleitzahl) der karte bzw. Postüberweisung

für Postscheckkonto Nr. 52 52-802 — Postscheckamt Mchn

für
Bayerische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
in
8000 München

Postscheckkonto Nr.
52 52-802

Postscheckamt
München

Bayerische Landesärztekammer Körperschaft des öffentlichen Recht
In
8000 München

Ausstellungsdatum — Unterschrift

vendungszweck
Weihnachtsspende

Postvermerk

Einlieferungsschein/Lestschriftzettel
(nicht zu Mitteilungen an den Empf. ben.)

Gebühr für die Zehlkarte
(wird bei der Einlieferung bar erhoben)

bis 10 DM . . . . . 70 Pf
über 10 DM (unbeschränkt) 1,20 DM

Bei Verwendung als Postüberweisung gebührenfrei

Mittallungen an den Empf.

Hinweis für Postscheckkontoinhaber:

Diesas Formblatt könnan Sie euch als Postüberweisung benutzen, wenn Sie dia stark umrandetan Felder zusätzlich ausfüllen. Die Wiederhofung des Betrages in Buchstaben ist dann nicht erforderlich. Ihren Absendar (mit Postleitzahl) brauchen Sie nur auf dem linken Abschnitt anzugeban.

1. Abkürzung für den Naman Ihres Postschackamts (PSchA) s. untan
2. Im Fald „Postscheckteilnehmer" genügt Ihre Namensangabe
3. Die Unterschrift muß mit der beim Postscheckamt hintarlegten Unterschriftsprobe übereinstimmen
4. Bei Einsendung an das Postschecksmt bitta den Lastschriftzettel nach hinten umschlagen

Bedienen Sie sich der Vorteile eines eigenen Postscheckkontos

Auskunft hierüber arteilt jedes Postamt

Abkürzungen für dis Ortsnamen der PSchÄ:

Bln W	= Berlin West	Kln	= Köln
Dtmd	= Dortmund	Lshfn	= Ludwigshafen am Rhein
Esn	= Essen	Mchn	= München
Ffm	= Frankfurt am Main	Nbg	= Nürnberg
Hmb	= Hamburg	Sbr	= Saarbrücken
Han	= Hannover	Stgt	= Stuttgart
Klrh	= Karlsruhe		

Feld
für
postdienstliche
Zwecke

Bestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

Weihnachtsspende 1981

für Fürsorgefonds der Bayerischen Landesärztekammer

Es wird bestätigt, deß dieser Betrag mildtätigen Zwecken dient und nur zur Unterstützung notleidender Ärzte, Arztwitwen und -waisen verwendet wird.

Diese Spende ist nach Muster 1 zu Anlage 8 zu Abschnitt 111 Abs. 4 EStR steuerlich zu berücksichtigen.

Bayarische Landesärztekammer

Professor Dr. Sewering

Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

November 1981

Mißtrauen gegen die Ideologen in Bonn

Sewering: „Bayerns Bürger können sicher sein, daß die Ärzte ihr Bestes zu geben bereit sind"

Eröffnung des 34. Bayerischen Ärztetages in Lindau

Gesundheitspolitik wurde zwar noch nie ohne Rücksicht auf die übrigen „Politiken" gemacht. Wie sehr unser Gesundheitswesen aber in die Wirtschafts- und Finanzpolitik verknüpft ist, war schon lange nicht mehr so offenkundig wie in den letzten Wochen. Der 34. Bayerische Ärztetag in Lindau war davon geprägt, bei der festlichen Eröffnung am 9. Oktober wurde viel von allgemeiner Politik geredet. Und es wurden deutliche Worte gesprochen. Das ist auf Bayerischen Ärztetagen ohnehin nichts Ungewohntes und gerade jetzt der Lage angemessen: Beunruhigende Wirtschaftslage, Überforderung des Sozialstaates, zunehmender Versuch von Ideologen, das Gesundheitswesen zu vereinnahmen — bis hin zur Friedenspolitik (die Bonner Demonstration ging gerade zur Zeit des Bayerischen Ärztetages vonstatten), die auch die Ärzteschaft nicht unberührt läßt.

• Bayerns Innenminister Gerold Tandler stellte in Lindau die Zusammenhänge von Finanzpolitik und Gesundheitspolitik, die Misere der Staatsfinanzen und die notdürftigen Bonner Reparaturen am sozialen Netz unmißverständlich dar.

• Der Präsident der Bundesärztekammer Dr. Karsten Vilmar zeigte auf, wie die Ebbe in den öffentlichen Kassen zu Finanzverschiebungen großen Ausmaßes verführt (und daß Ideologen die Stunde nutzen, um unter dem Mantel der „Sparpolitik" Strukturveränderungen im Gesundheitswesen zu betreiben).

• Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Hans J. Sewering, faßte in einer Replik auf die Grußansprachen von Vilmar und Tandler zusammen, was heute viele Bürger ärgert: „Man sprach von Sparplänen dieser Bundesregierung, und wir alle hofften, daß das ein Schrumpfen der Ausgaben bedeuten würde. In Wirklichkeit ist daraus ein geschröpfter Bürger geworden." Und bezogen auf das Bundesarbeitsministerium konstatierte Sewering (und darin dürfte ihm die große Mehrheit der Ärzteschaft folgen): es sei beklemmend, mit welcher Kaltblütigkeit in jedem Referentenentwurf aus dem Hause Ehrenberg immer wieder Systemveränderung versucht werde — sei es das „Krankenhauskostendämpfungsgesetz", sei es das „Kostendämpfungsergänzungsgesetz" oder der Entwurf einer neuen amtlichen Gebührenordnung.

Gesundheitspolitik vor bedrohlichem Hintergrund

Zu diesen drei Stichworten, die für Ärzte mittlerweile zu Reizworten geworden sind, wäre noch das Stichwort „Versorgungswerke" zu ergänzen. Nicht von ungefähr stand das Thema auf der Tagesordnung des 34. Bayerischen Ärztetages: Dr. Klaus Dehler sprach über die Situation der berufsständischen Versorgungseinrichtungen vor dem Hintergrund der aktuellen sozial- und finanzpolitischen Entwicklung. Vilmar, der dieses Thema als „Aufhänger" seines Grußwortes nahm: „Dieser Hintergrund ist mehr als bedrohlich". Er (wie später vor dem Ärztetag auch Dehler) wies auf die Begehrlichkeit hin, mit der Politiker, die in der Finanzklemme sitzen, auf die gesunden berufsständischen Versorgungseinrichtungen blicken. Auch sie stehen vor der Gefahr in die „Finanzschiebungen großen Ausmaßes" (Vilmar), einbezogen zu werden, wenn auch eine akute Bedrohung nicht besteht.

Als wesentliche Ursachen für die finanziellen Bedrängnisse des Staates sind — und darin stimmen alle Redner überein — die ständig steigenden Ansprüche an den Staat, die stetige Aufgabenausweitung der gesetzlichen Versicherungssysteme anzusehen. Diese Überforderung des „verteilenden Staates" ging einher mit einer Mißachtung der Leistung. In den letzten Jahren wurde in der Krankenversicherung durch eine Ausweitung des Krankheitsbegriffes im Sinne der Weltgesundheitsorganisation das Versicherungsprinzip konsequent ausgehöhlt, erklärte Vilmar. Von einigen sei das vielleicht gut gemeint gewesen, von anderen aber zielbewußt aus ideologischen Gründen betrie-

Eröffnung des Ärztetages in der Lindauer Inselhalle

ben worden, um so einer allgemeinen Volksversorgung näherzukommen.

„Giftzähne" in Bonner Gesetzen

Nur ideologisch zu erklären sind – nach Vilmar – auch die strukturverändernden Elemente, die in die verschiedenen Kostendämpfungsgesetze und neuerdings in die amtliche Gebührenordnung eingebaut werden sollen. Tandler nannte sie „Giftzähne". Einige dieser Giftzähne sind dem Gesetzesentwurf aus dem Hause Ehrenberg, der mit dem Wortungetüm Kostendämpfungsergänzungsgesetz (KVEG) bedacht wurde, zwar mit Hilfe der F.D.P. gezogen worden. Vilmar warnte jedoch davor, sich jetzt in Ruhe zu wiegen. Was an systemverändernden Elementen aus dem KVEG-Entwurf herausgenommen worden sei, werde spätestens 1984 wieder auf dem Tisch liegen. Für dieses Orwell'sche Jahr wird nämlich von der Bundesregierung (vorausgesetzt es ist dieselbe wie jetzt) ein sogenanntes Strukturgesetz für die Krankenversicherung angepeilt. Professor Sewering prophezeite in Lindau kurz und bündig: „Das Strukturgesetz wird wohl nichts anderes sein, als der Versuch, die Einheitsversicherung endlich durch die Hintertüre einzuschleusen." Sewering glaubt freilich, daß die Ärzte, sollte es zu einem solchen Versuch kommen, nicht allein stehen werden. Die gesamte Krankenversicherung und auch weite Bereiche des politischen Lebens „werden mit uns gegen derartige Pläne kämpfen".

Tandler setzt auf Selbstverantwortung und Selbstverwaltung

Tandler mahnte, statt auf dirigistische Eingriffe sollte besser auf die Selbstverantwortung des vielberufenen mündigen Bürgers und auf die Selbstverwaltung der Beteiligten im Gesundheitswesen gesetzt werden. Er wies auf die erfolgreichen Bemühungen zur Kostendämpfung der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen hin. Laut Vilmar haben sich dort Erfolge gezeigt, wo man der Selbstverwaltung Spielraum gelassen hat; dort, wo man sie jedoch ausgeklammert habe, sei auch keine Kostendämpfung eingetreten. Ein Beispiel dafür sei der Krankenhaussektor. Hier sei der ärztliche Sachverstand geradezu „mit bösartiger Konsequenz" ausgeschaltet. Von den Gesetzesplänen der Bundesregierung erwartet Vilmar keine dauerhafte Kostendämpfung für das Krankenhaus. Der Bundesregierung warf er Konzeptionslosigkeit vor.

Innenminister Tandler setzte sich in seiner Ansprache für eine grundlegende Wende in der Wirtschaftspolitik ein. Wachstum und Stabilität müßten wieder hergestellt werden, die Erwirtschaftung des Sozialproduktes müsse wieder Vorrang erhalten vor seiner Verteilung. Die Entwicklung zu einem Immermehr an staatlichen Leistungen zur Befriedigung oft nur vermeintlicher Ansprüche habe, so erklärte Tandler, gerade auch die Sozial- und Gesundheitspolitik geprägt. Man dürfe bei einer Wende, gerade auch in diesem Bereich, keine Angst vor Tabus haben, selbst auf die Gefahr

Über Lindau

Mit ihrem Tegungsort het die Beyerische Landesärztekammer Glück gehabt. Die „Inselhelle", das neue Tegungs- und Kongreßzentrum der Stadt Lindeu, wer erst zweieinhalb Monate vorher fertig geworden. In der Zwischenzeit het sich der Tegungsbetrieb dort schon so gut eingespleit, daß für den 34. Bayerischen Ärztetag, was die Kongreßmöglichkeiten engeht, wohl kaum noch Wünsche offenblieben.

Die Lindauer sind sehr stolz euf ihre Inseihalle und das war den Grußworten des 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Medizinaldirektor Dr. Hans Woelke und des Oberbürgermeisters der Stadt Josef Steurer anzumerken.

Woelke und Steurer gaben dem Auditorium bei der Eröffnung des Ärztetages einen kurzen Überblick über die medizinhistorische Bedeutung ihrer Stadt: da gibt es z. B. Anfeng des 16. Jahrhunderts den Arzt Achilles Pirmin Gasser. Er wurde bekannt, weil er „gefallenen Mädchen" half, indem er sie wieder heiratsfähig machte — so wird jedenfalls berichtet, und Dr. Woelke gab die Kunde seinem Publikum weiter (ein frühes Beispiel rehabilitativer Bemühungen, erläuterte er). Nicht zu vergessen sind euch jene Lindauer Ärzte, die sich in enderen Künsten els der ärztlichen ausgezeichnet haben: etwa Hermann Oberreit im 18. Jahrhundert und Hermann Lingg, beide zwei Beispiele von Schriftstellerärzten, eine Tredition, die sich bekanntlich bis heute unter Ärzten hält. Oder den melenden Arzt Dr. Karl Bever, nach dem in Lindau eine Straße benennt ist. Dr. Woelke erinnerte euch an Dr. Stefan Euler, der vielen bayerischen Ärzten gewiß noch in frischer Erinnerung ist; Euler leitete fünfzig Jahre lang den Ärztlichen Kreisverband Lindau. Womit euch eine Beziehung der Stadt zum ärztlichen Organisationswesen hergestellt ist. Und da gibt es noch einiges mehr: 1953 fand hier ein Deutscher Ärztetag statt (und eigentlich wäre es en der Zeit, daß mal wieder einer nach Lindau käme) und 1957 ein Bayerischer Ärztetag.

Bürgermeister Steurer wies schließlich euf zwei weitere ärztliche Bezugspunkte der Kongreßstedt Lindau hin: die Psychotherepiewochen und die Tagungen der Nobelpreisträger, beide haben in diesem Jahr zum 31. Mal stettgefunden, beide sind wesentlich mit Hilfe Lindeuer Ärzte ins Leben gerufen worden; beide haben den Ruf der Stedt weltweit verbreitet. Alle drei Jahre ist die Tegung der Nobelpreisträger der Medizin gewidmet, so euch im Jahre 1981. Bürgermeister Steurer rühmte an diesen Tagungen vor ellem daß sie des Gespräch zwischen den jungen Wissenscheftlern und den Großen der Wissenscheft vermitteln.

Zu Gesprächen und Kontakten lädt die Stedt ohnehin ein — dank einer offenen Atmosphäre und vielleicht auch dank einer eusgedehnten Fußgängerzone im alten Stadtkern euf der Insel, die gesprächeführende Spaziergänger nicht ständig vor heranbreusenden Autos auf den Bürgersteig hetzen läßt.

Die neue Inselhalle in Lindau — Tagungsort des 34. Bayerischen Ärztetages

Wichtig* Tabletten!

der Preisvorteil

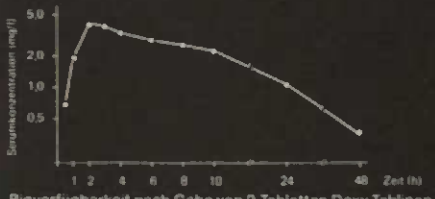
8 Tabl.	16 Tabl.
18.06	33.00

Breitbandantibiotikum

Doxy-Tablinen®

Doxycyclin 100 mg

*Unsere galenische Weiterentwicklung des Wirkstoffes Doxycyclin zur Darreichungsform Tablette bietet alle Vorteile: **schneller Zerfall, dadurch speiseröhrenfreundlich – gut teilbar (Akne, Kinder) – sehr gute Bioverfügbarkeit – sehr preiswert –**



Bioverfügbarkeit nach Gabe von 2 Tabletten Doxy-Tablinen

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

SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

hin, den Vorwurf der sozialen Demontage auf sich zu ziehen. Das soziale Netz kann nämlich, so ließe sich Tandlers Auffassung zusammenfassen, nur dann die tatsächlich Bedürftigen dauerhaft und ausreichend sichern, wenn überflüssige Anforderungen beseitigt werden. Tandler wörtlich: „Können wir es uns wirklich leisten, daß sich zum Teil derjenige finanziell besser stellt, der nicht arbeitet, daß viele Arbeit für unzumutbar halten, daß sich immer mehr danach drängen, „behindert" zu sein ohne daß sie in Wirklichkeit behindert sind, nur um in den Genuß sozialer Vergünstigungen zu kommen? Müssen wir uns nicht auch ernsthaft Gedanken machen, über Karenztage für Kranke und auch darüber, ob jeder, der krank geschrieben worden wurde auch wirklich krank ist?" Bayerns Innenminister wurde schließlich noch deutlicher: die Ausbeutung der Beitragszehler durch Nassauer müsse ein Ende haben, schon gar nicht gebe es Spielraum für neue Ansprüche, ja, es bleibe nur der Ausweg, die Ansprüche an den Staat, an die Gemeinschaft zu mindern.

Ausdrücklich erkannte Tandler die Bereitschaft der Ärzte „in Richtung Selbstbeschränkung" an. Er gestand aber auch zu, daß Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient nicht durch ein Korsett von Mengenkomponenten und Höchstbeträgen eingeschnürt werden darf. „Wenn wir das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und ein Höchstmaß an Freiheit in unserem Gesundheitswesen wahren wollen", so erklärte er, „dann müssen wir auf die Einsicht, die Vernunft und die Eigenverantwortung von Arzt und Patient gleichermaßen setzen. Die Gefahr einer Systemveränderung unter dem Deckmantel, anders sei der Kostenflut im Gesundheitswesen nicht mehr Herr zu werden, ist gegeben. Wer hier gegensteuern will, muß der Eigenverantwortung von Ärzten und Patienten Raum schaffen. Verhängnisvoll wäre es, wenn uneinsichtige Standespolitiker sich in dieser Situation der gemeinsamen Verantwortung entziehen und damit den Boden für Systemveränderungen bereiten würden. Eine solche Handlungsweise würde auch die Glaubwürdigkeit der Kritik gegenüber den gesetzgeberischen Bestrebungen der Bundesregierung um eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen sicher nicht erhöhen."

Im Zusammenhang mit diesen Bestrebungen der Bundesregierung um Kostendämpfung fiel dann auch das Wort von den Giftzähnen. Als solche bezeichnete Tandler den sogenannten „Mengendeckel", die Gleichschaltung von Ersatz- und RVO-Kassen und die teilstationäre Krankenhauspflege. Der letztgenannte „Giftzahn" ist im KVEG übrigens noch nicht gezogen. Tandler lehnte namens der Bayerischen Staatsregierung eine Änderung des Paragraphen 184 RVO in diesem Sinne eindeutig ab.

Lob für den Bayern-Vertrag

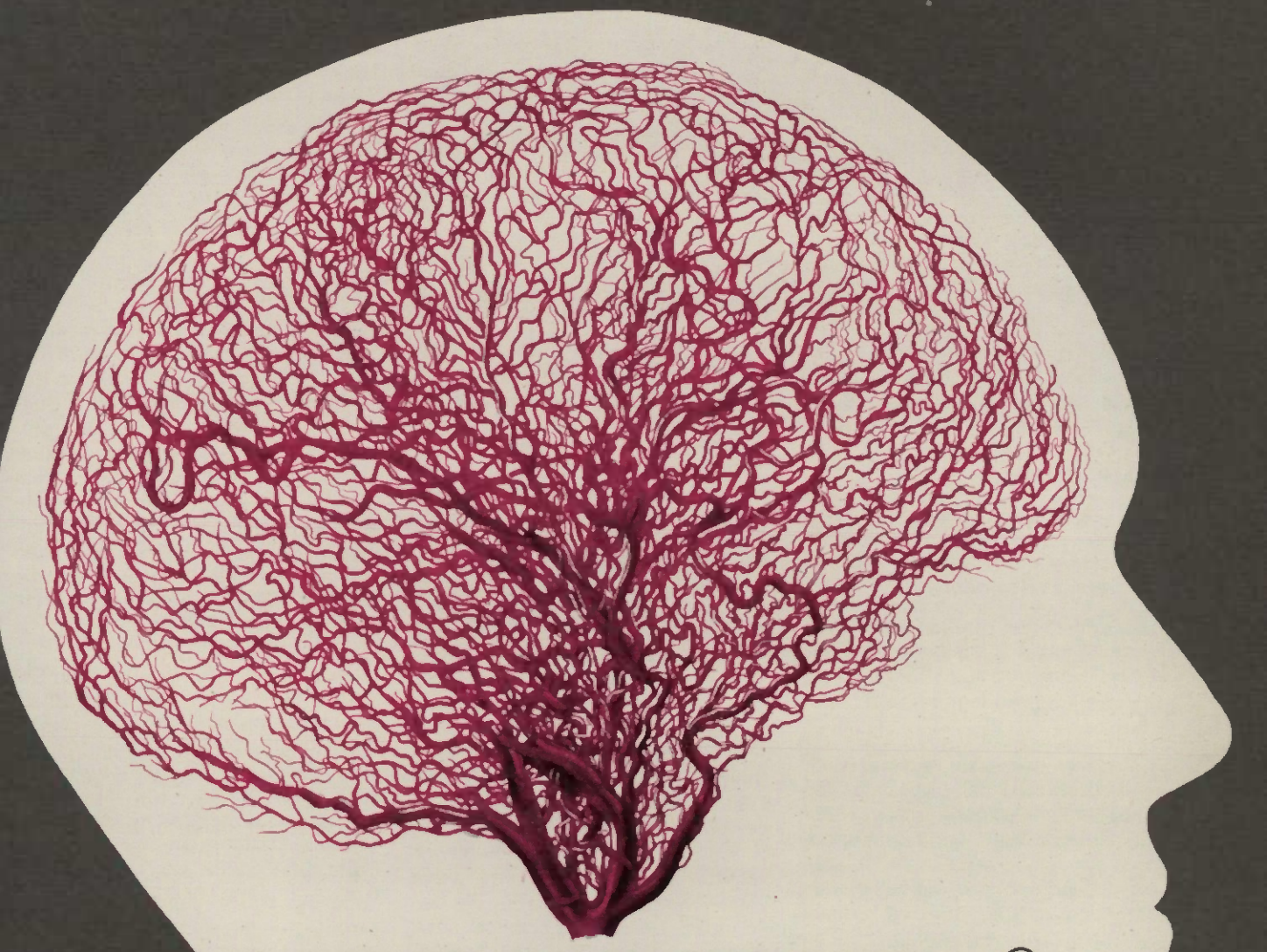
Als beachtliche Beweise der Ärzteschaft, mit der Kostendämpfung ernst zu machen, wertete Tandler den sogenannten Bayern-Vertrag und die „freiwilligen bindenden Zusagen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über ein Moratorium der Gesamtvergütung für kassenärztliche Behandlung bis zum Ende des Jahres 1982". Dem fügte er allerdings hinzu: „Ob ein Stillhalten auf der Basis der gegenwärtigen Vergütung ohne Rücksicht auf die Grundlohnentwicklung möglich ist, sollte ernsthaft geprüft werden."

Auf jenes Moratorium ging auch Sewering ein. Er kritisierte vor allem auch die Haltung von Bundesarbeitsminister Ehrenberg. Im Zusammenhang mit den Beratungen über das KVEG drohte der Bundesarbeitsminister nämlich, falls die unterschriebenen Verträge über jenes Stillhalteabkommen nicht noch während des Gesetzgebungsverfahrens vorlägen, dann werde dafür gesorgt, daß der Gesetzgeber die notwendigen Maßnahmen gegen die Kassenärzte ergreife. Sewering bezeichnete diesen Erpressungsversuch (denn anders kann man die Drohung wohl nicht verstehen) als einen unglaublichen und einmaligen Vorgang in einer parlamentarischen Demokratie.

Zum, von Tandler lobend erwähnten, Bayern-Vertrag, dessen Philosophie („Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig") inzwischen in eine bundesweit verfolgte Strategie eingemündet ist, traf Sewering drei Feststellungen:

1. Unverrückbarer Grundsatz des Bayern-Vertrages ist es, daß jeder Patient bekommt, was notwendig

12 Milliarden Zellen brauchen Sauerstoff



Nehydrin®

sorgt für das Gehirn

Zusammensetzung: 1 ml Tropflösung bzw. 1 Dragee enthält: 1 mg Dihydroergocristin-methansulfonat. 1 ml Injektionslösung enthält 0,3 mg Dihydroergocristin-methansulfonat.
Anwendungsgebiete: Cerebrale Stoffwechselstörungen und deren Folgen, wie Schwindel, Kopfschmerzen (incl. Intervall-Behandlung der Migräne), Schlaflosigkeit, Konzentrationsschwäche, Ohrensausen, Vergeßlichkeit, Affektlabilität und psychomotorische Unruhe.
Dosierung und Anwendungsweise: Dragees: 3 mal täglich 1 Dragee vor dem Essen einnehmen. Bei magenempfindlichen Patienten kann die Einnahme zu den Mahlzeiten oder nach dem Essen erfolgen. Tropfen: 3 mal täglich 20 Tropfen. (1 ml = 20 Tropfen). Bei Bedarf kann die Dosierung bis auf 3 x 2 Dragees bzw. 3 x 40 Tropfen erhöht werden. Ampullen: 1–2 mal täglich 1 Ampulle intramuskulär injizieren.
Kurmäßige Behandlung über mehrere Wochen ist angezeigt.
Begleiterscheinungen, Nebenwirkungen: Nehydrin ist bei oraler Gabe (Dragees, Tropfen) sehr gut verträglich. Bei parenteraler Gabe (Ampullen) kann es gelegentlich zu einer Blutdrucksenkung kommen. Daher ist nach der Injektion eine Blutdruckkontrolle angezeigt.
Derreichungsformen und Packungsgrößen: Dragees: OP mit 30 Dragees DM 16,32; OP mit 100

TAD
Pharmazeutisches Werk GmbH
Cuxhaven

1. Reihe von links nach rechts: Dr. Braun, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Deneke, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Oberbürgermeister J. Steurer, Professor Dr. Scheuermann, Vizepräsident des Bayerischen Senats, Dr. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, Innenminister G. Tandler, Professor Dr. Sewering, Dr. Woelke, Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Lindau

ist. Es wird also nicht zum Nachteil der Versicherten gespart!

2. Es gibt keinen Konflikt und keinen Verteilungskampf zwischen niedergelassenen, ambulant tätigen Ärzten und ihren Kollegen im Krankenhaus.

3. Die enge und erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten und Krankenkassen in Bayern, RVO- wie Ersatzkassen ist kein euphorisch angeblasenes Strohfeuer, sondern Ausdruck der gemeinsamen Verantwortung für über 90 Prozent der Bevölkerung Bayerns.

Neben den aktuellen, im Gefolge der Bonner Finanznöte aufgekommenen Problemen kamen bei der Eröffnungsveranstaltung des 34. Bayerischen Ärztetages noch zwei weitere ärztliche Fragen zur Sprache: die Ausbildung des Nachwuchses und die ärztliche Haltung zum Katastrophenschutz.

Reform der ärztlichen Ausbildung – aber wie?

Der Reform der Approbationsordnung und damit der Ärzteausbildung widmete Innenminister Tandler einen beachtlichen Teil seiner Rede; Professor Sewering setzte sich mit Tandlers Auffassungen eingehend auseinander.

Dem Innenminister geht es vor allem um eine Reform des Prüfungswesens und um den Erwerb praktisch-ärztlicher Kenntnisse und Fertigkeiten. Scharf kritisierte er die schriftlichen Prüfungen nach dem multiple-choice-Verfahren. Ihm werde, so Tandler, ein Großteil der Schuld an der unzureichenden ärztlichen Ausbildung zugeschrieben. Ein solches schriftliches Verfahren könne, allein angewandt, die Qualifikation für den ärztlichen Beruf nicht erweisen. Aus diesem Grunde forderte Tandler eine Ausweitung der mündlich-praktischen Prüfungen. Allerdings, so räumte er ein, könne die große Zahl von Medizinstudenten nicht in allen wesentlichen Stationen der Ausbildung mündlich geprüft werden. Er mahnte jedoch mit hörbarem Engagement: „Ich möchte jedoch – nicht ohne Anlaß – die Ärzteschaft und insbesondere die medizinischen Hochschullehrer dringend bitten, im Interesse einer besseren Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses die persönliche Prüfungstätigkeit als eine ihrer vornehmsten Aufgaben zu betrachten, gleichrangig der Forschung und Lehre."

Tandler hält auch die Verlegung der praktischen Ausbildung in das Studium (gemeint ist das sogenannte praktische Jahr am Ende des Studiums) für falsch. Ansatzpunkte für eine bessere praktische Ausbildung sind nach seiner Auffassung nicht im universitären, sondern wie vor 1972 (also unter der alten Bestallungsordnung, in der es eine Medizinalassistentenzeit gegeben hat) nur im außeruniversitären Bereich zu suchen. Tandler ließ in diesem Zusammenhang erkennen, daß ihm an einer Realisierung der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages in Nürnberg gelegen ist. Diese sehen bekanntlich eine Splittung der praktischen Zeiten vor – ein Teil der praktischen Qualifizierung soll in die Zeit nach dem Staatsexamen verlagert, ein Teil vor dem Staatsexamen belassen werden.

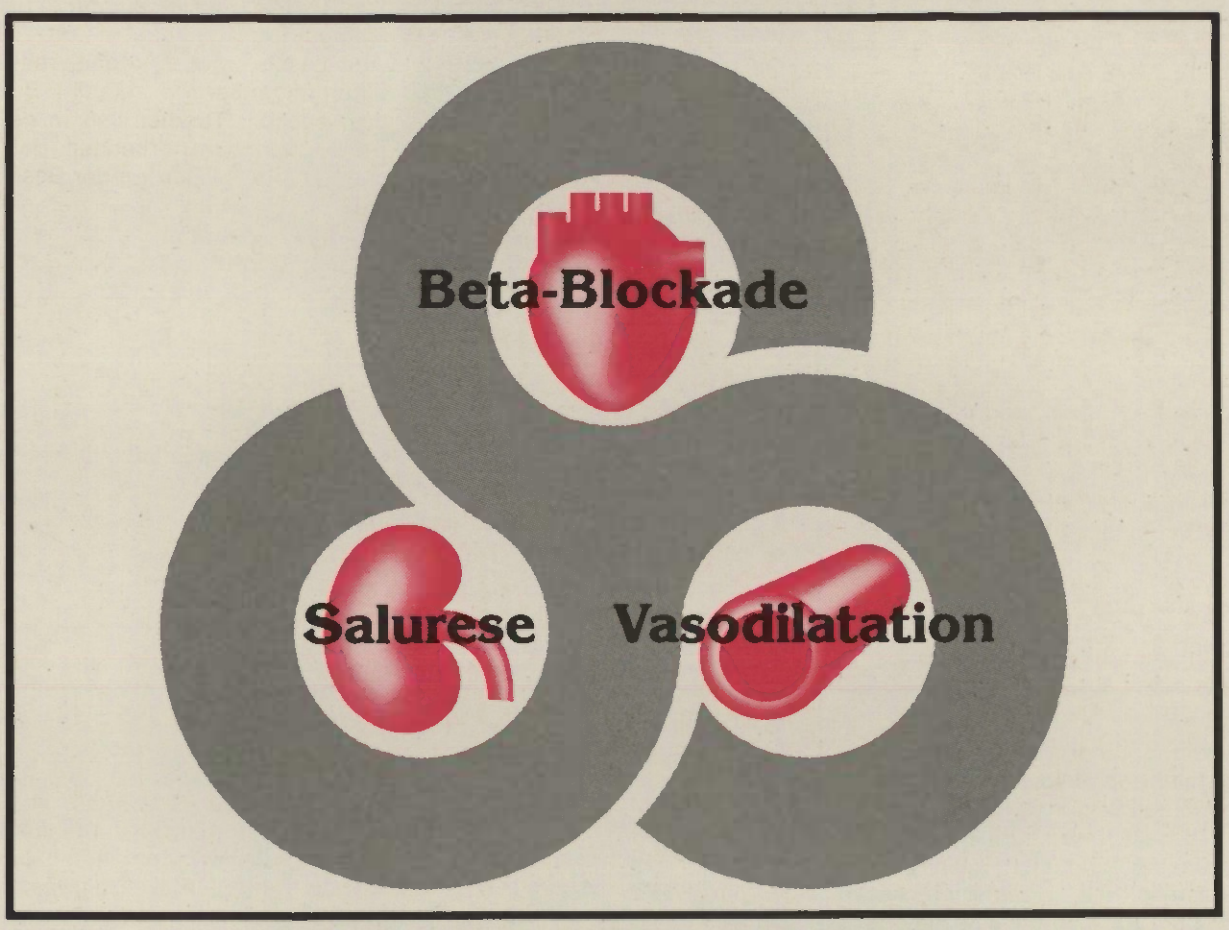
Vorbehalte gegen die geplante Vorbereitungszeit

Tandler warnte davor, diese Ausbildungsproblematik mittels der geplanten kassenärztlichen Vorbereitungszeit zu lösen. Diese könne man noch hinnehmen, wenn es sich nur um eine vorübergehende Regelung handele. Tandler befürchtet jedoch, daß das Bundesgesundheitsministerium (das für die Approbationsordnung zuständig ist) keine materielle Änderung der Ausbildung mehr beabsichtigt und statt dessen auf die kassenärztliche Vorbereitungszeit von zwei Jahren verweist. Damit werde im übrigen dem Bundesarbeitsministerium (dessen Sache die Vorbereitungszeit ist) ein weiteres Betätigungsfeld kampflos überlassen.

Die Approbationsordnung scheiterte an den Studentenzahlen

Mit Tandlers Kritik am Prüfungssystem setzte sich Sewering auseinander. Er wies darauf hin, daß das multiple-choice-Verfahren wie überhaupt die gesamte neue Approbationsordnung in einer Zeit eingeführt wurde, als man mit sehr viel weniger Medizinstudenten rechnete als heute. Tatsächlich wurde die Approbationsordnung auf Studienanfängerzahlen von 6000 bis 7000 pro Jahr hin konzipiert; die Studienanfängerzahlen liegen heute beim Doppelten. Die zentrale schriftliche Prüfung wurde im übrigen damals

®Trepress



dreifach gegen Hochdruck
wirksam – schonend – einfach
Regeldosis: jeden Morgen 1 Dragée

Zusammensetzung: Ein Dragée enthält: 80 mg Oxprenololhydrochlorid, 25 mg Hydralazinhydrochlorid und 10 mg Chlortalidon. **Indikation**: Hypertonie. **Kontreindikationen**: Atrioventrikulärer Block II. und III. Grades, ausgeprägte Bradykardie, nicht kompensierte Herzinsuffizienz, kardiogener Schock, Asthma bronchiale; Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz schwereren Grades; Überempfindlichkeit gegenüber Hydralazin. – Schwangeren sollte TREPRESS, solange noch keine genügenden Erfahrungen mit β-Rezeptorenhemmern vorliegen, nicht verordnet werden. **Nebenwirkungen**: Kardiale und bronchiale Nebenwirkungen sind bei Beachtung der Kontraindikationen sehr selten. – Gelegentlich können, vor allem zu Beginn der Behandlung, Magen-Darmstörungen, Schwindel, Kopfschmerzen, Orthostasen, Müdigkeit und Schlafstörungen auftreten. Diese Erscheinungen sind leichter Natur und erfordern nur selten eine vorübergehende Dosisreduktion. Ganz vereinzelt wurden Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. Jucken und Rötung der Haut) beobachtet. Die Behandlung mit β-Rezeptorenhemmern kann gelegentlich zu peripheren Zirkulationsstörungen (Kältegefühl und Kribbeln an Händen und Füßen) führen. Diese Erscheinungen sind jedoch unter TREPRESS dank der sympathikomimetischen Eigenwirkung von Oxprenolol selten. – Gelegentlich sind Verstopfung der Nase und in Ausnahmefällen Lymphdrüsenschwellungen und Blutbildveränderungen beobachtet worden. **Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln**: Steigerung der kardiodepressiven Wirkung von Narkotika, der kardio- und neurotoxischen Wirkung von Lithiumsalzen sowie der kaliumausschwemmenden Wirkung von Glukokortikoiden, ebenso Verminderung oder Verstärkung der Wirkung von Antidiabetika möglich. Daher ist bei gleichzeitiger Therapie mit Antidiabetika eine verstärkte Überwachung des Kohlenhydratstoffwechsels notwendig. – Bei gleichzeitiger Gabe von β-Rezeptorenhemmern mit Verapamil ist auf mögliche additive Effekte zu achten; insbesondere nach i. v. Anwendung von Verapamil ist die Auslösung von Herzrhythmusstörungen und Blutdruckabfall nicht auszuschließen.

Dosierung: Im allgemeinen 1 Dragée morgens. – Falls erforderlich, kann die Dosis schrittweise auf 3–4 Dragées über den Tag verteilt, erhöht werden. **Besondere Hinweise:** Bei Herzinsuffizienz ist ausreichende Digitalisierung erforderlich. – Bei starker Bradykardie wird die Gabe von 1 mg Atropinsulfat i. v. und bei nicht genügendem Ansprechen die Verabreichung eines β-stimulierenden Sympathikomimetikums empfohlen. – Patienten mit metabolischer Azidose sollte TREPRESS mit besonderer Vorsicht gegeben werden. – Bei Gichtkranken Kontrolle des Harnsäurespiegels bzw. bei eingeschränkter Nierenfunktion Kontrolle der Plasma-Kreatinin-Werte und des Elektrolythaushaltes erforderlich. – Um einer Kaliumverarmung vorzubeugen, ist auf ausreichenden Kaliumgehalt der Kost zu achten. – Vor einer geplanten Operation ist der Krankenhausarzt von der Behandlung mit β-Rezeptorenhemmern zu unterrichten. – Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. – Weitere Hinweise siehe wissenschaftlichen Prospekt. **Handelsformen und Preise**: 20 Dragées DM 23,—, 50 Dragées DM 50,05, 100 Dragées DM 92,30; Anstaltspackung. Stand: August 1981.

CIBA-GEIGY GmbH, 7867 Wehr

GEIGY

Trep 5

unisono von Hochschullehrern und Studenten gefordert, weil man sich davon Prüfgerechtigkeit erhoffte. Sewering erinnerte auch daran, daß die Approbationsordnung Lehre in kleinen Gruppen und in diesem Rahmen eine kontinuierliche Überprüfung des Kenntnisstandes vorschreibt. Gerade dieses Ziel der Approbationsordnung sei wegen der hohen Studentenzahlen nicht erreicht worden.

Eine erhebliche Ausweitung der mündlichen Prüfungen begegnet laut Sewering auch erheblichen praktischen Schwierigkeiten: 1981 legen 43 000 Medizinstudenten eines der medizinischen Examen ab, 1982 werden es voraussichtlich schon 50 000 sein. Wie solle das – eine angemessene Prüfungszeit und kleine Gruppen vorausgesetzt – bewältigt werden? Kompromisse zwischen Wunsch und Wirklichkeit sind nach Sewering unumgänglich.

Ausbildung im Krankenhaus – 20 000 Plätze gesucht

Die von Tandler geforderte nachuniversitäre praktische Ausbildung bezeichnete Sewering als unabdingbar. Aber auch hier erinnerte Sewering an die Realitäten: „Wenn wir die zweijährige praktische Ausübung am Krankenhaus realisieren wollen, benötigen wir dazu zwischen 20 000 und 24 000 Ausbildungsplätze an den deutschen Krankenanstalten. Das führt zu strukturellen Problemen, die noch nicht genügend überdacht sind."

Im nächsten Heft

Ergebnisse des 34. Bayerischen Ärztetages

Während dieses Heft entstand, waren die Beratungen im Plenum des Bayerischen Ärztetages noch im vollen Gange. Im Detail kann daher über die vom Ärztetag verabschiedeten Entschließungen erst im nächsten Heft berichtet werden. Darin werden u. a. Ergebnisse des Ärztetages zu folgenden Themen dokumentiert:

- Katastrophenvorsorge
- Notfallmedizinische Fortbildung
- Organspenden und Transplantation
- Perinatalerhebung
- Medizinische Genetik
- Psychiatrische Versorgung
- Tumornachsorge
- Referentenentwurf einer neuen Gebührenordnung
- Pflegekräftemangel
- Altenhilfe, häusliche Krankenpflege und Nachbarschaftshilfekreise
- Kindgerechte Gestaltung von Schulhöfen
- Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin
- Moderne Praxisform
- Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung
- Kindergeld
- Pflichtwehrdienst
- Klinische Pädiatrie
- Datenschutz
- Impfungen

Außerdem werden dokumentiert:

Der im Rahmen des Tätigkeitsberichtes vom Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer Professor Dr. Hans J. Sewering vorgetragene Lagebericht sowie Berichte der beiden Vizepräsidenten Dr. Hermann Braun und Dr. Georg Fuchs sowie der Ausschußvorsitzenden; außerdem das Referat von Dr. Klaus Dehler über die berufsständischen Versorgungseinrichtungen.

Zur Katastrophenmedizin hat sich der 34. Bayerische Ärztetag in einer eigenen Entschließung geäußert (sie wird zusammen mit weiteren Ergebnissen des Ärztetages im nächsten Heft dokumentiert). Sewering brachte einen speziellen Aspekt schon bei der Eröffnungsveranstaltung zur Sprache: die Kampagne „Ärzte gegen den Atomkrieg". Er stellte zunächst eine Selbstverständlichkeit fest, die allerdings angesichts der Kritik, die einige Atomkriegsgegner an der Ärzteschaft üben, tatsächlich nicht deutlich genug wiederholt werden kann:

• „Wir Ärzte sind nach unserem Beruf von Natur aus Feinde jeder Gewalt, denn unsere Aufgabe ist es, Leben zu erhalten, zu heilen und zu helfen", sagte Sewering. „Uns Ärzten wäre am liebsten eine Welt ohne Waffen und ohne Gewalt, aber einen waffenstarrenden Osten, und ich sage das bewußt, weil ich nicht nur Arzt, sondern auch Staatsbürger bin, kann man nicht mit Palmwedeln entgegentreten." Manchen Ärzten, die vor dem Atomkrieg warnen, hielt Sewering entgegen, einseitig zu sein, wenn sie allein gegen NATO, Nachrüstungsbeschluß und Stationierung von Atomwaffen argumentieren, „obwohl sie wissen, daß östlich davon eine neben der anderen steht". Sewering: „Das hat nichts mehr mit ärztlichen Argumenten zu tun, da werden politische Motive ärztlich kaschiert."

Die Bürger erwarten ärztliche Hilfe auch in Extremfällen

Sewering griff auch Meldungen auf, denen zufolge Ärzte sich dagegen ausgesprochen haben, Fortbildung in Katastrophenmedizin zu verweigern, weil das nur Kriegsvorbereitungen unterstütze. Das sei eine Aufforderung zur Verweigerung ärztlicher Hilfeleistung, stellte Bayerns Ärztekammerpräsident fest, die Ärzte müßten auch in Extremfällen bereit sein, die dann noch mögliche Hilfe zu leisten.

Nach so vieler ernster Politik war aber auch einiges Erfreuliche aus dem Gesundheitswesen zu vernehmen. Bayern hat dazu einiges auf-

Die klassische Hochdrucktherapie

®Adelphan-Esidrix

verhindert die Spätfolgen des Hochdrucks

Zusammensetzung: Eine Tablette enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin-sulfat + 10 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Arterielle Hypertonie. **Kontraindikationen:** Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz schwereren Grades; hochgradige Koronarsklerose; Depressionen, Magen-Darm-Ulzera, Kolitis und Gastroenteritis – auch in der Anamnese –. **Nebenwirkungen:** Zu Behandlungsbeginn gelegentlich Nausea und Tachykardie. In seltenen Fällen Hypokaliämie, Hyperglykämie, Hyperurikämie, orthostatische Regulationsstörungen, Verstopfung der Nase, migräneartige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Lymphdrüsenschwellungen, Blutbildveränderungen, Magen-Darm-Ulzera, gesteigerte Magen-Darm-Motilität, Potenzstörungen oder depressive Verstimmungen. **Wechselwirkungen:** Der Reserpin-Anteil kann die bradykarde Wirkung der Digitalisglykoside sowie die Wirkung zentral dämpfender Pharmaka und den blutdrucksenkenden Effekt antihypertensiver Pharmaka verstärken. – Der Hydrochlorothiazid-Anteil kann die Wirkung von Antidiabetika verringern, die kardio- und neurotoxische Wirkung von Lithiumsalzen sowie den kaliumausschwemmenden Effekt von Glukokortikoiden erhöhen und die Wirkung von Herzglykosiden bei bestehendem Kaliummangel verstärken.

Dosierung: Behandlungsbeginn im allgemeinen 1–2mal 1 Tablette pro Tag, evtl. vorübergehende Dosissteigerung. Zur Dauerbehandlung genügt vielfach 1 Tablette täglich. **Besondere Hinweise:** Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. – Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. – Bei höherer Dosierung und eingeschränkter Nierenfunktion sind die Plasma-Kreatininwerte sowie der Elektrolythaushalt zu kontrollieren. **Handelsformen und Preise:** 20 Tabletten DM 9,30, 50 Tabletten DM 20,70, 100 Tabletten DM 35,85; Anstaltspackung.
Stand: August 1981

AUS DER HERZ-KREISLAUF-FORSCHUNG

CIBA

CIBA–GEIGY GmbH, 7867 Wehr

AdE 5

zuweisen. Aus Sewerings Stichworten:

Transplantetion: In Bayern ist es gelungen, die Organtrensplantetion signifikant zu verbessern. Die Explantationsrate, die im Jahre 1976 beim Münchener Zentrum 1,33 betrug, stieg im letzten Jahr auf 6,66. Sewering: „Praktisch kann München heute den Bedarf an notwendigen Nieren für die Transplantation bereits decken. Das ist das Ergebnis gemeinsamer Bemühungen der Berufsvertretung der Ärzte, der Öffentlichkeit und all der Organisationen, die hier geworben haben". Damit ist, so Sewering, auch der Widerstand gegen die sogenannte Widerspruchslösung (Gegner einer Organentnahme sollten verpflichtet werden, ihren Widerspruch in den Personalausweis eintragen zu lassen) gerechtfertigt.

Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit: Die auf ganz Bayern ausgedehnte Perinatalerhebung zeitigt Erfolge. 1980 wurden über 81 000 Neugeborene erfaßt (70 Prozent aller in Bayern geborenen Kinder). Die Frühgeborenenrate betrug 7,4 Prozent, die Mißbildungsrate lag zwischen drei und vier Prozent. Vor allem aber: die Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit konnte auf 10,1 Promille im Jahre 1980 (gegenüber 25,9 Promille 1970) gesenkt werden – das Ergebnis enormer Bemühungen der Ärzte.

Notärztliche Versorgung: Dank des flächendeckenden Notfallbereitschaftsdienstes und des Blaulichtdienstes gibt es für Bayerns Bevölkerung in Notfällen ein in sich geschlossenes Versorgungssystem, wie es bisher kein anderes Bundesland besitzt.

Nachsorge für Tumor-Patienten: Neben den beiden auf Initiative der Ärzteschaft entstandenen Tumorkliniken, soll die ambulante Versorgung weiter verbessert werden. Entsprechende Vorschläge lagen dem 34. Bayerischen Ärztetag vor.

Beispiele dieser Art rechtfertigen die Versicherung des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer: „Die Bürger Bayerns können sicher sein, daß ihre Ärzte sich um ihr gesundheitliches Schicksal bemühen, daß sie sich in die Hände von Ärzten begeben, die ethisch und fachlich ihr bestes zu geben bereit sind." NJ

Fotos (5): R. Böcher, Lindau

Nur das kann verteilt werden, was durch Leistung erwirtschaftet wurde

Grußansprache des Bayerischen Staatsministers des Innern Gerold Tandler

- **Absage an den „Sozialstaat auf Kredit"**
- **Einfluß der Finanzmisere auf die Gesundheitspolitik**
- **„Giftzähne" im zweiten Kostendämpfungsgesetz**
- **Bekenntnis zu berufsständischen Versorgungswerken**
- **Ärztliche Ausbildung**

Innenminister Gerold Tandler

Herzlichen Dank für die Einladung zu Ihrem diesjährigen Ärztetag in Lindau. Im Namen des Herrn Ministerpräsidenten, des Kollegen Dr. Pirkl und der gesamten Staatsregierung begrüße ich Sie herzlich.

Ich finde sicher Ihr Verständnis, wenn ich mich heute nicht nur mit aktuellen Fragen der Gesundheitspolitik beschäftige. Diese Fragen werden überlagert durch die desolate Lage der öffentlichen Finanzen, die rückläufige Wirtschaftsentwicklung und die zunehmend an die Grenzen der Belastbarkeit stoßende Befrachtung des Bürgers mit Steuern und Abgaben. Über Gesundheitspolitik kann heute verantwortlich nur reden, wer diese Gegebenheiten zur Kenntnis nimmt.

Der Bundesrat hat heute vormittag das sogenannte Sparpaket der Bundesregierung beraten. Dieses Sparpaket steht am Ende eines Vorgangs, der von sozial-liberaler Seite in bekannt bescheidener Bonner Art „Operation 81" genannt worden ist. Wenn einer von Ihnen eine Operation mit ähnlicher Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit durchführen würde, so müßte sich – fürchte ich wenigstens – die ärztliche Standesgerichtsbarkeit mit ihm beschäftigen. Die Union geht bei der Behandlung des Sparpakets von folgender Analyse aus:

Die Bundesrepublik Deutschland befindet sich in einer schweren Krise der Wirtschaft und der öffentlichen Finanzen. Die vier Ziele des Stabilitäts- und Wachstumsgesetzes – Vollbeschäftigung, Preisstabilität, Wachstum und außenwirtschaftliches Gleichgewicht – sind gleichzeitig verfehlt worden. Das gilt für das Jahr 1980, für das Jahr 1981 und – dies steht zu befürchten – auch für 1982. Statt eines hohen Beschäftigungsstandes besteht die höchste Arbeitslosigkeit seit 30 Jahren.

Statt Stabilität des Preisniveaus nimmt die Inflationsrate ständig zu. Wer dächte bei dieser Situation nicht mit Bitterkeit en die Worte von Bundeskanzler Schmidt „fünf Prozent Inflation ist besser als fünf Prozent Arbeitslosigkeit". Heute haben wir *sowohl* eine Inflations- *wie* eine Arbeitslosenquote, die über fünf Prozent liegt, und statt echten Wachstums „Minuswachstum".

In der Leistungsbilanz mit dem Ausland verzeichnen wir ein großes Defizit. Die Devisenvorräte der Deutschen Bundesbank, gesammelter Arbeitsfleiß des deutschen Volkes, wenn man so will, schmelzen wie Schnee in der Sonne. Diese wirtschaftliche Fehlentwicklung wird begleitet von einer tiefgreifenden Zerrüttung der Staatsfinanzen, die sich

in einem unerträglichen Schuldenstand und in einem weiteren steilen Anstieg der Verschuldung äußert. – Früher hatten wir so etwas nur in Kriegszeiten. Heute ist der drittgrößte Posten des Etats nach dem Sozialetat und nach der Verteidigung der Schuldendienst. Der Bund hat etwa 260 Milliarden DM Schulden. Die Regierung Erhard ist 1966 wegen einer Deckungslücke von 1 Milliarde DM gescheitert. Heute reicht 1 Milliarde DM gerade aus, um den Schuldendienst (Zins und Tilgung) für eine Woche sicherzustellen.

Leistungsfeindliche Politik – grundlegende Wende vordringlich

Das sind Folgen einer falschen Politik, vor der wir seit vielen Jahren gewarnt haben. Die entscheidenden Ursachen sind:

– unternehmerfeindliche, mittelstandsfeindliche und investitionshemmende Grundeinstellung in entscheidenden Fragen der Finanz- und Sozialpolitik;

– leistungsfeindliche Belastungen der Einkommen;

– Einführung von Anreizen zur Leistungsverweigerung;

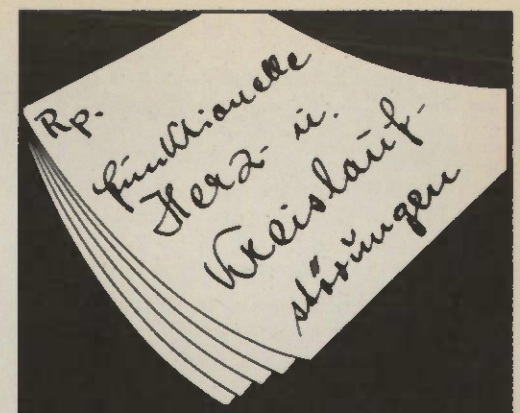
– ein mit der Erhöhung der Staatsquote Hand in Hand gehender zunehmender Umverteilungsprozeß, durch den die marktwirtschaftliche Grundordnung mehr oder minder geschwächt oder teilweise verdrängt worden ist.

Die aufgezeigte Situation verlangt entschiedenes Handeln. Es genügt nicht länger, an den Symptomen herumzukurieren. Es gilt die Ursachen der Misere zu beseitigen. Eine grundlegende Wende ist vordringlich. Wirtschaftswachstum und Stabilität müssen wieder hergestellt werden. Dies setzt voraus, daß die Erwirtschaftung des Sozialprodukts wieder Vorrang erhält vor seiner Verteilung. Nur eine Steigerung der Produktivität kann auch die Steigerung von Einkommen rechtfertigen. Nur wirtschaftliche Anstrengungen und Innovation können die Produktivität steigern. Nötig ist ein umfassendes Konzept, das in der Wirtschaft Vertrauen schafft, die Wachstumskräfte stärkt und die Wettbewerbsfähigkeit verbessert. Der Sanierung der zerrütteten Staatsfinanzen kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Die Grenze der Verschuldungsfähigkeit des Bundeshaushalts ist erreicht. Es ist nur zu hoffen, daß dies bei denen, die im Bund Regierungsverantwortung tragen, Verständnis für einen Satz aus dem kleinen Einmaleins der Finanzpolitik wachsen läßt, daß nämlich nicht mehr Geld ausgegeben werden kann als eingenommen wird. Diese simple Wahrheit, die jeder gute Hausvater beachtet, ist bislang von der Bundesregierung schlicht nicht zur Kenntnis genommen worden. Sie hat seit Jahren in einer Zeit bereits erkennbarer und letztlich zunehmender wirtschaftlicher Depression auf allen Gebieten staatlicher Leistungen ein Anspruchsdenken erzeugt, genährt und gefördert und durch kostenwirksame Gesetze untermauert, ohne an die Grenzen der Finanzierbarkeit zu denken.

Die Entwicklung zu einem Immermehr an staatlichen Leistungen zur Befriedigung oft nur vermeintlicher Ansprüche hat leider gerade die Sozial- und Gesundheitspolitik geprägt. Ich verweise beispielsweise auf die Überlastung der Rentenversicherung mit versicherungsfremden Aufgaben und auf die großzügige Ausgestaltung des Systems der Arbeitslosenunterstützung und der Lohnfortzahlung. Ich weiß, daß schon das laute Nachdenken über Finanzierbarkeit und Rechtfertigung sozialpolitischer Leistungen den Vorwurf der sozialen Demontage nach sich zieht. Aber: können wir uns es denn wirklich leisten, daß sich zum Teil derjenige finanziell besser stellt, der nicht arbeitet, daß viele Arbeit für unzumutbar halten, daß sich immer mehr danach drängen, „behindert" zu sein, nur um in den Genuß sozialer Vergünstigungen zu kommen? Müssen wir uns nicht auch ernsthaft Gedanken machen über Karenztage für Kranke und ob wirklich jeder krank ist, der krank geschrieben wird.

Keine Angst vor Tabus – auch über Sozialleistungen muß geredet werden

In unserem gegenwärtigen „Sozialstaat auf Kredit", wie ihn der Ministerpräsident vor dem Bundestag genannt hat, darf es keine Fragetabus geben. Andernfalls laufen wir nämlich Gefahr, daß der wirklich Bedürftige, der tatsächlich sozial schwache Bürger, eines Tages als



Circovegetalin® compositum

Zusammensetzung:
1 Oregée enthält:

Tagesform (rosa):	
Ergotoxinphosphat	0,1 mg
Chininsulfat	26,4 mg
Chinidinsulfat	10,0 mg
Theobromin	30,0 mg
mono-Magnesium-L-diglutamet	150,0 mg
Magnesiumdehydrocholat	25,0 mg
Magnesiumnikotinat	5,0 mg
Nachtform (braun):	
Ergotamintartrat	0,10 mg
Ergotoxinphosphat	0,12 mg
Hyoscyamin	0,087 mg
Scopoleminiumbromid	0,003 mg
Phenoberbitel	20,0 mg

Indikationen:
Funktionelle Herz- und Kreislaufbeschwerden, stenokardische Beschwerden, klimakterisch bedingte Kreislaufstörungen; labiler Blutdruck; periphare Durchblutungsstörungen und Paraesthesien; nächtliche Wadenkrämpfe.

Kontraindikationen:
Exsikkosa, Gravidität, Laktation, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Restharnbildung, schwere Zerebralsklerose. Akute hepatische Porphyrien. Gefäßerkrankungen, schwera Labar- oder Nierenfunktionsstörungen.

Nebenwirkungen:
Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion (Wärmesteul), Hautrötung, Akkomodationsstörungen, Glaukomeauslösung (Engwinkelgleukom), Tachykerdie, Miktionsbeschwerden. Secalealkeloid- und chinindinbedingte Nebenwirkungen sind aufgrund der niederen Oosierung nicht zu erwarten.

Warnhinweis: Die Nachtform kann das Reaktionsvermögen beeinträchtigen.

Handelsformen und Preise:
45 Oragées OM 10,25 90 Oragées OM 18,40

VERLA-PHARM TUTZING

erster durch die Löcher des sozialen Netzes fällt. Hauptleidtragender eines Umkippens unserer Sozialpolitik wäre nämlich nicht der, der soziale Leistungen parasitär „mitnimmt", sondern der, der ihrer tatsächlich existentiell bedarf. Soziale Leistungen müssen in Abkehr vom Gießkannensystem daher wieder gezielt und konzentriert den tatsächlich Bedürftigen zugute kommen. Nur so können wir das soziale Netz in eine unzweifelhaft veränderte, rauhere Zukunft retten. Die Zeit der Ausbeutung der Beitragszahlen durch Nassauer muß endlich zu Ende gehen.

Die Steuerkraft und die Abgabebereitschaft des Bürgers sind begrenzt. Dies stellt eine natürliche Grenze für die Verschuldenspolitik des Staates dar. Nachdem wir an dieser Grenze angekommen sind, bleibt nur der Ausweg, die Ansprüche an den Staat, an die Gemeinschaft zu mindern. Für neue Ansprüche gibt es keinen Spielraum mehr. Es wäre ein folgenschwerer Irrtum, zu meinen, soziales Netz und Gesundheitswesen könnten ein Eigenleben unabhängig von der Leistungskraft unserer Volkswirtschaft führen.

Die deutsche Ärzteschaft sieht diesen Zusammenhang und trägt ihm durch Schritte in Richtung Selbstbeschränkung Rechnung. Sicher dürfen sich die Ärzte nicht zu Sparkommissaren des Gesundheitswesens degradieren lassen, wollen sie ihrem Auftrag zu Hilfe und Heilung gerecht werden. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient darf nicht durch ein Korsett von Mengenkomponenten, Höchstbeträgen und ähnlichen kommerziellen Recheneinheiten eingeschnürt werden. Wenn wir das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und ein Höchstmaß an Freiheit in unserem Gesundheitswesen wahren wollen, dann müssen wir auf die Einsicht, die Vernunft und die Eigenverantwortung von Arzt und Patient gleichermaßen setzen. Die Gefahr einer Systemveränderung unter dem Deckmantel, anders sei der Kostenflut im Gesundheitswesen nicht mehr Herr zu werden, ist gegeben. Wer hier gegensteuern will, muß der Eigenverantwortung von Ärzten und Patienten Raum schaffen. Verhängnisvoll wäre es, wenn uneinsichtige Standespolitiker sich in dieser Situation der gemeinsamen Verantwortung entziehen und damit den Boden für Systemveränderungen bereiten würden. Eine solche Handlungsweise würde auch die Glaubwürdigkeit der Kritik gegenüber den gesetzgeberischen Bestrebungen der Bundesregierung um eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen sicher nicht erhöhen.

Ein „Mengendeckel" wäre leistungsfeindlich

Die Staatsregierung begrüßt es, daß die ursprünglichen Vorschläge aus dem Hause Ehrenberg auf dem Weg ins Gesetzgebungsverfahren einige Giftzähne verloren haben. Ich nenne nur etwa den sogenannten „Mengendeckel". Danach sollte bei der kassenärztlichen Gesamtvergütung die Mengenentwicklung der ärztlichen Leistung berücksichtigt werden. Das widerspricht nicht nur der ärztlichen Verantwortung; es ist auch leistungsfeindlich. Das schadet auch dem kranken Mitbürger. Neid und Mißgunst waren hier wie anderwärts immer schon schlechte Ratgeber.

Wir begrüßen es ferner, daß die Absicht einer Gleichschaltung von Ersatz- und RVO-Kassen, die Einführung einer Positivliste für Arzneimittel und die Erhöhung des Apothekenrabatts gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen in dem Gesetzgebungspaket nicht mehr enthalten sind. Unser Gesundheitswesen lebt von der Vielfalt und der Eigeninitiative und bezieht von daher seine Kraft und Leistungsfähigkeit. Eine Nivellierung beglückt vielleicht einige Ideologen; sie dient jedoch sicher nicht unseren Bürgern.

Die Bayerische Staatsregierung lehnt die vorgesehene honorierte teilstationäre Krankenhauspflege genauso ab wie Sie. Eine nachstationäre Behandlung im Krankenhaus ist kein wirksamer Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Bemerkenswert ist die ablehnende Antwort der Bundesregierung auf diesen Beschluß des Bundesrates. Sie hält die Vorschrift aus Gründen der Kostendämpfung für notwendig, weil auch Krankenhauspflege dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen müsse. Seien Unterbringung und Verpflegung während der Krankenhauspflege nicht mehr erforderlich, wäre es unwirtschaftlich, die Kosten für vollstationäre Krankenhauspflege weiterhin zu übernehmen.

Wir halten dem entgegen: Sind Unterbringung und Verpflegung eines Patienten im Krankenhaus nicht mehr erforderlich, dann ist seine Anwesenheit im Krankenhaus überhaupt nicht mehr geboten. Der Patient muß dann allenfalls noch ambulant behandelt werden. Gerade dieser Punkt zeigt mehr als deutlich, daß mit dem Entwurf eine Strukturveränderung des Gesundheitswesens eingeleitet werden soll. Um diesem Ziel näherzukommen, werden zum Teil sogar kostenerhöhende Maßnahmen mit dem irreführenden Etikett der Kostendämpfung versehen.

Sachgerechte Lösungen lassen sich mit Aussicht auf Erfolg und am wirksamsten auf dem Wege der eigenverantwortlichen Selbstverwaltung erzielen. Kostendämpfung ist zunächst ein Anliegen der selbst im Gesundheitswesen Tätigen. Ich erinnere nur an das erste Kostendämpfungsgesetz. Hier wurde die Bundesregierung erst zu dem Zeitpunkt tätig, als die ärztliche Selbstverwaltung die Weichen für eine wirksame Kostendämpfung schon gestellt hatte.

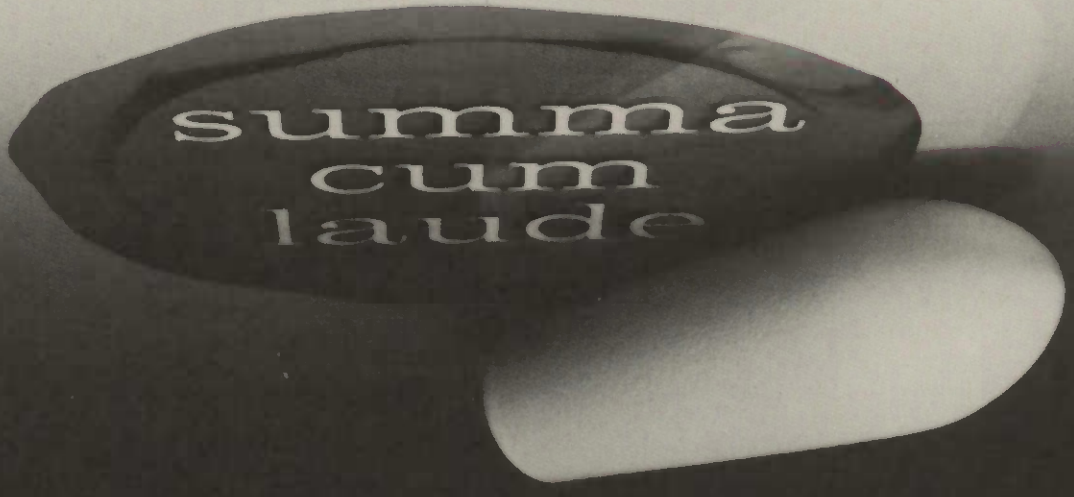
Anerkennung für die Bemühungen der Ärzteschaft zur Kostendämpfung

Auch heute gibt es beachtliche Beweise der Ärzteschaft, der Kassen und anderer, mit der Kostendämpfung im Gesundheitswesen Ernst zu machen. Ich erinnere nur an den für das gesamte Bundesgebiet beispielhaften und trotz der kurzen Geltungszeit schon wirksam gewordenen Bayern-Vertrag.

Ich verweise ferner auf die freiwilligen bindenden Zusagen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über ein Moratorium der Gesamtvergütung für die kassenärztliche Behandlung bis zum Ende des Jahres 1982. Ob ein Stillhalten auf der Basis der gegenwärtigen Vergütungen ohne Rücksicht auf die Grundlohnentwicklung möglich ist, sollte ernsthaft geprüft werden.

®Voltaren 100 Suppos

das starke Zäpfchen gegen
Nachtschmerzen
Morgensteifigkeit
Anlaufschmerzen



Antirheumatikum

summa cum laude

Zusammensetzung: Diclofenac-Natrium. *Magensaftresistente Dragées:* Voltaren (25 mg), Voltaren 50 (50 mg). *Retarddragées:* Voltaren retard (100 mg). *Zäpfchen:* Voltaren (50 mg), Voltaren 100 (100 mg), Voltaren für Kinder (25 mg). *Ampullen:* Voltaren (3 ml mit 75 mg). **Indikationen:** Entzündliche, degenerative und extraartikuläre Formen des Rheumatismus, Neuritiden/Neuralgien, akuter Gichtanfall; nichtrheumatische entzündliche Schmerzzustände (z. B. in der Gynäkologie). **Kontraindikationen:** Ulcus ventriculi et duodeni; Asthmapatienten, bei denen nach Acetylsalicylsäure oder anderen Prostaglandin-Synthesehemmern Asthmaanfälle, Urtikaria oder akute Rhinitis aufgetreten sind. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich gastrointestinale Reaktionen wie Aufstoßen, Nausea, epigastrische Schmerzen und Diarrhoe sowie leichtes Schwindelgefühl oder Kopfschmerzen. Selten peptisches Ulkus oder gastrointestinale Hämorrhagien. Vereinzelt Hautexantheme, periphere Ödeme oder geringfügige Transaminasenerhöhungen. Sehr selten Blutbildungsstörungen (Kausalzusammenhang nicht erwiesen). Zäpfchen: Gelegentlich leichtes Brennen oder Tenesmen. **Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln** sind bisher nicht bekannt geworden. **Besondere Hinweise:** Bis zum Vorliegen ausreichender Erfahrungen Voltaren noch nicht bei Schwangeren oder Kindern unter 6 Jahren verordnen. Patienten mit gastrointestinalen Beschwerden, Magen/Duodenalulzera in der Anamnese, schwerer Leber- oder Nierenschädigung sorgfältig überwachen. Bei Langzeitbehandlung sollten als vorsorgliche Maßnahme Blutbild- und Leberfunktionskontrollen durchgeführt werden.

Handelsformen und Preise: *Magensaftresistente Dragées* Voltaren (25 mg): 30 Stück DM 15,70, 50 Stück DM 25,40, 100 Stück DM 40,50; Voltaren 50 (50 mg): 20 Stück DM 18,95, 50 Stück DM 39,20, 100 Stück DM 72,05; *Retarddragées* Voltaren retard (100 mg): 20 Stück DM 36,–, 50 Stück DM 73,35, 100 Stück DM 139,20; *Zäpfchen* Voltaren (50 mg): 10 Stück DM 11,35; Voltaren 100 (100 mg): 10 Stück DM 21,10; Voltaren für Kinder (25 mg): 10 Stück DM 7,05; *Ampullen* Voltaren (3 ml mit 75 mg): 3 Stück DM 11,90. Anstaltspackungen. Stand bei Drucklegung.

CIBA-GEIGY GmbH, 7867 Wehr

GEIGY

Ich nehme das Schlagwort vom mündigen Bürger ernst. Der Bürger ist bereit, die Gelegenheit zu einem gleichermaßen gesundheits- wie kostenbewußten Verhalten wahrzunehmen, wenn man sie ihm bietet. Diese Bereitschaft wird weiter gefördert, wenn man dem Versicherten klipp und klar sagt, was geleistet und finanziert werden kann und wo die Grenzen der gesetzlichen Krankenkassen liegen. Einer vom Versicherten selbst nicht erkennbar veranlaßten pauschalen Erhöhung der Sozialversicherungsabzüge stellen wir damit die Eigenverantwortung des einzelnen gegenüber.

Angesichts des Vorrangs der Selbstverwaltung hätten wir es vorgezogen, wenn vor gesetzgeberischen Maßnahmen zunächst der Bericht der Bundesregierung über die bisherigen Erfahrungen mit der Konzertierten Aktion und der Wirksamkeit ihrer Empfehlungen sowie der Erfolg des Krankenversicherungskostendämpfungsgesetzes abgewartet worden wären. Leider hat Bayern mit diesen Vorstellungen auch im Bundesrat bisher keine Mehrheit gefunden.

Ohne Vertrauen auf die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung setzt demgegenüber der Regierungsentwurf den Dirigismus des Krankenversicherungskostendämpfungsgesetzes fort.

Ihrer Tagesordnung habe ich entnommen, daß in Ihren Beratungen das Jahr 1984 eine besondere Rolle spielt. Da ist zunächst einmal die Sorge um den für 1984 angekündigten Gesetzentwurf zur Strukturveränderung der gesetzlichen Krankenversicherung. Es wird wesentlich von Ihnen abhängen, ob wir dann vieles von dem wiederfinden, wofür heute die Zeit oder der Koalitionspartner noch nicht reif schienen.

Mit dem Jahr 1984 verbunden ist auch das weitere Schicksal der berufsständischen Versorgungseinrichtungen, im besonderen der Ärzteversorgung.

Mir leuchtet ein, daß die desolate Verfassung der Sozialversicherung manche begehrlich macht, gesunde Eigenversorgungsunternehmen für eine Blutauffrischung heranzuziehen. Die Befürchtungen in dieser Richtung sind ernst zu nehmen.

Der medizinische Fortschritt muß uns viele Opfer wert sein

Grußwort des Präsidenten des Bayerischen Landtags Dr. Franz Heubl

Als Stimmkreisabgeordneter freue ich mich besonders, daß der 34. Bayerische Ärztetag in der neuerbauten Lindauer Inselhalle stattfindet. Dieses schöne Beispiel moderner Architektur hat sich in der kurzen Zeit seines Bestehens bereits bei Veranstaltungen verschiedenster Art bewährt und es wird sicher auch für den Bayerischen Ärztetag den würdigen Rahmen abgeben. Die bayerische Ärzteschaft hat sich auf ihren Tagungen nie mit medizinischen Fragen allein beschäftigt, denn auch die Medizin wirkt nicht isoliert außerhalb der Gesellschaft. Die Zeichen der Zeit, der Stillstand des Wachstums, die Zunahme des Anspruchsdenkens und der Umstand, daß der Sozialstaat immer mehr an seine Grenzen stößt, bedeuten auch Veränderungen und Verpflichtungen für Arzt und Patient. Grundlage aller Beziehungen zwischen Arzt und Patient leiten aber Vertrauen und Menschlichkeit. Die Gesundheit ist ein hohes Gut. Der medizinische Fortschritt, der letztlich die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit ermöglicht, muß uns daher viele Opfer wert sein. Ich wünsche den Teilnehmern des 34. Bayerischen Ärztetages einen erfolgreichen Verlauf Ihrer Tagung und hoffe, daß Sie nebenbei noch Zeit und Muße haben, den einzigartigen Charakter Lindaus, der südwestlichsten Stadt Bayerns, zu genießen. Ich würde mich gerne freuen, wenn Sie trotz aller Tagungsprobleme und Fachfragen noch Gelegenheit zur Entspannung und im persönlichen Gespräch finden würden.

Das Grußwort wurde bei der Eröffnung des Ärztetages von Landrat Klaus Henninger verlesen, der sich den guten Wünschen im Namen des Landkreises und im eigenen Namen anschloß.

Eindeutig: Bayern lehnt Renten-Einheitsversicherung ab

Die Bayerische Staatsregierung lehnt eine Einheitsversicherung nachdrücklich ab. Die Sozialversicherung muß durch die Eigenvorsorge der freien Berufe ergänzbar bleiben. Versorgungswerken, die eine Vollversorgung bieten, muß weiterhin die Möglichkeit der Befreiung von der Angestelltenversicherung erhalten bleiben.

Wir sind stolz auf die Leistungen, die seitens der von der Bayerischen Versicherungskammer verwalteten berufsständischen Versorgungswerke, allen voran die Bayerische Ärzteversorgung, erbracht wurden. Schon im Interesse der heutigen Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke müssen wir das Erreichte auch in Zeiten größerer wirtschaftlicher und politischer Schwierigkeiten sichern und bewahren.

Wir müssen alle auf der Hut sein, daß die durch das Bundesverfassungsgericht geforderte Rentenreform im Jahre 1984 nicht zum Anlaß für eine Gleichmacherei in der Versicherungsstruktur wird.

Gebührenordnung — Nivellierung liegt nicht im Interesse des Bürgers

In naher Zukunft steht eine Änderung der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte an. Daß eine Änderung der seit über 16 Jahren unverändert geltenden Gebührenordnung notwendig ist, ist unbestritten. Daß diese Novellierung wiederum eine Nivellierung werden soll, oder, wie es in der Fachpresse heißt, diese letzte privatwirtschaftliche Regelung im Gesundheitswesen geschleift werden soll, liegt weder im Interesse des Berufsstandes noch der Bürger.

Lediglich zwei Punkte möchte ich kurz herausgreiten.

1. Da ist einmal der vertragliche Ausschluß der Gebührenordnung. Klare Regelungen liegen im Interesse des Patienten wie des Arztes. Aber bedarf es dazu einer staatlichen Regelung und eines perfektionistisch-bürokratischen Aufwandes? Diese Sorgen sollte Herr Ehrenberg den Betroffenen selbst überlassen.

2. Bei Streitigkeiten zwischen Arzt und Zahlungsptlichtigem über die Vergütung soll künttig eine nach Landesrecht zu bestimmende Stelle aut Antrag gutachtlich tätig werden.

Diese Gutachterstellen gibt es bereits in allen Ländern. Nur sind sie von den Berufsvertretungen eingerichtet. Mir ist nicht bekannt, daß ihre Tätigkeit – ohne gesetzliche Festschreibung – bisher auf begründete Kritik gestoßen wäre. Dieser Vorschlag beweist, daß der Bundesarbeitsminister Autgabe, Stellung und Selbstverständnis der ärztlichen Berutsvertretungen verkennt. Diese sind ein Teil der mittelbaren Staatsverschuldung. Sie sind keine Interessenvertretung der Ärzteschatt. Sie haben vielmehr eine wichtige öffentliche Autgabe im Gesundheitswesen zu ertüllen, die den Bürger in seinen gesundheitlichen Belangen selbstverständlich einschließt. Und Sie haben diese Autgabe bisher hervorragend geleistet. Zum Schluß möchte ich noch ein Thema aufgreifen, das schon mehrfach den Bayerischen und Deutschen Ärztetag beschäftigt hat: die Sorge um eine gute ärztliche Ausbildung. Ich beschränke mich dabei aut das Prüfungswesen und den Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten.

Kritik am multiple-choice-Verfahren

Wir stehen vor dem Phänomen, daß der Glaube nahezu aller Fachleute aus den 60er Jahren an die Eignung des multiple-choice-Prütungsverfahrens in der ärztlichen Ausbildung erloschen ist. Kaum finden sich noch Betürworter der schriftlichen Prüfungen, denen ein Großteil der Schuld an der unzureichenden ärztlichen Ausbildung zugeschrieben wird.

Sicher kann ein schriftliches Verfahren, noch dazu in Form des Antwort-Wahl-Verfahrens, die Qualitikation tür den ärztlichen Berut allein nicht erweisen. Kommt es doch hierbei auf Verständnis tür wissenschaftliche Sachverhalte und Zusammenhänge an, auf praktische Kenntnisse und Fähigkeiten und aut ein von Humanitas und Caritas geprägtes sittlich-ethisches Verhalten. Diese Eigenschatten und Persönlichkeitsstrukturen entziehen sich einer Kontrolle durch Anhaken vorgegebener Antwortmöglichkeiten.

Aus diesem Grund tordern Staatsregierung und CSU schon seit längerem zwischenzeitlich auch die Mehrheit der übrigen Länder sowie die Bundesregierung, daß die mündlich-praktischen Prüfungen verstärkt werden müssen. Die große Zahl von Medizinstudenten kann nicht an allen wesentlichen Stationen der Ausbildung zeit- und personalautwendig mündlich geprüft werden. Das versichern uns die medizinischen Hochschullehrer immer wieder. Ich möchte jedoch – nicht ohne Anlaß – die Ärzteschatt und insbesondere die medizinischen Hochschullehrer dringend bitten, im Interesse einer besseren Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses die persönliche Prüfungstätigkeit als eine ihrer vornehmsten Aufgaben zu betrachten, gleichrangig der Forschung und Lehre.

Ähnliches gilt tür den Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten durch den angehenden Arzt. Es mehren sich die Erkenntnisse, daß eine Verlegung der praktischen Ausbildung in das Studium vom Ansatzpunkt her falsch war. Angelsächsische Modelle wurden auf ganz andere Verhältnisse und Gegebenheiten übertragen, ich weise nur etwa auf die Studentenzahlen hin.

Ansatzpunkte für eine bessere praktische Ausbildung

Ansatzpunkte tür eine bessere praktische Ausbildung können nach meiner Auttassung daher nicht im universitären, sondern wie vor 1972 nur im außeruniversitären Bereich gefunden werden. Dabei muß der Auszubildende wieder ein seinen erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten entsprechendes Maß an Selbständigkeit erhalten. Die deutsche Ärzteschaft hat sich in Nürnberg grundsätzlich zu diesem System bekannt.

Leider drohen die in der Theorie schon weit tortgeschrittenen Pläne tür eine bessere praktische Ausbildung der allgemeinen Mittelknappheit zum Opter zu fallen. Der Bundesgesundheitsminister hat in seinem Positionspapier für eine Änderung der ärztlichen Ausbildung eine nachuniversitäre Praxisphase überhaupt nicht mehr erwähnt, es nicht einmal gewagt, die Nichterwähnung mit der tinanziellen Situation zu begründen. Dabei scheint die stille Hoffnung mitzuschwingen, die vom Bundesarbeitsminister vertretene zweijährige Kassenvorbereitungszeit werde und könne das praktische Ausbildungsdefizit ersetzen.

Ich halte dies für sehr bedenklich, ja unverantwortlich. Ausbildungsmängel können nicht während der

Berutsausübung beseitigt werden, ohne den Patienten zu getährden und das wohlabgewogene System der Aus-, Weiter- und Fortbildung mit ihren unterschiedlichen Zuständigkeiten zu zerstören.

Vorbehalte gegen Ehrenbergs Pläne für die kassenärztliche Vorbereitungszeit

Für bedenklich halte Ich es auch, eine kassenärztliche Vorbereitungszeit von zwei Jahren einzuführen. Aus kassenarztrechtlichen Gründen wäre sicher nur eine erheblich kürzere Zeit geboten. Das könnte man unbeschadet des EG-Rechtes noch hinnehmen, wenn es nur vorübergehend wäre. Nach dem Positionspapier des Bundesgesundheitsministers ist aber eine solche materielle Änderung der Ausbildung offenkundig nicht mehr beabsichtigt. Der Bundesgesundheitsminister scheint hier mit geschlossenen Augen eine weitere Kompetenz dem Bundesarbeitsminister zu überlassen, vielleicht in der Hottnung, daß dessen Aktivitäten schwierige Entscheidungen anderer Art erübrigen, mindestens solange, bis irgendwann einmal ein potenter und bereiter Kostenträger tür eine sachgerechtere Ausbildung gefunden wird. Soweit bekannt, ist aber mit den Kassen als Kostenträgern, die seit jeher die Finanzierung der Ausbildung angehender Ärzte außerhalb der Univer-

sität übernommen haben, bisher auf der höchsten Ebene noch gar nicht gesprochen worden.

Unter diesen Umständen sehe ich den weiteren Beratungen über eine bessere ärztliche Ausbildung nicht ohne Sorge entgegen. Ich sehe hier eine vorrangige Aufgabe der Ärzteschaft, ihre Auffassung und ihre Vorschläge für eine bessere Ausbildung immer wieder euch nach außen bekanntzugeben.

Mir ist klar, daß noch viele andere wichtige Fragen des Gesundheitswesens bald gelöst werden müssen, etwa die heißen Eisen Allgemeinmedizin auf deutscher und EG-Ebene, die Krankenhausfinanzierung samt Kostendämpfung in diesem Bereich und die psychiatrische Versorgung.

Angesichts des bisher Erreichten, des guten Standes der ärztlichen Versorgung in unserem Land und der Bereitschaft der Ärzteschaft, immer das in ihren Kräften Stehende beizutragen, blicke ich zuversichtlich in die Zukunft. Diese Zuversicht gründet auf die Leistungsbereitschaft und den Leistungswillen, auf das Verantwortungsbewußtsein und das berufliche Ethos, die nach wie vor die deutschen Ärzte auszeichnen. Sie können sicher sein, die Bayerische Staatsregierung ist auf Ihrer Seite,

– wenn Sie eine an diesen Idealen ausgerichtete Politik betreiben,

– wenn Sie für verantwortliche Selbsthilfe und gegen Verwaltung des gesundheitspolitischen Mangels eintreten,

– wenn Sie für Solidität und Berechenbarkeit staatlicher Finanzpolitik eintreten und

– gegen bürokratische Verkrustungen der regierungsamtlich verordneten Sozialpolitik Eigenverantwortlichkeit, Selbstbewußtsein, und wo nötig auch kluge Selbstbeschränkung setzen.

Ich bin mir bewußt, daß ohne Gesundung der öffentlichen Finanzen Mitverantwortung nur schwer zu übernehmen ist. Ich appelliere daher auch an Sie, uns in der Wiederherstellung geordneter Rahmenbedingungen für Ihre Arbeit zu unterstützen.

Systemveränderung unter dem Deckmantel der Sparpolitik

Grußwort des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages Dr. Karsten Vilmar

Dr. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer

Es ist mir eine große Freude und eine hohe Ehre, auch in diesem Jahr wieder die Grüße der Bundesärztekammer überbringen zu dürfen und dem 34. Bayerischen Ärztetag einen guten Verlauf zu wünschen.

Im Rahmen Ihrer Tagesordnung werden Sie die Situation der berufsständischen Versorgungseinrichtungen in der Bundesrepublik beraten. Es gäbe keinen Grund, darüber zu reden, wenn man diese Versorgungswerke sich selbst und ihrer Selbstverwaltung überließe! Doch der „Hintergrund der aktuellen sozial- und finanzpolitischen Entwicklung" – wie es in der Formulierung des Tagesordnungspunktes heißt – ist allmählich mehr als bedrohlich.

Wir alle haben von der Misere der Staatsfinanzen gelesen, die auch durch noch so lockere Sprüche nicht mehr wegzudiskutieren ist. Man bemüht sich in Bonn zwar in großer Hektik, Ordnung in die Finanzen zu bringen, schafft es aber nicht, ohne eine weitere Neuverschuldung immensen Ausmaßes – in einer Größenordnung, die rund einem Viertel der jährlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Mit den Staatsfinanzen kommt auch das System unserer sozialen Sicherung in Bedrängnis: Arbeitslosenversicherung, Rentenversicherung und Krankenversicherung. Man mißbraucht diese drei Versicherungszweige zu Finanzschiebungen gigantischen Ausmaßes, um so über einige Monate hin wieder liquide zu werden.

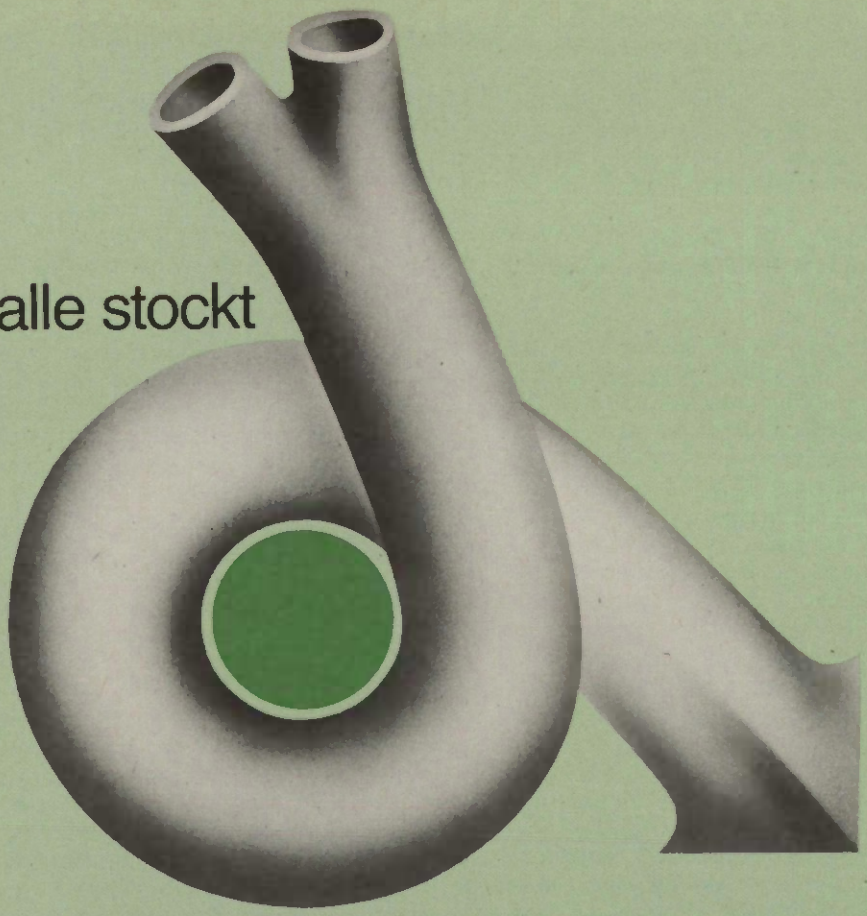
Entstanden ist die Misere der Finanzen, weil man über seine Verhältnisse gelebt hat, entstanden aber auch, weil man diesen Versicherungen – und das unterscheidet sie eben von der berufsständischen Altersversorgung – permanent neue Aufgaben übergestülpt hat; weil man analog der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation ja den Krankheitsbegriff erweitert hat; weil man durch das Recht und Gesetz den *Versicherungen* Aufgaben angelastet hat, die eigentlich *Gemeinschaftsaufgaben* sind, die von der Gemeinschaft finanziert werden müßten.

Eine solche Überforderung kann nicht gut gehen in Zeiten der wirtschaftlichen Rezession.

In den vergangenen Jahren ist das Versicherungsprinzip in diesem Sektor konsequent aufgegeben worden – sicherlich von einigen die ganz bewußt darauf abzielen, eine allgemeine Volksversorgung einzuführen. Gerade in dem eigenen Bereich, den der Gesetzgeber gestaltet, wurde ein Prinzip nicht beachtet, das er den Ärzten immer wärmstens empfiehlt: die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik!

Von diesen, vom Staat vom Gesetzgeber selbst zu verantwortenden Problemen wird leider nur relativ wenig geredet. Man will die Öffentlichkeit glauben machen, daß gerade Zahnärzte und Ärzte mit ihren Einkommen die Staatsfinanzen sanieren könnten! In großer Hektik werden jetzt im Rahmen der „Spardiskussion" Gesetze für das Gesundheitswesen eingebracht (mit abenteuerlichen Namen wie „Krankenversicherungskostendämpfungsergänzungsgesetz") in die erheb-

Wenn die Galle stockt



Bilicombin®

grüne Welle für die Galle

Wirkung Bilicombin®:

1. Spasmolyse
2. Spasmolyse
3. freier Gallenfluß
4. bessere Verdauung

Bilicombin® wird verordnet, denn es ist rezeptpflichtig.

Bilicombin® ist als bewährtes Choleretikum und Cholekinetikum auf die Behandlung von Störungen im Bereich der ableitenden Gallenwege und ihrer Folgeerkrankungen abgestimmt. Bilicombin® beseitigt durch seine spasmolytischen Komponenten rasch Schmerzen und Spannungszustände, es normalisiert den Gallenfluß. Bilicombin® reguliert durch seinen Fermentanteil die Verdauung. Bei Obstipation wird ein natürlicher Rhythmus der Darmentleerung erreicht. **Zusammensetzung pro Dragee:** Pankreatin (Pankreatan®) 100 mg, Gesamtgallensäuren (Fel suis) 80 mg, Papaverinhydrochlorid 10 mg, Atropinsulfat 0,25 mg. **Indikationen:** Spasmen und Stauungen im Leber-Gallengebiet, zur Normalisierung des Gallenflusses und zur Einschränkung der Gallensteinbildung. Spastische Obstipation. **Kontreindiketionen:** Augeninnendrucksteigerung (Engwinkelglaukom), Harnverhaltung (Prostataadenom), mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals. **Dosierung:** 2–3 mal täglich 1–2 Dragees zu den Mahlzeiten. **Besonderer Hinweis:** Wir empfehlen besonders Autofahrern, die abendliche Dosierung von 1 Dragee nicht zu überschreiten. **Handelsformen und Preise:** O.P. 20 Dragees DM 8,75; O.P. 50 Dragees DM 19,85; D.P. 100 Dragees DM 36,45; Klinikpackung mit 1000 Dragees.
Stand: April 1981

Bilicombin® die bewährte Gallenspezialität

Brunnengräber Lübeck

liche strukturverändernde Elemente hineingepackt werden. Man hat darüber hinaus im Bundeskabinett beschlossen, bis spätestens 1984 ein „Strukturgesetz" vorzubereiten, damit unser bewährtes System der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Sicherung von Grund auf umstrukturiert wird.

Spätestens 1984 liegt alles wieder auf dem Tisch

Im Augenblick ist es mit Hilfe der F.D.P. gelungen, die systemverändernden Elemente aus den jetzigen Gesetzesvorhaben zu eliminieren. Das heißt aber nicht, daß wir diese Elemente nie wieder sehen werden. Sie landen sicher nicht im Papierkorb, sondern wir werden spätestens 1984 — eben mit dem „Strukturgesetz" — wieder damit konfrontiert werden. Leider ist ein gefährliches Element auch heute noch im Krankenversicherungskostendämpfungsergänzungsgesetz (= KVEG) enthalten: der Paragraph 184, der eine „teilstationäre" Krankenhausbehandlung vorsieht. Es ist zu hoffen und zu wünschen, daß es gelingt, diese Bestimmung zumindest jetzt aus dem Gesetzentwurf herauszubekommen; wir werden uns aber 1984 auch damit wieder befassen müssen.

Im Krankenhaussektor gibt es ähnliche Entwicklungen. Es ist bezeichnend, daß man die Probleme des Krankenhauses mit noch so ausgeklügelten gesetzgeberischen Maßnahmen gar nicht mehr in den Griff bekommt. Ich erinnere daran, daß man 1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz als Jahrhundertgesetz gefeiert, aber fünf Jahre später schon wieder einen „Ergänzungsbedarf" hatte. In der letzten Legislaturperiode konnte eine entsprechende Novelle nicht verabschiedet werden. Jetzt wird das Gesetzvorhaben erneut eingebracht; im Zuge des „Krankenversicherungskostendämpfungsgesetzes" werden dem ursprünglichen Gesetzentwurf jedoch nochmals neue Elemente nachgeschoben. Das alles zeigt, daß man offenbar nur an Symptomen herumkuriert und die eigentliche Ursache der Misere im Krankenhauswesen noch nicht einmal erkannt hat. Dort wird man letztlich nur dann weiterkommen, wenn nicht — wie bisher und geradezu bösartig — aller ärztlicher Sachverstand ausgesperrt würde!

Auch im Krankenhaus mehr Spielraum für die Selbstverwaltung

Manches würde man im Krankenhausbereich erreichen können, wenn man sich von der totalen Planwirtschaft abwenden und der Selbstverwaltung mehr Spielraum ließe. Da, wo im Gesundheitswesen die Selbstverwaltung arbeitet, funktioniert es. Wenn man auch für die Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden, bei der Bezahlung das Leistungsprinzip zugrunde legte und nicht einfach Kosten erstattete (ohne näher zu eruieren, welche Leistungen diesen Kosten eigentlich gegenüberstehen, und wie sie wohl entstanden sind), wäre schon viel erreicht. Doch die Systemveränderer benutzten die Lage in ihrem Sinne; man sucht die Schuld ausschließlich bei den Ärzten. Diese sogenannten „Leistungsanbieter" haben alles verursacht! Als ob es uns Ärzten wie einem Kaufmann ginge, der seine Produkte auf den Markt bringen muß. Ich kann das von mir nicht behaupten, und wahrscheinlich Sie alle auch nicht. Wenn ich nachts einen Patienten, der einen schweren Unfall hatte, operieren muß, habe ich keinesfalls das Gefühl, als ob es mir gelungen sei, nun wieder eine Operation „auf den Markt zu drücken"!

Auf dem Hamburger „Gesundheitstag" wurde ausgeführt, daß das alles viel billiger sein könnte, wenn Medizin nicht so schädlich wäre. Man müsse selbst handeln, statt sich behandeln zu lassen. Manches daran, — wenn nämlich gemeint ist, Eigeninitiative und Eigenverantwortung zu fördern — mag richtig sein. Aber mit einer Entwissenschaftlichung der Medizin, das Kind mit dem Bade auszuschütten, negiert einfach jeden wissenschaftlichen Fortschritt. Eine solche Einstellung paßt auch nicht zu sogenannten „Untersuchungen", die angeblich nachweisen oder nachzuweisen bemüht sind, daß die soziale Unterschicht weniger Arztkontakte habe und deswegen kränker sei und die daraus die Forderung ableiten, wir Ärzte sollten diesen Unterschichten doch unser „Angebot" nahe bringen. Was sollen wir denn nun? Man macht großartige Modelle mit sozialpsychiatrischen Diensten und ähnlichem mehr, fördert auf diese Weise noch das Anspruchsverhalten und provoziert ganz gezielt die Kostenentwicklung im Sinne einer Steigerung. Dann aber wird versucht, dieses System mit einem „Deckel" zu versehen, um Gesundheitsleistung künftig nur noch zuzuteilen, den mündigen Bürger also zu einem entmündigten Patienten zu machen.

Ich lasse mich von niemand an der Wahrnehmung meines Amtes behindern

Wir haben als Ärzte allen Grund, uns dagegen zu verwahren. Ich habe dies auch kürzlich bei einer Anhörung im Deutschen Bundestag gesagt. Ich wurde dann allerdings wegen meines Verhältnisses zum Parlamentarismus gerügt. Man kann heute offensichtlich das System der Bewirtschaftung nicht mehr anprangern, ohne in Gefahr zu geraten, mit NS-Methoden in Verbindung gebracht zu werden. Ich habe mir erlaubt, gegenüber dem betreffenden Ausschuß des Bundestages schriftlich darauf hinzuweisen, daß Ich immer und unter allen Umständen meine Meinung sagen werde, auch wenn sie nicht allen paßt, die sie hören müssen. Ich jedenfalls werde mich durch solche Äußerungen nicht in der Wahrnehmung meines mir durch mein Mandat übertragenen Amtes behindern lassen!

Auch in dem Entwurf einer neuen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte — die sicher novelliert werden muß, da sie seit 1965 unverändert in Kraft ist, also seit 16 Jahren; und welcher Tarifvertrag gilt schon so lange — sind systemverändernde Elemente hereingebracht worden. Wir haben viele Vorgespräche mit dem Arbeitsministerium gehabt, waren allerdings erstaunt, was in dem Entwurf deren Ministerien jetzt alles eingearbeitet ist. Besonders in den allgemeinen Bestimmungen ist der Trend unverkennbar, nunmehr auch die private Krankenversicherung in das allgemeine soziale Sicherungssystem einzugliedern, um schließlich zu einem Einheitsversicherungssystem zu kommen. Es ist zwar im Augenblick noch nicht ganz so weit gekommen, man ziert sich noch etwas, aber die Weichen sind gestellt! Auch dadurch daß man in die Multiplikatorbestimmungen eine Richtwertlösung hineinbringt, ist der Weg zur Einheitsversicherung bereitet.

Wir sind mit den gesetzlichen Krankenkassen, ebenso wie mit der privaten Krankenversicherung völlig einig, daß dieses ein schlechter Weg ist. Wir wollen und müssen uns ge-

meinsam unser gegliedertes Versicherungssystem erhalten. Es hat sich bewährt.

Nochmals: Hände weg von den Versorgungswerken!

Wenn wir solche Vorhaben momentan vielleicht vermeiden können, spätestens beim 84er Strukturgesetz werden wir sie wieder auf dem Tisch haben. Wir werden auch zu erwarten haben, daß man den Bundesverfassungsgerichtsbeschluß zur Angleichung der Altersversorgung von Mann und Frau benutzt, um die Altersversorgung grundlegend zu ändern. In diesem Zusammenhang wird natürlich der Tagesordnungspunkt 3 dieses Bayerischen Ärztetages („Berufsständische Versorgungswerke") hoch aktuell. Ich kann hier in Lindau dazu genau das selbe sagen wie im Mai dieses Jahres auf dem Deutschen Ärztetag in Trier: Hände weg von den Versorgungswerken! Ich sage das deshalb nochmals, weil es um *alle* Versorgungswerke geht und nicht etwa nur um die ärztlichen. Die wütende Reaktion eines SPD-Bundestagsabgeordneten: Ich verlange eine Sonderstellung für Ärzte, stimmt nicht. Diese Reaktion scheint mir die Reaktion eines Ertappten zu sein.

Wir gehen keinen leichten Zeiten entgegen. Wir sollten uns alle darüber klar sein, daß wir nur dann in unserem Bemühen Erfolg haben werden, wenn wir uns nicht in Verteilungskämpfe hineintreiben lassen, ganz gleich, ob wir als Ärzte im Krankenhaus oder in der Praxis tätig sind, als Allgemeinärzte oder als Ärzte in Spezialgebieten. Es hilft nur die gemeinsame ärztliche Argumentation — im Interesse unserer Patienten, im Interesse unseres freiheitlichen Gesundheitssystems, das ein so wesentlicher Bestandteil unseres freiheitlichen Systems ist. Aus diesem Grunde glaube ich, daß die Mobilisierung von Eigeninitiative und Eigenverentwortung und der Appell an die Leistungsbereitschaft immer noch der einzige Weg ist, um individuelle Wünsche und Bedürfnisse der Kranken zu befriedigen, nicht eber staatliche Reglementierung und dirigistische Maßnahmen. Eine entscheidende Voraussetzung für ein freiheitliches Gesundheitssystem ist die berufliche Freiheit und die Freiberuflichkeit der Ärzte. Lassen Sie uns die zusammen und gemeinsam erhalten.

Ein klares „Ja" zum sozialen Netz und zur Kostendämpfung - Ein deutliches „Nein" zu Sozialisierung und Systemveränderung

Eröffnungsansprache des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer Senator Professor Dr. Hans J. Sewering

- **Antwort an Tandler und Vilmar**
- **Aktuelle Gesundheitspolitik: Kostendämpfungsgesetze, Gebührenordnung, Approbationsordnung, Bayern-Vertrag**
- **Stellungnahme zu der Aktion „Ärzte warnen vor Atomkrieg"**

Professor Dr. Sewering

Herr Staatsminister, Herr Oberbürgermeister, meine sehr verehrten Damen und Herren, lieber Kollege Vilmar. Ich darf mich für Ihre Ausführungen im Namen der bayerischen Ärzteschaft besonders herzlich bedanken. Ich danke Ihnen Herr Oberbürgermeister für Ihr Grußwort. Ich habe Ihnen schon unsere Bewunderung ausgedrückt für diese schöne Halle und unsere Freude, in dieser tagen zu können. Sie haben auch Ihren Lindauer Bürger und Arzt Strohmeyer erwähnt, der den Ärzten geraten hat, mit den Patienten freundlich und holdselig zu sprechen. Sie dürfen sicher sein, uns wäre es schon recht, wenn wir mit unseren Mitbürgern immer freundlich und holdselig reden könnten. Aber die Ausführungen, die Sie bisher heute Abend gehört haben, sind schon ein Zeichen, daß wir leider oftmals gezwungen sind, härtere Worte zu gebrauchen, wenn es darum geht, sinnvolle Regelungen zu verteidigen und vor Systemveränderungen zu bewahren.

Ich danke Dir, lieber Vilmar, für Deine mutigen Ausführungen, die ja heute nicht zum ersten Male vorgetragen wurden. Mein Nachfolger im Amte des Präsidenten der Bundesärztekammer hat es verstanden, sehr bald zu zeigen, daß er nicht ein blasser, stets friedfertiger Mitmarschierer, sondern ein mutiger Verfechter unserer Belange ist. Das hat ihm aber inzwischen auch schon einiges eingetragen. Erst neulich konnte man in einer Korrespondenz lesen, daß sich ein Bundestagsabgeordneter seines Ärgers entledigte und erklärte, jetzt haben wir gedacht, wir hätten endlich diesen Scharfmacher Sewering weg und jetzt fängt der Vilmar schon genauso an. Ich bin aber sicher, das wird Dich nicht abhalten, diesen Weg weiter zu gehen.

Lieber Herr Staatsminister, herzlichen Dank für diese umfassenden Ausführungen und diese klare Darstellung der Situation, in der wir uns befinden. Wir sind uns alle bewußt, daß die wirtschaftliche Lage so schlecht ist, daß man es einfach kaum mehr verstehen kann, wie wenig unsere Bürger bisher erkannt haben, was eigentlich mit ihnen geschieht. Die Belastung nimmt täglich zu. Die Unsicherheit, in der wir uns befinden, wird immer dramatischer. Man sprach von Sparplänen dieser Bundesregierung und wir alle hofften, daß das ein Schrumpfen der

Ausgaben bedeuten würde. In Wirklichkeit ist es ein Schröpfen der Bürger geworden; Sie haben das ja wunderbar dargestellt. Sie haben auch von der Inflationsrate gesprochen. Wir alle kennen und wir erleben sie täglich, wenn wir unsere Unkosten begleichen müssen. Zugleich verlangt die Bundesregierung aber ausgerechnet von uns einen Honorarstop bis Ende 1982, und Herr Ehrenberg hat sich sogar erkühnt zu erklären, nach seiner Meinung könnten wir auch das Jahr 1983 in diesen Honorarstop mit einbeziehen; er hat uns gedroht, wenn wir nicht die unterschriebenen Verträge dazu noch während des Gesetzgebungsverfahrens zum KVEG vorlegen, dann wird er dafür sorgen, daß im Bundestag die notwendigen gesetzlichen Maßnahmen gegen uns ergriffen werden, d. h., daß uns die Kandare durch das sogenannte Kostendämpfungsgesetz angezogen wird. Ein unglaublicher und einmaliger Vorgeng in einer parlamentarischen Demokratie, mit einer gesellschaftlichen Gruppe unseres Landes so umzugehen!

Das soziale Netz, das haben wir Ärzte immer wieder betont, wird von uns voll bejaht. Ich glaube, wir gehören zu denjenigen, die mit aller Kraft und manchmal mit Verzweiflung dieses soziale Netz festhalten, damit es unseren Bürgern zur Verfügung steht. Aber wir wehren uns ebenso dagegen, daß es immer stärker zur Hängematte für solche gemacht wird, die nur noch ausnützen und wie Sie mit Recht sagten, nicht mehr arbeiten wollen.

Wir sind für echte Kostendämpfung; und ich glaube, die Ärzte und ihre Vertragspartner, die Krankenkassen, haben konstruktiv an dieser Aufgabe seit Jahren gearbeitet. Aber wenn man das letzte sogenannte Kostendämpfungsgesetz ansieht, Vilmar hat es erwähnt, dann kann man nur sagen: hier wird nicht Kostendämpfung sondern Systemveränderung betrieben. Es ist geradezu beklemmend, wenn man sieht, mit welcher Kaltblütigkeit aus dem Hause Ehrenberg, in jedem Referentenentwurf, der dort erscheint, immer wieder Systemveränderung und nichts als Systemveränderung versucht wird — sei es das „Krankenhauskostendämpfungsgesetz", sei es das jetzige „Kostendämpfungsergänzungsgesetz" oder euch der Entwurf einer neuen amtlichen Gebührenordnung. Der „Mengendeckel" wurde von Minister Tendler erwähnt, auch die teilstationäre Behandlung, beides sympomatisch für die Zielsetzung, um die es gehen soll. Oder nehmen Sie die Täuschung im Zusammenhang mit dem Zahnersatz: Man hat erklärt, die armen Versicherten bekommen jetzt nicht mehr 80 Prozent, sondern nur noch 60 Prozent für Zehnersatz. Aber man hat verschwiegen — und nur wer lesen konnte hat es gemerkt —, daß sich diese 60 Prozent nur auf die prothetische Technik beziehen, während die Honorare in Zukunft von den Krankenkassen voll bezahlt werden müssen. Das heißt, der Versicherte zahlt keine Mark mehr für seinen Zahnersatz, aber in der Öffentlichkeit hat man so getan, als ob man wunder wie eingegriffen hätte in die Besitzstände der Versicherten. Man hat das zum Anlaß genommen, zu erklären, die Versicherten würden belastet und nur die Leistungsanbieter gingen wieder einmal ungeschoren aus dieser Runde hervor.

Gebührenordnungsentwurf: Nivellierungsinstrument, des ins sozialistische Konzept paßt

Das gleiche gilt bei der Gebührenordnung. Was uns hier euf den Tisch gelegt wurde, ist keine amtliche Gebührenordnung, sondern ein Nivellierungsinstrument par excellence, das genau wieder in das sozialistische Konzept hineinpaßt, genau wie alle anderen Entwürfe, die aus dem Hause Ehrenberg kommen. Man hat erklärt, die Vermögenslage der Patienten in diesem sowieso schmalen Bereich der Privatliquidation dürfte nicht mehr berücksichtigt werden, denn Eier oder Semmeln kosteten auch für Arm und Reich das gleiche. Ich möchte erstens darauf hinweisen, daß wir keine Kunden bedienen, sondern Patienten betreuen, und daß das bisher immer von unseren Bürgern allseits anerkannt worden ist. Ich möchte darauf hinweisen, daß auch im staatlichen Bereich die Berücksichtigung der Vermögenslage bei der Festsetzung von Gebühren sehr wohl noch in einigen sehr schmerzhaften Bereichen üblich ist, z. B. bei der Festsetzung von Strafsätzen durch die Gerichte oder auch bei der Gebührenordnung der Rechtsanwälte, wo das ohne weiteres anerkannt wurde. Minister Tandler hat auf die Rentenreform, auf das Jahr 1984 hingewiesen. Auch Herr Vilmar sprach das an. In diesem Jahr 1984 erwartet uns ja nicht nur die Rentenreform, sondern auch das Strukturreformgesetz. Was man über die Rentenreform lesen kann, deutet ohne Zweifel darauf hin, deß, wenn die gleichen Leute noch das Sagen haben, die Staatsbürger- Einheitsrente auf dem Programm steht. Und wir können nur hoffen, daß es uns politisch gelingt, diese Gefahren zu überwinden.

— Unsere Gesellschaft sollte doch froh sein, wenn es noch Gruppen gibt, die eigenverantwortlich für sich, für ihr Alter, für ihre Hinterbliebenen sorgen, wenn sie nicht aus dem Einheitstopf mitversorgt werden wollen. Denn diese ganze Gesellschaft ist doch nur noch handlungsfähig, wenn es solche Gruppen gibt, die noch Eigenverantwortung und Eigeninitiative entwickeln und die bereit sind, auch selbst Verantwortung zu tragen.

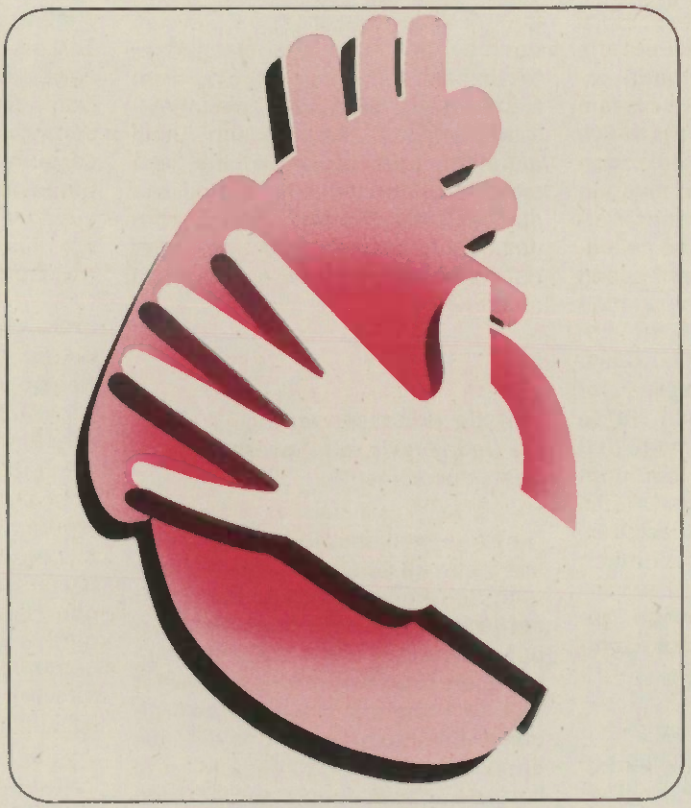
— Das „Strukturgesetz" für die Krankenversicherung wird wohl nichts anderes sein, als der Versuch, die Einheitskrankenversicherung endlich durch die Hintertüre einzuschleusen. Ich bin sicher, daß wir hier nicht als Ärzte allein stehen, sondern die ganze Krankenversicherung und auch weite Bereiche des politischen Lebens mit uns gegen derartige Pläne kämpfen werden.

Ärzteausbildung — das Grundübel sind die hohen Studentenzahlen

Sie haben, Herr Staatsminister, auch die Approbationsordnung angesprochen. Ich wundere mich mit Ihnen darüber, wie sich die Meinung hinsichtlich der schriftlichen Prüfungen geändert hat. Der Kollege Hein und ich waren zusammen in der seinerzeitigen Kommission zur Erarbeitung der neuen Approbationsordnung, und wir waren damals beeindruckt, wie vom alten Ordinarius bis hin zum jungen Studenten einstimmig die mündliche Prüfung abgelehnt und gefordert wurde, endlich zu einer objektiven schriftlichen Prüfung überzugehen. Man sollte auch nicht vergessen, daß mit dieser schriftlichen Prüfung vergleichbare Länder, etwa der ganze anglo-amerikanische oder der skandinavische

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack® Retard forte



– *schützt vor dem ischämischen Schmerz*
– *entlastet das gefährdete Herz*

bei weniger Kopfschmerz

Ihr erfahrener Partner für Langzeit-Nitrate

Moderne Angina-pectoris-Therapie

Heinrich Mack Nachf., Chem.-pharmazeutische 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 erfordert Seda Nitro Mack Retard daher eine genaue Kontrolle der Blutgerinnungswerte. Die Methotrexat-Toxizität wird verstärkt. **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. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 18,95; O.P. mit 100 Kapseln DM 32,50; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 28,10; O.P. mit 100 Kapseln DM 49,45; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Seda Nitro Mack Retard: O.P. mit 50 Kapseln DM 19,80; A.P. mit 5 x 50 Kapseln. (Stand: Febr. 1981)

Bereich, nicht so schlecht fahren – vorausgesetzt, daneben finden die praktische Ausbildung und die praktische Prüfung tatsächlich statt. Die Approbationsordnung ist davon ausgegangen, daß das so sein muß.

– Aber die Studentenzahlen haben bewirkt, daß heute die ärztliche Ausbildung außerhalb des geltenden Rechtes stattfindet. Sie wird nicht mehr nach den Vorschriften der Approbationsordnung durchgeführt, weil die praktische Ausbildung in der kleinen Gruppe und die kontinuierliche Prüfung nicht stattfinden können.

Der Übergang zur mündlichen Prüfung erfordert natürlich einen Blick auf die Studentenzahlen und die Zahl der Prüfungen. Man muß einmal berücksichtigen, daß in diesem Jahre, 1981, nicht weniger als 43 000 Medizinstudenten eine der vorgeschriebenen Prüfungen ablegen müssen und im nächsten Jahr werden es bereits 50 000 Medizinstudenten sein, die für eine Prüfung anstehen. Wenn man diese Zahlen umlegen wollte auf mündliche Prüfungsgruppen zu viert (eine Zahl, die wir noch gewohnt waren für mündliche Prüfungen), dann würde man zu dem Ergebnis kommen, daß unsere Hochschullehrer überhaupt nicht mehr in der Lage sind, noch eine Stunde Unterricht zu erteilen, weil sie nur noch in den Prüfungen stecken. Hier werden wir also, solange wir diese unsinnig hohen Studentenzahlen haben, einfach Kompromisse schließen müssen.

Ich bin ebenfalls der Meinung, daß die nachuniversitäre praktische Ausbildung unabdingbar ist, und deren Schaffung garantiert werden muß. Aber auch hier müssen wir uns darüber klar sein: wenn wir die zweijährige praktische Ausbildung am Krankenhaus realisieren wollen, benötigen wir dazu zwischen 20 000 und 24 000 Ausbildungsstätten an den deutschen Krankenanstalten. Das führt zu strukturellen Problemen, die – glaube ich – insgesamt noch nicht genügend überdacht sind.

Vier Fakultäten in Bayern sind wahrhaftig genug

Wir haben in Bayern vier medizinische Fakultäten. Es werden weit mehr Studenten ausgebildet als bei jeder vernünftigen Bedarfsberechnung benötigt werden. Wir wissen, daß Regensburg beschlossene Sache ist. Als Klinikum hätte niemand dagegen Einwendungen. Als neue Ausbildungsstätte aber ist Regensburg überflüssig. Und wenn man dann noch in unseren bayerischen Zeitungen liest, daß sogar Augsburg zu einer Akademie und Ausbildungsstätte ausgebaut werden soll, dann können einem nur noch die Haare zu Berge stehen. Nach unserer Kapazitätsverordnung und nach dem geltenden und angewandten und von den Verwaltungsgerichten praktizierten Recht ist eine Auflockerung bestehender Fakultäten nicht möglich. Das heißt, wenn *neue* Ausbildungsplätze geschaffen werden, dann werden sie mit *neuen* Studenten besetzt, und wenn man es nicht freiwillig tut, dann über die Verwaltungsgerichtsbarkeit. Wenn man aufteilen und sagen könnte, die *gleiche* Studentenzahl auf sechs statt auf vier Fakultäten, das wäre eine völlig andere Situation. Aber davon können wir nun einmal nicht ausgehen.

Will die Bundesregierung die freie Praxis mit Bewerbern überschwemmen?

Die Bedenken des Herrn Staatsministers zur kasenärztlichen Vorbereitungszeit können wir nur teilen, wir sehen in dieser Regelung eine Übergangslösung – wenn sie überhaupt realisiert werden sollte. Auch hier gibt es übrigens einen merkwürdigen Umstand: In dem Entwurf aus dem Hause Ehrenberg steht, daß von den zwei geplanten Jahren sechs Monate in der Praxis eines Kassenarztes abzuleisten sind. Das ist sehr richtig und gut. Aber es steht weiter darin, die Kassenärztlichen Vereinigungen hätten zu gewährleisten, daß so viele Ausbildungsplätze bei Kassenärzten zur Verfügung stehen, wie niederlassungswillige Ärzte sich um eine Stelle bemühen. Wer aus dem Munde des Herrn Bundesbildungsministers gehört hat, die Bildungspolitik in der Bundesrepublik habe nur die Aufgabe, qualifizierte Bewerber für freie Stellen heranzubilden, aber damit sei keine Gewähr verbunden, daß diese Bewerber auch eine Stelle finden, kann nur staunen. Während nämlich die Bundesregierung hier ganz klar die Arbeitslosigkeit für Abgänger akademischer Ausbildungsgänge statuiert hat, versucht man im Bereich des freien Berufes der Ärzte, über eine Verpflichtung der KV jede Mengenbegrenzung zu beseitigen und uns zu verpflichten, eine beliebige Menge an niederlassungswilligen Ärzten auszubilden, damit sie nachher die freie Praxis überschwemmen und diesen Beruf kaputtmachen können. Auch das ist ein Beitrag zur Politik, mit der wir heute konfrontiert sind.

Erfreuliches aus Bayern ...

Nach diesem eher düsteren Überblick, aber auch einige positive Aussagen. Wir haben es seit Jahr und Tag als unsere wesentliche Aufgabe angesehen, in der Arbeit der ärztlichen Berufsvertretung die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bürger in den Mittelpunkt zu stellen.

... Transplantation

In Bayern ist es uns durch intensive Bemühungen gelungen, die Organtransplantation, deren Förderung wir 1978 verkündeten, wirklich zu verbessern. Wir haben erreicht, daß die Explantationsrate, die im Jahre 1976 beim Münchener Zentrum pro Monat noch 1,33 betrug, auf 6,66 gesteigert wurde. Praktisch kann München heute den Bedarf an notwendigen Nieren für die Transplantation bereits decken. Das ist ein Ergebnis gemeinsamer Bemühungen der Berufsvertretung, der Ärzte, der Öffentlichkeit und all der Organisationen, die hier geworben haben. Wir haben auch bewiesen, daß unser Widerstand gegen die Widerspruchslösung mit Eintragung in den Personalausweis der falsche Weg gewesen wäre, um hier voranzukommen.

... Senkung der Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit

Seit 1979 haben wir für ganz Bayern ein Programm zur Analyse der Geburtsabläufe und zur Erkennung von möglichen Verbesserungen. Im Jahre 1980 wurden von uns nicht weniger als 81 000 Neugeborene erfaßt und die damit verbundene Situation untersucht. Das sind über 70 Prozent aller in Bayern geborenen Kin-

(Fortsetzung auf Seite 940)

Viele Ehrengäste

Beim Festakt zur Eröffnung des 34. Bayerischen Ärzteteges konnte der Präsident der Beyerischen Lendesërztekammer Professor Dr. med. Hans J. Sewering wie in jedem Jahr neben den 181 Delegierten der fast 30 000 Ärzte Bayerns viele Ehrengäste begrüßen:

en ihrer Spitze els Vertreter der Beyerischen Staetsregierung und des Ministerpräsidenten Dr. h. c. Franz Josef Strauß den Beyerischen Staatsminister des innern Geroid Tandler (der vor dem Auditorium eine bemerkenswerte politische Ansprache hielt; Wortlaut Seite 918ff.). Sewering begrüßte auch den Vizepräsidenten des Bayerischen Senets Professor Dr. Audomar Scheuermenn und das Mitglied des Bayerischen Lendtags Josef Feneberg.

Weiterhin: vom Bayerischen Steatsministerium des Innern Ministerieldirektor Dr. Siegwin Süß sowie den Leiter der Gesundheitsabteilung den Kollegen Ministerieldirigent Dr. Heinz Drausnick und Ministerialret Georg Scholz, vom Bayerischen Steetsministerium für Arbeit und Sozielordnung die Ministerialdirigenten Dr. Heinrich Reiter, Welter Speeth und Alfred Müller und die Leitenden Ministerialräte Dr. Friedrich Beck und den Abteilungsleiter der Gesundheitsabteilung den Kollegen Dr. Richerd Ecknigk. Ferner: Vizepräsident Edwin Huber vom Bezirksteg Schweben und Medizineldirektor Dr. Herbert Kirschner von der Regierung von Schweben und Landrat Klaus Henninger.

Als Vertreter der Wissenschaft: den Vorsitzenden des Westdeutschen Medizinischen Fekultätenteges und Präsidenten der Bayerischen Akedemie für Arbeits- und Sozielmedizin Professor Dr. Helmut Valentin, den Deken der Medizinischen Fekultät der Universität Würzburg Professor Dr. Karl-August Bushe.

Als Vertreter der Justiz: den Präsidenten des Bayerischen Obersten Lendesgerichts Dr. Wolfgang Schier, den Präsidenten und die Vizepräsidenten des Lendessozialgerichts Dr. Max Kerschbaumer und Dr. Frenz Wolf; den Vorsitzenden des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe beim Beyerischen Obersten Lendesgericht Vorsitzender Richter Johenn Zitzmenn; den Vorsitzenden des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München Richter Ernst Wolf. Schließlich den Leitenden Ministerialrat Alois Kröninger els Leiter des Landesprüfungsemtes.

Unter den Gästen wer selbstverständlich euch der Oberbürgermeister der Stedt Lindeu Josef Steurer, der den Ärzteteg in einem Grußwort willkommen hieß sowie Vertreter der beiden Konfessionen, Deken Johennes Egger und Pfarrer Wolfgang Töliner.

Gekommen waren die Präsidenten sowie der Vizepräsident der Beyerischen Versicherungskemmer Dr. Walter Rieger und Dr. Hanns Winklhofer, außerdem der Leiter der Beyerischen Ärzteversorgung Abteilungsdirektor Walter Albrecht. Seitens der Freiberufe: der Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe, der Kollege Dr. Rolf Schlögell sowie der Präsident und der Vizepräsident des Verbandes der Freien Berufe in Bayern, der Kollege Dr. Hermenn Breun und Dipl.-Ing. Architekt Peter Lanz. Als Vertreter der Heilberufskemmern in Beyern: der Vizepräsident der Bayerischen Landeszahnärztekemmer Helmuth Winter und der Vizepräsident der Beyerischen Landestierärztekemmer Dr. Ernst Kleemann sowie deren Geschäftsführer Dr. Hans Zesewitz.

Die Gäste eus dem Kreise der Vertregspertner: für den Landesverband der Ortskrankenkessen in Bayern Direktor Hans Sitzmann und Abteilungsdirektor Eduard Ziegler; für den Lendesverbend der Betriebskrankenkessen in Bayern Direktor Gerherd Wunderlich; für den Lendesverbend der Innungskrenkenkessen in Bayern die beiden Vorsitzenden Willi Pokörn und Josef Feiner, aus der Geschäftsführung Hartmut Holmer und Herbert Fischer; für die Landwirtschaftliche Krankenkesse Oberbayern die Vorsitzenden Josef Berger und Josef Holzer sowie Direktor Dr. Alban Breun; für den Verband der Angestellten-Krankenkessen Direktor Ludwig Geissinger und Geschäftsführer Hanns Mayr. Von der Vereinigten Krenkenversicherung, dem Pertner des Gruppenversicherungsvertreges, wer Direktor Dr. Hans Karl Jäkel vertreten, vom Vertragspartner „Winterthur" Abteilungsdirektor Wolfgang Jahn und von der Deutschen Apotheker- und Ärztebenk der Leiter der Niederlassung München Direktor Winfried Kehlich.

Des Beyerische Rote Kreuz war vertreten durch Ministerialrat Dr. Hans Weigand, das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin durch dessen Leiter, den Kollegen Rolf Zimmer.

Schließlich begrüßte Sewering eus dem Kreis der Kollegen die Träger der Perecelsus-Medaille Dr. Elisabeth Allelag-Held und Ministerieidirigent e. D. Dr. Erich Hein; steilvertretend für die Träger des Ehrenzeichens der Deutschen Ärzteschaft den früheren beyerischen Innenminister Heinrich Junker.

Wie in jedem Jahr war euch zu diesem Ärzteteg wieder der Präsident der Bundesärztekemmer und des Deutschen Ärztetages Dr. Kersten Viimer (dessen Grußanspreche euf Seite 928ff. dokumentiert ist) gekommen, ferner der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekemmer und des Deutschen Ärztetages Professor J. F. Volred Deneke und der Geschäftsführende Arzt der Bundesärztekemmer Dr. Heinz-Peter Brauer. Anwesend weren euch der Vorsitzende des Bayerischen Medizinelbeemtenvereins Medizinaldirektor Dr. Kurt Köfer sowie weitere Repräsentanten ärztlicher Orgenisationen wie etwe des Hertmennbundes und des Marburger Bundes.

Weitere Ehrengäste des 34. Beyerischen Ärzteteges: seitens des Verbandes der Privetkrenkenanstelten in Beyern dessen Vorsitzende Kollegin Dr. Gabriele Meyer und dessen Geschäftsführer Rechtsenwelt Heinz Rottmenn; die Präsidenten und Vorsitzenden von ärztlichen Berufsverbänden: Dr. Dr. Franz Hochreiter (Bundesverband der Deutschen Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie), Dr. Eduerd Koschede (Berufsverbend der Deutschen Frauenärzte) und Dr. Kleus Wainöfer (Berufsverbend der Deutschen Rediologen und Nukleermediziner).

Gäste besonderer Art weren schließlich die Damen und Herren des Collegium musicum unter Leitung von Konzertmeister Josef Furchtner. Sie sorgten für eine würdige Umrehmung des Festektes — des Auditorium denkte mit reichem Beifelf.

der. Dabei zeigte sich die permanente Frühgeburtenrate mit 7,4 Prozent – das große Problem der Geburtshilfe – und eine Mißbildungsrate zwischen drei und vier Prozent, die konstant über lange Zeiträume immer wieder beobachtet wird, ohne daß jemand in der Lage wäre, zu sagen, welche Ursachen hier angeschuldigt werden können. Aber was die Öffentlichkeit in Bayern besonders interessiert: Im Jahre 1970 betrug in Bayern die Neugeborenen- und Säuglingsterblichkeit noch 25,9 Promille. Im Jahr 1980 konnten wir sie bei den ausgewerteten Geburten auf 10,1 Promille senken, das ist das Ergebnis enormer Bemühungen der Ärzte dieses Landes; und ich glaube, das sollte einmal von der Öffentlichkeit anerkannt werden.

... notärztliche Versorgung

Staatsminister Tandler hat 1979 in Bad Tölz erklärt, die Tätigkeit des Notarztes sei nicht Teil der Krankenhausleistung, sondern Teil der ambulanten ärztlichen Versorgung. Damit hat er den Weg freigemacht für den Ausbau eines notärztlichen Versorgungssystems in Bayern, das heute bereits hervorragend funktioniert, wenngleich wir keineswegs behaupten, daß es bereits seinen Endstand erreicht hat. Wir haben in Bayern den kassenärztlichen Notfallbereitschaftsdienst mit 635 Gruppen von Kassenärzten, und wir haben den Blaulichtdienst für Ärzte geschaffen – zusammen mit den Rettungsorganisationen aufgrund von Vereinbarungen mit unseren Vertragspartnern, den gesetzlichen Krankenkassen. Bereits im Jahr 1980 haben Ärzte im Blaulichtfahrzeug in Bayern fast 69 000 Einsätze geleistet. Das heißt also: die Bevölkerung Bayerns hat in Notfällen ein in sich geschlossenes Versorgungssystem von niedergelassenen Ärzten und Ärzten, die im Blaulichtdienst fahren, Krankenhausärzten und Kassenärzten, wie es bisher kein anderes Bundesland erreicht hat. Die Krankenkassen wendeten dafür 1980 rund 120 Millionen Mark auf. Ich möchte allen, die hier mitgeholfen haben, danken. Ihnen, Herr Staatsminister, dem Sozialminister, den Krankenkassenverbänden für die Aufgeschlossenheit, den Rettungsorganisationen und allen, die hier mitgeholfen haben. Ich darf versichern, wir werden diese Bemühungen auch weiter fortsetzen.

... Nachsorge für Tumorpatienten

Auf diesem Ärztetag übergeben wir unseren Ärzten neue Grundsätze für die ärztliche Betreuung von Tumorpatienten nach der Erstbehandlung, nachdem wir nun einige Jahre Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt haben. Es ist unser Anliegen, die ärztliche Betreuung dieser Menschen intensiv zu verbessern, um ihre Lebensaussichten und ihre Lebensqualität zu fördern. Durch die Initiative der Bayerischen Landesärztekammer sind bekanntlich schon zwei Tumorkliniken – modellhafte und hervorragend arbeitende Tumorkliniken – mit 577 Betten entstanden. Nun ist unser Anliegen, auch die ambulante Versorgung weiter zu fördern. Was jetzt vorliegt, ist das Ergebnis einer Zusammenarbeit von Frauenärzten, Pädiatern, unseren eigenen Mitarbeitern und allen Beteiligten. Ich bin sicher, auch hier werden wir einen guten Fortschritt erzielen.

... Bayern-Vertrag

Wir haben auch hier gute Fortschritte gemacht und bewiesen, daß es konstruktive Wege gibt, Kostendämpfung sinnvoll im Rahmen unseres Systems zu betreiben. Ich darf mich dazu auf drei Feststellungen beschränken.

1. Es ist ein unverrückbarer Grundsatz des Bayern-Vertrages, daß jeder Patient das bekommt, was notwendig ist. Es wird also nicht zum Nachteil des Versicherten Kostendämpfung betrieben.

2. Es gibt nicht den immer wieder behaupteten Konflikt zwischen Ärzten im Krankenhaus und Ärzten in der Klinik. Es gibt keinen Verteilungskampf. Jede Arztgruppe hat ihre spezifischen Aufgaben. Ein Patient, der ins Krankenhaus gehört, paßt nicht in die ambulante Praxis, und wer in die ambulante Praxis gehört, darf nicht ins Krankenhaus. Wenn wir diese Linie einhalten, dann kann es nur Kooperation der Ärzte und kein Gegeneinander geben.

3. Die enge und erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten und Krankenkassen in Bayern, die RVO- und die Ersatzkassen zusammengenommen, ist kein euphorisch angeblasenes Strohfeuer, sondern Ausdruck der uns gemeinsam obliegenden Verantwortung für über 90 Prozent der Bevölkerung unseres Landes. Und der verbleibende Teil profitiert ja von all diesen Verbesserungen, die wir immer wieder unseren Mitmenschen anbieten.

– Die Bürger Bayerns können also wissen und sicher sein, daß ihre Ärzte sich um ihr gesundheitliches Schicksal bemühen, daß sie sich in die Hände von Ärzten begeben, die ethisch und fachlich ihr Bestes zu geben bereit sind.

Vernünftige Lebensweise, höhere Lebenserwartung

Noch einige kurze, aktuelle Anmerkungen. Vor wenigen Tagen las ich, geschrieben von einer Journalistin, den Satz: „Gesundheit ist eine zu ernste Sache, um sie allein den Ärzten zu überlassen". Ich finde diesen Satz wunderbar, er könnte von mir stammen, obwohl die betreffende Schreiberin uns eigentlich ans Schienbein treten wollte, denn sie hat hier völlig andere Vorstellungen entwickelt. Wir sind uns aber völlig einig: Gesundheit ist tatsächlich eine ernste Sache. Aber wer glaubt, man könnte diese Gesundheit aus links-utopischen Gesundheitsläden nach der Berliner oder Hamburger Szene beziehen, der befindet sich mit Sicherheit auf dem falschen Wege.

Im Dezemberheft folgt eine ausführliche Berichterstattung über die Arbeitstagung des Bayerischen Ärztetages

Versicherungstips von der ›Vereinigten‹

Zeitliche Selbstbeteiligung
Auf Anregung aus Ärztekreisen führt die ›Vereinigte‹ als einziger Ärzteversicherer eine zeitliche Selbstbeteiligung für Ambulantkosten in ihrem Angebot. Für Arzthonorar und Arzneimittel, die in den ersten 4 Wochen einer Krankheit anfallen, kommt der versicherte Arzt selbst auf – alle darüber hinausgehende Kosten übernimmt der Versicherer zu 100%. Damit läßt sich der Krankenschutz erheblich verbilligen.

Im Krankenhaus – wer zahlt?
Sollten Sie stationär behandelt werden, erhalten Sie als ›Vereinigten‹-Mitglied eine Erstattungszusage für die Krankenhausverwaltung. Sie müssen nichts verauslagen! Die ›Vereinigte‹ rechnet anschließend direkt mit der Klinik ab. Den Antrag für die Erstattungszusagen, die für die gesamte medizinisch notwendige Verweildauer gilt, gibt es beim Außendienst oder bei den Bezirksdirektionen der ›Vereinigten‹.

Auch Nebeneinnahmen versicherbar
Wichtig für angestellte und beamtete Ärzte: Auch regelmäßige Nebeneinnahmen, z.B. aus ärztlicher Gutachtertätigkeit können als fester Einkommensbestandteil privat abgesichert werden. Geeignet dafür ist ein Krankentagegeldtarif mit kurzer Karenzzeit (z.B. 3 Tage), da diese Einnahmen bei Arbeitsunfähigkeit ja sofort entfallen.

Ärzte-Infodienst
Vereinigte Krankenversicherung AG
Pressestelle
Fritz-Schäffer-Straße 9
8000 München 90
Telefon 089/67 85-0

Machen Sie mit beim Ärzte-Quiz?
Düsseldorf, Medica '81 vom 18.–22.11., Halle 4

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

»An den Ufern des Nil«

Quellenhinweis:
Diagnose 5000 Jahre später,
Wells, Gustav Lübbe Verlag,
Bergrsch Gladbach

Unsere Quiz-Frage:
Dieser Ausschnitt einer Kalksteinstele aus der 18. ägyptischen Dynastie zeigt Ruma, einen Priester. Er litt offensichtlich an einer noch heute in Ägypten weit verbreiteten Krankheit.
An welcher?
Kreuzen Sie bitte Ihre Antwort im Coupon an.

Vereinigte Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG
im Unternehmensverbund
Vereinigte Versicherungsgruppe

Informationszentrale
Fritz-Schäffer-Straße 9
8000 München 90
Telefon 089/67 85-0

Ihr Quiz-Gewinn:
Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir eine ÄRA Holzkopie mit Blattgoldauflage des schreitenden Tut-Anch-Amun aus dem Tal der Könige, ca. 1335 v. Chr. Einsendeschluß ist der 31.12.1981. Der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen.

Meiner Meinung nach handelte es sich bei der Erkrankung um:
☐ Mongolismus
☐ Wasserkopf
☐ Spinale Kinderlähmung

Adresse

KX 10 F

Der Bürger sollte selbstverständlich für seine eigene Gesundheit selbst die Verantwortung tragen. Denn solange er sich gesund fühlt, haben wir gar keinen Einfluß. Wir können ihn also auch nicht daran hindern, sein Geld auszugeben für Wundermittel aus Korea, Japan, China oder Indonesien. Wir können auch keinen darin hindern, daß er zu Brei verriebene Bergschäfchen in seinen Popo spritzen läßt, um damit die Jugend wieder zu gewinnen oder sich an allen Ecken und Enden mit Nadeln stechen läßt. Das alles muß der einzelne selber entscheiden. Wir möchten nur eines betonen: die oft zitierte sinkende Lebenserwartung der Erwachsenen, die man uns in die Schuhe schiebt als Beweis für die mangelnde Effizienz der Medizin, ist nichts anderes – und das ist inzwischen klar erwiesen – als das Ergebnis von Erkrankungen, die durch die eigene Lebensführung des einzelnen verursacht werden.

Wir Ärzte können nur immer wieder darauf hinweisen. Mehr zu tun ist uns nicht möglich. Unser Ziel ist es, daß die Lebenserwartung unserer Mitmenschen durch vernünftige Lebensweise und durch Fortschritte der Medizin immer steigen möge und daß immer mehr Menschen ein gutes, ein lebenswertes Alter erleben mögen.

Vielleicht darf man in diesem Zusammenhang aber doch darauf hinweisen, daß steigende Lebenserwartung und verkürzte Lebensarbeitszeit zwei Begriffe sind, die niemand unter einen Hut bringen kann, wenn er ehrlich bleibt. Wenn die Rente über Jahrzehnte gesichert werden soll, dann muß es auch noch Leute geben, die lange genug arbeiten, um diese Rente zu verdienen. Ich halte es deshalb für einen falschen Weg, wenn man zur Zeit versucht, der Arbeitslosigkeit durch Verkürzung der Lebensarbeitszeit, also durch Frührente zu begegnen. In diesem Zusammenhang ist mir neulich eine Bemerkung des Präsidenten der Bundesanstalt für Arbeit aufgefallen, der erklärte, 55 Prozent unserer Arbeitslosen seien Menschen, die keine Berufsausbildung erhalten haben. Wenn dem so ist, dann frage ich, warum eigentlich Müllabfuhr, Straßenreinigung und ähnliches immer noch auf Ausländer angewiesen sind, wenn diese „Nichtberufsausgebildeten" zu gleich kräftig Arbeitslosenunterstützung beziehen, statt eine solche Arbeit zu verrichten. Das ist keine feindselige Bemerkung gegen ausländische Bürger. Aber ich glaube, es ist auf die Dauer einfach nicht erträglich und nicht finanzierbar, daß unsere eigenen Leute sich zu gut sind für solche Arbeiten und wir uns dann den teuren Spaß leisten müssen, daß Millionen- und Milliardenbeträge ins Ausland abfließen und so zu einem Wirtschaftsfaktor werden, den wir auf die Dauer nicht bewältigen können.

Eine Million Schwerbehinderte in Bayern – wohin soll das führen!

Der Herr Staatsminister sprach auch von angeblich „Behinderten". Ich darf dazu vorab sagen: unsere Gesellschaft muß alles tun, um den tatsächlich Behinderten das Leben lebenswert zu machen, sie einzugliedern in unsere Gesellschaft, ihnen zeigen, daß sie Mitglieder dieser Gesellschaft sind. Wenn ich aber lese, daß in Bayern – seit es das neue Schwerbehindertengesetz aus dem Jahre 1974 gibt – bereits 700 000 Schwerbehinderten-Ausweise ausgestellt worden sind, und wenn man dann weiter hört, daß zur Zeit bei den bayerischen Versorgungsämtern eine Million Anträge auf Ausstellung eines Schwerbehinderten-Ausweises vorliegen, dann frage ich mich, wo hier eigentlich der mündige Bürger und die Verantwortung für das eigene Schicksal und die eigene Gesundheit bleiben. Hier wird nur der Versuch gemacht, durch irgendeine Hintertür Steuern zu sparen. Noch eine Begleiterscheinung: jeder Antrag kostet DM 100 Bearbeitungsgebühr. Man muß sich ausrechnen, wohin das führt. Wir werden ein Volk sogenannter Schwerbehinderter, und die tatsächlich Behinderten werden die Leidtragenden dieser Entwicklung sein.

Selbstverständlich sind wir Ärzte gegen den Atomkrieg ...

In der letzten Zeit sind in der Presse Anzeigen erschienen unter der Überschrift: „Ärzte warnen vor Atomkrieg". Eine solche Warnung rennt offene Türen ein, denn wer will schon einen Atomkrieg. Wir Ärzte können nur warnen. Der Weltärztebund hat vor einer Woche in einer Resolution, die sich an alle Völker der Welt richtet, die Forderung erhoben, daß Ärzte und alle Bürger über die Folgen eines Atomkrieges aufgeklärt werden müßten. Wir Ärzte sind nach unserem Beruf von Natur aus Feinde jeder Gewalt, denn unsere Aufgabe ist es, Leben zu erhalten, zu heilen und zu helfen.

... aber wir wenden uns gegen einseitige Politisierung

Ich bin aber der Meinung, wer Pazifismus predigt, darf ihn nicht einseitig predigen. Pazifismus kann nur weltweit praktiziert werden oder überhaupt nicht. Und wenn Ärzte in einem solchen Aufruf einseitig Stellung nehmen – gegen die böse NATO, gegen den Nachrüstungsbeschluß, gegen den amerikanischen Außenminister –, wenn sie fordern, daß bei uns in der Bundesrepublik und in Europa keine Atomwaffen stationiert werden dürfen, obwohl sie wissen, daß östlich davon eine neben der anderen steht, dann hat das nichts mehr mit ärztlichen Argumenten zu tun, dann werden politische Motive ärztlich kaschiert. Das ist Scheinheiligkeit, das ist politische Agitation und nicht Sorge um unsere Mitmenschen.

Wenn im Zusammenhang mit dem Hamburger Gesundheitstag die gleichen Leute auch noch fordern, die Ärzte sollten sich dagegen wehren, Fortbildung in Katastrophenmedizin zu betreiben, weil das Kriegsvorbereitung sei, dann kann ich das nur als eine Aufforderung zur Verweigerung ärztlicher Hilfeleistung bezeichnen. Wir Ärzte müssen auch in Extremfällen bereit sein, die dann noch mögliche Hilfe für unsere Mitmenschen zu leisten, soweit wir dazu in der Lage sind.

– Ich sage noch einmal: uns Ärzten wäre am liebsten eine Welt ohne Waffen und ohne Gewalt, aber einem waffenstarrenden Osten, und ich sage das bewußt, weil ich nicht nur Arzt sondern auch Staatsbürger bin, kann man nicht mit Palmwedeln entgegentreten.

Wir wollen als freie Ärzte auch in der Zukunft freie Bürger in einem freien Land behandeln. Wir können nur hoffen und wünschen, daß uns die Freiheit und der Friede auch in der Zukunft erhalten bleiben.

Ethische Grundsätze ärztlichen Handelns*

von J. F. Volrad Deneke

Wer die Veranstaltungs- und Kongreßkalender sowie die Berichterstattung über Symposien und Vortragsveranstaltungen aufmerksam verfolgt, kann feststellen, daß ethische und berufsrechtliche Themen zum Verhältnis von Patient und Arzt und zum Verhalten des Arztes selbst allenthalben als besonders aktuell empfunden und dargestellt werden. Das gilt für Grundsatzfragen, mehr noch jedoch für Detailfragen.

Die Fragwürdigkeit der Thematik

Aus der Sicht des Sozialwissenschaftlers fällt bei der Betrachtung der abgehandelten Themen und bei der Lektüre der Referate als erstes auf.

Die Thematik wird zeitlos formuliert; sie unterstellt als „ärztlich" bezeichnete Eigenschaften, die ihrem Wesen nach geschichtlichem Wandel nicht unterworfen sind.

Nach dieser Unterstellung gibt es große Kulturen, ganze Epochen menschlicher Gesellschaft, in denen ärztliches Handeln mehr, weniger oder gar nicht stattfindet. Dies läßt sich geschichtlich auch leicht belegen, wenn die Definition dessen, was „ärztlich" ist, entsprechend formuliert wird. Insoweit bedarf die erste These einer Umformulierung in die Frageform: Gibt es tatsächlich und was ist gesellschaftlichem und geschichtlichem Wandel nicht unterworfenes „ärztliches Handeln"?

Das zweite Vorurteil, das dem Sozialwissenschaftler aus den meisten Formulierungen entsprechender Thematik ins Auge springt, betrifft die Begriffsverbindung „ethische Grundsätze":

Die Formulierung der Themen zu ethischen Problemen ärztlichen Handelns unterstellt für ärztliches Handeln ethische Grundsätze.

Die fundamentale Bedeutung dieses Vorurteils für jede weitere Überlegung läßt sich wohl am einfachsten mit dem Hinweis auf die Antinomie von idealistischer und materialistischer Weltanschauung demonstrieren.

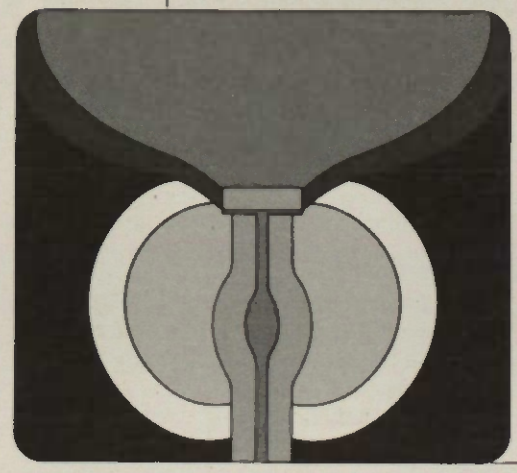
Nach marxistischer Philosophie sind ethische Normen als Überbau ökonomischer Realitäten zu verstehen. Danach gäbe es zwar ethische Theoreme ärztlichen Handelns, nicht aber dieses Handeln motivierende ethische Grundsätze. Ärztliche Ethik ist nach diesem Verständnis nichts anderes als die Rechtfertigung für gruppenegoistisches Streben nach mehr Herrschaft durch mehr wirtschaftliche Verfügungsmacht. In der Zielvorstellung einer klassenlosen Gesellschaft erübrigt sich das Spezifikum ärztlicher Ethik.

Aus der ideologischen Position des Marxismus ist mithin das Thema „Ethische Grundsätze ärztlichen Handelns" falsch formuliert; ein einschlägiges Thema müßte danach etwa lauten: „Ärztliche Ethik als Instrument im Verteilungs- und Klassenkampf der kapitalistischen Gesellschaft."

*) Nach einem Referat auf einer Veranstaltung der „Medizinischen Gesellschaft, Köln"

PROSTAMED®

Prostata-Adenom mit Harnverhaltung, Kongestionen, Miktionsstörungen, Blasenhalssklerose, Prostatitis chronica, Resturin, Zustand nach TUR, Reizblase



Nebenwirkungsfreie Langzeittherapie prostatischer Erkrankungen, Besserung der Kongestionsprostatitis und der Miktionsbeschwerden. Steigerung des Uroflow, Reduzierung des Resturins, Behandlung vor und nach Operationen.

Zusammensetzung: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. trem. 0,06 g, Kakao 0,05 g, Sacch. lact. ad 0,5 g.

Dosierung: 3mal täglich 2 - 4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 60 St. DM 8,45; 120 St. DM 14,48; 360 St. DM 34,78.

KLEIN

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

Insoweit stellt sich also für die den wahren Kommunismus vorbereitende sozialistische Übergangszeit die Frage nach ärztlicher Ethik ebenfalls – wenn freilich ganz enders –, und damit ist auch aus dieser Sicht die Definitionsfrage relevant: Wes ist ärztlich? Ist „ärztlich" mindestens ideologisch intendiert? Aus der Definition heraus könnte dann die Frage beantwortet werden, ob und inwieweit das „Ärztliche" Fremdkörper in einer klassenlosen Gesellschaft ist, die aber sehr wohl des medizinischen Sachverstandes bedarf.

Das allgemeine Sprachempfinden unterscheidet genau an diesem Punkt zwischen „medizinisch" und „ärztlich". Der ideologische Dissens zwischen der Mehrheit und einer sich vor allem in der ÖTV organisierenden Minderheit der Ärzte hat seine Wurzel ebenfalls genau an dieser Stelle.

Mit dem Vokabular des Sozialwissenschaftlers ausgedrückt, lautet die beide Vorurteile – Zeitlosigkeit und ethischen Gehalt ärztlichen Handelns betreffend – zusammenfassende Schlüsselfrage:

Gibt es der sozialen Funktion, der gesellschaftlichen Rolle des Arztes unverzichtbar immanente, berufsspezifische sittliche Normen?

Unter pointierter Unterstreichung der geschichtlichen Dimension kann die gleiche Frage gegenläufig formuliert und vertieft werden:

Gibt es voneinander mehr oder weniger markant zu unterscheidende, sich womöglich ausschließende Wertvorstellungen, die dennoch in Anbetracht ihrer Einbindung in differente geschichtliche und soziale Umfelder zeitbezogen gleicherweise als „ärztlich" bezeichnet werden; so daß in dem einen Kulturzusammenhang als „ärztlich" bezeichnet wird, was in einem anderen Kulturzusammenhang für die Definition des „Ärztlichen" ohne Bedeutung ist oder sogar als Verstoß gegen ärztliche Haltung und ärztliches Verhalten angesehen wird?

Im geschichtlichen Bezug kann die Frege Identisch sein mit der Frage nach primären unwandelbaren und sekundären wandelbaren ethischen Grundsätzen. Die Wirklichkeitsnähe dieser Frage sei an zwei Beispielen aus Geschichte und Gegenwart demonstriert.

Der Hippokratische Eid verlangt vom Arzt „das Versprechen, die empfangene Lehre nicht an die Öffentlichkeit weiterzugeben, also auf den Kreis der Adepten zu beschränken ... Das Medizinstudium beinhaltete zur Zeit der Hippokratiker offensichtlich eine Art Berufsgeheimnis eines adeligen Ordens mit besonderem Wissen" (Schadewaldt). Nach heutigem Verständnis hat der ärztliche Forscher die Pflicht, sein Wissen und insbesondere neue Erkenntnisse und Entdeckungen mitzuteilen. Auch die nichtärztliche Öffentlichkeit hat nach heutigem Verständnis ein Recht auf medizinisch-wissenschaftliche Information.

Das andere Beispiel: Rechtsgut und sittlicher Wert des durch die ärztliche Schweigepflicht gesicherten und zu sichernden Vertrauensschutzes des Patienten nehmen in einer für die Bundesrepublik Deutschland gültigen Aufstellung ethischer Grundsätze einen hohen Rang ein. Die in diesem Sinne am 10. Juli 1981 vom Vorstand der Bundesärztekammer aufgrund einer Vorlage des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer verabschiedete „Empfehlung zur Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bei der Verarbeitung personenbezogener Daten in der medizinischen Forschung" wird bei ärztlichen Forschern auch mit hoher sittlicher Gesinnung in Ländern wie Polen, Rumänien oder Rußland in den leeren Raum fast völligen Unverständnisses fallen. Der Vorrang der Sozialpflichtigkeit der Patienten und Probanden vor deren Individualrechten ist in diesen Ländern so selbstverständlicher Bestandteil der allgemeinen Wertvorstellungen, daß medizinische Forschung und ärztliches Handeln sich in voller Übereinstimmung mit den Patienten und Probanden nach dieser ganz enderen Wertvorstellung richten können.

Die Frage nach zeitlosen ethischen Normen für ärztliches Handeln reduziert sich durch solche historischen und gesellschaftsvergleichenden Betrechtungen erheblich. In der Gegenwart der Bundesrepublik Deutschland deminuieren gesellschaftlicher Pluralismus und ideologische Promiskuität den gemeinsamen moralischen Nenner. Was also ist unwandelbarer Bestandteil des Ärztlichen?

Ärztliches Hendeln – wes ist des?

Nach der Bundesärzteordnung § 2 Abs. (5) ist die Ausübung des ärztlichen Berufes die Ausübung der Heilkunde am Menschen unter der Bezeichnung „Arzt" oder „Ärztin".

Eine vom Gesetzgeber formulierte Definition der „Ausübung der Heilkunde" findet sich nicht in der Bundesärzteordnung, sondern in § 1 Abs. 2 des Heilpraktikergesetzes, wonach „Ausübung der Heilkunde" jede Tätigkeit zur Erkennung, Linderung und Heilung von Krankheiten ist.

Das allgemeine Begriffsverständnis, wie es in modernen Enzyklopädien und Lexiken formuliert wird, ebenso wie die Beschreibung der Berufstätigkeiten in berufskundlichen und arbeitswissenschaftlichen Untersuchungen, nennen als Kern der Definition die gleichen Begriffe wie die Bundesärzteordnung: Ausübung der Heilkunde am Menschen, und zwar auf der Grundlage einer von der Gesellschaft bzw. Rechtsordnung anerkannten wissenschaftlichen Mindestqualifikation.

Heilen als Gebot ärztlichen Handelns

Der zentrale Begriff dieser Definition ärztlichen Handelns ist der Begriff des Heilens.

1.

Dieser Begriff gehört zu den besonders komplexen Begriffen unserer Sprache. Sein sprachgeschichtliches Herkommen spiegelt den Bedeutungsgehalt, den das Wort noch heute hat. Das gemeingermanische Adjektiv „heil" bedeutet „gesund, ganz, unversehrt, gerettet". Die Sprachforschung vermutet, daß das Wort aus dem kultischen Bereich in die Profansprache gedrungen ist. Das Substantiv „Heil" bedeutet im Mittelhochdeutschen auch soviel wie „Glück, günstiges Vorzeichen". Unter dem Einfluß des Christentums nimmt das Wort zusätzlich die Bedeutung „Erlösung vom Bösen, von selbst zu verantwortenden Sünden und von der Erbsünde" an.

Denkt man an die WHO-Definition von „Gesundheit", dann ist die ganze Skala der sprachgeschichtlichen Bedeutung bis hin zum „Glück" in den Begriffen „Heil", „Heilung" und „heilen" noch heute lebendig.

Neu
vom Benzbromaron-Entdecker Labaz

®uricovac m mite

Die Therapie von Hyperurikämie und Gicht ist patientengerechter geworden

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 40 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. ● 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 mite in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, soll das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.
Nebenwirkungen: Unter einer Uricovac m mite-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, Art und Dauer der Anwendung: Soweit vom Arzt nicht anders verordnet, 1–2 Tabletten Uricovac m mite 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 (idiopathische) Harnsäureerhöhung und Gicht verlangen ihrem Wesen nach eine Dauerbehandlung.
Darreichungsformen und Packungsgrößen: 30 Tabletten zu 40 mg, DM 16,40 · 100 Tabletten zu 40 mg, DM 46,85 · 300 Tabletten (10 x 30), AP. Stand: 10/1981

Uricovac – ein Ergebnis der Labaz-Forschung

LABAZ
LABAZ GmbH
Pharmazeutische Präparate
Postfach 5126
4000 Düsseldorf 1

Der Begriff „heilen" setzt voraus, daß zuvor Schaden entstanden ist – Schaden, welcher Art auch immer und welcher Ursache auch immer; z. B. durch einen Autounfall, durch Krankheitserreger, durch Mangel an Brot, Mangel an Liebe, durch angeborene Gebrechen, durch seelische Belastungen, durch schicksalhafte Einwirkungen, durch übernatürliche Kräfte, durch Beelzebub.

Wie Art und Ursachen, daß der Mensch Schaden nimmt an Leib, Geist und Seele, so komplex ist auch der Begriff des Heilens: Immer schwingt Metaphysisches – im weitesten Sinne dieses Begriffes – in ihm mit. Das läßt sich auch nach materialistischem Weltverständnis, wie die WHO-Definition zeigt, nicht ausradieren.

Heilen heißt, nach dem umfassenden Verständnis der sozio-psychosomatischen Einheit menschlicher Personalität das Glück der Gesundheit wiederherstellen, unversehrte Ganzheit bewirken, Leben erhalten und schützen. In diesem ganzheitsmedizinischen Sinne kann sich Heilen auch im Zeitalter der Naturwissenschaften und der Dominanz materialistischer Ideologien dem komplexen physischen und metaphysischen Verständnis dieses Begriffes nicht entziehen. Demnach ist es auch rational, dem Begriff des Heilens ein irrationales physisch-metaphysisches Agens zuzugestehen.

Damit aber sind in der Tat der Berufstätigkeit des Heilens ethische Grundsätze immanent: Ohne die auf das Heilen gerichtete ethische Verpflichtung entbehren nämlich medizinisches Wissen und Können der den Menschen als Ganzen ergreifenden Zieldefinition. Ohne diesen Bezug entbehrt medizinisch-naturwissenschaftliches Handeln der Orientierung auf den Menschen und kann sogar als Werkzeug zur Zerstörung menschlicher und gesellschaftlicher Existenz dienen.

Nun zur Nutzanwendung dieser Definition des Arztberufes:

2.

Der ethisch unwandelbare Gehalt der Semantik des Heilens findet sich in dem der Berufsordnung für die deutschen Ärzte vorangestellten aus dem Hippokratischen Eid entwickelten Gelöbnis: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein." Und: „Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen." In § 1 der Berufsordnung heißt es: „Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern."

Auch der Grundsatz „nil nocere" leitet sich aus der Berufung des Heilens her. Hierzu sei exemplarisch an einige aktuelle konkrete Gebote zur ärztlichen Aufklärung erinnert, zu Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation sowie zu Zwangsernährung und Euthanasie.

Im ärztlichen Grundsatz „nil nocere" und nicht in der dem Arzt von Berufs wegen fragwürdigen Mündigkeit des Patienten entscheidet sich täglich aktuell die Frage nach Recht und Pflicht zur *Aufklärung* des Kranken.

Der Hippokratische Eid erlaubt es nicht, dem Kranken eine unglückliche Prognose bekanntzugeben. Im Kölner Symposion über „Ärztliche Ethik" am 1. Oktober 1977 hat Schadewaldt unmißverständlich darauf hingewiesen: „Die heutige von der Jurisprudenz geforderte totale Aufklärung des Patienten vor Operationen oder etwa über ein Krebsleiden war also für den griechischen Arzt schlichtweg eine Unmöglichkeit."

Dabei sollte es für den Arzt auch heute bleiben, selbst wenn er in solcher Gewissensentscheidung mit geltenden Gesetzesnormen und deren richterlicher Interpretation in Konflikt gerät. Wie mündig nämlich der nicht mehr Schmerz gewohnte, oft nicht einmal mehr leidgeprüfte Patient ist, das zeigt sich stets erst nach erfolgter Aufklärung über infauste Prognosen.

Ebenfalls bereits im Hippokratischen Eid verpflichtet sich der Arzt, niemals ein *Abtreibungsmittel* zu verordnen. Die Berufsordnung verpflichtet in § 5 den Arzt, nur „grundsätzlich" das keimende Leben zu erhalten; sie fährt dann fort: „Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen."

Schon die Vokabel „keimendes Leben" ist irreführend, weil das Adjektiv bereits eine wertende Differenzierung zwischen „keimendem" und „voll entwickeltem" Leben unterstellt. Tatsächlich handelt es sich immer um Leben, zunächst um zwei Leben und nach der Befruchtung um ein neues Leben. Damit handelt es sich also um nichts anderes als um die Verpflichtung, Leben zu erhalten. Schwangerschaftsabbruch aber beendet Leben. Ethisch konsequent kann daher nur die Frage sein, ob und unter welchen Umständen es sittlich vertretbar ist, das eine Leben auszulöschen, um ein anderes Leben zu erhalten.

Die aktuelle Gesetzgebung stellt bekanntlich in diesem Punkt Tatbestände straffrei, die mit den eindeutigen ethischen Grundsätzen ärztlichen Handelns, „jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenzubringen", nicht vereinbar sind. An dieser Stelle finden wir aktuell bestätigt, daß es Epochen in der menschlichen Geschichte gibt, in denen sittlich verantwortliches *ärztliches* Handeln eben nur mehr oder weniger von Gesellschaft und Staat gefordert wird. Der innerärztliche Dissens hierzu kumuliert unverkennbar eben dort, wo bewußt zwischen medizinischem Tun und ärztlichem Handeln nicht mehr unterschieden wird.

§ 6 der Berufsordnung, der *Sterilisationen* grundsätzlich als zulässig erklärt, wenn sie aus medizinischen, genetischen oder sozialen Gründen indiziert sind, sollte sehr sorgfältig dahingehend überprüft werden, ob hier nicht doch mehr vom Zeitgeist erwünschter medizinischer Machbarkeit eingeflossen ist, als mit dem Primat ganzheitlichen Heilens und der unversehrten Erhaltung der Lebensfunktionen vereinbar ist.

Durch die Sterilisation wird Vitalität, werden Funktionen des Lebens stillgelegt oder zerstört, wird die Ganzheit des Lebens versehrt. Geschieht dies ohne medizinische Indikation, deren die genetische Indikation ja ein Teil ist, so wird nach ganzheitsmedizinischem Verständnis die Grenze überschritten, die das Gebot der Ehrfurcht vor dem Leben absteckt.

„Soziale Gründe" sind immer Ergebnisse subjektiver Erwägungen über das Befinden der Betroffenen. Was heute der individuellen Selbstverwirklichung dienlich erscheint, wird morgen als der Selbstverwirk-

Teneretic® mite

Tenormin® + Chlortalidon

senkt das Blutdruckniveau

verhindert Blutdruckspitzen

verringert das Infarktrisiko

gewährt eine kaliumstabile Diurese

1×1 wirkt 24 Stunden

Teneretic® mite

synergistische Blutdrucksenkung und Kardioprotektion

Zusammensetzung: 1 Filmtablette Teneretic mite enthält 50 mg Atenolol, 12,5 mg Chlortalidon. **Indikation:** Hypertonie. **Kontraindikationen:** nicht kompensierte Herzinsuffizienz, AV-Block 2. u. 3. Grades, Bradykardie (Ruhepuls 55 Schl./Min.), schwere Nierenfunktionsstörungen, Sulfonamidüberempfindlichkeit, therapieresistente Hypokaliämie. Bei Schwangerschaft und Stillzeit wird die übliche Vorsicht empfohlen. Vorsicht bei Gicht. **Nebenwirkungen:** selten: vorübergehendes Schwere- und Kältegefühl in den Gliedmaßen, gastrointestinale Störungen, verminderter Tränenfluß, Hautrötungen, Schlafstörungen; sehr selten: Überempfindlichkeit (Verringerung der Thrombozyten und Leukozyten) wegen des Diuretikum-Anteils.

Dosierung: täglich 1 x 1 Tablette; falls erforderlich, Steigerung auf 1 x 1 Tablette Teneretic (100 mg Atenolol und 25 mg Chlortalidon). Über die Behandlung der Hypertonie im Kindesalter mit Teneretic/Teneretic mite liegen z. Zt. noch keine ausreichenden klinischen Erfahrungen vor. **Wechselwirkungen:** eventuell geringe Beeinträchtigung der Wirkung von Antidiabetika und harnsäuresenkenden Mitteln; Narkose (Anästhesisten informieren); Bei einer gleichzeitigen Behandlung mit Clonidin darf Clonidin erst abgesetzt werden, wenn einige Tage zuvor die Verabreichung von Teneratic mite beendet wurde. Eine gleichzeitige Gabe mit Verapamil (vor allem i. v.) sollte vermieden werden. **Hinweise:** wegen der ausgeprägten Kardioselektivität sind Beeinträchtigungen der Atemfunktion sehr selten. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können jedoch mit Bronchodilatatoren leicht aufgehoben werden. Gelegentliche Kontrollen von Harnsäure- und Kaliumspiegel sind empfehlenswert. Teneretic mite besonders bei Patienten mit Angina pectoris nicht plötzlich absetzen. **Antidote:** Atropin (0,5–2 mg i. v.), Orciprenalin (0,5 mg langsam i. v.). **Handelsformen und Preise:** Kalenderpackungen mit 28 Filmtabletten DM 27,82, mit 56 Filmtabletten DM 53,03, mit 98 Filmtabletten DM 86,93, Ansteltspackungen. (Stand Juni 1981)

ICI-Pharma
Arzneimittelwerk Plankstadt

lichung hinderlich empfunden werden können. Für eine Güterabwägung eus ärztlicher Sicht können „soziale Gründe" erst Gewicht gewinnen, wenn sie in die medizinische Dimension objektivierbarer Befunde seelischer Krenkheiten oder körperlicher Leiden hineinwachsen.

Zahl und Schwere der Operationen, mit deren Hilfe Sterilisationen wieder rückgängig gemacht werden sollen, müssen zu denken geben. Sie deuten darauf hin, daß ethische und naturwissenschaftliche Problematik der Sterilisation aus „sozielen Gründen" gründlicher durchdacht werden muß.

Die Beispiele sollen zeigen, daß ethische Grundsätze — wenn sie diesen Namen wirklich verdienen — keine quantitativen, sondern ausschließlich qualitative Dimensionen haben und daher absolut und unabdingbar, aber immer auch nur kasuistisch konkret anwendbar sind.

Das gleiche gilt für die *Euthanasie*. Das Thema ist nicht nur wegen der Möglichkeiten moderner Intensivmedizin für marginale Behandlung zu komplex. Es muß daher an dieser Stelle bei dem grundsätzlichen Hinweis bleiben, daß Lindern und Heilen das Wesen des ärztlichen Handelns ist. Es kann daher keine *ärztliche* Entscheidung darüber geben, ob und wann Sterben menschenwürdiger ist als Überleben.

Es ist auch zweifelhaft, ob ein Gesunder z. B. in einem „Patiententestament" Entscheidungen vorwegnehmen kann, die ihm realitätsbezogen erst gestellt werden, wenn er schwer erkrankt ist. Wer im vollen Besitz seiner Sinneskräfte ist, befindet sich nicht in der Situation, beurteilen zu können, ob reduziertes Wahrnehmungs- und Empfindungsvermögen dem davon Betroffenen das Leben nicht mehr lebenswert erscheinen lassen. Mehr als jeder Laie hüte sich der Arzt, Hand statt nur Handwerk Gottes werden zu sollen oder zu wollen.

Heilen els angewandtes Wissen und Können

1.

Wenn ärztliches Handeln als Ausübung der Heil-Kunde bezeichnet wird, so lenkt dies die Aufmerksamkeit auf jenen Teil des Begriffes „Arzt", in dem auf die „akademische Ausbildung in medizinischem Wissen und Können" als Voraussetzung für die Anerkennung und Privilegierung durch staatliche Approbation hingewiesen wird. Dies ist auch der fast ausschließliche Regelungstatbestand der Bundesärzteordnung. Die Berufsordnung enthält darüber hinaus Bestimmungen zur Weiterbildung (§ 4) und zur Fortbildung (§ 7).

Die hier konkret zu stellende Frege lautet:

Verpflichten medizinisches Wissen und Können els Grundlege ärztlichen Handelns zu besonderem sittlichen Einsatz?

Zunächst gilt, daß jegliches Kundigsein durch Wissen, Erfahrung und Können und jede Anwendung solchen Kundigseins sozialpflichtig gelebt werden muß, wenn es nicht zu gruppenökonomischen oder herrschaftspolitischen Mißbräuchen kommen soll. Jede Berufsbildung ist in diesem Sinne den Unkundigen, den Unwissenden, den Unvermögenden, allen denen verpflichtet, die Leistungen der Kundigen in Anspruch nehmen. Jede akademische Berufsbildung ist überdies der Wissenschaftsgeschichte verpflichtet, dem großen Gebäude der Vor-Urteile und ihren Lehrmeistern.

Diese Tatbestände sind nicht auf die Heilkunde beschränkt. Die entsprechenden Formulierungen in Bundesärzteordnung und ärztlicher Berufsordnung sowie im Hippokratischen Eid sind insoweit nur auf ärztliches Handeln speziell angewandte allgemeingültige Maximen.

Ihre besondere Färbung erhalten die allgemeingültigen ethischen Grundsätze für berufliches Wissen, berufliche Erfahrung und berufliches Können allein aus dem Dienst der medizinischen Wissenschaft für die Aufgabe des Heilens. Genau dies, daß es die Kunde vom Heilen ist, verleiht diesem besonderen Wissen und Können den geschichtlich und gesellschaftlich unwandelbaren ethischen Gehalt.

Nur dadurch erfahren die auch anderen Berufen vergleichbaren ethischen Grundsätze ihre besondere Vertiefung: Die Verpflichtung zur Fortbildung, die Verpflichtung, die Grenzen des eigenen Wissens und Könnens immer neu zu überprüfen, die Verpflichtung Forschungsergebnisse und Entdeckungen nicht aus eigennützigen Motiven für sich zu behalten. Diese vertiefte ethische Verpflichtung läßt sich beispielhaft belegen:

2.

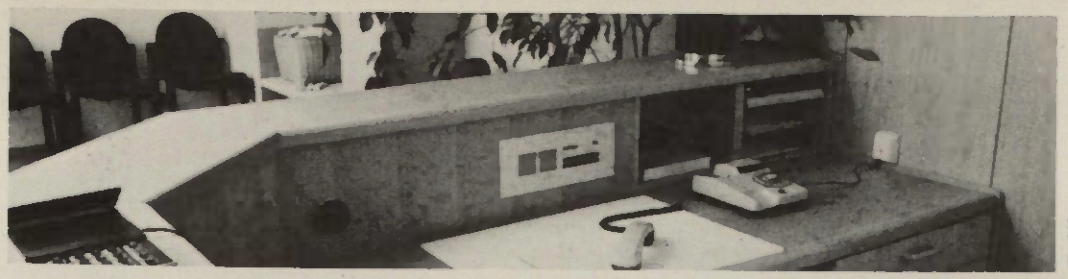
Zwischen medizinischer Forschung und medizinischer Machbarkeit einerseits und ärztlichem Handeln andererseits können Zielkonflikte aufkommen. Die aus ärztlicher Ethik gesetzten Prioritäten sind nicht immer identisch mit den optimalen Prämissen für Erfolg versprechende, naturwissenschaftlich-medizinische Forschung. Wo der naturwissenschaftliche Forscher jedoch Arzt ist, trägt er diesen Konflikt in sich selbst und kann dabei von der Dominanz ärztlicher Ethik nicht absehen.

Die Geschichte der Medizin ist bis in die jüngste Zeit hinein nicht frei von Fällen, in denen Zielen medizinischer Forschung Grundsätze ärztlicher Ethik in „Wissenschaft ohne Menschlichkeit" geopfert worden sind. „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein", heißt es in dem der Berufsordnung für die deutschen Ärzte vorausgestellten Gelöbnis. „Obersters Gebot des Handelns" — die Dominanz der Grundsätze ärztlicher Ethik bei einem Zielkonflikt zwischen medizinischer Forschung und ärztlichem Handeln ist hier unmißverständlich formuliert.

Der Hippokratische Eid enthält darüber hinaus einen ewig gültigen Hinweis auf die dienende Rolle der Wissenschaft. Der junge Adept muß sich verpflichten, seine ärztlichen Anordnungen nur zum Nutzen des Kranken nach bestem Vermögen und Urteil durchzuführen, um nicht in die *Hybris* zu geraten. Ob und inwieweit persönlichkeitsverändernde — chirurgische oder medikamentöse — Eingriffe ärztliche Handlungen oder hybride Selbstdarstellung sind, das muß um so sorgfältiger geprüft werden, je mehr die medizinische Forschung machbar gemacht hat.

Auch hier gilt, daß ethische Grundsätze keine quantitativen, sondern nur qualitative Dimensionen haben. Gibt es wirklich medizinische Indikationen für künstliche Insemina-

Wenn Sie auch noch nach Jahren Ihre



System-Beispiel 1:
Vom einladenden Empfang...

Einrichtung ergänzen wollen, dann

System-Beispiel 2:
...erstreckt sich die freundliche Umgebung...

holen Sie sich schon heute durch das

System-Beispiel 3:
...bis ins Behandlungszimmer...

Programm Bulthaup Medicine Schreiner

System-Beispiel 4:
...wo die gute Form die maßgeschneiderte Funktion bis ins kleinste Detail begleitet.

mit System. München. Ludwigstraße 6.

bulthaup
medicine

® Wie unendlich variabel das Bulthaup-System ist, eröffnen Ihnen unsere Ausstellungsräume in der **Ludwigstraße 6/Von-der-Tann-Passage** in München. Besuchen Sie uns und überzeugen Sie sich selbst an Ort und Stelle. Damit wir auch richtig Zeit für Sie haben, rufen Sie uns am besten vorher an: **089/28 70 66.** Fordern Sie Prospektmaterial und Preislisten an.

P.S.: Bitte sehen Sie in uns nicht nur den zuverlässigen Lieferanten, sondern auch den individuellen Planer und den akkuraten Schreiner – für Ihre gesamte Praxis.

Die gute Form
für Patient und Arzt.

tion und für den homunculus aus der Retorte? Oder geht es hier nicht doch nur um soziale und psychologische Scheinargumente bei Überschreiten von Grenzen, die ohne die gebotene Ehrfurcht vor dem von der Natur oder von Gott gegebenen Leben nicht überschritten werden können? Wo sind die Grenzen, bis zu denen der Arzt menschliches Schicksal erleichtern kann, mit dem ein anderer sich nicht abzufinden vermag, weil es medizinisch machbar geworden ist, Schicksalswege in andere Bahnen zu lenken?

Wir rühren hier an die uralte Frage Platons, ob denn wohl der Arzt wisse, ob es dem Menschen gut tue, von seiner Krankheit zu genesen. Wir rühren hier an die wohl kaum zu beantwortende Frage, was die Fortschritte der Medizin für die Individuation und für die Mitmenschlichkeit bedeuten, soweit Schmerzerlebnisse weitgehend reduziert werden und eine Fülle von Krankheiten nicht mehr als Schicksal hingenommen werden müssen.

Heilen als Beruf

Noch bis ins Zeitalter der Aufklärung wurde den Königen von Frankreich und England die Kraft zugeschrieben, bestimmte Krankheiten durch Anrühren der Kranken zu heilen. Mitte unseres Jahrhunderts hatte der Wundertäter Gröning großen Zulauf, der mit Hilfe wundertätiger Stanniolkugeln die Menschen von Schmerzen und Gebrechen befreite. Dies sind Beispiele des Heilens jenseits von Heilkunde.

Vater oder Mutter, die mit Hilfe von Hausmitteln, aus überkommener familiärer Erfahrung, mit Hilfe angelesenen Wissens aus einem „medizinischen Hausschatz", vielleicht auch aus Ratschlägen in Laienwerbung und Leserbriefkästen sich selbst und Familienangehörige behandeln, üben Heilkunde aus. Auch dies ist aber nicht Ausübung der Heilkunde als Beruf.

Der Hippokratische Eid dagegen ist idealtypischer Ausdruck einer Berufsindividuation. Als Gelöbnis einer ausgewählten esoterischen Gruppe, die den Lehren des Pythagoras nahestand, ist der Hippokratische Eid eine besonders charakteristische Form sendungsbewußter Berufsprofilierung.

Auch Bundesärzteordnung und Berufsordnung für die deutschen Ärzte verwenden den Begriff des Berufes. Dabei werden vor allem drei Charakteristika für den ärztlichen Beruf hervorgehoben:

- Gewissenhaftigkeit und Würde der Berufsausübung,
- die Kollegialität innerhalb des Berufsstandes und
- die Feststellung, daß der ärztliche Beruf kein „Gewerbe", sondern „seiner Natur nach ein freier Beruf" sei.

1.

„Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben", heißt es in dem der Berufsordnung für die deutschen Ärzte vorangestellten Gelöbnis etwas gestelzt. Gewissenhaftigkeit — ja, selbstverständlich! Aber mit „Würde"?

„Würde" in einem Zeitalter, in dem der Rollkragenpullover zur Uniform demonstrativ junger Professoren jeden Alters gehört? Es ist, als hätte der Begriff ohne die Wortverbindung „Menschenwürde" jeden moralischen Stellenwert verloren. Würde gilt als überholtes Relikt archaischer Gesellschaftsordnung oder einfach nur als leere Hülse tradierter Formen. Dem öffentlichen Bewußtsein ist verlorengegangen, daß äußere Formen auch innerlich disziplinierende Kraft besitzen.

Gewissenhaftigkeit gilt dagegen keineswegs nur als ethische Spezialität ärztlicher Berufsausübung. In diesem Postulat wird deutlich, wie sehr die Frage nach Gewissenhaftigkeit in der ärztlichen Berufsausübung eingebettet ist in den größeren Zusammenhang der Frage, ob berufliches Handeln überhaupt oder ob nur besondere Arten beruflichen Handelns ethischen Grundsätzen verpflichtet sind. Hier stoßen wir im Verständnis des Berufsbegriffes auf verwirrenden Pluralismus von Definitionen und Wertvorstellungen.

Man kann es nach idealistischer oder nach materialistischer Weltanschauung ausdrücken, immer läuft es auf dasselbe hinaus: Entweder muß man formulieren: Der sozialethische Untergrund, auf dem die moderne Gesellschaft lebt, und aus dem Berufung und Beruf in dieser Gesellschaft ihre das Ganze tragende Position und ihre die Gemeinschaft bindende Kraft erhalten, ist in lebhafter Bewegung, ist voller Untiefen, unsicher und lebensgefährlich wie Sumpfgelände. Oder man formuliert: Die moderne Gesellschaft ist pluralistisch von Interessengegensätzen und Klassenfeindschaften zerklüftet und damit ist ihr ethischer Überbau unstabil, locker, brüchig, windig, kurzum: kein schützendes Dach. Dieser Situation entspricht das bewegte und bunte Bild beruflicher Tätigkeiten, Nebentätigkeiten und Freizeitarbeiten einschließlich des pluralistischen Verständnisses sinnvoller oder sinnentleerter geldwerter Tätigkeiten.

Zwischen dem ständischen Berufsgedanken, der auf sozial-ethischem Fundament den Berufsträger als ganzen Menschen sinnvoll einer höheren Einung zuordnet und dem wirtschaftlichen Berufsgedanken, der im individualistisch-kapitalistischen Zeitalter den Menschen in das Zweierlei von Erwerbsperson und

(Fortsetzung Seite 965)

RECORSAN®

RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardiotonikum 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

Arbeitsrechtliche Fragen bei der Beschäftigung von Arzthelferinnen

Gewidmet Herrn Ministerialdirigent Dr. med. h. c. Walther Weißauer zum 60. Geburtstag für seine hervorragenden Verdienste um die Weiterentwicklung des Arzt- und Arzthaftungsrechts

von Rechtsanwalt Dr. jur. Gerhard T i l l, München

Der freiberuflich tätige Arzt ist als Arbeitgeber in zunehmendem Maße mit Rechtsfragen des Arbeitsrechts konfrontiert. Dabei steht das Arbeitsverhältnis der Arzthelferin im Vordergrund. Dem Arzt soll deshalb nachfolgend ein Überblick über das Arbeitsrecht unter Einbeziehung des Tarifrechts der Arzthelferin vermittelt werden. Darüber hinaus sollen aber auch gezielte, knappe Informationen zu den am häufigsten auftauchenden Fragen bei der Eingehung, Durchführung und Beendigung von Arbeitsverhältnissen mit Arzthelferinnen angeboten werden.

Übersicht

A) Überblick über das Arbeitsrecht

I. Das Individualarbeitsrecht (Arbeitsvertrag, staatliches Arbeitnehmerschutzrecht)
II. Das kollektive Arbeitsrecht
  1. Betriebsverfassungsrecht
  2. Tarifrecht
    a) Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen
    b) Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen
    c) Personenkreis, der von den Tarifverträgen erfaßt wird
III. Verhältnis arbeitsvertraglicher, tariflicher und gesetzlicher Regelungen zueinander (wann gilt welche Regelung?)
  1. Tarifvertragsbindung
  2. Nicht tarifgebundene Arbeitsvertragsparteien
  3. Vorrang des staatlichen Arbeitnehmerschutzrechts

B) Begründung des Arbeitsverhältnisses

I. Einstellungsgespräch
II. Schriftform des Arbeitsvertrags
III. Faktisches Arbeitsverhältnis
IV. Vertragsfreiheit
V. Befristetes – unbefristetes Arbeitsverhältnis
VI. Probezeit
VII. Beginn des Arbeitsverhältnisses
VIII. Fortbeschäftigung nach Ablauf des Ausbildungsverhältnisses

C) Aufgabenbereich der Arzthelferin

I. Berufsbild der Arzthelferin
II. Medizinische Hilfstätigkeiten der Arzthelferin (Anleitung und Überwachung)
III. Injektionen, Blutentnahmen, Infusionen

D) Arbeitszeit

I. Regelmäßige Arbeitszeit
II. Verteilung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit
  1. Sonn- und Feiertage
  2. Tarifvertraglich festgesetzte arbeitsfreie Tage
  3. Tägliche Arbeitszeit (Dauer, Beginn und Ende)
  4. Pausen
III. Überstunden
IV. Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft (Abgeltung)
V. Teilzeitbeschäftigung
VI. Arbeitszeit für Arzthelferinnen unter 18 Jahren

E) Urlaub

I. Urlaubsdauer
II. Fälligkeit des Urlaubsanspruchs, Teilurlaubsanspruch (Zwölftelung des Jahresurlaubs)
III. Anrechnung von bereits eingebrachtem Urlaub bei Wechsel der Arbeitsstelle (Urlaubsbescheinigung)
IV. „Gewähren" des Urlaubs (eigenmächtiges Fernbleiben)
V. Urlaubszweck
  1. Zusammenhängender Urlaub
  2. Verfall des Urlaubsanspruchs und Übertragbarkeit ins nächste Jahr
  3. Erkrankung und Urlaub, Kuren und Schonzeiten
  4. Erwerbstätigkeit im Urlaub
VI. Gehaltsfortzahlung im Urlaub
VII. Urlaubsabgeltung
VIII. Fortbildungsurlaub

F) Mutterschutz

I. Gestaltung des Arbeitsplatzes
II. Arbeitszeit
III. Kündigungsschutz
IV. Kündigung durch die Arzthelferin
V. Arbeitsfreistellung
VI. Mutterschaftsurlaub

G) Vergütung

I. Anrechenbare Berufsjahre
II. Zuschläge (Überstunden usw.)
III. Sonderzuwendung („Weihnachtsgeld")
IV. Vermögenswirksame Leistungen
V. Arbeitsversäumnis bzw. Arbeitsbefreiung und Gehaltsfortzahlung
VI. Vergütung bei Teilzeitbeschäftigung

H) Haftung der Arzthelferin gegenüber dem Arzt aus dem Arbeitsverhältnis

I) Beendigung des Arbeitsverhältnisses

I. Befristetes Arbeitsverhältnis
II. Tod des Praxisinhabers
III. Auflösungsvertrag
IV. Kündigung
  1. Schriftform
  2. Bedingte Kündigung
  3. Ordentliche Kündigung
    a) Kündigungsfristen
    b) Berechnung der Kündigungsfristen
  4. Begründung der ordentlichen Kündigung, K ü n d i g u n g s s c h u t z
  5. Außerordentliche (fristlose) Kündigung
    a) Kündigungsgründe
    b) Kündigungsfrist
    c) Anfechtung der außerordentlichen Kündigung
    d) außerordentliche Kündigung mit sozialer Auslauffrist
  6. Kündigung und Urlaubsanspruch
    a) Reduzierung des Urlaubsanspruchs bei außerordentlicher Kündigung
    b) Einbringen des Resturlaubs, Urlaubsabgeltung
V. Freizeitgewährung zur Stellungsuche

J) Zeugnis

I. Zwischenzeugnis und endgültiges Zeugnis
II. Einfaches und qualifiziertes Zeugnis

A) Überblick über das Arbeitsrecht

Ein Berufsrecht im engeren Sinne, wie wir es etwa bei Ärzten finden, gibt es für die Arzthelferin nicht. Im Gegensatz zu anderen medizinischen Assistenzberufen sind für die Arzthelferin auch keine gesetzlichen Bestimmungen vorhanden, die die Berufsbezeichnung schützen und die Tätigkeit unter der Berufsbezeichnung erlaubnispflichtig machen (wie z. B. für die Heilhilfsberufe der medizinischen Laboratoriumsassistenten oder der Radiologieassistenten im MTA-Gesetz oder für den Bademeister, Krankengymnasten und Masseur im sogenannten MBKG).

Die Berufsausübung der Arzthelferin unterliegt daher keinen speziellen Rechtsregelungen, sondern dem allgemeinen Arbeitsrecht.

Das allgemeine Arbeitsrecht kann in zwei Hauptbereiche aufgeteilt werden: Auf der einen Seite das sogenannte Individualarbeitsrecht, auf der anderen Seite das sogenannte kollektive Arbeitsrecht.

I. Das Individualarbeitsrecht (Arbeitsvertrag, staatliches Arbeitnehmerschutzrecht)

Mit dem Begriff des Individualarbeitsrechts umschreibt man arbeitsvertragliche und gesetzliche Bestimmungen, die sich mit der Rechtsstellung des einzelnen Arbeitnehmers im Verhältnis zum Arbeitgeber befassen.

Neben den Bestimmungen des jeweiligen Arbeitsvertrags sind dies die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches über das Dienstverhältnis und das staatliche Arbeitnehmerschutzrecht (z. B. das Bundesurlaubsgesetz, das Kündigungsschutzgesetz, die Arbeitszeitordnung, das Mutterschutzgesetz, das Jugendarbeitsschutzgesetz). Hierauf wird im einzelnen in Zusammenhang mit den konkreten Fragen unter Abschnitt B) bis J) einzugehen sein.

II. Das kollektive Arbeitsrecht

Dem kollektiven Arbeitsrecht ist das Betriebsverfassungsrecht und das Tarifrecht zuzuordnen.

1. Betriebsverfassungsrecht

Das Betriebsverfassungsrecht wird bei der Beschäftigung von Arzthelferinnen seltener relevant. Es geht darin um die betriebliche Mitbestimmung der Arbeitnehmer, die durch den Betriebsrat ausgeübt wird. Das Betriebsverfassungsgesetz geht von einem weiten Betriebsbegriff aus und erfaßt damit auch die Arztpraxis. Doch wird es häufig schon an einer anderen Voraussetzung für die Bestellung eines Betriebsrats in der Arztpraxis fehlen: Nämlich an der ständigen Beschäftigung von mindestens 5 Arbeitnehmern. Nur in solchen Betrieben werden Betriebsräte gewählt und findet folglich eine institutionalisierte betriebliche Mitbestimmung statt (§ 1 Betriebsverfassungsgesetz).

2. Tarifrecht

Der andere Zweig des kollektiven Arbeitsrechts, das Tarifrecht, betrifft das Arbeitsverhältnis der Arzthelferin aber in starkem Maße. Ihre Arbeitsbedingungen sind ja tarifrechtlich geregelt.

Tarifpartner sind auf der Seite der Arzthelferinnen drei Gewerkschaften: Die Deutsche Angestelltengewerkschaft, der Berufsverband der Arzthelferinnen und der Verband der weiblichen Angestellten. Die ÖTV hat bisher trotz der ihr von Arbeitgeberseite angebotenen Verhandlungsbereitschaft an den Tarifrunden nicht teilgenommen. Nach Verlautbarungen der ÖTV existiert bei dieser Gewerkschaft ein Grundsatzbeschluß, der einem Zusammenwirken mit anderen Arbeitnehmerverbänden, insbesondere mit der DAG, entgegensteht.

Auf der Seite der Ärzte tritt als Tarifpartner die 1968 gegründete Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen auf. Dieser Arbeitsgemeinschaft gehören freipraktizierende Ärzte an, die Arzthelferinnen beschäftigen.

Wie auch in anderen Tarifbereichen üblich, gibt es bei den Arzthelferinnen zwei Tarifverträge: Den Manteltarifvertrag und den Gehaltstarifvertrag.

a) Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen:

Der längerfristig abgeschlossene Manteltarifvertrag erfaßt die grundlegenden Arbeitsbedingungen, die nicht in kürzeren Zeitabständen immer wieder angepaßt werden müssen, so etwa die Regelung über die Arbeitszeit, Gehaltsfortzahlung, Urlaub, Kündigung usw.

Derzeit ist der Manteltarifvertrag vom 25. April 1979 in Kraft.

b) Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen:

Der kurzfristige Gehaltstarifvertrag besteht nur aus der Gehaltstabelle, der Regelung der Ausbildungsvergütung und den Zuschlägen für Überstunden, Sonn- und Feiertagsarbeit und Nachtarbeit.

Die Gehaltstabelle bei den Arzthelferinnen ist mit der Abstaffelung nach Berufsjahren statt nach Lebensjahren in stärkerer Weise leistungsbezogen, als dies z. B. beim BAT der Fall ist, wo unabhängig von der Dienstzeit und Diensterfahrung das reine Altersstufenprinzip gilt.

Der Gehaltstarifvertrag vom 22. April 1981 reicht in seiner Laufzeit bis zum 30. Juni 1982. Die bisherige Laufzeit erstreckt sich jeweils auf 1 Jahr, und zwar vom 1. April eines Jahres bis zum 31. März des Folgejahres. Durch die nunmehrige Laufzeit bis Juni ist es den Tarifpartnern des Arzthelferinnen-Tarifvertrags möglich, die Tarifentwicklung in den anderen Bereichen (z. B. öffentlicher Dienst) vor Abschluß ihres Tarifvertrages abzuwarten.

c) Personenkreis, der von den Tarifverträgen erfaßt wird:

Die vorgenannten Tarifverträge erfassen nur Arzthelferinnen, die die Prüfung vor der Ärztekammer bestanden haben oder sich in der Ausbildung zur Arzthelferin befinden.

Bereits mit der Änderung des Manteltarifvertrags 1977 wurden aber in den Arzthelferinnen-Tarifvertrag erstmals auch bestimmte Praxisangestellte und staatlich geprüfte Krankenschwestern sowie Kinderkrankenschwestern einbezogen, wenn sie eine Arzthelferinnentätigkeit oder eine gleichwertige Tätigkeit in der Arztpraxis ausüben.

Das bedeutet allerdings nicht, daß auch die Absolventinnen der Institute für kaufmännisch-praktische Arzthelferinnen, die nicht die Arzthelferinnen-Prüfung vor

der Ärztekammer nachgeholt haben, unter den Tarifvertrag fallen. Denn mit jener Erweiterung des Geltungsbereichs des Manteltarifvertrags 1977 sollten nur diejenigen Hilfskräfte in der Arztpraxis erfaßt werden, die zu der Zeit, als die einheitlichen Prüfungen vor den Ärztekammern eingeführt wurden (das war 1975), schon eine Arzthelferinnen-Tätigkeit ausübten und denen man nicht zumuten wollte, daß sie diese neue Arzthelferinnen-Prüfung noch nachholen.

III. Verhältnis arbeitsvertraglicher, tariflicher und gesetzlicher Regelungen zueinander (wann gilt welche Regelung?)

1. Tarifvertragsbindung

Die Zeiten, in denen Arbeitsverhältnisse per Handschlag begründet wurden, sind vorüber. Heute wird das Arbeitsverhältnis durch einen Arbeitsvertrag geschlossen. Deshalb gelten zunächst die vertraglichen Vereinbarungen, die Arzt und Arzthelferin im Arbeitsvertrag ausgehandelt haben.

Sind beide Seiten aber Mitglied von Tarifparteien und haben diese Tarifparteien einen Tarifvertrag für den betreffenden Berufsbereich geschlossen, dann geht der Tarifvertrag den Vereinbarungen des Arbeitsvertrags grundsätzlich vor. Man spricht von der sogenannten Tarifgebundenheit beider Seiten, die durch das Tarifvertragsgesetz (§§ 3, 4 TVG) festgelegt ist. Das bedeutet, daß der Inhalt des Arbeitsverhältnisses automatisch mit Abschluß eines Arbeitsvertrags durch die Regelungen des Tarifvertrags bestimmt wird.

Wenn ein Arzt also Mitglied der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen und die Arzthelferin Mitglied der DAG, des Berufsverbands der Arzthelferinnen oder des Verbands der weiblichen Angestellten ist, bilden der Manteltarifvertrag und der Gehaltstarifvertrag der Arzthelferinnen den Inhalt des Arbeitsvertrags. In diesem Fall muß der Arzt der Arzthelferin das im Gehaltstarifvertrag festgelegte Gehalt bezahlen (Tariflohn). Will der Arzt mehr bezahlen, so kann dies im Arbeitsvertrag vereinbart werden (übertarifliche Entlohnung).

Für die beiderseits Tarifgebundenen gilt im übrigen § 2 des Manteltarifvertrags für Arzthelferinnen, wonach Vereinbarungen im Arbeitsvertrag, die Bestimmungen des Tarifvertrags zu ungunsten der Arzthelferin einschränken, unwirksam sind.

Vom Tarifvertrag abweichende Regelungen zwischen Arzt und Arzthelferin in einem Arbeitsvertrag sind folglich nur in drei Fällen zulässig:

— Es kann im Arbeitsvertrag vom Tarifvertrag abgewichen werden, wenn und soweit der Tarifvertrag dies ausdrücklich zuläßt. So bestimmt z. B. § 2 Abs. 2 des Gehaltstarifvertrags für Arzthelferinnen bezüglich der Ausbildungsvergütung, daß von den festgelegten Vergütungssätzen in besonderen Fällen auf Antrag der Sorgeberechtigten abgewichen und eine geringere Ausbildungsvergütung vereinbart werden kann.

— Arbeitsvertragliche Regelungen können getroffen werden, soweit der Tarifvertrag einen Punkt überhaupt nicht regelt. So könnten z. B. besondere Bestimmungen über die Haftung der Arzthelferin aus ihrer Tätigkeit im Angestelltenverhältnis zum Arzt getroffen werden.

— Von tarifvertraglichen Bestimmungen kann abgewichen werden, soweit diese Abweichungen den Arbeitnehmer günstiger als nach Tarifrecht stellen (so z. B. die vorerwähnte übertarifliche Entlohnung).

2. Nicht tarifgebundene Arbeitsvertragsparteien

Wenn weder Arzt noch Arzthelferin Mitglied einer Tarifvertragspartei sind oder auch nur einer von beiden nicht Mitglied seiner jeweiligen Tarifvertragspartei ist, entfaltet der Tarifvertrag für das Arbeitsverhältnis keinerlei Bindungswirkung. Der Arzt ist dann auch nicht verpflichtet, das Arbeitsverhältnis nach den Bedingungen der Tarifverträge zu gestalten, insbesondere ist er nicht verpflichtet, den Tariflohn zu gewähren. Die Bedingungen des Arbeitsverhältnisses können in diesem Fall im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Arbeitnehmerschutzvorschriften frei ausgehandelt werden. Die Entlohnung kann unter den Sätzen des Tariflohns vereinbart werden.

In der Praxis lehnt man sich aber auch in den Fällen der nicht gegebenen Tarifbindung beim Abschluß des Arbeitsvertrags inhaltlich an die Tarifvertragsregelungen an. Es kann in einem solchen Arbeitsvertrag kurz und bündig nur die entsprechende Anwendung aller oder bestimmter Tarifvertragsbestimmungen vereinbart werden.

Die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern haben den Ärzten jedoch empfohlen, die Arbeitsverträge mit Arzthelferinnen entsprechend dem Manteltarifvertrag und dem Gehaltstarifvertrag abzuschließen, auch wenn der Arzt nicht Mitglied der Arbeitsgemeinschaft und die Arzthelferin nicht Mitglied einer der an den Tarifverträgen beteiligten Gewerkschaften ist.

Von Gewerkschaftsseite wird diese entsprechende Anwendung der Tarifverträge zur Ausgestaltung der Arbeitsverträge mit Nichtgewerkschaftsmitgliedern allerdings mit gewissem Argwohn betrachtet. Die Gewerkschaften sprechen ja bei Nichtgewerkschaftsmitgliedern, die auf diese Weise von den Tarifabschlüssen der Gewerkschaften profitieren, von sogenannten „Trittbrettfahrern". Sie sähen es lieber, wenn Nichtgewerkschaftsmitgliedern unter dem Tariflohn liegende Vergütungen bezahlt würden. Das Bundesarbeitsgericht hat in dem Zusammenhang eindeutig festgestellt, daß z. B. tarifgebundene Arbeitgeber durch den Tarifvertrag nicht verpflichtet werden können, ihren Arbeitnehmern, die nicht in der Gewerkschaft sind, weniger zu zahlen, als den Gewerkschaftsmitgliedern. Ansonsten würde auf Nichtgewerkschaftsmitglieder ein indirekter Druck zum Gewerkschaftsbeitritt ausgeübt.

3. Vorrang des staatlichen Arbeitnehmerschutzrechts

Die gesetzlichen Vorschriften des Arbeitsrechts haben nur die Funktion, Mindestarbeitsbedingungen und Schutzvorschriften für den Arbeitnehmer festzulegen. Hier schützt der Staat den in der Regel sozial schwächeren Arbeitnehmer. Deshalb entfalten diese gesetzlichen Vorschriften nur Wirksamkeit, wenn und soweit arbeitsvertragliche und tarifvertragliche Regelungen fehlen. Sie entfalten aber auch dann Wirksamkeit, wenn sie zwingender Natur sind und der Arbeitsvertrag bzw. Tarifvertrag hinter den gesetzlich festgeleg-

ten Bedingungen zurückbleibt. Dazu ein einfaches Beispiel aus dem Urlaubsrecht:

§ 3 Bundesurlaubsgesetz bestimmt, daß der jährliche Urlaub mindestens 18 Werktage beträgt.

Sprechen Arbeits- bzw. Tarifvertrag den Urlaub überhaupt nicht an, hat der Arbeitnehmer unmittelbar aus dem Gesetz den Anspruch auf 18 Urlaubstage.

Wird dem Arbeitnehmer arbeitsvertraglich oder tarifvertraglich (bei Geltung des Tarifvertrags aufgrund beiderseitiger Tarifgebundenheit oder entsprechender Anwendung des Tarifvertrags im Arbeitsvertrag) mehr als 18 Tage Urlaub eingeräumt, wie z. B. im Manteltarifvertrag der Arzthelferinnen, tritt die gesetzliche Vorschrift zurück.

Werden in einem Arbeits- bzw. Tarifvertrag aber nur 15 Urlaubstage zuerkannt, sind diese Vertragsbestimmungen nichtig, weil von der gesetzlichen Regelung des § 3 Bundesurlaubsgesetz gemäß § 13 dieses Gesetzes nicht abgewichen werden darf. Es gilt dann anstelle der Vertragsbestimmungen § 3 Bundesurlaubsgesetz mit 18 Urlaubstagen.

Nicht jede gesetzliche Bestimmung des Arbeitsrechts ist aber in dieser Weise zwingend. Bei nicht zwingenden Vorschriften spricht man von sogenanntem dispositivem Recht.

Ein Beispiel aus dem Kündigungsrecht:

§ 622 BGB regelt – von Spezialgesetzen abgesehen – allgemein die Kündigungsfristen von Angestellten. Danach kann einem Angestellten nur unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsschluß gekündigt werden. Die Bestimmung läßt aber gleichzeitig zu, daß durch Tarifvertrag beliebig kürzere Kündigungsfristen vereinbart werden können. Der Arzthelferinnen-Tarifvertrag hat davon aber keinen Gebrauch gemacht und ist bei der Kündigungsfrist von 6 Wochen zum Quartalsschluß geblieben.

§ 622 BGB läßt eine Verkürzung der dort vorgesehenen Kündigungsfristen aber nicht nur durch Tarifvertrag, sondern auch durch Arbeitsvertrag zu, setzt hier aber der Verkürzung gewisse Grenzen. Danach darf die Kündigungsfrist arbeitsvertraglich nur bis zu einem Monat zum Schluß des Kalendermonats verkürzt werden. Das ist also die Minimalkündigungsfrist, die z. B. Arzt und Arzthelferin arbeitsvertraglich vereinbaren könnten, wenn sie nicht tarifgebunden sind und den Tarifvertrag nicht entsprechend anwenden wollen.

Zusammenfassung

– Sind Arzt und Arzthelferin tarifgebunden, gilt der Tarifvertrag. Im Einzelarbeitsvertrag können darüber hinaus nur Regelungen getroffen werden, soweit sie im Tarifvertrag nicht angesprochen werden, der Tarifvertrag dies zuläßt oder der Arbeitnehmer günstiger gestellt wird.

– Sind Arzt oder Arzthelferin nicht tarifgebunden, gilt allein der Einzelarbeitsvertrag. Zweckmäßigerweise übernimmt man dabei jedoch die Regelung des Arzthelferinnen-Tarifvertrags in den Arbeitsvertrag, am besten durch Verweisung.

– Die gesetzlichen Vorschriften des Arbeitsrechts greifen ein, soweit im Arbeitsvertrag bzw. Tarifvertrag keine Regelungen enthalten sind. Die gesetzlichen Vorschriften des Arbeitsrechts heben auch entsprechende Bestimmungen in Arbeitsverträgen bzw. Tarifverträgen auf, soweit sie zwingender Natur sind.

B) Begründung des Arbeitsverhältnisses

I. Einstellungsgespräch

Im Einstellungsgespräch können grundsätzlich Fragen aller Art gestellt werden. Fragen sind von einem Bewerber jedoch nur zu beantworten, soweit sie für die Besetzung des Arbeitsplatzes erforderlich und darüber hinaus zulässig sind. Letzteres schließt Fragen des Arbeitgebers, die den Intimbereich berühren, aus. Zulässig ist bei der Einstellung der Arzthelferin aber z. B. die Frage nach einer bestehenden Schwangerschaft.

Werden zulässige Fragen falsch beantwortet, berechtigt das die andere Partei zur Anfechtung des Arbeitsvertrags. So muß die Arzthelferin zwar von sich aus bei der Einstellung nicht ungefragt eine Schwangerschaft angeben. Fragt der Arzt aber danach und gibt sie die ihr schon bekannte Schwangerschaft nicht an, kann der Arzt nachträglich ohne Einhaltung von Kündigungsschutzfristen den Arbeitsvertrag wegen Täuschung anfechten und damit auflösen.

II. Schriftform des Arbeitsvertrags

Das Beschäftigungsverhältnis der Arzthelferinnen wird wie jedes Beschäftigungsverhältnis durch einen Arbeitsvertrag begründet, d. h., beide Seiten einigen sich ausdrücklich über die Eingehung des Arbeitsverhältnisses.

Der Abschluß eines Arbeitsvertrags ist z. B. im Gegensatz zum Ausbildungsvertrag grundsätzlich formfrei, soweit nicht tarifrechtlich etwas anderes gilt. Es würde also eine mündliche Absprache genügen.

Für beiderseits Tarifgebundene sieht der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen allerdings zwingend die Schriftform eines Arbeitsvertrags vor. Diese Verpflichtung zur Schriftform gilt auch für Nebenabreden, für Punkte, die z. B. im Tarifvertrag nicht geregelt sind.

Auch nicht tarifgebundene Vertragspartner, bei denen die bloße mündliche Vereinbarung eines Arbeitsverhältnisses voll wirksam wäre, sollten aus Gründen der Rechtssicherheit stets einen schriftlichen Arbeitsvertrag unter möglichst eingehender Regelung in Anlehnung an den Tarifvertrag für Arzthelferinnen schließen.

III. Faktisches Arbeitsverhältnis

Schließen beiderseits tarifgebundene Parteien entgegen der zwingenden Schriftform des Manteltarifvertrags für Arzthelferinnen keinen schriftlichen Arbeitsvertrag, so wäre diese mündliche Vereinbarung unwirksam. Das hat aber nicht zur Folge, daß die Arzthelferin gänzlich ungeschützt verbliebe und etwa keinen Anspruch auf die Arzthelferinnenvergütung hätte. Rechtslehre und Rechtsprechung haben für diese Fälle zur Vermeidung von Unbilligkeiten das sogenannte faktische Arbeitsverhältnis konstruiert.

Dieses faktische Arbeitsverhältnis greift auch ein, wenn ein Arbeitsvertrag aus anderen Gründen unwirksam ist.

Wenn aufgrund eines unwirksamen Arbeitsverhältnisses Arbeit geleistet wurde, behandelt man Arbeitgeber und Arbeitnehmer so, als ob für die Vergangenheit ein gültiges Arbeitsverhältnis vorgelegen hätte. Nur für die Zukunft lassen sich aus einem solchen faktischen Arbeitsverhältnis keine Rechte und Pflichten ableiten. Das bedeutet, daß die Arzthelferin immer Ansprüche aus der bereits geleisteten Arbeit hat, z. B. auf Lohn und Urlaub. Andererseits besteht aber kein zukünftiger Anspruch auf Fortbeschäftigung.

Das faktische Arbeitsverhältnis kann ohne Kündigung und Kündigungsschutz zu jeder Zeit und von jeder Partei beendet werden.

IV. Vertragsfreiheit

Nach dem Grundsatz der Vertragsfreiheit sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer auch in der Entscheidung, ob sie ein Arbeitsverhältnis begründen wollen, völlig frei.

Hiervon gelten nur wenige Ausnahmen. Diese Ausnahmen, d. h. die Gebote oder Verbote für den Abschluß eines Arbeitsvertrags, sind für den niedergelassenen Arzt von nicht allzu großer Bedeutung. So trifft z. B. die Verpflichtung, eine bestimmte Anzahl von Schwerbehinderten zu beschäftigen, Ärzte in der Regel nicht, da dies nur für Arbeitgeber mit mindestens 16 Arbeitsplätzen gilt (§ 4 Schwerbehindertengesetz).

Ein Verbot des Abschlusses von Arbeitsverträgen, das aber auch den Arzt trifft, kann z. B. nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz gegeben sein. Danach ist die Beschäftigung Jugendlicher unter 15 Jahren nur gestattet, wenn es sich um ein Berufsausbildungsverhältnis handelt, oder die Jugendlichen außerhalb eines Berufsausbildungsverhältnisses mit leichten und für sie geeigneten Tätigkeiten bis zu 7 Stunden täglich und 35 Stunden wöchentlich beschäftigt werden (§ 7 Jugendarbeitsschutzgesetz).

V. Befristetes — unbefristetes Arbeitsverhältnis

Das Arbeitsverhältnis wird, wenn Arzt und Arzthelferin nichts anderes vereinbart haben, auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Ein befristetes Arbeitsverhältnis ist nur zulässig und wirksam, wenn die Befristung sachlich gerechtfertigt ist, z. B. zur Erprobung oder bei Einstellung als Aushilfskraft.

Nicht zulässig ist in der Regel das sogenannte Kettenarbeitsverhältnis. Das ist das fortlaufende Aneinanderreihen befristeter Arbeitsverträge mit einem Arbeitnehmer. Dadurch verliert der Arbeitnehmer häufig eine Reihe von Rechten, die an das ununterbrochene Fortbestehen eines Arbeitsverhältnisses geknüpft sind, z. B. den besonderen Kündigungsschutz nach dem Kündigungsschutzgesetz oder nach dem Gesetz über die Kündigungsfristen bei Angestellten.

Die Befristung des Arbeitsverhältnisses muß somit immer auf berechtigten Interessen des Arbeitgebers oder Arbeitnehmers beruhen. Eine mehrmalige Befristung ist grundsätzlich unzulässig.

Ein befristetes Arbeitsverhältnis wandelt sich nach § 625 BGB automatisch in ein unbefristetes um, wenn es nach Ablauf der Befristung stillschweigend fortgesetzt wird und nicht eine Seite unverzüglich nach Fristablauf der Fortsetzung widerspricht.

VI. Probezeit

In der Regel wird beim Abschluß eines Arbeitsverhältnisses eine Probezeit vereinbart.

Nach dem Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen gelten dabei die ersten 3 Monate als Probezeit. Die Probezeit entfällt aber, wenn die Arzthelferin bei dem Arzt schon in der Berufsausbildung stand und nach erfolgreicher Abschlußprüfung in der Praxis des Arztes weiterarbeitet. Dann besteht kein Bedürfnis mehr für eine Erprobung.

Die Probezeit kann zwischen nicht tarifgebundenen Vertragspartnern auch bis zu 6 Monaten verlängert werden. Längere Probezeiten sind in der Regel unüblich und unverhältnismäßig.

Wenn in einem Arbeitsvertrag nur von der „Probezeit" die Rede ist, das Arbeitsverhältnis aber nicht auf die Dauer der Probezeit befristet ist, bedeutet das, daß ein vollwertiges Arbeitsverhältnis zustande gekommen ist, in dem nur innerhalb der Probezeit jederzeit unter erleichterten Bedingungen (nämlich mit kürzeren Fristen) beiderseits gekündigt werden kann.

Die Erprobung kann bei nicht tarifgebundenen Parteien aber auch in anderer Weise erfolgen: Wenn von vornherein ein befristetes Arbeitsverhältnis und danach erst ein neues, unbefristetes Arbeitsverhältnis eingegangen wird. Dann kann aber während der Befristung von keiner Seite ordentlich gekündigt werden. Dem Arbeitnehmer muß hier anders als beim unbefristeten Arbeitsverhältnis mit Probezeit bis zum Ablauf der Frist die Chance der Bewährung gegeben werden. Nur die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grunde (z. B. schwerwiegende Vertragsverletzung von einer Seite) ist in diesem zur Erprobung befristeten Arbeitsverhältnis möglich.

VII. Beginn des Arbeitsverhältnisses

Das Arbeitsverhältnis beginnt mit dem Vertragsschluß, auch wenn die Tätigkeit in der Regel erst zu einem späteren Zeitpunkt angetreten wird.

Es gelten daher bereits ab dem Vertragsschluß die Vorschriften über die Kündigungsfristen. Nur beginnt die Kündigungsfrist nicht schon ab Vertragsschluß, sondern erst ab dem ersten Arbeitstag zu laufen.

Das hat z. B. folgende praktische Konsequenzen:

Eine Arzthelferin hat sich bei einem Arzt beworben und mit ihm den Arbeitsvertrag mit vorgesehener Arbeitsaufnahme zum Monatsersten des nächsten Quartals abgeschlossen. Dann findet sie aber noch vor Arbeitsaufnahme bei diesem Arzt eine andere, ihr mehr zusagende Stelle. Nun kann sie noch vor Arbeitsaufnahme sofort den bisherigen Arbeitsvertrag wieder kündigen. Der Arzt kann aber dennoch verlangen, daß sie ihre Arbeit zum vereinbarten Termin antritt, und bis zum Ablauf der Kündigungsfrist, die erst mit dem Tag der Arbeitsaufnahme beginnt, tätig ist.

VIII. Fortbeschäftigung nach Ablauf des Ausbildungsverhältnisses

Wie bereits ausgeführt, müssen sich zur Begründung eines Arbeitsverhältnisses beide Seiten hierüber ausdrücklich einigen.

Eine besondere Situation ist dann gegeben, wenn eine Arzthelferin bei einem Arzt bereits in Ausbildung stand und nach Abschluß der Ausbildung weiterarbeitet, ohne daß man ausdrücklich über den Abschluß eines Arbeitsvertrags verhandelt hat.

Dann gilt nach dem Gesetz (§ 17 Berufsbildungsgesetz) stillschweigend ein Arbeitsvertrag als geschlossen, und zwar auf unbestimmte Zeit.

Das Arbeitsverhältnis der Arzthelferin endet grundsätzlich mit Ablauf der zweijährigen Ausbildungszeit, gleichgültig, ob die Abschlußprüfung noch nicht absolviert wurde oder bereits stattgefunden hat, aber nicht bestanden wurde (§ 14 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz). Wenn die Abschlußprüfung vor Ablauf der zweijährigen Ausbildungszeit bestanden wurde, endet das Ausbildungsverhältnis nach § 14 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ja bereits mit dem Bestehen der Prüfung. Besteht die Arzthelferin die Abschlußprüfung nicht, kann sie allerdings die Fortsetzung des Ausbildungsverhältnisses bis zum nächsten Prüfungstermin zum Zwecke der Wiederholung der Prüfung, längstens aber für ein Jahr, verlangen (§ 14 Abs. 3 Berufsbildungsgesetz).
Beide Seiten, Arzt und Arzthelferin, sollten sich schon vor Beendigung des Ausbildungsverhältnisses darüber im klaren sein, ob und für welche Zeit sie nachher ein Arbeitsverhältnis eingehen wollen. Wenn ein Arbeitsverhältnis nicht beabsichtigt ist, muß dies dem Vertragspartner rechtzeitig vor Beendigung des Ausbildungsverhältnisses, möglichst schriftlich, mitgeteilt werden. Eine Kündigung ist nicht erforderlich, weil ja das Ausbildungsverhältnis automatisch kraft Gesetzes durch Zeitablauf aufgelöst wird.

Die stillschweigende Fortbeschäftigung nach Abschluß der Ausbildungszeit und der dadurch bewirkte gesetzliche Übergang in ein Arbeitsverhältnis hat vor allem die Konsequenz, daß anstelle der niedrigeren Ausbildungsvergütung die reguläre Arbeitsvergütung zu zahlen ist. Das gilt auch dann, wenn die Ausbildung nicht erfolgreich abgeschlossen wurde, die Arzthelferin die Fortsetzung des Ausbildungsverhältnisses nicht verlangt hat, aber stillschweigend mit ihren bisherigen Tätigkeiten weiterbeschäftigt wird.

(Wegen der nicht erfüllten Schriftform des Arbeitsvertrags bei stillschweigender Weiterbeschäftigung nach Abschluß der Ausbildung siehe unter Abschnitt B II und III).

C) Aufgabenbereich der Arzthelferin

Die Haftpflicht des Arbeitnehmers aus dem Arbeitsverhältnis ist die Arbeitsleistung. Ihr entspricht ein durch die Rechtsprechung anerkannter Anspruch der Arzthelferin auf vertragsgemäße Beschäftigung.

I. Berufsbild der Arzthelferin

In der Regel werden im Arbeitsvertrag die zu verrichtenden Tätigkeiten nicht im einzelnen aufgeführt sein. Auch der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen definiert nicht den Begriff der Arzthelferin bzw. enthält keine Aussagen über die Tätigkeiten, die einer Arzthelferin typischerweise zufallen. Er setzt dieses Tätigkeitsbild vielmehr voraus, wenn es in § 1 heißt, daß der Tarifvertrag für Arzthelferinnen gilt und als Arzthelferinnen all diejenigen angesehen werden können, deren Tätigkeit dem Berufsbild der Arzthelferin entspricht. So konnte man vorgehen, denn für den Beruf der Arzthelferin hat sich im Laufe der Zeit ein abgerundetes Berufsbild entwickelt. Dieses Berufsbild, das heute weit über die ursprüngliche Tätigkeit der Sprechstundenhilfe hinausgewachsen ist, wurde vom Bundesarbeitsminister anerkannt und liegt der Ausbildung der Arzthelferin zugrunde.

Das Tätigkeitsbild und damit der Aufgabenbereich der Arzthelferin kann in drei Bereiche aufgegliedert werden

— den technischen Bereich, wie etwa die Wartung der technischen, apparativen Einrichtung der Praxis, und

— den verwaltenden Bereich in der Praxis.

Letzterer umfaßt ein besonders großes Spektrum an Aufgaben, von der Führung der Patientenkartei und der damit verbundenen Datenerhebung über Terminvereinbarungen und Telefonate bis zur Praxisbuchführung und Kassenabrechnung.

Die Arzthelferin hat somit kraft Arbeitsvertrags alle ihrem Berufsbild entsprechenden Tätigkeiten nach den Weisungen des Arztes zu verrichten, soweit arbeitsvertraglich nichts Besonderes festgelegt ist.

Soll die Arzthelferin daneben noch mit Tätigkeiten außerhalb ihres Berufsbildes betraut werden, so muß dies zusätzlich vereinbart werden. Für beiderseits tarifgebundene Arbeitsvertragsparteien handelt es sich dann um eine Nebenabrede nach § 2 des Manteltarifvertrags, die schriftlich niederzulegen ist.

II. Medizinische Hilfstätigkeiten der Arzthelferin (Anleitung und Überwachung)

Auch wenn die Arzthelferin einen medizinischen Assistenzberuf ausübt, kann und soll sie in gewissem Rahmen bei medizinischen Hilfstätigkeiten selbständig arbeiten. Selbständig in diesem Sinne bedeutet natürlich nicht, daß die Arzthelferin eigene diagnostische oder therapeutische Entscheidungen in bezug auf den Patienten trifft. Sie führt nur gegebenenfalls diagnostische Maßnahmen, z. B. bei ihrer Labortätigkeit, oder therapeutische Maßnahmen, z. B. bei Bestrahlungen, nach Anordnung des Arztes aus.

Die Anordnung allein genügt allerdings für den Arzt nicht. Der Arzt muß auch die Helferin mit abgeschlossener Ausbildung anleiten und überwachen, vor allem unter haftungsrechtlichen Aspekten. Das Maß der Anleitung und Überwachung (z. B. Häufigkeit und Intensität der Kontrollen durch den Arzt) richtet sich nach der allgemeinen Berufserfahrung der Arzthelferin bzw. ihrer Erfahrung mit den speziellen Verrichtungen, zu denen sie der Arzt heranzieht.

Für manche Verrichtungen ist eine permanente Überwachung erforderlich. So bestimmt z. B. § 20 Abs. 1 der Röntgenverordnung für die Anwendung von Rönt-

genstrahlen, daß der Arzt insoweit neben Radiologieassistentinnen und MTAs auch andere Hilfskräfte einsetzen kann, wenn diese die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz besitzen und unter seiner ständigen Aufsicht und Verantwortung tätig werden.

III. Injektionen, Blutentnahmen, Infusionen

Auch Injektionen, Blutentnahmen und Infusionen können der Arzthelferin übertragen werden. Da sie aber nach dem Berufsbild der Arzthelferin nicht zu deren üblichen, typischen Aufgabenbereichen gehören, muß der Arzt hier in besonderem Maße die ordnungsgemäße Durchführung seiner Anordnungen überwachen. Vor allem dürfen die Eingriffe nur von solchen Arzthelferinnen durchgeführt werden, die in der Punktions- und Injektionstechnik besonders ausgebildet sind.

Vor nicht langer Zeit hat der Bundesgerichtshof diese Aufgabenabgrenzung zwischen Arzt und nichtärztlichen Hilfspersonen in bezug auf intramuskuläre Injektionen vorgenommen. Das Gericht stellte fest, daß auch heute noch – trotz der wesentlich verbesserten Ausbildung der medizinischen Assistenzberufe – vieles dafür spreche, intramuskuläre Injektionen dem Arzt vorzubehalten. Zumindest obliegt dem Arzt aber bei der Delegation dieser Aufgaben an Hilfspersonal eine besondere Auswahl- und Überwachungsverantwortung.

D) Arbeitszeit

(Wegen der Arbeitszeit im Rahmen des Mutterschutzes siehe unter Abschnitt F II)

I. Regelmäßige Arbeitszeit

Die Arbeitszeit wird als Regelarbeitszeit festgelegt. Diese Regelarbeitszeit ist meist auf die Arbeitswoche bezogen.

Die gesetzliche Regelung (Arbeitszeitordnung) legt fest, daß die werktägliche Arbeitszeit in der Regel 8 Stunden nicht überschreiten darf. Da auch der Samstag ein Werktag ist, kommt man so auf eine grundsätzlich zulässige Wochenarbeitszeit von 48 Stunden.

Die Arbeitszeitordnung legt aber nur das von Gesetzes wegen zulässige Höchstmaß für die Arbeitszeit fest. Es dürfte heute kaum noch Arbeitsbereiche geben, für die nicht tarifvertraglich oder arbeitsvertraglich die Regelarbeitszeit unter 48 Wochenstunden angesetzt ist. So sieht natürlich auch der Manteltarifvertrag der Arzthelferin die 40-Stundenwoche vor.

II. Verteilung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit ist eine durchschnittliche Arbeitszeit. Das bedeutet – z. B. bezogen auf die tarifvertragliche 40-Stundenwoche der Arzthelferin –, daß nicht jede Woche exakt 40 Stunden gearbeitet werden muß. Es müssen nur in einem längeren Zeitraum im Durchschnitt 40 Stunden pro Woche geleistet werden. So können z. B. in der einen Woche 46 Stunden, in der anderen Woche dafür nur 34 Stunden gearbeitet werden. Im Durchschnitt der beiden Wochen errechnet sich dann wieder eine Wochenarbeitszeit von 40 Stunden.

Selbstverständlich kann der Zeitraum, in dem der 40-Stundendurchschnitt pro Woche erreicht werden muß, nicht zu lange ausgedehnt werden. In der Arbeitszeitordnung (§ 4) heißt es hierzu: „Wird die Arbeitszeit an einzelnen Werktagen regelmäßig verkürzt bzw. erfordert die Art des Betriebes eine ungleichmäßige Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit, kann der Zeitausgleich in der vorhergehenden Woche, in derselben Woche oder in der nachfolgenden Woche vorgenommen werden."

Der Arzt kann demnach in diesem Rahmen (3-Wochen-Zeitraum) die regelmäßige Arbeitszeit von durchschnittlich 40 Wochenstunden für die Arzthelferin verteilen. Dieser Verteilung sind aber gewisse Grenzen gesetzt:

1. Sonn- und Feiertage

Zunächst kann sich die Arbeitspflicht auch für die Arzthelferin nur auf Werktage erstrecken. An Sonn- und Feiertagen herrscht nach den gesetzlichen Bestimmungen grundsätzlich Arbeitsruhe.

Das Gesetz zur Regelung der Lohnzahlung an Feiertagen gewährleistet den Arbeitnehmern den Vergütungsanspruch auch für diese arbeitsfreien Tage. Für Angestellte, wie die Arzthelferin, ergibt sich das ohnehin schon aus dem Begriff des Monatsgehalts. Wer nicht nach Stunden entlohnt wird, wie z. B. Arbeiter, sondern ein Wochen- oder Monatsgehalt bezieht, erhält dieses Gehalt als Gesamtabgeltung für diesen Zeitabschnitt ohne Rücksicht auf die darin liegenden arbeitsfreien Feiertage.

Die Arbeitsruhe an Sonn- und Feiertagen bedeutet natürlich nicht, daß Sonn- und Feiertagsarbeit gänzlich ausgeschlossen wären. Nur findet diese Arbeit dann außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit statt und ist mit den dafür vorgesehenen Zuschlägen abzugelten. In vielen Bereichen ist es erforderlich, daß auch an Feiertagen und sonntags gearbeitet oder zumindest eine Arbeitsbereitschaft geleistet wird. Im medizinischen Bereich betrifft das vor allem die Krankenhäuser, aber auch die Arztpraxis im Notfalldienst oder Hintergrunddienst.

Daher bestimmt § 7 Abs. 5 des Manteltarifvertrags der Arzthelferinnen, daß der Arzt berechtigt ist, die Arzthelferin an Tagen, an denen er selbst zum Notfalldienst eingeteilt ist, auch außerhalb der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit zu beschäftigen, gegebenenfalls in Bereitschaft oder Rufbereitschaft.

2. Tarifvertraglich festgesetzte arbeitsfreie Tage

Zur Verteilung der wöchentlichen Regelarbeitszeit bestimmt der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen folgendes:

– Die Nachmittage am Tag vor Weihnachten und vor Neujahr müssen grundsätzlich arbeitsfrei bleiben.

– In jeder Woche – also in der Zeit von Montag mit Samstag – müssen ein ganzer Tag oder zwei halbe Tage arbeitsfrei bleiben. Dabei soll auf jeden Fall der Samstagnachmittag frei sein.

Im Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen ist zwar festgelegt, daß die Nachmittage vor Weihnachten und

Neujahr grundsätzlich frei bleiben müssen. Das bedeutet aber nicht, daß der Arzt in Ausnahmefällen nicht auch an diesen Nachmittagen die Arzthelferin zur Arbeit heranziehen könnte. Denkbar wäre z. B. ein solcher Ausnahmefall, wenn der Arzt in der Woche vor Weihnechten oder Neujahr Sprechstunden nachholen muß, die er etwa wegen seiner vorhergehenden Erkrankung nicht hat abhalten können.

Bei vielen anderen Arbeitnehmern bleibt der Samstag gänzlich arbeitsfrei, d. h., auf Samstage entfällt keine regelmäßige Arbeitszeit. Da dies so allgemein in der Arztpraxis nicht möglich ist, sichert der Manteltarifvertrag den Arzthelferinnen (bei Beschäftigung auch an Samstagen) diesen freien Tag pro Woche in anderer Weise: Es können statt eines ganzen freien Tages euch zwei halbe Tage erbeitsfrei bleiben. Der Arzt kann die Arzthelferin somit am Samstagvormittag beschäftigen, soll aber den Samstagnachmittag und einen weiteren halben Tag unter der Woche frei halten.

Wenn auch diese vorgenannten Tarifbedingungen einen gewissen Rahmen für die Einteilung der regelmäßigen Arbeitszeit durch den Arzt abstecken, heißt das nicht, daß der Arzt die Arzthelferin zu diesen Zeiten (etwa am Samstagnachmittag) überhaupt nicht zur Arbeitsleistung heranziehen dürfte. Es gilt insoweit das schon zur Arbeit an Sonn- und Feiertagen Ausgeführte: Wenn der Arzt zu solchen Zeiten Notfalldienst leisten muß, kann er auch von der Arzthelferin den Einsatz verlangen. Nur ist diese Arbeit dann wiederum außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit geleistet. Gegebenenfalls ist diese Zeit mit Überstundenzuschlag abzugelten, soweit nicht bloßer Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft vorliegen. Letztere sind nicht als Überstunden zu bewerten (siehe dazu unter Abschnitt D III und IV).

3. Tägliche Arbeitszeit (Dauer, Beginn und Ende)

Der Verteilung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit auf die einzelnen Wochentage sind außer den vorgenannten Grenzen bezüglich der Sonn- und Feiertage und den tarifvertraglichen Einschränkungen auch noch die Grenzen der Arbeitszeitordnung gesetzt.

So darf die regelmäßige werktägliche Arbeitszeit die Dauer von 8 Stunden nicht überschreiten (§ 3 AZO). Auch wenn im Einzelfall die Arbeitszeit an menchen Tagen zum Ausgleich für eine Arbeitszeitverkürzung an anderen Tagen (Gewährleistung des 40-Wochenstunden-Durchschnitts) verlängert wird, darf bei dieser ungleichen Verteilung der Arbeitszeit auf die Werktage das Tagesmaß nie über 10 Stunden hinausgehen (§ 4 Abs. 3 AZO).

Hier setzt das staatliche Arbeitnehmerschutzrecht eine auch nicht durch Tarifvertrag oder Arbeitsvertrag veränderliche Höchstgrenze.

Nur wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt, kenn nach der Arbeitszeitordnung die 10-Stundengrenze – allerdings nur durch Tarifvertrag, nicht durch den einzelnen Arbeitsvertrag! – heraufgesetzt werden. Von einer solchen Regelung sieht der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen jedoch ab, weil diese Voraussetzungen hinsichtlich der Regelmäßigkeit und des Umfangs der Bereitschaftsdienstzeiten bei Arzthelferinnen meist nicht vorliegen.

Der Arzt kann in dem vorgenannten Rahmen nicht nur die Dauer, sondern auch Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit festlegen. Dazu bestimmt der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen lediglich, daß Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit sich nach den Erfordernissen der jeweiligen Praxis zu richten haben (§ 7 Abs. 2). Diese Erfordernisse können von Praxis zu Praxis unterschiedlich sein.

Bei entsprechender Festsetzung von Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit läßt sich auch die erforderliche Abendsprechstunde einbeziehen, ohne daß hierfür Überstunden anfallen müßten. Zu beachten ist dann nur der eventuelle, ab 20.00 Uhr anfallende Nachtarbeitszuschlag, denn als Nachtarbeitszeit im Sinne der Zuschlagsberechtigung setzt der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen die Zeit von 20.00 Uhr bis 6.00 Uhr fest.

Bei all diesen Beschränkungen und Grenzen in der Verteilung der regelmäßigen Arbeitszeit ist durch den Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen doch eine Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten offengelassen, so daß auch den unterschiedlichsten Praxisstrukturen und Bedürfnissen hinsichtlich der Arbeitszeit der Arzthelferin Rechnung getragen werden kann.

4. Pausen

In der Regelarbeitszeit sind die Pausen nicht mit enthalten (§ 2 AZO, § 7 Abs. 1 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen). Die Pausen werden also nicht auf die Arbeitszeit angerechnet.

Für weibliche Arbeitnehmer sieht § 18 AZO vor, daß bei einer Arbeitszeit von mehr als 4½ Stunden eine oder mehrere Ruhepausen von angemessener Dauer von vornherein festgesetzt und auch gewährt werden müssen. Die Ruhepausen müssen insgesamt (bei Zusammenrechnung mehrerer Pausenzeiten) mindestens betragen:

– bei mehr als 4½ bis zu 6 Stunden Arbeitszeit: 20 Minuten

– bei mehr els 6 bis zu 8 Stunden Arbeitszeit: ½ Stunde

– bei mehr als 8 bis zu 9 Stunden Arbeitszeit: ¾ Stunde

– bei mehr els 9 Stunden Arbeitszeit: 1 Stunde

Länger als 4½ Stunden hintereinander dürfen weibliche Arbeitnehmer nicht ohne Ruhepause beschäftigt werden. Als Ruhepausen gelten dabei nur Arbeitsunterbrechungen von mindestens ¼ Stunde.

Bei Anwendung des Manteltarifvertrags für Arzthelferinnen ersetzt die dort tarifvertraglich geregelte Mittagspause die Pausenregelung der Arbeitszeitordnung. Danach ist der Arzthelferin, wenn sich eine durchgehende Arbeitszeit nicht einrichten läßt, eine zusammenhängende Mittagspause von 1½ Stunden zu gewähren (§ 7 Abs. 3 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen). Zu beachten bleibt aber auch hier die Regelung der AZO, daß weibliche Arbeitnehmer nicht länger els 4½ Stunden hintereinander ohne Ruhepause beschäftigt werden dürfen.

Besondere Pausenräume wird der Arzt in der Regel nicht zur Verfügung stellen können. Nach der Arbeitszeitordnung (§ 18 Abs. 3 AZO) darf der Aufenthalt während der Pausen aber auch in den Arbeitsräumen gestattet werden, wenn die Arbeit während der Pausen in diesen Räumen völlig eingestellt wird.

(Fortsetzung folgt)

(Fortsetzung von Seite 952)

Privatperson aufspaltet, hat sich für die Gegenwart kein für alle Berufe gültiger und erst recht kein für alle Berufstätigen gültiger Berufsbegriff entwickelt. Von allen Zwischentönen abgesehen, stehen – materialistischer und idealistischer Weltanschauung entsprechend – der erwerbswirtschaftliche Berufsbegriff spezialisierter Arbeitsteilung und der aus der Berufung, aus der vocatio entwickelte Berufsbegriff einander gegenüber.

Beide eint aber der vom Sozialwissenschaftler wie vom Anthropologen immer wieder zu unterstreichende Tatbestand, daß der Mensch in seiner Doppelnatur als Individuum und als soziales Wesen nur existieren kann, wenn alle Partner der Arbeitsteilung funktionieren. Dies ist logischer Schluß und sozial-ethischer Grundsatz zugleich. Insoweit ist dem Berufsbegriff nach idealistischer Philosophie wie nach materialistischer Notwendigkeit sozial-ethische Verpflichtung bzw. soziale Funktion immanent. Für die gesellschaftliche Wirklichkeit macht es keinen Unterschied, ob man von sozial-ethischer Verpflichtung spricht oder mit soziologischer Vokabel von der „sozialen Rolle".

Dies läßt sich gerade dort nachweisen, wo Sozialpflichtigkeit verweigert wird. Das ist z. B. der Fall, wenn durch Streik im Arbeitskampf über die unmittelbar beteiligten Arbeitnehmer und Arbeitgeber hinaus unbeteiligte Dritte oder die gesamte Gemeinschaft notleidend wird. Das Streikrecht ist daher nicht nur im Interesse von Hygiene und Gesundheit für Müllwerker und Ärzte, sondern aus allgemeinen rationalen Gründen für alle Berufstätigkeiten zu überdenken.

2.

Auch Kollegialität und Solidarität innerhalb des Berufsstandes, wie sie der Strenge von Ordensregeln vergleichbar im Hippokratischen Gelöbnis formuliert sind und wie sie sich in einer Reihe von Paragraphen der Berufsordnung für die deutschen Ärzte finden, sind keine nur dem ärztlichen Beruf eigene Phänomene. Sie finden sich mehr oder weniger in allen Berufsgruppen, weil gleiche Berufsbildung, gleiche Berufserfahrung und gleiche Berufsfunktion in Gesellschaft und Staat Bewußtseinsübereinstimmungen, Gruppenbewußtsein, Kollegialität und Solidarität, natürlich auch Interessenkonkurrenz und Gruppenegoismus erzeugen.

Auch wenn Angebotsdruck harte Konkurrenz innerhalb der Gruppe realisiert, formiert sich Gruppenbewußtsein gegenüber den Nichtkundigen, gegenüber dem Laien und erst recht gegen Bönhasen und Heilpraktiker, die der Zunft ohne rechte Weihe ins Handwerk pfuschen.

Der liebevollen Vertiefung in Einzelheiten des kollegialen Ehrenkodex, wie er in der Berufsordnung in manchen Paragraphen formuliert ist, bedarf es an dieser Stelle nicht, weil es hier eben nicht um spezifisch ärztlich-ethische Grundsätze geht, sondern um einen Verhaltenskodex, der in dieser oder in ähnlicher Form auch in anderen Gruppen als Berufsmoral bezeichnet wird. Der Kritik ist dies alles immer auch nur im Blick auf andere ausgesetzt, womit noch einmal mehr klar wird, daß es sich hier überhaupt nicht um ethische Grundsätze, sondern um die Kodifizierung menschlichen Gruppenverhaltens schlechthin handelt.

3.

Die Bundesärzteordnung formuliert in § 1 Abs. (2): „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf". Damit

- unterscheidet der Gesetzgeber zwischen gewerblichen und freien Berufstätigkeiten und
- qualifiziert Heilen als eine freie Berufstätigkeit.

In Berufsgesetzen anderer freier Berufe stellt der Gesetzgeber ausdrücklich fest, daß diese, auch wenn sie in wirtschaftlich abhängiger Stellung ausgeübt werden, freie Berufstätigkeiten sind. Die selbstverantwortliche Entscheidung im beruflichen Handeln ist für den Gesetzgeber demnach das Kriterium der Freiheit im Beruf und nicht die Unabhängigkeit der Berufsstellung mit unternehmerischem Risiko.

Die Unterscheidung vom Gewerbe teilt den freien Berufen eine besondere Sozialverpflichtung zu. Unmittelbarer Ausfluß dieser gesetzlichen Definition ist das Werbeverbot. Eine ganze Reihe von Paragraphen der Berufsordnung beschäftigt sich minuziös mit dieser Materie – bis hin zur Festlegung des üblichen Maßes von Praxisschildern (etwa 35x50 cm).

Auch die Bindung an Gebührenordnungen ist für den freien Beruf charakteristisch. Sie zielt darauf ab, den wirtschaftlichen Wettbewerb zugunsten des geistigen Leistungswettbewerbes zurücktreten zu lassen.

Nicht alle diese Bestimmungen von Bundesärzteordnung und Berufs-

Hautschäden · Hämorrhoiden · Entzündungen

Gelum-L Salbe
Dermatologikum
- reguliert den Säuremantel
- bekämpft Infektionen
- hemmt Ekzeme
- heilt Verbrennungen

Gelum-Supp
Antivarikosum
- stillen den Juckreiz
- stoppen Entzündungen
- beseitigen Varizen
- entspannen die Gefäße

Gelum-S Gel
Antiphlogistikum
- lindert Schmerzen
- beseitigt Schwellungen
- fördert Durchblutung
- erhöht die Beweglichkeit

DRELUSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Hessisch-Oldendorf 1

ordnung sind auf ethische Maximen zurückzuführen. Soweit sie dies jedoch sind, handelt es sich nicht um ethische Grundsätze, die ausschließlich ärztlichem Handeln immanent sind. Die nach unserem Sprachverständnis den freien Beruf charakterisierende Unabhängigkeit der beruflichen Entscheidung jedoch ist als ein Essentiale ärztlichen Handelns zu bezeichnen. Wer sich wider sein Wissen und Gewissen in der Berufstätigkeit des Heilens fremder Weisung beugt und unterwirft, kann nach diesem Verständnis wie nach derzeit geltendem Recht in der Bundesrepublik Deutschland nicht als „Arzt" in der kompromißlosen Bedeutung dieses Begriffes bezeichnet werden.

Das Gebot der Menschlichkeit

Die Definition ärztlichen Handelns als „Ausübung der Heilkunde am *Menschen*" führt abschließend zur Frage, ob und inwieweit das geschichtlichem Wandel unterworfene Selbstverständnis des Menschen, das Wesen und die Ausformung berufsspezifischer ethischer Grundsätze ärztlichen Handelns berührt. Zur Beantwortung scheinen drei Aspekte dominant:

- Der ethische Rang der Verpflichtung des Arztes zur Menschlichkeit,
- die Qualität der Mitmenschlichkeit im Verhältnis des Arztes zu seinem von ihm Heilung erwartendem menschlichen Gegenüber und
- die Konkurrenz des Dienstes am einzelnen Menschen und — wie es die Bundesärzteordnung formuliert — am „gesamten Volk".

1.

In dem der Berufsordnung für die deutschen Ärzte vorangestellten Gelöbnis heißt es gleich im ersten Satz: „Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen". „Ich werde", heißt es weiter, „selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden". In § 1 heißt es dann weiter und den gleichen Gedanken noch einmal wiederholend: „Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus" (§ 1 Abs. (2) der Berufsordnung).

Dieser wiederholte und so eindringliche Appell, verstärkt durch das Gelöbnis, „selbst unter Bedrohung" den Geboten der Menschlichkeit absoluten Vorrang zu geben, ist zwar der besonderen Situation nach dem zweiten Weltkrieg zuzuschreiben. Er harmoniert jedoch vollständig mit der spezifischen Grundfunktion des ärztlichen Berufes, nämlich zu heilen, Ganzheit, den ganzen Menschen unversehrt zu erhalten oder wiederherzustellen. Letztlich ist damit dieses Gebot der Menschlichkeit identisch mit der eigentlichen Berufsaufgabe des Arztes, des Menschen Krankheiten zu heilen und zu lindern.

Das Gebot der Menschlichkeit sollte nicht verwechselt werden mit dem Grundgedanken der Caritas oder der Misericordia, der Gesinnung der Barmherzigkeit, wie sie Christentum und Islam gleichermaßen dem Arzt zur Aufgabe machen. Wenn der Arzt dem ganzen Menschen — Menschlichkeit und Menschenwürde — dient, dann bedarf es zur Erfüllung dieser zeitlosen Aufgabe an der ungeteilten Natur des Menschen nicht unverzichtbar des Mitleidens oder der Barmherzigkeit. Aus rein naturwissenschaftlich-ganheitsmedizinischer Sicht ist das Gebot der Menschlichkeit vielmehr eine Tautologie zur Berufsaufgabe des Heilens. Wenn dies christlich ist, dann entspricht dieses Christliche der menschlichen Natur.

Schon im Hippokratischen Eid ist der Hinweis enthalten, daß der Arzt sich einem Sklaven gegenüber nicht anders verhalten darf als gegenüber einem freien Manne. Das ist besonders bemerkenswert, weil die klassische Antike die Skiaven als beseelte Werkzeuge zum „pecunia" des antiken Hausstandes zählt. „Ich werde ... bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen, weder nach Religion, Nationalität, Rasse, noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung", heißt es. In der Ausübung der ärztlichen Pflichten gibt es danach keinen Unterschied zwischen Kassenpatienten, Privatpatienten, very important persons und Kollegen.

2.

Das Gebot der Menschlichkeit qualifiziert auch die Mitmenschlichkeit im Verhältnis des Arztes zu seinem menschlichen Gegenüber. Das besondere Vertrauensverhältnis Patient/Arzt hat seine Wurzel in der Erwartung und Hoffnung des Patienten auf Heilung durch seinen Arzt. Der Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt fließt als ethische und rechtliche Forderung aus dieser Quelle. Aber auch das Recht des Arztes, „Behandlung abzulehnen, insbesondere dann, wenn er der Überzeugung ist, daß das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen ihm und den Patienten nicht besteht" (§ 1 Abs. (6) der Berufsordnung), entspricht diesem besonderen Verhältnis dualer Mitmenschlichkeit in der Berufstätigkeit des Arztes. Der berufstypische Dual ist allen freien Berufen und insbesondere allen freien Dienstleistungsberufen eigen.

Das Gebot der ärztlichen Schweigepflicht ist die ethische Grundlage dieses Vertrauensverhältnisses. Dem Thema „Schweigepflicht" kann hier nur Ortsbestimmung zuteil werden im Rahmen einer Übersicht über die ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns schlechthin. Grundsätzlichkeit und Tiefe dieses Detailproblems jedoch werden in der Erinnerung daran erahnt, daß Heilen ein psychosomatischer Vorgang ist, daß Heilen auch immer eine metaphysische Dimension hat. Wer den Doppelbegriff des Psycho-somatischen ernstnimmt, verpflichtet den Arzt als Naturforscher euch zur Sorge um Seelenheil. Das schließt die Erkenntnis ein, daß eine ärztliche Sorge um menschliches Seelenheil in erster Linie angewandte Naturforschung und nicht Priesteramt ist.

3.

Letzte Anmerkung zum Selbstverständnis des Menschen und des Menschlichen: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes", formulieren mit den gleichen Worten Bundesärzteordnung und Ärztliche Berufsordnung (§ 1 Abs. 1 (1) der Bundesärzteordnung und § 1 Abs. (1) der Berufsordnung für die deutschen Ärzte).

Die Formulierung nennt die Gesundheit des einzelnen Menschen an erster Stelle. Sie stellt jedoch mit dem „und" ein Gleichgewicht mit dem Dienst an der Gesundheit des gesamten Volkes her. Damit haben Individualverpflichtung und Sozialpflichtigkeit gleichen, konkurrierenden Rang.

Soweit Anthropologie und Soziologie sich um ideologiefreie Erkenntnisse bemühen, ist in der Tat auch aus ihrer Sicht der Mensch immer Individuum und soziales Wesen zugleich. Er kann individuell nur existieren, sich individuell nur entfalten als Glied der Gesellschaft; und er wird der Gesellschaft um so nützlicher, je mehr er seine individuellen Anlagen und Fähigkeiten zu entfalten vermag. Die großen Persönlichkeiten in Kultur, Wirtschaft und Politik tragen über Jahrtausende hin unverwechselbare individuelle Züge.

Die Geschichte lehrt, daß im Wandel sittlicher Wertvorstellungen diese individual-soziale Doppelnatur des Menschen nur selten als ein gleichrangiges Wertverhältnis anerkannt und gelebt worden ist.

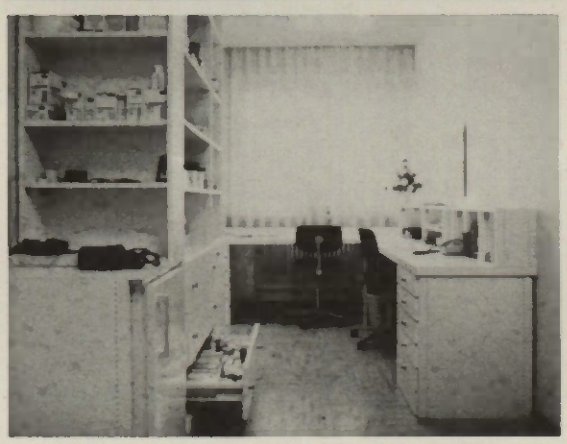
Wissenschaft ohne Menschlichkeit war möglich unter der brutalen Herrschaft der Maxime „Du bist nichts, dein Volk ist alles". Demgegenüber haben die individuellen Rechte nach dem zweiten Weltkrieg in der Bundesrepublik Deutschland einen absoluten Vorrang vor der Sozialpflichtigkeit erhalten. Diese Tendenz scheint sich noch immer zu verstärken. Die aktuelle Datenschutzdiskussion ist dafür beispielhaft.

Das zeitgenössische Menschenbild, das Bild eines sozial weitgehend entpflichteten Menschen, schlägt unvermeidlich auch auf die Erwartungen durch, die Individuum und Gesellschaft in die ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns setzen. Die gleichen Publizisten und Politiker, die der medizinischen Forschung und der ärztlichen Versorgung immer neue Fortschritte für das Gemeinwohl abverlangen, erschweren gleichzeitig durch immer neue individualrechtliche Garantien die Voraussetzungen, unter denen überhaupt mit Aussicht auf Erfolg geforscht werden kann.

Kooperationen der Forschung zwischen amerikanischen und Wissenschaftlern in Ostblockstaaten beruhen nicht selten darauf, daß sozialpflichtige Patienten und Probanden in Ostblockstaaten systematisch erfaßt und beobachtet werden können, während Individualrechte in den Ländern des Westens vergleichbare Forschungen gar nicht erst ermöglichen. Soweit Sozialpflichtigkeit dem Lebensgefühl der Patienten und Probanden in den Ostblockstaaten selbstverständlich ist, kann auch nicht von einer Doppelmoral der beteiligten Forscher aus den westlichen Ländern gesprochen werden.

Das Beispiel weist jedoch darauf hin, daß der ethische Vorrang der Menschlichkeit, die hier evidente Problematik der Güterabwägung zwischen individueller und sozialer Natur des Menschen vom Grundsatz her nicht ein für allemal nach der einen oder anderen Seite hin entschieden werden kann. Vielmehr fließt in die Entscheidung bei der entsprechenden Güterabwägung viel Zeitgeist ein. Dies gilt es bei retrospektiver Betrachtung der Geschichte medizinischer Forschung und ärztlicher Versorgung gewissenhaft zu bedenken.

Wenn der Arzt der Bestimmung in der Bundesärzteordnung und in der Berufsordnung folgend, der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes dienen will, dann muß er jedenfalls immer wieder Individualrecht und Sozialpflichtigkeit seines Patienten und seiner selbst in eine Beziehung zueinander setzen. Und diese Beziehung muß auch die Einsicht einschließen, daß menschliche Individualität und menschliche Sozietät



Praxis!

ip20 inbauteile plant und richtet ein.
Empfang, Warteraum, Sprechzimmer, Behandlungsraum, Labor – überall.
Ziel: Wohlgefühl für den Patienten, optimale Funktion für den Arzt, wirtschaftliche Lösung

ip20 inbauteile

Ihr ip 20 Spezialist in der Nähe:

8000 München 5, Buttermelcher Str. 2	Tel. 089/266624 (H. Boxel)
8000 München 19, Volkartstr. 13	Tel. 089/502814 (H. Kranz)
8000 München 60, Plenegger Str. 19	Tel. 089/8349805 (H. Schweb)
8000 München 80, Truderinger Str. 287	Tel. 089/422041 (H. Roth)
8060 Dachau, Münchner Str. 65	Tel. 08131/6181 (H. Heen)
8184 Gmund/Tegernsee, Münchner Str. 17	Tel. 08022/7027 (H. Klotz)
8200 Rosenheim, Frühlingstr. 5	Tel. 08031/13488 (H. Astl)
8430 Neumerkt, Lorenz Hiltnerstr. 19	Tel. 09181/30438 (H. Werthemmer)
8500 Nürnberg 40, Bulmennstr. 18	Tel. 0911/449991 (H. Weidhoff)
8520 Erlengen, Luitpoldstr. 72	Tel. 09131/26644 (H. Binöder)
8531 Münchsteinach/Neustadt, Hartstr. 20	Tel. 09166/247 (H. Kistner)
8702 Güntersleben, Ziegelhüttenweg 1	Tel. 09365/9784 (H. Schmitt)
8702 Estenfeld, Nonnenhof	Tel. 09305/507 (H. Jung)
8720 Schweinfurt, Sattlerstr. 14	Tel. 09721/1741 (H. Erlwein)
8731 Oberthulba, Waldstr. 14	Tel. 09736/213 (H. Vorndran)
8750 Aschaffenburg, Febrikstr. 29	Tel. 06021/13486 (H. Richard)
8900 Augsburg, Im Pfärrle 10	Tel. 0821/39107 (H. Möller)

einander wechselseitig bedingen. Schon 1931 haben Richtlinien des Reichsministeriums des Innern zur Problematik der Anwendung neuer Heilmethoden auf die Notwendigkeit solcher Güterabwägungen hingewiesen.

Gesetze und Verordnungen können dem einzelnen die Bürde konkreter Güterabwägungen nicht abnehmen. Im Unterschied zu Rechtsnormen ist es das Wesen ethischer Grundsätze, daß Gesetzesbestimmungen, Empfehlungen, Richtlinien und Entscheidungen Dritter – also auch der Patienten – immer nur Entscheidungshilfe anbieten können, nie jedoch von der persönlichen sittlichen Verantwortung zu entlasten vermögen. Das gesteigerte Sicherheitsbedürfnis für Straffreiheit jeder Gewissensentscheidung verkennt, daß man nicht alle Konflikte lösen kann. Viel mehr und viel öfter kommt es darauf an, mit ihrer Natur nach nicht lösbaren Konflikten zu leben.

Schlußbemerkung

Die aus der Definition des Arztberufes entwickelten Überlegungen führen zu der Feststellung:

Der sozialen Funktion, der gesellschaftlichen Rolle des Arztes ist ein berufsspezifisches Sittengesetz eigen. Dieses leitet sich als solches ausschließlich aus der berufsspezifischen Funktion des Heilens, und zwar in der Ausübung der Heilkunde am Menschen her. Alle anderen ethischen Grundsätze, denen ärztliches Handeln unterworfen ist, sind nicht originär berufsspezifisch, sondern allenthalben berufsspezifische Ausformungen allgemeingültiger ethischer Grundsätze. Allgemeingültige ethische Grundsätze eber sind, wie am Beispiel der ärztlichen Berufstätigkeit aufgezeigt werden kann, Elementarvoraussetzungen für das Überleben des Menschen in menschlichen Gemeinschaften.

In Konsequenz zu dieser Erkenntnis bedarf die intellektuelle und artifizielle Ausbildung zum Arzt der Ergänzung durch eine den Charakter formende und entwickelnde Erziehung zum Arzt, die ähnlich wie die ärztliche Fortbildung ein lebenslanger Prozeß der Selbstbesinnung und Selbstdisziplin ist.

Anschrift des Verfassers:

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

Personalia

Professor Julius Ries 70 Jahre

Am 1. November 1981 vollendete Professor Dr. med. Julius Ries, Penzberger Straße 21, 8000 München 70, einer der bahnbrechenden gynäkologischen Strahlentherapeuten der Bundesrepublik und langjähriger Vorstand der Strahlenabteilung der I. Frauenklinik der Universität München, sein 70. Lebensjahr. Professor Ries, in Koblenz geboren, promovierte nach Studienjahren in Bonn und Innsbruck in München. Nach seiner Weiterbildung in den Gebieten Innere Medizin, Pathologie, pathologische Histologie, Bakteriologie, Serologie und Chirurgie kam er 1939 an die I. Frauenklinik der Universität München. 1948 übernahm er die 1913 von Professor Döderlein gegründete Strahlenabteilung. 1950 habilitierte er sich. Unter seiner Leitung wurde diese Strahlenabteilung zum größten Institut für gynäkologische Strahlentherapie der Welt. Über 35 000 Krebspatientinnen wurden während seiner Tätigkeit dort behandelt.

Maßgeblich beteiligt war Professor Ries an der nachkriegsbedingten Neugründung der Bayerischen Krebsgesellschaft e. V. im Jahre 1949 und der Neugründung der jetzigen Deutschen Krebsgesellschaft e. V. Unter seiner vorausblickenden Geschäftsführung wandte sich die Bayerische Krebsgesellschaft weiteren zeitbedingten neuen Aufgaben zu. Ihrer Ärztesektion fügte er 1969 eine Laiensektion hinzu. Hieraus ergab sich vor elf Jahren die Sozialpsychologische Krebsberatungsstelle München, eine von heute vier in Bayern, lange Zeit einzige in der Bundesrepublik, und die spätere Betreuungsmöglichkeit von Selbsthilfegruppen von Krebspatienten in Bayern.

Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Alfred Nikolaus Witt, Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universität München, Harlachinger Straße 51, 8000 München 90, wurde von der Ungarischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie zum Ehrenmitglied ernannt.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Professor Dr. med. Karl-August Bushe, Direktor der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg;

Dr. med. Philipp Hausser, Allgemeinarzt, Friedrichstraße 5, 8580 Bayreuth.

Mit dem Jubiläumspreis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurden u. a. Professor Dr. med. Gerd Hegemann, ehemaliger Direktor der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maria-Theresia-Straße 26, 8000 München 80, und Professor Dr. med. Jürgen von der Emde, Leitender Oberarzt an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Lothar Horbach, Vorstand des Instituts für Medizinische Statistik und Dokumentation der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 6, 8520 Erlangen, wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in die Arbeitsgruppe „Krebsgefährdung am Arbeitsplatz" der Fachbereichskommission „Versorgung von Krebspatienten" berufen.

Privatdozent Dr. med. habil. Peter Roggenkämper, Oberarzt an der Augenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde von der Societas Ergophthalmologica Internationalis in Anerkennung seiner Verdienste als deren langjähriger Generalsekretär mit einer Ehrenurkunde ausgezeichnet.

Dr. med. Eberhard Schaetzing, Frauenarzt, Am Hochwald 17, 8130 Starnberg, wurde anläßlich des Internationalen Herbstkongresses für Ganzheitsmedizin in Velden zum Ehrenmitglied des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V. ernannt. Ferner wurde Dr. Schaetzing mit der Goldenen Treuemedaille der Gemeinde Velden ausgezeichnet.

Tetanus-Impfstoff Wellcome®

Tetanus-Gefahr besteht besonders für

Arbeiter
Handwerker
Hausfrauen
Kinder
Sportler
Landwirte

Tetanus-Impfstoff Wellcome ®
1. Grundimmunisierung:
3 Einzelimpfungen : 1. und 2. im Abstand von 4 – 12 Wochen, 3. nach 6 – 12 Monaten
2. Auffrischimpfung
a) präexpositionell alle 5 – 10 Jahre, insbesondere vor Reisen in Länder mit erhöhter Tetanusgefährdung.
b) postexpositionell bei Verletzung und Infektionsgefahr vielfach in Kombination mit Tetanus-Immunglobulin (Passiv-Aktiv-Immunisierung)

Deutsche Wellcome GmbH, 3006 Burgwedel 1
Tetanus-Impfstoff Wellcome ®

Zusammensetzung: Tetanus-Impfstoff Wellcome enthält gereinigtes Tetanustoxoid, das zur Verstärkung der immunisierenden Wirkung an Aluminiumhydroxid adsorbiert ist, sowie Thiomersal als Konservierungsmittel.
Eine Impfdosis (0,5 ml) enthält:

Tetanus-Adsorbat-Impfstoff	mind. 40 I.E.
Aluminiumhydroxid Gel (entsprechend 0,65 mg Aluminium)	0,10 ml
Bernsteinsäure	1,18 mg
Thiomersal	0,05 mg

Anwendungsgebiets: Aktive Schutzimpfung gegen Tetanus.

Gegenanzeigen: Tetanus-Impfstoff Wellcome sollte nicht an Personen verabreicht werden, die innerhalb des vorangegangenen Jahres eine Auffrischimpfung mit Tetanustoxoid erhalten haben, um, wenn auch seltene, Überempfindlichkeitserscheinungen zu vermeiden.

Nebenwirkungen: Vorübergehende Schwellungen, Rötungen und Schmerzen an der Injektionsstelle. Seltener treten Kopfschmerzen, Müdigkeit, Unwohlsein, Muskelschmerzen und Fieber auf. In sehr seltenen Fällen wurden Urtikaria, engioneurotisches Ödem und akute anaphylaktische Reaktionen und periphere Neuropathie beobachtet. Bei zu oberflächlicher intrakutaner Injektion können eventuell bleibende Verhärtungen an der Injektionsstelle vorkommen.

Dosierung:
Die Einzeldosis für Kinder und Erwachsene beträgt 0,5 ml

Handelsformen:

1 Ampulle zu 0,5 ml	AV-Preis DM 3,18 inkl. 13% MwSt.
5 Ampullen zu 0,5 ml	Preise auf Antrage
25 Ampullen zu 0,5 ml	
100 Ampullen zu 0,5 ml	
1 Durchstechflasche zu 5 ml	
10 Durchstechflaschen zu 5 ml	

Wellcome

Deutsche Wellcome GmbH
Postfach 109 3006 Burgwedel 1

Helfer der Behinderten – Dominikus Ringeisen

Der Schöpfer von Ursberg (1835 bis 1904)

Drei große Persönlichkeiten widmeten sich im letzten Jahrhundert in Bayern ganz der Fürsorge für die geistig und körperlich Behinderten. Sie waren ihrer Zeit weit voraus, indem sie schon damals ihre ganze Therapie nicht nur auf Bewahrung und Fürsorge einstellten, sondern auf Arbeit und Beschäftigung. Alle drei waren katholische Geistliche: Dominikus Ringeisen, der Schöpfer des Behindertenzentrums Ursberg, Regens Johann Wagner, der Gründer der Wagnerschen Anstalten in Dillingen und Josef Probst, der Erbauer und Leiter der Kretinenanstalt Ecksberg bei Mühldorf am Inn. Wohl die bedeutendste Gestalt der drei großen Helfer der Schwerbehinderten war Dominikus Ringeisen.

Dominikus Ringeisen

Sein Lebenslauf

Er wurde am 6. Dezember 1835 in Unterfinningen im bayerischen Schwaben als Sohn eines Kleinbauern geboren, eines Söldners, wie es im Schwäbischen heißt. Seine Kindheit und Jugend war traurig und höchst bitter. In früher Kindheit starb seine Mutter und als sie am Sterbebett Abschied von den Ihrigen nahm, sprach sie zum Vater: „Lant halts:s Büable au mitkomma!" (Laßt halt das Büblein auch mitkommen). Der Vater heiratete wieder, die Stiefmutter gebar noch ein Schwesterlein.

Der kleine Dominikus half schon bald im Stall und Feld mit, frühzeitig regte sich der Drang zum Studieren. Er durfte aufs Gymnasium. Da begann aber bald eine Unglückssträhne. Er wurde plötzlich schwer krank und bekam ein Drüsenleiden und „Gicht". Drei Jahre mußte er pausieren. Es war eine hoffnungslose Zeit, aber feste Zuversicht, Gottvertrauen und ein starker Gesundheitswille halfen ihm, die Jahre zu überbrücken. Bei jedem Wetter bewegte er sich in der frischen Luft und hielt eine strenge Kostvorschrift ein. Als Dominikus Ringeisen nach drei Jahren gesund wurde, wollte er unbedingt weiterstudieren. Aber er war für seine bisherige Klasse zu alt. So mußte er ein Privatstudium betreiben. Aber wer sollte es bezahlen oder wer war zu finden, der ihn um Gotteslohn unterrichtete? Der Bruder seiner Mutter, der katholischer Geistlicher war, vermittelte ihm einen Jesuitenpater, den späteren Rektor Port in Buffalo, der ihn bis zum Abitur führte.

Was sollte er nun studieren, Arzt oder Geistlicher? In seiner Gewissensnot suchte er Regens Wagner von Dillingen auf, einen der großen Caritas-Männer der Tat zu seiner Zeit, der in Dillingen an der Donau Anstalten zur Unterbringung von Kretinen, Blinden und Taubstummen gegründet hatte. Der sagte nach kurzem Besinnen zu Ringeisen: „Ja, lieber Bruder, du mußt Arzt werden, aber ein Seelenarzt."

Dominikus Ringeisen bewarb sich um Aufnahme in den Jesuitenorden. Aber nach neun Monaten mußte er wieder ausscheiden. Seine Gesundheit erwies sich als zu schwach, zum Predigen war seine Stimme zu leise. Ein neuer schwerer Schlag! So ging er dann ins Klerikalseminar in Dillingen. Er freute sich mit seiner Familie auf seine hl. Primiz, die ja in jedem Ort mit Prunk und Pracht festlich gefeiert wird. Einige Tage vor der Primiz starb mit 21 Jahren seine Stiefschwester und so feierte er in aller Stille im Wallfahrtsort Altötting sein erstes hl. Meßopfer.

Nach seiner Primiz stand er 20 Jahre im Alltag des Herrn: sieben Jahre Kaplan im Dorf Frankenried bei Kaufbeuren, elf Jahre als Benefiziat und Beichtvater in Markt Obergünzburg, von außen her gesehen, unbedeutende Posten. Aber Ringeisen nützte sie. Seine Hauptsorge galt Kranken und Armen. Tage und Nächte opferte er Sterbenden. Eine gute Vorbereitung für seine spätere Tätigkeit war der Neubau des Krankenhauses in Obergünzburg. Er nahm die Bauleitung in die Hand und bettelte für den Bau 200 000 Mark zusammen.

Der Bau war noch nicht fertig, da wurde er als Beichtvater und Religionslehrer nach Kaufbeuren versetzt (1882). In Kaufbeuren war er in erster Linie Beichtvater – oft von morgens vier Uhr bis Mitternacht. Er war nicht nur Beichtvater, er beriet in Ehe- und Familienangelegenheiten, in Lebensführung und Lebensgestaltung. Tagelang warteten oft die Leute, bis sie an die Reihe kamen. Viele Beichtkinder wandten sich in Seelennöten und Familienschwierigkeiten an ihn. Wie viele Tränen rannen in seinem Beichtstuhl und wie viele Sorgen wurden sichtbar, wenn Frauen und Mütter oder Väter von ihren Kindern erzählten, die geistig oder körperlich verunstaltet oder gestört waren: die blinden, taubstummen, schwachsinnigen, kretinenhaften, epileptischen Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Was mußten sie oft an Spott und Unverständnis an sich und den Kindern erleben! Oft gingen Ehen in die Brüche.

Seine Idee und sein Werk

Die unablässigen täglichen Klagen, Tränen und Sorgen der Eltern wühlten in Dominikus Ringeisens väterlichem, menschlichem Herzen: Da mußte etwas geschehen! Das konnte so nicht bleiben. Als ihm eines Tages sein Beichtkind, die edle Jungfrau Monika Seemüller von Schlingen 20 000 Mark spendete und fast zur selben Zeit das säkularisierte Kloster Ursberg um denselben Preis vom Staat zum Kauf ausgeschrieben war, da handelte er sofort. Am 24. Februar 1884 fuhr eine Kutsche, mit zwei Braunen bespannt, in aller Frühe von Kaufbeuren nach Ursberg mit Dominikus Ringeisen. Er besichtigte die verwahrlosten Gebäude und entschloß sich bis zum Abend zum Kauf. Das alte Kloster schien ihm für seine Zwecke passend, praktisch und ausbaufähig.

Aus der Isolation zur Integration

Dogmatil®

ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel OOGMATIL enthält 50 mg Sulpirid: N-{(1-Äthyl-pyrrolidin-2-yl)-methyl}-2-methoxy-5-sultamoyl-benzamid. ANWENOUNGSGEBIETE: Psychovegetative Syndrome mit deprassiver Komponente, psychosomatische Erkrankungen, Stimmungslebitität mit Leistungs-und Initiativverlust, Antriebsschwäche, Phobien, abnorma Raaktionen bei Erwechsenen und Kindern, zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren. Derüber hinaus eignet sich DOGMATIL infolge seiner spazifischen Effekte auf bestimmte vegetative Zantren des Stemmhirns zur Bahandlung von Ulcus vantriculi at duodeni, akuter und chronischer Gastritis, Schwindelzuständen varschiedener Genese, insbasondera Morbus Ménière. GEGENANZEtGEN: Epilapsie und manische Phasen. Tieraxparimentell ließen sich über mehrare Ganaretionen keine teratogenen Wirkungen teststetlen. Dannoch sollta OOGMATIL in der Schwengerschaft nur engewendet warden, wann as nach Ansicht des bahandelnden Arztes für den Zustend der Patientin notwendig ist. NEBENWIRKUNGEN: Gelegantlich axtrapyremidale Erscheinungan, Parkinsonismen und endokrine Nebenwirkungen wie Zyklusstörungen und Galaktorrhöen, Transpiration, Allargian, Mundtrockenheit, Übelkeit, Sehstörungen, Blutdrucksenkungen, Erregungszustände, Einschtatstörungen, saxualla Stimulation, Gewichtszunahme, übermäßige Speichalsekretion. WARNHINWEISE: Infolge der positiven Wirkung aut des Wachbewußtsein empfiehlt es sich, DOGMATIL nicht nach 18.00 Uhr einzunahmen. DOGMATIL kann auch bei bastimmungsgemäßem Gebreuch des Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme em Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen baeinträchtigt wird. Dies gilt in varstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. Bai Patienten mit den Zeichen einar Herzinsuffizianz sollte unter sorgtältiger ärztlicher Überwachung vorsichtig dosiert werden. Schürholz Arzneimittel GmbH, Fritz-Berne-Str. 47, 8000 München 60.

OOSIERUNG: Psychische und psychovegetative Syndrome, HNO (Vertigo), Ulkustharapia und gastritischa Beschwerden: 3 x tgt. 1–2 Kapsaln odar 2–4 Taelöffat Saft. Pädiatrie: 5 mg/kg/Körpergewicht Sulpirid (= 1 ml DOGMATIL Saft) vertailt auf 3 Einzelgaben pro die. Bei Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni sowie bei schweren Schwindatzuständen sollta dia tnitialtherapie bis zum Abklingen der Beschwerden mit 2 x tgt. 1 Ampulle DOGMATIL i. m. erfolgen. Für die klinische Psychietrie stehen OOGMATIL FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. DARREICHUNGSFORMEN UNO PREISE: DOGMATIL Kapsaln, 20 Kapseln zu 50 mg DM 19,58, 50 Kapseln zu 50 mg DM 43,13; DOGMATIL Saft, Flasche mit 200 ml Saft (1 Teelöffel = 5 ml Saft = 25 mg Sulpirid) DM 19,74; DOGMATIL Amputlen, 6 Amputlen zu 2 ml (1 Ampulle entspricht 100 mg Sulpirid) DM 15,26; DOGMATIL FORTE Tabletten, 12 Tablattan zu 200 mg OM 34,67, 60 Tablettan zu 200 mg DM 146,18. Preise inkl. MwSt. Ferner Anstaltspackungan. (Stand Januar 1981).

SCHÜRHOLZ ARZNEIMITTEL GMBH, Fritz-Berne-Straße 47, 8000 München 60

SCHÜRHOLZ
1907

Dominikus Ringeisen fing klein an, die Distriktspolizei in Krumbach genehmigte zwölf Kranke, er aber brauchte Hilfe für Hunderte und Tausende. Und so begann er aufzukaufen und aufzukaufen, im selben Jahre noch zwei Anwesen im Klosterhof. Aber er wollte auch Werkstätten, Ökonomiegebäude, Stallungen, um die Pfleglinge zu beschäftigen und zu ernähren. Ein Jahr nach Eröffnung der Kretinenanstalt gründete Ringeisen am 1. Dezember 1885 eine Blindenanstalt, am 1. Dezember 1887 eine Beschäftigungsanstalt für Taubstumme. Man schüttelte den Kopf, wie konnte er ohne Geld immer wieder kaufen. Auch Wohlgesinnte rückten von ihm ab, die bayerischen Banken verweigerten den Kredit. Nur er selbst wurde nie unsicher, er glaubte an Gottes Mithilfe und Unterstützung. Und er behielt recht. Er bekam immer wieder Spenden und Testamentszuweisungen. Seine Häuser waren nie zu groß, aber immer zu klein. Trotz der Kapazität der heutigen Anstalten müssen leider immer wieder Aufnahmegesuche zurückgewiesen werden. 1977 mußten 323 abgelehnt werden, 1978 waren es 332 und 1979 327. Dabei ist Ursberg und seine Filialen eine wirkliche Stadt, eine Stadt der Nächstenliebe! Mit seinen zwölf Filialen (in Pfaffenhausen, Grönenbach, Breitbrunn, Krumbach, Percha, Thannhausen u. a.) war der Gesamtpersonalstand am 1. Februar 1981 2896 Personen. Fast 2100 sind in Pflege und Versorgung. Jedes Jahr gibt der „Ursberger Kalender" Rechenschaftsbericht über die Leistung des vergangenen Jahres, die Versorgung der Blinden, der Schwachsinnigen, der Krüppelhaften, der Taubstummen, aber auch über die Führung der Sonderschulen und Fachschulen für Heilerzieher.

Blick auf die Ursberger Anstalten

Die Ursberger Schwestern

Mit dem Einzug der Pfleglinge in die instandgesetzten Klosterräume begann für Ringeisen ein neues Problem: Die Gewinnung der rechten Hilfskräfte für seine Kretinen, Blinden und Taubstummen. Keiner, der sich dazu meldete, konnte sich etwas vormachen über die Schwierigkeiten dieses Berufes. Anfangs sprang sein Kloster in Kaufbeuren ein und gab ihm – befristet auf zehn Jahre – drei Schwestern als Hilfskräfte mit. Ringeisen schickte sie zunächst zum Studium nach der schon bestehenden Anstalt für Schwachsinnige in Ecksberg bei Mühldorf, einer Gründung des katholischen Geistlichen Josef Probst, des Altmeisters der Kretinenpflege. Und nun geschah ein neues überraschendes Wunder, fiel ein Lichtstrahl in die sorgenvolle Arbeit von Dominikus Ringeisen: Von überall her meldeten sich hochherzig gesinnte Mädchen zum Dienst an den Ärmsten. Sie gaben ihr Vermögen und ihre Gesundheit für ihre bedauernswerten Mitmenschen. Er ließ sie in Handwerkszweigen ausbilden, damit sie darin wieder die Pfleglinge unterweisen konnten. Er wollte aber auch die bildungsfähigen Pfleglinge unterrichten. Am 8. August 1887 meldete sich eine Volksschullehrerin, um ihre Kräfte in den Dienst der großen Sache zu stellen. Daraufhin faßte „Vater Ringeisen", wie ihn seine Schwestern nannten, im Jahre 1887 den genialen Entschluß, eine Lehrerinnenbildungsanstalt seinem Werke anzugliedern. 1891 gingen aus derselben die ersten Lehrerinnen hervor. Ringeisen wollte einigen von ihnen noch eine spezielle Ausbildung angedeihen lassen. So schickte er zwei Lehrerinnen zu dem rühmlich bekannten Taubstummenlehrer Vatter in Frankfurt am Main, zwei andere sandte er an die Blindenanstalten in München und Wien.

1892 waren es schon 100 Helferinnen, denen Ringeisen eine Schwesterntracht gab und die in den verschiedenen Berufszweigen der Anstalt wirkten. Der Betrieb der Lehrerinnenanstalt war im besten Gange. Es wurden im Jahre 1892 bereits 27 Kandidatinnen gezählt.

Die Tradition hat sich bis auf den heutigen Tag fortgepflanzt. Es gibt heute in Ursberg ein sozialwissenschaftliches Gymnasium, dem mit dem Stichtag vom 1. Februar 1981 62 interne und 237 externe Schülerinnen angehörten. Unterrichtet werden sie von neun klösterlichen und 21 weltlichen Lehrkräften. Dazu gibt es eine Fachschule für Heilerzieher in Ursberg, die neun männliche und 66 weibliche Auszubildende zählt.

Ringeisen wollte durch die Gründung einer Schwesternkongregation seinen Schwestern Ziel, Aufgabe und Zukunft geben. Zwölf Jahre kämpfte er darum, daß seine Schwesternkongregation die staatliche und kirchliche Anerkennung fand. Von allen Seiten gab es immer wieder Schwierigkeiten zu überwinden, bis endlich Ringeisen das bayerische Königshaus gewinnen konnte. Der bayerische Kultusminister von Landmann kam selbst nach Ursberg und überzeugte sich von der Arbeit. Auf Maria Lichtmeß 1897 teilte der Bischof von Augsburg Ringeisen telegrafisch mit, daß die St. Josefs-Kongregation die Genehmigung erhalten habe. Ringeisen las die Freudenbotschaft den Schwestern vor, als diese eben beim Mittagstisch versammelt waren. Unbeschreiblicher Jubel erfüllte das ganze Haus. Und wie strahlten die Gesichter der Schwestern, der Kern- und Sturmtruppe Ringeisens, die von Arbeit und Mühsal gezeichnet waren, als am 19. März 1897 (dem Tage des hl. Josef) der Bischof die feierliche Einkleidung der Schwestern vornahm. Damals schon betrug die Anzahl der Schwestern und Anwärterinnen 202, die der Pfleglinge 600. Heute sind es 561 Schwestern. Die Statuten der St. Josefs-Kongregation verlangen von den Schwestern keine großen Chorgebete: Güte, Geduld, liebevolle Be-

handlung der Anvertrauten ist wichtiger. In §§ 5 und 6 heißt es: „Die Schwestern sollen sich freuen, wenn ihnen die Gesundheit und der Gehorsam gestatten, ihre Kraft durch ausdauernde und gewissenhafte Arbeit in den Dienst der christlichen Liebeswerke, in welchem Posten immer, zu stellen."

Erziehungsmethoden Ringeisens

Die Erziehungsmethoden, die damals Dominikus Ringeisen seine Schwestern lehrte, brauchten sie bis heute nicht zu ändern. Wie alle Genies, so war auch Ringeisen in seinen Erziehungsgrundsätzen seiner Zeit weit voraus. Er wollte keine Bewahrung seiner Pfleglinge, keine reine Versorgung — nur für die schwersten Fälle —, er wollte keine Anstalten nur mit Betten und Aufenthaltsräumen, er wollte Kranke, die sich soweit wie möglich freuen können, arbeiten, leben, leben nicht hinter Gittern, sondern wie andere Menschen frei und unbekümmert. Das ist auch das Bild, das jeden Besucher von Ursberg so fröhlich stimmt: Er sieht zwar überall gestörte Menschen, oft körperlich verunstaltet, in Fahrstühlen und auf Krücken, aber alle haben es eilig und sind freudig bei der Arbeit, sie sind frohgestimmt und lustig, alle sind irgendwie beschäftigt. Daneben haben sie ihre kleinen Vergnügungen, wie Einkaufen oder Freunde besuchen. Freilich muß Zucht und Ordnung sein, aber sie läuft so selbstverständlich, sie ist seit Jahrzehnten sozusagen eingefahren und ausprobiert.

Weil es immer Freude gibt, gibt es in Ursberg auch keine Revolutionen unter den Zöglingen und kaum Ausreißer. Die Feste werden gefeiert, wie sie fallen. So wird der Zögling, der Geburtstag oder Namenstag hat, immer besonders geehrt und bekommt kleine Geschenke. Auch der geistig und körperlich Behinderte will gern einmal im Mittelpunkt stehen — wie jeder von uns auch.

Schon von den ersten Jahren an wurde zu Erheiterung und Unterhaltung die Musik in der Anstalt gepflegt. Man musizierte mit den Pfleglingen, man spielte mit ihnen Theater, man suchte sie aufzulokkern, zu entkrampfen und zu lösen. Heute hat man in der ganzen wissenschaftlichen Welt die Bedeutung von Musik und Rhythmik für die Entwicklung des gestörten und gehemmten Seelenlebens voll erkannt.

Ringeisen war von Anfang an für die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Gerade der geistig Gestörte und körperlich Mißgestaltete ist glücklich, wenn er etwas lernen kann und ist stolz auf seine Arbeit und seine Werke. Schon im Jahre 1886 unterrichteten zwei Lehrerinnen in der Korb-, Matten- und Sesselflechterei. Dann kam eine Musik- und Handarbeitslehrerin, später ein geschickter taubstummer Schuhmacher, ein Maurer, ein Maler, ein Metzger. Bald gab es kaum ein Handwerk, das nicht eine der Ursberger Schwestern als Meisterin ausübte. Sie stellten im wahrsten Sinne des Wortes ihren Mann. So gab es schon um 1900 eine Schneiderei, eine Schreinerei, eine Schusterei, eine Seifensiederei, eine Schlosserei, eine Spenglerei, eine Schmiede, eine Buchbinderei, eine Glaserei, eine Weberei, eine Sattlerei, eine Bäckerei, eine Metzgerei, eine Kunstmühle, eine Sägemühle, eine Ziegelei, eine Schäfflerei und eine Brauerei. Natürlich versuchte Ringeisen, vor allem auch die Landwirtschaft zu verbessern. Sie mußte ja das Brot bringen für „seine Kinder!"

Heute gibt es dazu moderne Spezialschulen mit bestausgebildeten Fachkräften: eine Sonderschule für Lernbehinderte mit 283 Schülern, davon 267 externen, eine Sonderschule für geistig Behinderte mit 178 Schülern, eine Sonderschule für lern- und geistigbehinderte Gehörlose mit 59 Schülern, eine Heim-Sonderberufsschule und Förderungslehrgang mit 176 Schülern. Ringeisens Erbe wurde würdig weitergeführt.

Seine Persönlichkeit

Wenn man einem Menschen wie Dominikus Ringeisen nachträglich betrachtet, so fragt man sich unwillkürlich: „Was machte diesen Mann eigentlich zu diesem großen Mann, zu diesem Genie?" Wäre Ringeisen mit etwa 50 Jahren gestorben, hätte keiner seiner späteren Chronisten zur Feder zu greifen brauchen. Ringeisen war ein Spätreifender, ein Spätentwickler, ein Spätberufener. Dominikus Ringeisen hob sich in der Jugend und in den besten Mannesjahren nicht besonders hervor. Sein Intellekt war wohl guter Durchschnitt, körperlich war er von schwächlicher Konstitution — erst als er besessen war von der Idee, den Ärmsten unter den Armen, den geistig und körperlich Schwerbehinderten Hilfe zu bringen, entfalteten sich seine Anlagen, erwachte sein Genie. Geprägt wurde er dadurch, daß er zeitlebens hart an sich gearbeitet hatte, er hatte sich nie geschont. Er war — obwohl Schöpfer von Millionenwerten — unendlich bescheiden und demütig. Ringeisen wollte nie gelobt sein. Als er in der Predigt des Bischofs einmal namentlich hervorgehoben wurde, sagte er später: „Nie in meinem Leben habe ich mich so geschämt." Nie wollte er sich abbilden lassen, darum haben wir so wenig Bilder von ihm. Die Menschen spürten, daß bei Ringeisen alles von Herzen kam. Er war ein frommer und von Herzen gläubiger Mensch, er tat nichts, ohne zu beten. Seine Kraftquelle, die ihn nie verzagen ließ und ihm immer wieder Auftrieb gab, war sein unerschütterliches Gottvertrauen. In den wenigen Aufzeichnungen, die wir von ihm haben, schreibt er einmal: „Jeder Stein unserer Gebäude, jedes Fingerbreit Land, jeder Pfennig in unserem Vermögen, jedes Herz, das bei uns schlägt, alles verdanken wir dem kindlichen Vertrauen auf Gott durch die Fürbitte des hl. Josef." Er sah sich als ein Werkzeug Christi, der die Liebe zum Nächsten als Hauptgebot gepredigt hatte.

Am 4. Mai 1904 starb Dominikus Ringeisen, wie er gelebt hatte. Er war schon längere Zeit kränklich, schonte sich aber nicht. Einige Tage vor seinem plötzlichen Tode hatte er eine schlagähnliche Lähmung der rechten Seite.

Er ruht in einem marmornen Sarkophag auf dem Ursberger Friedhof, umgeben von seinen ihm im Tode nachgefolgten Leitern der Ursberger Anstalten, von den dahingegangenen Oberinnen, Schwestern und vielen Hunderten von Pfleglingen von Ursberg, denen er auf dieser Welt ein erträgliches und menschenwürdiges Leben bereiten konnte. Auf seinem Grabmal steht die Inschrift: *„Gott ist die Liebe. Wer in der Liebe bleibt, der bleibt in Gott."*

Literatur beim Verfasser

Dr. phil. et med. Erich *Graßl*, Allgemeinerzt, Boschetsrieder Straße 75, 8000 München 70

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

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

Hof/Saale:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neudrossenfeld, Lkr. Kulmbach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb, Lkr. Wunsiedel:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:
1 Augenerzt

Kronach:
1 Augenarzt

Kulmbach:
1 Augenerzt

Hof/Seele:
1 HNO-Arzt

Bayreuth:
1 Hauterzt

Coburg:
1 Hautarzt

Kulmbach:
1 Hautarzt

Neustedt bei Coburg, Lkr. Coburg:
1 Kindererzt

Hof/Saale:
1 Lungenerzt

Hof/Seele:
1 Nervenarzt

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

Mittelfranken

Abenberg, Lkr. Roth:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Laul e. d. Pegnitz-Naunhof, Lkr. Nürnberger Land:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Zentrum Nordwest:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(Praxisübernehmemöglichkeit)

Nürnberg-Buchenbühl:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Geismennshof/Muggenhof/Hölen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Gebersdorf:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(Praxisübernehmemöglichkeit)

Nürnberg-Lichtenhof und Umgebung:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeiten)

Nürnberg-Rennweg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Ziegelstein/Herrnhütte/Großreuth:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Offenhausen, Lkr. Nürnberger Land:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ansbach:
1 Augenerzt

Feuchtwengen, Lkr. Ansbach:
1 Augenarzt

Landkreis Roth:
1 Augenarzt

Nürnberg-Lichtenhof und Umgebung:
1 Augenarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Neustadt/Aisch, Lkr. Neustadt/Aisch-Bad Windsheim:
1 Frauenarzt

Nürnberg-Südl. Innanstadt:
1 Frauenarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Rothenburg o. d. Taubar, Lkr. Ansbach:
1 Frauenarzt

Landkreis Ansbach:
HNO-Ärzte

Stedt oder Landkreis Ansbach:
Nervenärzte

Gunzenheusen, Lkr. Weißenburg-Gunzenheusen:
1 Nervenarzt

Dinkelsbühl, Lkr. Ansbech:
1 Urologe

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telelon (0911) 4627-0.

Unterfranken

Stedtteil Bergl, Stedt Schweinlurt:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Laufech, Lkr. Aschaflenburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Fuchsstadt, Lkr. Bed Kissingen:
1 Allgemein-/Prektischer Arzt

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

Kist, Lkr. Würzburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzeneu, Lkr. Ascheffenburg:
1 Augenarzt

Heßlurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:
1 Augenarzt

Stadt Aschellenburg:
1 HNO-Arzt

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

Kerlstedt oder Marktheidenfeld, Lkr. Mein-Spessart:
1 HNO-Arzt

Stadt Aschellenburg:
1 Hautarzt

Heßlurt, Lkr. Heßberge:
1 Hautarzt

Stedt Ascheffenburg:
2 Internisten

Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Kindererzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Haßfurt, Lkr. Heßberge:
1 Nervenerzt

Bed Neustedt, Lkr. Rhön-Grabfald:
1 Nervenarzt

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

Oberpfalz

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

Schönsee, Lkr. Schwandorf:
1 Allgemein-/Prektischer Arzt

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

Eschenbech, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Furth i. Weld/Waldmünchen, Lkr. Cham:
1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwendorf:
1 Augenarzt

Roding, Lkr. Chem:
1 Augenarzt

Sulzbech-Rosenberg, Lkr. Amberg-Sulzbech:
1 Augenerzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustedt/WN:
1 Augenarzt

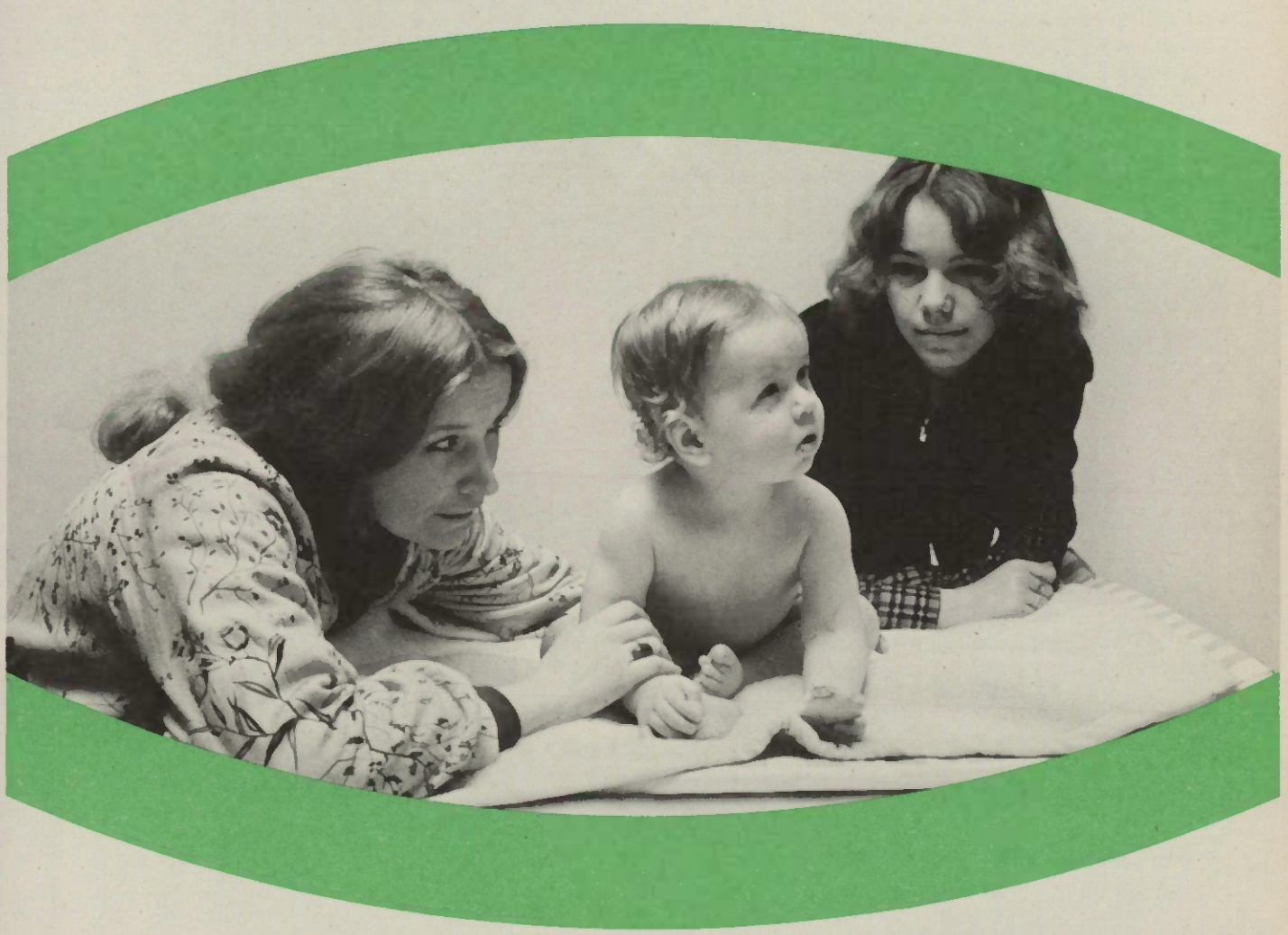
Kötzting, Lkr. Chem:
1 HNO-Arzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 HNO-Arzt

Stadt Cham, Lkr. Chem:
1 Hauterzt

Röteln-HDC-Impfstoff Wellcome®

Röteln-Impfung ist wichtig für alle Mädchen ab 11



Röteln-HDC-Impfstoff Wellcome®
Der Zusatz HDC (= human diploid cells) im Namen des Impfstoffs bringt zum Ausdruck, daß die Impfviren auf menschlichen Zellen kultiviert wurden, woraus sich zwei entscheidende Vorteile ergeben:

- die bei der Impfung erzeugte Immunität kommt der nach einer natürlichen Infektion vorliegenden Immunität sehr nahe.
- die Verträglichkeit ist sehr gut, weil keine allergischen Reaktionen auftreten können, die auf tierisches Eiweiß zurückgehen.

Deutsche Wellcome GmbH, 3006 Burgwedel 1
Röteln-HDC-Impfstoff Wellcome®

Zusammensetzung: 1 Impfdosis (0,5 ml) enthält: Abgeschwächtes lebendes Röteln-Virus,

Stamm Wistar RA 27/3	mind. 1000 $GKID_{50}^{*}$
Humanalbumin	ca. 1,2 mg
Neomycinsulfat	max. 2,9 µg
Polymyxin-B-sulfat	max. 0,6 µg

Lösungsmittel: Aqua ad iniectabilia
*$GKID_{50}$ = Gewebekulturinfektiöse Dosis 50 %

Anwendungsgebiete: Aktive Immunisierung gegen Röteln. Der Hauptzweck der Impfung ist die Verhinderung der Rötelnembryopathie durch Immunisierung von Mädchen vor Eintritt der Pubertät und von Frauen im gebärfähigen Alter ohne ausreichende Rötelnantikörper.

Gegenanzeigen: Schwangerschaft, Impfung mit anderen Lebendimpfstoffen, Gabe von Humanimmunglobulin, schwere Erkrankungen, Überempfindlichkeit gegen Neomycin bzw. Polymyxin.

Nebenwirkungen: Einige Tage nach der Impfung können Erscheinungen auftreten, wie sie auch nach einer natürlichen Rötelninfektion vorkommen. Diese sind in der Mehrzahl geringfügig und vorübergehend. Sie umfassen regionale Lymphknotenschwellungen, Hautausschläge, Unwohlsein, Halsschmerzen, mildes Fieber, Kopfschmerzen und gelegentlich vorübergehende Gelenkschmerzen, selten mit den Zeichen einer Entzündung verbunden. Gelenkbeschwerden werden bei der Impfung von Frauen im gebärfähigen Alter häufiger beobachtet als bei Mädchen vor Eintritt der Pubertät. In einigen Fällen wurden nach der Impfung symptomlose Erniedrigungen der Thrombozytenzahlen beobachtet.
An der Injektionsstelle können lokale Schmerzen und selten Rötungen auftreten.

Dosierung:
Die Einzeldosis beträgt 0,5 ml

Handelsformen:
1 Impfdosis + sterile Einmalspritze DM 23,87 inkl. 13% MwSt.
10 Impfdosen Preis auf Anfrage

Wellcome

Deutsche Wellcome GmbH
Postfach 109 3006 Burgwedel 1

Stadt Schwendorf, Lkr. Schwandorf:
1 Hauterzt

Stedt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Stedt Weiden:
1 Hautarzt

Eschenbech, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kindererzt

Furth i. Weld/Weldmünchen, Lkr. Cham:
1 Kinderarzt

Kötzting, Lkr. Chem:
1 Kinderarzt

Nabburg, Lkr. Schwendorf:
1 Kinderarzt

Stedt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Kinderarzt

Vohenstreuß, Lkr. Neustedt/WN:
1 Kinderarzt

Stadt Chem, Lkr. Cham:
1 Nervenarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwendorf:
1 Nervenarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Nervenarzt

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

Niederbayern

Abensberg, Lkr. Kelheim:
1 Augenerzt

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landeu:
1 Augenarzt

Hauzenberg, Lkr. Pesseu:
1 Augenarzt

Regen, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Viechtach, Lkr. Ragen:
1 Augenerzt

Abensberg, Lkr. Kelheim:
1 Frauenarzt

Osterhofen, Lkr. Deggendorf:
1 Frauenarzt

Stedt oder Lkr. Landshut:
1 Hautarzt

Regen, Lkr. Regen:
1 Heutarzt

Lkr. Rottal-Inn:
1 Heutarzt

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 HNO-Arzt

Stadt oder Lkr. Passau:
1 HNO-Arzt

Abensberg, Lkr. Kelheim:
1 Kindererzt

Bogen, Lkr. Streubing-Bogen:
1 Kinderarzt

Heuzenberg, Lkr. Passau:
1 Kinderarzt

Lkr. Dingolfing-Landeu:
1 Nervenarzt

Kelheim, Lkr. Kelheim:
1 Nervenarzt

Regen, Lkr. Regen:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte en die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telelon (0 94 21) 70 53.

Schwaben

Delningen, Lkr. Donau-Ries:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weißenhorn, Lkr. Nau-Ulm:
1 Augenarzt

Dillingen, Lkr. Dillingen:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schweben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telelon (08 21) 31 30 31.

Onkologische Fortbildung

Die Bayerische Landesärztekammer — Akademie für ärztliche Fortbildung — führt in Zusammenarbeit mit Mitgliedern des Tumorzentrums München eine onkologische Fortbildung durch mit dem Thema:

Die häufigsten onkologischen Krankheitsbilder
Frühdiagnostik und Nachbehandlung in der Praxis

Zeit und Ort: **Samstag, 14. November 1981** im Ärztehaus Bayern, Großer Kongreßsaal, Mühlbaurstraße 16, München 80

Beginn: 9.30 Uhr — **Ende:** etwa 18.00 Uhr

Anmeldung: Bitte nur f e r n m ü n d l i c h (0 89) 41 47-288 oder 41 47-287

9.30 bis 10.15 Uhr:

Führung von Petienten mit malignen Erkrenkungen
Prolessor Dr. W. Wilmanns

10.15 bis 12.30 Uhr:

Meligne Bluterkrankungen
Vorsitz: Professor Dr. H. Begemenn

- Chronische und ekute Leukämien — Dr. W. Kaboth
- Morbus Hodgkin und die Non-Hodgkin-Lymphome — Privatdozent Dr. H. Themi
- Das Piesmozytom und verwandte „Paraproteinämien" — Dr. F. Woltines

Diskussion

14.00 bis 17.00 Uhr:

Des Memmekerzinom
Vorsitz: Professor Dr. J. Zender

- Frühdiegnostik — Privatdozent Dr. J. Beltzer
- Operative Therapie aus gynäkologischer Sicht — Professor Dr. K. Lohe
- Operative Therapie aus chirurgischer Sicht — Privatdozent Dr. B. Günther
- Wiederherstellungschirurgie — Professor Dr. U. Schmidt-Tintemann

Diskussion

Vorsitz: Professor Dr. W. Wilmanns

- Therepie rezidivierender und metastasierender Mammakarzinome — Professor Dr. U. Fink
- Nachsorge — Dr. A. Leonhardt

Diskussion

Verschärft: Der Drogenmißbrauch

Zum Teil beträchtlich verschärft het sich nach Angaben von Ministerprēsident Franz Josef Strau8 das Suchtgeschehen in Bayern wie in der gesamten Bundesrepublik in den Jahren 1979/1980. Im Vorwort zum 12. Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs in Bayern, den der Regierungschef dem Landtag übermittelte, berichtet Strauß, daß die Zahl der Drogentoten von 58 Im Jahr 1978 um fast 40 Prozent euf 81 angestiegen sei. Die Zahl der den Gesundheitsämtern bekenntgegebenen Drogenkonsumenten erhöhte sich Im gleichen Zeitraum von 6978 um fast 22 Prozent auf 8505. Dabei beherrschten harte Drogen wie Heroin die Rauschgittszene. Es wurde mit hohem Reinheitsgehalt zu relativ günstigen Preisen euf dem Markt engeboten.

Vornehmlich türkische Händlergruppen schleusten den Stotf aus dem Nahen und Mittleren Osten ein, wobei sich die Lege auf dem Händler- und Konsumentenbereich zunehmend kontliktreich gestaltete. Neben Heroin blieb Haschisch die em häutigsten gehandelte und konsumierte Droge. Festgestellt wurde zudem ein Anstieg des Mißbreuchs von Kokain, der in zwei Fällen zum Tod tührte.

Anle8 zur Besorgnis gab die Erkenntnis, daß die festgestellten Zuwachsreten weitgehend real waren und nicht nur zurückzutühren auf verstärkte Aktivitäten der Polizei und verfeinerte Erfassungsmethoden, die bekanntlich die Drogenstatistik beträchtlich beeinflussen und die 1979 zu einer weiteren „Erhellung des Dunkelfelds" geführt haben. Die Situetion war ferner gekennzeichnet durch ein weiteres Übergreifen der Drogenszene von den Ballungsräumen aut das „flache Land", durch eine zunehmende Brutalisierung, ein konspiretives Vorgehen und eine größere Rattinesse der Händler, durch zunehmende Schwierigkeiten den immer konfliktreicher werdenden Konsumentenbereich zu beeinflussen und durch eine Verfestigung des Konsums bei älteren Jahrgängen.

Nach den Feststellungen des Arbeitskreises bot das Jehr 1980 Im Gegensatz zu 1979 kein einheittiches Bild mit klaren Trends und eindeutig erkennbarer Entwicklung. Einerseits ging die Zehl der Drogentoten von 81 euf 62 (in der Bundesrepublik von 623 aut 494) zurück. Auch stagnierte nach den Feststellungen der Polizei, der Gesundheitsämter und der stationären Einrichtungen die Zaht der Konsumenten herter Drogen – eine Entwicklung, die sich im stationären Bereich schon 1979 ebgezeichnet hatte. Andererseits heben – ellerdings in wesentlich geringerem Umfang als 1979 – zugenommen die Zahl der polizeilich erfaßten Rauschgiftdelikte um elf Prozent, die der Tatverdächtigen um sieben Prozent, die Sicherstellungsmengen bei Heroin um 20,4 Prozent; auch die Zahl der den Gesundheitsämtern bekenntgewordenen Drogenkonsumenten stieg um 566 Fälle (6,6 Prozent) euf 9071.

Das Angebot en illegalen Drogen wurde knapper. Heroin wurde – bei gleichbleibenden oder steigenden Preisen – nur noch mit stark vermindertem Reinheitsgehalt angeboten und konsumiert (einer der Gründe für den Rückgang der Drogentoten). Die Preise für Haschisch zogen betrēchtlich an; die Sicherstellungsmengen gingen hier erheblich (auf 447 kg) zurück. 1980 gelang es der Polizei erstmals, in nennenswertem Umfang in den Kreis der Kokainhändler und -konsumenten einzudringen. Im übrigen wurden die Erkenntnisse des Jahres 1979 weitgehend bestätigt.

tmmerhin gibt es Anzeichen datür, daß 1980 die epidemische Entwicklung der Vorjahre jedenfalls im Bereich der harten Drogen zunächst zum Stillstend gekommen ist. Der harte Kern der Konsumenten scheint sich zu stabilisieren. (Die Zahl der Drogenabhängigen in Bayern wird derzeit euf 7000 geschätzt). Gleichwohl kann von einer Entspannung nicht gesprochen werden. Die Verhältnisse können sich euch sehr schnell wieder ändern. Das gilt vor allem für die „Angebotsseite": Der Bericht der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen kommt euch zu Beginn des Jahres 1981 zu dem Ergebnis, daß weltweit ein Überangebot en suchterzeugenden Stotfen besteht und die Produktion ständig erweitert wird.

Wie die interministerielle Kommission weiter feststellte, hat sich das Suchtgeschehen spürbar autgrund eines zunehmenden Alkoholmißbrauchs verschlimmert. Dies führte zu einem kontinuierlichen Anstieg der Suchtkranken.

Die Zehl der den Gesundheitsämtern bekanntgewordenen Alkoholkrenken stieg im Jahre 1979 um 5,39 Prozent, Im Jahre 1980 sogar um 15,13 Prozent und betrug am Ende dieses Jahres 23 038. Nach den Erhebungen in öffentlichen und privaten psychiatrischen Krankenhäusern nahm auch die Zehl der stationär behandelten Alkoholiker im Berichtszeitreum zu, und zwar 1979 um 5,8 Prozent, 1980 um 6,2 Prozent. Nach wie vor stellen damit die Alkoholiker die bei weitem größte Gruppe unter den Suchtkranken. Ein knappes Viertel der Alkoholkranken seien Freuen. Obwohl die Alkoholkrankheit – bedingt durch ihre lange Entwicklungsdauer – nach wie vor eine Krankheit der Erwachsenen ist, gibt der Anteil der jungen Menschen unter diesen Krenken Anlaß zur Sorge: Immerhin betrug der Anteil der Minderjährigen unter den Alkoholikern, die den Gesundheitsbehörden bekannt wurden, 1978 1 Prozent, 1979 1,4 Prozent, 1980 1,25 Prozent. Ein Ende der negativen Entwicklung sei, so der Bericht im Bereich des Alkohotmißbrauchs, noch nicht abzusehen, zumal aufgrund einer Repräsentetivbetregung 8,7 Prozent der 12- bis 24jährigen in Bayern als alkoholgefährdet engesehen werden müssen.

Am schwierigsten zu erfassen ist nech Angaben des Arbeitskreises der Medikementenmißbrauch: So schätzt die deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefehren die Zahl der Medikamentenebhēngigen in der Bundesrepublik aut 200 000 bis 500 000. Zuverlässiges und exaktes Zahlenmaterial liege jedoch nicht vor; nach wie vor gibt es keine verläßlichen Meßinstrumente zur Erfassung des Arzneimittelmißbrauchs in der Bevölkerung. Die Erhebungen in den öffentlichen und privaten psychiatrischen Krenkenhäusern in Bayern über den Mißbrauch von Suchtstoften ergaben für die Medikamentenabhängigen einen Rückgang der stationär behandelten Patienten, und zwar von 789 (1978) euf 777 (1979) und 688 (1980). Dieser Rückgang muß allerdings mit Vorsicht beurteilt werden, weil bei der Zählung nur die Stoffgruppen der Schlat- und Beruhigungsmittel und der opiatfreien Schmerzmittel erfaßt wurden. Nach wie vor überwiegt bei den Medikamentenmißbrauchern das weibliche Geschlecht (1979: 66,6 Prozent, 1980: 67,1 Prozent) und der weiteus größte Teil der behandelten Medikementenmißbreucher (1979: 94 Prozent, 1980: 98,7 Prozent) Ist volljährig.

Michael Gscheidle

Brief aus Bonn

Ehrenbergs Kostendämpfungs-Politik

Die Bonner Gesetzgebungsmaschine läuft auf Hochtouren. Es ist nicht damit zu rechnen, daß dabei viel Gutes herauskommen wird. Dies haben z. B. die öffentliche Anhörung zum Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vor dem Sozialpolitischen Ausschuß des Bundestages und die erste Lesung der Haushaltssanierungsgesetze im Bundesrat gezeigt. Dem Bundestag stehen für seine Beretungen kaum mehr als zwei Sitzungswochen zur Verfügung. Die Perlamentarier lassen sich immer häufiger zu Erfüllungsgehilfen der Exekutive degradieren, die sich ihrerseits nur auf dem Pfad bewegen kenn, der zuvor in den Koelitionsgesprächen abgesteckt worden ist. Am Ende wird dann beschiossen, wes wenige Politiker mit unzureichendem Sachverstend in ermüdenden Nachtsitzungen als politische Kompromißlinie vorgegeben haben.

Nur mit der Bundesratsmehrheit der Union könnten zuletzt über den Vermittiungsausschuß noch Änderungen durchgesetzt werden. Auf diesem Wege sind freilich nur Reparaturen, aber keine grundsätzlichen Neuorientierungen möglich. Der Bundesrat hat bei einigen Gesetzen, wie dem Haushaltsstrukturgesetz, zwar ein Veto-Recht; dieses reicht aber nicht aus, der Bundestagsmehrheit von SPD und F.D.P. seinen Willen aufzuzwingen. So bedarf das Kostendämpfungsgesetz nicht der Zustimmung des Bundesrates, und selbst die Kürzung des Kindergeldes könnte der Bundestag gegen den Willen des Bundesrates beschließen.

Insofern ist auch von untergeordneter Bedeutung, was der Bundesrat beim ersten Durchgang zum Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz beschlossen hat. Regierung und Parlament werden sich nicht darum kümmern. Der einzige Beschluß von politischer Relevanz geht auf eine Initiative Niedersechsens zurück, durch die die sogenannte teilstationäre Krankenhauspflege, die Ehrenberg einführen will, verhindert werden soli. Da der Gesetzentwurf schon bis zum 21. Oktober vom Ausschuß und bis zum 29. Oktober vom Bundestag in zweiter und dritter Lesung beschlossen sein soli, wird schon bei Erscheinen dieser Ausgabe klar sein, ob Niedersachsens initietive Erfolg beschieden ist oder nicht. Wahrscheinlich wird der Bundestag Ehrenbergs Gesetzesvorschlag folgen. Dagegen ist die Initiative der Länderfinanzminister, sich bei den Poliklinlken zu entiasten und deren Leistungen nach den Sätzen freiberuflicher Kassenärzte honorieren zu iassen, gescheitert. Am Ende mochten die Ministerpräsidenten der CDU/CSU-regierten Länder ihren Finanzministern euf dem Weg zur Aufwertung der Ambulatorien nicht folgen

Mit einiger Überraschung konnte man registrieren, daß ein Entschließungsantrag der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und Schleswig-Hoistein, mit dem die Kostendämpfungspolitik Ehrenbergs einer grundsätzlichen Kritik unterzogen werden solite, im Bundesrat keine Mehrheit fand. Darin hieß es u. a., deß der Regierungsentwurf den Dirigismus des ersten Kostendämpfungsgesetzes fortführe und das Instrumentarium der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik ausbaue. Der Bundesrat wende sich gegen das damit verbundene Mehr an Nivellierung und bürokratischer Bevormundung der Selbstverwaltung.

Rheinland-Pfalz stimmte dieser Entschließung nicht zu. Doch der Verdacht, daß hier eine Neuorientierung des Landes und von Teilen der Union gegenüber Ehrenbergs Kostendämpfungspolitik erkennbar sei, verflüchtete sich rasch. In der Hektik des Gesetzgebungsverfahrens, das dem Bundesrat ganze zwei Wochen Beratungszeit für das gesemte Gesetzespaket ließ, hatte der Entschließungsantreg der vier Länder die Rheinland-Pfälzer nicht erreicht. Eine Penne also, die zeigt, unter welchem Zeitdruck in Bonn wichtigste Gesetze durchs Gesetzgebungsvertahren gepeitscht werden. Dabei hätte es die Regierung durcheus in der Hand gehabt, frühzeitig die Konsolidierungsgesetze einzubringen. Der Schuldenberg ist schließlich nicht über Nacht gewachsen.

Das öffentliche Anhörungsverfahren zum Kostendämpfungsgesetz hat wenig Neues gebracht. Der SPD iag ausschließlich daran, die Selbstverwaltung der Kassen und der Ärzte unter politische Pression zu bringen. Ob denn die Verlängerung der Honorarverträge bis zum Ende der Ausschußberatungen vereinbart sein werde, wollte Sozialexperte Glombig von der SPD wissen, ohne zu verschweigen, deß er endernfails eine gesetzliche Regelung für unausweichlich halte. Während die Kassenärztliche Bundesvereinigung versicherte, daß die rechtzeitige Unterschrift der Empfehlungsvereinbarung nicht an ihr scheitern werde, mußten die Kassenvertreter um Verständnis dafür bitten, die Unterschriften wohl erst bis zur Verabschiedung des Gesetzentwurfes im Bundestag liefern zu können. Die Ersatzkassen demonstrierten Überiegenheit und vermeideten, daß ihre Verträge bereits unter Dach und Fach seien.

Das Beklemmende des ganzen Vorganges scheint wenigen bewußt geworden zu sein: das Mittei der offenen politischen Pression ist salonfähig geworden. Es dürfte künftig noch ungenierter eingesetzt werden. Und niemend steht dagegen euf, nicht einmei die Opposition. Der Vertail der politischen Sitten schreitet voran.

Im übrigen gab es kaum jemand, der die Gesetzesvorlage für gelungen hielt. Den Gewerkschaften und den Kassenvertretern ging er nicht weit genug; die Arbeitgeber hätten sich mehr Elemente einer Direktbeteiligung der Versicherten gewünscht. Jedenfells glaubte niemand im Saal 1903 des „Langen Eugen", daß mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung längerfristig Beitragssetzstabilität zu gewinnen oder zu erhalten ist. Die RVO-Kassen rechnen trotz des Entwurfes mit Beitragssatzerhöhungen für 1982. Die Ersatzkassen nehmen an, ohne Mehrbelastungen der Beitragszahler über die Runden zu kommen; doch auch sie glauben nicht, daß die Krankenhausausgaben und die Arzneimittelausgeben wirksam zu bremsen sind.

Die Anhörung förderte im übrigen zutage, daß die Arbeitgeber in der Selbstverweltung offenbar wenig zu sagen haben. Parität scheint stets Übermecht der Gewerkscheften zu bedeuten, denn die Geschäftsführer eller RVO-Kessenverbände folgten genz eindeutig der vom DGB-Vertreter vorgezeichneten Linie dirigistischer Kostendämpfungspolitik und nicht der Linie der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände, die euf mehr Eigenverantwortung der Versicherten setzt und den Weg zur Einheitsversicherung nicht mitgehen will. Zumindest in diesem Punkt gibt es eine stillschweigende Koalition mit den Ersatzkassen, in deren Selbstverwaltung die Arbeitgeber aber nicht vertreten sind. Es wäre wohl Aufgabe der Arbeitgeber, diesen Widerspruch und ihren geringen Einfluß in den Gremien der RVO-Kessen und -Verbände zu erklären.

bonn-mot

Für 9 von 10 Ihrer Hypertoniker

Combipresan® Perlongetten®

Eine Perlongette täglich – einfacher geht's nicht

Zusammensetzung: 1 Combipresan 75 Perlongette enthält: 0,075 mg Clonidinhydrochlorid, 15,0 mg Chlortalidon. 1 Combipresan 150 Perlongette enthält: 0,150 mg Clonidinhydrochlorid, 15,0 mg Chlortalidon. **Indikation:** Hypertonie. **Kontraindikationen:** Combipresan Perlongetten sollen nicht angewandt werden bei Nierenversagen, bei schweren komatösen Lebererkrankungen, bei unbeeinflußbaren Kaliummangelzuständen und bei Überempfindlichkeit gegen Sulfonamide. **Nebenwirkungen:** Bei Behandlungsbeginn können Mundtrockenheit oder Müdigkeit auftreten, die gewöhnlich nach relativ kurzer Behandlungsdauer abnehmen. Gelegentlich kommt es zu Schwindelgefühl bei aufrechter Körperhaltung als Folge der Blutdrucksenkung. Sehr selten können allergische Erscheinungen auftreten. Bei höherer Dosierung von Clonidinhydrochlorid wurden vereinzelt Darmträgheit, Schlaf- und Potenzstörungen beobachtet. Diuretika (Chlortalidon) können gelegentlich zu Störungen des Elektrolyt-, Kohlenhydrat- oder Harnsäurestoffwechsels führen. Wenn diese Gefahr bei den Combipresan Perlongetten auch sehr gering ist, sind entsprechende ärztliche Kontrollen im Verlaufe der Therapie zu empfehlen. Um unerwünschte Wiederanstiege des Blutdrucks zu vermeiden, sollen blutdrucksenkende Medikamente nicht abrupt und ersatzlos abgesetzt oder weggelassen werden. Dies gilt auch für die Combipresan Perlongetten. Das Präparat 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. Boehringer Ingelheim KG, 6507 Ingelheim am Rhein.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Bei der gleichzeitigen Anwendung von Sedativa oder von anderen blutdrucksenkenden Präparaten kann es zu einer Verstärkung der Wirkung von Combipresan Perlongetten kommen. Combipresan Perlongetten können die blutzuckersenkende Wirkung der Antidiabetika vermindern, die kardio- und neurotoxische Wirkung von Lithiumpräparaten verstärken, zusammen mit Glukokortikoiden zu einer verstärkten Kaliumausscheidung führen und die Herzwirkung von Glykosiden bei Kaliummangel verstärken. Auch die Wirkung von Beruhigungs- oder Schlafmitteln sowie von Alkohol kann verstärkt werden. **Packungen** (Stand April 1981): A.V.P. Combipresan 75 Perlongetten: 28 Retardkapseln DM 18,45; 70 Retardkapseln DM 40,50. – Combipresan 150 Perlongetten: 28 Retardkapseln DM 21,35; 70 Retardkapseln DM 45,70; Klinikpackungen.

Boehringer Ingelheim

nc

12. Jahreskongreß des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte

in Bad Mergentheim vom 27. bis 31. Mai 1981

Im nachfolgenden bringen wir den Bericht über die diesjährige Mitgliederversammlung des BDSÄ. Aus ihm können wir einen für uns Bayern wichtigen Termin entnehmen: Der nächste Kongreß findet um Christi Himmelfahrt (20. Mai 1982) in Aschaffenburg statt und wird von der bayerischen Landesgruppe ausgerichtet werden. Es ist wünschenswert und wäre sehr erfreulich, wenn an diesem Kongreß möglichst viele Kollegen und Kolleginnen teilnehmen würden, auch wenn sie nicht Mitglied des BDSÄ sind. Die Tagungen bieten neben Lesungen der Schriftstellerärzte auch allgemein interessierende Vorträge, die für jeden einige angenehme Stunden der Besinnung und des Nachdenkens sein können; sie können darüber hinaus auch im Zeichen gegenseitigen persönlichen Kennenlernens stehen. Halten Sie sich also die Tage vor und nach Christi Himmelfahrt frei und kommen Sie zum Kongreß im Mai 1982 in Aschaffenburg!

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Diesmal war es wieder die Kurstadt Bad Mergentheim, welche die deutschen Schriftstellerärzte für fünf Tage aufnahm. Etwa fünfzig Schriftstellerärzte aus den verschiedenen Bundesländern gaben sich ein musisches Stelldichein.

Der Präsident des Bundesverbandes, Dr. Michael Soeder, eröffnete den Kongreß und betonte, daß die Stadt Mergentheim für derartige Zusammenkünfte besonders gut geeignet sei . . ., „weil man sich hier wohl fühle . . .". So wurde schon vor einiger Zeit beschlossen, alle zwei Jahre in Bad Mergentheim zu tagen. Stadt und Kurverwaltung gewähren nun schon zum vierten Male dem Verband in jeglicher Hinsicht ihre Unterstützung.

Der Kurdirektor, Herr Galvagni, begrüßte auch im Namen des verhinderten Oberbürgermeisters .Dr Mauch, der Ehrenmitglied des Verbandes ist, die Ärzte. Die Präsidentin des Weltschriftstellerärzteverbandes (UMEM), Dr. Marguerite de Miomandre, war als Gast aus Brüssel gekommen und fand wie immer herzliche Worte für die deutschen Kollegen. Sie nannte Deutschland ihre zweite Heimat. Marguerite de Miomandre lud die Kollegen zum UMEM-Kongreß in Bad Niederbronn bei Straßburg ein, der vom 24. bis 29. September stattfand.

Den Festvortrag hielt Professor Dr. Gerhard Jörgensen über den Arzt und Poeten Rudolf Grashey, geb. 1876, gest. 1950, der in München Ordinarius für Röntgenologie war, Initiator der „Insel" in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift", die schon seit hundert Jahren besteht, und Präger eines nachfühlbaren Gedankens: „Man kann ersticken auch in Medizin — Humor, das lebenswichtige Vitamin befreit den Geist und weckt in ihm neue Kraft." Rudolf Grashey war Mitarbeiter bei den „Fliegenden Blättern", den „Meggendorfer Blättern" und beim „Simplizissimus". Ein kleines Poem soll noch erfreuen:

E i n m a l legt die Henne jedes Ei
Gackert kurz — die Sacha ist vorbei.
Nur der Wissenschaftler bringts zuwegen
Ein Ei — fünfundzwanzig mal zu legen.

Gerhard Jörgensen brachte mit viel Schwung weitere Lebenselixiere von Rudolf Grashey, welche die Zuhörer erfreuten. Begleitend zum Vortrag von Gerhard Jörgensen über Rudolf Grashey wurden Exponate ausgestellt, welche die anwesende Tochter von Rudolf Grashey, die Kinderärztin Dr. med. Lisa Hall, zur Verfügung gestellt hatte. Der Schreiber-Verlag, München, zeigte Originale von Zeichnungen der „Meggendorfer-Blätter", zu denen Grashey die Texte meist in Versform verfaßt hatte (vergleiche dazu auch „Der Röntgenologe Rudolf Grashey als Dichter" „Bayerisches Ärzteblatt" 6/1980, Seite 626 f.).

Am Donnerstag, 28. Mai 1981, fand eine öffentliche Lesung der Schriftstellerärzte mit Kurkonzert statt. Es war das vierte Mal, daß mit dem Musikdirektor, Herrn Kysilka, eine Matinee gestaltet werden konnte. Hellmut Jebens führte, wie in den

preisgünstig!
Tageskosten DM 0,76

Zusammensetzung: Monalazon-Dinatrium 10,00 mg, Estradiolbenzoat 0,125 mg, Anwendungsgebiet: Fluor vaginalis, Gegenanzeigen: Vorliegen von Oestrogen-abhängigen Tumoren, Nebenwirkungen: Melun 25 kann bei höherer Dosierung in Ausnahmefällen zu Zyklusstörungen oder erneutem Auftreten von Blutungen nach den Wechseljahren führen. Peckungsgröße/Preis: 12 Vaginaltabletten DM 9,10.

TEMMLER-WERKE MARBURG

Fluor vaginalis

Malun® 25

Jahren zuvor, durch die Veranstaltung und fand zu dem Dargebrachten Worte, die ergänzten und vertieften. Dazwischen las er eigene Verszeilen – ein mahnendes Gedicht über den Arzt in Frieden und Krieg –, das mit einem trostreichen Zuruf endete: „Laßt uns vom schönsten Menschensieg / in Krieg und Frieden / laßt uns von Liebe sprechen."

Den Zyklus der Vortragenden begann Edo v. Wicht, der den Frühling aufklingen ließ: „Die Tore der Landschaft sind offen." Dietrich Reimers brachte als nächster eine farbenfrohe Erzählung aus Jamaika mit eingeflochtenen Gedichten. Maria Bednara las einige Gedichte – Kinder und die Liebe betreffend – und ein Kindheitserlebnis, das sich hinter den Kulissen eines Passionstheaters abspielte. Adelheid Kirmse trug eine Geschichte über den verlorenen Geldgewinn in kinderreichen Familien vor. Edith Engelke würdigte Ereignisse aus dem Leben ihres Großvaters: Der General. Gerhard Jörgensen las sehr eindrucksvoll Gedichte über gefallene Soldaten. Walter Ladisich fand romantische Töne über den „fließenden Bach" und den „Frühling". Dietrich Reimers machte den Abschluß mit einem sehr erheiternden „Bericht über sprechende Affen". Zwischen den einzelnen Darbietungen spielte das Kurorchester Musikstücke, die sich sinnvoll in den Rahmen der Lesungen einpaßten.

Am Nachmittag des gleichen Tages berichtete Bernhard Geue über die Entstehung eines Buches vom Manuskript bis zur technischen Fertigung. Bernhard Geue, der Autor und auch Buchhersteller ist, konnte sehr interessante Einblicke in dieses Fachgebiet vermitteln. Die Diskussion darüber war lebhaft.

Anschließend fand die erste interne Lesung unter der Moderation von Professor Franz Schmid statt. Lyrik. Es lasen: Arthur Boskamp, Edo v. Wicht, Alfred Rottler, Michael Soeder, Hellmut Jebens, Franz Schmid, Dietrich Reimers, Ursula Waldeyer, Charlotte Willberg, Adelheid Kirmse, Edith Engelke, Bernhard Geue, Balder Kattentidt, Hans Kinkel, Reza Madjderey, Walter Ladisich, Maria Bednara. Waltraut Soeder las sehr eindrucksvolle Gedichte unseres verstorbenen Kollegen Bernhard Rauch.

Am Abend des 28. Mai 1981 fand im großen Kursaal ein öffentlicher Musikabend statt mit dem Violinvirtuosen Wolfgang Kohlhaußen und dem Arztpianisten W. Sálat: Beethoven, Bach, Paganini, Brahms.

Am Freitag, 29. Mai 1981, wurde vormittags die Mitgliederversammlung einberufen. Einige besondere Punkte sollen herausgehoben werden. Der nächsten Kongreß der Bundesschriftstellerärzte findet im Mai 1982 um Christi Himmelfahrt in Aschaffenburg statt und soll von der bayerischen Landesgruppe gestaltet werden. Über die Länge des Kongresses entwickelte sich eine lebhafte Debatte. Die engagierten Kollegen, vor allem Chefärzte an Kliniken, empfanden die „Beiprogramme" als Zeitraub und stimmten für eine Komprimierung des Literaturteiles. Einige Kollegen plädierten für die Ausnützung der Kongreßtage in Form eines Kleinurlaubes mit Erholungsmöglichkeit. Schließlich wurde besprochen, daß mehrere Kongreßtage mit Beiprogramm das richtige Maß wären, auch für Kontaktpflege und Geselligkeit. Ein wichtiger Entscheid war die Bildung eines Gremiums, das alle Informationen, die nach „außen" gehen (Zeitschriftenberichte usw.) filtern solle. In dieses Gremium wurden gewählt: Michael Soeder, Gerhard Vescovi, Bernhard Geue. Immer wieder wurde der Wunsch geäußert, daß sich jüngere Kollegen für den Verband engagieren sollten, insbesondere auch bezüglich der Übernahme von Ämtern. Vereinbart wurde, daß in Zukunft Waltraut Soeder im Rahmen der Lesungen Gedichte verstorbener Kollegen vortragen solle.

An dieser Stelle muß dem Schatzmeister Gerhard Vescovi und dem Informationsleiter Bernhard Geue, auf deren Schultern die inneren Organisationsfragen lagen, großer Dank ausgesprochen werden. Sehr schwierig war es diesmal, die Organisation des Kongresses zu bewältigen, da die Zeit für die Vorbereitungen sehr kurz war. Nicht zuletzt soll Frau Ruth Benz gedankt werden, die im Ärztehaus Stuttgart Jahr für Jahr stille Arbeit für die Schriftstellerärzte leistet.

Am Nachmittag des 29. Mai 1981 fand zunächst ein rein ärztlicher Vortrag statt, den die Firma Hoechst vermittelte. Thema: Depressive Zustände in Praxis, Diagnose und Therapie

Danach begann die zweite interne Lesung unter der Moderation von Michael Soeder: Kurzprosa. Edo v. Wicht las eine eindrucksvolle Geschichte von einem Hund, der seinen Herrn durch den Tod verloren hatte. Balder Kattentidt brachte Schmunzelgeschichten aus der Praxis. Michael Soeder zeigte auf, wie es ist, wenn eine Katze einen Wel-

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 30 mg. **Tropfen:** 100 ml enthalten: Cocculus D4 70 ml, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 10 ml. **Injektionslösung:** 100 ml enthalten: Cocculus D3 0,7 ml, Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ana 0,1 ml; Natriumchlorid 0,9 g; Aqua ad inject. 98,7 ml.
DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen: 3-4 mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 5–10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und 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., s.c., 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 14,48.

Schwindel
verschiedener Genese
(besonders arteriosklerotisch bedingter)

Vertigoheel®

Kinetosen (See-, Luft-
Autokrankheit)

Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

-Heel

lensittich frißt. Alfred Rottler las eine humorige Geschichte über einen gestohlenen Hermelinmantel. Dietrich Reimers versenkte die Zuhörer in die Gefühle eines Mannes, der im Fahrstuhl sein Alpha und Omega bis zum Aufprall empfindet. Bernhard Geue las aus seinen „Unschönen Geschichten" schöne Geschichten. Walter Ladisich las zwei Kurzgeschichten „Gespräch im Park", das mit sonderbaren erotischen Erlebnissen verbunden war, und die Kurzgeschichte „Gregor und Lina", wobei es sich um eine körperliche Darstellung zwiespältiger Gefühle handelt, die ein Mann gegenüber seiner „unbesiegbaren" Freundin empfindet. Maria Bednara ließ Steine reden, die kein Verständnis für das Tun der Menschen haben. Marguerite de Miomandre sprach über die schriftstellerische Tätigkeit der Ärzte vom Altertum bis zur heutigen Zeit. W. Eberhard Pfeiffer gab einen Überblick über die Geschichte des Bundesverbandes der Deutschen Schriftstellerärzte.

Der abendliche Ausflug nach Weikersheim zum mittelalterlichen Schloß Hohenlohe gab der Tagung einen unerwarteten romantischen Glanz. Der Schloßpark bezauberte durch seine Brunnen, Teiche und alten Steinfiguren — insbesondere aber durch die figürliche Darstellung der vier Winde, die in eigenartiger Form hohe Steinfahnen in den Himmel stießen.

Das mittelalterlich ausgerichtete Fest im großen Saal des Schlosses war der Höhepunkt des „Beiprogramms" des Kongresses. In historischen Kostümen sangen und musizierten Mitglieder des Tauber-Fränkischen Singkreises. Dabei taten fränkische Gaumenfreuden und fränkischer Wein ihr Bestes. Professor Theopold moderierte in heiter-philosophischer Weise den Abend, so daß die Stimmung nicht zu wünschen übrigließ.

Am Samstag, 30. Mai 1981 vormittags, fand eine freie Lesung der Mitglieder statt unter der Moderation von Alfred Rottler, der es geschickt verstand, das Dargebrachte zu einer harmonisch ablaufenden Lyrikstunde zu machen.

Am Nachmittag des Samstags wurde das „Institut für Gesundheitsbildung" im Haus des Kurgastes besichtigt. Dieses Institut wird von Dr. Gerhard Vescovi und Dipl.-Psych. Bernhard Geue geleitet. Das Programm ist weit gespannt und reicht vom Wege der Rhythmisierung, der Entfaltung, der Vitalisierung in alle Lebenssparten hinein. Das Institut ist eine Hochburg für energiespendende Impulse.

Samstag abends unternahmen die Kongreßteilnehmer eine Landpartie zum historischen Gasthof „Zum Löwen" in Neunkirchen. Das gemütliche Beisammensein wurde gewürzt durch Gerichte nach „Großmutters Art" und fränkischem Wein vom Faß. Der Wirt, Herr Rummler, hatte stilvolle Menükarten drucken lassen, die — auf den Kongreß bezogen — uns eine Erinnerung sein sollten.

Der Kongreß endete mit einem Frühschoppen im Garten des Hotels Viktoria am 31. Mai 1981. Jeder Ärzteschriftstellerkongreß festigt den Zusammenhalt, bringt Anregungen und schenkt Freude.

Dr. med. Maria Bednara,
Arabellahaus 15/24, 8000 München 81

Dichterlesung

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

am 9. Dezember 1981

16.00 Uhr — Ärzteheus Bayern, München

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

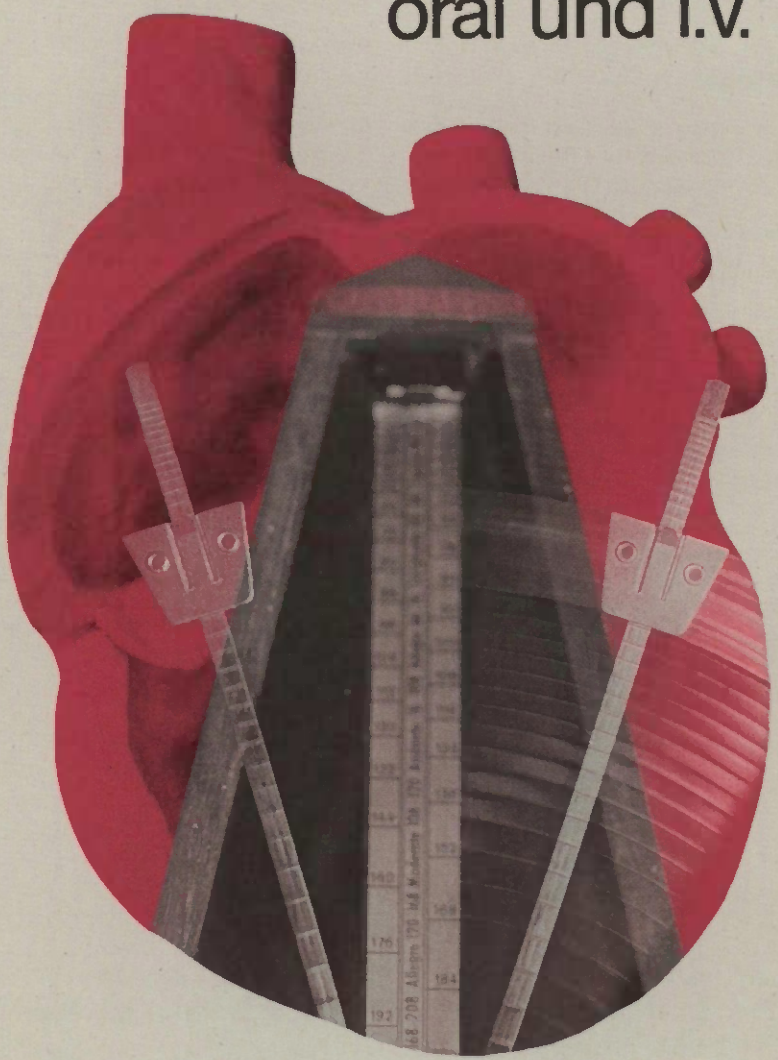
„Zwischen den Generationen"

Anmeldungen der Zuhörer mit Angabe der Teilnehmerzahl erbeten an Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, unter Stichwort „Adventslesung".

Regulativum für das Herz

Esbericard®

Crataegus-Therapie oral und i.v.



reguliert
die
Herztätigkeit

verbessert
die Koronar-
durchblutung

erhöht
die
Kontraktionskraft

Zusammensetzung:

Extr. Crateegi (fol. c. flor.: fruct. = 1:3) standard. Standard: 1 Dragee enthält: 60 mg Extrakt entspr. mindestens 5 mg kondens. Flevene; 1 ml Liquidum enthält: 120 mg Extrakt entspr. mindestens 10 mg kondens. Flevene; 2 ml Injektionslösung enthelten: ca. 90 mg Extrakt, biologisch auf DL 50 an der weißen Meus standardisiert.

Indikationen:

Minderleistung von Herz und Kreislauf. Vegetativ bedingte Herzbeschwerden, Stenokardien und Rhythmusstörungen sowie enfallsweise Tachykerdien, auch im Kindesalter. Die kombinierte Anwendung mit Herzglykosiden ist möglich. Der angenehme Geschmeck von Esbericerd ist für die Lengzeittherapie günstig. Auch bei längerem Gebrauch treten keine schädlichen Nebenwirkungen euf. Kontreindikationen sind bisher nicht bekannt.

Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

Dosierung:

3mal täglich 15 – 20 Tropfen oder 1 – 2 Dragees. Perenterel 2 – 4 ml i.v. bzw. tief intraglutäal täglich oder elle 2 – 3 Tage.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Liquidum 50 ml DM 11,35, Anstaltspackung 500 ml; Dragees 200 Stück DM 11,35, Anstaltspackung 1000 Stück; Ampullen 5 x 2 ml DM 7,05; Anstaltspackung 100 x 2 ml. (Stend: Mei 1981)

Schaper & Brümmer
Salzgitter · Ringelheim

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Kongresse

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

Gynäkologie

Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. K. Richter

in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte, Landesgruppe Bayern

8. Samstagsseminar am 14. November 1981

Beginn: 10.00 Uhr c. t. — Ende ca. 16.00 Uhr

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

Thema: Fluor genitalis

Auskunft und Anmeldung:
Bayerische Landesärztekemmer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288, und Professor Dr. Kümper, Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern, 8000 München 70, Marchioninistraße 15, Telefon (0 89) 7 09 51

Urologie

Kreiskrankenhaus Mallersdorf-Pfaffenberg, Urologische Abteilung

Leitung: Chefarzt Dr. Ion V. Albescu

9. Malleredorter Arbeitstagung für praktische Urologie vom 6. bis 8. November 1981

für Urologen und für interessierte Ärzte sonstiger Gebiete einschließlich der Allgemeinmedizin

Ort: Turnhelle des Gymnasiums Mallersdorf-Pfaffenberg

Themen: Aktuelle Urologie — Urologischer/nephrologischer Notfall in der Praxis — Harninkontinenz in der Praxis — Diagnosefehler in der Urologie und verschiedene andere Themen der Urologie — Während der Tegung läuft voreussichtlich eine Live-Übertregung von endovesikalen Operationen und ein Laborfortbildungsseminar

Anmeldung und Auskunft:
Frau Weigl, Sekreteriat Dr. Albescu, Kreiskrankenhaus Mallersdorf-Pfaffenberg, Krankenhausstraße 6, 8304 Mallersdort, Telefon (0 87 72) 5 03 97

Kardiologie

Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindesalter, Lothstreße 2
Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeyer

unter Mitwirkung der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie
Direktor: Professor Dr. F. Sebening

und des Instituts für Radiologie
Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein

9. Klinisch-kerdiologisches Wochenendseminar am 27./28. November 1981

Beginn: täglich 10.00 Uhr — Ende: 18.00 Uhr

Themen: 27. November 1981: Herzrhythmusstörungen im Kindesalter — 28. November 1981: Aktuelle Probleme aus der Kinderkardiologie

Begrenzte Teilnehmerzahl

November 1981

6. bis 8. November
Urologie, Mallersdorf

14. November
Gynäkologie, München

27. bis 28. November
Kardiologie, München

28. November
Pädiatrie, Erlangen

Pädiatrie

Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. K. Stehr

39. Erlenger pädietrieche Fortbildung em 28. November 1981

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 18.30 Uhr

Themen:

Vormittag: Röntgenbild-Demonstration (mitgebrachte eigene Bilder können gezeigt und diskutiert werden) — Kolloqium mit praktischen Übungen über die Nierensteindiagnostik im Kindesalter — Visiten am Krenkenbett

Nechmittag ab 14.00 Uhr c. t.: Pädiatrische Audiologie und Phonietrie — Indiketionen zu operativen Meßnahmen im Kiefer-Gesichts-Bereich — Stoffwechselbedingte Anfalisleiden im Kindesalter, Diagnostik und Therapie — Gonadale Rezidive bei der erfolgreich behandelten akuten lymphatischen Leukämie, Therapie und Prognose — Bedeutung des Zytomegalievirus für die Neugeborenensepsis

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat der Universitäts-Kinderklinik Erlengen-Nürnberg, Loschgestrasse 15, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-31 18 oder 19

Symposion „Programme zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks in München, der Bundesrepublik und der Schweiz"

am 26. November 1981

Vorsitz: Professor Dr. H. J. Sewering, München, und
Professor Dr. W. van Eimeren, München-Neuherberg

Zeit und Ort: 9.00 Uhr bis 12.30 Uhr — Sheraton Hotel, München

Auskunft:
Dr. U. Keil, Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg, Telefon (089) 3874-5310

32. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 4. bis 6. Dezember 1981 in der Meistersingerhelfe in Nürnberg
Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. Kleinfelder, Nürnberg

Freitag, 4. Dezember 1981

Entzündliche Erkrankungen des Kolons – Kolorektale Tumoren

9.00–9.50 Uhr:

Eröffnung des Kongresses
Begrüßung und Einleitung zu den Heuptthemen

9.50–12.10 Uhr:

Epidemiologie der kolorektalen Tumoren
Professor Dr. A. Neumayr, Wien

Pathologie kolorektaler Tumoren
Professor Dr. P. Hermenek, Erlangen

Röntgenologische Diagnose entzündlicher Dickdarmerkrankungen
Professor Dr. J. Altaras, Gießen

Endoskopisch-bioptische Dickdarmdiagnostik
Professor Dr. R. Ottenjann, München

Sonderformen der Kolitis
Dr. W. Kühner, München

14.00–16.20 Uhr:

Filmvorführung: „Amöbiasis"
Firma Sandoz AG, Nürnberg

Konservetive Behandlung chronisch entzündlicher Dermerkrankungen
Professor Dr. W. Dölle, Tübingen

Chirurgische Behandlung entzündlicher Dickdermerkrenkungen
Professor Dr. F. Stelzner, Bonn

Chirurgische Therapie des kolorektalen Kerzinoms
Professor Dr. F. P. Gall, Erlangen

Untersuchung und Technik der Behandlung von Enddarmerkrankungen in der Sprechstunde (Hämorrhoiden, Fissuren, Fisteln und Polypen) mit anschließender Diskussion – Eidophor Ciba-Geigy

16.55–18.25 Uhr

Falldemonstrationen und Diskussion zu den Themen des Tages mit Eidophor, Ciba-Geigy

Moderator: Professor Dr. F. P. Gall, Erlangen

Mitwirkende: Professor Dr. J. Altares, Gießen, Professor Dr. P. Hermanek, Erlangen, Professor Dr. R. Ottenjann, München, Dr. F. Franke, Erlangen, Dr. R. Meister, Erlangen, Privatdozent Dr. M. Schweiger, Erlangen

Samstag, 5. Dezember 1981

Allergische und immunologisch-bedingte Erkrankungen, Immuntherapie

9.15–12.25 Uhr:

Allergiediagnostik bei Rhinitis und Asthma
Professor Dr. R. Wettengel, Bad Lippspringe

Kontaktallergien der Haut
Professor D. H. Ippen, Göttingen

Medikamentös-bedingte Allergien der Haut
Professor Dr. K. H. Schulz, Hamburg

Hyposensibilisierung bei allergischen Erkrankungen
Privatdozent Dr. R. Urbanek, Freiburg

Angeborene Defektimmunopathien
Professor Dr. K. Schreier, Nürnberg

Erworbene Immundefekte
Professor Dr. H. Delcher, Hannover

14.00–16.35 Uhr:

Filmvorführung: „Tollwut"
Behringwerke AG, Nürnberg

Immunhämatologische Erkrankungen – Pathophysiologie, Klinik und Diagnostik
Professor Dr. D. Maas, Freiburg

Klinik und Therapie des Lupus erythematodes
Professor Dr. J. R. Kelden, Erlangen

Verschiedene Formen der Arteriitis
Professor Dr. E. M. Lemmel, Mainz

Außenseitermethoden in der Immuntherapie
Professor Dr. H.-W. Baenkler, Erlangen

Prophylaxe und Therapie bei bakteriellen und viralen Infektionen mit Immunglobulinen
Dr. B. Belohradsky, München

17.15–18.30 Uhr:

Rundtischgespräch und Diskussion zum Thema des Teges
Moderator: Professor Dr. J. R. Kelden, Erlangen
Mitwirkende: Referenten des Tages

Sonnteg, 6. Dezember 1981

Die Nechbehendlung des Krebskrenken

9.15–12.15 Uhr:

Chemotherepie bei melignen Tumoren als gemeinsame Aufgabe von Klinik und Prexis
Professor Dr. W. Wilmenns, München

Wichtige und akute Indikationen zur zytostetischen Chemotherapie bei mallgnen Erkrankungen
Privatdozent Dr. H. Sauer, München

Adjuvante (postoperetive) zytostatische Behendlung bei Karzinompatienten
Professor Dr. W. M. Gallmeier, Nürnberg

Die Bedeutung der Tumormarker in der Krebsnachsorge
Professor Dr. S. von Kleist, Freiburg

Nachsorge von Krebskranken aus hausärztlicher Sicht
Dr. H. Isele, Heidelberg

Psychologische Betreuung von Kerzinompetienten
Privatdozent Dr. K. Köhle, Ulm

Pharmazeutische Ausstaffung

Öffnungszeiten: täglich von 8.45 bis zum Ende der Vortrege

– Das vollständige Progremm wird allen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland zugesendt werden –

INTERFERON

hochkonzentriertes, reines, menschliches
Leukozyten-Interferon
In Ampullen lieferbar

Anfragen an:
INTERCARE GmbH · Kreilerstraße 21 · 8000 München 80 · Telefon 089/4314500 · Telex 5213379

1. Fortbildungskurs für MTA (Labor) der Bayerischen Landesärztekammer

am 4./5. Dezember 1981 im Novotel in Nürnberg

Leitung: Dr. F. Kanter, Mannheim

Freitag, 4. Dezember 1981

Raum „A. Dürer"

10.30–12.45 Uhr:

Eröffnung
Dr. H. Braun, München

Begrüßung und Einführung in das Seminarprogramm
Dr. F. Kanter, Mannheim

Medikamentenmißbrauch
Dr. Dr. W. Bender, München

Das pathologische weiße Blutbild
Privatdozent Dr. U. Gunzer, Würzburg

14.30–18.00 Uhr:

Die Suchtkrankheiten in Bayern
Ministerialrat Dr. E. Schuster, München

Diagnostik von Stoffwechselstörungen
Professor Dr. J. Braun, Bamberg

Neue Aspekte in der Stoffwechseldiagnostik
H. Mutzke, Mannheim

Sicherung rationeller und wirtschaftlicher Laboratoriumsdiagnostik
J. Haug, Mannheim

Raum „Hans Sachs"

15.30–16.15 Uhr:

Gewinnung und Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials
G. Großmann, Mannheim

Qualitätskontrolle Stufe III
D. Herzog, Mannheim

Fehler vermeiden, ist besser als Fehler suchen: Einsatz zuverlässiger Laborgeräte
Dr. F. W. Seume, Mannheim

Samstag, 5. Dezember 1981

Raum „A. Dürer"

9.30–12.30 Uhr:

Aktuelle Schilddrüsendiagnostik
Dr. D. Bergner, Erlangen

Aktuelle Laborgeräte: Automation im klinisch-chemischen Labor
G. Lebek, Mannheim

Aktuelle Blutgerinnung – chromogene Substrate
Dr. E. Spanuth, Mannheim

14.00–17.00 Uhr:

Aktuelle Pankreasdiagnostik
D. Herzog, Mannheim

Aktuelle Bakteriologie – standardisierte Resistenzbestimmungen
Dr. G. Brillinger, Mannheim

Sicherung rationeller und wirtschaftlicher Laboratoriumsdiagnostik
J. Haug, Mannheim

Raum „Hans Sachs"

9.30–12.30 Uhr:

Aktuelles Laborpraktikum: Neue Diagnostika bei der Fahndung nach Stoffwechselstörungen (Diabetes mellitus – Hyperlipidämie – Hyperurikämie)
H. Mutzke, G. Schütze, beide Mannheim

14.00–17.00 Uhr:

Aktuelles Laborpraktikum: Fehlersuche bei der Durchführung klinisch-chemischer Analysen – Diskussion über Laborprobleme
P. Hirsnig, H. Mutzke, G. Schütze, alle Mannheim

Teilnahmegebühren: Tageskarte DM 10,–; Zweitageskarte DM 20,–

Auskunft und Anmeldung:
Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 288

10. Arzthelferinnen-Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer

am 4./5. Dezember 1981 in der Meistersingerhalle in Nürnberg

Freitag, 4. Dezember 1981

10.00–12.45 Uhr:

Eröffnung und Einführung
Dr. H. Braun, München

Einführung in die Immunologie
Professor Dr. H. W. Baenkler, Erlangen

Der Medikamentenmißbrauch
Dr. Dr. W. Bender, München

Überblick immunchemischer Methoden
Dr. J. Kohlschein, Frankfurt-Höchst

14.00–16.30 Uhr:

Praktikum in drei Arbeitsgruppen (Fettstoffwechsel, einschließlich Film – Immunchemische Methoden im Praxis-Labor – Screening-Teste)

Samstag, 5. Dezember 1981

9.00–10.30 Uhr:

Die Suchtkrankheiten in Bayern
Ministerialrat Dr. E. Schuster, München

Qualitätskontrolle mit dem Behring-System
Dr. J. Kohlschein, Frankfurt-Höchst

10.30–13.15 Uhr:

Praktikum in drei Arbeitsgruppen (Fettstoffwechsel, einschließlich Film – Immunchemische Methoden im Praxis-Labor – Screening-Teste)

Auskunft und Anmeldung:
Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 288

Fortbildungsveranstaltung „Podiumsdiskussion – Hochdruck"

am 28. November 1981 in München

Veranstalter: Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes zusammen mit der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V.

Leitung: Professor Dr. Jahnecke, Bonn

Thema: Aktuelle Aspekte zur Diagnose und Therapie des Hochdrucks

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: gegen 13.00 Uhr

Ort: Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, München 80

Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung veranstaltet am

21. November 1981

im Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, 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 - 788, Frau Klockow, bis 13. November 1981 zu richten.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

II. Münchener Symposion für Sporttraumatologie

am 14./15. November 1981 in München

Veranstalter: Deutscher Sportärztebund in Zusammenarbeit mit dem Bundesausschuß Leistungssport

Leitung: Privatdozent Dr. W. Keyl und Dr. P. Lenhart, beide München

Thema: Kniegelenk – Meniskus und Knorpelläsionen

Ort: Hotel Holiday Inn, Leopoldstraße 194, München

Auskunft und Anmeldung:
Firma medical concept, Eduard-Schmid-Straße 2, 8000 München 90, Telefon (0 89) 6 51 77 73

Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RöV) vom 1. März 1973

Grundkurs in zwei Teilen (3.1.1 der Richtlinien)

am 15./16. und 22./23. Januar 1982 in Nürnberg

Veranstalter: Radiologisches Zentrum Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. Zeitler)

Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, Nürnberg

Teilnahmegebühr: pro Kurs DM 100,–

Im Oktober 1982 (genauer Termin wird noch bekanntgegeben) findet der „Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen" in zwei Teilen (3.1.2 der Richtlinien) statt.

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Radiologisches Zentrum, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98 - 26 69 oder 3 98 - 25 40

VI. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

vom 13. bis 16. Januar 1982 in Köln

Leitung: Dr. Vilmar, Profassor Dr. Wolff, Dr. Lippross, Professor Dr. Loew, Dr. Loch, Dr. Odenbach

Veranstalter:
Bundesärztekammer (Arbeitsgemainschaft der Westdeutschen Ärztekammern)

Mittwoch, 13. Januar 1982

Eröffnung des VI. Interdisziplinären Forums „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ durch dan Präsidenten der Bundesärztekammer und des Dautschan Ärztetages, Dr. K. Vilmar, Bremen

Relarat: „Immunprofil der Lebansalter“ Professor Dr. J. R. Kaldan, Erlangen

Thema I: Immunsuppression als Therapie
Moderator: Professor Dr. H. Daicher, Hannover

Verlaihung des Fortbildungsfilmpraisas 1981 der Bundasärztekammer durch den Vorsitzenden des Ausschusses „Film in der ärztlichan Fortbildung“ der Bundesärztekammer, Professor Dr. W. Kraienberg, Kaiserslautern, anschließend Vorführung des mit dem Fortbildungsfilmprais ausgazeichnatan Films

Donnerstag, 14. Januar 1982

Thema II: Immusuppression als Nebeneffekt
Moderator: Prolessor Dr. E. Macher, Münster

Thema III: Laukämia im Kindesalter
Moderator: Prolessor Dr. F. Lampert, Gießen

Thema IV: Rationala Pharmakotharapia in dar Gastroanterologie
Moderator: Professor Dr. W. Dölla, Tübingen

Freitag, 15. Januar 1982

Thama V: Chronischa Schmerzzustände: ein interdisziplinäres Problam
Moderator: Professor Dr. W. Schaid, Köln

Thema VI: Plasma und Blutarsatzmittel
Moderator: Primarius Professor Dr. H. Bergmann, Linz

Samstag, 16. Januar 1982

Thema VII: Gesundheitlicha Vorteile und Risiken das modernan Freizaitsports
Moderator: Professor Dr. W. Hollmann, Köln

– jeweils Diskussion –

Aufgaba das Forums ist, wesentlicha Neuerkenntnissa aus den varschiedenen Disziplinen darzustellen und deran Badeutung für den ärztlichen Alltag in Praxis und Krankenhaus zu diskutiaren. Beraten wird, walcha dieser Erkenntnisse so schnell wia möglich über dia ärztliche Fortbildung weitergegeben werden solltan.

Auskunft:
Kongreßbüro dar Bundesärztekammer, Postlach 41 02 20, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Talefon (02 21) 40 04-233, 234 und 235

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

Notfall- und Katastrophenmedizin 1982

Neunteiliges Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

Ort: Auditorium maximum der Sanitätsakademie der Bundeswehr, Neuherbergstraße 11, München 45 – **Zeit:** jeweils Mittwochnachmittag 15 s. t. bis 18 Uhr

Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich:

schriftlich Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, telefonisch unter (0 89) 41 47-287 – Frau Urben / Frau Kröneuer

Datum	Theme	Referent
27. Januar	Katastrophen im Bewußtsein der Menschheit	Professor Dr. Dr. h. c. H. Goerke, München
	Die Katastrophen von Hiroshima und Nagasaki aus medizinischer Sicht	Professor Dr. O. Messerschmidt, München
	Moderne Methoden einfacher Behandlung von Verbrennungskrankheiten beim Massenanfall	Privatdozent Dr. R. Hettich, Tübingen
17. Februar	Erste ärztliche Maßnahmen beim Strahlenunfall	Dr. K. Niklas, München
	Ärztliche Betreuung der Bevölkerung nach einem Reaktorunfall	Dr. B. Betz, München
	Diagnose und Therapie von Strahlenschäden	Professor Dr. F. E. Stieve, München
24. März	Schock (Einführung und Film)	Dr. G. Schnells, Wuppertal
	Triage (Grundlegen und Übung)	Dr. Chr. Biesing, Erftstadt
	Sanitätsdienstliche Katastrophenschutzerkenntnisse in der US-Army Europe	Colonel A. Hitzelberger, MD, Landstuhl
28. April	Erste ärztliche Maßnahmen beim Massenanfall	Dr. E. W. W. Wischhöfer, München
	Notversorgung bei Verletzungen – der Bauchhöhle – des Brustkorbes	 OTA Professor Dr. W. Hartl, Ulm Professor Dr. F. Spelsberg, München
12. Mai	Aspekte der Katastrophenmedizin im Bereich der Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie	OTA Dr. U. Hammer, Hamburg
	Prioritäten und Maßnahmen bei Gesichts-Schädelverletzungen unter Berücksichtigung einer Katastrophensituation	OTA Professor Dr. Dr. F. Gärtner, Koblenz
	Neurochirurgische Verletzungen	OFA Professor Dr. P. Oldenkott, Ulm
29. September	Was kann die Ärzteschaft zum Katastrophenschutz beitragen?	Dr. H. Mutschler, Aalen
	Katastrophen in Industriewerken und Schutzmeßnahmen a) Audi-NSU b) Esso AG	 Dr. R. E. Tiller, Ingolstadt Dr. P. Lenders, Hamburg
	Notfall-Ketastrophenorganisation als betriebsärztliche Aufgabe unter Berücksichtigung gewerblicher Intoxikation	Dr. W. Korb, Siemens, München
27. Oktober	Therapeutische Meßnahmen im Notfalleinsatz und der Notfallkoffer	Dr. P.-S. Kampschulte, München
	Katastrophenschutzeinsatzplanung und Einsatzsteuerung in München	Oberbranddirektor Dipl.-Ing. K. Seegerer, München
	Podiumsdiskussion: Katastrophenmedizin (mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin)	Professor Dr. K. Peter, München
17. November	Die militär-strategische Konzeption der Bundeswehr und ihre Folgerung für den Sanitätsdienst	OFA W. Gebauer, SanAK, München
	Planung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr im Verteidigungsfall	GStA Dr. H. J. Linde, Bonn
8. Dezember	Die Katastropheneinsetzleitung durch das Lendretsamt	Branddirektor H.-J. Penndorf, München
	Unterstellung und Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit der Katastropheneinsatzleitung und einer örtlichen Einsetzleitung am Schedensort im Ketastrophenfall	NN
	Vorstellung von Alarmplänen	Ltd. Stadtdirektor F. Kroll, Ingolstedt

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im August 1981*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Salmonellose wurden im August annähernd gleich häufig wie im Juli gemeldet. Auf 100 000 Einwohner trafen 93 Erkrankungen, im Juli 94, jeweils umgerechnet auf ein Jahr.

Geringfügig nahm im August die Erkrankungshäufigkeit an Virushepatitis zu, nämlich von 17 Fällen im Juli auf 18 je 100 000 Einwohner.

Die Erkrankungsziffer an Meningitis/Enzephalitis blieb im August gegenüber dem Vormonat auf gleicher Höhe. Sie lag jedoch mit 20 Erkrankungen je 100000 Einwohner über derjenigen im August des Vorjahres.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 27. Juli bis 30. August 1981 (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	7	–	16	2	20	–	17	–	255	1	12	–	36	–	35	1	10	–
Niederbayern	9	–	12	–	1	–	4	–	77	–	–	–	2	–	10	–	5	–
Oberpfalz	2	–	9	–	–	–	5	–	104	–	2	–	3	–	5	–	–	–
Oberfranken	1	–	4	–	6	–	23	–	90	–	3	–	6	–	10	–	–	–
Mittelfranken	1	–	11	–	4	–	9	–	165	1	7	–	8	–	15	1	5	–
Unterfranken	1	–	1	–	3	–	3	–	147	–	24	–	14	–	8	–	–	–
Schwaben	4	1	14	–	6	–	20	–	135	1	8	–	5	–	14	–	1	–
Bayern	25	1	67	2	40	–	81	–	973	3	56	–	74	–	97	2	21	–
Vormonat	17	–	35	2	50	–	65	1	788	–	39	–	52	1	72	1	23	–
München	1	–	5	1	9	–	–	–	103	–	5	–	20	–	19	–	3	–
Nürnberg	–	–	10	–	3	–	–	–	27	1	2	–	6	–	9	1	2	–
Augsburg	–	–	–	–	–	–	3	–	34	1	–	–	1	–	6	–	–	–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	7	–	–	–	1	–	1	–	–	–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	1	–	6	–	11	–	–	–	–	–	–	–
Fürth	–	–	–	–	–	–	1	–	10	–	–	–	1	–	3	–	–	–
Erlangen	–	–	–	–	–	–	–	–	10	–	–	–	–	–	1	–	2	–

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellen-Ruhr		Malaria		Botulismus		Ornithose		Angeborene				Brucellose		Gasbrand		Tollwutverdacht [2]
													Lues		Toxoplasmose						
	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	2	–	1	–	14	–	3	–	–	–	10	–	1	–	2	–	–	–	–	–	35
Niederbayern	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	1	1	6
Oberpfalz	–	–	–	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8
Oberfranken	–	–	–	–	2	–	–	–	1	–	1	1	–	–	–	–	1	–	–	–	7
Mittelfranken	–	–	–	–	5	–	1	–	–	–	4	–	–	–	2	–	–	–	–	–	19
Unterfranken	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–	–	–	5
Schwaben	1	–	2	–	7	–	2	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	39
Bayern	3	–	3	–	35	–	6	–	4	–	16	1	1	–	5	–	2	–	1	1	121
Vormonat	2	–	5	–	20	–	4	–	–	–	1	–	–	–	2	–	2	–	3	1	70
München	–	–	1	–	10	–	2	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	3
Nürnberg	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	16
Augsburg	–	–	–	–	2	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–
Erlangen	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

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

Eine alte Sparform fürs Bauen will aufleben — Kein Vorteil für Sie

Ihren Ruf riskieren einige sehr bekennte Institutionen des Kreditwesens. Sie erklären Absichten des Gesetzgebers als sicher vorhersehbere Tetsechen. Ob sie tatsächlich gescheffen werden, wird sich erst herausstellen. Wenn eine große Bausparkasse zum Abschluß von Beusperverträgen enregen will, weil Bauspermittel künftig euch von Mietern zur Modernisierung ihrer Wohnungen verwendet werden dürfen, denn sagt sie mehr, eis sie verantworten kann. Gesetzlich ist diese Vorstellung noch nicht ebgesichert.

In nächster Zeit könnten Kreditinstitute mit derselben Begründung zum Abschluß sogenennter Wohnbausparverträge eufforderm, obwohl der Regierungsentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Investitionstätigkeit im Beubereich", der die Modernisierung durch Wohnungsmieter mit Bausperdarlehen vorsieht, die parlamentarischen Hürden noch nicht genommen hat.

Des Spitzengremium der Kreditverbände, der Zentrale Kreditausschuß, will in diesen Gesetzentwurf einbringen, daß das glücklose Wohnbausperen euch für die Mieter-Modernisierung eingesetzt werden darf. Nachdem das prämienbegünstige Vertregssparen vom nächsten Jahr an gestrichen wird, suchen die Geldinstitute verzweifelt einen Ersetz tür das billige Geld, das ihnen dedurch zur Verfügung gestanden hatte.

Selbst wenn ihnen ihr Vorheben gelingt, wird es erfolglos verlaufen, wes die tägliche Praxis engeht. Sehr beld dürfte sich herumsprechen, deß das Beusperen euch für die Wohnungsmodernisierung durch Mieter die günstigere Finanzierungsform ist. Daran führt auch nicht vorbei, daß Kreditinstitute, die des Wohnbausparen überhaupt noch führen, zur Zeit 6,25 Prozent Zinsen für die Einlagen dareuf zusagen, während das Beusparen drei oder 2,5 Prozent Zinsen bringt.

Des Ist der entscheidende Unterschied: Wenn sie eis Wohnbausparer ihr Guthaben nicht für einen sogenennten wohnwirtscheftlichen Zweck nutzen, wird Ihnen die Wohnbausparprêmie wieder genommen. Als Bausperer dürfen Sie prämien- oder steuerunschädlich Ihr Guthaben nach zehn Jehren eusgeben, wofür Sie wollen. Als Bausperer heben Sie eußerdem einen Rechtsenspruch euf einen unerreicht zinsgünstigen Kredit zu erheben, der 50 Prozent höher eis Ihre Anspersumme ist. Das Wohnbeusparen ist mit einer Kreditvergebe nicht verbunden.

Das heißt, wenn Sie eis Wohnbausparer mehr Geld für Ihren beuwirtschaftlichen Zweck breuchen, eis Sie angespart hatten, müssen Sie es zu den sodenn üblichen Kreditzinsen aufnehmen. Gegenwärtig heben Sie dafür mit etwa 16 Prozent Zinsen zu rechnen. Als Bausparer zehlen Sie für das Bausperderlehen 4,5 oder fünf Prozent.

Freilich, der Sparzins für das Bausparen liegt mit 2,5 oder drei Prozent um 3,75 bis 3,25 Prozentpunkte unter dem Guthabenzins des Wohnbausparers. Aber wenn Sie nach sieben Jahren Ihre 40 Prozent der Bausparsumme erreicht heben, dann kem Ihnen der Zins nur ellmählich entsprechend Ihren Einzehlungen zugute. Dasselbe gilt für des Wohnbausparen.

Immerhin, weil Sie als Bausparer eine Abschluß- und Kontoführungsgebühr zu zahlen sowie auf zwei Prozent der Derlehenssumme zu verzichten heben, stehen Sie zunächst eis Wohnbeusparer besser da. Ein Beispiel, 16 Prozent Beuwie Wohnbeusperprämie einbezogen.

Sie sind verheiratet, heben ein Kind, zahlen sieben Jahre leng jährlich 1600 DM euf ein Beusperkonto ein und bekommen dafür drei Prozent Zinsen. Die Bausparsumme: 30 000 DM. Als Wohnbeusparer hätten Sie nach sieben Jahren rund 1750 DM mehr. Sie breuchen elso nur einen niedrigeren Kredit eis der Beusparer eufzunehmen, um insgesemt 30 000 DM zur Verfügung zu haben.

In der Kreditphase zehlen Sie eber eis Wohnbeusparer bei den gegenwärtig 16 Prozent Zinsen elf Jahre lang über 15 000, bei neun Prozent Kreditzins immer noch über 4000 und sogar bei sieben Prozent Zins fast enderthalbtausend DM insgesamt mehr, eis Ihre Kreditkosten eis Bausparer eusmachen.

Wenn Ihnen jetzt vorellig Wohnbausperverträge zur Mietermodernisierung engeboten werden, sollten Sie zu Ihren Gunsten den Wohnbausparvertrag nicht aus der Mottenkiste euskremen helfen.

Horst Befoch

Teurer Jakob

Instinkt ist vergengene Erfahrung, unbewußt gewordene Vernunft. So definiert der österreichische Aphoristiker Hens Lohberger diesen Begriff.

Die Erfahrung der Entwicklung der Kosten für die Wiederherstellung der Gesundheit erweist eis Hauptursache der Kostensteigerung die Förderung eines Anspruchsdenkens in stets zunehmendem Ausmeß und implizit eine totele Verkümmerung eines vorher schon nicht eben sterk eusgeprägten Sinns für Solidarität.

Unbewußt gewordene Vernunft ist euf eine Zurückdrängung der Anforderungen gerichtet, wenn es zur geistigen Fundierung jener Absicht euch leider — noch — en Bestrebungen mangelt, einen Instinkt für Solidarhattung zu erwecken.

Just in diese Situetion platzt vielferbig die Unvernunft. Eine Ersatzkasse ist es, die in einem knalligen Prospekt um den Beitritt oder die Treue jener buhlt, die eus der Krankenversicherungspflicht der Reichsversicherungsordnung (RVO) euscheiden, weil ihr Einkommen die Beitregsbemessungsgrenze übersteigt.

Autdringlich wird da eine lange Aufzählung meximaler Leistungsverheißungen zur Werbung eines Personenkreises eingesetzt, der ohnehin schon das Beste eis gerede gut genug für die Wiederhersteilung seiner Gesundheit gefordert hatte.

Zu den Ergebnissen der Ausgaben-Anelyse einer großen bayerischen Ortskrenkenkasse zehlte die überraschende Erkenntnis, daß die Krenkheitskosten der freiwillig Welterversicherten zu rund 15 Prozent von den Ptlichtversicherten finenziert werden mußten. Zu der Annehme besteht ger kein Anlaß, daß es bei Ersatzkessen enders ist.

Ein teurer, ein vielversprechender Jekob, instinktlos und in dieser Atmosphäre unerträglich, weil zudem gefährlich entsprechende Reektionen der Mitbewerber euslösend. Ein Fell für den Verbend dem dieser Ausflipper engehört.

Prosper

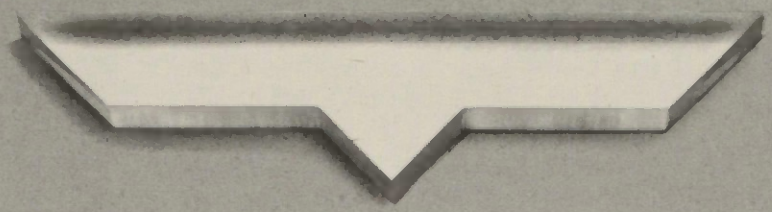
Kurz über Geld

KEIN VERSICHERUNGSSCHUTZ, wenn Autopapiere im Handschuhfech liegen und Auto gestohlen wird. „Grobe Fehrlässigkeit", urteilte Lendgericht München I.

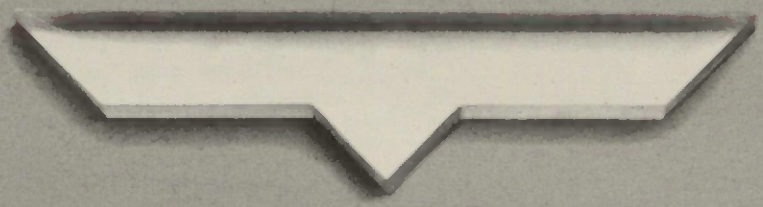
NEUE BERLIN-DARLEHEN-TRANCHE mit steuerbedingt interessanter Rendite eb echt Jahre Leufzeit.

DIAMANTEN-KENNZEICHNUNG nun durch Grevur mit ellen Daten möglich, ohne daß sie selbst unter Zehnfach-Lupe erkennbar wäre.

L-Thyroxin Merck



Euthyrox® 50
Euthyrox® 100
Euthyrox® 150



Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormontherapie

Reines L-Thyroxin **Euthyrox® 50 · Euthyrox® 100 · Euthyrox® 150**

Zusammensetzung: Euthyrox enthält das Schilddrüsenhormon L-Thyroxin (Levothyroxin, T_4) als Natriumsalz. Es steht in 3 Tablettenstärken zur Verfügung. Euthyrox 50: Tabl. zu 50 µg Levothyroxin-Natrium. Euthyrox 100: Tabl. zu 100 µg Levothyroxin-Natrium. Euthyrox 150: Tabl. zu 150 µg Levothyroxin-Natrium. **Anwendungsgebiete:** Alle Anwendungsgebiete der Schilddrüsenhormontherapie: Hypothyreose, blande (euthyreote) Struma, zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion, zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignome (postoperativ) **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechselsteigernden Wirkung von L-Thyroxin 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 Euthyrox-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 Euthyrox in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermindert wird. Euthyrox sollte deshalb 4–5 Stunden vor der Colestyramin-Applikation eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Euthyrox-Therapie sollte Diphenylhydantoin nicht intravenös gegeben werden. **Handelsformen: Euthyrox® 50:** 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 5.90; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdrückpackung) DM 9.30; 360 Tabletten (4 × 90) (A. P.) DM 29.52; 500 Tabletten (10 × 50) (A. P.) DM 39.10. **Euthyrox® 100:** 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 10.45; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdrückpackung) DM 15.65; 360 Tabletten (4 × 90) (A. P.) DM 48.93; 500 Tabletten (10 × 50) (A. P.) DM 64.60. **Euthyrox® 150:** 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 12.25; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdrückpackung) DM 18.15; 360 Tabletten (4 × 90) (A. P.) DM 54.08; 500 Tabletten (10 × 50) (A. P.) DM 69.82. Apoth.-Abg.preise. Stand 1. 11. 1979. ■

HORMON FORSCHUNG MERCK

E. Merck, Postfach 4119, 6100 Darmstadt 1

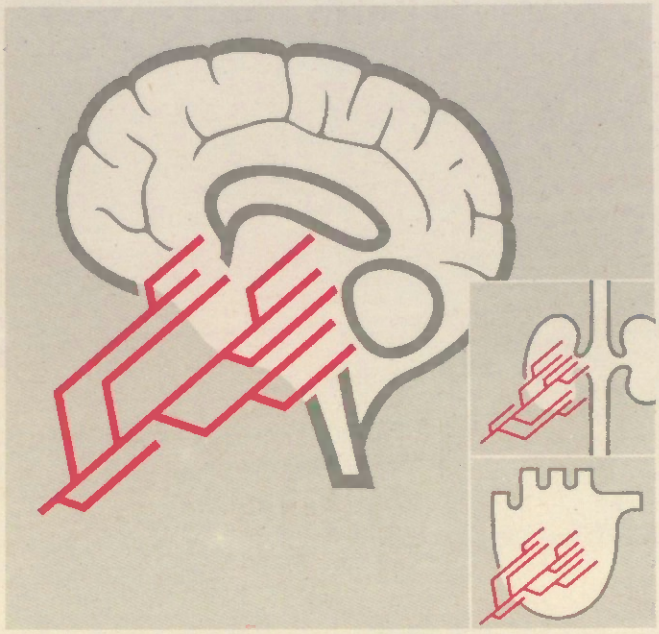
MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

3410a

Die bewährte Hochdruck-Therapie

Modenol®

senkt den erhöhten Blutdruck



schonend

von Beginn an, ohne die Durchblutung in gefährdeten Organbereichen zu vermindern

...und langanhaltend

Zusammensetzung: 1 Dragée Modenol enthält: Butizid 3,3 mg, Reserpin 0,07 mg, Rescinnamin 0,07 mg, Raubasin 0,7 mg, Kaliumchlorid 330 mg
Indikation: Arterielle Hypertonie.
Kontraindikationen: Anamnestisch bekannte oder manifeste Depressionen, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, therapieresistente Hypokaliämie, Coma hepaticum sowie Niereninsuffizienz mit Anurie.
Nebenwirkungen: Vereinzelt auftretende Magenunverträglichkeit (Übelkeit, Brechreiz) kann durch Einnahme nach den Mahlzeiten meist vermieden werden. Reserpinbedingte Nebenwirkungen, wie unerwünscht starke Sedierung, depressive Verstimmung oder verstopfte Nase, kommen aufgrund der geringen Dosierung des Alkaloids nur ausnahmsweise vor.
Orthostatische Störungen treten selten – und dann nur vorübergehend auf.
Wegen der Butizid-Komponente kann es – wie bei allen saluretikahaltigen Präparaten – vereinzelt zu Kaliummangelerscheinungen sowie zu einer Erhöhung des Blutzuckers und der Blutharnsäure kommen. Bei Diabetes und bei Gicht ist deshalb eine häufigere Kontrolle der Stoffwechsellage angezeigt.
Wie bei jeder blutdrucksenkenden Therapie kann das Reaktionsvermögen – z. B. im Straßenverkehr – beeinträchtigt werden; und zwar vor allem dann, wenn zusätzliche Medikamente gegeben werden, die die blutdrucksenkende Wirkung verstärken können (z. B. Sedative, Narkotika, Vasodilatentien) oder bei gleichzeitigem Alkoholgenuß.
Bei Anwendung von Modenol gegen Ende der Schwangerschaft und während der Stillzeit kann es zu einer Schwellung der Nasenschleimhaut des Neugeborenen und dadurch zur Behinderung der Atmung kommen. Rückenlage des Neugeborenen sollte deshalb vermieden und die Schwellung der Nasenschleimhaut mit abschwellenden Nasentropfen (für Säuglinge) behandelt werden.

Hinweise: Bei Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz, schwerer Zerebral- und Koronarsklerose kann eine Blutdrucksenkung versucht werden, wenn diese allmählich und unter sorgfältiger Überwachung erfolgt. Bei eingeschränkter Nierenfunktion müssen die harnpflichtigen Stoffe im Serum laufend kontrolliert werden (z. B. mit Test-Combinationen von Boehringer Mannheim: Creatinin und Harnstoff), da es zur Verstärkung einer Azotämie kommen kann.
Dosierung: Beginn der Therapie mit 1 Dragée täglich. Falls erforderlich, Steigerung auf 2-3 Dragées täglich. Für die Dauerbehandlung genügt in mehr als der Hälfte der Fälle 1 Dragée täglich.
Für Ihre Verordnung: DP mit 20 Dragées DM 8,95, OP mit 50 Dragées DM 20,05, OP mit 100 Dragées DM 35,65, AP mit 250 und 1000 Dragées.
Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt (z. Zt. gültige Auflage Aug. 1981). Auch informiert Sie gern unser Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

mannheim boehringer

Boehringer Mannheim GmbH
6800 Mannheim 31

Buchbesprechungen

Die kassenärztliche Tätigkeit

Herausgeber: S. Häußler/R. Liebold/H. Narr, 299 S., 29 Abb., 23 Teb., geh., DM 34,–. Springer-Verleg, Berlin-Heidelberg-New York.

Das vorliegende Buch beschreibt die kassenärztliche Tätigkeit eus der sich geschichtlich entwickelten, derzeit praktizierten Rechtsgrundlege und der sich dareus ergebenden Vergütung, Abrechnung und Prüfung des Kessenarztes. Wertvoll die konkreten Hillen für die tägliche Arbeit in Gesundheitsvorsorge/Krenkheitsirüherkennung, wichtig die Hinweise zur Bescheinigung der Arbeitsunlähigkeit/Begutachtung, Zusammenarbeit mit Fachkollegen/Krenkenheus und Rehabilitetion.

Dies ist ein „Einlührungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit", ein Lehrbuch lür den niederlessungswilligen Assistenzarzt und täglicher Sprechstundenbegleiter des praktizierenden Allgemeinarztes.

Dr. med. H. D. Reder, Hirschald

Orthopädie – Rheumetologie – Unfellchirurgie

Herausgeber: Dr. L. Hecht, 320 S., 150 Abb., brosch., DM 34,–. perimed Fachbuch Verlagsgesellschefl mbH, Erlangen.

Der Versuch, die nicht seltenen Überschneidungen der drei Fachgebiete Orthopädie, Rheumetologie und Unlallchirurgie in kurzer, exzerptiver und synoptischer Form darzustellen, ist dem Autor durch seine moderne Systemetik und gute Übersicht für rasche Inlormetion und eine sichere Entscheidungshilfe lür den praktisch tätigen Arzt gelungen. Für den Studenten werden die notwendigen Wissensgebiete für den „Gegenstendskatalog" dergestellt. Zahlreiche praxisbezogene Hinweise sind vorhanden unter Einschluß euch außergewöhnlicher therepeutischer Methoden, wie der Vodderschen Lymphdrainege. Die Untersuchungsmethoden sind kurz und prägnant zusemmengelaßt und die wichtigsten Merksätze im Druck hervorgehoben.

Dr. med. A. Taller, Welden

Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis

Bend 89: Die juvenilen Wachstumsstörungen der Wirbelsäule

Hereusgeber: Prof. Dr. D. Petersen, 124 S., 85 Abb. in 106 Einzelderst., 19 Teb., kart., DM 68,–. Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgart.

Vorliegendes Bändchen ist in der Reihe die „Wirbelsäule in Forschung und Praxis" erschienen. Es stellt eine übersichtliche Zusemmenlassung des derzeitigen Wissens über den Morbus Scheuermann dar, wobei insbesondere der praktischen ärztlichen Tätigkeit besondere Beachtung geschenkt wurde. Die insgesamt 26 Beiträge befassen sich mit der Ätiologie, der Pethogenese und der Klinik des Morbus Scheuermann. Dereuf eulbauend lolgt eine kritische Betrachtung der verschiedenen Therapleformen, die vom Gipsbett bis zur Operation reichen. Sehr eufschlußreich erscheinen die abschließenden Beiträge, welche die Konsequenzen der Scheuermennschen Erkrenkung für den Sport und die Berufserbeit zum Inhalt haben. Der angesprochene Leserkreis dürfte sich vorrangig eus Orthopäden in Praxis und Klinik zusammensetzen.

Dr. med. F. Schmidtler, Burghausen

Intraokularlinsen – Grundlagen und Operationslehre

Herausgeber: Dr. P. U. Fechner, 156 S., 161 Abb., 14 Tab., 1 Farbtafel, kart., DM 59,–. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Intraokulare Linsen setzen sich mehr und mehr durch. Die vorteilhafte optische Situation postoperativ gegenüber dem Zustand mit Starbrille hat viele Operateure dazu ermutigt. Das vorliegende Buch faßt den aktuellen Stand der Forschung und der Technik dieser Implantationen zusammen. Es werden viele gute Ratschläge aus der praktischen Erfahrung des Autors gegeben. Charakteristika der einzelnen Linsentypen und der Operationsmethoden werden diskutiert. Das Buch wird Operateuren empfohlen, aber auch interessierten Ärzten und Augenärzten, die die Nachsorge der Patienten übernehmen müssen.

Professor Dr. med. W. O. Schäfer, Würzburg

Lehrbuch der Elektroakupunktur – Band III

Herausgeber: Dr. F. Kramer, 256 S., 26 Abb., 51 Tab., kart., DM 80,–. Karl F. Haug Verlag GmbH & Co., Heidelberg.

Der III. Band des Lehrbuches befaßt sich mit dem umstrittensten Teil der Elektroakupunktur, nämlich der Medikamententestung unter besonderer Berücksichtigung einer Behandlung mit homöopathischen Mitteln. Die Einführung in die Homöopathie ist recht gut, wenngleich nicht fehlerfrei. Die EAP-Medikamententestung hält sich im wesentlichen an das Vollsche Konzept; neuere Erkenntnisse (Vegatest-Methode) bleiben unberücksichtigt. Die Serie wird durch einen vierten Band abgeschlossen.

Dr. med. J. Schleimer, München

Ekzeme in der Praxis

Herausgeber: W. Lindmayr u. a., 75 S., 50 Abb., 8 Tab., geb., DM 38,–. Hygieneverlag, D. Göschl GmbH, Mainz.

Von österreichischen Autoren veröffentlichte Zusammenfassung der zum Zeitpunkt der Herausgabe vorwiegend gültigen Ekzemproblematik. Trotz aller Schwierigkeiten einheitlicher Nomenklatur wird eine für Klinik und Praxis durchaus befriedigende, übersichtliche Systematik der Ekzemfrage angeboten, die Schilderung der Ekzemformen mit hervorragendem Bildmaterial unterstrichen und kurz und instruktiv die Ekzemtherapie in der Praxis erwähnt. Für die angesprochene Zielgruppe der praktizierenden Ärzte kann das hervorragend ausgestattete Werk nur empfohlen werden.

Dr. med. R. Natzel, München

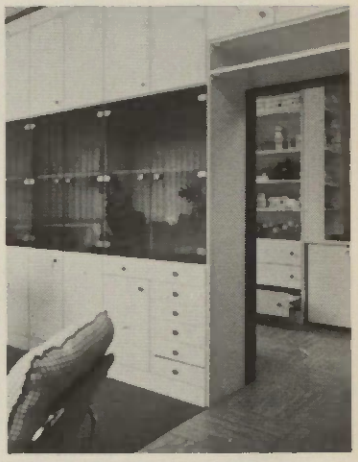
Die Krankheiten der Schilddrüse

Herausgeber: Prof. Dr. K. Oberdisse / Prof. Dr. E. Klein / Prof. Dr. D. Reinwein, 2., überarb. und erw. Aufl., 664 S., 217 Abb. in 324 Einzeldarst., davon 44 farbig, 93 Tab., geb., DM 380,–. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Dieses Werk erneut aufzulegen, wurde durch die rasche Vermehrung der Kenntnisse auf dem Gebiet der Grundlagenforschung und der klinischen Diagnostik notwendig. So erlauben heute Analyse und Synthese des den Hypophysenvorderlappen stimulierenden hypothalamischen Faktors, des TRH, eine exakte Beurteilung des Rückkoppelungsmechanismus zwischen Hypothalamus, Hypophysenvorderlappen und Schilddrüse. Eine nicht unwesentliche Rolle spielt die Diskussion über die Natur des autonomen Adenom und die Erkennung autonomer Bezirke im Bereich biander Knotenstrumen, die zwar zu einer Hyperthyreose führen können, in ihrem Wesen aber nicht mit der immunologisch bedingten Hyperthyreose vom Basedow-Typ verwandt sind. Nach wie vor ist die Darstellung der Klinik der Schilddrüsenkrankheiten mit ihren diagnostischen und therapeutischen Aspekten das wesentliche Anliegen dieses Buches.

Die Paßt-genau-Arztpraxis

- komplette Praxis-Einrichtungen oder Einzel-Einbauten „nach Maß"
- Medikamenten- und Instrumenten-Regale, Schrank- und Trennwände, Patienten-Karteien – alles individuell nach Ihren Wünschen
- farbgleich dazu: Schreibtische, Stühle und andere Möbel
- auch der Preis wird Ihnen passen



Information, Planung, Herstellung:

blb EINRICHTUNGEN

BLB-Einrichtungen GmbH · Frauenstraße 30
8031 Maisach bei München · Tel. 0 81 41/9 01 31 · Telex 05 27 694

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 132, 8000 München 70, Tel. (089) 704044 oder (0911) 834289.

Meine Anschrift

Ich erwarte Ihren Anruf unter Telefon

Ein Beratungsbesuch ist erwünscht

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE
Außendienstbeauftragter
BAYERISCHE VERSICHERUNGSKAMMER Bayerischer Versicherungsverband

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

Orthopädia in Praxis und Klinik

Band II: Allgemeine Orthopädie – Geschichte – Diagnostik – Therapie

Herausgeber: A. N. Witt / H. Rettig / K. F. Schlegel / M. Hackenbroch / W. Hupfauer, 2., neubearb. Aufl., 740 S., 580 z. T. farb. Abb. in 912 Einzeldarst., 49 Tab., geb., DM 540,– (Subskriptionspreis: DM 486,–). Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Ein Abriß der fachspezifischen Entwicklung des Feches Orthopädie leitet den zweiten Band dieses Werkes ein. Das Diagnosekapitel umfaßt sowohl bewährte klinische Verfahren, als auch radiofogische (u.e. Xeroradiographie, Szintigraphie, Computertomographie) und laborchemische Techniken sowie Elektrodiagnostik und Thermographie. Die konservative Therapie umfaßt Verbandstechniken, Physio-, Chiro- und fnjektionstherapie, während die operativen Methoden z. B. durch Osteosynthese, alloplastischen Gelenkersatz und Gewebstransplantation repräsentiert sind. Gebührenden Raum nimmt schließlich die technische Orthopädie mit den vielseitigen Aspekten der prothetischen Versorgung ein.

BLV-Reihe „sportwissan"

Konditionstraining – Theorie und Praxis aller Sportarten
Herausgeber: M. Grosser/S. Starischka/E. Zimmermann, 160 S., 138 s/w.-Fotos, 53 Zeichn., kart., DM 16,80.

Konditionstest – Theorie und Praxis aller Sportarten
Herausgeber: M. Grosser/S. Starischka, 128 S., 93 s/w-Fotos, 15 Zeichn., kart., DM 14,80.

BLV Verfagsgeseflschaft mbH, München.

Diese neu konzipierte Reihe kann afs fundierte Sportfachliteratur bezeichnet werden. Der jeweilige Inhalt baut euf den neuesten sporttheoretischen Erkenntnissen euf und vermittelt diese durch zahlreiche praktische Beispiele in verständlicher Sprache mit vielen erläuternden Skizzen.

Fotoatlas der Mfnerallen und Gestalna

Hereusgeber: R. Hochleitner, 240 S., 400 Ferbfotos und 600 Zeichn., Leinen, DM 78,–. Verlag Gräfe und Unzer GmbH, München.

Dieses Bestimmungsbuch bietet Sammiern und Minerafienfreunden die Möglichkeit, In kurzer Zeit zu Kennern dieser Materie zu werden. In 400 Farbfotos und 600 Zeichnungen sind die für den Sammler wichtigen Minerafien und Gesteine dargestellt. In ausführfichen Steckbriefen werden die für das Bestimmen wichtigen Eigenschaften genannt. Bildlegenden beschreiben die abgebildeten Stücke und liefern außerdem Angaben über Begfeitmateriafien, Abbildungsmaßstab und Fundort. Eine afgemein verständlich geschriebene Einführung in die Minerafogie sowie ein Lexikon, das mineralogische Fachbegriffe erklärt, erleichtern euch dem interessierten Laien den Einstieg in dieses Hobby.

Wirtschaftsmacht Japan

Strukturen und Organisationen

Herausgeber: Prof. Dr. H. Kobayashi, 148 S., DM 16,80. Deutscher Instituts-Verlag, Köln.

Dieses Werk Ist von einer Informationsdichte, wie sfe nur ein Insider – elso ein Japaner selbst, der die Verhältnisse kennt –, vermitteln kann. Das ffüssig geschriebene Buch Ist ein Psychogramm des Industriegiganten Japan.

Das große Lexikon der Musik

Komponisten – Interpreten – Sachbegriffe (8 Bände)

Herausgeber: M. Honegger/G. Massenkeil, jeder Band ca. 460 S., mit z. T. vierfarb. Kunstdrucktafeln sowie zahlr. Abb. im Text, Leinen, 148,– (je Band). Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Unübersehbar ist die Tendenz des Werkes, in erster Linie sachlich zu informieren. Musik wird in diesem großen Lexikon als Totalität empfunden. Es erfaßt nicht nur die sogenannte ernste, sondern auch die Unterhaltungsmusik in ihrer ganzen Ausdehnung. Es sei betont, daß das Werk das gesamte Opern-, Operetten- und Musical-Repertoire in kurzen prägnanten Beschreibungen vorstellt. – Dieses Nachschlagewerk hat ein durchaus hohes wissenschaftliches Niveau. Dies bedeutet aber nicht, daß es in einer für den Laien unverständlichen Sprache geschrieben wäre.

Inzwischen ist der fünfte Band erschienen. Beim Buchstaben M findet man naturgemäß das Stichwort, das diesem Lexikon seinen Namen gab: Musik. De geht es zunächst um das Problem einer allgemeinen Begriffsbestimmung, um Musikbegriffe und -auffassungen und einen Definitionsvorschlag, was unter „Musik" zu verstehen sei. Eine ganze Kette von Stichwörtern im Zusammenhang mit Musik – eiso Musikästhetik, -bibliographie, -bibliotheken, -didaktik und Musikethnologie, Musikgeschichte, -kritik, -lexika und -organisationen, Muskpädagogik, -preise und -psychologie bis hin zu Musikwissenscheft – schließt sich an.

Der Leser dieses Lexikons wird auch diesmel wieder durch interessente ein- und vierfarbige Abbildungen zum Weiterblättern, ja „Schmökern", eingeladen.

Drunter und drüber

Verf.: L. Schmid-Wildy, 160 S., 36 Fotos, Leinen, DM 22,80. Rosenheimer Verlagshaus A. Förg, Rosenheim.

In diesem mit 36 Fotos ausgestatteten Werk erweist sich der bekannte und beliebte Volksschauspieler als empfindsamer und humorvoiler Poet. Hier zeigt sich die ganze Fülle seiner Lebenserfahrung, seines ungekünstelten Humors und menschlichen Gespürs.

G'lebt is giel

152 S., davon 90 farb. Bilder, leinengeb., deutsche und engl. Originalausg., DM 29,80. Weidling Verieg GmbH, Stockach.

Bayerische Feste – beyerische Bräuche – ein schier unerschöpfliches Theme –, nicht nur für Volkskundler. Die eiten Überlieferungen, die reizvolien Trachten und die schöne bayerische Landschaft inspirierten die Maierin inge Peitzsch zu den 90 Bildern dieses Buches. Es will nicht belehren, auch wenn der Text, der liebevoli und sachlich zugieich die Bilder erzählend begleitet, eine Füile von informetionen bietet.

Windrose: Gestern – heute – morgen

Herausgeber: U. Riemerschmidt, 192 S., 100 ein- und mehrferb. Abb., lam., DM 24,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Der Herausgeber iädt junge Leser zu einer Weitreise in alie Richtungen der Windrose ein. Die Reportagen vermitteln immer wieder neue Eindrücke und Erfahrungen. Die Beiträge stammen von Fachleuten und Journalisten, denen es gelingt, ihr Theme ebenso fesseind iesbar wie dicht informierend zu gestalten.

Erkältung — Husten ?

Bei Erkältungskrankheiten der Atemwege

Tumarol®-Balsam

das perkutane Expektorans
für die ganze Familie

Zusammensetzung: 100 g enthalten Ol. Eucalypti 1,6 g, Ol. Cedri atlant. 0,7 g, Thymol. 0,2 g, Ol. Terebinth. rect. 5 g, Menthol. 2,7 g, Camphora 5 g, in resorptionsfördernder Salbengrundlage.

Tumarol®-Balsam sine mentholo

für Säuglinge und Kleinkinder

Zusammensetzung: 100 g enthalten Ol. Eucalypti 1,6 g, Ol. Cedri atlant. 0,7 g, Thymol. 0,2 g, Ol. Terebinth. rect. 5 g, Ol. Pini pum. 3 g, Ol. Pini silv. 3 g, Camphora 5 g, in resorptionsfördernder Salbengrundlage.

...löst harten Husten !

Kontraind.: keine bekannt.

Tumarol-Balsam	30 g Tube	4,10 DM
Tumarol-Balsam sine mentholo	20 g Tube	3,40 DM

ROBUGEN

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Dee Archäologische Jahr in Bayern 1980

Herausgeber: R. Christlein u. a., 192 S., 70 Tefeln, davon 25 in Ferbe, 80 Abb. und Pläne, kert., DM 34,—. Konred Theiss Verleg GmbH, Stuttgart.

Dieses Jahrbuch soll dem geschichtlich und erchäologisch interessierten Leien einen Einblick in die Arbeit der bayerischen Lendesarchäologie vermitteln. 66 ausgewählte Beispiele, von der Steinzeit bis ins 18. Jahrhundert, werden in Text und Bild vorgestellt. Zehlreiche Rekonstruktions- und Kartenskizzen illustrieren den Text. — Die Beiträge stemmen größtenteils von den Mitarbeitern des Beyerischen Landesamtes für Denkmelpflege.

Geschichte der religiösen Ideen — Quellentexte

Verf.: M. Eliade, übersetzt und hereusgegeben v. G. Lenczkowski, 456 S., geb., DM 76,— (Vorzugspreis für die Bezieher der Bände 1 bis 3: DM 68,—). Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Die Universalität und die Ausnehmslosigkeit gelebter Religiosität zeigt dieser Quellenband. Er ermöglicht die unmittelbare, direkte Begegnung mit ursprünglichen religiösen Vorgängen im Leben der Völker. Jedes Kepitel ist geschichtlich und geographisch in sich geordnet, so deß die Texte leicht euffindbar sind und so für den Benutzer ein praktisches Lese- und Arbeitsbuch werden kenn. Es besitzt einen hohen Gebrauchswert, was vor aliem euch Religionslehrer begrüßen werden. — Dieses Werk hängt eng mit dem dreibändigen Werk Eliades „Geschichten der religiösen Ideen" zusammen, davon liegen Bend 1 und 2 bereits vor.

Abenteuerreisen: Seferl — Trekking — Überlebenstrainlng

Herausgeber: F. Ranft/Karten: K.-F. Schäfer, TB-Nr. 3801, DM 7,80. dtv-Deutscher Teschenbuch Verlag, München.

In diesem Buch berichten prominente Reisejournalisten, wohin man fahren kann, was einen erwertet, was man erlebt und wie man sich dafür vorbereiten und ausrüsten muß. Sie haben die von mehr als zwei Dutzend Veranstaltern in der Bundesrepublik engebotenen Reisen selbst gemecht und verraten dem Leser, wie er selber euf Abenteuerpirsch gehen kann.

Fränkische Segen

Herausgeber: Chr. Hinze/U. Diederichs, 320 S., 100 Abb., geb., DM 29,50. Eugen Diederichs Verlag, Düsseldorf-Köln.

Mit diesem Bilder- und Geschichtenbuch kann man mühelos „ins Land der Franken fahren". Die Sagen kommen aus dem heutigen Unter-, Mittel- und Oberfranken und sind nech Landscheften gegliedert. Nicht nur Keiser und Bischöfe, Handelsherren und Heilige bevölkern die Szene, sondern euch Weinbauern, Bierbreuer und Lebzelter. Das Buch ist mit vielen stadtgeschichtlich interessanten und landschaftlich reizvollen Bildern eusgestettet.

Jetzt heb ich'e settt

Hereusgeber: H. G. Tietze, 248 S., geb., DM 19,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Der Verfasser erläutert in diesem Buch anhend vieler Beispiele eine ganz zentrele medizinische Erkenntnis, daß nämlich die Psyche mit den Funktionen des Körpers in engster Verbindung steht. Denn um Übergewicht zu verlieren, müssen Lebensgewohnheiten überdacht und geändert werden. Dies ist kein Diëtbuch im üblichen Sinne, sondern gibt dem Übergewichtigen die Möglichkeit, die für ihn passende Diät zu wählen.

Anzeige

Schönhals-Wochenend-Seminare

Zum Thema:
Wahrnehmungs- und Explorationstraining – der Zugang zur psychischen Situation des Patienten

7./ 8. November	Bad Nauheim
28./29. November	Düsseldorf
12./13. Dezember	Nürnberg

An allen Veranstaltungsorten finden A, B, C und D-Kurse statt.

A-Programm Samstag:

9.00 Einführung in das Thema: Die Exploration in der ärztlichen Praxis*
9.50 Was erwartet der Patient von seinem Arzt? Diskussion über Erfahrungen und Probleme im Umgang mit psychischen Schwierigkeiten des Patienten
11.00 Grundzüge der Explorationsmethode
12.00 Wahrnehmungsübungen: Analyse der Signale im Patientenverhalten anhand von Video-Aufzeichnungen und Diskussion**
14.30 Die Selbstbeobachtung des Arztes als Informationsquelle und Explorations-Korrektur des eigenen Vorgehens
15.00 Wahrnehmungsübungen: Emotionale Anknüpfungspunkte in den Aussagen des Patienten – Patientenbeobachtung anhand von Video-Aufzeichnungen und Diskussion
17.45 Das Beispiel einer Patientenexploration – Kommentierung des Explorationsbeispiels durch den Explorator (Video-Aufzeichnung)

A-Programm Sonntag:

9.00 Regeln und Techniken der diagnostisch-therapeutischen Exploration
9.30 Praktische Anwendung der Explorationsregeln: Bearbeitung von Fallbeispielen durch die Gruppe
11.15 Training der Fragetechnik: Methodenübungen anhand der Video-Aufzeichnungen und Diskussion
14.30 Demonstration einer weiteren Patientenexploration und systematische Methodenübung anhand der Video-Aufzeichnungen
15.40 Die Anwendung der erarbeiteten Explorationstechniken in der ärztlichen Praxis
16.40 Schlußdiskussion
Ende gegen 18.00 Uhr

* Ein ausführliches schriftliches Begleitmaterial wird zur Verfügung gestellt.
** Video-Aufzeichnungen: Fallexplorationen und Kommentierungen durch Dr. M. Clyne, Prof. H. Kilian, Prof. Matussek, Dr. W. Meyer-Borchert.

Diese Seminare werden gesponsert von PHARMA-SCHWARZ GMBH, Monheim.

Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tegung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu eetzen.

Dezember 1981

1.–5. **Sonthofen:** Fortbildungsseminar der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge „Autogenes Training im Management". – Auskunft: Dr. Gisela Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen 1.

1.–11. **Stuttgart:** Arbeitsmedizinischer Grundlegenlehrgang A (I). – Auskunft: Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Ulm e. V., Adelbert-Stifter-Streße 105, 7000 Stuttgart 40.

1.–12. **Bed Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs (weiterführender Kurs C1). – Auskunft: Hessische Akedemie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terressenstraße 2–4, 6450 Bad Nauheim.

2. **Beyreuth:** Fortbildungsverenstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Beyreuth. – Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8, 8580 Beyreuth.

4.–6. **München:** 15. Internationele Wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärzteverbendes. – Auskunft: Bayerischer Sportërzteverbend, Nymphenburger Streße 81/IV, 8000 München 19.

4.–6. Nürnberg: 32. Fortbildungskongreß der Beyerischen Lendesärztekemmer. – Auskunft: Beyerieche Lendesärztekammer, Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80.

5. **Köln:** Gemeinsames Symposion der Oeutschen Krebshilfe und der Bundesärztekammer. – Auskunft: Frau H. Verheggen, Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

5. **München:** Herbsttegung der Bayerischen EEG-Arbeitsgemeinschaft. – Auskunft: I. Frenk, Psychietrische Klinik der Universität, Nußbeumstraße 7, 8000 München 2.

Anmeldungen:

An das Sekretariat der Schönhals-Wochenend-Seminere, 8000 München 80, Prinzregentenstreße 91
Telefon (0 89) 4 70 60 81

Eine vorherige Anmeldung ist wegen der begrenzten Teilnehmerzehl unbedingt erforderlich; Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.

Teilnehmer:

Niedergelassene Allgemeinärzte, Ärzte für Innere Medizin, für Psychiatrie und für Gynäkologie, sowie interessierte in der Praxis miterbeitende Ehepartner.

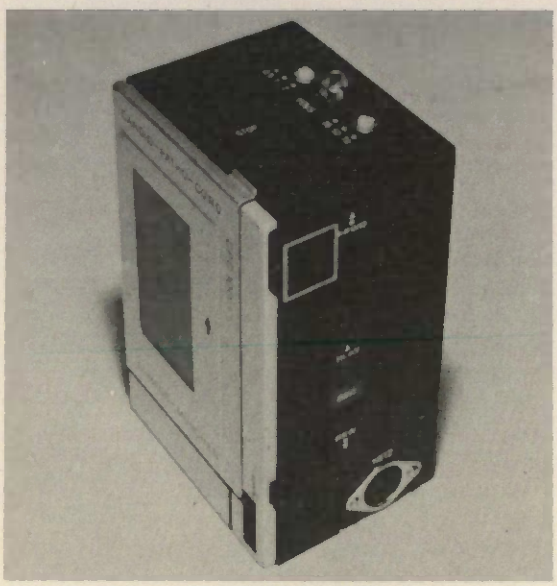
Die Gesamteilnehmerzehl ist euf 60 Ärzte begrenzt. Oie Aufteilung in vier Kleingruppen (jeweils höchstens 15 Teilnehmer mit je einem Gruppenleiter) ermöglicht eine ektive Beteiligung und intensive Bearbeitung der Themen.

Teilnahmegebühr:

OM 250,–; sie ist auf das Konto Nr. 689 3988 bei der Bayerischen Vereinsbenk München (BLZ 700 202 70) einzubezahlen.

CardioPATHOCORD®
CPC 100

das neuentwickelte EKG-Bandspeichergerät erkennt und dokumentiert Herzrhythmusstörungen



Anwendung in Klinik und Praxis für die Schwerpunkte:

- Beurteilung der physiologischen Belastbarkeit von Patienten mit koronarer Herzerkrankung
- Überwachung von Patienten mit Herzerkrankungen, die zu Rhythmusstörungen neigen (WPW-Syndrom, LGL-Syndrom)
- Mitralklappenprolaps oder Kardiomyopathie
- Monotype und Polytope ventrikuläre Extresystolen
- Abklärung kardial bedingter zerebraler Ischämien und Synkopen
- Abklärung von Rhythmusstörungen einschließlich indikationsstellung zur antiarrhythmischen Behandlung
- Erfolgsbeurteilung einer entiarrhythmischen Behandlung
- Auswertung, Betrachtung, Registrierung – über jeden Monitor oder Elektrokardiographen möglich
- Kurze Auswertezeit
- Auf Wunsch wird das Gerät demonstriert
- Vertriebs- und Service-Stellen in der gesamten BRD

Brunner
Medizintechnik
Röntgentechnik

Brunner Medizintechnik GmbH
☎ (089) 72330 36, Georg-Hallmaier-Str. 6, 8000 München 70

5.–12. **Oberlech:** IX. Fortbildungstage des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V., Landesgruppe Bayern. – Auskunft: Dr. F. Conrad, Marienplatz 2/IV, 8000 München 2.

7.–12. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

8.–12. **Berlin:** 10. Deutscher Kongreß für Perinatale Medizin. – Auskunft: Privatdozent Dr. J. W. Dudenhausen, Frauenklinik Neukölln, Mariendorfer Weg 28, 1000 Berlin 44.

9. **München:** Fortbildungsveranstaltung „Verbandstechnik in der täglichen Praxis". – Auskunft: Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.

11.–12. **Wien:** 4. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für künstliche Ernährung. – Auskunft: Dozent Dr. G. Kleinberger, Lazarettgasse 14, A-1097 Wien.

11.–13. **Hannover:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen (Röntgentherapie) und beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen (Telecuriatherapie, Kontakttherapie). – Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.

11.–17. **München:** XIII. Internationales Symposion der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. – Auskunft: Deutsche Akademie für Psychoanalyse, Wielandstraße 27–28, 1000 Berlin 15.

12. **Lindau-Eschach:** Fortbildungsveranstaltung „Klimaktarium der Frau und Hormontherapie". – Auskunft: Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.

14. **Ulm:** Kardiologische Fortbildung. – Auskunft: Dr. H. Sigel, Steinhövelstraße 9, 7900 Ulm.

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

Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung".

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

Bezugspreis monatlich DM 5,– einschließlich Postzeitungsgebühr und 6½% = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt"). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 5177-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlespress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisetzke.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner jr., Augsburger Straße 9, 8060 Dachau.

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

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

ISSN 0005-7126

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Bestellungen von Broschüren können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes", Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 5,— in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band gerichtet werden.

Band 52 „Aktuelle Geriatrie — Problematik alter und neuer Therapieformen — Stoffwechselkrankheiten: Diätbehandlung und medikamentöse Therapie — Round-Table-Gespräch: Die medikamentöse Behandlung des Diabetes mellitus" (Vorträge der 19. Bayerischen Internistentagung, 1979)

Band 53 „Der Reaktorunfall" (Vorträge der Fortbildungsveranstaltungen in Augsburg - Landshut - Würzburg, 1980)

Band 54 SEWERING: „Der Arzt zwischen Ideologien und Realitäten"
Schriften aus drei Jahrzehnten zur Berufs-, Gesundheits- und Sozialpolitik

Band 55 „Allgemeine und spezielle Pharmakotherapie in der Gastroenterologie — Internistische Therapie des Mammakarzinoms — Erkennung dringlicher Situationen in der internistischen Praxis" (Vorträge der 20. Bayerischen Internistentagung, 1980)

Band 56 „Magen-Duodenalulkus — Gastroösophageale Refluxkrankheit — Schilddrüsenerkrankungen — Praktische Fragen aus der Geriatrie — Aktuelle Probleme in der Kardiologie — Diagnostische Möglichkeiten und Grenzen bei der Anwendung moderner Untersuchungsmethoden" (Vorträge des 31. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1980)

Die Broschüren wurden an alle Kassenärzte in Bayern über ihre Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns versandt.

Das **Versorgungsamt Nürnberg** sucht für seinen Ärztlichen Dienst

Ärztinnen und Ärzte

mit allgemein-medizinischer Ausbildung

und die **Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle Nürnberg** benötigt

Orthopäden - Chirurgen - Internisten

als Gutachter im Rahmen des sozialen Entschädigungsrechts (Bundesversorgungsgesetz, Bundes-Seuchengesetz, Soldatenversorgungsgesetz u. a.) und des Schwerbehindertengesetzes.

Die Aufgaben sind vielseitig und interessant, sowohl für jüngere Ärztinnen und Ärzte (u. U. nach Abschluß der Weiterbildung), als auch für Ärztinnen und Ärzte im vorgerückten Lebensalter, die z. B. aus gesundheitlichen Gründen eine geregelte Arbeitszeit anstreben.

Die Tätigkeit kann im Angestelltenverhältnis, oder, wenn die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind, im Beamtenverhältnis ausgeübt werden, auch im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung.

Geboten werden:

- alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen;
- geregelte Dienstzeit = 40-Stunden-Woche (kein Nachtdienst, kein Wochenendddienst);
- Nebentätigkeit kann auf Antrag genehmigt werden.

Interessenten wenden sich bitte schriftlich oder fernmündlich an

Leitenden Medizinaldirektor bzw.
Dr. Heinz Steckert
Leitender Arzt
beim Versorgungsamt Nürnberg

Bärenschanzstraße 8 e
8500 Nürnberg
Telefon (09 11) 27 43 40

Dr. Henning Scheuffler
Leiter der Versorgungsärztlichen
Untersuchungsstelle Nürnberg

Roonstraße 20
8500 Nürnberg
Telefon: (09 11) 27 43 83

Die **Wehrbereichsverwaltung VI in München** sucht für ihre Sozialabteilung zum 1. Januar 1982

einen Arzt oder eine Ärztin

als Dezernenten — Sozialmedizin, Fürsorgearzt —.

Die Bezahlung erfolgt nach Besoldungsgruppe A 13/14 (Medizinalrat/-oberrat) bzw. VergGr II a/I b BAT. Ggf. ist Teilzeitbeschäftigung möglich.

Das Arbeitsgebiet umfaßt:

- Sozialmedizinische/fürsorgeärztliche Betreuung und Beratung des zivilen Personals (Beamte, Angestellte und Arbeiter) des Geschäftsbereiches der Wehrbereichsverwaltung VI
- Gutachtliche Stellungnahmen zu Beihilfe- und Unterstützungsanträgen
- Untersuchungen und Gutachten im Rahmen von Dienst- oder Arbeitsverhältnissen
- Ärztliche Beratung und Maßnahmen zu sozialhygienischen, präventivmedizinischen und wohnungsmedizinischen Fragen
- Ärztliche Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge
- Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit kommunalen Gesundheitsbehörden

Bewerbungen sind an die **Wehrbereichsverwaltung VI, Decheuer Straße 128, 8000 München 19,** zu richten.

Der Landkreis Dingolfing/Landau

sucht eb sofort eine(n) deutsche(n)

II. Oberarzt/-ärztin

für die **Innere Abteilung des Kreiskrenkenheuses Landeu/Iser.**

Gesucht wird ein Kollege(in) mit abgeschiossener Weiterbildung oder im letzten Weitarbildungsjahr.

Der Oberarzt soilte den Chefarzt voll vertreten können. Die Innare Abteilung des neuerbauten Kreiskrankenhausea Landau betreut ainschließlich der interdisziplinären Intensivstation fast 100 Bettan; hier zugeordnet sind das moderne Zentrallabor, die Nuklearmedizinisch-diagnostischa Abteilung mit Großfeldkamare und PDS-Rechner, die Endoskopie, die cardiologische und sonographischa Diagnostik sowie das fachgebundene Röntgen. Interdisziplinäre Intensivstation mit Beatmungs- und Schrittmechertherapie. Stellenschlüssel: 1, 2, 4.

Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht nach Terif, ■ RBD-Vergütung, ■ CA-Nebeneinnahman ■ aowia den im öffentlichan Dienst üblichen Sozialleistungen.

Die Stadt Landau/Isar ist ein aufstrebendes Mittalzentrum und liagt verkehrsgünstig an dar B 20 bzw. nahe der B 11 Landshut–Deggendorf in Niederbayern; vertügt über weiterführende Schulen und alle Einrichtungen für Freizeit-Daseinsvorsorge.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das

Kreiskrankanhaus Landau/Isar,
Beyerweidring 17, 8380 Landau/Iser
bzw. an **Chefarzt Dr. med. U. Schepper.**

Der **Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes** sucht zum baldmöglichsten Eintritt

1 Leitenden Arzt

für aeina Spenderabteilung. Dieser soilte möglichst Anästhesist oder Internist aein, gegebenenfalls Arzt für Allgemeinmedizin mit guter Ausbildung in der Notfallmedizin. Der jetzige Stelleninhaber scheidet wegen Erreichung der Altersgrenze aus. Zu dem interessanten Aufgabenbereich in der Transfusionsmedizin gehört die Dberwachung und ständige Weiterbildung aller Ärzte, Schwestern und sonstiger Hilfskräfte in diasar Abteilung.

Wir bieten:
Vergütung nach BAT; Soziale Leistungen wie im Offentlichen Dienst und Zusatzaltersversorgung; Zusatzurlaub zur Weiterbildung; Liquidationsrecht für Nebentätigkeiten.

Dienstort ist München.

Bewerbungen sind zu richten an den **Blutspandadienst das Bayerischen Roten Kreuzes, Herzog-Heinrich-Straße 2, 8000 München 2**

Die **Stadt Alzenau in Unterfranken** (15 000 Einwohner, Einzugsbereich ca. 40 000 Einwohne) ist en der Niederlassung eines

Augenarztes

interessiert. Die Stalle ainas Augenarztes ist in dem erweiterten Bayernprogramm mit dar Dringlichkeitsstufe II vorgesehen. Eine entsprechende Förderung durch den Staat ist in Aussicht gestellt.

Die Stadt Alzenau bietet neben einer verkehrsgünstigen Lage in vielen Bereichen eine gute fachärztliche Versorgung. Die Stelle eines Augenarztes blieb bislang unbesetzt. Im Bereich der Stadt Alzenau gibt es ein Kreiskrankenhaus der Grundversorgungsstufe.

Die Stadt Alzenau bietet mit rund 15 000 Einwohnern, an den Ausläufern des Spessarts gelagen (nach Aschaffenburg 20 km und Frankfurt 35 km), einen hervorragenden Wohnwert. Rund 2800 ha Wald laden ebenso zur Entspannung ain, wie Wanderwege und ähnliche Einrichtungen. In den Stadtteilen Hörstein, Michelbach und Wasserlos ist der Weinbau zu Hause. Die Stadt Alzenau besitzt alle Schultypen bis einschließlich zur Hochschulreifa führendes Gymnesium.

Die Stadt Alzeneu bietet neben dem hohen Wohn- und Freizeitwert auch rund 6000 Arbeitsplätze.

Die zentrale Lage wird durch Autobahn, Eisenbahn und öffentlichen Omnibusanschluß unterstrichen. In Alzenau ist derzeit eine Stadtkernsanierung im Gange.

In der Stadt Alzenau stehen ab 1. Januar 1982 Praxis- und Wohnräume von insgesamt rund 250 qm zur Verfügung. Bei Interesse kann durch den privaten Eigentümer späterer Kauf angeboten werden, was bereits jetzt vertraglich abgesichert werden könnte.

Interessenten wendan sich bitte an die
Stadtverwaltung Alzenau, Posttach 1280, 8755 Alzeneu.

Das **Kreiskrankenheus Eschenbech i. d. Opf.**

Grundkrankenhaus mit zur Zeit 151 Betten, den drei Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologia und Geburtshilfa, sucht zum baldmöglichsten Zeitpunkt einen

Oberarzt

für dis Inners Abtailung (76 Bettsn)

und einen

Anästhesisten

Das Kreiskrankenhaus biatet aut Grund seiner modernen medizinischen Anlagen und Geräte dia optimala Möglichkeit der ärztlichen Tätigkeit.

Die Bewerber solien die Anerkennung als internist bzw. Anästhesist besitzen. Vom internistischen Oberarzt werden entsprechende Kenntnisse in Diagnostik, Röntgen und endoskopischen Untersuchungsmethoden erwartet.

Durch die Größe unseres Hauses ist die Zusammenarbeit bewußt kollegial. Die Vergütung erfolgt nach Vereinbarung. Der BAT findet in dar Fassung für die Bayerischen Landkreise Anwendung.

Die **Stadt Eschenbech i. d. Opt.** liegt in einer landschaftlich schönen Gegend mit hohem Freizeitwert, besitzt ein Gymnasium, Wirtschafts-, Berufs- und Grundschule und hat verkehrsgünstige Verbindungen nach Nürnberg, Bayreuth und Weiden i. d. Opt.

Familiengerechte Wohnung kann beschafft werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an den Träger der Anstalt:

Landkreis 8482 Neustadt a. d. Waldnaab
— Personalabtailung —

Die Stadt Friedberg sucht zur Varsorgung des **Städtischen Krankenheuses Friedberg** und des **Kreiskrenkenhauses Mering**

2 Ärzte für Anästhesie

Interessenten werden gebaten sich mit der **Varwaltung das Städtischen Krankanhauaas Friedberg, Herrn Garlech, Herrgottsruhstraße 3, 8904 Friadbarg,** Teiefon (08 21) 60 40 40 in Verbindung zu setzen.

Medizintechnik J. Pongratz

8360 Deggendorf, Teleton (09 91) 2 25 72

p l e n t und l i e t e r t Ihre komplette Praxis-Einrichtung. — Praxis-, Nachhol- und Laborbedarf — Wirtschaftliche Lösung ist mein oberstes Ziel. Auch der Preis wird Ihnen zusagen.

Praxisräume in Augsburg-Lechhausen

115 qm und 6½ Zimmerwohnung in Einfamilien-Arzthaus mit Garten zu vermieten. Geeignet für Internisten, Augenarzt, Nervenarzt; 45 000 Einwohner hat der Vorort.

Anfragen unter Chiffre 2064/229.

Praxisdarlehen plus Lebensversicherung

Günstige Konditionen für die Finanzierung Ihrer Praxis, neues Unternehmermodell.

Anruf auch außerhalb der üblichen Bürozeit. Telefon (0 85 35) 6 14.

Kurt Jecobi, Generelagent
der Bayern-Versicherung (Sachversicherungen für Bayerische Versicherungskammer)
Wolfskirchen 117½, 8359 Haarbech

Erkältung — Husten ?

Bei Erkältungskrankheiten der Atemwege

Tumarol®-Balsam

das perkutane Expektorans
für die ganze Familie

Zusammensetzung: 100 g enthalten Ol. Eucalypti 1,6 g, Ol. Cedri atlant. 0,7 g, Thymol. 0,2 g, Ol. Terebinth. rect. 5 g, Menthol. 2,7 g, Camphora 5 g, in resorptionsfördernder Salbengrundlage.

Tumarol®-Balsam sine mentholo

für Säuglinge und Kleinkinder

Zusammensetzung: 100 g enthalten Ol. Eucalypti 1,6 g, Ol. Cedri atlant. 0,7 g, Thymol. 0,2 g, Ol. Terebinth. rect. 5 g, Ol. Pini pum. 3 g, Ol. Pini silv. 3 g, Camphora 5 g, in resorptionsfördernder Salbengrundlage.

...löst harten Husten !

Kontraind.: keine bekannt.

Tumarol-Balsam	30 g Tube	4,10 DM
Tumarol-Balsam sine mentholo	20 g Tube	3,40 DM

ROBUGEN

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Die Paßt-genau-Arztpraxis

- komplette Praxis-Einrichtungen oder Einzel-Einbauten „nach Maß"
- Medikamenten- und Instrumenten-Regale, Schrank- und Trennwände, Patienten-Karteien – alles individuell nach Ihren Wünschen
- farbgleich dazu: Schreibtische, Stühle und andere Möbel
- auch der Preis wird Ihnen passen

Information, Planung, Herstellung:

blb EINRICHTUNGEN

BLB-Einrichtungen GmbH · Frauenstraße 30
8031 Marsach bei München · Tel. 0 81 41/9 01 31 · Telex 05 27 694

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 132, 8000 München 70, Tel. (089) 704044 oder (0911) 834289.

Meine Anschrift

Ich erwarte Ihren Anruf unter Telefon

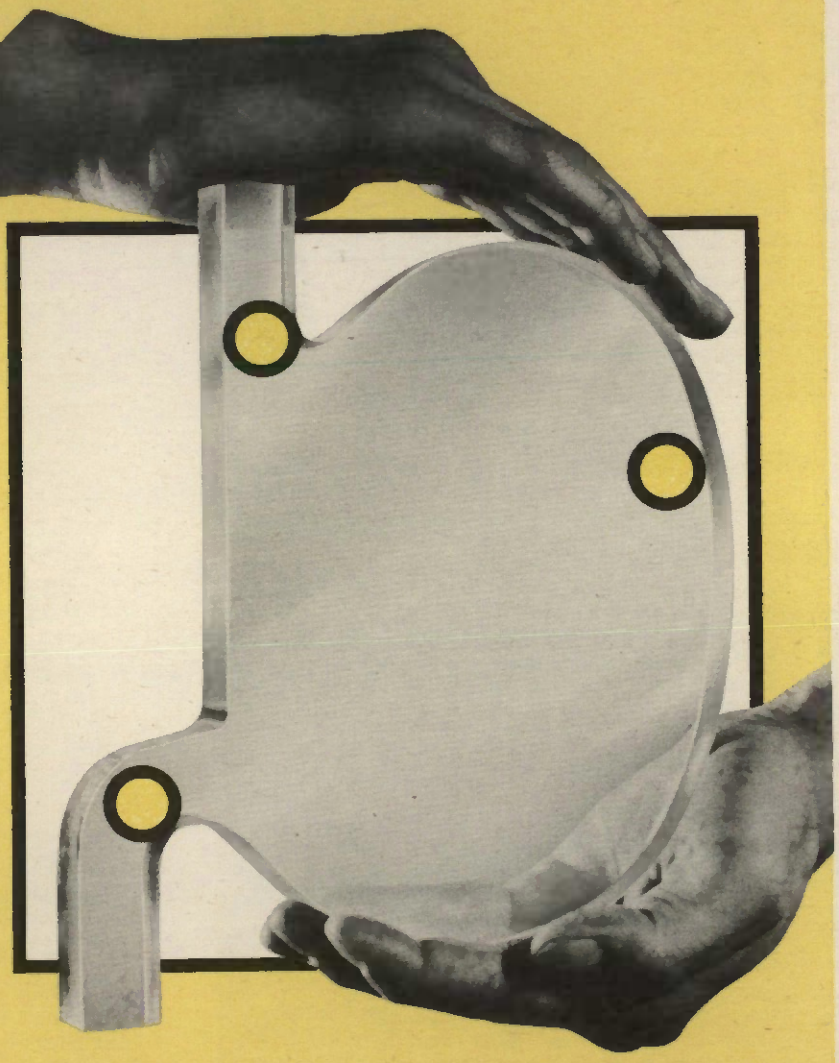
Ein Beratungsbesuch ist erwünscht

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE
Außendienstbeauftragter
BAYERISCHE VERSICHERUNGSKAMMER Bayerischer Versicherungsverband

Gastropulgit® 50

NEU von Dr. Schwabe

Das spezielle Antacidum mit 50 mval Säurebindung pro Einzeldosis.



- bindet 50 mval Salzsäure pro Einzeldosis
- inaktiviert Pepsin
- adsorbiert Gallensäuren und Lysolecithin
- haftet lange an der Magenschleimhaut
- führt zu rascher Beschwerdefreiheit
- beschleunigt die Heilung

Ausgeprägter Schleimhautschutz.

Gastropulgit® 50 · Antacidum
Zusammensetzung: 12,5 g Suspension (Inhalt eines Beutels) enthalten: Attapulgit aus Mormoiron 1 g (natürliches hydratisiertes Aluminium-Magnesium-Silikat), Aluminiumhydroxid-Magnesiumcarbonat-Gel 1,8 g (entspr. 720 mg Aluminiumoxid und 153 mg Magnesiumoxid), Sorbit 0,7 g (entspr. 0,06 BE).
Indikationen: Ulcus ventriculi et duodeni, Gastritis, Refluxösophagitis, Hyperazider Beschwerdekomplex mit Druck- und Völlegefühl, saurem Aufstoßen, Sodbrennen.
Gegenanzeigen: Bei schweren Nierenfunktionsstörungen hochdosierte Daueranwendung vermeiden, sofern nicht systematische Kontrollen des Serum-Magnesium- und Aluminiumspiegels möglich sind. Nebenwirkungen: Bei stark eingeschränkter Nierenfunktion kann Gastropulgit 50, wie alle hochdosierten magnesium- und aluminiumhaltigen säurebindenden Arzneimittel bei Langzeittherapie erhöhte Serum-Magnesium- und Aluminiumspiegel verursachen. Anwendung in hoher Dosierung kann wegen des Magnesiumgehaltes in seltenen Fällen zu breiigen oder dünnflüssigen Stühlen führen. Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Wegen der starken Bindungsfähigkeit von Gastropulgit 50 andere Medikamente (z. B. Tetracycline, Herzglykoside, Atropin, Eisen, Ursodesoxycholsäure) nicht gleichzeitig, sondern zeitversetzt 1 Stunde vor oder 1 Stunde nach Einnahme von Gastropulgit 50 anwenden.

Dr. Willmar Schwabe · Arzneimittel · Postfach 41 09 25 · 7500 Karlsruhe 41

SCHWABE

Handelsformen/Preise: OP zu 20 Beutel DM 14,15, OP zu 50 Beutel DM 30,60.

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung
„Bayerisches Ärzteblatt" — Dezember 1981

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

Leitsymptom: Akutes Abdomen

Der Notfall: Akute Appendizitis

bearbeitet von Professor Dr. G. Simonis und Professor Dr. E. H. Farthmann, Homburg/Saar

Symptomatik:

Periumbilikal beginnende Leibschmerzen, meist mit Übelkeit, Brechreiz oder Erbrechen. Im Verlauf von ca. sechs Stunden Verlagerung in den rechten Unterbauch, je nach Lage der Appendix euch nach suprapubisch oder in die rechte Flanke. Körpertemperatur nicht obligatorisch erhöht. Zunahme der Beschwerden mit Bewegungsabhängigkeit, Erbrechen, Übelkeit. Meist Stuhl- und Windverhalt, selten Durchfälle, immer Appetitlosigkeit. Im weiteren Verlauf Zunahme der Beschwerden mit Blähbauch. Schmerzempfindung jetzt vom rechten Unterbauch auf das gesamte Abdomen übergreifend. Stuhl- und Windverhalt, Aufstoßen, Übelkeit und Erbrechen verstärken sich.

Anamnese:

Eine typische Krankheitsvorgeschichte für die akute Appendizitis gibt es nicht. Nicht selten werden in der Vorgeschichte frühere leichte Attacken angegeben. Das Beschwerdebild tritt „eus heiterem Himmel" ohne kauselen Zusammenheng zur Nahrungsaufnahme oder sonstigen Begleiterkrankungen auf. Bei verschleppter Diagnose und fortgeschrittenem Krenkheitsprozeß (Perforation, Perityphlitis) sind die Initialsymptome mit Beginn des Schmerzes um den Nabel, leichter Übelkeit und Brechreiz für eine Diagnose richtungweisend. Mit Eintritt der Perforation kann der Schmerz kurzfristig nachlassen, um sich dann auf das gesamte Abdomen auszudehnen.

Sofortdiagnostik:

Die Diagnose der akuten Appendizitis gelingt fast immer durch die klinische Untersuchung des Abdomens einschließlich des rektal-digitalen Tastbefundes bei einem Minimalaufwand an Leboruntersuchungen. Von größter Bedeutung ist der über dem McBurney'schen Punkt zu lokelisierende Druckschmerz (zunächst ohne Klopfempfindlichkeit und gekreuzten Loslaßschmerz). Zu Beginn kaum erhöhte Temperatur, Pulsenstieg. Rektale Untersuchung o. B. Bei fortgeschrittener Symptomatik trockene belegte Zunge, deutlicher Druckschmerz em McBurney. Abwehrspannung im rechten Unterbauch mit Klopfempfindlichkeit, gekreuzter Loslaßschmerz. Bei der rektalen Untersuchung meist Druckschmerz mehr rechts els links. Temperatur leicht erhöht bei vermehrter Temperaturdifferenz exillar/rektal (über 0,5° C). Leukozytose: Die Zahl der Leukozyten geht mit der Schwere der Erkrankung nicht perellel (hohe Leukozytenzahl bei Kindern die Regel, normale Leukozytenzahl bei der Altersappendizitis häufig).

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Nur bei flüchtiger oder geringer Symptomatik Beobachtung für 12 bis 24 Stunden. In dieser Zeit nur Tee und Zwieback. Keine Antibiotika. Möglichst keine Analgetika.

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

Einweisung in eine chirurgische Klinik, wenn engmaschige hausärztliche Beobachtung nicht möglich, in jedem Fall bei Progredienz des Beschwerdebildes und Auftreten einer Beteiligung des Bauchfells (trockene Zunge, Abwehrspannung im rechten Unterbauch, gekreuzter Loslaßschmerz).

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Es empfiehlt sich die Zählung der Leukozyten. Nur extrem hohe Zahlen und eine Verlaufskontrolle sind verwertbar. Zur Differentialdiagnose Untersuchung des Urinsediments auf eine Mikrohämeturie und/oder eine Leukozyturie.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Die akute Appendizitis ist die häufigste Ursache des akuten Abdomens. Bei Kindern ist vor allem an die Lymphadenitis mesaraica (gleichzeitige Angina tonsillaris) und die Gastroenteritis (gleichzeitige Durchfälle) zu denken. Bei Erwachsenen kommen die Gastroenteritis, die Harnleiterkolik und bei jüngeren Frauen die Adnexitis differentialdiagnostisch in Betracht. Grundsätzlich können alle entzündlichen intraperitonealen und in seltenen Fällen extraperitoneale Erkrankungen das Bild einer Appendizitis vortäuschen. Auszuschließen sind urologische, thorakale, neurologische und gynäkologische Affektionen. Die Diagnostik der Appendizitis kann auch für den Erfahrenen schwierig sein. Durch epidemiologische Untersuchungen ist in den letzten Jahren das Krankheitsbild der Appendizitis zu einem viel diskutierten Thema geworden. Im Vergleich zu anderen Ländern hat die Bundesrepublik Deutschland eine höhere Rate an Appendektomien mit längeren durchschnittlichen Krankenhaus-Liegezeiten. Diese Umstände legen eine strengere Indikationsstellung nahe; die Verantwortung liegt beim Operateur. Diese Einschränkung bezieht sich in erster Linie auf die sogenannte „chronische Appendizitis" und darf nicht dazu führen, daß akute Appendizitiden übersehen werden. Grundsätzlich gilt: die Operation ist indiziert, wenn eine akute Appendizitis nicht mit hinreichender Sicherheit auszuschließen ist. Das Risiko der unnötigen Appendektomie ist geringer als das der übersehenen. Bei Kindern und bei alten Menschen wird man daher wegen der larvierten Symptomatik die Indikation zur Operation eher großzügiger stellen.

Perityphilitischer Abszeß: 4 bis 5 Tage nach Beschwerdebeginn kann sich ein Abszeß in der rechten Fossa iliaca ausgebildet haben mit scharfer Begrenzung gegen das übrige Abdomen und relativ geringem Krankheitsgefühl. Klinikeinweisung erforderlich zur Entscheidung unter stationärer Beobachtung, ob Abszeßdreinage mit/ohne Appendektomie erforderlich oder konservative Therapie (ohne Antibiotika!) bis zur Rückbildung mit nachfolgender Intervallappendektomie.

Appendizitis in der Gravidität: Nicht seltener und nicht häufiger als bei Nicht-Schwangeren. Risiko für Mutter und Kind erhöht durch verspätete Diagnose. Cave: mit fortschreitender Gravidität wandert die Appendix und mit ihr der McBurney'sche Punkt nach rechts-kraniel. Differentialdiagnostisch Schwangerschaftspyelitis ausschließen. Klinikeinweisung bei Verdacht auf Appendizitis. Operationsindikation unter entsprechender Überwachung nicht eingeschränkt.